

การนำนโยบายการประกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปปฏิบัติ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในญี่ปุ่น¹

ธัญวัฒน์ รัตนศักดิ์²

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุของรัฐบาลญี่ปุ่น (2) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในนโยบายดังกล่าว และ (3) เพื่อหาบทเรียนที่เหมาะสมสำหรับจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการดูแลผู้สูงอายุของสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่าปัจจุบันญี่ปุ่นใช้ระบบการประกันการดูแลระยะยาว โดยรัฐบาลกลางมีบทบาทในการกำหนดกรอบนโยบายและกฎหมายต่างๆ สำหรับให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปปฏิบัติ โดยเทศบาลทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ สำหรับประเทศไทยซึ่งกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุควรเตรียมนโยบายเพื่อตอบรับสถานการณ์ดังกล่าว โดยศึกษาจากนโยบายของญี่ปุ่น

คำสำคัญ : การนำนโยบายการประกันการดูแลระยะยาวไปปฏิบัติ, บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ญี่ปุ่น

¹ สรุปลจากงานวิจัยเรื่อง The Study of Policy Concerning Elderly Welfare and Elderly Welfare Administration in Local Administrative Organization in Japan ที่ผู้เขียนได้รับทุนสนับสนุนจาก The Komai Fellowship, The Hitachi Scholarship Foundation ให้ไปทำวิจัยระยะสั้น ณ ประเทศญี่ปุ่น ภายใต้คำแนะนำของ Professor Fumio Nagai แห่ง Faculty of Law, Osaka City University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Long-term Care Insurance Policy Implementation in Local Administrative Organizations in Japan

Thanyawat Rattanasak ³

ABSTRACT

The objectives of this paper are (1) to study the elderly welfare policy in Japan, (2) to study the roles of local government in the elderly welfare policy process} and (3) to find elderly care policy recommendations for Thailand. The study found that recently Japan adopted the Long-term Care Insurance System. The national government plays a crucial role in providing the institutional framework to support the implementation of the local governments. The municipal governments are insurer and implementer. Thailand is entering the aging society and should study and provide elderly welfare policy framework by observing Japanese elderly system.

Keywords : Long-term Care Insurance Policy Implementation, The role of local administrative organization, Japan

³ Assistant Professor, School of Public Administration Faculty of Political Science and Public Administration, Chiang Mai University

บทนำ

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่เข้าสู่ภาวะของสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) โดยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 1970 และในปี 2005 ประชากร 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมดมีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า (McCreedy, 2003: 1) เพื่อที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่ประเทศมีสัดส่วนประชากรสูงอายุจำนวนมาก นโยบายของรัฐทุกด้านจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการคลังของประเทศ

บทความฉบับนี้เป็นการสกัดเนื้อหาสาระงานวิจัยเรื่อง The Study of Policy Concerning Elderly Welfare and Elderly Welfare Administration in Local Administrative Organization in Japan ที่ผู้เขียนได้รับทุนสนับสนุนจาก The Komai Fellowship, The Hitachi Scholarship Foundation ให้ไปทำวิจัยระยะสั้น ณ ประเทศญี่ปุ่น ภายใต้คำแนะนำของ Professor Fumio Nagai แห่ง Faculty of Law, Osaka City University โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษานโยบายการดูแลผู้สูงอายุของรัฐบาลญี่ปุ่น บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในนโยบายดังกล่าว และเพื่อหาบทเรียนที่เหมาะสมสำหรับจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการดูแลผู้สูงอายุสำหรับสังคมไทย โดยบทความฉบับนี้แบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ พัฒนาการการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ปัจจัยที่ทำให้เกิดระบบประกันการดูแลระยะยาว หลักการของระบบประกันการดูแลระยะยาว โครงสร้างของระบบประกันการดูแลระยะยาว บทบาทของเทศบาล และข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

1. พัฒนาการการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นถือเป็นประเทศแรกๆ ของเอเชียที่มีการจัดสวัสดิการให้แก่ประชาชนได้ครอบคลุมทุกกลุ่ม รวมทั้งมีการพัฒนาระบบสวัสดิการให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ การจัดสวัสดิการของญี่ปุ่นแบ่งออกเป็น 5 ยุค ได้แก่

1. ยุคก่อนสงคราม

ในยุคก่อนสงครามได้มีการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ ค.ศ. 1922 มีผลบังคับใช้ในปี 1927 โดยมุ่งหมายให้ความช่วยเหลือแก่คนงานที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานในโรงงาน อย่างไรก็ตามในปี 1929 ประเทศได้ประสบปัญหาการคลังอันเนื่องมาจากเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลก ในปี 1938 จึงได้มีการฟื้นฟูระบบประกันสุขภาพอีกครั้ง

โดยการออกกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติปี 1938 เพื่อขยายสิทธิประโยชน์ไปยังผู้ที่ไม่ได้ถูกจ้างงานอย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะกลุ่มชาวนา (JICA, 2007: 245) ในปีต่อมาพระราชบัญญัติประกันสุขภาพคนทำงานและพระราชบัญญัติประกันสุขภาพชาวประมงมีผลบังคับใช้ซึ่งขยายสิทธิประโยชน์ครอบคลุมกลุ่มต่างๆ เพิ่มขึ้น ในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ถึงปลายปี 1943 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขยายครอบคลุมเกือบทั่วประเทศ

2. ยุคเริ่มต้นสวัสดิการสังคม (1945-1960s)

