



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการนโยบายและทิศทางการนโยบาย
ด้านผู้สูงอายุในอนาคต

โดย

รองศาสตราจารย์วาทีณี บุญชะลิกษ์

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการนโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต

รองศาสตราจารย์วาทีณี บุญชะลิกษ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย

เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

คำนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าศตวรรษที่ 21 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หลายประเทศมีประสบการณ์ในการเปลี่ยนผ่านจากประชากรเยาว์วัยมาสู่ประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยปี บางประเทศเพิ่งจะเริ่มต้นเข้าสู่วงจรของการเปลี่ยนผ่านนี้ ประเทศไทยเริ่มการเปลี่ยนผ่านมาไม่นานนี้เอง อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนผ่านนี้นำมาทั้งผลบวกและผลลบ ผลในทางบวกคงไม่ต้องกล่าวถึง แต่ผลในทางลบก็คือปัญหาทางสุขภาพและสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้นและมีปัญหาสุขภาพตามมา ยิ่งอายุมากขึ้นก็มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ บางส่วนก็มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่มีรายได้ ไม่มีผู้เลี้ยงดู ต้องอยู่คนเดียว เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุทั้งสิ้น สังคมและรัฐต้องช่วยกันหาแนวทางหรือมาตรการในการช่วยเหลือหรือแก้ไข เพื่อให้ปัญหาดังกล่าวบรรเทาเบาบางหรือลดลง เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในสังคม

การวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยนี้ น่าจะมีส่วนบ้างไม่มากนักน้อยในการช่วยชี้แนะในเชิงนโยบาย และแผนปฏิบัติการที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา โดยอาศัยประสบการณ์จากประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อบรรเทาปัญหาผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นต่อไป

การวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยนี้จะไม่สามารถสำเร็จได้ ถ้าปราศจากนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ที่ให้เกียรติและโอกาสสังเคราะห์นโยบายผู้สูงอายุและแผนการดูแลระยะยาว 5 ประเทศในแถบเอเชีย คือมาเลเซีย เกาหลี สิงคโปร์ ฮองกง และประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางและประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและทิศทางนโยบายผู้สูงอายุในประเทศไทยในอนาคต

ขอขอบคุณเครือข่ายสุขภาพ สกว. โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่ให้ทุนสนับสนุน ขอขอบคุณคณะทำงาน คุณอุทัยทิพย์รักจรรยาบรรณ คุณภาณี วัฒนสมบุรณ์ คุณนวรรตน์ เพ็ชรเจริญ คุณสาวิตรี ทยานศิลป์ คุณนันทวัน อินทชาติ คุณวิษชุดา อินทมานวงศ์ และ ร.ต.ท. หญิงวราภรณ์ พลัฒพลาทอง ที่มีส่วนช่วยอย่างมากให้งานนี้สำเร็จลงได้

ขอขอบพระคุณทุกท่าน ณ โอกาสนี้ด้วย หากนี้มีข้อผิดพลาดหรือจุดอ่อนประการใดขออภัยและจะนำไปแก้ไขต่อไป

วาทีณี บุญชะลักษ์

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข-ง
สารบัญตาราง	จ-ช
สารบัญรูป	๗
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทนำ	1
• ส่วนที่ 1	
สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเศมาเลเซีย	3
สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี	11
ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์	14
สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศฮ่องกง	19
สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย	22
• ส่วนที่ 2	
นโยบายผู้สูงอายุของประเศมาเลเซีย	27
- กิจกรรมและโครงการในแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติ	27
- โครงการที่สำคัญและผลการดำเนินงาน	31
นโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติสำหรับประเทศเกาหลี	41
- วิวัฒนาการด้านนโยบายและแผนสำหรับผู้สูงอายุของเกาหลี	41
- โครงสร้างหน่วยงานรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ	46
- กิจกรรมและโครงการในแผนปฏิบัติการเพื่อผู้สูงอายุ	47
- ลักษณะของนโยบายเพื่อผู้สูงอายุในเกาหลี	60
- ผู้มีส่วนร่วมและผู้ริเริ่มในการกำหนดนโยบาย	63
- โอกาสในอนาคต	64

นโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติของประเทศสิงคโปร์	70
- พัฒนาการของนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติ	70
- แนวทางการดำเนินนโยบายหลักสำหรับผู้สูงอายุ	72
- ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต	78
- พื้นที่ที่จะพัฒนานโยบาย	85
นโยบายผู้สูงอายุของประเทศฮ่องกง	88
- วิวัฒนาการด้านนโยบายและแผนสำหรับผู้สูงอายุของฮ่องกง	88
- กิจกรรมและโครงการในแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุ	93
นโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย	99
- แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1	99
- ผลการดำเนินงาน	100
- แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2	104
● ส่วนที่ 3	
การดูแลระยะยาว	111
นโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศมาเลเซีย	113
- ความจำเป็นของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	113
- แนวคิดนโยบายและการดูแลระยะยาวในภาครัฐ	115
- รูปแบบและการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว	116
นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศเกาหลี	124
- วิวัฒนาการของนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	125
- โครงการต่างๆ ด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	127
- ปัญหาและอุปสรรคของนโยบายผู้สูงอายุระยะยาว	133
แผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศสิงคโปร์	136
- การจัดการและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน	138
- การวางแผนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต	154
นโยบายและแผนการดูแลระยะยาวของฮ่องกง	155
- ความจำเป็นที่ต้องให้การดูแลระยะยาว	155
- ระบบการดูแลในปัจจุบัน	158
การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย	164
- ความต้องการของการดูแลระยะยาว	164
- พัฒนาการของนโยบายและการจัดเตรียมในการดูแลระยะยาว	167
- รูปแบบการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว	169

● ส่วนที่ 4

วิเคราะห์นโยบายด้านผู้สูงอายุและแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ ประเทศมาเลเซียและประเทศไทย	175
- นโยบายและมาตรการ/โครงการที่สำคัญ	175
- การตอบสนองนโยบาย/ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	178
- การมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุ	183
- สรุปและข้อเสนอแนะนโยบายผู้สูงอายุของไทยที่ได้จาก การศึกษาวิเคราะห์นโยบายผู้สูงอายุของประเทศมาเลเซียและไทย	185
- วิเคราะห์นโยบายและรูปแบบการดำเนินงานด้านการดูแลระยะยาว ของประเทศมาเลเซียและประเทศไทย	188
- สรุปและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินการเพื่อการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุไทยที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์การดำเนินการ ของประเทศมาเลเซียและไทย	194
นโยบายด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย: บทเรียนจากประเทศเกาหลี	196
- วิเคราะห์นโยบายและโครงการด้านผู้สูงอายุ : บทเรียนจากประเทศเกาหลี	197
- ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทย	210
- มาตรการสนับสนุนนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย	211
เปรียบเทียบนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติและแผนการดูแลระยะยาว ประเทศสิงคโปร์และประเทศไทย	217
- นโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศสิงคโปร์	217
- ความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่างสิงคโปร์และไทย	217
- ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	231
วิเคราะห์นโยบายและแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศฮ่องกง และประเทศไทย	236
ข้อเสนอแนะทางด้านสังคมสำหรับประเทศไทย: บทเรียนจาก 4 ประเทศในเอเชีย	241
เอกสารอ้างอิง	243

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ร้อยละการกระจายของประชากรสูงอายุจำแนกตามเชื้อชาติของประเทศมาเลเซีย ปี 1991 และ 2020	3
ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของประชากรสูงอายุกลุ่ม Young-old (60-74 ปี) และ Old-old (74 ปีขึ้นไป) ของประเทศมาเลเซีย ปี 1980 –2020	4
ตาราง 3 ร้อยละการกระจายของประชากรสูงอายุ กลุ่ม Young-old และ Old-old จำแนกตามเชื้อชาติของประเทศมาเลเซีย ปี 1991	4
ตาราง 4 อัตราส่วนเพศของประชากรสูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุและเชื้อชาติของประเทศมาเลเซีย ปี 1970-2020	5
ตาราง 5 ร้อยละการกระจายของประชากรสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส เพศ และกลุ่มอายุของประเทศมาเลเซีย ปี 1991	6
ตาราง 6 ร้อยละการกระจายของประชากรสูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษาของประเทศมาเลเซีย ปี 1970, 1980, 1991 และ 2020	6
ตาราง 7 อัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน ของประชากรสูงอายุ จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุของประเทศมาเลเซีย ปี 1971, 1980 และ 1991	7
ตาราง 8 ร้อยละการกระจายของประชากรสูงอายุที่มีงานทำ จำแนกตามสถานภาพการทำงาน และเพศของประเทศมาเลเซีย ปี 1980 และ 1991	8
ตาราง 9 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประเทศเกาหลี ปี 1960-2020	11
ตาราง 10 จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี ปี 1960-2030	12
ตาราง 11 แสดงจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์จากการฉายภาพประชากรปี ค.ศ.2030	17
ตาราง 12 การเพิ่มของประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปปี ค.ศ. 1971-2016	19
ตาราง 13 ประชากรกลางปีของฮ่องกง แบ่งตามกลุ่มอายุ ปี 1995, 1999 และ 2000	20
ตาราง 14 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและเมื่ออายุ 60 ปี ของประเทศฮ่องกง ปี 1977 – 2016	20
ตาราง 15 อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงานในประเทศฮ่องกง ปี 1977 – 2016	21
ตาราง 16 ลักษณะของผู้สูงอายุไทย ปี 1994	23
ตาราง 17 แหล่งรายได้สำคัญในการเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุไทย (อาจมีแหล่งรายได้สำคัญมากกว่า 1 แหล่ง)	24

ตาราง 18	ร้อยละของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (Long-term disability) ภาวะทุพพลภาพทั้งหมด (Total disability) และการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน (Self-care dependence)ของผู้สูงอายุไทย	25
ตาราง 19	สรุประยะเวลาและปี ค.ศ. ที่มีการออกกฎหมายและโครงการต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุในประเทศไทย	45
ตาราง 20	แสดงอัตราการเก็บเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพจากนายจ้างและลูกจ้างในปัจจุบันในประเทศสิงคโปร์	84
ตาราง 21	แสดงการคาดประมาณจำนวนและร้อยละของระดับการศึกษาของผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี ในประเทศสิงคโปร์	86
ตาราง 22	การตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล และนโยบายและมาตรการระยะยาวในแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 1 ของประเทศไทย	101
ตาราง 23	ขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ยและอัตราส่วนร้อยละของประเภทครัวเรือนจำแนกตามเขตเมืองเขตชนบทของประเทศมาเลเซีย ปี ค.ศ. 1980 และ 1991	114
ตาราง 24	ร้อยละของประชากรสูงอายุ /อาวุโส (Senior Citizens) ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายจำแนกตามสถานภาพสมรสและเพศของประเทศมาเลเซีย ปี ค.ศ. 1991	114
ตาราง 25	ผู้รับบริการ Home Help Service ที่จัดขึ้นโดย MPKSM ใน Peninsular Malaysia ในปี ค.ศ. 2000 จำแนกตาม อายุ และเชื้อชาติ	120
ตาราง 26	แสดงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวระหว่างปี ค.ศ. 1980-2000 ในสิงคโปร์	136
ตาราง 27	การกระจายของผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุในประเทศฮ่องกง	155
ตาราง 28	อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของฮ่องกงแยกตามเพศ	155
ตาราง 29	ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในฮ่องกง	156
ตาราง 30	ประเภทของการอยู่กับครอบครัวของผู้สูงอายุในฮ่องกงที่มี 60 ปีขึ้นไปในปี ค.ศ. 1991	157
ตาราง 31	ร้อยละของครอบครัวเดี่ยวในประเทศฮ่องกง ปี 1996-1999	157
ตาราง 32	สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุประเทศฮ่องกง	157

ตาราง 33	แสดงลักษณะครอบครัวเดี่ยวแยกตามอายุ/ความยากจน	158
ตาราง 34	สถานบริการดูแลผู้สูงอายุประเภทต่าง ๆ ของฮ่องกง	159
ตาราง 35	ระยะเวลาและจำนวนของผู้ที่รอเข้ารับการดูแลในสถานบริการในฮ่องกง ปี 2000	160
ตาราง 36	การบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนของฮ่องกง	161
ตาราง 37	ความรุนแรงของ Long-term disability ของไทย จำแนกตาม อายุและเพศ	164
ตาราง 38	การคาดประมาณจำนวนและร้อยละของประชากรสูงอายุที่อยู่ในภาวะ Home bound, Bed bound , Dependent in personal care , and Dementia ในปี พ.ศ. 2543-2573	165
ตาราง 39	สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ และเขตเมืองชนบท	166
ตาราง 40	การกระจายร้อยละการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ เพศ และบุคคล ที่อาศัยอยู่ด้วย	167
ตาราง 41	นโยบาย มาตรการ / โครงการที่สำคัญของประเทศมาเลเซียและประเทศไทย	175
ตาราง 42	สรุปบริการ/โครงการเพื่อการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุของประเทศมาเลเซีย และประเทศไทย	192
ตาราง 43	สรุปเปรียบเทียบนโยบายสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับระหว่างประเทศไทย และประเทศเกาหลี จำแนกตามกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ	201
ตาราง 44	แสดงการเปรียบเทียบนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติระหว่างประเทศสิงคโปร์และ ประเทศไทย	220
ตาราง 45	เปรียบเทียบแผนการดูแลระยะยาวระหว่างประเทศสิงคโปร์และประเทศไทย	227

สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1 แสดงจำนวนประชากรประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1820-2000	16
รูปที่ 2 แสดงสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดจากการฉายภาพประชากร ปี ค.ศ. 2030	17
รูปที่ 3 แสดงภาพผู้สูงอายุใน Day Care ภายในการดูแลของเจ้าหน้าที่ของ MCD	79
รูปที่ 4 แสดงถึงมาตรฐานบริการสำหรับผู้สูงอายุโดย IMC	79
รูปที่ 5 ร้อยละของสถานะทางสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ ในปี ค.ศ. 1998	124
รูปที่ 6 แสดงให้เห็นสภาพภายในแฟลตของโครงการHDBสำหรับผู้สูงอายุ	142
รูปที่ 7 ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลจากครอบครัวและได้รับบริการสุขภาพที่ดี	144
รูปที่ 8 แสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	145
รูปที่ 9 แสดงการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการของรัฐโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง	147
รูปที่ 10 แสดงให้เห็นการจัดที่อยู่อาศัยและโครงสร้างพื้นฐานที่สะดวกสบายสำหรับผู้สูงอายุ	147
รูปที่ 11 ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทสำคัญในการทำงานต่อไปเท่าที่สามารถจะทำได้	150
รูปที่ 12 ส่งเสริมความผูกพันภายในครอบครัว	153

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 A Model of Social Performance Levels in Older People	118
แผนภาพที่ 2 Model of Service Available to Older People	118
แผนภาพที่ 3 โครงการต่างๆ ในนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care Policy) ของประเทศไทย	128

ส่วนที่ 1

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

บทนำ

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปมากจากในอดีต เนื่องจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และการตาย ทำให้ประชากรวัยเด็กลดลง และประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว โครงสร้างของประชากรไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ (Population Aging)” ประชากรสูงอายุนั้นเป็นกลุ่มประชากรพิเศษ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคม ทางด้านสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีแบบแผนความเจ็บป่วยที่ต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆ ความเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ความเสื่อมถอยของพลกำลังทำให้ศักยภาพในการทำงานลดลง การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานลดลง ส่งผลลบต่อด้านเศรษฐกิจ ประกอบกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน คนวัยหนุ่มสาวต้องแก่งแย่งแข่งขันในการประกอบอาชีพ ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจะลดน้อยลง ทำให้มีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ถูกรอกรับทอดทิ้งเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้จะต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และหากรัฐไม่มีการเตรียมพร้อมในด้านการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุแล้ว สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับด้านสังคม เศรษฐกิจ จะกลายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคตอันใกล้ได้

การจัดเตรียมแผน นโยบาย และมาตรการต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อประเทศไทย การเรียนรู้จากประเทศพัฒนาที่ได้เข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุแล้ว และการเรียนรู้จากประเทศเพื่อนบ้านใกล้เคียง เช่น มาเลเซีย เกาหลี สิงคโปร์ และฮ่องกง ซึ่งกำลังเคลื่อนเข้าสู่ความมีอายุของประชากรเช่นเดียวกับไทย เป็นวิธีทางหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการเตรียมการของไทย

ดังนั้น บทความนี้ ในเบื้องต้นได้นำเสนอสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศมาเลเซีย เกาหลี สิงคโปร์ ฮ่องกง และประเทศไทย และนโยบายด้านผู้สูงอายุของทั้งห้าประเทศที่ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้แล้ว (Chan, 2001a & 2001b; Jitapunkul & Chyovan, 2001; Jitapunkul & Kespichayawattana 2001; Mehta, 2001a & 2001b; Ong Fon Sim, 2001a & 2001b; Choi, 2001a & 2001b) และในส่วนหลังเป็นการนำเสนอประเด็นด้านการดูแลระยะยาว (Long-term care) และการวิเคราะห์ โดยทั้งสองส่วนได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับประเทศไทย ซึ่งจะก่อให้เกิดแนวทางที่มีประโยชน์ในการพัฒนา ปรับปรุงนโยบาย แผนงาน เพื่อผู้สูงอายุของประเทศไทย

