

## اثر تقاضای بیمه عمر و متغیرهای اقتصادی بر شاخص سلامت

حمید سپهر دوست: دانشیار، گروه اقتصاد، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران- نویسنده رابط:

hamidbasu1340@gmail.com

سمانه ابراهیم نسب: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه اقتصاد، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۱۴

### چکیده

زمینه و هدف: عوامل اقتصادی از جمله بیمه عمر در بخش مالی، تأثیر به سزایی بر کیفیت سلامت جامعه و شاخص "امید زندگی" دارند. بیمه عمر به صورت غیرمستقیم، از طریق رشد اقتصادی و به صورت مستقیم، از طریق ایجاد اطمینان و آرامش روانی در فرد متقاضی بیمه عمر باعث ارتقای شاخص سلامت می‌شود.

روش کار: در این مطالعه، با استفاده از داده‌های مرتبط و تجزیه تحلیل داده‌های تابلویی (پانل دیتا) برای سیزده کشور عضو سازمان کنفرانس اسلامی (OIC) طی سال‌های ۲۰۱۱-۱۹۹۸، اثر تقاضای بیمه عمر به عنوان متغیر مستقل بر شاخص امید به زندگی به عنوان شاخص مهم سلامت و متغیر وابسته پژوهش بررسی شد. همچنین از متغیرهای اقتصادی توسعه مالی، درآمد سرانه، تورم و میزان بیکاری نیز به عنوان متغیرهای کنترل و تأثیرگذار بر شاخص سلامت استفاده شده است.

نتایج: یافته‌های تحقیق بیانگر اثر مثبت و معنادار تقاضای بیمه عمر بر "امید زندگی" از نظر آماری در کشورهای مورد مطالعه و طی سال‌های مورد بررسی است. همچنین نتایج نشان داد که متغیرهای توسعه مالی و درآمد سرانه اثر مثبت و معنادار و متغیرهای تورم و میزان بیکاری اثر منفی و معنادار از نظر آماری بر شاخص سلامت دارند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از بررسی نشان می‌دهد که بهبود شرایط اقتصادی شامل کاهش بیکاری، کاهش تورم، افزایش درآمد سرانه و توسعه بازار مالی باعث افزایش "امید زندگی" به عنوان شاخص مهم سلامت می‌شود، بنابراین لازم است که نگاه برنامه‌ریزان اقتصادی جامعه به گونه‌ای باشد که اجرای برنامه‌های سلامت، بهداشت و رفاه عمومی کشور در تطابق با سایر سیاست‌گذاری‌های بخش اقتصاد به خصوص بخش بیمه عمر مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: بیمه عمر، سلامت، شاخص امید به زندگی، کشورهای OIC، داده‌های تابلویی

### مقدمه

امکانات رفاهی مناسب‌تر در فرایند توسعه پایدار می‌باشد. بنابراین جامعه‌ای توسعه‌یافته تلقی می‌شود که افراد آن دارای رفاه معنوی شامل امنیت خاطر و امید به آینده، اعتماد به نفس و تأمین اجتماعی و رفاه مادی شامل تغذیه مناسب، سطح آموزش بالا، توان به هنگام درمان بیماری‌ها و مسکن مناسب باشند. بنابراین یکی از شاخص‌های محوری توسعه پایدار، سلامت است و تأمین سلامت جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی شهروندان از نیازهای اصلی محسوب می‌گردد

فراگرد توسعه به منزله چگونگی پرورش توانایی‌ها و شایستگی‌های افراد جامعه است و امروزه بسیاری از نظریه‌پردازان بر این باورند که رشد اقتصادی به تنهایی هدف نیست، بلکه وسیله‌ای برای تحقق هرچه سریع‌تر فراگرد توسعه می‌باشد (Sen 1995). در این رویکرد، هدف نهایی فراگرد توسعه اقتصادی انسان است و مفهوم قابلیت‌ها در قالب شاخص امید به زندگی، به معنای برخوردار بودن افراد جامعه از طول عمر بیشتر و همچنین

است. بیمه عمر به‌عنوان یکی از اقسام بیمه‌های اشخاص است که با توجه به نقش مهمی که در زمینه سرمایه‌گذاری ایفا می‌کند، می‌تواند اثرات مناسبی بر تضمین آینده افراد، آرامش روانی و سلامت خانواده گذارد (Kardgar 1997). بالا بودن میزان تقاضای بیمه عمر از دو جهت بر شاخص سلامت اثر مثبت داشته و باعث افزایش امید به زندگی می‌شود. از یک جهت، بیمه عمر به خصوص بیمه عمر مستمری، باعث اطمینان خاطر و آرامش روانی فرد متقاضی بیمه عمر می‌شود. زیرا، فرد این اطمینان را دارد که از نوعی پس‌انداز و درآمد برخوردار است. بنابراین بیمه عمر به‌طور مستقیم باعث افزایش امید به زندگی می‌شود (Reshnavedi and Dehnavi 2008). تجربه جوامع مختلف نشان داده که کشورهای با تقاضای بیمه عمر بالا از درآمد سرانه بالا نیز برخوردار هستند. زیرا، بیمه عمر نوعی پس‌انداز مولد و سرمایه‌گذاری بلندمدت محسوب می‌شود و شرکت‌های بیمه با بکارگیری حق بیمه دریافت شده در زمینه‌های تولیدی موجبات افزایش اشتغال، تولید ملی و درآمد سرانه جهت هزینه بیشتر در بخش بهداشت را فراهم می‌آورند، در نتیجه بیمه عمر به‌طور غیرمستقیم و از طریق افزایش درآمد سرانه بر سلامت اثر مثبت ایجاد می‌کند. همچنین توسعه نظام فعالیتی بیمه عمر به‌عنوان یکی از انواع بیمه‌های اختیاری، از مسئولیت‌های اجباری دولت می‌کاهد و بخشی از تأمین‌های مربوط به هزینه مستمری و از کارافتادگی به خود افراد واگذار می‌شود و این امر منجر به سرمایه‌گذاری دولت در قسمت‌های دیگر اقتصاد می‌شود. مؤسسات بیمه عمر با استفاده از ذخایر فنی شکل گرفته از حق بیمه‌های دریافتی، می‌توانند در بخش‌های عمومی یا خصوصی سرمایه‌گذاری کنند که این امر به افزایش تولید منجر خواهد شد. از طرفی، با افزایش فعالیت‌های تولیدی به‌دلیل گسترش بیمه عمر، اشتغال افزایش می‌یابد (Noorizadeh 1999). با نگاهی به جدول ۱ درمی‌یابیم که به‌طور متوسط در کشورهایی که تقاضای بیمه عمر بیشتر است، درآمد سرانه نیز بیشتر و شاخص امید به زندگی نیز بالاست. مشاهده می‌گردد، کشورهایی که بالاترین تقاضای

