Starzenie ludności a systemy ubezpieczeń zdrowotnych. Wstęp do analiz porównawczych dla Polski i Wietnamu

Piotr Obidziński*

Streszczenie: *Cel* – celem artykułu jest zwrócenie uwagi na bardzo interesujące porównanie pomiędzy dwoma krajami, które pomimo znacznej odległości geograficznej mają wiele wspólnego. Mimo różnych etapów rozwoju społeczno-gospodarczego i zachodzących procesów demograficznych – podobny kierunek zmian sprawia, że warto prowadzić analizy porównawcze w celu wyciągnięcia użytecznych wniosków na przyszłość.

Metodologia badania – artykuł jest analizą wyników badań przeprowadzonych w obu krajach wśród populacji osób starszych w związku z oceną procesów demograficznych. Na podstawie tej analizy w artykule przeprowadzono dyskusję na temat stanu systemów ubezpieczeń zdrowotnych w kontekście starzejącej się populacji i wzajemnych doświadczeń obu krajów.

Wynik – wyniki badań przedstawione w artykule to przede wszystkim unikalne zestawienia danych charakteryzujących sytuację demograficzną obu krajów oraz sytuację osób starszych w obu systemach ubezpieczeń zdrowotnych.

Oryginalność/wartość – artykuł stanowi efekt osobistych doświadczeń i badań prowadzonych podczas 6-miesięcznego pobytu w Wietnamie w ramach Programu IMPAKT. Wnioski płynące z przeprowadzonych badań pozwalają dostrzec możliwości dalszych, bardziej szczegółowych badań porównawczych.

Słowa kluczowe: Wietnam, starzenie się, ubezpieczenie zdrowotne

Wprowadzenie

Wyniki badań zaprezentowane w raporcie WPA 2015 potwierdzają, że populacja świata starzeje się, a każdy kraj na świecie przeżywa wzrost liczby i odsetka osób starszych w jego populacji. Coraz większy udział osób starszych w populacjach staje się jedną z najbardziej znaczących przemian społecznych XXI wieku, mającą wpływ na wszystkie dziedziny życia społeczeństw, w tym na rynki pracy i rynki finansowe, popyt na towary i usługi, takie jak mieszkalnictwo, transport i ochrona socjalna, ale także na struktury rodzinne i powiązania międzypokoleniowe.

---

* dr Piotr Obidziński, Uniwersytet Szczeciński, 71-101 Szczecin, ul. Mickiewicza 64, e-mail: piotr.obidzinski@usz.edu.pl.

Tempo starzenia się populacji w wielu krajach rozwijających się obecnie jest znacznie szybsze, niż miało to miejsce w krajach rozwiniętych w przeszłości. W związku z tym kraje rozwijające się muszą szybko przystosowywać się do starzenia populacji przy jednocześnie znacznie niższym poziomie dochodu narodowego, w porównaniu do doświadczeń krajów rozwiniętych (WPA, 2015, s. 3). W tym kontekście kraje znajdujące się we wczesnych stadiach rozwoju procesu starzenia się powinny czerpać z doświadczeń innych krajów, w których ten proces rozpoczął się znacznie wcześniej. Bardzo ważne jest, aby w dziedzinie opieki zdrowotnej rozwój odbywał się w sposób zrównoważony. Chodzi o to, aby wszystkie grupy społeczne były beneficjentami reform bez względu na bogactwo, wiek, płeć czy pochodzenie etniczne. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na bardzo interesujące porównanie pomiędzy dwoma krajami, które pomimo znacznej odległości geograficznej mają wiele wspólnego. Mimo różniących je etapów rozwoju społeczno-gospodarczego i zachodzących procesów demograficznych – podobny kierunek zmian sprawia, że warto prowadzić analizy porównawcze w celu wyciągnięcia użytecznych wniosków na przyszłość.