สถานการณ์ผู้สูงอายุในมาเลเซีย

อัตราการเติบโตของประชากรสูงอายุของประเทศมาเลเซียแตกต่างกันออกไป ประชากรในเขตชนบทมีอัตราการเติบโตมากกว่าเขตเมือง ในปี ค.ศ. 1991 อัตราการเติบโตของประชากรสูงอายุในเขตชนบทเท่ากับร้อยละ 6.5 ส่วนเขตเมืองเท่ากับร้อยละ 5.3 เนื่องมาจากการย้ายถิ่นออกของคนวัยหนุ่มสาวในชนบทไปสู่เขตเมืองเพื่อหางานทำและศึกษาต่อ ทั้งผู้สูงอายุไว้ข้างหลัง รัฐที่มีผู้สูงอายุมากคือ Perlis, Perak , Melaka , Pulau Pinang และ Kedah ซึ่งมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศในปี ค.ศ. 1991 เท่ากับร้อยละ 5.9 ในรัฐที่มีผู้ย้ายถิ่นสูงซึ่งมักจะอยู่ในวัยหนุ่มสาว และมีทั้งผู้ย้ายถิ่นเข้ามาทำงานซึ่งเป็นชาวต่างชาติจะมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุน้อยกว่า ได้แก่ Selangor, Federal Territory of Kuala Lumpur, Sabah และ Federal Territory of Labuan

ความแตกต่างของเชื้อชาติ

ประชากรของมาเลเซียประกอบด้วยชน 3 เชื้อชาติใหญ่ๆ ได้แก่ มาเลย์ จีน และอินเดีย ทั้งสามเชื้อชาติมีประสบการณ์ของการเปลี่ยนผ่านทางประชากรที่แตกต่างกัน ความสูงอายุของประชากรมีความสำคัญมากในกลุ่มเชื้อชาติจีน โดยชาวจีนมีสัดส่วนของผู้สูงอายुर้อยละ 7.6 ส่วนชาวมลายีและชาวอินเดียมียุทธศาสตร์ของผู้สูงอายุเท่ากัน คือ ร้อยละ 5.4 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากชาวจีนมีอัตราตายต่ำและมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาว และมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ทำให้จำนวนประชากรในวัยเด็กลดลง แนวโน้มนี้คาดว่าจะดำเนินต่อไปและทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุจากการคาดประมาณจะเท่ากับร้อยละ 14.4 ในปี ค.ศ. 2020 ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุชาวอินเดียนจะเท่ากับร้อยละ 10.4 และชาวมลายีเท่ากับร้อยละ 7.9 ในปีเดียวกัน (ตาราง 1)

ตาราง 1 ร้อยละการกระจายของประชากรสูงอายุ จำแนกตามเชื้อชาติของประเทศมาเลเซีย ปี 1991 และ 2020

เชื้อชาติ	ปี 1991				ปี 2020
	ร้อยละ			จำนวน	ร้อยละ
	เมือง	ชนบท	รวม		
พลเมืองมาเลเซีย					
Bumiputera	3.5	6.6	5.4	552.1	7.9
จีน	7.4	8.0	7.6	348.4	14.4
อินเดีย	5.8	4.8	5.4	71.1	10.4
อื่นๆ	4.5	8.0	6.9	39.5	8.3
รวม	5.4	6.7	6.0	1,021.1	9.5
พลเมืองที่ไม่ใช่ชาวมาเลเซีย	3.7	1.9	2.7	20.2	9.5
รวม	5.3	6.5	5.9	1,032.3	9.5
จำนวน (พันคน)	(470.8)	(561.5)	(1,032.3)		(3,209.8)

ที่มา : Senior Citizens and Population Aging in Malaysia, Department of Statistics, 1998 (Ong Fon Sim, 2001a).

ความแตกต่างของอายุ Young-old และ Old-old

เมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม young-old (60-74 ปี) และกลุ่ม old-old (ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป) จากข้อมูลสำมะโนประชากรในปี ค.ศ. 1991 พบว่า มีกลุ่ม young-old 813,000 คน และ old-old 219,000 คน จำนวนของกลุ่ม old-old คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 574,000 คน ในขณะที่กลุ่ม young-old จะเป็น 2,635,000 คน อัตราเพิ่มจะเป็นร้อยละ 3.9 และ 4.5 ในกลุ่ม old-old และ young-old ตามลำดับ แสดงว่ากลุ่ม young-old จะมีอัตราการเพิ่มที่รวดเร็วกว่ากลุ่ม old-old (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของประชากรสูงอายุก่อน Young-old (60-74 ปี) และ Old-old (74 ปีขึ้นไป) ของประเทศมาเลเซีย ปี 1980 –2020

ปี	รวม (พันคน)	จำนวน (พันคน)		ร้อยละ		อัตราเพิ่ม	
		Young-old	Old-old	Young-old	Old-old	Young-old	Old-old
1980	745.2	604.5	140.7	81.1	18.9	-	-
1991	1,032.3	813.1	219.2	78.8	21.1	2.7	4
2000	1,418.2	1,150.8	267.4	81.1	18.9	3.9	2.2
2010	2,076.1	1,688.4	387.7	81.3	18.7	3.8	3.7
2020	3,209.8	2,635.0	574.8	82.1	17.9	4.5	3.9

ที่มา : Senior Citizens and Population Aging in Malaysia, Department of Statistics, 1998 (Ong Fon Sim, 2001a).

สัดส่วนของกลุ่มอายุทั้งสองแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มเชื้อชาติทั้งสาม (ตาราง 3) ชาวจีนจะมีสัดส่วนของกลุ่ม old-old สูงกว่าเชื้อชาติอื่น ในปี ค.ศ. 1991 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด สัดส่วนของกลุ่ม old-old ในชาวจีนเท่ากับร้อยละ 26.1 ในชาวมาเลย์เท่ากับร้อยละ 18.5 และชาวอินเดียเท่ากับร้อยละ 17.7 จึงเป็นที่ชัดเจนว่าปรากฏการณ์ผู้สูงอายุจะมีความสำคัญมากในกลุ่มชาวจีนมากกว่ากลุ่มเชื้อชาติอื่น

ตาราง 3 ร้อยละการกระจายของประชากรสูงอายุก่อน Young-old และ Old-old จำแนกตามเชื้อชาติของประเทศมาเลเซีย ปี 1991

เชื้อชาติ	Young-old	Old-old	รวม
พลเมืองชาวมาเลเซีย			
Bumiputera	81.5	18.5	100
จีน	73.9	26.1	100
อินเดีย	82.3	17.7	100
อื่นๆ	77.8	22.2	100
พลเมืองที่ไม่ใช่ชาวมาเลเซีย	78.3	21.7	100
รวม	78.8	21.2	100

ที่มา : Senior Citizens and Population Aging in Malaysia, Department of Statistics, 1998 (Ong Fon Sim, 2001a).

ความแตกต่างระหว่างเพศ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกัน ในตาราง 4 แสดงการลดลงของอัตราส่วนเพศในกลุ่มผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 1970 มีผู้สูงอายุชายมากกว่าหญิง (108.4) แต่ในปี ค.ศ. 2000 อัตราส่วนเพศลดลงเหลือเพียง 88.3 ในกลุ่มเชื้อชาติต่างๆ พบว่า ชาวอินเดียมีอัตราส่วนเพศที่สูงมาก ในปี ค.ศ. 1970 คือ 216.6 แต่กลับลดต่ำลงอย่างมากในปี ค.ศ. 2000 เหลือเพียง 74.8 เท่านั้น ในชาวมาเลย์ หรือ Bumiputeras พบว่าอัตราส่วนเพศเท่ากับ 102.8 ในปี ค.ศ. 1970 และลดลงเหลือ 88.0 ในปี ค.ศ. 2000 และคาดว่าจะลดลงเหลือ 83.8 ในปี ค.ศ. 2020 ชาวจีนก็เช่นกัน อัตราส่วนเพศจาก 102.8 ในปี ค.ศ. 1970 เป็น 84.3 ในปี ค.ศ. 2000 และเป็น 87.3 ในปี ค.ศ. 2020 ปัญหาของประชากรสูงอายุนี้ดูว่าจะมีความสำคัญในเพศหญิงชาวอินเดียมากกว่าเชื้อชาติอื่น แสดงถึงว่าอัตราการเป็นหม้ายจะรุนแรงกว่ากลุ่มเชื้อชาติอื่นด้วย

ตาราง 4 อัตราส่วนเพศของประชากรสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุและเชื้อชาติของประเทศมาเลเซีย ปี 1970-2020

อายุ / เชื้อชาติ	1970	1980	1991	2000	2020
อายุ 60 ปีขึ้นไป	108.4	97.2	89.6	88.3	85.2
60-74	112.1	98.2	91.7	92.1	89.0
75 ปีขึ้นไป	89.5	93.4	82.2	73.4	85.2
เชื้อชาติ					
Bumiputera	102.8	99.3	91.6	88.0	83.8
จีน	102.8	86.3	79.4	84.3	87.3
อินเดีย	216.6	163.5	114.3	89.1	74.8

หมายเหตุ : การแบ่งกลุ่มเชื้อชาติปี 1970 และ 1980 รวมทั้งพลเมืองมาเลเซียและที่ไม่ใช่ แต่ตั้งแต่ปี 1991 ส่วนใหญ่หมายถึงเฉพาะพลเมืองมาเลเซียเท่านั้น

ที่มา : Senior Citizens and Population Aging in Malaysia, Department of Statistics, 1998 (Ong Fon Sim, 2001a).

สถานภาพสมรส

ในปี ค.ศ. 1991 หนึ่งในสามของประชากรสูงอายุมีสถานภาพสมรสหม้าย มีความแตกต่างอย่างมากระหว่างอัตราการเป็นหม้ายของชายและหญิง ผู้ชายที่เป็นหม้ายมีร้อยละ 12 ของชายสูงอายุทั้งหมด ในขณะที่หญิงที่เป็นหม้ายมีร้อยละ 51 ของหญิงสูงอายุทั้งหมด แนวโน้มนี้ชัดเจนยิ่งขึ้นในกลุ่ม old-old เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชายและหญิงพบว่าร้อยละของชายที่สมรสแตกต่างกันมากในกลุ่ม old-old เช่นกัน โดยร้อยละ 71 ของผู้ชายมีสถานภาพสมรสคู่ ในขณะที่ผู้หญิงมีสถานภาพสมรสคู่เพียงร้อยละ 24 เท่านั้น ผู้ที่เป็นหม้ายสูงสุดในกลุ่มหญิงสูงอายุชาวอินเดีย คือร้อยละ 57 ส่วนชาวมาเลย์มีสัดส่วนดังกล่าวต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 11 ชาวจีนมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยแต่งงานมากที่สุดทั้งหญิงและชาย (ตาราง 5)

ตาราง 5 ร้อยละการกระจายของประชากรสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส เพศ และกลุ่มอายุ
ของประเทศมาเลเซีย ปี 1991

สถานภาพสมรส	ชาย			หญิง			รวม		
	60-74	75 +	รวม	60-74	75 +	รวม	60-74	75 +	รวม
ไม่เคยแต่งงาน	2.1	2.0	2.0	1.5	1.5	1.5	1.8	1.7	1.8
คู่	87.4	71.1	84.1	49.7	24.0	44.0	67.7	45.3	62.9
ม้าย	9.3	24.8	12.4	45.2	70.2	50.7	28.0	49.8	32.8
หย่า / แยก	1.3	2.1	1.4	3.6	4.3	3.8	2.5	3.3	2.7
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา : Senior Citizens and Population Aging in Malaysia, Department of Statistics, 1998 (Ong Fon Sim, 2001a).

การสำเร็จการศึกษา

จากสำมะโนปี ค.ศ. 1991 พบว่าผู้สูงอายุรุ่นปัจจุบันในมาเลเซียเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษามากนัก เนื่องมาจากข้อจำกัดของระบบการศึกษาที่ไม่เอื้ออำนวย การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศเพิ่งจะเริ่มขึ้นในช่วงต้นทศวรรษของศตวรรษที่ 20 นี้เอง ประมาณร้อยละ 63 ของผู้สูงอายุไม่ได้เข้าเรียนในโรงเรียนเลย อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการปรับปรุงให้ดีขึ้น ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาจากร้อยละ 75 ในปี ค.ศ. 1970 เป็นร้อยละ 73 ในปี ค.ศ. 1980 แนวโน้มนี้ไม่สามารถคาดหวังได้ในอนาคต เนื่องจากการศึกษาได้แพร่หลายมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุรุ่นใหม่ ๆ จะได้รับการศึกษามากขึ้น ประมาณว่าประชากรที่มีอายุระหว่าง 35-54 ปี จะเลื่อนเข้าไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุ และการสำเร็จการศึกษาในคนกลุ่มนี้จะยังคงเดิม ในปี ค.ศ. 2020 ระดับการศึกษาของกลุ่มประชากรสูงอายุจะมีผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับ tertiary ร้อยละ 6 ในขณะที่ร้อยละ 20 จะเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลย (ตาราง 6)

ตาราง 6 ร้อยละการกระจายของประชากรสูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษาของประเทศมาเลเซีย
ปี 1970,1980,1991 และ 2020

ระดับการศึกษา	1970	1980	1991	2020*
ไม่ได้เรียน	75.0	73.2	63.1**	20.3**
Primary	22.3	23.1	31.5	45.5
Lower secondary	1.3	1.8	2.4	15.1
Upper secondary	1.2	1.5	2.1	13.2
Tertiary	0.3	0.4	0.9	5.9
รวม	100	100	100	100

* จากการคาดประมาณ

** รวมผู้ที่ไม่ทราบระดับการศึกษา

ที่มา: Senior Citizens and Population Aging in Malaysia, Department of Statistics, 1998 (Ong Fon Sim, 2001a).

การได้รับการศึกษาในแต่ละเพศ พบว่าเพศหญิงมีร้อยละของการได้รับการศึกษามากกว่าเพศชาย สองคล้อยกับสภาพสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมในอดีต ที่มีความโน้มเอียงที่จะให้การศึกษาแก่เด็กชายมากกว่าเด็กหญิง จากสำมะโนในปี ค.ศ. 1991 พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุชาย หรือร้อยละ 47 จะได้เข้าโรงเรียนขั้นพื้นฐาน ในขณะที่เพศหญิงที่ได้รับการศึกษาเหมือนกันนั้นจะมีเพียงร้อยละ 18 เท่านั้น

ท่ามกลางกลุ่มเชื้อชาติทั้งสามกลุ่ม ประมาณครึ่งหนึ่งของชาวอินเดียได้รับการศึกษาเปรียบเทียบกับชาวมลายู ร้อยละ 34 และชาวจีน ร้อยละ 42 เกือบร้อยละ 3 ของผู้สูงอายุชาวอินเดียได้รับการศึกษาในระดับ tertiary และร้อยละ 6 สำเร็จการศึกษาในระดับ upper secondary ส่วนชาวจีน พบว่าร้อยละ 3 ได้รับการศึกษาระดับ upper secondary และ ร้อยละ 1 ได้รับการศึกษาระดับ tertiary

กิจกรรมทางเศรษฐกิจ

จากการสำมะโนทั้งสองครั้งที่ผ่านมามีในปี ค.ศ. 1980 และ 1991 พบว่า การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยลดลงทั้งจำนวนและสัดส่วน อัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน (LFPR) ลดลงจาก 39.1 ในปี ค.ศ. 1980 เป็น 25.6 ในปี ค.ศ. 1991 หรือจำนวนทั้งหมดจาก 290,000 คน ในปี ค.ศ. 1980 ลดลงเป็น 263,000 คนในปี ค.ศ. 1991 และยังพบว่าการลดลงในกลุ่มผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยลดลงเกือบร้อยละ 50 ในระยะเวลาดังกล่าว แม้แต่ในกลุ่ม young-old อัตราดังกล่าวก็ลดลงจากร้อยละ 69 เป็นร้อยละ 56 ในผู้ชาย และจากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 16 ในผู้หญิง (ตาราง 7)

ตาราง 7 อัตราการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงาน ของประชากรสูงอายุ จำแนกตามเพศ กลุ่มอายุของ ประเทศมาเลเซีย ปี 1971, 1980 และ 1991

ปี / อายุ	ชาย	หญิง	รวม
1970	54.7	18.4	37.3
1980	56.8	21.8	39.1
1991	41.9	10.9	25.6
1980			
60-64 ปี	69.4	26.7	47.7
65 ปีขึ้นไป	49.7	19.0	34.2
1991			
60-64 ปี	55.6	16.1	35.2
65 ปีขึ้นไป	33.8	8.1	20.1

ที่มา : Senior Citizens and Population Aging in Malaysia, Department of Statistics, 1998 (Ong Fon Sim, 2001a).

กิจกรรมด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุรุ่นปัจจุบันนี้ เป็นผลมาจากโครงสร้างทางเศรษฐกิจของมาเลเซียในอดีต ซึ่งมีการจ้างงานสูงสุดในภาคเกษตรกรรม จากสำมะโนปี ค.ศ. 1991 พบว่าร้อยละ 62 ของผู้สูงอายุทำงานในภาคเกษตรกรรม ในขณะที่อาชีพ sales เป็นอาชีพที่ได้รับความนิยมรองลงมาประมาณร้อยละ 13 ที่เหลือร้อยละ 11 คือภาคการผลิต การขนส่งสิ่งของ (transport equipment operator) และกลุ่มที่ใช้แรงงาน

เมื่อพิจารณาถึงสถานะภาพการจ้างงาน ในปี ค.ศ. 1991 ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 เล็กน้อยทำงานส่วนตัว (SELF-EMPLOYED) ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 60 ในปี ค.ศ. 1980 อย่างไรก็ตาม นำสังเกตว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวลดลงในกลุ่มผู้ทำงานในครอบครัวที่ไม่ได้รับค่าจ้าง จากร้อยละ 14.8 ในปี ค.ศ. 1980 เป็นร้อยละ 5.2 ในปี ค.ศ. 1991 การลดลงของสัดส่วนในกลุ่มผู้ทำงานในครอบครัวที่ไม่ได้รับค่าจ้างนี้เป็นไปแบบเดียวกันทั้งในหญิงและชาย โดยที่ผู้ชายมีการลดลงรวดเร็วกว่า (ตาราง 8)

ภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี ส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท และผู้สูงอายุชายจะมีสัดส่วนที่มีสุขภาพดีถึงดีมากในอัตราที่มากกว่าผู้สูงอายุหญิง ปัญหาสุขภาพที่พบทั่วไปคือปัญหาการมองเห็น โดยในผู้หญิงอายุมากกว่า 75 ปี จะมีปัญหาด้านนี้มากที่สุด และยังมีปัญหาในโรคต่อกระดูก ปัญหาในการเดิน ฟันปลอม ปัญหาในด้านการมองเห็นจะเป็นปัญหาของผู้สูงอายุมากกว่าปัญหาในด้านการฟัง ถึงแม้ว่าจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการฟังของผู้หญิงเมื่อมีอายุสูงขึ้น แต่ปัญหาดังกล่าวพบในผู้ชายที่มีอายุสูงขึ้น ประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพ โดยร้อยละของผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาหนึ่งที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเช่นกัน และโรคกระดูกเป็นอีกโรคหนึ่งที่พบในผู้หญิงแต่ไม่ค่อยพบในผู้ชาย ปัญหาเรื่องข้อ (joint problems) เป็นปัญหาที่พบในผู้หญิงมากกว่าเช่นกัน และการเจ็บป่วยในกลุ่ม old-old มีสัดส่วนมากกว่าในกลุ่ม young old

ตาราง 8 ร้อยละการกระจายของประชากรสูงอายุที่มีงานทำ จำแนกตามสถานภาพการจ้างงาน และเพศของประเทศมาเลเซีย ปี 1980 และ 1991

สถานภาพการจ้างงาน	ชาย		หญิง		รวม	
	1980	1991	1980	1991	1980	1991
นายจ้าง	4.4	3.9	1.4	1.2	3.7	3.3
ลูกจ้าง	24.3	21.1	16.7	16.1	22.2	20.3
งานส่วนตัว	60.3	71.7	55.3	61.8	59.1	69.6
ช่วยงานครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน	11.0	1.6	26.6	18.8	14.8	5.2
ไม่ทราบ	-	1.4	-	2.0	-	1.5
รวม	100	100	100	100	100	100

ที่มา : Senior Citizens and Population Aging in Malaysia, Department of Statistics, 1998 (Ong Fon Sim, 2001a).