(Esfandiary 2006). بر اساس مطالعات نظری و تجربی، عوامل گوناگونی از جمله وضعیت بهداشتی، سطح رفاه و امنیت اجتماعی، ارایه خدمات بیمه‌ای، امنیت شغلی و اقتصادی و آرامش روانی نقش مستقیمی در افزایش شاخص امید به زندگی دارند (Sheykhi 2011). برآوردهای مرتبط با جوامع در حال توسعه نشان می‌دهد که حدود ۵۰٪ از سلامت مردم به عواملی مانند فقر (وضعیت اقتصادی) و وضعیت شغل و بازار کار وابسته است. ۲۵٪ عملکرد نظام سلامت، ۱۵٪ به مسائل ژنتیکی انسان‌ها و ۱۰٪ به محیط زیست بستگی دارد. این ارقام نشان‌دهنده جایگاه مهم و تأثیرگذار عوامل اقتصادی بر سلامت و امید به زندگی است (Fereshtenejad et al. 2010).

مسئله مهم در این پژوهش این نکته است که چگونه عوامل تأثیرگذار از جمله شاخص‌های کلان، متغیرهای اقتصادی در بخش اقتصاد مالی و همچنین تقاضا برای بیمه عمر می‌توانند در تعیین سطح سلامت و امید به زندگی نقش ایفا نمایند؟ اهمیت میزان تقاضا برای بیمه‌های عمر و ارزش پولی میزان سرمایه‌گذاری در این بخش به اندازه‌ای است که از آن‌ها در بررسی‌های بین‌المللی و سنجش سطح توسعه‌یافتگی کشورها، به‌عنوان شاخصی معتبر در سنجش رفاه مردم استفاده می‌شود (Mirzaei 1997). بدیهی است که از یک طرف مردم جوامع توسعه یافته در زمینه برخورداری از شرایط تأمین و تضمین آینده، با اطمینان و توان بیشتری در برنامه‌ریزی‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی جامعه مشارکت می‌کنند و از طرف دیگر، سرمایه‌گذاری هر چه بیشتر افراد این جوامع در بیمه عمر، آن‌ها را با تأمین اقتصادی قابل قبول جهت مقابله با ناملازمات اقتصادی - اجتماعی در دوران آینده مواجه می‌سازد. برای همین منظور، هدف اساسی در اجرای سیاست‌های حمایت از سرمایه‌گذاری در فعالیت‌های مرتبط با بازارهای بیمه‌ای از جمله بیمه عمر، تأمین آینده اقتصادی و به تبع آن تأمین وضعیت مناسب اجتماعی، روانی و افزایش امید به زندگی افراد جامعه

ضریب جینی، مخارج سلامت و مخارج دولتی با شاخص امید به زندگی در بدو تولد در ایران پرداخته‌اند. طبق این تحقیق، متغیرهای تورم، بیکاری، موازنه 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 (Ahmadi et al., 2009).

بنابراین مطالعات بسیاری در رابطه با تأثیر متغیرهای اقتصادی بر شاخص‌های متفاوت سلامت در جامعه انجام شده است، اما مطالعه‌ای که بتواند اثر تقاضای بیمه عمر را به‌عنوان یک شاخص اقتصادی و مالی بر شاخص سلامت بررسی نماید تاکنون انجام نشده است. این در حالی است که تجربه کشورهای توسعه یافته نشان می‌دهد که مقوله بیمه عمر با فراهم کردن آرامش روانی و اجتماعی؛ اثرات قابل ملاحظه‌ای بر افزایش امید به زندگی در جامعه دارد و لازم است تا متغیر بیمه عمر مورد توجه قرار گیرد (Reshnavedi and Dehnavi 2008). از آنجایی که سیاست‌گذاری‌ها در بخش‌های مختلف اقتصادی از جمله بخش بیمه به‌صورت مستقیم بر محدود ساختن یا توسعه سلامت ملی تأثیر می‌گذارند، بنابراین دخالت موثر کوتاه‌مدت و بلندمدت دولت در این بازار ضروری به نظر می‌رسد. این سیاست‌ها شامل سیاست‌های پولی و مالی هستند که در تثبیت اقتصادی اثرات مناسب بر جای می‌گذارند (Ahmadi et al., 2009). با توجه به اینکه انسان همواره به عامل امنیت در زندگی اهمیت زیادی داده و درصدد جلوگیری از حوادث ناگوار و تضمین آینده خود و خانواده خود است، بنابراین هرگونه هزینه بر روی بیمه عمر نوعی سرمایه‌گذاری بلندمدت برای خانوارها محسوب می‌شود و اعمال این سیاست‌ها در بازار بیمه عمر می‌تواند اثرات بلندمدتی بر بخش سلامت و تأمین و تضمین آینده افراد بر جای گذارد.

با مروری بر داده‌های آماری مربوط به وضعیت بهداشت در کشورهای اسلامی (کشورهای در حال توسعه) این سؤال مهم قابل طرح است که آیا این کشورها،

بیمه عمر سرانه را دارند، امید به زندگی در آن‌ها تقریباً ۸۲/۵ سال است، که بالاترین سطح امید به زندگی در جدول ۱ است. در کشورهای با تقاضای متوسط بیمه عمر، امید به زندگی ۷۴ تا ۸۱ سال است و در نهایت افراد در کشورهایی با پایین‌ترین تقاضای بیمه عمر، کم‌تر از ۷۴ سال عمر می‌کنند. مقایسه این ارقام نشان می‌دهد که یکی از عوامل اصلی افزایش امید به زندگی، اشاعه و گسترش فعالیت‌های بیمه عمر است.