1. Dlaczego Polska i Wietnam?

Polska i Wietnam to bardzo interesujące zestawienie tak zwanych krajów rozwijających się. Polska od 13 lat funkcjonuje w Unii Europejskiej i w tym czasie dokonała cywilizacyjnego skoku. PKB *per capita* w Polsce wzrósł ponad 7-krotnie, z poziomu 1730 USD w 1990 roku do 12 550 USD w 2015 roku. Wietnam znajduje się we wczesnym stadium globalizacji, jednak charakteryzuje się bardzo wysokim tempem rozwoju. Dwa największe miasta – Ho Chi Minh City oraz Hanoi – znalazły się w 2017 roku na liście 10 najbardziej dynamicznych miast świata¹ – głównie za sprawą niskich kosztów i szybkiej ekspansji rynku konsumenckiego. W tym samym okresie PKB na jednego mieszkańca Wietnamu wzrósł ponad 20-krotnie, z 98 USD do 2111 USD. W 2015 roku jego wysokość była na poziomie Polski sprzed 25 lat, czyli na początku drogi transformacji. Istotnym podobieństwem obu krajów jest ścieżka zmian. Wietnam dzisiaj – podobnie jak Polska 25 lat temu – otwiera się na uczestnictwo w międzynarodowych strukturach mających na celu ochronę wspólnych interesów. Rozwijane stowarzyszenie ASEAN² staje się obecnie azjatyckim odpowiednikiem Unii Europejskiej z początków jej istnienia, a doświadczenia Wietnamu w tym zakresie przypominają Polską drogę do Unii.

¹ Ranking przedstawiono w artykule: *Technology and Innovation Drive the World's Most Dynamic Cities*. 16 January, 2017 Asian and U.S. cities dominate JLL's Global City Momentum Index.

² Association of South-East Asian Nations (Stowarzyszenie Narodów Azji Południowo-Wschodniej).

2. Charakterystyka procesów demograficznych i społeczno-ekonomicznych

Z perspektywy historycznej należy zauważyć dwa momenty czasowe istotne dla rozwoju populacji obu krajów:

1. W przypadku Polski była to II wojna światowa, która pochłonęła według różnych szacunków nawet do 10 mln osób i skutecznie zatrzymała tempo jej dalszego rozwoju (rys. 1). W wyniku wojennego ludobójstwa nie tylko dramatycznie spadła liczba ludności polskiej, ale także jej rozrodczość. Dopiero w 1947 roku zaczęto obserwować zjawisko powojennego baby boomu.
2. Dla Wietnamu było to jedynie spowolnienie tendencji wzrostu populacji w wyniku tak zwanych wojen indochińskich (1946–1975). Liczba ludności nie odnotowała znacznych strat, a w XX wieku rosła systematycznie w tempie wykładniczym (rys. 1).

Należy jednak podkreślić, że burzliwa historia walk narodowo-wyzwoleńczych jest ważną wspólną cechą obu narodów w XX wieku.

Rysunek 1. Liczba ludności Polski i Wietnamu w latach 1920–2015

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych o liczbie ludności dostępnych w World Bank Database tworzonej z danych dostarczanych przez narodowe urzędy statystyczne poszczególnych krajów.

Pomimo bardzo zbliżonej powierzchni obu krajów, wielkość populacji jest obecnie znacząco różna. W Polsce w 2015 roku około 313 tys. km² zamieszkałe było przez 38 mln ludzi, co dało średnią gęstość zaludnienia 122 osoby/km². W przypadku Wietnamu prawie 92 mln osób zamieszkiwało obszar 331 tys. km² (gęstość zaludnienia 272 osoby/km²).

Jednak pomimo różnic w stanie populacji, tempie jej rozwoju oraz zagęszczenia, oba kraje charakteryzują się podobnymi tendencjami (obserwowanymi także w innych krajach rozwijających się) w zakresie zmian struktury według wieku. Najogólniej proces ten nazywany jest starzeniem się ludności i oznacza często drastyczny przyrost udziału osób starszych (w wieku 65+) w ogólnej liczbie ludności.