มากกว่าร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุชายและเกือบร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุหญิงสูบบุหรี่ โดย 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุชายและร้อยละ 3 ของผู้สูงอายุหญิง สูบบุหรี่ตั้งแต่ 15 มวนขึ้นไปต่อวัน ส่วนใหญ่จะสูบเพียงเล็กน้อย น้อยกว่า 15 มวนต่อวัน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADLs)

ในภาพรวมแล้ว ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ในอัตราร้อยละที่สูง สัดส่วนของผู้ชาย old-old (ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป) ที่สามารถทำกิจกรรมได้จะสูงกว่าผู้หญิง ในทำนองเดียวกัน การศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ชายอายุระหว่าง 65-74 และร้อยละ 64 ของผู้ชายอายุ 75 ปีขึ้นไป สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ทุกอย่าง ความสามารถดังกล่าวเสื่อมถอยลงตามอายุสำหรับผู้ที่ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เลย ความยากลำบากที่สำคัญคือปัญหาในการเดิน และการไปซื้อของ และกิจกรรมที่สัมพันธ์กับความสามารถในการเดิน การขึ้นเตียงและลุกจากเตียง เป็นปัญหาเฉพาะในกลุ่ม old-old และเป็นปัญหาในกลุ่มผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายจะมีภาวะสุขภาพร่างกายที่ดีกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี

สุขภาพจิต

การวัดคะแนนการรับรู้ (cognitive score) พบว่าผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี โดยคะแนนการรับรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุชายจะมากกว่าผู้หญิง มีรายงานความวิตกกังวล สูญเสียความสนใจ รู้สึกเหนื่อย หลงลืมและหวาดระแวง สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้คะแนนปกติลดลงตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุหญิงจะมีการรับรู้ที่แย่กว่าผู้สูงอายุชาย เมื่อควบคุมอิทธิพลของอายุ พบว่าคะแนนการรับรู้จะมีความสัมพันธ์กับADLs โดยไม่มีผลของเพศเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การรับรู้ยังสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆ อีก ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมักจะมีอาการนอนหลับยาก ขาดความกระตือรือร้นในชีวิต มากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคง และจะมีคะแนนการรับรู้ต่ำกว่าเท่ากับ 11 ต่อ 14

การใช้บริการสุขภาพ

โดยเฉลี่ยชาวมาเลเซียจะไปศูนย์บริการสุขภาพขึ้นพื้นฐานทั้งภาคเอกชนและสาธารณะ ประมาณ 2.3 ครั้งต่อปี โดยผู้สูงอายุจะไปโดยเฉลี่ย 6 ครั้งต่อปี การบริการสุขภาพของรัฐบาลเป็นที่นิยมที่สุดทั้งสองเพศ น้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะเจ็บป่วย แต่ร้อยละของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีเพียงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบในผู้หญิงและผู้ชายในกลุ่มอายุเดียวกันพบว่า

ผู้หญิงจะเจ็บป่วยมากกว่าผู้ชาย ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีการใช้ยา โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศ อายุ หรือเขตที่อยู่อาศัยเมืองหรือชนบท บางส่วนยังนิยมที่จะไปรับการรักษาแผนโบราณทั้งยาสมุนไพรของชาวมลายู หรือยาสมุนไพรของชาวจีน จากรายขายยาจีน บางส่วนซื้อยาจากเคาน์เตอร์ขายยา (OTC) ผู้เจ็บป่วยเพียงส่วนน้อยที่รักษาโดยการซื้อยากินเอง

ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศและอายุ ในเรื่องของความรู้ที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ แต่ผู้อาศัยในเขตชนบทจะมีความต้องการบริการสุขภาพมากกว่าเขตเมืองประมาณ 2 เท่า อันอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของเขตเมืองและเขตชนบทในเรื่องของปริมาณและรูปแบบของสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพอนามัย

ด้านสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ

สุขภาพทางสังคมจะประกอบด้วย การรับรู้ในสถานะแวดล้อม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและวิถีชีวิต ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดทั้งชายหญิง มีสภาพแวดล้อมของบ้านที่ค่อนข้างดี ดี จนถึงดีมาก ยกเว้นเพียงส่วนน้อยที่รู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่ออยู่ในบ้าน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร ซึ่งจะได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม และด้านการเงิน เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่มีใครดูแลยามเจ็บป่วย ในขณะที่ส่วนใหญ่มีคนดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรสหรือบุตร ผู้สูงอายุยังสามารถที่จะดูแลหลาน ๆ ได้ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีส่วนช่วยในการตัดสินใจของครอบครัว โดยผู้ชายจะมีบทบาทมากกว่าผู้หญิง

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและวิถีชีวิต

ประมาณร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุจะสนใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน โดยผู้สูงอายุชายมีส่วนร่วมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ชาวมลายูจะมีความสนใจมากกว่าเชื้อชาติที่ไม่ใช่ชาวมลายู และชาวชนบทมีความสนใจร่วมกิจกรรมมากกว่าชาวเมือง อย่างไรก็ตาม ร้อยละของการร่วมกิจกรรมโดยแท้จริงพบว่าค่อนข้างจะต่ำ ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกขององค์กรทางสังคม ที่เหลือส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าร่วมเป็นบางโอกาสเท่านั้น เพียงร้อยละ 4 ที่รายงานว่าเป็นสมาชิกกลุ่ม มีการพบปะ ประชุม หรือทำกิจกรรมสังคมกันเพื่อผู้สูงอายุหรือผู้เกษียณด้วยกัน ผู้สูงอายุมักจะมีกิจกรรมส่วนตัวร่วมกับครอบครัวมากกว่า ในทั้งสองเพศ การมีส่วนร่วมลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยการลดลงของการมีส่วนร่วมของหญิงลดลงมากกว่าชาย แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างเขตเมือง-ชนบท

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1960 เมื่อรัฐบาลเกาหลีได้เริ่มมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจ 5 ปีเป็นครั้งแรก และได้มีโครงการวางแผนครอบครัวเป็นนโยบายแห่งชาติ ภาวะเจริญพันธุ์และการตายได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง และด้วยการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และการตายอย่างต่อเนื่องดังกล่าวนี้เอง เป็นเหตุให้อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของชาวเกาหลีเพิ่มมากขึ้น และเป็นเหตุให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตลอดในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา อายุขัยเฉลี่ยของชายและหญิงเกาหลีได้เพิ่มขึ้นจาก 51.1 ปี และ 53.7 ปี ในปี ค.ศ. 1960 เป็น 71.1 ปี และ 78.6 ปี ในปี ค.ศ. 2000 และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 74.5 ปี และ 81.7 ปี ในปี ค.ศ. 2020 (ตาราง 9)

สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปก็เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 ในปี ค.ศ. 1960 เป็นร้อยละ 7.1 ในปี ค.ศ. 2000 และคาดว่าจะถึงร้อยละ 9.9 ในปี ค.ศ. 2010 ร้อยละ 13.2 ในปี ค.ศ. 2020 และร้อยละ 19.3 ในปี ค.ศ. 2030 (ตาราง 10)

ตาราง 9 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประเทศไทย ปี 1960-2020

ปี	ค่าเฉลี่ย	ชาย	หญิง
1960	52.4	51.1	53.7
1970	63.2	59.8	66.7
1980	65.8	62.7	69.9
1990	71.6	67.7	75.7
1995	73.5	69.6	77.4
2000	74.9	71.0	78.6
2010	77.0	73.3	80.7
2020	78.1	74.5	81.1

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ประเทศไทย, 1997 (Choi, 2001a).

สัดส่วนประชากรสูงอายุของเกาหลีได้เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ในช่วงระยะเวลาเพียง 22 ปี ซึ่งเปรียบเทียบกับประเทศสวีเดนและประเทศญี่ปุ่นใช้ระยะเวลานานถึง 85 และ 24 ปี ตามลำดับ และอัตราการสูงอายุของประชากรเกาหลีจะสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ซึ่งหมายถึงในช่วง 25 ปีของศตวรรษที่ 21 ความสูงอายุอย่างรวดเร็วของประชากรเกาหลีจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก

ตาราง 10 จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี ปี 1960-2030

ปี	ประชากร (พันคน)	ประชากรสูงอายุ (พันคน)			สัดส่วนประชากรสูงอายุ		
		(B)			(B/A : %)		
		65 ⁺	70 ⁺	80 ⁺	65 ⁺	70 ⁺	80 ⁺
1960	25,012	726	381	59	2.9	1.5	0.2
1965	28,705	881	477	80	3.1	1.7	0.3
1970	32,241	991	563	101	3.1	1.7	0.3
1975	35,281	1,217	679	139	3.4	1.9	0.4
1980	38,124	1,456	832	178	3.8	2.2	0.5
1985	40,806	1,742	1,030	215	4.3	2.5	0.5
1990	42,869	2,195	1,294	302	5.1	3.0	0.7
1995	45,093	2,657	1,608	382	5.9	3.8	0.8
2000	47,275	3,371	2,004	479	7.1	4.1	1.0
2010	50,618	5,032	3,284	803	9.9	6.4	1.6
2015	51,677	5,846	3,829	1,051	11.3	7.4	2.1
2020	52,358	6,899	4,412	1,336	13.2	8.4	2.6
2025	52,711	8,613	5,228	1,534	16.3	9.9	2.9
2030	52,744	10,165	6,622	1,775	19.3	12.6	3.4

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ประเทศเกาหลี, 1997 (Choi, 2001a).

สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของประเทศเกาหลีเพิ่มเป็น 2 เท่าจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ใช้เวลา 22 ปี ซึ่งเปรียบเทียบกับประเทศสวีเดน และประเทศญี่ปุ่น ใช้เวลา 85 และ 24 ปีตามลำดับ และอัตราการสูงอายุของประชากรจะสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ซึ่งหมายถึงในช่วง 25 ปีของศตวรรษที่ 21 ความสูงอายุอย่างรวดเร็วของประชากรจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก

ปัญหาของผู้สูงอายุในเกาหลีซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาสังคมจะส่งผลกระทบต่อชาวเกาหลีที่เป็นผู้สูงอายุจำนวนมาก ปัญหานี้จะกระทบต่อคุณค่าทางสังคมของความรักในมนุษยชาติ ความกตัญญูต่อผู้ที่ด้อยความสามารถ และในความเป็นชุมชน

ประเทศเกาหลีได้เริ่มตระหนักว่า ปัญหาผู้สูงอายุเป็นปัญหาสังคมในทศวรรษที่ 1970 และเริ่มมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาสังคมรุนแรงในทุกระดับ แต่เนื่องจากกลยุทธ์ในการพัฒนาประเทศของเกาหลีในช่วงระยะ 40 ปีที่ผ่านมา ได้เน้นไปที่การพัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นหลัก ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในภาครัฐบาลมีมุมมองที่ว่า “economic-growth-then-distribution”

ประเด็นของผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยได้รับความสนใจว่าเป็นสิ่งสำคัญหรือต้องจริงจังมากนัก การที่บุคคลสำคัญในภาครัฐบาลไม่ได้ให้ความสนใจอย่างพอเพียง ประเด็นผู้สูงอายุจึงถูกละเลย ปัญหาของผู้สูงอายุมีช่องว่างมากระหว่างบุคคลสำคัญที่มีมุมมองว่า “economic-growth-then-distribution” และผู้ที่เชื่อใน “distribution-matching-economic-growth” เพราะผู้ที่กุมอำนาจในการออกนโยบายหลักๆ ในประเทศตลอดระยะ 40 ปีที่ผ่านมา ก็คือนักการเมืองสายเศรษฐกิจ

ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์

สิงคโปร์เป็นประเทศที่เป็นเกาะ มีขนาดเล็กที่สุดในทวีปเอเชีย มีพื้นที่เพียง 659.1 ตารางกิโลเมตร มีขนาดใกล้เคียงกับเกาะภูเก็ต ตั้งอยู่ระหว่างประเทศมาเลเซียและอินโดนีเซีย ทำให้อยู่ท่ามกลางโลกของชาวมุสลิม เป็นประเทศที่ไม่มีทรัพยากรธรรมชาติ ต้องพึ่งพิงประเทศใกล้เคียงทั้งด้านอาหาร น้ำ แรงงาน ตลาด ตลอดจนวัตถุดิบเพื่อใช้ในระบบอุตสาหกรรมของประเทศ มีเพียงประชากรเท่านั้นที่นับได้ว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุด ประชากรจากการสำมะโนครั้งสุดท้ายปี ค.ศ. 2000 ประมาณ 4 ล้านคน ในจำนวนนี้ 3.26 ล้านคนเป็นพลเมืองของประเทศ (citizen หรือ permanent resident) นอกนั้นเป็นชาวต่างชาติที่เข้ามาในลักษณะผู้เชี่ยวชาญ (Professional) และแรงงานไร้ฝีมือ (Unskilled Labor) ซึ่งเข้ามาทดแทนแรงงานที่ขาดแคลน ประชากรมีความหลากหลายทั้งเชื้อชาติและภาษา ประกอบด้วย 3 ชาติหลักๆ คือ จีนร้อยละ 79 มาเลย์ร้อยละ 14 อินเดียร้อยละ 6 และที่เหลืออีกร้อยละ 1 เป็นญี่ปุ่น ยูเครนเซีย และอื่นๆ ภาษาที่ใช้ในทางการมี ภาษาอังกฤษ แมนดาริน มาเลย์ และทมิฬ

สิงคโปร์เป็นที่ตั้งของจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญ เป็นศูนย์กลางการค้า ธุรกิจ การคมนาคมขนส่งทางเรือและทางอากาศ เป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ปี ค.ศ.1990 ถูกจัดว่ามีความเสี่ยงทางเศรษฐกิจต่ำรองจากญี่ปุ่น เป็นแหล่งลงทุนที่ดึงดูดจากสวิตเซอร์แลนด์และญี่ปุ่น มีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับร้อยละ 6.5-10 รายได้ต่อรายหัวประมาณ 20,000 เหรียญสหรัฐ ปี ค.ศ. 1995 เป็นประเทศที่ร่ำรวย 1 ใน 10 ของโลก และตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 เรียกตนเองว่าเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed country)

สิงคโปร์เป็นประเทศที่มีเสถียรภาพทางการเมืองค่อนข้างสูง รัฐบาลภายใต้การนำของพรรคกิจประชา (People's Action Party - PAP) สามารถรักษาคะแนนนิยามยาวนานถึง 31 ปี เป็นรัฐบาลที่สร้างประเทศที่มีความหลากหลายของเชื้อชาติ ให้เป็นสังคมที่มีความกลมกลืนทางวัฒนธรรม การกิจหลักในช่วงทศวรรษที่ ค.ศ. 1990 คือการสร้างสมดุลระหว่างความเจริญทางเศรษฐกิจกับการพัฒนาการเมือง ภายใต้ระบอบประชาธิปไตย ก่อนที่จะเป็นประเทศพัฒนาแล้วที่ใช้ระยะเวลาเพียง 30 ปีนับแต่ประกาศตนเป็นอิสระ ประเทศสิงคโปร์มีความเป็นมาดังต่อไปนี้

ประวัติความเป็นมา

จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ของชนชาติชวาระบุว่ามีการค้นพบเมือง Temasek ในปี ค.ศ. 1297 ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นสิงกาปุระ (Singapura) ในปี ค.ศ.1376 เมืองสิงกาปุระหมดความสำคัญและถูกทิ้งร้างกว่า 400 ปี จนตกเป็นของโปรตุเกสในราวปี ค.ศ.1498 เมื่ออังกฤษขยายอิทธิพลเข้ามาใน