در بین مطالعات خارجی، Deaton نشان داد که اثر هر دلار اضافی بر سلامت و امید به زندگی در کشورهای ثروتمندتر، ضعیف‌تر از کشورهای فقیرتر است (Deaton 2003). Anand و Ravallion پیشنهاد کردند که افزایش GDP، زمانی بر امید به زندگی و سلامت اثر مثبتی دارد که رشد اقتصادی منجر به کاهش فقر شود (Anand and Ravallion 1993). Drifil و Michaud در مطالعه خود بیان کردند که تورم اثر منفی بر سلامت دارد (Drifil 1988; Michaud 2010). Batuo و همکاران، در مطالعه خود به‌طور توصیفی بیان کرد که توسعه مالی اثر مثبت بر افزایش اشتغال، کاهش فقر و بهبود سلامت دارد (Batuo et al. 2010). همچنین Beck و Webb، در مطالعه خود بیان کردند که امید به زندگی باعث افزایش تقاضای بیمه عمر می‌شود (Beck and Webb 2002)، اما اثر بیمه عمر بر امید به زندگی را مورد توجه قرار ندادند. در بین مطالعات داخلی، Kasklakay و همکاران، در مطالعه خود بیان کردند که با افزایش بیکاری بر تعداد بیماران روانپزشکی افزوده می‌شود. پس بیکاری اثر منفی بر سلامت دارد (Kasklakay et al. 2001). Karimi بیان کرد که تورم اثر منفی بر سلامت دارد (Karimi 2005). Hasanzadeh و همکاران در مطالعه خود به‌طور توصیفی بیان کرد که توسعه مالی اثر مثبت بر افزایش اشتغال، کاهش فقر و بهبود سلامت دارد (Hasanzadeh et al. 2006). Ahmadi و همکاران به بررسی اثر تورم، بیکاری، موازنه پرداخت‌ها،

از بین می‌رود (Yari 1965). بر اساس این تئوری و در چارچوب مدل "چرخش زندگی با طول عمر نامطمئن"، خانوارها می‌توانند مطلوبیت انتظاری طول عمر خود را با خرید بیمه عمر و دریافت مستمری سالانه افزایش دهند. در این ساختار، یک مصرف‌کننده با تقاضای بیمه عمر، ناطمینانی درباره مصرف طول عمر خود را از بین می‌برد و جهت تأمین هزینه‌های خود در دوران آتی بخصوص در دوران بازنشستگی آرامش خاطر دریافت می‌نماید.

با توجه به مبانی نظری و پیشینه مطالعاتی تجربی موجود در ارتباط با موضوع سلامت و هدف از انجام این مطالعه که بررسی عوامل مؤثر بر ارتقای شاخص سلامت با تأکید بر اثر بیمه عمر بر شاخص سلامت در کشورهای اسلامی است، از اطلاعات مربوط به سیزده کشور منتخب از بین کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی شامل ایران، پاکستان، اندونزی، مالزی، کویت، بنگلادش، الجزایر، تونس، مراکش، اردن، مصر، ترکیه و امارات طی سال‌های ۲۰۱۱-۱۹۹۸ استفاده شد. علت انتخاب تعداد محدودی از کشورهای اسلامی به‌عنوان جامعه آماری، وجود محدودیت دسترسی به آمار بیمه عمر برای اکثر کشورهای اسلامی است. منبع جمع‌آوری آمار و اطلاعات بین‌المللی مورد نیاز شامل سایت شاخص توسعه جهانی (World Development Indicators)، سایت سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) و گزارش‌های سالانه نشریه بین‌المللی بیمه سیگما (SIGMA) است. همچنین جهت تجزیه تحلیل داده‌ها و برآورد مدل توسط رهیافت پانل‌دیتا از نرم‌افزار Eviews استفاده شد. با توجه به مبانی نظری و تجربی پژوهش، متغیر امید به زندگی به‌عنوان متغیر وابسته و معیاری برای شاخص سلامت در نظر گرفته شده است. جهت بررسی تأثیر متغیرهای تعیین‌کننده شاخص سلامت شامل تقاضای بیمه عمر و مولفه‌های مهم اقتصادی از الگوی ۱ و طراحی سه مدل متفاوت استفاده می‌شود.

(۱)

$$H_{jt} = \alpha_{jt} + \beta X_{jt} + \gamma E_{jt} + \varepsilon_{jt}$$

تجربه‌ای معنادار از نوع ارتباط با اهمیت بین تقاضای بیمه عمر و متغیرهای اقتصادی و شاخص سلامت طی سال‌های مورد مطالعه داشته‌اند؟ برای این منظور، هدف اصلی از انجام پژوهش حاضر، بررسی جایگاه بیمه عمر در زندگی اقتصادی جوامع و چگونگی اثرگذاری بیمه عمر بر شاخص سلامت در کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی از جمله ایران طی سال‌های ۲۰۱۱-۱۹۹۸ قرار داده شد. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در ترسیم‌های سیاست‌های بیمه‌ای دولت در بخش بهداشت و سلامت جامعه، نقش مهمی برای رسیدن به سطح زندگی و رفاه بالاتر ایفا کند. در این پژوهش این سؤال مطرح است که چگونه می‌توان امید به زندگی را افزایش داد؟ و چگونه می‌توان تفاوت کشورهای مختلف را در زمینه سلامت بر اساس بیمه عمر تبیین کرد؟ پاسخ به این پرسش‌ها مستلزم مقایسه اجمالی گروه کشورهای مختلف در زمینه اثر بیمه عمر بر سلامت و طرح ساز و کاری است که تحقق آن منجر به افزایش امید به زندگی شود. در ادامه پس از بخش مقدمه، ساختار مقاله به این ترتیب است که در بخش دوم، مبانی نظری پژوهش ارائه می‌شود. در بخش سوم، مطالعات تجربی بیان می‌شود. در بخش چهارم، به معرفی مدل‌ها و متغیرها و تأثیر هر یک از این متغیرها بر شاخص سلامت و اهمیت آن‌ها پرداخته می‌شود. در بخش پنجم، تخمین الگو و نتایج آن ارائه می‌گردد و در پایان نیز، نتیجه‌گیری و پیشنهادات مطرح خواهد شد.