Podobieństwa w przebiegu procesów społeczno-demograficznych wpływających na starzenie się ludności obu krajów są bardzo silne i wynikają z tendencji ogólnoświatowych. Są to przede wszystkim:

1. Wydłużanie się trwania życia – głównie w efekcie spadku śmiertelności noworodków oraz dzięki poprawie jakości życia osób starszych. W tym zakresie Wietnam sukcesywnie dogania w ostatnich latach Polskę (rys. 2).

Rysunek 2. Przeciętne trwanie życia noworodka w Polsce i Wietnamie w latach 1965–2015

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych o przeciętnym dalszym trwaniu życia noworodka dostępnych w World Bank Database tworzonej z tablic trwania życia dostarczanych przez narodowe urzędy statystyczne poszczególnych krajów.

2. Spadek poziomu płodności mający zróżnicowane przyczyny w obu krajach. W Polsce przede wszystkim w wyniku przemian wzorców społecznych (opóźnianie pierwszych urodzeń na rzecz edukacji i kariery zawodowej). W Wietnamie jako efekt prowadzonej przez władze polityki ograniczania rozrodczości – tak zwanej polityki dwójki dzieci³. W rezultacie w obu krajach następuje spadek współczynnika płodności całkowitej (rys. 3).

³ Od lat 60. w Wietnamie obowiązuje reguła *mot hoac hai con* – jedno lub dwoje dzieci. Władze chciały ograniczać dzietność Wietnamczyków przez kampanie społeczne, refundowanie środków antykoncepcyjnych czy zezwolenie na późną aborcję. Obecnie w obliczu starzenia się ludności kraju reguła ta jest powoli wycofywana.

Rysunek 3. Współczynnik płodności całkowitej w Polsce i Wietnamie w latach 1965–2015

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych dostępnych w World Bank Database tworzonej z danych dotyczących *Total Fertility Rate*, dostarczanych przez narodowe urzędy statystyczne poszczególnych krajów.

- Spadek przyrostu naturalnego jako efekt kumulacji wydłużania się trwania życia oraz spadku rozrodczości. W przypadku Polski mamy ponadto do czynienia z ujemnym przyrostem, co jest związane z wejściem w fazę tak zwanego drugiego przejścia demograficznego (rys. 4).

Rysunek 4. Współczynnik przyrostu naturalnego w latach 1965–2015 (%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych dostępnych w World Bank Database tworzonej z danych o urodzeniach i zgonach dostarczanych przez narodowe urzędy statystyczne poszczególnych krajów.

Z analizy danych wynika, że w zakresie podstawowych procesów demograficznych Wietnam jest krajem naśladowującym kraje wyżej rozwinięte, takie jak Polska. Jednak uwzględnienie obecnych struktur społeczno-demograficznych pozwala stwierdzić, że w przyszłości skutki tych procesów będą bardziej dotkliwe dla Wietnamu, który nadal nie jest technicznie przygotowany na takie zmiany.

Finalnie problemem, z którym oba kraje muszą się zmierzyć, będzie tak zwane starzejące się społeczeństwo. W ciągu ostatniego półwiecza tempo starzenia się ludności Polski było wyższe, a w 2012 roku udział osób starszych (wiek 65+) przekroczył 14,1% (przyjęty na świecie próg starości wynosi 14%). Natomiast w Wietnamie rok 2017 stanowi moment wejścia w proces starzenia się – przekroczenia progu 7%. Prognozy demograficzne przewidują okres intensywnego procesu starzenia się zarówno w Polsce, jak i w Wietnamie (rys. 5). Zgodnie z tymi prognozami Wietnam osiągnie starość demograficzną w 2034 roku (14,1% ogółu mieszkańców w wieku 65+).