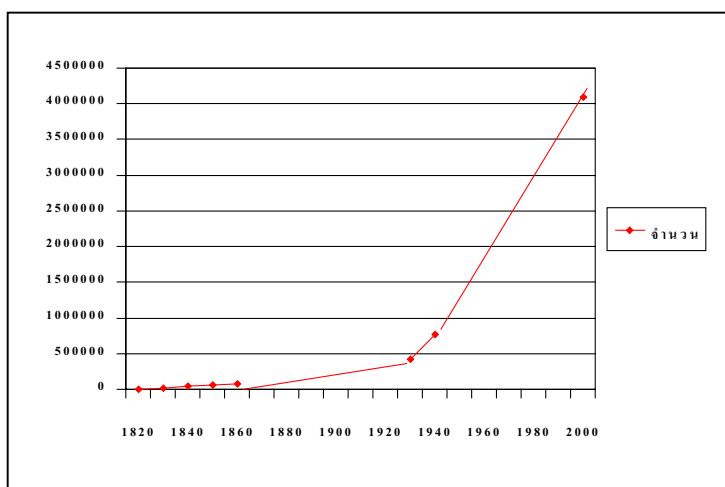
แหลมมลายูกลางศตวรรษที่ 18 เริ่มให้ความสนใจกับสิงคโปร์ และในปี ค.ศ.1819 เซอร์แสตมฟอร์ด ราฟเฟิลส์ (Sir Stamford Raffles) ได้จัดตั้งสถานีการค้าที่ปากแม่น้ำสิงคโปร์ โดยขอเช่าจากจักรวรรดิ ยะโฮร์ซึ่งอยู่ภายใต้การปกครองของฮอลันดา ในปี ค.ศ.1826 สิงคโปร์ถูกรวมกับปีนังและมะละกา และในปี ค.ศ.1857 จึงตกอยู่ภายใต้การปกครองของอังกฤษ อีก 10 ปีต่อมาได้กลายเป็นอาณานิคม (Crown Colony) ของอังกฤษและได้รับการพัฒนาให้เป็นเมืองท่าเปิด ไม่มีการเก็บภาษี ในช่วงสงคราม โลกครั้งที่ 2 ตกอยู่ภายใต้การยึดครองของญี่ปุ่นเป็นเวลา 3 ปีครึ่ง ปี ค.ศ.1942 อังกฤษได้กลับเข้ามา ปกครองอีกครั้ง และในปี ค.ศ.1946 จึงยกฐานะเป็นอาณานิคมแบบเอกเทศ (Separate crown colony) มีอำนาจปกครองกิจการภายในของตนเองแต่ไม่มีอำนาจดูแลกิจการทหารและต่างประเทศ ปี ค.ศ.1963 ได้รวมกับสหพันธรัฐมาเลเซีย ซึ่งประกอบด้วย สิงคโปร์ มาลายา ซาบาห์ และซาราวัก และแยกตัวออกมาเป็นประเทศอิสระในปี ค.ศ.1965 อันเนื่องมาจากความขัดแย้งภายใน ความแตกต่างด้านเชื้อชาติ และวัฒนธรรม การแทรกแซงในกิจการภายในของแต่ละรัฐ

นับแต่ปี ค.ศ.1965 ประเทศสิงคโปร์ชักธงชาติพร้อมกับเพลงชาติใหม่ "Majallah Singapura" มีนายลีควนยู (Lee Kuan yew) เป็นนายกรัฐมนตรีคนที่ 1 นานถึง 31 ปี หลังจากลาออกจากตำแหน่ง นายโกะ จ๊ก ตง (Goh Chok Tong) จากพรรคเดียวกันเป็นนายกรัฐมนตรีคนที่ 2 และในปี ค.ศ.1993 เริ่มใช้ระบบประธานาธิบดีแบบใหม่ซึ่งมาจากการเลือกตั้ง อยู่ในวาระครั้งละ 6 ปี นายอง เต็ง เชียง (Ong Teng Cheong) ได้รับเลือกเป็นประธานาธิบดีคนแรกในระบบนี้ (สิดา สอนศรี บรรณาธิการ, 2541)

การเพิ่มของจำนวนประชากร

ในระยะเวลา 50 ปี สิงคโปร์จากหมู่บ้านชาวประมงเล็กๆ กลายเป็นศูนย์กลางการค้าที่สำคัญที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากตั้งในภูมิศาสตร์ที่ดีมาก สะดวกในการขนส่งสินค้า เป็นประเทศที่เปิดโล่ง สัมผัสกับอารยธรรมต่างๆ มีผู้ย้ายถิ่นเข้ามาหาเงินให้ได้เร็วที่สุดเพื่อที่จะกลับบ้านอย่างผู้ร่ำรวย เงินที่หาได้ทั้งหมดถูกส่งกลับไปยังประเทศอินเดียและประเทศจีน ซึ่งมีเพียงจำนวนเล็กน้อยเท่านั้นที่ร่ำรวยกลับไป ขณะที่ส่วนใหญ่ยังมีความเป็นอยู่แบบเดิมเนื่องจากถูกเอาเปรียบค่าจ้างแรงงาน เมื่อเวลาผ่านไปโอกาสที่จะรวยลดลงเรื่อยๆ ผู้อพยพเหล่านี้เลิกคิดที่จะกลับบ้านและเริ่มตั้งถิ่นฐานในประเทศสิงคโปร์ ข้อมูลประชากรตั้งแต่ปี ค.ศ.1820 จนถึงปัจจุบันพบว่าประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังแสดงในรูปที่ 1

รูปที่ 1 แสดงจำนวนประชากรประเทศสิงคโปร์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1820-2000



ที่มา : ข้อมูลปี ค.ศ.1820-1941 จากสิดา สอนศรี, 2541

ข้อมูลปี ค.ศ. 2000 จากการสำมะโนประชากรประเทศสิงคโปร์ปี ค.ศ.2000

ปรากฏการณ์ที่สำคัญหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 คือประชาชนเลิกคิดที่จะเก็บเงินเพื่อประเทศจีนหรืออินเดีย เริ่มมีการตั้งหลักแหล่งและไม่มีการย้ายเข้ามาใหม่ สัดส่วนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นจึงเป็นคนที่เกิดในประเทศสิงคโปร์เอง รัฐบาลต้องพยายามเปลี่ยนแปลงทัศนคติเน้นเรื่องความสามัคคีและความเสมอภาค ปรับปรุงสวัสดิการของประชาชน เช่น ขยายการบริการด้านการแพทย์และสุขอนามัย สร้างโรงเรียนเพิ่ม และสิ่งที่สำคัญที่สุดได้แก่การสร้างอาคารที่ทันสมัยแทนที่อยู่อาศัยในสลัม ซึ่งเป็นกิจกรรมของคณะกรรมการพัฒนาการเคหะ (Housing and Development Board :HDB) นับว่ากิจกรรมที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาประเทศจนถึงปัจจุบัน (เอ็น เจ ไรอัน, 2526) ซึ่งจะได้นำกล่าวถึงในส่วนนโยบายสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

จำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มอย่างรวดเร็ว

ปัญหาที่คุกคามสิงคโปร์ในปัจจุบัน คือจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วทำให้มุมมองทางประชากรเปลี่ยนไปและเริ่มพิจารณาผลกระทบทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (Socio-political and economic) ที่เหมาะสมกับนโยบายและแผนงานระดับประเทศ (National policies and programme)

สิงคโปร์เป็นประเทศที่มีประชากรสูงอายุเร็วที่สุดในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้เวลาระหว่าง 80-115 ปี จึงจะมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นครึ่งหนึ่งของสิงคโปร์

ดังแสดงในตาราง 11 และ รูปที่ 2 แสดงถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุในสิงคโปร์จากการฉายภาพจนถึงปี ค.ศ. 2030

ตาราง 11 แสดงจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์จากการฉายภาพประชากรปี ค.ศ. 2030

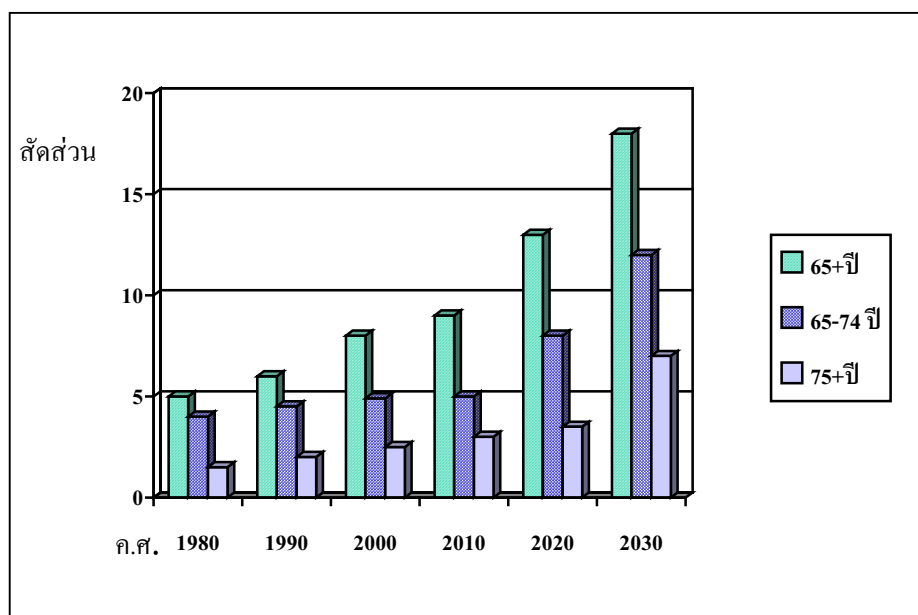
ข้อมูลประชากรสูงอายุ	1999	2000	2020	2030
จำนวนผู้สูงอายุ 65+ ปี (ต่อพัน)	235	312	529	796
สัดส่วนผู้สูงอายุ 65+ ปี	7.3	8.4	13.1	18.9
อายุมาตรฐาน	33.4	36.9	39.3	41.2
อัตราส่วนพึ่งพิง (Dependency Ratio)*	42.0	38.7	44.9	56.4
อัตราส่วนพึ่งพิงเด็ก (0-14 ปี)	31.7	27.1	25.9	26.9
อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุ (65+ ปี)	10.4	11.6	19.0	29.5

ที่มา: Singapore Department of Statistics cited in the Inter-Ministried Report,1999:29 (Mehta, 2001a).

* ร้อยละของประชากรทั้งหมด

จากอัตราเจริญพันธุ์รวมที่ลดลงจาก 1.87 ในปี ค.ศ.1990 เหลือเพียง 1.50 ในปี ค.ศ. 1998 สาเหตุหลักเนื่องจากวัยหนุ่มสาวที่ไม่แต่งงานหรือแต่งงานแต่มีลูกจำนวนน้อยหรือไม่มีเลย อัตราเจริญพันธุ์

รูปที่ 2 แสดงสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดจากการฉายภาพประชากรปี ค.ศ. 2030



ที่มา: Report of the Inter-Ministried Committee on Health Care for Elderly,1999:17 (Mehta, 2001a).

รวมต่ำกว่าระดับทดแทนอย่างมาก (ระดับทดแทน 2.1) เมื่อรวมกับการเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรในปี ค.ศ.1980 ชาย 70 ปี หญิง 75 ปี เพิ่มขึ้นเป็น ชาย 75 ปีและ หญิง 80 ปี ในปี ค.ศ. 1999 ผลทำให้ประชากรวัยที่เป็นรุ่นลูกที่มีจำนวนไม่มากนักต้องรับภาระการดูแลบิดามารดาที่มีอายุยืนยาวขึ้น จากตาราง 1 อัตราพึ่งพิงของประชากรวัย 65 ปีขึ้นไป (Aged dependency ratio) จาก 10.4 ต่อร้อย ในปี ค.ศ.1999 และจะเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าเป็น 29.5 ในปี 2030 ในขณะที่อัตราพึ่งพิงของเด็กลดลงเหลือประมาณ 30 ต่อร้อย ในปี ค.ศ. 1999 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ แสดงให้เห็นว่าประชากรสิงคโปร์เปลี่ยนแปลงเป็นประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นคือ ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสวัสดิการ โดยเฉพาะอย่างน้อยอีก 30 ปีข้างหน้า

สถานการณ์ผู้สูงอายุของฮ่องกง

จากการที่ฮ่องกงเคยเป็นเมืองขึ้นของอังกฤษมาก่อน นโยบายผู้สูงอายุก่อนปี ค.ศ. 1997 จึงเป็นแบบของอังกฤษ แต่หลังจากปี ค.ศ. 1997 เป็นต้นมา มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น คือ มีกรอบนโยบายและกฎหมาย แต่ผู้ที่รับผิดชอบนโยบายและบริการก็ยังคงเป็นบุคคลากรที่เคยอยู่ในช่วงสมัยก่อน นโยบายจึงยังไม่มีเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ดังนั้นในส่วนนี้จึงขอนำเสนอสถานการณ์ประชากรสูงอายุในฮ่องกง และผลกระทบของภาวะประชากรผู้สูงอายุ บริการที่ผู้สูงอายุต้องการ ก่อนที่จะนำเสนอ นโยบายผู้สูงอายุในตอนต่อไป

ประชากรสูงอายุในฮ่องกง

โดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุในฮ่องกงคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่อย่างไรก็ตามบริการสาธารณะที่ให้ เช่น การจ่ายเบี้ยประกันสังคม บริการคำปรึกษาและคำยา กำหนดให้ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในที่นี้จึงกำหนดผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

ประชากรสูงอายุในฮ่องกงได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงต้นทศวรรษปี ค.ศ. 1970 คิดเป็นร้อยละ 4.5 - 6.6 ของประชากรทั้งหมด การเพิ่มขึ้นนั้นคิดง่าย ๆ ในทุกช่วง 5 ปีจะเพิ่มร้อยละ 1 และในปี ค.ศ. 2000 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด (ตาราง 12 และ 13)

ตาราง 12 การเพิ่มของประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปปี ค.ศ. 1971-2016

ปี	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
1971	178	4.5
1976	243	5.5
1981	327	6.6
1986	409	7.6
1991	482	8.7
1996	630	10.0
1999	-	11.0
2000	760	12.0
2016	-	13.0

ที่มา : Hong Kong Population Projection 1997-2016, and Census and Statistics Department , Hong Kong (Chan, 2001a).

ตาราง 13 ประชากรกลางปีของฮ่องกง แบ่งตามกลุ่มอายุ ปี 1995, 1999 และ 2000

อายุ	1995		1999		2000	
	จำนวน (พันคน)	เปอร์เซ็นต์	จำนวน (พันคน)	เปอร์เซ็นต์	จำนวน (พันคน)	เปอร์เซ็นต์
ต่ำกว่า 15	1195.1	19.4	1182.9	17.6	1166.7	17.2
15-64	4359.2	70.8	4802.9	71.5	4869.6	71.6
65+	601.8	9.8	734.9	10.9	760.4	11.2
รวม	6156.1	100	6720.7	100	6796.7	100

ที่มา : Census and Statistics Department ,Hong Kong (Chan, 2001a).

การเพิ่มอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุในฮ่องกงเหมือนกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก เนื่องจากสภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ทำให้อายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ทำให้มีจำนวนประชากรที่ต้องพึ่งพิงและที่ต้องการการบริการสาธารณะและการดูแลในระยะยาวเพิ่มขึ้น (ตาราง 14 และ 15)

ตาราง 14 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและเมื่ออายุ 60 ปี ของประเทศฮ่องกง ปี 1977 – 2016

ปี	อายุขัยเฉลี่ย			
	ชาย		หญิง	
	แรกเกิด	อายุ 60	แรกเกิด	อายุ 60
1977	70.1	16.4	76.7	21.1
1986	74.1	18.5	79.4	22.6
1996	76.3	20.0	81.8	24.1
2006*	77.5	20.8	82.8	24.8
2016*	78.1	21.1	83.4	25.1

* จากการคาดประมาณประชากรในปี 2006 และ 2016

ที่มา : Census and Statistics Department ,Hong Kong (Chan, 2001a).

ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเป็นดัชนีสำคัญที่ชี้วัดถึงการดูแลของครอบครัว จากข้อมูลสำมะโนประชากรในปี ค.ศ. 1996 พบว่าร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่คนเดียว ร้อยละ 67 อยู่กับสมาชิกครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร และพี่น้อง ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายুরาวร้อยละ 78 (691,690 คน) ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวเมื่อป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมียารายได้น้อย โดยร้อยละ 67 ของผู้สูงอายุมียารายได้ต่ำกว่าการประกันสังคม คือมีรายได้ 250 เหรียญสหรัฐต่อเดือน

ตาราง 15 อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงานในประเทศฮ่องกง ปี 1977 - 2016

ปี	จำนวน ผู้มีอายุ 65 + (พันคน)	จำนวนประชากร วัยแรงงาน (พันคน)	อัตราส่วนพึ่งพิง
1977	261,100	2993.1	87.2
1986	423,700	3826.9	110.8
1996	631,300	4471.8	141.2
2006*	830,200	5411.2	153.4
2016*	1,091,700	5926.8	184.2

* จากการคาดประมาณประชากรในปี 2006 และ 2016

ที่มา : Hong Kong Annual Digest of Statistics 1987-1996; Department of Statistics & Hong Kong Population Projection 1997-2016, and Census and Statistics Department ,Hong Kong (Chan, 2001a).