## روش کار

بر اساس دیدگاه نظریه‌ی سرمایه انسانی در اقتصاد جوامع، مقوله سلامت را می‌توان مانند هر کالای دیگر اقتصادی، به‌عنوان یک کالای بادوام در نظر گرفت و بدیهی است که افراد در آغاز هر دوره نظیر شروع یک سال خاص، دارای ذخیره‌ای از موجودی کالای سلامت هستند که با گذشت زمان، این موجودی با افزایش سن کاهش یافته و مستهلک می‌شود و زمانی که ذخیره موجودی سلامت فرد از حد بحرانی کم‌تر شود، آنگاه فرد

متغیرها از لحاظ آماری و در سطح معنی دار ۰.۵٪ معنادار بوده و ضرایب تخمینی تمام متغیرها علامتی دارند که با عمده مطالعات تجربی و مفاهیم نظری مطرح شده سازگار هستند.

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، سه متغیر تقاضای بیمه عمر شامل ضریب نفوذ بیمه عمر (نماد IP)، حق بیمه عمر سرانه (نماد ID) و حق بیمه عمر تولیدی (نماد PRE)، اثر مثبت و معناداری بر شاخص سلامت "امید زندگی" دارند. این نتیجه‌گیری مطابق با انتظارات فرضیه‌ای تحقیق نیز می‌باشد و می‌توان ادعا نمود که با تقاضای بیمه عمر، اطمینان و آرامش خاطر فرد از آینده خود افزایش یافته و در نتیجه امید به زندگی افزایش می‌یابد. در هر سه مدل پژوهش ضرایب تخمین زده شده نشان دادند که متغیر تورم (نماد INF) اثر منفی و معنادار بر سلامت از نظر آماری دارد. 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 امید به زندگی فرد کاهش می‌یابد. همچنین در هر سه مدل درآمد سرانه (نماد GDPCAP)، اثر مثبت و معنادار بر بخش سلامت از نظر آماری دارد. با افزایش درآمد سرانه، قدرت خرید افراد بهبود یافته و افراد هزینه بیشتری را صرف خدمات بهداشتی می‌کنند. همچنین با افزایش درآمد، اطمینان افراد به آینده بیشتر شده، لذا امید به زندگی نیز افزایش می‌یابد. ضرایب تخمین زده شده در هر سه مدل نشان دادند که میزان بیکاری (نماد UNE) اثر منفی و معنادار بر بخش سلامت از نظر آماری دارد. 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. جدول (۲) همچنین ضرایب تخمین زده شده در هر سه مدل نشان می‌دهد که متغیر توسعه مالی (نماد FD) اثر مثبت و معنادار بر بخش سلامت از نظر آماری دارد. در واقع، گسترش بازار مالی باعث افزایش اعطای تسهیلات بانکی، افزایش کارآفرینی و سرمایه‌گذاری

که در آن  $H_{jt}$  بیانگر شاخص سلامت (شاخص امید به زندگی)،  $X_{it}$  بیانگر متغیر تقاضای بیمه عمر شامل (ضریب نفوذ بیمه عمر، حق بیمه عمر سرانه و حق بیمه عمر تولیدی)،  $E_{it}$  شامل متغیرهای اقتصادی توسعه مالی، درآمد سرانه، تورم و میزان بیکاری است که به عنوان متغیرهای کنترل در نظر گرفته شده‌اند. در این مطالعه، جهت ارزیابی و برآورد مدل اثر تقاضای بیمه عمر بر شاخص سلامت، در ابتدا پولینگ یا پانل دیتا بودن داده‌های آماری مورد آزمون قرار گرفته است و برای این منظور از آزمون F لیمر استفاده شد. همچنین جهت انتخاب بین بکارگیری روش اثرات ثابت یا تصادفی برای برآورد مدل به روش پانل دیتا، از آزمون هاسمن استفاده شد که در آن، اگر آماره کای-دو محاسبه شده بزرگ‌تر از آماره جدول باشد، فرضیه  $H_0$  مبنی بر تصادفی بودن خطاهای برآوردی رد می‌شود (Ashrafzade and Mehregan 2008).

## نتایج

جدول ۲، نتایج حاصل از تخمین مدل تحقیق را در بر دارد. در آزمون انتخاب بین پولینگ یا پانل دیتا بودن داده‌های آماری، فرضیه صفر آماره F مبتنی بر همگن بودن مقاطع است و اگر F محاسبه شده از جدول بزرگ‌تر باشد، فرضیه  $H_0$  رد شده و فرضیه مقابل آن مبنی بر وجود ناهمگنی در بین مقاطع (پانل دیتا بودن داده‌های آماری) پذیرفته می‌شود. نتایج در جدول ۲ نشان داد که هر سه مدل این پژوهش به صورت پانل دیتا برآورد می‌شود. برای تعیین انتخاب بین دو روش اثرات ثابت یا تصادفی، از آزمون هاسمن استفاده شد که در آن، اگر آماره کای-دو محاسبه شده بزرگ‌تر از آماره جدول باشد، فرضیه  $H_0$  مبنی بر تصادفی بودن خطاهای برآوردی رد شده و روش اثرات ثابت مورد تأیید قرار می‌گیرد. نتایج مربوطه در جدول ۲ بیانگر استفاده از روش اثرات ثابت در برآورد مدل می‌باشد. بنابراین هر سه مدل این پژوهش به صورت پانل دیتا و با اثرات ثابت برآورد می‌شود. همچنین تمامی

و در نهایت افزایش اشتغال و کاهش فقر می‌شود. بنابراین باتوجه به اثرات مثبتی که توسعه مالی بر ایجاد اشتغال و کاهش فقر دارد، انتظار بر این است که توسعه مالی از این طرق، امید به زندگی را افزایش دهد.