เมื่อสงครามโลกครั้งที่ 2 สิ้นสุดลง จึงได้มีการตรากฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมขึ้นมา รวมทั้งพระราชบัญญัติความมั่นคงในชีวิต (Daily Life Security Law of 1946) พระราชบัญญัติสวัสดิการเด็ก (The Child Welfare Law of 1947) พระราชบัญญัติมาตรฐานแรงงานและค่าชดเชยอุบัติเหตุสำหรับแรงงาน (Labor Standard Law and Workers' Accident Compensation Law of 1947) และพระราชบัญญัติสำหรับประชาชนผู้ทุพพลภาพ (The Welfare of People with Physical Disabilities of 1949) (Fukuwa, 2000: 1 ; JICA, 2007: 3) ทำให้ขอบเขตของนโยบายด้านสวัสดิการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม

รัฐบาลญี่ปุ่นยังได้ทุ่มเทความพยายามในการสร้างกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติให้มีความเข้มแข็ง โดยการเพิ่มอัตราเงินสมทบ และขยายประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในที่สุดจึงได้มีการตราพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับใหม่ปี 1958 (The National Health Insurance Law of 1958) ครอบคลุมแก่ประชากรทุกคนในเดือนเมษายน 1961

ในปี 1963 พระราชบัญญัติสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุถูกตราขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์จากกฎหมายฉบับอื่น ปัจจุบันกฎหมายฉบับนี้ยังมีผลบังคับใช้อยู่ โดยใช้จัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน

3. ยุคการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ (1962-1981)

เนื่องจากการวิจารณ์ว่าระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นผู้เอาประกันจะต้องจ่ายเงินค่ารักษาครั้งหนึ่งในกรณี que เข้ารักษาตัวในสถานพยาบาล แต่ผู้เอาประกันตามระบบประกันสุขภาพแรงงานไม่ต้องจ่ายค่ารักษาใดๆ เลย (JICA, 2007: 246) ดังนั้นเพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันนี้รัฐบาลจึงได้ลดจำนวนเงินที่ผู้ประกันตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องจ่ายเหลือเพียงร้อยละ 30

ในปี 1970 เมื่อจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนถึงร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (JICA, 2007: 3) ประเด็นปัญหาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุจึงถูกหยิบยกมาพิจารณาอีกครั้ง โดยรัฐบาลกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งองค์กรไม่แสวงหากำไร เริ่มมองหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาและแนวนโยบายที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหา ในปี 1971 รัฐบาลกลางได้ประกาศแผนเร่งด่วน 5 ปี เพื่อสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสวัสดิการสังคม (Five Year Urgent Plan for Building Social Welfare Facilities) เพื่อเตรียมมาตรการระยะสั้นและระยะยาวสำหรับจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ในปี 1983 จึงได้กำหนด The New Year on Welfare โดยการสร้างระบบรักษาพยาบาลฟรีสำหรับผู้สูงอายุ

4. ยุคปฏิรูประบบสวัสดิการสังคม เพื่อรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ (1980-1999)

พระราชบัญญัติบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุกำหนดขึ้นในปี 1982 ตามด้วยการประกาศใช้ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในปีเดียวกัน โดยกฎหมายดังกล่าวตราขึ้นมาเพื่อแยกภาระต้นทุนค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ออกจากระบบประกันสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มอื่น และให้มีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนด้วย

ในปี 1987 ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขเพื่อเพิ่มค่าใช้จ่ายที่คนไข้จะต้องร่วมจ่าย ซึ่งระบบดังกล่าวนี้ใช้มาจนกระทั่งปี 2000 จึงมีการนำระบบการประกันการดูแลระยะยาว (long-term care insurance) มาใช้

5. ยุคสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาว (2000-ปัจจุบัน)

ก่อนที่จะมีการสร้างระบบประกันการดูแลรักษาระยะยาว ญี่ปุ่นมีระบบประกันสำหรับผู้สูงอายุ 2 ระบบ คือ

1. สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ กำหนดขึ้นตามพระราชบัญญัติสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุปี 1963 โดยเงินทุนที่จะนำมาใช้จัดสวัสดิการมาจากภาษี ผู้ที่ดำเนินการจัดสวัสดิการได้แก่เทศบาลต่างๆ อย่างไรก็ตามการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบนี้มีปัญหาเกี่ยวกับประเภทของสวัสดิการ และผู้รับสวัสดิการ ซึ่งไม่สามารถเลือกรูปแบบของสวัสดิการที่ตนต้องการได้ นอกจากนี้ยังนำเรื่องราวได้ของผู้ยื่นขอรับสวัสดิการมาพิจารณาด้วย และผู้รับบริการยังต้องรับภาระร่วมจ่าย (co-payment) ตามรายได้ของตน ดังนั้นทำให้ภาระหนักตกอยู่กับผู้มีรายได้น้อยปานกลาง และผู้มีรายได้สูง (MHLW, n.d.: 8)

2. ประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในปี 1982 สภาไดเอทได้มีมติเห็นชอบกฎหมายการบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (MHLW, n.d. : 7) ในปีต่อมาจึงได้เกิดระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยจะต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วน สมาชิกของกองทุนประกันนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป หรืออายุ 65-69 ปี ในกรณีที่เป็นผู้พิการ (Fukawa, 2000: 5)