ฮ่องกงยังขาดข้อมูลทางด้านประชากร และการทำวิจัยโดยสถาบันและบุคคลยังมีน้อย ข้อมูลในชุมชนบางอย่าง เช่น ความชุกของโรคเรื้อรัง ความพิการ แผลงรายได้ การช่วยเหลือจากสังคม มีความสำคัญยิ่งต่อการกำหนดนโยบายที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์ทั้งหมดแล้ว พอจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการอย่างย้งในบริการสาธารณะด้านต่างๆ ดังนี้

- บริการสุขภาพและสังคม
- การบริการสาธารณสุขมูลฐาน
- การบริการด้านการรักษาและฟื้นฟู
- การบริการสังคม
- การประกันสังคม
- Personal social service

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ในประเทศไทยประชากรสูงอายุ คือประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ปัจจุบันกำลังเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ.2523 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ ประมาณ 5.6 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็น 6.2 ล้านคน หรือ ร้อยละ 9 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ.2543 และคาดว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีมากกว่า 7 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุของประเทศไทยเป็นไปอย่างรวดเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาประมาณ 3 เท่า เช่น เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอังกฤษและเวลส์จะใช้เวลาถึง 107 ปี จึงมีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเป็นสองเท่าตัวคือจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 แต่สำหรับประเทศไทยใช้เวลาเพียง 30 ปีเท่านั้น

เมื่อพิจารณาถึงอัตราส่วนพึ่งพิง (Dependency ratio) ในปี พ.ศ. 2503 อัตราส่วนพึ่งพิง (อัตราส่วนระหว่างประชากรอายุ 0-15 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรวัยแรงงาน 15-59 ปี) ของประเทศไทย ประมาณ 92 : 100 โดยประชากรพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเด็ก และเมื่ออัตราเกิดของประเทศลดลง อัตราส่วนพึ่งพิงเด็กก็ลดลงด้วย แต่ก็จำนวนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีอัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ คาดว่าหลังปี พ.ศ. 2569 อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุ ในประเทศไทยจะมากกว่าอัตราส่วนพึ่งพิงเด็ก

ลักษณะของผู้สูงอายุไทย

ในสังคมไทย ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับความไม่เท่าเทียมกันในด้านต่างๆ รวมทั้งด้านสิทธิระหว่างเพศ ผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุที่ยากจน ผู้สูงอายุในเขตชนบท ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ มักจะไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ กิจกรรมที่สร้างรายได้ และกระบวนการตัดสินใจต่างๆ

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เท่านั้น ร้อยละของผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาค่อนข้างสูง ร้อยละ 19 ในผู้ชายและร้อยละ 41 ในผู้หญิง ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 16 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนดังกล่าวใกล้เคียงกัน คือสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 49 และหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 48 การมีงานทำและโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุชายมากกว่าหญิง ผู้สูงอายุไทยมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 37 ในผู้ชาย ร้อยละ 34 ในผู้หญิง การไม่เพียงพอของรายได้ในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง (ตาราง 16) โดยที่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุในชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรม แหล่งรายได้ในการเลี้ยงชีพที่สำคัญของผู้สูงอายุมาจากบุตรและจากการทำงานของตนเอง รายได้จากเงินออมมีเพียงร้อยละ 17 (ตาราง 17)

ตาราง 16 ลักษณะของผู้สูงอายุไทย ปี ค.ศ. 1994

ลักษณะ	ชาย (%)			หญิง (%)		
	รวม	เมือง	ชนบท	รวม	เมือง	ชนบท
สถานภาพสมรส						
โสด	1.1	1.3	1.1	3.0	5.2	2.4
คู่	83.3	85.6	82.7	48.9	42.8	50.4
ม้าย / หย่า / แยก	15.5	12.8	16.2	48.0	52.0	47.1
ไม่ทราบ	0.1	0.3	-	0.1	-	0.1
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	19.4	14.4	20.6	40.9	33.0	42.7
ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4	9.6	6.5	10.2	10.6	6.6	11.6
ประถมศึกษาปีที่ 4	59.5	47.3	62.3	44.3	45.2	44.1
สูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4	10.7	30.9	6.1	3.8	14.5	1.3
อื่นๆ	0.8	0.9	0.8	0.4	0.7	0.3
การมีงานทำ	41.8	29.4	44.5	23.8	16.6	25.6
ความไม่เพียงพอของรายได้	37.0	21.3	40.5	34.1	18.6	37.8
ดัชนีโอกาสในการทำงาน (Index of Working Opportunity)*						
อัตราส่วนระหว่าง “ % การมีงานทำ กับ % ความไม่เพียงพอของรายได้ ”	112.9	138.0	109.9	69.8	89.2	67.7

* ดัชนีโอกาสในการทำงาน (Index of Working Opportunity) หรือ IWO ที่สูง แสดงถึงโอกาสในการทำงานที่สูงมีประโยชน์ในการเปรียบเทียบโอกาสในการทำงาน หรือความไม่เท่าเทียมของการหางานทำในระหว่าง กลุ่มประชากร

ที่มา : Jitapunkul. Women Elderly: A Current Status, 1998 (Jitapunkul and Chayovan, 2001).

ภาวะสุขภาพ

รูปแบบการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อ (Communicable disease) ไปสู่โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable disease) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ข้อเสื่อม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ภาวะความพิการในผู้สูงอายุของประเทศไทย มีความชุกค่อนข้างสูง คือ มี Long term disability ร้อยละ 17 ในผู้ชาย ร้อยละ 20 ในผู้หญิง

ตาราง 17 แหล่งรายได้สำคัญในการเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุไทย (อาจมีแหล่งรายได้สำคัญมากกว่า 1 แหล่ง)

แหล่งรายได้	ร้อยละ
บุตร	84.5
ทำงานหารายได้	38.0
คู่สมรส	21.4
เงินออม	17.1
พี่น้อง	6.9
ญาติอื่นๆ	8.0
บำนาญ	4.1
เบี้ยยังชีพ	0.5

ที่มา : ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545-2564 (Jitapunkul and Chayovan, 2001).

Total disability ร้อยละ 22 ในผู้ชาย ร้อยละ 27 ในผู้หญิง (ตาราง 18) ผู้สูงอายุหญิงมีอัตราความชุกของความพิการและการพึ่งพามากกว่าผู้สูงอายุชาย แม้ว่าผู้หญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย แต่ก็มีจำนวนปีที่อยู่โดยมีความพิการมากกว่า ผู้ชายจะมีชีวิตยืนยาวอยู่อย่างมีสุขภาพดี และมีชีวิตอยู่โดยปราศจากความพิการมากกว่าผู้หญิง โดยมีอัตราส่วนระหว่างอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (Active life expectancy: ALE) กับอายุคาดหวังเฉลี่ยสูงกว่าผู้หญิง แต่ความแตกต่างระหว่างเพศนี้จะลดน้อยลงเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น

ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน (Instrumental activity of daily living) ในอัตราที่สูง เช่น การใช้การขนส่งสาธารณะ การประกอบอาหาร และมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาในกิจกรรมดูแลส่วนตัวอย่างน้อยหนึ่งอย่าง กิจกรรมเหล่านี้ คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าใช้ห้องสุขา และการอาบน้ำ

ผู้สูงอายุไทยยังประสบกับปัญหาภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่สุด และมีผู้สูงอายุไทยร้อยละ 16 ที่รับประทานอาหารไม่ครบสามมื้อ ผู้สูงอายุจำนวนมากรับประทานผักผลไม้ น้อยกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา เป็นจำนวนไม่น้อย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุชาย

ตาราง 18 ร้อยละของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (Long-term disability) ภาวะทุพพลภาพทั้งหมด (Total disability) และการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน (Self-care dependence) ของผู้สูงอายุ

	ชาย				หญิง			
	รวม	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+
ภาวะทุพพลภาพระยะยาว	17.4	14.6	19.4	27.6	20.2	14.9	23.4	36.0
ภาวะทุพพลภาพทั้งหมด	22.0	19.5	22.9	33.3	27.2	22.7	30.6	39.7
การพึ่งพา	5.7	4.0	5.4	16.1	7.9	4.4	8.9	20.9

หมายเหตุ : ภาวะทุพพลภาพระยะยาว (Long-term disability) หมายถึง การมีความจำกัดในการทำกิจกรรมเป็นเวลา 6 เดือนหรือมากกว่า ภาวะทุพพลภาพทั้งหมด (Total disability) หมายถึง การมีความพิการเป็นระยะเวลา นาน หรือไม่มีความสามารถแบบยาวนานแต่มีความพิการระยะสั้นอันเป็นข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การพึ่งพา (Self-care dependence) หมายถึง การมีความต้องการการช่วยเหลือหรือแนะนำในการทำกิจวัตร ประจำวันในการดูแลตนเอง ได้แก่ การกินอาหาร การแต่งตัว การเดินทาง/เคลื่อนย้าย การเข้าห้องน้ำ การใส่เสื้อผ้าและการอาบน้ำ

ที่มา : Jitapatkul, Kunaanusont, Phoolcharoen, and Suriyawongpaisal. Health Problem of Thai Elderly :A National Survey, 1999 (Jitapunkul and Chayovan, 2001).

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแล และยังเป็นสาเหตุหลักของการหยุดทำงานของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมตามมา ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะเป็นภาระต่อระบบการบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต มีการศึกษาที่รายงานว่าผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันใช้เตียงในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศถึงร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด และคาดว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของการครองเตียงในอัตราที่สูงเป็น 3 เท่าของการเพิ่มในประชากรอายุน้อย

ในด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุ สังคมไทยยังไม่มีความคิดที่ว่าความสูงอายจะเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การพึ่งพา และการไม่สามารถเป็นกำลังผลิตได้ คนไทยส่วนใหญ่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงตามอายุได้และยังพึ่งพาตนเองได้เมื่ออายุมากขึ้น มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังคงทำงานทั้งที่มีค่าจ้างและไม่มีค่าจ้าง ผู้สูงอายุยังเป็นทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการสนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัว รวมทั้งกิจกรรมทางสังคม

ส่วนที่ 2

นโยบายผู้สูงอายุ

นโยบายผู้สูงอายุของประเศมาเลเซีย

ก่อนหน้าปี ค.ศ. 1995 ประเทศมาเลเซียไม่มีนโยบายโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ โครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจะรวมอยู่ในนโยบายสวัสดิการสังคม ในปี ค.ศ. 1990 มีการกำหนดว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่มีอยู่หลายกลุ่มของนโยบายสวัสดิการสังคม ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของการให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ครอบครัว และชุมชนเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ส่วนการช่วยเหลือจากองค์กรจะเป็นแหล่งสุดท้าย

ในปี ค.ศ. 1995 รัฐบาลได้จัดทำนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เป็นการเตรียมรับกับสังคมของ ประเทศมาเลเซียซึ่งกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) โดยมีเป้าหมายที่จะสร้างสรรค์ สังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ที่จะเพิ่มคุณค่า ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ในครอบครัว สังคม และ ประเทศชาติ เพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นกำลังส่วนหนึ่งในการพัฒนาประเทศ

เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อรองรับนโยบายดังกล่าว ซึ่งครอบคลุมในด้านสังคม นันทนาการ สุขภาพอนามัย การศึกษา การ ฝึกอบรม ศาสนา ที่อยู่อาศัย และการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการจัดระบบการประเมินผล ประเมินความก้าวหน้าของกิจกรรมต่างๆ ในระหว่างปี ค.ศ. 1997–2005 หลายกระทรวงและหน่วยงาน ได้ร่วมกันดำเนินโครงการต่างๆ ตามนโยบายนี้ โดยกรมสวัสดิการสังคมเป็นผู้รับผิดชอบงานโดย ส่วนรวมทั้งหมด และมีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมและโครงการ ต่างๆ เพื่อตอบสนองนโยบายที่กำหนดไว้

กิจกรรมและโครงการในแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติ ประเทศมาเลเซีย ปี ค.ศ. 1996

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่

- Ministry of Health
- Ministry of National Unity and Social Development
- Ministry of Education
- Department of Social Welfare
- Department of National Unity

กิจกรรมและโครงการแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านสังคมและสันตนาการ

1. จัดให้มีวันผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อให้สาธารณชนตระหนักถึงความสำคัญและบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชน และประเทศ
2. การตรวจเยี่ยมองค์กรต่างๆ เพื่อผู้สูงอายุ
3. การจัดตั้งให้มีศูนย์ร้องทุกข์ของผู้สูงอายุ
4. หน่วยบริการและที่นั่งโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ในหน่วยงานของทางราชการ สถานีขนส่งสาธารณะ สวนสาธารณะ และศูนย์การค้า
5. การลดหย่อนค่าโดยสาร เช่น ลดร้อยละ 50 สำหรับการโดยสารเครื่องบินบางสายการบินของมาเลเซีย
6. ที่นั่งโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในการบริการขนส่งสาธารณะ
7. ศูนย์ส่งเสริมผู้เกษียณจากงาน จัดหาบ้านและสิ่งอำนวยความสะดวก
8. ส่งเสริมด้านการกีฬา
9. ชมรมสันตนาการ ดำเนินกิจกรรมที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์
10. ศูนย์บริการสังคม ส่งเสริมด้านวัฒนธรรม จิตวิญญาณ และกิจกรรมสันตนาการต่างๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อความผ่อนคลายและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์
11. แผนสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นหลักประกันให้ผู้สูงอายุได้รับสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ
12. ศูนย์ดูแลชั่วคราว ให้การฝึกอบรมผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ผู้ดูแล
13. ศูนย์กลางวันสำหรับผู้สูงอายุ ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุในเวลากลางวันให้ผู้ดูแลต้องออกไปทำงาน
14. บริการให้ความช่วยเหลือถึงบ้าน ส่งเสริมองค์กรอาสาสมัครที่ออกไปให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรืออยู่กับครอบครัวแต่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น ผู้ที่ต้องนั่งรถเข็น
15. แผนให้การลดหย่อนด้านภาษีแก่ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ
16. การสร้างโอกาสในการทำงาน จัดหาตำแหน่งงานที่เป็นที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
17. แผนส่งเสริมนายจ้างที่จ้างงานผู้สูงอายุ ให้มีการจัดตารางการทำงานที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ
18. มีการรวบรวมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการให้บริการสร้างสรรค์สังคม

19. ส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในโครงการ/งานต่างๆ รวมทั้งด้านสังคม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถ ความชำนาญให้เกิดประโยชน์
20. กิจกรรมรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เพื่อสวัสดิการสังคมขั้นพื้นฐาน
21. สนับสนุนการทำงานด้านสังคมขององค์กรเอกชน
22. ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ
23. พัฒนาคูณภาพการบริการของสถาบันต่างๆ ที่ให้บริการผู้สูงอายุ โดยมีการจัดอบรม การออกกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ เพื่อเป็นหลักประกันให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบาย
24. ส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคม เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ผู้สูงอายุ ให้มีรายได้ ที่มั่นคงในวัยเกษียณ

2. ด้านสุขภาพ

1. การให้สุขศึกษา
2. การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านการรักษาพยาบาล
3. การจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น อุปกรณ์ช่วยฟัง แว่นตา ฟันปลอม เป็นต้น
4. แผนส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ มีการขยายบริการพยาบาลที่บ้านและให้การฝึกอบรมแก่ครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้
5. บริการด้านสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ โดยอาศัยความร่วมมือจากทั้งจากหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานที่มีใช้ภาครัฐ และหน่วยงานภาคเอกชน
6. การฝึกอบรมผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติตน มีวิถีการดำรงชีวิตที่ถูกต้องเพื่อสุขภาพที่ดี
7. การบริหารจัดการด้านเวชภัณฑ์ที่ใช้กับผู้สูงอายุ
8. การสร้างแบบจำลอง “Centre of Excellence” เพื่อให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศได้รับการ ด้านการรักษาพยาบาลที่จำเป็น
9. บังคับใช้กฎหมาย “Private Hospital Act 1971” เพื่อประกันคุณภาพของบริการและการดูแลที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ
10. ให้สิทธิแก่ผู้สูงอายุในการที่จะได้แสดงความคิดเห็นและความยินยอมในประเภทของการรักษาที่จะได้อย่างถูกต้องเหมาะสม คำนึงถึงจริยธรรมทางการแพทย์
11. การได้รับการรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย
12. การลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ส่งเสริมคลินิกเอกชนให้เก็บค่ารักษาจากผู้สูงอายุในจำนวนเงินที่ไม่มาก

3. ด้านการศึกษา ศาสนา และการฝึกอบรม

1. การให้การศึกษาให้เกิดความตระหนักถึงบทบาทความสำคัญและปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งในการศึกษาของศาสนาอิสลาม และในวิชาด้านศีลธรรมของโรงเรียนในทุกระดับ
2. โครงการให้การศึกษาครอบครัว ส่งเสริมความตระหนักของชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นหนุ่มสาวในเรื่องบทบาท ความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุ
3. ให้การศึกษาแก่ผู้สูงอายุ ให้ตระหนักถึงบทบาทในครอบครัว ชุมชน และประเทศ ในทุกมุมมองของทุกศาสนา
4. โครงการในระดับสถาบัน/องค์กร ส่งเสริมความรู้สึกรักในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่เกิดจากความรัก และความเคารพต่อผู้สูงอายุ
5. โครงการเสริมสร้างทักษะในการดำรงชีวิต จัดระบบการศึกษาในโรงเรียนที่ส่งเสริมเยาวชนให้เติบโตขึ้นอย่างมีทักษะในการดำรงชีวิต
6. ฝึกอบรมด้านการประกอบอาชีพ เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการทำงาน ให้สามารถหางานที่เหมาะสมหลังจากเกษียณได้
7. จัดหลักสูตรก่อนเกษียณ เพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตหลังเกษียณ
8. ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ส่งเสริมผู้สูงอายุด้านศาสนา ให้มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเมื่อเกิดเจ็บป่วยและเสียชีวิต
9. คุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ
10. ส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีความการศึกษาดี มีความชำนาญ ให้บริการด้านการศึกษา ฝึกอบรมแก่ผู้อื่น
11. โครงการเรียนรู้ทางไกลแก่ผู้สูงอายุ
12. แต่งตั้งครูผู้เกษียณอายุที่มีประสบการณ์ ให้เป็นที่ปรึกษาของชุมชน โดยเฉพาะในด้านปัญหาสังคม
13. ส่งเสริมให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุในการทำงานบริการแก่ชุมชน

4. ที่อยู่อาศัย

1. จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก ความทันสมัยต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ลิฟ ทางม้าลาย ทางเดินเท้า
2. สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน เช่น การสร้างห้องน้ำที่ชั้นล่างของบ้านสองชั้น ที่ยึดเกาะในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ
3. ส่งเสริมให้ความร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดหาที่อยู่อาศัยที่มีราคาเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