## بحث

شاخص "امید زندگی"، یکی از شاخص‌های با اهمیت برای تعیین وضعیت سلامت جامعه و نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی و متأثر از برنامه‌های اجتماعی، مراقبت‌های بهداشتی، آرامش روانی و تغذیه سالم است. رشد این شاخص نشان‌دهنده‌ی کیفیت استفاده از هزینه‌های بهداشتی در یک کشور است زیرا در صورت بالا بودن هزینه‌های بهداشت و درمان و کارایی در استفاده از این منابع، می‌توان انتظار داشت که شاخص مربوط به سطح سلامت ارتقا یابد. معمولاً شاخص مربوطه توسط سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) جمع‌آوری و ارایه می‌شود. شاخص بدست آمده همان 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 است (Baseri et al. 2008). اندازه‌گیری شاخص سلامت، موضوع پیچیده‌ای است و کارشناسان ذیربط، شاخص سلامت را در قالب تعداد زیادی شاخص مطرح می‌کنند. در این پژوهش از شاخص "امید زندگی" به‌عنوان متغیر بخش سلامت استفاده شد. "امید زندگی" در بدو تولد (Life Expectancy at Birth)، میانگین تعداد سال‌هایی است که افراد یک جامعه از بدو تولد، امید به زنده ماندن دارند. اگرچه افزایش "امید زندگی"، دلیل کاملی برای ارتقای سلامت در جامعه نیست، اما شاخص مطلوبی از توسعه اقتصادی و اجتماعی است که به مثابه یک شاخص درازمدت می‌تواند به‌عنوان یک شاخص سطح سلامت پذیرفته شود. هرچه اندازه این شاخص برای یک کشور به عدد یک نزدیک‌تر باشد، آن کشور از دیدگاه توسعه

انسانی پیشرفته‌تر است. برای محاسبه شاخص "امید زندگی" از نسبت تفاضل "امید زندگی" در کشور و کم‌ترین سال‌های زنده ماندن (۲۵ سال که استاندارد بین‌المللی برای برآورد شاخص "امید زندگی" است) به تفاضل "امید زندگی" در برترین کشورهای جهان و کم‌ترین سال‌های زنده ماندن در سال مورد نظر، به‌دست می‌آید (World Health Organization 2011).

نتایج تحقیق نشان داد که سه متغیر تقاضای بیمه عمر شامل ضریب نفوذ بیمه عمر، حق بیمه عمر سرانه و حق بیمه عمر تولیدی، اثر مثبت و معناداری بر شاخص سلامت "امید زندگی" دارند. تأثیر فعالیت‌های بیمه عمر بر شاخص سلامت به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم صورت می‌گیرد (نمودار ۱). بیمه عمر از طریق تأثیرگذاری بر رشد اقتصادی، به‌طور غیرمستقیم بخش سلامت را متأثر می‌سازد. به‌طوریکه بیمه‌گران با دریافت حق بیمه از بیمه‌گذاران، وجوه نقد را به‌صورت وام‌های بلندمدت و دیگر سرمایه‌گذاری‌ها اختصاص داده و با گسترش پروژه‌های سرمایه‌گذاری و تشویق کارایی اقتصادی به رشد اقتصاد ملی کمک می‌کنند. حق بیمه‌های جمع‌آوری شده در واقع پس‌اندازهای بلندمدتی هستند که صرف سرمایه‌گذاری‌های بلندمدت و سودآور و افزایش سطح اشتغال و استانداردهای زندگی در اقتصاد می‌شوند. 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 بیمه عمر و انجام این نوع پس‌انداز و سرمایه‌گذاری با توجه به ماهیت بلندمدتی که دارد باعث اطمینان و آرامش خاطر فرد از آینده خود و خانواده‌اش می‌شود.

همچنین با توجه به نمودار ۱، بیمه عمر می‌تواند از طریق ارایه خدمات بیمه‌ای، به‌طور مستقیم بر سلامت اثر بگذارد. گسترش فعالیت‌های مرتبط با بازار بیمه عمر در راستای تقویت برنامه‌های تأمین اجتماعی می‌تواند از طریق کاهش هزینه ارایه خدمات بهداشتی و درمانی موجبات کاهش تنش‌های روانی، افزایش اطمینان به آینده و در

"امید زندگی" تأثیرگذار است (Michaud 2010). در یک محیط تورمی شدید (همراه با بیکاری) میزان سرقت، بزهکاری جوانان، فساد مالی و اخلاقی، اعتیاد و غیره به سرعت بالا می‌رود و مشکلات اجتماعی زیادی برای جامعه ایجاد می‌شود و در نتیجه هزینه درمانی زیادی به چنین بیمارانی که در نهایت تبدیل به بیماران روانی خواهند شد، اختصاص خواهد یافت (Karimi 2005). از دیگر هزینه‌های روانی تورم، ایجاد نااطمینانی و بلا تکلیفی در جامعه است. تورم شدید محاسبات اقتصادی را مختل می‌کند. بدین صورت که نوسانات غیر قابل پیش‌بینی در تصمیمات دولت‌ها و بروز تورم، کارگزاران خصوصی را که دارای اطلاعات ناقصی هستند نسبت به اتخاذ تصمیم در برابر دولت دچار سردرگمی می‌کند و سبب نااطمینانی کارگزاران در جامعه می‌شود. این نااطمینانی، اثر منفی بر رشد اقتصادی و درآمد سرانه داشته و در نهایت سلامت و امید به زندگی را کاهش می‌دهد (Drifil 1988).

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که درآمد سرانه، اثر مثبت و معناداری بر بخش سلامت دارد. بدین صورت که هرگونه افزایش در متغیر درآمد ملی موجب ارتقاء ظرفیت و توانایی مردم برای مشارکت در طرح تأمین مالی سلامت از طریق بهبود وضعیت زندگی از قبیل دسترسی به آب آشامیدنی سالم، جاده‌های بهتر، تغذیه مناسب و نظایر آن را فراهم می‌آورد. بنابراین درآمد سرانه بالاتر قدرت خرید بیشتری را ایجاد می‌کند که می‌تواند مستقیماً کیفیت و کمیت مراقبت‌های بهداشتی را بهبود بخشیده و در نتیجه بر طول عمر اثر مثبت برجای گذارد. نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان داد که بیکاری، اثر منفی و معنادار بر بخش سلامت دارد. مقوله بیکاری علاوه بر کاهش درآمد و تقاضای کم‌تر خانواده‌ها برای مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، آثار منفی به صورت بروز معضلات اجتماعی از خود برجای می‌گذارد. بنابراین می‌توان به این نتیجه رسید که افزایش میزان بیکاری از مجرای کاهش درآمد نه تنها سلامت جامعه را کاهش می‌دهد (Quadrado and Lopez 1996)، بلکه تاثیر گذار بر سایر ناهنجاری‌های