Rysunek 5. Udział ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej populacji w latach 1970–2050 (%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie projekcji dostępnych w World Bank Database, tworzonej z prognoz struktury ludności według płci i wieku, dostarczanych przez narodowe urzędy statystyczne poszczególnych krajów.

Wraz ze starzeniem się populacji w obu krajach nastąpi feminizacja tego procesu, co jest właściwe dla tego zjawiska na całym świecie i wynika ze statystycznie dłuższego okresu życia kobiet. W 2015 roku w najstarszej grupie wieku (80+) przypadało średnio 2,3 kobiety na jednego mężczyznę (wartość indeksu 230,5 na rys. 6). Projekcje demograficzne wskazują jednak, że w ciągu następnych lat wskaźnik ten zmieni się nieznacznie na korzyść mężczyzn, a w roku 2050 spadnie do 172 (1,72 kobiety na 1 mężczyznę).

Rysunek 6. Współczynnik feminizacji w podziale na grupy wieku (2015 r.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych dostępnych w *World Bank Database* tworzonej z danych o strukturze ludności według płci i wieku dostarczanych przez narodowe urzędy statystyczne poszczególnych krajów.

Feminizacja starości jest niezwykle istotnym czynnikiem społecznej i gospodarczej sytuacji seniorów – zwłaszcza w sytuacji samotności w najbardziej podeszłym wieku. Obecnie kwestia ta staje się bardzo ważna w Polsce, gdzie wzrasta liczba pojedynczych gospodarstw domowych osób starszych, głównie samotnych kobiet. Problem ten dostrzegany jest już także w Wietnamie, gdzie obserwuje się sporą liczbę samotnych wdów w podeszłym wieku, nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego, zajmujących się żebractwem i handlem ulicznym.

3. Dostępność i koszty systemów opieki zdrowotnej dla osób starszych w Polsce i Wietnamie

Pomimo podobnych doświadczeń historycznych funkcjonowania w jednym bloku komunistycznym, oba kraje istotnie różniło podejście do kwestii zabezpieczenia społecznego. Polska po 1989 roku przyjęła model polityczno-ekonomiczny państwa zwany demokracją wolnorynkową o charakterze socjalnym. Konsekwencją jest powszechny system opieki zdrowotnej oparty na zasadzie równego dostępu do usług medycznych. Również przed transformacją dostęp do opieki zdrowotnej był w Polsce powszechny. Inaczej sytuacja wygląda w Wietnamie, gdzie nadal funkcjonuje system polityczny zwany komunizmem, jednak nie zapewnia on pełnego zabezpieczenia socjalnego obywateli. Głównym źródłem problemu jest wciąż spora szara strefa, w której ludność (przede wszystkim seniorzy zamieszkujący górskie tereny kraju) utrzymuje się z nierejestrowanych źródeł przychodów, nie płacąc żadnych podatków⁴.

⁴ *Vietnam Accelerates Universal Health Insurance*, VietNamNet Bridge, Mar 16, 2015.

Można powiedzieć, że kraj ten jest w procesie ewolucyjnego rozwoju ubezpieczenia zdrowotnego. Komunistyczne władze Wietnamu dążą do stworzenia uniwersalnego systemu opieki zdrowotnej. Pod koniec 2014 roku system obejmował już 71,6% populacji, a wysokość składki wzrosła w ciągu 10 lat z 1,5 do 4,5% wynagrodzenia minimalnego. Dzięki tym zmianom system pokrywa obecnie 80% opłat szpitalnych dla ubogich i zagrożonych ubóstwem, a także 100% dla ubogich i mniejszości etnicznych zamieszkujących tereny znajdujące się w niekorzystnym położeniu (głównie chodzi o wspomniane tereny górskie zamieszkałe w większości przez osoby starsze).