4. ส่งเสริมองค์กรภาคเอกชน NGOs ในการสร้างบ้านเพื่อผู้สูงอายุโดยกองทุนต่างๆ
5. จัดให้มีศูนย์กิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ
6. จัดทำคู่มือแนะนำแนวทางในการซื้อ /เช่าที่อยู่อาศัย
7. การคัดเลือกผู้ซื้อ/ผู้เช่าของโครงการภาคเอกชน ต้องมีการจัดลำดับความสำคัญตามอายุและสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ
8. โครงสร้างบ้าน ต้องคำนึงถึงความต้องการตามสภาพของผู้สูงอายุ
9. แผนการสร้างบ้านในอนาคต จะต้องมีการจัดเตรียมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
10. การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยที่ต้องมีการเตรียมวางแผน จัดเตรียมสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
11. การบังคับใช้กฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้มีการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในการสร้างบ้าน
12. การผสมผสานแผนงาน โครงการที่อยู่อาศัย ส่งเสริมเจ้าของโครงการให้มีการสร้างบ้านสำหรับผู้สูงอายุและลูกหลานให้อยู่ในบริเวณเดียวกัน

5. การศึกษาวิจัย

1. ศูนย์รวบรวมฐานข้อมูลผู้สูงอายุ
2. จัดให้มีบรรณานุกรมผู้สูงอายุ สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยได้จัดทำบรรณานุกรมผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการศึกษา ค้นคว้า รายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. วิเคราะห์ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัย ในประเด็นที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ
4. ศึกษาวิจัยในประเด็นต่างๆ ตามลำดับความสำคัญ

6. ส่งเสริม เผยแพร่

การส่งเสริม สร้างความตระหนักเรื่องผู้สูงอายุแก่สาธารณชน ยังอยู่ในระหว่างกำหนัดโครงการ / กิจกรรมต่างๆ

โครงการที่สำคัญและผลการดำเนินงาน

โครงการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งในระยะก่อนหน้ามีนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติ และโครงการ/กิจกรรมที่กำหนดไว้ในนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติบางส่วนได้มีการดำเนินการไปแล้วในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

ด้านความมั่นคงในสังคม และความเป็นอยู่ที่ดีทางด้านเศรษฐกิจ

ระบบการคุ้มครองทางสังคมที่เป็นทางการในประเทศมาเลเซีย ประกอบด้วยกองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้าง (Employees Provident Fund: EPF) ในปี ค.ศ. 1951 กองการความมั่นคงทางสังคม (Social Security Organization: SOCSO) ในปี ค.ศ. 1969 โครงการบำนาญข้าราชการพลเรือน (Government pension scheme for Civil servants) โครงการเงินยังชีพในวัยชราของกองทัพ (Old age benefit scheme for the Armed forces) และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพและบำนาญของภาคเอกชน

บำนาญ (Pension)

ระบบบำนาญเป็นโครงการเพื่อความมั่นคงทางสังคมให้แก่ลูกจ้างของรัฐบาล ค่าใช้จ่ายในการจ่ายเงินบำนาญได้มาจากงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลกลาง เป็น the pay-as-you-go plan คือพนักงานในปัจจุบันเป็นผู้จ่ายเงินเพื่อบำนาญของผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยคาดว่าจะเมื่อถึงเวลาที่ตนเกษียณอายุก็จะได้รับเงินบำนาญจากการจ่ายเงินสบทบของพนักงานในอนาคต

ผู้ที่ทำงานอย่างน้อย 10 ปี จะได้รับรับเงินบำนาญเป็นรายเดือนตลอดชีวิตหลังจากเกษียณ ผู้ที่ทำงานอย่างน้อย 25 ปี จะได้รับเงินครึ่งหนึ่งของเงินเดือนเดือนสุดท้าย โครงการนี้ไม่ได้เป็นการให้ความมั่นคงแก่ผู้สูงอายุในวัยชราเท่านั้น แต่ยังเป็นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ต้องออกจากงานอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่อีกด้วย โครงการนี้จะให้ผลประโยชน์ทั้งในรูปแบบของบำนาญ และเงินก้อนใหญ่ที่ได้จากการออกจากงาน และยังมีการให้ผลประโยชน์แก่คู่สมรสที่เป็นหม้ายหรือบุตรของผู้ที่เสียชีวิตจากการปฏิบัติหน้าที่อีกด้วย และถ้าผู้รับผลประโยชน์ดังกล่าวเสียชีวิต คู่สมรส บุตร หรือพ่อแม่ของผู้เสียชีวิตก็จะได้รับผลประโยชน์ดังกล่าวแทน เป็นข่ายความปลอดภัย (Safety net) ของสังคมสำหรับคู่สมรสที่เป็นหม้าย โดยเฉพาะผู้หญิงซึ่งจะมีอัตราของการเป็นหม้ายสูง แต่โครงการนี้มีความครอบคลุมต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 1 ของประชาชนที่จะได้รับการคุ้มครองจากโครงการนี้

เงินที่ต้องจ่ายในรูปแบบของบำนาญนี้เป็นเงินจำนวนมาก รัฐบาลจึงได้มีการจัดตั้ง The Pension Trust fund ขึ้นในปี ค.ศ. 1991 เพื่อบริหารงาน และเป็นการประกันความมั่นใจการจ่ายเงินบำนาญในอนาคต

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพลูกจ้าง (Employee Provident Fund :EPF)

กองทุนนี้จัดตั้งขึ้นภายใต้พระราชกฤษฎีกากองทุนสำรองเลี้ยงชีพลูกจ้าง (EPF Ordinance) ในปี ค.ศ. 1951 และมีการปรับปรุงแก้ไขภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพลูกจ้าง (EPF Act)

ในปี ค.ศ. 1991 โครงการนี้จัดตั้งขึ้นโดยอาศัยเงินสมทบจากทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง เป็นการสะสมเงินออมของแต่ละบุคคลและจะได้เงินคืนทั้งหมดเมื่อออกจากงาน โครงการนี้มีการบังคับใช้อย่างเป็นทางการสำหรับทุกหน่วยงาน และยังได้มีการอนุญาตให้ผู้ทำงานส่วนตัว (self-employed) สามารถเข้าร่วมโครงการได้โดยสมัครใจ เพื่อต้องการสร้างความมั่นคงให้แก่ผู้สูงอายุในวัยชรา

อัตราการจ่ายเงินสมทบสำหรับนายจ้าง เท่ากับร้อยละ 12 สำหรับลูกจ้าง เท่ากับร้อยละ 11 ซึ่งเป็นอัตราเดิม หรือจะเลือกจ่ายเพียงร้อยละ 9 ซึ่งเป็นอัตราใหม่ก็ได้ อัตราการมีส่วนร่วมในกองทุนนี้ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา

กองทุนนี้มีโครงสร้างบัญชี 3 แบบ บัญชีที่ 1 (ร้อยละ 60) บัญชีที่ 2 (ร้อยละ 30) และบัญชีที่ 3 (ร้อยละ 10) แต่ละบัญชีจะตอบสนองความต้องการของสมาชิกที่ต่างกัน^{1/}

The Periodical Payment Withdrawal Scheme ในปี ค.ศ. 1994 อนุญาตให้สมาชิกผู้ที่มีอายุถึงวัยเกษียณสามารถที่จะถอนเงินออกเป็นครั้งๆ ไปได้เดือนละ 1 ครั้ง จนกระทั่งเงินออมหมดลง ซึ่งคล้ายกับการจ่ายบำนาญของข้าราชการ แต่อย่างไรก็ตาม โครงการนี้ไม่ได้รับความนิยม ในปี ค.ศ. 1999 มีสมาชิกเพียง 176 คนหรือร้อยละ 0.24 เท่านั้นที่เลือกที่จะรับเงินเป็นรายเดือน นอกจากการจ่ายเงินก้อนและเงินรายเดือนแล้ว ยังมีอีก 2 แบบ คือการรับเงินก้อนเป็นบางส่วนร่วมกับการรับเงินเป็นรายงวดเป็นบางส่วน และอีกแบบคือการที่ยังคงเงินออมไว้ในกองทุนแต่เลือกรับเฉพาะเงินปันผลรายปีเท่านั้น

ในปี ค.ศ. 2000 กองทุนได้เสนอทางเลือกเพิ่มอีก ซึ่งมีลักษณะเป็นเบี้ยหวัดรายปี ซึ่งเป็นเป็น 2 ประเภท ให้เลือกตามความชอบของสมาชิก แบบแรกคือ Conventional Annuity Scheme และแบบที่ 2 คือ Takaful Annuity Scheme ทั้งสองแบบมีจุดประสงค์ให้สมาชิกมีรายได้ในช่วงเกษียณ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกที่มีอายุ 16-70 ปีเลือกได้ โดยจะเลือกแบบใดแบบหนึ่งหรือทั้งสองแบบเลยก็ได้

^{1/} บัญชีที่ 1 ประกอบด้วยเงินออมของสมาชิกร้อยละ 60 เพื่อจ่ายให้แก่สมาชิกที่ออกจากงาน ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หลักของกองทุนนี้ ตามโครงการลงทุนเงินออมของสมาชิก (Members' Saving Investment Scheme) อนุญาตให้ผู้ที่ย้ายเงินสมทบสามารถนำเงินในส่วนนี้ไปลงทุนได้ไม่เกินร้อยละ 20

บัญชีที่ 2 เงินในบัญชีนี้อนุญาตให้สมาชิกสามารถถอนออกไปได้หนึ่งครั้งเพื่อซื้อบ้านหรือสิ่งก่อสร้าง โดยให้ไม่เกินร้อยละ 20 ของราคามูลค่า หรือร้อยละ 45 ของเงินออมที่มีอยู่ แต่ไม่เกิน 20,000 ริงกิต การถอนเงินเพื่อการปรับปรุงหรือจ่ายเงินกู้ซื้อบ้านครั้งต่อไปสามารถทำได้ ทุก 5 ปีหลังจากการถอนครั้งที่ผ่านมา จนกระทั่งสมาชิกมีอายุถึง 55 ปี และสมาชิกยังสามารถถอนเงินบางส่วนเพื่อนำไปใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษาของบุตรได้ด้วย

บัญชีที่ 3 มีวัตถุประสงค์ที่จะให้ความช่วยเหลือในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สมาชิกที่เจ็บป่วยร้ายแรง โดยการให้ความช่วยเหลือถูกเงินเป็นค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ 10 ของเงินสมทบที่จ่ายเข้ากองทุน โดยไม่จำกัดเฉพาะความเจ็บป่วยของสมาชิกเท่านั้น หากคู่สมรส บุตร พ่อแม่ และพี่น้องของสมาชิกเจ็บป่วยก็สามารถใช้สิทธินี้ได้เช่นกัน

ความครอบคลุมของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (EPF – Coverage)

ในปลายปี ค.ศ. 1999 จำนวนสมาชิกทั้งหมดของกองทุนเท่ากับ 9.54 ล้านคน ประกอบด้วย active member คือสมาชิกที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนอย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับ 4.78 ล้านคน (ร้อยละ 50.1) ในขณะที่ในปี ค.ศ. 1995 มี active member 3.99 ล้านคน (ร้อยละ 51.4) นั่นคือมีการเพิ่มขึ้นของ active member ถึงร้อยละ 19.8 ในปี 1999 จำนวนกำลังแรงงานทั้งหมดเท่ากับ 9.01 ล้านคน และ active member เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.1 ของกำลังแรงงานทั้งหมด ร้อยละของจำนวนสมาชิกทั้งหมดที่เป็น active member ได้เพิ่มขึ้นตลอดในช่วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา

จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้ไม่สามารถระบุได้แน่นอน เนื่องจากโครงการนี้ครอบคลุมเฉพาะในภาคทางการ (formal sector) แต่ไม่ได้มีการบังคับให้ปฏิบัติในภาคที่ไม่เป็นทางการ (informal sector) ซึ่งมีผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนมาก แม้ว่ารัฐบาลจะริเริ่มการให้ผู้ทำงานในภาคที่ไม่เป็นทางการเข้าร่วมในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพด้วย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1977 แต่จำนวนผู้เข้าร่วมน้อยมาก

ความมั่นคงทางสังคมของมาเลเซียจึงครอบคลุมเฉพาะลูกจ้างในระบบที่เป็นทางการเท่านั้น คือโครงการบำนาญครอบคลุมเฉพาะข้าราชการ และกองทุนสำรองเลี้ยงชีพให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างภาคเอกชน ซึ่งจากการสำรวจกำลังแรงงานในปี ค.ศ. 1998 พบว่าบุคคลที่ถูกจ้างงานในทั้งสองระบบเท่ากับ ร้อยละ 61.8 จึงยังเหลืออีกร้อยละ 38.2 ที่ไม่ทราบความครอบคลุม

การออม การลงทุน และการประกันภัย

การออม การลงทุนในบริษัทเงินทุน และการประกันชีวิต เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการประกันความมั่นคงในวัยชรา มาเลเซียมีโครงการลงทุนระดับชาติ (The national investment schemes) ซึ่งเป็นโครงการหนึ่งที่ให้ผลตอบแทนที่ดึงดูดใจเพื่อต้องการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย โครงการเหล่านี้ล้วนเป็นการสมัครใจ และขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

การประกันภัยเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการออมเงินไว้ใช้ในยามสูงอายุ แต่ก็ให้การคุ้มครองแก่ประชากรกลุ่มอื่นด้วย การประกันภัยเป็นการป้องกันการสิ้นสุดหรือสะดุดลงของรายได้จากการทำงานตามความสามารถของมนุษย์ รวมถึงทุนและทรัพย์สิน เป็นเสมือนโล่ที่จะช่วยป้องกันค่าใช้จ่ายที่ไม่คาดหมายอันอาจทำให้รายได้ลดน้อยลง นโยบายการประกันภัยจะเป็นการลดความขัดสนทางเศรษฐกิจ อันเนื่องจากสภาพชีวิตการทำงานที่เปลี่ยนไป เช่น การออกจากงาน แต่ไม่มีการประกันภัย

แบบใดที่จำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ ชนิดที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันในวัยสูงอายุก็น่าจะเป็นรูปแบบที่มีการจ่ายเงินคืนให้แม้จะยังไม่ถึงแก่กรรม หรือชนิดที่เชื่อมโยงกับการลงทุน

การสำรวจการประกันภัยในมาเลเซียพบว่า การประกันชีวิตมีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 33 การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลร้อยละ 24 และการประกันสุขภาพร้อยละ 19 และไม่มีข้อมูลที่สามารถประเมินผลประโยชน์จากการประกันภัยที่มีต่อผู้สูงอายุได้

ด้านการดูแลสุขภาพ

ภาวะสุขภาพอนามัยมีผลโดยตรงต่อผู้สูงอายุ เรื่องที่ต้องพิจารณาในเรื่องสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ คือ เรื่องการเป็นภาระในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุในมาเลเซีย และการมีอายุขัยที่ยืนยาวมากขึ้น ทำให้บุตรต้องรับภาระในการดูแล ซึ่งบุตรจะมีอายุอยู่ประมาณ 50-60 ปี ซึ่งเป็นผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุเช่นกัน จึงเป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแลซึ่งอาจต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพของตนเองอยู่แล้ว และยังคงดูแลผู้สูงอายุ ที่มักจะมีปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในขณะที่ความต้องการด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ทางด้านการแพทย์ และบริการด้านการแพทย์เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายของการดูแลผู้สูงอายุก็จะเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน การระดมทรัพยากรเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุเป็นต้นทุนการเสียโอกาส (opportunity cost) ที่อาจจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางอื่นได้ ดังนั้น เรื่องของสุขภาพนี้จึงเป็นประเด็นที่ได้แย้งกันมากในนโยบายของรัฐบาล

โครงการและนโยบายเพื่อการดูแลสุขภาพที่มีอยู่

มาเลเซียมีปัญหาคาราคาเผลนผู้เฒ่าชรา แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ บุคลากรด้านผู้สูงอายุมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ มาเลเซียมีการขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์มาก สัดส่วนของแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ 1: 1,413 มีการขาดแคลนแพทย์ถึง 6,796 คน ทันตแพทย์ 1,230 คน และเภสัชกร 310 คน

ตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1990 มีโรงพยาบาลที่เปิดแผนกให้บริการรักษาโรคผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และศูนย์การฟื้นฟูสภาพ โดยโรงพยาบาล Seremban เป็นโรงพยาบาลของรัฐเพียงแห่งเดียวที่มีการรักษาโรคของผู้สูงอายุ ที่เหลือเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่จัดบริการเฉพาะแก่ผู้สูงอายุ เช่น Cheras Geriatric Center ในโรงพยาบาล Pantai Cheras โรงพยาบาล Columbia Pacific Geriatric ใน Shah Alam และ Strand Geriatric and Rehabilitation ใน Sungai Petani และยังมีที่จะจัดตั้งตามอีกมาก

งบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรไว้ในเรื่องสุขภาพในระยะเวลาระหว่างปี ค.ศ. 1995-2000 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว งบประมาณส่วนใหญ่จะเป็นการบริการด้านการรักษาผู้ป่วย การปรับปรุงขยายการสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

เครือข่ายโรงพยาบาลและคลินิก มีการจัดหาบริการด้านการแพทย์และสุขภาพอนามัยแก่บุคคลทุกกลุ่มอายุ รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ มีการจัดบริการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด และการรักษาโรคอันเกิดจากการประกอบอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม บริการและการอำนวยความสะดวกต่างๆ ดังกล่าวไม่ได้ครอบคลุมไปถึงพื้นที่ในเขตชนบท ไม่มีโรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือตึกผู้ป่วยสูงอายุบริการโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ มีเพียงคลินิกพิเศษสำหรับการรักษาผู้สูงอายุเท่านั้น

การเงินเพื่อการดูแลสุขภาพ

จากการที่ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงตั้งแต่ในระดับบุคคล ครอบครัว และรัฐบาล จึงมีการดำเนินการโครงการพัฒนาและจัดตั้งระบบการเงินเพื่อสุขภาพ แต่ยังคงรายละเอียดของมาตรการ แหล่งที่มาของเงินเพื่อการดูแลสุขภาพมาจากหลายทาง ทั้งจากรัฐบาล จากประชาชนเป็นผู้จ่ายเอง จากนายจ้าง หรือจากการประกันสุขภาพ ระบบการประกันสุขภาพในมาเลเซียเพิ่งจะได้รับการพัฒนาเมื่อไม่นานมานี้ จึงไม่ได้เป็นแหล่งเงินที่สำคัญ และผู้ที่มีกำลังซื้อคือประชาชนในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่ แหล่งเงินที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นแหล่งเงินจากรัฐบาล และเงินที่ประชาชนต้องจ่ายเอง โดยร้อยละ 75 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเมื่อเจ็บป่วยจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง โดยไม่มีการจ่ายจากการประกันสุขภาพเลย แต่สำหรับข้าราชการที่เกษียณอายุ และพ่อแม่ของข้าราชการสามารถที่จะรับการรักษายาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้จากคลินิกและโรงพยาบาลของรัฐบาล