نهایت افزایش طول عمر (افزایش امید زندگی) انسان را فراهم آورد. در بسیاری از کشورهای توسعه یافته، دولت‌ها تمایل بیشتری به کاهش نقش خود در زمینه مستمری بازنشستگی پیدا نموده‌اند و این تمایل در اجرای سیاست انتقال مسئولیت مقرری بازنشستگی به بخش خصوصی با در نظرگیری ساختار سن جمعیت و افزایش انتظارات عمومی در در اقتصادهای توسعه یافته دیده می‌شود. حتی در اقتصادهای در حال توسعه، با وجود جمعیت جوان‌تر و نیاز به منابع احتیاطی بیشتر، گاهی اوقات به علت فشارهای وارده از ناحیه صندوق بین‌المللی پول و بانک جهانی نیاز به بازنگری بین تأمین مقرری بازنشستگی از سوی بخش خصوصی و دولتی احساس می‌شود. در این زمینه، صنعت بیمه عمر معمولاً یک نقش کلیدی را ایفا می‌کند. زیرا، دولت بار فشار برخی مقرری‌های بازنشستگی را به دوش این بخش منتقل می‌سازد. از چنین رهگذری حتی اگر در کشوری درآمد سرانه افزایش نیابد، بیمه عمر می‌تواند موجب آرامش خاطر و سلامت افراد، کاهش بیماری‌های و جلوگیری به موقع از آن‌ها شود که در نهایت منجر به افزایش طول عمر جامعه می‌گردد.

در ارتباط با متغیرهای اقتصادی، نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان داد که تورم، اثر منفی و معنادار بر سلامت دارد. از آنجایی که تورم بر بودجه دولت و عدم کارایی اقتصادی مؤثر است، بنابراین باعث کمبود منابع مالی در بخش بهداشت و درمان و رکود فعالیت‌ها می‌گردد. زیرا ارایه‌دهندگان خدمات نیز به علت وجود تورم و ناکافی بودن دستمزدها از کیفیت خدمات خود می‌کاهند و از اثربخشی خدمات آن‌ها و حتی مراقبت‌های بهداشتی کاسته می‌شود که این امر بر رفتار مصرف‌کننده نیز تأثیر گذاشته و تقاضا برای درمان کاهش می‌یابد (Karimi 2005). با افزایش تورم و کاهش قدرت خرید، این مقدار کاهش یافته و در دوران بازنشستگی امکان تقاضا و مصرف کم‌تری در خدمات بهداشتی - درمانی و تغذیه و مسکن مناسب وجود دارد. که این مسئله به نوبه خود بر

اجتماعی از جمله افزایش طلاق، دزدی، جنایت، بزهکاری، فقر تغذیه‌ای، مهاجرت‌های بی‌رویه نیز می‌گردد که در نهایت سلامت افراد جامعه را به خطر می‌اندازد. کاهش بیکاری و بهبود سطح دستمزدها در بهبود سطح تغذیه و افزایش امید به زندگی مؤثر است (Floud et al. 1990). نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که توسعه مالی، اثر مثبت و معنادار بر بخش سلامت دارد. توسعه مالی به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن رایج خدمات مالی توسط مؤسسات مالی افزایش می‌یابد و همه افراد جامعه از یک انتخاب وسیعی از خدمات بهره‌مند می‌شوند. در حقیقت توسعه نظام یا بخش مالی شامل بازارها، نهادها و ابزارهای مالی می‌باشد. بازار مالی در صورت ایفا کردن نقش مفید واسطه‌ای در تخصیص بهینه منابع به همه بخش‌های اقتصاد از جمله بخش‌های واقعی (شامل بازارهای کار و کالا) سهم عمده‌ای در رشد بلندمدت اقتصادی دارد. در این پژوهش از شاخص نسبت اعتبارات مالی مهیا شده توسط بخش بانکی به تولید ناخالص داخلی، به‌عنوان شاخص توسعه مالی استفاده شد. توسعه مالی، چشم‌اندازهای رشد را بهبود می‌بخشد و از طریق اثرات مثبتی که بر رشد اقتصادی دارد، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم نیز بر شاخص سلامت اثر دارد. نتیجه آنکه با توسعه مالی، امکان اعطای تسهیلات افزایش یافته و با ایجاد اشتغال و برابری فرصت‌های شغلی و کاهش نابرابری درآمد و کاهش فقر به افزایش امید به زندگی کمک می‌کند (Hasanzadeh 2006).

## نتیجه‌گیری

سلامت از مفاهیم محوری توسعه پایدار، اساسی‌ترین جزء رفاه اجتماعی و یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه انسانی است که ارتقاء سطح کمی و کیفی آن به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابستگی دارد. بر اساس مطالعات نظری و تجربی انجام شده در گذشته و همچنین نتایج حاصل از این پژوهش در مورد اثر تقاضای بیمه عمر و تعدادی از متغیرهای مهم اقتصادی بر بخش