Tabela 1

Rozwój ubezpieczenia zdrowotnego dla seniorów w Wietnamie (%)

Osoby starsze (60+)	2006	2010	2014	2014 Typy polis ubezpieczeniowych gwarantowane przez państwo				
				Poor & Near-poor	Policy & Free	Compulsory	Voluntary	inne
Ogółem	43,5	59,5	75,0	18,30	35,86	22,49	21,71	1,63
60–69	45,2	58,1	71,9	17,01	31,98	25,06	24,83	1,12
70–79	42,4	61,6	76,8	18,96	35,36	21,84	22,10	1,74
80+	40,5	59,2	80,2	20,46	45,59	17,34	13,91	2,70

Źródło: Giang (2015).

Rozwój systemu ma pozytywny wpływ na poprawę sytuacji seniorów. Badanie „Viet-Nam Household Living Standards Surveys” wykazuje szybki wzrost pokrycia ubezpieczeniem zdrowotnym seniorów w różnych grupach wiekowych (tab. 1). Jednocześnie z danych wynika, że wraz ze wzrostem wieku seniorów następuje zmniejszenie ich udziału w ubezpieczeniu typu obowiązkowego (*compulsory*) i dobrowolnego (*voluntary*) przy wzroście udziału polis prospołecznych (*Poor & Near-poor* oraz *Policy & Free*). Oznacza to, że wprowadzane zmiany pozwalają na zapewnienie opieki zdrowotnej tym grupom społecznym, które same nie byłyby w stanie zapłacić składek ubezpieczeniowych.

Najbardziej zauważalną różnicą pomiędzy polskim a powstającym wietnamskim systemem ubezpieczenia zdrowotnego jest podejście do obligatoryjności ubezpieczenia. Jednak w wymiarze praktycznym różnica sprowadza się do efektywności przyjętych rozwiązań, to jest dostępności usług medycznych i ich kosztów. Głównym problemem obserwowanym obecnie w Polsce jest niedopasowanie systemu do starzenia się społeczeństwa, które można krótko opisać jako brak polityki geriatrycznej. Wycena procedur w Narodowym Funduszu Zdrowia nie obejmuje kosztów faktycznie poniesionych przez szpitale. Pacjenci geriatryczni diagnozowani są tak samo jak pozostali. Ocena obejmuje wszystkie systemy, w wyniku

czego diagnoza jest kosztowna. Dyrektorzy szpitali preferują prowadzenie tych oddziałów, które pozwalają utrzymać równowagę finansową, a geriatra generuje wysokie koszty i nie ma gwarancji finansowania przez NFZ (Wykowski, 2017)⁵. W rezultacie przewlekle chorzy seniorzy zapełniają szpitalne oddziały wewnętrzne, neurologiczne, kardiologiczne, reumatologiczne i psychiatryczne. Ich hospitalizacja oznacza przemieszczanie pomiędzy oddziałami, na których szpitale osiągają wyższe dochody, co dla samego systemu oznacza wyższe koszty (tab. 2).

Tabela 2

Przeciętne liczby wizyt lekarskich i ich koszty w grupie osób starszych w 2014 r.

		Średnia liczba wizyt	Przeciętny koszt wizyty (USD) (CBOS, 2015)
Ambulatoryjne	Polska (65+, NFZ)	13,40	47,42*
	Wietnam (60+, w ramach systemu)	3,08	45,40
	Wietnam (60+ poza systemem**)	2,90	57,88
Szpitalne	Polska (65+, NFZ)	0,43	1209,63
	Wietnam (60+, w ramach systemu)	0,34	203,90
	Wietnam (60+ poza systemem**)	0,27	308,45

* 1 USD = 21 387,5 VND (31.12.2014) (<http://www.exchange-rates.org>).

1 USD = 3,5401 zł (31.12.2014) (<http://www.exchange-rates.org>).

** Dotyczy grupy obywateli Wietnamu nieobjętych żadnym typem polisy ubezpieczeniowej gwarantowanej przez państwo (por. tab. 1).

Źródło: obliczenia własne na podstawie badań „VHLSS 2014” i „Health and health care in Poland in 2014”.