โครงการดูแลสุขภาพเพื่อสูงอายุ ปี ค.ศ. 1995

โครงการนี้ริเริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1995 มีจุดประสงค์ที่จะปรับปรุงและดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายสูงสุดที่จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพที่ดี
2. จัดตั้งบริการโดยเฉพาะทางด้านสูงอายุในระดับภูมิภาคและระดับรัฐในปี ค.ศ. 2000
3. พัฒนาแผนปฏิบัติการในด้านการฝึกอบรม วิจัย ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ
4. จัดหาบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยอาศัยการเข้าถึงชุมชนเป็นพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนได้โดยไม่เป็นภาระ

การดูแลสุขภาพทั้งองค์ประกอบระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่หลากหลาย ที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ ประกอบด้วย

1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพยาธิสภาพและการไร้ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับอายุ โครงการตรวจคัดกรองโรคต่างๆ ทั้งสภาพการมองเห็น การได้ยิน โรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็งเต้านม มะเร็งช่องปาก โครงการก่อนเกษียณอายุที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพ ความมั่นคงทางการเงิน การเป็นอาสาสมัครและการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

2. การดูแลทางด้านการแพทย์และการฟื้นฟูสภาพ จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ อย่างจริงจัง การดูแลในแบบองค์รวม ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตใจ สังคม และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับโดยใช้ทีมงานหลายสาขา โรงพยาบาลเอกชนจะถูกควบคุมให้มีการดำเนินการนี้ด้วยเพื่อเป็นการประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

3. การวิจัยและฝึกอบรม เพื่อที่จะสร้างและพัฒนาหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ ทั้งในระดับพื้นฐานและระดับสูง รวมถึงการศึกษาต่อเนื่อง ได้มีการฝึกอบรมกำลังคนเฉพาะทางเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และมีการประสานงานในด้านการวิจัยในด้านการแพทย์กับแง่มุมในทางสังคมที่จะมีผลต่อผู้สูงอายุ

4. การวางแผนโครงการ การติดตามควบคุม ประสานงาน และประเมินผล โดยทั่วไปรายงานตามปกติอาจจะไม่ได้เป็นข้อมูลที่ต้องการ จึงต้องมีการแก้ไขช่องว่างนี้ แผนปฏิบัติการในเรื่องการเก็บข้อมูลที่เหมาะสม แม่นยำ ในโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มาตรการที่จำเป็น รวมถึงการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขึ้นในฝ่ายพัฒนาสุขภาพครอบครัว กระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health)

เมื่อโครงการดังกล่าวนี้ได้จัดตั้งขึ้น ก็ได้มีการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ โดยมีความก้าวหน้าดังนี้

1. แผนระดับชาติในเรื่องสุขภาพจิตชุมชน จัดตั้งในปี ค.ศ. 1997 และโครงการนำร่องได้มีการปฏิบัติในคลินิกหลายแห่งใน Johor, Molacca, Negeri, Semilan, Kedah และ Sabah มีการฝึกอบรมเพื่อยกระดับความรู้และทักษะของบุคลากรด้านสุขภาพ แผนนี้ได้รับความเห็นชอบอีกครั้งในปี ค.ศ. 1998 และคลินิกจำนวน 58 แห่งได้นำโครงการนี้ไปปฏิบัติ กิจกรรมที่ปฏิบัติ เช่น การพูดคุย การอภิปราย การแสดงนิทรรศการในเรื่องสุขภาพจิต การติดตามผู้ป่วย การให้การวินิจฉัยแต่แรกเริ่มแก่ผู้มีอาการผิดปกติทางจิต การทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การฟื้นฟูสภาพ การตรวจคัดกรองโรค การจัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพตอนกลางวันและคลินิกสุขภาพ รวมทั้งการฝึกอบรมบุคลากรการพัฒนาและขยายวัสดุอุปกรณ์การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต

2. การจัดทำโครงการวิถีการดำรงชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. จัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในเขตชนบท
4. โครงการฟื้นฟูสภาพ เช่น กายภาพบำบัด การบำบัดโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ เป็นบริการสนับสนุนผู้สูงอายุ แต่บริการนี้ยังไม่มีในเขตชนบท
5. จัดตั้งศูนย์สุขภาพ หรือ กิจกรรมในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การตรวจคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยง ระบบการส่งต่อโรครักษา การให้คำปรึกษาเรื่องการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ เบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็น การเคลื่อนไหวนในบ้าน และสิ่งอำนวยความสะดวกในการฟื้นฟูสภาพ การจัดการการดูแลพิเศษ เช่น ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลกลางวัน (day care nursing) และการให้การศึกษาแก่ชุมชน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ
6. กิจกรรมในโรงพยาบาล เช่น การดูแลทางด้านการแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน การให้การดูแลระยะยาว การดูแล บำบัด ทางด้านจิตใจในโรครักษา การให้สุขศึกษา
7. แผนสำหรับปี ค.ศ. 1997-2000 ประกอบด้วย 2 บริการที่สำคัญ ได้แก่ บริการในโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพ หรือบริการสุขภาพในชุมชน ซึ่งจะดำเนินการหลักโดยกรมสวัสดิการสังคม องค์การเอกชน ภาคเอกชน และองค์กรอาสาสมัครต่างๆ

นอกจากนี้ได้มีการจัดตั้งสภาสุขภาพระดับชาติสำหรับผู้สูงอายุ (National Health for the Elderly Council) ภายใต้กระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health) ในปี ค.ศ. 1997 เพื่อทำหน้าที่ควบคุมกำกับนโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

แม้ว่ามาเลเซียจะมีแผนปฏิบัติการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ระบบการดูแลยังคงผสมผสานในระบบกว้างผ่านการบริการขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ยังไม่มีโรงพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แผนกบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐมีเพียงแห่งเดียว ซึ่งตามแผนที่กำหนดไว้ต้องการให้มีแผนกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกแห่งในปี ค.ศ. 2020 สำหรับบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเอกชนยังอยู่ในระยะเริ่มต้น

บริการสังคมและการดูแลชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวและชุมชนเป็นทางเลือกที่สำคัญกว่าสวัสดิการจากภาครัฐ แต่การลดลงของระบบครอบครัวขยาย ขนาดครอบครัวที่เล็กลงเป็นการเพิ่มแรงกดดันในครอบครัวในเรื่องบุคคลที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดสถาบันที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ผู้ที่เข้าถึงสถาบันนี้จะเป็นผู้ที่มีเงินสามารถจ่ายได้เท่านั้น เช่น ในกรณีของการให้การดูแลส่วนตัวที่บ้าน ซึ่งบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่มีเฉพาะในเขตเมืองเท่านั้น

บริการสวัสดิการสังคม

กรมสวัสดิการสังคม (Social Welfare Department) จัดบริการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การบริการภายนอกและการบริการโดยสถาบัน มีจุดมุ่งหมายที่จะจัดหาบริการให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ การช่วยเหลือมีทั้งในรูปแบบของการให้เงิน สิ่งของ เช่น ไม้เท้า แว่นตา ส่วนการบริการโดยสถาบัน คือ การให้ที่พักพิงและการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีญาติในบ้านพักคนชรา ซึ่งมีทั้งหมด 11 แห่ง บริหารงานโดยรัฐบาลกลาง บ้านพักนี้ให้บริการในเรื่องของการพยาบาล ที่อยู่อาศัย การให้คำปรึกษาแนะนำ การฟื้นฟูการประกอบอาชีพ กิจกรรมสันทนาการ และการรักษาเมื่อเจ็บป่วย สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนผู้อยู่อาศัยได้เพิ่มขึ้นจาก 864 เป็น 1,047 หรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 21.2 ในระหว่างปี ค.ศ. 1995-1999

ในเขตชนบท การให้ความช่วยเหลือในเรื่องที่พัก ซึ่งเรียกว่า huts หรือ pondok โดยการสร้างใหม่หรือการซ่อมแซม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะอยู่ในชุมชนได้ ไม่ต้องมาอยู่ในบ้านพักคนชรา ทั้งหมดมีอยู่ประมาณ 30 หลัง มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ประมาณ 300 คน ภายใต้การดูแลของ Malaysian Welfare Centres Council

ในระหว่างปี ค.ศ. 1995-1999 รัฐบาลได้อนุมัติการช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้สูงอายุมากกว่า 7 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1999 เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุสูงถึง 11 ล้านริงกิต นอกจากการช่วยเหลือด้านการเงินแล้ว ยังมีการจัดหาแว่นตาให้อีกด้วย อย่างไรก็ตามในช่วงปี ค.ศ. 1995-1999 จำนวนผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือลดลงจาก 758 เป็น 255 เท่านั้น หรือลดลงร้อยละ 66

ระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อควบคุมการดูแลผู้สูงอายุ

กฎหมาย Care Center Act ปี ค.ศ. 1993 ได้กำหนดแนวทางและมาตรฐานขั้นต่ำ เช่น จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนของผู้ป่วย ของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศ ที่จะต้องจัดหาบริการขั้นพื้นฐานโดยไม่จำเป็นต้องบริการด้านการแพทย์ ส่วนประเภทที่มีการให้บริการทางการแพทย์ เช่น โรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ จะถูกบริหารอย่างเข้มงวดกว่าภายใต้ Private Hospital Act 1971 สำหรับ Nursing home ขนาดเล็กจะมีการให้บริการทางการแพทย์บ้าง แต่ก็มักจะจดทะเบียนในฐานะศูนย์ดูแลสุขภาพมากกว่า เนื่องจากมีข้อบังคับน้อยกว่า นอกจากนี้ยังมีกฎหมาย Private Health Care Facilities and Services Act 1998 ซึ่งผ่านการอนุมัติจากรัฐสภาแล้วแต่ยังไม่ได้บังคับใช้ กฎหมายนี้ประกอบด้วยแนวทางและระเบียบข้อบังคับโดยเฉพาะสำหรับ Nursing home การออกกฎหมายต่าง ๆ นี้เพื่อคุ้มครองสวัสดิการของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำมาสู่คุณภาพของบริการที่ดีขึ้น

โครงการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

นโยบายของกระทรวงเคหะและรัฐบาลท้องถิ่น ในปัจจุบันยังไม่มีการจัดหาที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะแก่ผู้สูงอายุตามความต้องการของผู้สูงอายุ และยังมีมีความสับสนเกี่ยวกับอำนาจในการดูแล Nursing home ในระดับท้องถิ่น ผู้มีอำนาจในระดับท้องถิ่นมองการจัดตั้งบ้านพักดังกล่าวในรูปของธุรกิจ จึงเกิดปัญหาในเชิงพาณิชย์ และด้วยความผ่อนคลายกฎระเบียบลงในช่วงต้นทศวรรษ 1990 ผู้ที่อยู่อาศัยในท้องถิ่นที่ได้รับอนุญาตให้เปิดบริการบ้านพักผู้สูงอายุได้ แต่เรื่องของใบอนุญาตให้ต่อปีต่อปี และมีเงื่อนไขว่าไม่มีเพื่อนบ้านร้องเรียน ความไม่แน่นอนในเรื่องของใบอนุญาตนี้เองที่ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพของบ้านและบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากมักไม่มีการลงทุนหรือเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เนื่องจากกลัวว่าใบอนุญาตอาจถูกเพิกถอนได้

ได้มีการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับบ้านหรือชุมชนสำหรับผู้เกษียณอายุขึ้น ในกลางทศวรรษ 1990 โครงการนี้เสนอการจัดสร้างอพาร์ทเมนต์ คอนโดมิเนียม ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้รับการยอมรับในทางตลาด อีกแนวคิดที่น่าสนใจ คือ ชุมชนสำหรับผู้เกษียณอายุ หรือหมู่บ้านผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกที่จะย้ายเข้าไปอาศัยอยู่ในอพาร์ทเมนต์หรือจะเข้าไปอาศัยอยู่ในบ้านเล็กๆ ของตนเองซึ่งสามารถอยู่ได้โดยอิสระและเข้าถึงความเจริญในหมู่บ้านได้โดยง่าย

การดูแลของชุมชน

ในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา การดูแลของชุมชนได้ขยายออกไปทั้งขนาดและขอบเขต ตามอุดมการณ์ของรัฐบาลที่ต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติได้ในบ้านของตัวเองหรือในสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกับอยู่บ้านในชุมชนท้องถิ่นของตน

องค์กรเอกชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้การพยาบาล การเยี่ยมบ้าน ศูนย์ดูแลกลางวัน

นโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติสำหรับประเทศเกาหลี

ประเทศเกาหลีได้เริ่มตระหนักว่าปัญหาผู้สูงอายุเป็นปัญหาสังคมในราวทศวรรษ 1970 และปัญหาดังกล่าวได้ทวีความรุนแรงขึ้นตลอดระยะ 30 ปีที่ผ่านมา และในช่วง 25 ปีแรกของศตวรรษนี้ก็ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอีกจากการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุอย่างมาก ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างใหญ่หลวงทั้งการจัดระเบียบและโครงสร้างสถาบันใหม่ให้มีความทันสมัย มีผลกระทบต่อครอบครัวซึ่งเป็นโครงข่ายความปลอดภัย (safety net) ของผู้สูงอายุ เพราะมีปัญหาทั้งโครงสร้างและหน้าที่ คุณค่าของสังคมและครอบครัวในแง่ของความกตัญญู ความเป็นครอบครัวเลือนหายไป ขณะที่ความเป็นปัจเจกชนและความต้องการเป็นครอบครัวเดี่ยวมีมากขึ้นและขยายกว้างขึ้นทุกที

ปัญหาผู้สูงอายุกลายเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญและต้องการนโยบายและการบริหารทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

วิวัฒนาการนโยบายผู้สูงอายุในประเทศเกาหลีนั้นแบ่งได้เป็น 5 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนทศวรรษ 1960

- ในปี ค.ศ. 1910 ประเทศเกาหลีตกเป็นอาณานิคมของประเทศญี่ปุ่น (ค.ศ. 1910 – ค.ศ. 1945)
- ในปี ค.ศ. 1918 รัฐบาลญี่ปุ่นได้เริ่มจัดตั้งกองทุนชื่อ “Royal Japanese Relief Funds” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือชาวเกาหลีที่ยากจน แต่ขณะนั้นยังไม่มีโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีกฎหมายรองรับอย่างเป็นระบบ
- ในปี ค.ศ. 1918 มีบ้านพักคนชราเกิดขึ้นเป็นแห่งแรก และหลังจากนั้นจนถึงปี ค.ศ. 1945 มีเพิ่มขึ้นอีก 8 แห่ง ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยองค์กรอาสาสมัครที่ได้รับความช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยจากรัฐบาล
- ปี ค.ศ. 1944 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ออกกฎหมาย “The Korean Relief Order” เพื่อจะสร้างระบบการให้ความช่วยเหลือที่ทันสมัยแก่ประชาชน

ในช่วงที่เป็นอาณานิคมปัญหาความยากจนเป็นปัญหาสังคมที่รุนแรงที่สุด และไม่สามารถแก้ไขได้อย่างเป็นระบบ เพราะญี่ปุ่นไม่ค่อยจัดสรรงบประมาณให้ ทำให้โครงการสำหรับผู้สูงอายุเน้นไปที่การดูแลผู้อยู่ในบ้านพักคนชรา

- ปี ค.ศ. 1946 – ค.ศ. 1948 เกาหลีได้ถูกปกครองโดยหน่วยงานทางการทหารของประเทศสหรัฐอเมริกา แม้ว่าจะมีโอกาสตั้งรัฐบาลเอง แต่ก็ไม่มีทรัพยากรทางการเงินที่จะแก้ปัญหาความยากจนได้

ผลพวงจากสงครามทำให้ประเทศยากจน และต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากต่างประเทศ ในช่วงเวลาดังกล่าวโครงการสวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุจะเป็นเพียงการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา และบ้านของตนเองเท่านั้น

- ปี ค.ศ. 1961 ได้ออกกฎหมาย “The Livelihood Protection Law” ซึ่งอ้างอิงกฎหมายฉบับเดิมคือ “The Korean Relief Order” กฎหมายนี้เพื่อช่วยเหลือประชาชนทั่วไป

2. ระยะเวลาทศวรรษ 1960

ประเทศเกาหลีเริ่มใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจตั้งแต่ปี ค.ศ.1962 ในทศวรรษนี้ความยากจนยังเป็นปัญหาสังคมที่ร้ายแรงที่สุด ดังนั้นปัญหาผู้สูงอายุจึงยังไม่ได้รับการเอาใจใส่ เป็นเหตุให้โครงการสำหรับผู้สูงอายุเป็นเพียงเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนผู้อยู่ในบ้านพักคนชราและอยู่ตามบ้าน ในช่วงนี้เริ่มมีโครงการประกันสังคมเกิดขึ้น 2 โครงการ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้หลังเกษียณ

- ค.ศ. 1960 โครงการเงินบำนาญสำหรับข้าราชการ (Government Employees Pension หรือ GEP)
- ค.ศ. 1963 โครงการเงินบำนาญสำหรับทหาร (Military Serviceman Pension หรือ MSP) ซึ่งทั้งสองโครงการนี้มีประโยชน์สำหรับคนส่วนน้อย
- ค.ศ. 1969 มีบ้านพักคนชรา 49 แห่ง รับผู้สูงอายุได้ 2,360 คน (เท่ากับร้อยละ 3 ของผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป)