อย่างไรก็ตามได้เกิดปัญหาขึ้นเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีอัตราที่สูงมาก ดังนั้นสถานพยาบาลจึงมีไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วย และผู้สูงอายุบางคนก็พำนักในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานเกินความจำเป็น เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลที่บ้านครอบครัวจึงให้โรงพยาบาลรับภาระในการดูแลแทน

2. ปัจจัยที่ทำให้เกิดระบบประกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ในปี 1989 รัฐบาลญี่ปุ่นได้กำหนด Gold Plan หรือแผน 10 ปี สำหรับส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยแผนดังกล่าวต้องการสร้างโครงสร้างพื้นฐานสำหรับดูแลผู้สูงอายุ (Ihara, n.d.: 2) นอกจากนี้ยังต้องการสร้างระบบการจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุที่บ้าน หรือสถานบริการที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะ

แผน 10 ปี สำหรับส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วยกลยุทธ์หลัก 4 ประการ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางการจัดสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ขยายบริการที่มีอยู่โดยเพิ่มจำนวนผู้ช่วยเหลือที่บ้าน (home helper) จาก 40,900 คนในปี 1991 เป็น 100,000 คน ในปี 1999 และเพิ่มจำนวนเตียงใน nursing home จาก 144,600 เป็น 240,000 เตียง

2. พัฒนารูปแบบบริการให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น

3. กระจายอำนาจโดยการเพิ่มบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการออกแบบบริการ

4. สนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทำวิจัยและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Rodwin, 1993)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้สำรวจว่าในพื้นที่ของตนมีผู้สูงอายุจำนวนเท่าใด และกำหนดว่าควรจะมีการพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานประเภทใดบ้างเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุดังกล่าว ในระยะครึ่งแผนแรกรัฐบาลได้ทบทวนและกำหนดเป้าหมาย

ใหม่ที่สูงกว่า เรียกว่า The New Gold Plan ในปี 1995 เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาการมีจำนวนผู้สูงอายุวัยหลังเกษียณจำนวนมาก จึงมีความคิดในการสร้างระบบการรักษาพยาบาลระบบใหม่ โดยสภาไดเอไทได้ผ่านพระราชบัญญัติประกันดูแลระยะยาวในเดือนธันวาคม ปี 1999 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน ปี 2000 โดยพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้เพิ่มสิทธิประโยชน์มากขึ้น (Yasukawa, 2010: 227) และครอบคลุมถึงผู้สูงอายุจากระบบประกันผู้สูงอายุระบบเดิมด้วย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการปฏิรูประบบประกันสุขภาพและใช้ระบบประกันดูแลระยะยาว ได้แก่ (Yong and Saito, 2011: 2)

1. การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร ทำให้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ที่ป่วยเป็นโรคมองเสื่อม หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มีเพิ่มขึ้นถึง 5.2 ล้านคนในปี 2025 และยังคงรวมถึงผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ และต้องการการดูแลรักษาอีกเป็นจำนวนมาก

2. การเปลี่ยนแปลงของค่านิยมในครอบครัวชาวญี่ปุ่น โดยผู้หญิงออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น จึงไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวมีพื้นที่อาศัยเล็กลง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ไม่ได้อาศัยอยู่กับลูกหลานเหมือนกับในสมัยก่อน

3. ความต้องการระบบประกันดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ครอบครัวพาผู้สูงอายุไปทั้งไว้ที่โรงพยาบาล ปลอมให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ดูแลแทน ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการทางการแพทย์และดูแลรักษาผู้ป่วยรายอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การรับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายอื่นๆ มีข้อจำกัด เช่น กำหนดว่าต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย อาศัยอยู่คนเดียว เป็นต้น นอกจากนี้ใช้ระยะเวลารอรับสิทธิประโยชน์นาน และผู้จัดสวัสดิการดำเนินงานไม่ประสานสอดคล้องกัน

นอกจากนี้ Ihara (n.d.: 12-13) กล่าวเสริมว่า รัฐบาลญี่ปุ่นต้องการสร้างความมั่นคงของกองทุนประกันสุขภาพ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอาจมีผลกระทบต่อกองทุน และสถานพยาบาลบางแห่งได้ประสบปัญหาทางการเงิน เพราะข้อจำกัดของการขอรับบริการสวัสดิการดูแลจากสถานบริการตั้งที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุไปขอรับบริการการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลแทน

3. หลักการของระบบประกันดูแลระยะยาว

ระบบการประกันการดูแลระยะยาวได้รับการพัฒนาขึ้นใหม่และถูกนำมาปฏิบัติตั้งแต่ปี 2000 เป็นต้นมา มีเป้าหมาย คือ

1. เพื่อลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการใช้ระบบประกันสังคมสาธารณะสำหรับการดูแลระยะยาว ซึ่งจะทำให้ระบบการดูแลทำได้กว้างขวางและครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. สร้างกลไกการจ่ายร่วมสำหรับระบบประกันการดูแลระยะยาว โดยมาจากเงินภาษี ค่าประกัน (insurance premiums) และร่วมจ่าย

3. สร้างระบบซึ่งเป็นการบูรณาการการดูแลรักษา และการบริการสังคม แต่ยังคงแยกกองทุนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างบูรณาการ

4. เพื่อลดจำนวนผู้สูงอายุที่พำนักระยะยาวในโรงพยาบาล

5. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการโดยไม่ต้องมีข้อจำกัดเรื่องของรายได้ และสถานการณ์ภายในครอบครัว

6. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีเสรีภาพในการเลือกบริการ โดยให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการตามระบบดูแลระยะยาว อันจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากได้ และการแข่งขันยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพอีกด้วย

กล่าวโดยสรุป เป้าหมายของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ต้องการให้กองทุนมีเสถียรภาพมากขึ้น และต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุมากขึ้น

4. โครงสร้างของระบบประกันดูแลระยะยาว

1. ผู้รับประกัน

ตามระบบประกันการดูแลระยะยาวนี้ เทศบาลจะเป็นผู้รับประกัน โดยบริการการดูแลระยะยาวจะแตกต่างกันไปตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลดังกล่าว และคุณลักษณะของแต่ละท้องถิ่น ดังนั้นระบบการดูแลระยะยาวจะสะท้อนลักษณะของชุมชนท้องถิ่นที่จะกำหนดสิทธิประโยชน์ และเพิ่มขึ้นตามระดับของเงินประกันที่จ่ายเพิ่มขึ้น

2. ผู้เอาประกัน

ประชากรชาวญี่ปุ่นที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป จะต้องเข้าร่วมในระบบนี้ โดยผู้เอาประกันแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มที่มีอายุ 40-64 ปี โดยผู้มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปจะมีสิทธิยื่นขอรับสิทธิประโยชน์หากผ่านการประเมินให้ได้รับสิทธิ และผู้มีอายุ 40-64 ปี จะได้รับสิทธิประโยชน์ก็ต่อเมื่อถูกประเมินและรับรองว่าควรได้รับสิทธิประโยชน์ในกรณีที่ป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น ป่วยเป็นโรคมะเร็ง หรือสมองเสื่อม เป็นต้น

3. การยื่นขอรับสิทธิประโยชน์จากกองทุน

เมื่อผู้เอาประกันมีอาการเจ็บป่วย หรือต้องการการดูแลระยะยาว จะต้องผ่านการประเมินและการรับรองก่อน โดยมีขั้นตอนต่างๆ ได้แก่

- (1) ผู้เอาประกัน หรือผู้ดูแลยื่นคำร้องต่อเทศบาล (ผู้รับประกัน) ที่ตนอาศัยอยู่
- (2) เจ้าหน้าที่ของเทศบาลที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้วจะออกไปเยี่ยมบ้านของผู้เอาประกันที่ยื่นคำร้อง และใช้แบบสอบถามมาตรฐาน 85 ข้อ ที่พัฒนาขึ้นโดยรัฐบาลกลาง และใช้เหมือนกันทุกแห่งเพื่อประเมินว่าผู้ยื่นคำร้องว่ามีปัญหาด้านสุขภาพที่สมควรได้รับสิทธิประโยชน์หรือไม่ ทั้งนี้จะนำเรื่องประเมินรายได้หรือสถานะทางครอบครัวของผู้ยื่นคำร้องมาร่วมพิจารณาในการประเมิน

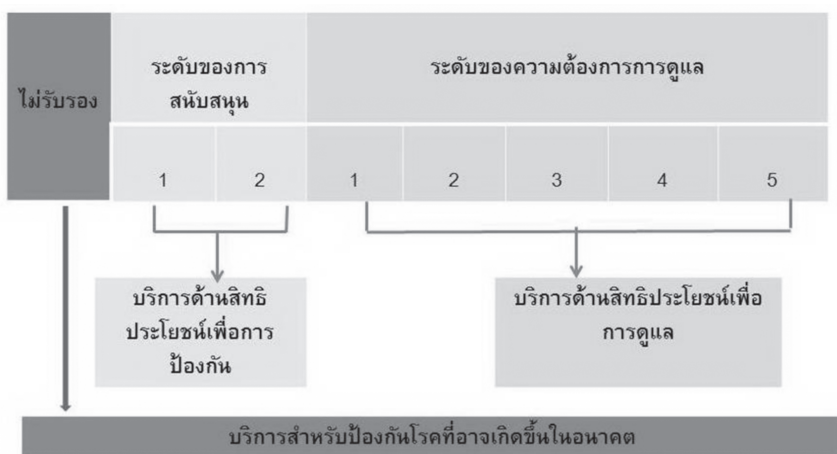
- (3) นำข้อมูลที่ได้รับไปคำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อหาคะแนน โดยสามารถแบ่งคะแนนออกเป็น 7 ระดับ (สิทธิที่จะได้รับการสนับสนุนมี 2 ระดับ และสิทธิที่จะได้รับการดูแลมี 5 ระดับ) หรือปฏิเสธว่ายังไม่มีความจำเป็นที่จะได้รับสิทธิประโยชน์

- (4) คณะกรรมการรับรองการได้รับสิทธิประโยชน์ (Long-term Care Certification Board) ของเทศบาลซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข แพทย์ และการจัดสวัสดิการจะทบทวนผลการประเมินประกอบกับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ของเทศบาลรวบรวมมาได้ขณะที่ออกไปเยี่ยมบ้าน โดยจะแจ้งผลการประเมินให้ผู้ยื่นคำร้องทราบภายใน 30 วัน และแพทย์ประจำตัวของผู้ยื่นคำร้องจะให้ความเห็นด้วย (MHLW, 2003 ใน Simizutani and Inakura, 2007: 30)

- (5) เทศบาลจะพิจารณาระดับของสิทธิประโยชน์ที่ผู้ยื่นคำร้องจะได้รับ ในกรณีที่ผู้ยื่นคำร้องถูกปฏิเสธการได้รับสิทธิประโยชน์ จะมีสิทธิได้รับบริการสำหรับการป้องกันหรือการดูแลเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอาการ หรือโรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