سلامت در کشورهای اسلامی مشخص می‌گردد که در هنگام مواجه شدن با کمبود درآمد سرانه می‌توان از طرق دیگری مثل افزایش تقاضای بیمه عمر اقدام به ارتقای شاخص سلامت نمود. تقویت بازار سرمایه‌گذاری بیمه عمر به‌صورت مستقیم از طریق ایجاد آرامش روانی و اطمینان خاطر و ایجاد تأمین اجتماعی برای فرد متقاضی بیمه عمر منجر به ارتقای شاخص سلامت می‌شود و به‌صورت غیر مستقیم از طریق به‌کارگیری پس‌انداز 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 زندگی" می‌شود. از دیگر نتایج این مطالعه این است که بهبود شرایط اقتصادی شامل کاهش بیکاری، کاهش تورم، افزایش درآمد سرانه و گسترش و توسعه بازار مالی باعث افزایش "امید زندگی" می‌شوند. از این‌رو برای بهبود سلامت، نباید فقط متکی بر سیستم مراقبت‌های اولیه باشیم، بلکه باید بر اموری از جمله شرایط مناسب اقتصادی و اموری که اطمینان فرد از آینده-اش را افزایش دهد، تأکید شود. لذا مقتضی است که نگاه برنامه‌ریزان اقتصادی در کشور به‌گونه‌ای باشد که برنامه‌های سلامت، بهداشت و رفاه عمومی کشور، هماهنگ با سایر سیاست‌گذاری‌های بخش اقتصاد بخصوص در بخش بیمه عمر صورت گیرد تا تحقق برنامه‌های توسعه و به‌طور خاص برنامه‌های بخش سلامت کشور، با درصد موفقیت بیشتری پیش رود. بنابراین توصیه می‌گردد که دولت سیاست‌های پولی خود را در جهت کاهش تورم و سیاست‌های مالی خود را جهت کاهش میزان بیکاری به اجرا درآورد تا به این صورت بازارهای سرمایه‌ای از جمله بازار تقاضای بیمه عمر در جهت رشد کمی و کیفی شاخص سلامت و امید به زندگی در جامعه تقویت شوند.



## تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از پژوهشکده بیمه به خاطر همکاری و حمایت های همه جانبه از این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

این مقاله از پایان‌نامه‌ای استخراج شده که در سال ۱۳۹۲ با همکاری و حمایت پژوهشکده بیمه وابسته به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران انجام پذیرفته است.

جدول ۱- مقایسه شاخص‌های تقاضای بیمه عمر و شاخص سلامت کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته- ۲۰۱۱

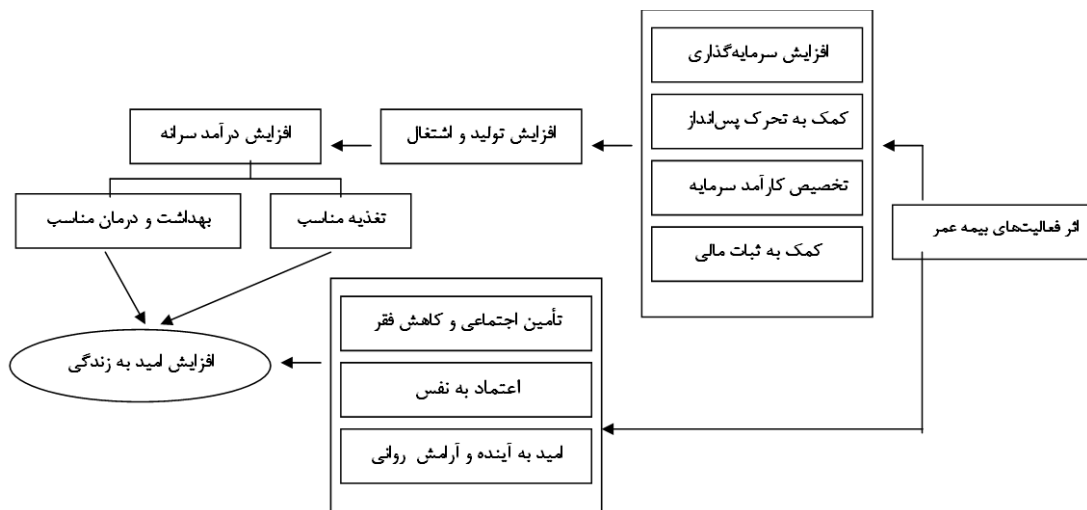
نام کشورها	شاخص‌ها	حق بیمه عمر (دلار)	بیمه عمر سرانه (دلار)	ضریب نفوذ بیمه عمر (درصد)	درآمد سرانه (دلار)	شاخص سلامت (امید زندگی)
<b>کشورهای توسعه یافته</b>						
امریکا	۵۳۷۵۷۰	۱۷۱۶	۳/۶	۳۷۶۹۱/۰۳	۷۸/۶۴	
کانادا	۵۲۱۶۷	۱۵۱۹	۳	۲۵۹۳۳/۲۸	۸۱/۰۶	
آلمان	۱۱۳۸۶۹	۱۳۸۹	۳/۲	۲۶۲۰۶/۵۵	۸۰/۷۴	
فرانسه	۱۷۴۷۵۳	۲۶۳۸	۶/۲	۲۳۰۱۶/۸۵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

منبع:

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)

جدول ۲- نتایج برآورد اثر بیمه عمر (ضریب نفوذ بیمه عمر، بیمه عمر سرانه و حق بیمه عمر) بر شاخص سلامت

شاخصهای آماری			آماره t	ضرایب	متغیرها	شرح
آزمون هاسمن	آزمون F لیمر	F_Statistic [prob]				
			۱۲۳/۳	۶۷/۳	عرض از مبدا	
			۵/۰۳۵	۱/۸۶	IP	
			-۱۰/۴۲	-۰/۰۴۳	INF	
۲۳/۱۵۹	۷۱/۱۹۳	۱۳۹/۲۶	۲/۴۵	۰/۰۰۰۰۵۷	GDP CAP	مدل ۱
[۰/۰۰۰۳]	[۰/۰۰۰۰]	[۰/۰۰۰۰]	-۱/۹۴	-۰/۰۳۶	UNE	
			۷/۸۲	۰/۰۴۲	FD	
			۱۴۴/۶	۶۶/۹۴	عرض از مبدا	
			۹/۷۵	۰/۰۱۴	ID	
			-۹/۸	-۰/۰۰۴	INF	
۱۲/۸۸	۶۹/۹۸	۱۴۷/۶۶	۹/۲	۰/۰۰۰۰۱۷	GDP CAP	مدل ۲
[۰/۰۰۲۴۵]	[۰/۰۰۰۰]	[۰/۰۰۰۰]	-۱/۹۹	-۰/۰۳۹	UNE	
			۱۱/۸	۰/۰۴۷	FD	
			۱۲۸/۶۵	۶۷/۰۳	عرض از مبدا	
			۶/۷۷	۰/۰۰۰۰۴۴	PRE	
			-۹/۰۹	-۰/۰۳۴	INF	
۱۵/۳۶	۷۹/۰۷	۱۶۵/۲۸	۳/۶۱	۰/۰۰۰۰۷۶	GDP CAP	مدل ۳
[۰/۰۰۰۸۹]	[۰/۰۰۰۰]	[۰/۰۰۰۰]	-۱/۶۴	-۰/۰۲۴	UNE	
			۱۰/۶۸	۰/۰۵۲	FD	