Systemy w obu krajach borykają się z poważnymi bólami związanymi ze starzeniem się ludności. Polski system jest powszechny, a przez to bardzo złożony, biurokratyczny i brakuje tu skupienia na rosnącej grupie starszych pacjentów. Natomiast system wietnamski w obecnym jego kształcie cechuje ograniczony dostęp i problemy z korupcją.

⁵ Wywiad dostępny na stronie: <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/System-nadal-nie-widzi-geriatrii-Czy-siec-szpitali-ostatecznie-ja-pogrzebie,169529,8,1.html>.

Tabela 3

Słabe strony ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce i Wietnamie

POLSKA	WIETNAM
Niedopasowanie systemu do starzejącej się populacji:	System nie jest dostępny dla wszystkich:
1. Brakuje edukacji medycznej w kierunku geriatrii. Geriatria jest zaniedbaną dziedziną edukacji medycznej w Polsce. W rezultacie nie ma wystarczającej liczby lekarzy geriatrów	1. Ubezpieczenie zdrowotne w 2016 r. obejmowało 81,7% ludności Wietnamu [43,5% (2010 r.), 59,5% (2012 r.), 71,9% (2014 r.)]
2. Brakuje geriatrycznych klinik opieki ambulatoryjnej. Duża grupa osób starszych korzystających z opieki ambulatoryjnej tworzy kolejki w przychodniach opieki podstawowej.	2. W wyniku braku powszechnego dostępu do publicznej opieki zdrowotnej dla żyjących w ubóstwie występują tzw. wydatki katastrofalne na zdrowie
3. Brakuje geriatrycznych oddziałów w szpitalach. Dyrektorzy preferują tylko takie oddziały, które pozwalają utrzymać równowagę finansową, a geriatria generuje wysokie koszty	3. Korupcja w systemie. Azjatyckie badania nad korupcją wykazały, że aby uzyskać dostęp do edukacji publicznej i opieki zdrowotnej, prawie 2/3 Wietnamczyków musiało zapłacić łapówkę
Główne podobieństwo	
„Opieka na osobami starszymi, niedołączonymi spoczywa na rodzinie, niedostatecznie wspomaganej usługami medycznymi” (Sudy, 2013).	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Polska – informacja o wynikach kontroli NIK „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym” (2015); Wietnam – wyniki badań zaprezentowane w internetowych źródłach: (Internet 1; Internet 2; Internet 3; Internet 4).

Tabela 4

Patologie systemów opieki zdrowotnej w Polsce i Wietnamie

POLSKA	WIETNAM
Ukryta korupcja systemu:	Jawna i powszechna korupcja systemu:
1. Zapewnienie właściwej opieki medycznej w systemie publicznym odbywa się za pomocą płatności ze środków własnych pacjentów w sektorze prywatnym	1. W systemie opieki zdrowotnej funkcjonuje taki sam zwyczaj jak w każdym innym obszarze życia w Wietnamie – system oficjalnych łapówek
2. W przypadku osób starszych wydatki te stanowią tzw. katastrofalne wydatki	2. Dla ubogich osób starszych są to tzw. katastrofalne wydatki
Nieefektywność systemu:	Sprawny system, ale z płatnościami typu <i>out-of-pocket</i> :
1. Koszty prowadzenia publicznej opieki zdrowotnej są wyższe niż odpowiadające im koszty prywatnych operatorów	1. Ubezpieczenie jest komercyjne. Koszty są obliczane ekonomicznie, ale w rzeczywistości system łapówek powoduje dodatkowe koszty po stronie pacjentów
2. Koszty te obciążają społeczeństwo jako całość poprzez system podatków publicznych	2. Ten problem najbardziej uderza w najuboższych pacjentów – głównie seniorów

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Polska – informacja o wynikach kontroli NIK „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym” (2015); Wietnam – wyniki badań zaprezentowane w internetowych źródłach: (Internet 1; Internet 2; Internet 3; Internet 4).