สิทธิได้รับประโยชน์ในด้านการสนับสนุนด้านสุขภาพที่จัดให้ในชุมชน (Preventive benefits service) ระดับ 1 หรือ 2 จะมี สิทธิได้รับการดูแลระดับ (Care benefits service) 1-5 จะได้รับบริการดูแลทั้งที่บ้าน และการใช้บริการอื่นๆ ในชุมชน (Ozawa and Nagayama, 2005 ใน Yong and Saito, 2011: 5; Tokyo Metropolitan Government, 2009: 2)

ภาพที่ 1 ระดับสิทธิประโยชน์ที่ผู้เอาประกันจะได้รับ



เมื่อผู้ยื่นคำร้องได้รับการรับรองว่า สมควรได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการดูแล (Care benefit service) แล้วเทศบาลจะแต่งตั้งผู้จัดการการดูแล (care manager) เพื่อจัดทำแผนการดูแล (care plan) โดยการหารือกับแพทย์ประจำตัวของผู้ยื่นคำร้อง โดยแผนการดูแลนี้จะหลากหลายและแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมและความจำเป็นของแต่ละบุคคล สถานการณ์ภายในครอบครัว และบริการต่างๆ ของเทศบาลด้วย เช่น เทศบาลบางแห่งอาจมีบริการส่งอาหารไปให้ผู้สูงอายุตามบ้าน เป็นต้น (Shimizutani and Inakura, 2007: 30)

การนำนโยบายการประกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปปฏิบัติ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในญี่ปุ่น

ตาราง 1 บริการสำหรับผู้ที่ไม่ได้รับการรับรอง

บริการสำหรับการป้องกันโรคที่ อาจเกิดขึ้นในอนาคต	รายละเอียด
1.มาตรการสำหรับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล	เพื่อพัฒนาและสร้างไว้ซึ่งการทำงานของอวัยวะต่างๆ -ห้องเรียนฝึกออกกำลังกาย -การฝึกหัดควบคุมอาหาร -การพัฒนาการทำงานของช่องปาก -การป้องกันโรคสมองเสื่อม เป็นต้น
2.มาตรการสำหรับผู้สูงอายุโดยทั่วไป	การบรรยาย การประชาสัมพันธ์ โดยสำนักงานเทศบาล การอบรมอาสาสมัครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มา: Tokyo Metropolitan Government, 2009: 2.

ตาราง 2 บริการสำหรับผู้ได้รับการสนับสนุนระดับ 1 และ 2

ประเภทของบริการ		รายละเอียด
1.การเตรียม แผนการดูแล ป้องกัน	การจัดการเพื่อการดูแล ป้องกัน	เน้นการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเงื่อนไขที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ
2.บริการที่บ้าน	2.1.การดูแลป้องกันที่ บ้าน	เป็นบริการที่จัดให้ที่บ้านเป็นรายบุคคล หรือผู้ที่เข้าไปรักษาในสถานพยาบาล โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อรักษาและพัฒนาการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย และ ป้องกันไม่ให้เสื่อมสภาพ ตัวอย่าง เช่น การช่วยเหลือในการทำงานบ้าน เป็นต้น
	2.2.บริการอาบน้ำในที่ บ้าน	
	2.3.บริการรักษาพยาบาล ให้ที่บ้าน	
	2.4.บริการฟื้นฟู สมรรถภาพร่างกายที่บ้าน	
	2.5.แนวทางการจัดการ การป้องกันดูแลที่บ้าน	

ตาราง 2 บริการสำหรับผู้ได้รับการสนับสนุนระดับ 1 และ 2 (ต่อ)

ประเภทของบริการ		รายละเอียด
3.บริการที่สถานบริการ (สุขภาพ)	3.1.การให้บริการในเวลา กลางวันที่สถานบริการ	
	3.2.การให้บริการแก่ผู้ป่วย โรคสมองเสื่อม	สำหรับผู้ได้รับการสนับสนุนระดับ 1 และ 2 สามารถใช้บริการการดูแลเป็นกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม
	3.3.บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่างกาย	
	3.4.บริการที่พักระยะสั้นใน สถานฟื้นฟูสุขภาพ	
	3.5.บริการที่พักระยะสั้นใน สถานพยาบาล	
	3.6.บริการที่พักระยะสั้นใน สถานที่รับดูแล	
4.บริการที่จัดให้ที่ สถานอื่น นอกเหนือจาก บ้าน	4.1.บริการดูแลผู้ป่วยโรค สมองเสื่อมเป็นกลุ่ม	
	4.2.บริการดูแลในสถาน บริการสุขภาพ	
5.บริการอุปกรณ์ ช่วยเหลือ	5.1.ให้เช่าอุปกรณ์ช่วยเหลือ ในการดำรงชีวิต	
	5.2.งบประมาณค่าใช้จ่าย เพื่อซื้ออุปกรณ์ให้ความ ช่วยเหลือ	
6.บริการ ช่อมแซมบ้าน	ค่าใช้จ่ายเพื่อนำมาปรับปรุง ที่อยู่อาศัย	

ที่มา: Tokyo Metropolitan Government, 2006: 9.

การนำนโยบายการประกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไปปฏิบัติ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในญี่ปุ่น

**ตาราง 3 บริการการดูแลสำหรับผู้ที่ได้รับการรับรองให้ได้รับสิทธิในการดูแล
ระดับ 1,2,3,4 และ 5**

ประเภทของบริการ	รายละเอียด
1.การเตรียมแผนการดูแล	แผนการดูแลที่บ้าน
2.บริการการดูแลที่บ้าน	2.1.การช่วยเหลือที่บ้าน
	2.2.การช่วยเหลือที่บ้านเวลากลางคืน
	2.3.การอาบน้ำให้ที่บ้าน
	2.4.การรักษาพยาบาลที่บ้าน
	2.5.การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่บ้าน
	2.6.แนวทางการดูแลที่บ้าน
3.บริการที่สถานบริการ	3.1.บริการเวลากลางวัน
	3.2.บริการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเวลากลางวัน
	3.3.บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเวลากลางวัน
	3.4.การเข้าพักระยะสั้นในสถานบริการ
	3.5.การเข้าพักระยะสั้นในสถานพยาบาล
	3.6.สถานรับดูแลขนาดเล็ก
4.บริการที่จัดให้ที่อื่นที่ไม่ใช่บ้าน	4.1.การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มในเวลากลางวัน
	4.2.การดูแลในสถานบริการพิเศษ
	4.3.การดูแลในสถานบริการพิเศษในชุมชน
5.บริการที่จัดให้ ณ สถานบริการ	5.1.สวัสดิการสถานบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล
	5.2.สถานบริการที่ดูแลที่อยู่ในชุมชน

ตาราง 3 บริการการดูแลสำหรับผู้ที่ได้รับการรับรองให้ได้รับสิทธิในการดูแล ระดับ 1,2,3,4 และ 5 (ต่อ)

ประเภทขอบริการ		รายละเอียด
	5.3.บริการด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลในชุมชน	ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในสถานบริการขนาดเล็กในชุมชน
	5.4.โรงพยาบาลสำหรับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	โรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมาดูแล
6.บริการเครื่องมือ ช่วยเหลือ	6.1.ให้เข้าอุปกรณ์ช่วยเหลือ	ให้เข้าเตียงพิเศษ รถเข็น และอุปกรณ์อื่นๆ เป็นต้น
	6.2.งบประมาณสำหรับซื้อ อุปกรณ์ช่วยเหลือ	หน่วยงานจะใช้งบประมาณสำหรับซื้ออุปกรณ์ช่วยเหลือต่อไปในอัตราไม่เกิน ร้อยละ 90 ของราคาอุปกรณ์ (สูงสุด 90,000 เยน)
7.บริการซ่อมแซมที่ อยู่อาศัย	งบประมาณสำหรับซ่อมแซม ที่อยู่อาศัย	สนับสนุนงบประมาณไม่เกินร้อยละ 90 ของราคาซ่อมแซมบ้าน (สูงสุด 180,000 เยน) เพื่อซ่อมแซมบ้านเล็กๆ น้อยๆ เช่น การติดตั้งราวจับ

Source: Tokyo Metropolitan Government, 2006: 8.

4. ผู้จัดการการดูแลและแผนการดูแล

โดยหลักการแล้วผู้ยื่นคำร้องสามารถเลือกบริการการดูแลที่กำหนดไว้แล้ว
ก็ได้ แต่ในทางปฏิบัติผู้จัดการการดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดแผนการดูแล
โดยผู้จัดการการดูแลเป็นบุคคลผู้มีประสบการณ์ในการทำงานด้านที่เกี่ยวข้องและต้อง
ผ่านการอบรม และการสอบเพื่อรับอนุญาตทำงานในหน้าที่ดังกล่าว เมื่อผู้ยื่นคำร้องผ่าน
การประเมินว่าอยู่ในระดับดูแล 1-5 สามารถร้องขอให้ผู้จัดการการดูแลจัดทำแผนการดูแล
ให้แก่ตนได้ ส่วนผู้ที่ถูกประเมินว่าอยู่ในระดับสนับสนุน 1-2 สามารถใช้บริการของศูนย์
ส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ในชุมชนได้ ดังนั้นผู้เอาประกันจึงสามารถพักอยู่ที่บ้านเพื่อรับ
บริการการดูแลที่บ้าน และมีชีวิตอิสระในสภาพแวดล้อมที่ตนคุ้นเคย

5. การจ่ายร่วม

ผู้ให้บริการการดูแลสามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายการดูแลจากกองทุนได้ร้อยละ 90
โดยผู้รับการดูแลจ่ายเงินสมทบร้อยละ 10

6. การใช้บริการ

ผู้ที่ได้รับการรับรองว่ามีสิทธิได้รับการสนับสนุน (ระดับ 1 และ 2) หรือได้รับการดูแล (ระดับ 1-5) จะเริ่มรับสิทธิประโยชน์โดยการลงนามจ้างผู้ให้บริการการดูแล (service provider) เมื่อมีการลงนามในสัญญาแล้ว ผู้ดูแลต้องจ่ายเงินสมทบค่าบริการร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

7. สถานการณ์การเงิน

ระบบประกันการดูแลระยะยาวจะครอบคลุมการจัดการดูแลที่บ้าน และการจัดการป้องกันโดยค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จะมาจากเงินประกันร้อยละ 50 และเงินภาษีร้อยละ 50 ซึ่งรัฐบาลกลาง รัฐบาลของจังหวัด และเทศบาลจะเฉลี่ยค่าใช้จ่ายส่วนนี้ในอัตรา 2:1:1