نمودار ۱- سازوکار تأثیر فعالیتهای بیمه عمر بر "امید زندگی"

## References

- Karimi, I., 2005. *Eghtesade Salamat*, Version 2, Tehran, Nashre Gap [In Persian].
- Kasklakay, K., Vinmaky, H. and Niskanen, L., 2001. Asare bikari bar salamat va asayesh ravani. *Majaleye Refahe Ejtemayi*, 2, pp. 65-82 [In Persian].
- Michaud, J., 2010. Inflation and life expectancy: a dangerous combination for your retirement?, [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca)
- Mirzaei, H., 1997. *Barresiye vigegehaye eghtesadi va shakhsiyatiye bimegozarane bime omr dar Iran*. Payanname karshenasiye arshad modiriyate bazargani, Daneshkade Modiriyat, Daneshgahe Tehran [In Persian].
- Noorizadeh, S., 1999. Naghshe sanat bimeh dar roshd eghtesadi va jayegah on dar samandehi eghtesadi. *Journal of Bank and Eghtesad*, 2 [In Persian]
- 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, European Regional Science Association, Zurich, Switzerland.
- Reshnavedi, Y. and dehnavi, M., 2008. Naghshe bimehaye omr dar afzayeshe refah va edalate ejtemayi. *Tazahaye Jahane Bime*. 121(122), pp. 21-32 [In Persian].
- Sen, A., 1995. *Aknoon kodamin rah ra bayad bargozid?* Translate: Gholamreza Azad, Nashre Didar, Tehran [In Persian].
- Sheykhi, M., 2011. Barresiye avamele moaser bar omid be zandegi ba elme dadekavi. Panjomin konferanse dadekaviye iran. Daneshgahe Sanaati Amirkabir, 22 va 23 azar, Tehran, Iran [In Persian]
- 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, DC, Available at: <http://www.worldbank.org>
- World Health Organization., 2011. *World Health Statistics*; 1998-2011. UNDP, Human Development reports: <http://hdr.undp.org/en/statistics/data/calculat> or
- Yaari, M., 1965. Uncertain life time, life insurance and the theory of the consumer. *Review of Economic Studies*, 32, pp. 1-137.
- Ahmadi, A., ghafari, H. and emadi, J., 2009. Rabeteye moteghayerhaye kalane eghtesadi ba salamat dar Iran. *Faslnameye Refahe Ejtemayi*; 2(39), P.154 [In Persian].
- 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.
- Ashrafzade, H. and Mehregan, N., 2008. *Eghtesadsanji panel data*. Moasse Tahghighate Taavon, Daneshgah Tehran [In Persian].
- Baseri, B. and Farhadikiya, A., 2008. Tahlile avamele moaser bar shakhsese tosee ensani dar ostane zanjan. *Faslname Pajuheshha va Siyasathaye Eghtesadi*, 16(47) [In Persian].
- Batuo, E.M., Guidi, F. and Kupukile M., 2010. Financial Development and income inequality: evidence from African countries. *MPRA Paper*. 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*.
- Esfandiyari, A., 2006. Dalayele adame tosee bimahaye zendagi dar iran. *Tazehaye Jahane Bima*, 94, pp. 35-47.
- Fereshtenejad, SM., Asadilari, M., Moradilakeh, M. and Mahdavi, V., 2010. Baravorde omid be zandegi va ertebate on ba avamele ejtemayie moaser bar salamat dar jamiyate shahriye manateghe mokhtalefe shahre Tehran. *Faslnameye Teb va Tazkiye*, 77, pp. 25-40 [In Persian].
- Floud, R. and Bernard, H., 1990. *Height health and history; nutritional status in the United Kingdom. 1750-1980*. New York: Cambridge University Press.
- Hasanzadeh, A., Azvaji, A. and Ghavidel, S., 2006. Barresiye asare etebarate khord dar kaheshe faghr va nabarabrihaye daramadi. *Eghtesade Eslami*, 211 [In Persian].
- Kardgar, E. 1997. *Tayine avamele moaser bar taghazaye bime omr dar senate bime Iran*. Payanname karshnasiye arshad olume eghtesadi. Daneshkade Olume Eghtesadi va Siyasi, Daneshgahe Shahid Beheshti [In Persian].

## Life Insurance Demand and Economic Factors Effect on Health Indicators

*Sepehrdoust, H., Ph.D.* Associate Professor, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran- Corresponding Author: hamidbasu1340@gmail.com

*Ebrahimnasab, S.,* MA Student, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamadan, Iran

Received: Dec 30, 2013

Accepted: May 4, 2014

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Economic factors, including life insurance in financial sector may have a significant effect on health sector and consequently on the life expectancy of the society. The life insurance effects on health index indirectly through economic growth and directly through bringing mental relaxation and social welfare for the person applying for life insurance. The main purpose of this study was to investigate how life insurance demand and other economic factors effect on life expectancy index of the society.

**Materials and Methods:** In this study, the relevant data with respect to life expectancy as dependant variable and economic factors including life insurance demand have been collected from Organization of Islamic Conference (OIC) countries for the years 2011 to 1998; using panel data analysis.

**Results:** The results of the study indicate a significant and statistically positive effect of life insurance demand on life expectancy index of the selected OIC countries. On the other hand, the variables such as financial development and per capita income also have significant positive effect, while the variables such as unemployment and inflation have significant negative effect on life expectancy index of health.

**Conclusion:** The results suggest that economic conditions improvement through lowering rate of unemployment, lowering rate of inflation, increase in per capita income and the financial market development could probably improve the condition of life expectancy in a society. Therefore, that is recommended for the planners to take into account the fundamental economic indicators specially life insurance consumption while planning for health and welfare betterment of the society.

**Key words:** life insurance, Health, Life expectancy, life insurance, OIC Countries, Panel data