Słabości systemów wymuszają zachowania patologiczne w obu krajach. W Polsce skutkiem ubocznym niedopasowania systemu jest zjawisko ukrytej korupcji. Pacjenci bardziej majątni najpierw zgłaszają się komercyjnie po pomoc do lekarzy odpowiednich specjalności (w ramach ich prywatnych praktyk), a następnie do publicznego systemu do tych samych lekarzy w ramach ich pracy w powszechnym systemie ubezpieczenia. Pozwala to uzyskać lepszej jakości usługi medyczne w systemie publicznym (tab. 4). W Wietnamie natomiast powszechnie obowiązuje system różnorodnych łapówek, co oznacza, że bogatsi uzyskują pomoc szybciej i lepszej jakości (tab. 4).

Bolączki obu systemów powodują wzrost zainteresowania prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. W Wietnamie bogatsze osoby wybierają prywatne ubezpieczenia. Jednocześnie wraz ze stale malejącym udziałem prywatnych wydatków na zdrowie wzrasta udział wydatków w prywatnych ubezpieczeniach.

Uwagi końcowe

Charakterystyka przebiegu procesu starzenia ludności w Polsce jest dobrym punktem odniesienia dla najbliższej przyszłości Wietnamu, gdzie demografowie także przewidują znaczne przyśpieszenie jego tempa. Przedstawione w pracy podstawowe mierniki zjawisk demograficznych wyraźnie wskazują na naśladownictwo, co jest odzwierciedleniem tendencji ogólnościowych. Natomiast wskazane problemy polskiego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w konfrontacji z doświadczeniami wietnamskimi ukazują podobieństwo problemów, z jakimi mogą się stykać ubodzy seniorzy niezależnie od położenia geograficznego kraju.

Twórcy wietnamskiego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego kładą obecnie szczególny nacisk na zabezpieczenie osób starszych i ubogich. Wynika to z faktu, iż osoby te nadal często nie są objęte żadnym systemem i w przypadku choroby pozostają bez opieki państwa. Prowadzi to do katastrofalnych wydatków typu *out-of-pocket* w rodzinie chorego.

W Polsce natomiast seniorzy nie są w żaden sposób wyróżnieni w grupie ubezpieczonych, co również generuje szereg problemów zarówno dla systemu (brak efektywności), jak i dla samych seniorów (brak adekwatnej do wieku pomocy), co także prowadzi do dodatkowych wydatków typu *out-of-pocket* w ich rodzinach.

Zarówno polski, jak i tworzony wietnamski system ubezpieczenia zdrowotnego to znane powszechnie modele typu PAYG (*pay-as-you-go*) ze zdefiniowanym świadczeniem. Takie rozwiązanie stanowi dużą wadę w przypadku starzenia się populacji. Rosnąca rzesza seniorów prowadzi do obciążenia systemów i wymusza wzrost składek oraz obciąża budżety obu krajów.

Jednak zauważyć należy, że twórcy wietnamskiego systemu starają się przeciwdziałać temu zjawisku poprzez wprowadzenie kilku typów polis (tab. 1). Niestety w polskim systemie ubezpieczenia zdrowotnego nie ma żadnych mechanizmów redukujących zagrożenia

płynące z systemu PAYG. W tym przypadku to doświadczenia wietnamskie mogą okazać się wkrótce przydatne dla polskiego systemu, gdy ze względu na procesy starzenia się populacji trzeba będzie dokonać koniecznych jego reform.