8. เงินค่าประกัน

เงินค่าประกันจะขึ้นอยู่กับรายได้ของผู้เอาประกัน (Ihara, 2007: 18) เงินค่าประกันจะแบ่งเป็น 2 ระดับ โดย (1) ประชากรที่อายุ 40-64 ปี จะจ่ายเงินสมทบแก่กองทุนประกันในส่วนกลาง (2) ประชากรที่อายุ 65 ปี ขึ้นไปจะจ่ายเงินประกันโดยตรงให้แก่เทศบาล โดยอัตราเงินประกันที่จะจ่ายนี้แตกต่างกันไปในแต่ละเทศบาล วิธีการจ่ายนี้สามารถจ่ายโดยหักจากเงินบำนาญ หรือจ่ายที่ธนาคารก็ได้

5. บทบาทของเทศบาล

การดำเนินการตามนโยบายการประกันดูแลระยะยาวนี้ เทศบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งทั้งในฐานะผู้รับประกัน และผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

ในฐานะผู้รับประกัน เทศบาลจะเป็นผู้เก็บเงินประกันจากประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และจัดสรรเงินภาษีที่เก็บได้ร้อยละ 12.5 สมทบกองทุนรวมแห่งชาติ (national pooling fund) ในระหว่างที่ผู้เอาประกันแต่ละคนได้รับสิทธิการบริการการดูแลจากหน่วยงานที่ให้การดูแล เทศบาลจะจ่ายเงินร้อยละ 90 ของค่าบริการที่ได้รับการจัดสรรจากกองทุนสุขภาพแห่งชาติ (national health fund) ให้แก่ผู้ให้บริการ (service provider)

ในฐานะผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ เทศบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินและให้การรับรองแก่ผู้เอาประกันว่ามีสิทธิที่จะได้รับสิทธิประโยชน์หรือไม่ เพื่อที่จะบรรลุนภารกิจดังกล่าว เทศบาลรับสมัครเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นเพื่อออกไปเยี่ยมบ้านผู้ยื่นคำร้อง และทำการ

ประเมินตามแบบประเมินที่ส่วนกลางกำหนด และวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาโดยรัฐบาลกลาง เทศบาลยังมีหน้าที่ตั้งคณะกรรมการรับรองสิทธิ (Long-term Care Certification Board) เพื่อวินิจฉัยว่าผู้เอาประกันคนใดมีสิทธิที่จะได้รับสิทธิประโยชน์หรือไม่

นอกจากนี้เทศบาลยังมีหน้าที่ในการปกป้องสิทธิของผู้เอาประกันที่ได้รับสิทธิในการดูแลระยะยาวเพื่อไม่ให้ผู้ให้บริการ (service provider) เอาัดเอาเปรียบ หรือละเมิดสิทธิ

6. ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

จากการศึกษานโยบายการประกันดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของญี่ปุ่น ทำให้ทราบว่าญี่ปุ่นได้มีการกำหนดนโยบายเพื่อจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุ โดยได้มีการปรับปรุงนโยบายหลายครั้งตามความเหมาะสม สำหรับนโยบายที่ใช้อยู่ปัจจุบันนี้ได้ปรับปรุงเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ การคลัง และการเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบให้ดียิ่งขึ้น

สำหรับไทยนั้นประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมีจำนวนประมาณ 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12 ของประชากรไทยทั้งหมด 64 ล้านคนในปี 2553 ประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอัตราปีละประมาณร้อยละ 5 ทำให้เพิ่มจำนวนขึ้นอีกเท่าตัวเป็นประมาณ 15 ล้านคน ในปี 2573 หรือประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มเป็น 16.6 ล้านคนในปี 2583 หรือประมาณร้อยละ 27 ของประชากรทั้งหมด (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ชวนวัน และ กาญจนา เทียนลาย, 2555: 107) จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากร ทำให้เห็นว่าไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบในไม่ช้านี้

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ย่อมมีผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ต่อเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ เช่น ผลกระทบต่อจีดีพี รายได้ต่อหัวประชากร การออม การลงทุน การจ้างงาน ผลิตภาพแรงงาน และงบประมาณของรัฐ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเอง เนื่องจากปัจจุบันครอบครัวต่างๆ ในสังคมไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวไร้ลูกหลานดูแลมีอยู่จำนวนมาก และเกิดโรคใหม่ๆ กับผู้สูงอายุมากขึ้น

ดังนั้นรัฐบาลไทยจึงต้องเตรียมพร้อมด้านนโยบาย เพื่อรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว แม้ไทยจะมีนโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แต่เป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ เนื่อง

จากเป็นการให้เงินสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุโดยภาครัฐโดยอาศัยการจัดสรรงบประมาณแผ่นดิน ไม่ได้มีการตั้งกองทุนและให้มีการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ดังนั้นในระยะยาวจะสร้างภาระทางการคลังและงบประมาณของรัฐเป็นอย่างมาก

ดังนั้นผู้เขียนขอเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายทั้งระดับมหภาค และจุลภาค เพื่อเตรียมการรับมือสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้

ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับมหภาค

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงฐานข้อมูลด้านผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้นำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดเป็นนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทั้งนี้ควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการสำรวจข้อมูล เนื่องจากทำงานใกล้ชิดกับประชาชนในท้องถิ่นและเป็นผู้ที่ทราบข้อมูลดีที่สุด และจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยคนเดียวไม่มีลูกหลานดูแล ผู้สูงอายุที่พิการ (ควรให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการวินิจฉัยด้วย) ผู้สูงอายุที่มีบำนาญ ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุที่มีความรู้ และยังสามารถประกอบการงานได้ เป็นต้น เพื่อที่จะได้นำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดเป็นนโยบายด้านสวัสดิการ และส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มต่อไป

2. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างระบบประกันสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ โดยการศึกษาตัวอย่างการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนาโยบายการสร้างระบบประกันสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เหมาะสมกับสังคมไทยต่อไป

3. ส่งเสริมการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุจะมีความซับซ้อนกว่าโรคที่เกิดกับคนทั่วไป และการดูแลผู้สูงอายุจะยากกว่าการดูแลประชากรกลุ่มอื่นๆ หรือผู้ป่วยทั่วไป ดังนั้นภาครัฐควรเร่งผลิตบุคลากรดังกล่าวเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

4. การส่งเสริมการออมระยะยาว ซึ่งนโยบายนี้เป็นแนวทางที่จะช่วยสนับสนุนให้ระดับรายได้ของผู้สูงอายุมีความมั่นคงยิ่งขึ้น การออมดังกล่าวนี้เป็นการออมที่นอกเหนือไปจากการจ่ายเข้ากองทุน กบข. กองทุนประกันสังคม หรือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โดยประชาชนทั่วไปสามารถออมได้ตามสัดส่วนของรายได้ที่เพิ่มขึ้นตามอายุการทำงาน เพื่อให้สามารถนำเงินจากการออมในส่วนนั้นมาเป็นค่าใช้จ่ายในอนาคต

5. การขยายอายุการทำงานของแรงงานที่ยังมีความรู้ความสามารถ และยังมีกำลังเพียงพอที่จะทำงาน โดยต้องคำนึงถึงการรองรับสังคมผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ไม่ใช่เป็นการดำเนินการภายใต้การขาดแคลนบุคลากรในสาขาอาชีพใดอาชีพหนึ่ง และจะต้องไม่กระทบกับการจ้างงานของแรงงานรุ่นใหม่

ข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับจุลภาค

ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยได้รับการกระจายอำนาจจากหน่วยงานส่วนกลาง จึงมีภารกิจหน้าที่เพิ่มมากขึ้น และมีอิสระในการจัดทำบริการสาธารณะได้อย่างกว้างขวาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งที่มีการดำเนินการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเต็มพื้นที่แล้ว ควรเปลี่ยนแปลงนโยบายมาเน้นด้านการพัฒนาสังคมและสวัสดิการสำหรับประชาชนในท้องถิ่นมากขึ้น โดยเฉพาะการจัดสวัสดิการสำหรับคนในท้องถิ่นและผู้สูงอายุ ทั้งนี้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรพัฒนานวัตกรรมในการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมกับประชากรแต่ละกลุ่มในท้องถิ่น นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มีการรวมกันเป็นภาคีเครือข่าย ระหว่างองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น เช่น อสม. โรงพยาบาลในท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อดำเนินการจัดสวัสดิการ และกระทรวงหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้รางวัลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่มีวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) เผยแพร่เป็นตัวอย่างสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป และรัฐบาลกลางควรจัดสรรเงินอุดหนุนเพิ่มเติมสำหรับให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เพื่อไม่ให้กระทบถึงงบประมาณในการพัฒนาอื่นๆ

อ้างอิง

- ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ชนวนัน และ กาญจนา เทียนลาย. 2555. "ผู้สูงอายุ: คนวงในที่จะถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบ." ใน ประชากรและสังคม 2555: ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคม. กุลภา วจนสาระ และ กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Fukawa, Tetsuo. 2002. **Public Health Insurance in Japan**. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank.
- Ihara, Kazuhito. n.d. **Japan's Policies on Long-Term Care for the Aged : The Gold Plan and the Long-term Care Insurance Program**. Online, Available at: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/document/APCITY/UNPAN023659.pdf>. (Access October 24, 2011).
- JICA. 2007. **Aging Population in Asia: Experience of Japan Thailand and China**. Seminar Report on the Parallel Session at the 8th Annual Global Development Conference January 17, 2007, Beijing.
- McCreedy, Amy. 2003. **The Demographic Dilemma: Japan's Aging Society**. Asia Program Special Report No. 107. Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. n.d. **Act for Partial Revision of the Long-Term Care Insurance Act, Etc., in Order to Strengthen Long-Term Care Service Infrastructure**. Online, Available at: www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/en_tp01.pdf. (Access November 13, 2011).
- Tokyo Metropolitan Government. 2006. **Long-term Care Insurance System**.

- Tokyo Metropolitan Government. 2009. **Long-term Care Insurance System**.
Online, Available at: [www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/koho/kaigo_pamph/files/kaigohoken-english\(web\).pdf](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/koho/kaigo_pamph/files/kaigohoken-english(web).pdf). (Access October 24, 2011).
- Yasukawa, Fumiaki. 2010. "Reforming Public Long-term Care Insurance and Caregiver Burden in Japan : How to Relieve care Cost." **Japanese Journal of Health Economics and Policy**. Vol. 21, E 1. PP. 226-245.
- Yong, Vanessa and Saito, Yasuhiko, 2011. "National Long-term Care Insurance Policy in Japan a Decade after Implementation : Some Lessons for Aging Countries." **Ageing International**. Online, Available at : www.springerlink.com/index/07XL45R1UP55W703.pdf. (Access October 20, 2011).