Literatura

- CBOS (2015). *Household Expenditure on medicines and medical treatment*. Public Opinion Research Center.
- Giang, T.L. (2015). *Social Health Insurance in Vietnam: Current Issues and Policy Recommendations*. Monografia w ramach serii: *Social Security Extension Initiatives in East Asia*. International Labor Organisation – Sub-regional Office for East Asia.
- Health Status of Population in Poland in 2014*. (Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.) (2016). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Health and Health Care in Poland in 2014*. (Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.) (2016). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Hoa Thi Mong Pham (2008). The Facts about Women's Retirement Age in Vietnam. W: *Gender Equality as Smart Economics* (s. 8). World Bank Group Action Plan.
- Kuropas, D. (2015). To się nie bilansuje: leczenie i opieka nad seniorami pod kreską. *Rynek Zdrowia*, 26 września.
- NIK (2015). *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa
- Obidziński, P. (2015). „Baby boomers” na emeryturze – implikacje dla systemu opieki zdrowotnej. W: F. Chybalskiego, E. Marcinkiewicz (red.), *Współczesne problemy systemów emerytalnych* (s. 113–122). *Wybrane zagadnienia*. Łódź: Wyd. UŁ.
- Projekt badawczy: PolSenior. 2012. „Medical, psychological, sociological and economic aspects of aging people in Poland” – publicly-funded project by the Ministry of Science and Higher Education. TerMedia Press. Poznań.
- Projekt badawczy: „Viet Nam Aging Survey” (VNAS) 2011.
- Somanathan, A., Tandon, A., Huong Lan Dao, Hurt, K.L., Fuenzalida-Puelma, H.L. (2014). *Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam: Assessment and Options*. Monografia w ramach serii: *Directions in Development. Human Development*. The World Bank, Washington DC.
- Sudy, J. (2013). Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, I, Sectio B*, 217–221.
- Vietnam Household Living Standard Survey (VHLSS) 2012. General Statistical Office of Vietnam.
- WPA (2015). *World Population Ageing*. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- Wykowski, J. (2017). System nadal nie widzi geriatрії. Czy sieć szpitali ostatecznie ją pogrzebie? *Rynek Zdrowia*, 25 stycznia.

Internetowe źródła informacji o ubezpieczeniu zdrowotnym w Wietnamie

- (Internet 1) <http://www.jointlearningnetwork.org/news/vietnam-accelerates-universal-health-insurance>.
- (Internet 2) <http://english.vietnamnet.vn/fms/society/170599/health-insurance-covers-81-7-percent-of-vietnam-s-population.html>.
- (Internet 3) <http://www.channelnewsasia.com/news/asiapacific/vietnam-s-ticking-time-bomb-of-elderly-poverty/3589166.html>.
- (Internet 4) <http://saigoneer.com/society/society-categories/9495-indian,-vietnamese-are-most-common-victims-of-corruption-in-asia-report>.

AGING AND HEALTH INSURANCE SYSTEMS. INTRODUCTION TO COMPARATIVE ANALYSIS FOR POLAND AND VIETNAM

Abstract: *Purpose* – the purpose of this article is to draw attention to a very interesting comparison between two countries which, despite significant geographical distances, have much in common. Different stages of socio-economic development and demographic processes, but the similar direction of its changes, make it useful to conduct comparative analyzes in order to draw useful conclusions for the future.

Design/methodology/approach – the article is an analysis of the results of studies conducted in both countries among the elderly population in relation to the demographic process analysis. Based on this analysis, the article discusses the state of health insurance systems in the context of population aging and the mutual experiences of both countries.

Findings – the results of the study presented in the article are primarily a unique compilation of the data characterizing the demographic situation of both countries and the situation of the elderly in both health insurance systems.

Originality/value – The article is the result of personal experiences and research conducted during a 6 month stay in Vietnam under the IMPACT Program. Conclusions from the research study allow to see the possibility of further, more detailed comparative research.

Keywords: Vietnam, aging, health insurance

Cytowanie

Obidziński, P. (2017). Starzenie ludności a systemy ubezpieczeń zdrowotnych. Wstęp do analiz porównawczych dla Polski i Wietnamu. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 6 (90), s. 67–79. DOI: 10.18276/frfu.2017.90-05.