3. ระยะเวลาทศวรรษ 1970

ระยะนี้ประเทศเกาหลีได้ประสบความสำเร็จจากการนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจมาใช้ ทำให้ระดับรายได้ชาวเกาหลีดีขึ้น อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจต่อปี คือ ร้อยละ 6 – 7 แต่ประชาชนยังคงมีปัญหาความยากจน ประชาชนส่วนมากไม่สามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล มีปัญหาช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนมากขึ้น ในช่วงนี้ปัญหาผู้สูงอายุเริ่มได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาทางสังคม และมีการแยกแยะปัญหาของผู้สูงอายุดังนี้คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการรักษาพยาบาล ปัญหาความรู้สึกแปลกแยกจากครอบครัวและสังคม การสูญเสียความสำคัญและการใช้เวลาว่าง และการกำหนดให้เกษียณเมื่ออายุ 55 ปี

- ปี ค.ศ. 1973 ได้มีการออกกฎหมายเงินบำนาญสวัสดิการสังคมแห่งชาติ (National Welfare Pension Law) แต่บังคับใช้ในปี ค.ศ. 1988
- ปี ค.ศ. 1975 มีโครงการเงินบำนาญครูโรงเรียนเอกชน (Private School Teacher's Pension หรือ PSTP)
- ปี ค.ศ. 1977 มีโครงการประกันสุขภาพเพื่อประชาชนทั่วไป

- ปี ค.ศ. 1979 มีโครงการประกันสุขภาพเพื่อข้าราชการและครูโรงเรียนเอกชน และโครงการช่วยเหลือด้านสุขภาพให้คนจน ซึ่งทั้ง 2 โครงการก็จะครอบคลุมผู้สูงอายุ ในฐานะที่เป็นผู้รับประกันหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้รับประกัน

4. ระยะเวลาทศวรรษ 1980

เป็นระยะที่มีปัญหาเนื่องจากความสำเร็จที่นำแผนพัฒนาเศรษฐกิจมาใช้ ปัญหาได้แก่ การเพิ่มขึ้นของผู้หญิงที่มีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน ความเสื่อมสลายของคุณค่าครอบครัว ปัญหาในการดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุ ดังนั้นปัญหาผู้สูงอายุซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาต่างๆ จึงมีความหลากหลายและรุนแรงขึ้น ระยะนี้ปัญหาผู้สูงอายุได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางมากขึ้นว่าเป็นปัญหาสังคมที่ร้ายแรงจึงได้มีการออกกฎหมายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (Elderly Welfare Law) ในปี ค.ศ.1981

กฎหมายนี้ ครอบคลุมเฉพาะการดูแลในบ้านพักคนชรา การตรวจสุขภาพ และลดราคาบางประเภท และการสร้างงานที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุ กฎหมายนี้แบ่งบ้านพักคนชราเป็น 2 แบบ คือ บ้านพักคนชราที่มีสุขภาพดี และบ้านพักสำหรับคนชราที่อ่อนแอและเจ็บป่วย ทำให้บ้านพักคนชราแตกต่างจากสถานพยาบาล และได้มีการตั้งหน่วยงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม

ในปี ค.ศ. 1988 ได้มีการบังคับใช้กฎหมายเงินบำนาญสวัสดิการสังคมแห่งชาติที่ออกในปี ค.ศ. 1973

จากกฎหมายฉบับนี้ได้มีเงินบำนาญผู้สูงอายุแบบธรรมดา มีการสร้างงานให้ผู้สูงอายุและได้มีการตั้ง “The Elderly Job Bank” (ซึ่งในปี 1997 ได้รับชื่อใหม่ว่า “Elderly Employment Center”)

ตั้งแต่ตอนกลางของทศวรรษ 1980 ความต้องการบริการความช่วยเหลือด้านที่อยู่เริ่มได้รับความสนใจจากประชาชนทั่วไป และหน่วยงานอาสาสมัครก็เป็นผู้ริเริ่มให้บริการดังกล่าวโดยได้รับความช่วยเหลือจาก Help Age International ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งเป็นรูปแบบการบริการที่เป็นทางการและการบริการชุมชนด้านการดูแลผู้สูงอายุครั้งแรกของเกาหลี และอาสาสมัครต่าง ๆ เป็นผู้จัดบริการด้านที่อยู่ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ในปี ค.ศ. 1989 เมื่อมีการออกกฎหมายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ความช่วยเหลือจากรัฐบาลจึงเป็นเรื่องเป็นไปได้ บริการดังกล่าวเป็นบริการชุมชนอย่างเดียวที่ให้แก่วัยสูงอายุมาจนถึงปี ค.ศ. 1993 จึงมีการตั้งโครงการบริการชุมชนอีก 2 โครงการ (การดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวันและการดูแลระยะสั้น)

ไม่เฉพาะผู้สูงอายุที่รายได้น้อยเท่านั้นที่ต้องการการบริการด้านที่อยู่และบริการชุมชนดังกล่าว ผู้สูงอายุที่มีรายได้ปานกลางและสูงก็ต้องการด้วย พร้อมกับความต้องการที่อยู่หลังเกษียณได้มีการพูดถึงเรื่องการจ่ายเงินเพื่อรับบริการ และเรื่องที่พูดกันมากที่เกี่ยวข้องตามมามีคือ บทบาทของตลาดด้านสังคมและเศรษฐกิจตลอดจนขอบข่ายภาระงานของตลาดทั้งสองด้านในการจัดบริการให้ผู้สูงอายุ

5. ระยะเวลาทศวรรษ 1990 และระยะต่อมาถึงปัจจุบัน

ตั้งแต่ทศวรรษ 1990 คนเกาหลียูนิยามมากขึ้นและดังนั้นสัดส่วนของประชากรที่สูงอายุก็เพิ่มมากขึ้น สิ่งตามมาพร้อมกับช่วงชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นคือ โรคเฉพาะของผู้สูงอายุที่ใช้เวลารักษานานขึ้น และมีอาการมากขึ้น นอกจากนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับลูกๆ ที่เป็นผู้ใหญ่แล้วก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุก็ยิ่งหลากหลายและรุนแรงมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวได้เกิดขึ้นและเป็นปัญหาที่ร้ายแรงที่สุด

- เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุชาวเกาหลี ในปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลได้ตั้งแผนสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (Elderly Person's Welfare Division) โดยแยกออกจากการตั้งแผนสวัสดิการสังคมเพื่อครอบครัว

- กฎหมายชื่อ “Older People Employment Promotion Law” ได้ออกมาบังคับใช้ในปี ค.ศ. 1992 เพื่อเป็นมาตรการเพิ่มเติมในการปรับปรุงรายได้ของแรงงานสูงอายุ โดยให้ได้รับการจ้างอีกเพื่อรับประกันให้มีมาตรฐานการครองชีพขั้นพื้นฐาน

- ในปี ค.ศ. 1999 กฎหมายชื่อ “Livelihood Protection Law” ถูกจัดระบบใหม่ให้เป็นกฎหมายชื่อ “National Basic Livelihood Security Law” หรือ NBLS และบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2000 กฎหมายใหม่นี้ตั้งใจจะให้เป็นการรับประกันว่าชาวเกาหลีทุกคนจะมีมาตรฐานการครองชีพขั้นพื้นฐานและยอมรับในสิทธิของประชาชนว่าพึงได้รับมาตรฐานดังกล่าว และผู้สูงอายุชาวเกาหลีก็ได้รับประกันดังกล่าวด้วย

- แม้ว่าในปี ค.ศ. 1988 จะมีการก่อตั้งระบบเงินบำนาญผู้สูงอายุ (National Pension) ผู้ที่มีอายุถึงวัยที่จะได้รับบำนาญก็ไม่สามารถได้รับการประกัน และได้ประโยชน์จากระบบนี้ ซึ่งจะครบโครงการนี้ในปี ค.ศ. 2008 อันเป็นที่ผู้เข้าโครงการจ่ายเงินสมทบครบ 20 ปี ทันทีที่โครงการ National Pension (NP) เริ่มต้น ก็เกิดปัญหาการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมต่อผู้ที่ไม่สามารถได้รับการประกัน จึงมีการชดเชยให้โดยการตั้งหน่วยงานชื่อเงินเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ (Old Age Allowance หรือ OAA) โดยให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่รายได้ต่ำเพราะมีงบประมาณจำกัด ในแง่ OAA จึงเป็นเพียงความช่วยเหลือแก่ประชาชนอย่างหนึ่งที่ไม่ได้ครอบคลุมทุกคน โดยไม่คำนึงถึงสภาพทางเศรษฐกิจ ในปี ค.ศ. 1997 เงินเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุเปลี่ยนเป็นเงินบำนาญชื่อ Older – Respect Pension ซึ่งบริการให้แก่ผู้สูงอายุรายได้ต่ำและผู้ที่มีรายได้เหนือระดับความยากจน รวมทั้งผู้ที่มีรายได้ต่ำ 65 เปอร์เซ็นต์ของรายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวที่อยู่บ้านเดียวกันของคนทำงานในเมือง

ตาราง 19 สรุประยะเวลาและปี ค.ศ. ที่มีการออกกฎหมายและโครงการต่างๆ เพื่อผู้สูงอายุในเกาหลี

ระยะ	ปี ค.ศ.	กฎหมายและโครงการ
ก่อน 1960s	1916	ญี่ปุ่นได้เริ่มตั้งกองทุนชื่อ “Royal Japanese Relief Funds”
	1944	รัฐบาลญี่ปุ่นออกกฎหมายชื่อ “The Korean Relief Order” ผู้สูงอายุที่ยากจนได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลบ้าง
	1953	ออกกฎหมายชื่อ Labor Standard Law (โครงการตอบแทนประโยชน์ผู้เกษียณอายุ)
1960s	1960	Government Employee Pension Law (GEP) เงินบำนาญข้าราชการ
	1961	Livelihood Protection Law (ช่วยเหลือรายได้น้อยแก่ประชาชนทั่วไป)
	1963	Military Serviceman Pension Law *(MSP) เงินบำนาญสำหรับทหาร
1970s	1973	ออกกฎหมาย National Welfare Pension Law เงินบำนาญบำนาญสวัสดิการสังคมแห่งชาติ (แต่ยังไม่บังคับใช้จนกระทั่งปี 1998)
	1975	ออกกฎหมาย Private School Teacher Pension Law (PSTP) บำนาญสำหรับครูโรงเรียนเอกชน
	1977	Medical Insurance Law และมีโครงการประกันสุขภาพประชาชนทั่วไป
	1979	Medical Assistance Law และมีโครงการประกันสุขภาพเพื่อข้าราชการและครูโรงเรียนเอกชน และโครงการช่วยเหลือสุขภาพให้คนจน
1980s	1981	Elderly Welfare Law กฎหมายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
	1981	ก่อตั้งหน่วยงานสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ กองสวัสดิการครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม
	1986	National Pension Law (มาจาก National Welfare Pension Law)
	1988	บังคับใช้กฎหมาย National Pension Law
	1989	ทบทุน Elderly Welfare Law
		ประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกคน
1990 เป็นต้นมา	1990	ก่อตั้งแผนกสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (Elderly Person’s Welfare Division)
	1991	ตั้งหน่วยงาน Old Age Allowance (OAA) ให้บริการแก่ผู้สูงอายุรายได้น้อย
	1992	ออกกฎหมาย Old Worker Employment Promotion Law เพื่อส่งเสริมให้มีการจ้างงานแก่คนทำงานที่สูงอายุ
	1993	แก้ไขกฎหมาย Elderly Welfare Law
	1997	Elder – Respect Pension
	1998	แก้ไข National Pension Law
	1999	ตั้งหน่วยงานสุขภาพผู้สูงอายุ ในกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม
		ออกกฎหมาย National Health Insurance Law
		ออกกฎหมาย Basic Livelihood Security Law
	2000	บังคับใช้ National Basic Livelihood Security Law
		บังคับใช้ National Health Insurance Law

- ในปี ค.ศ. 1989 เมื่อมีการแก้ไขกฎหมายชื่อ Elderly Welfare Law จึงทำให้เกิดบริการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่บ้าน และในปี ค.ศ. 1993 เมื่อมีการแก้ไขกฎหมายนี้อีก ก็มีบริการดูแลผู้สูงอายุในตอนกลางวันและบริการระยะสั้น (ชั่วคราว) ในปี ค.ศ. 1994 เริ่มมีการทดลองส่งพยาบาลไปเยี่ยมบ้านตามที่ได้บัญญัติอยู่ในกฎหมายชื่อ Medical Service Law และ Community Health Law (ไม่ได้เป็นกฎหมายเฉพาะของผู้สูงอายุ) และได้ขยายการบริการไปยังศูนย์สาธารณสุขสุขทั้งหมด ตามกฎหมาย Community Health Law ในปี ค.ศ. 2000 อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้บริการการส่งพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้านส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุ

- ตั้งแต่ทศวรรษ 1990 แม้รัฐบาลจะยอมรับว่าการบริการสุขภาพชุมชนและการบริการด้านที่พักอาศัยมีความสำคัญ แต่ก็ไม่ได้ขยายขอบข่ายการบริการ ในระหว่างทศวรรษ 1990 สถานบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 5 เท่า ซึ่งแสดงว่ามีความต้องการบริการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่ก็เป็นเรื่องซึ่งว่ารัฐบาลยังคงเน้นในการให้บริการบ้านพักคนชรามากกว่าการบริการสุขภาพชุมชน

- ในปี ค.ศ. 1993 ซึ่งมีการแก้ไขกฎหมาย Elderly Welfare Law รัฐบาลได้ให้เงินอุดหนุนในการฝึกอาสาสมัครช่วยงานแก่องค์กรอาสาสมัครสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาการตอบสนองที่ไม่ทันทั่วถึงและเหมาะสมเพราะเป็นงานอาสาสมัคร

- ในตอนปลายทศวรรษ 1990 ทั้งประชาชนทั่วไปและรัฐบาลต่างก็เห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีการศึกษาระดับชาติ 2 ครั้ง แสดงให้เห็นว่ามีความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพิ่มขึ้น

- ในปี ค.ศ. 1998 เพื่อแก้ปัญหาในปี ค.ศ. 2000 รัฐบาลจึงตั้งคณะกรรมการเพื่อวางแผนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมขึ้น ในรายงานของคณะกรรมการครั้งแรก (ปี ค.ศ. 2001) ได้แนะนำให้ทำโครงการวิจัยขั้นพื้นฐานที่สำคัญบางอย่าง ดังนั้นรัฐบาลจึงวางแผนที่จะสำรวจเกี่ยวกับความต้องการที่แน่ชัดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในปี ค.ศ. 2001

โครงสร้างหน่วยงานรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

1. กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม เป็นผู้วางแผนโครงการประกันสังคมด้านการดูแลรายได้ ด้านบริการการแพทย์ และโครงการบริการทางสังคม สำนักงานระดับกรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม เป็นผู้ดูแลเกือบทุกด้านดังนี้

- สำนักงาน Bureau of Basic Livelihood Security รับผิดชอบการดูแลเงินรายได้ของผู้สูงอายุ
- สำนักงาน Pension and Health Insurance Bureau รับผิดชอบเรื่องการประกันเงินบำนาญ การดูแลสุขภาพการประกันสังคม และการช่วยเหลือประชากรทั่วไป
- สำนักงาน Bureau of Health and Welfare for Families รับผิดชอบด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

2. กระทรวง Government Administration and Home Affairs เป็นผู้ปฏิบัติตามแผนและดูแลเงินบำนาญของข้าราชการ นอกจาก 2 กระทรวงนี้แล้ว ยังมีกระทรวงอื่นๆ เกี่ยวข้องอีก เช่น
3. กระทรวงแรงงาน รับผิดชอบเรื่องการจ้างงานผู้สูงอายุในวัย 55 ถึง 64 ปี
4. กระทรวงกลาโหมรับผิดชอบเงินบำนาญของทหาร และองค์การทหารผ่านศึกดูแลเงินบำนาญของทหารผ่านศึก
5. กระทรวงศึกษาธิการดูแลเงินบำนาญครูโรงเรียนเอกชน
6. กระทรวงการก่อสร้างและการคมนาคม (Construction and Transportation) รับผิดชอบการบริการที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ

กิจกรรมและโครงการในแผนปฏิบัติการเพื่อผู้สูงอายุ

กิจกรรมและโครงการในแผนปฏิบัติการเพื่อผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ตามลักษณะของปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ คือการดูแลเรื่องรายได้ การดูแลสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และการบริการสังคม

1. ด้านการดูแลรายได้ ประกอบด้วย 5 โครงการใหญ่ ๆ คือ

- 1.1 เงินบำนาญทั่วไป
- 1.2 เงินบำนาญ elder – respect program
- 1.3 ความช่วยเหลือแก่ประชาชนทั่วไป
- 1.4 โครงการ The elder honor
- 1.5 โครงการสร้างรายได้

1-3 เป็นการดูแลรายได้ในรูปแบบตัวเงิน และ 4-5 เป็นโครงการช่วยเหลือสร้างรายได้

1.1 เงินบำนาญทั่วไป มีทั้งหมด 4 โครงการที่ประสงค์ให้เป็นโครงการที่ผู้รับประโยชน์จ่ายเงินสมทบ

1.1.1 เงินบำนาญข้าราชการ (Government Employee Pension หรือ GEP)

ได้รับการก่อตั้งในปี ค.ศ. 1960 และมีการแก้ไขอีกหลายครั้ง เนื่องจากเป็นโครงการเริ่มแรกที่ทำให้บำนาญข้าราชการ โครงการ GEP ได้รับเงินสมทบเท่าๆ กัน จากหน่วยงานราชการ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : Government Employees Pension Management Corporation

หลักเกณฑ์ : ผู้เกษียณอายุ ซึ่งจ่ายเงินสมทบ 20 ปีขึ้นไป ไม่ว่าจะเกษียณตอนอายุเท่าไร สามารถเลือกรับประโยชน์ทดแทนซึ่งมีแบบต่างๆ ดังนี้คือ รับบำนาญรายเดือน รับบำนาญเป็นเงินก้อนทีเดียว รับทั้งรายเดือนและรับเงินเป็นก้อนบางส่วน

แหล่งเงิน : จากรัฐบาลส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นและจากข้าราชการทำประกันเอง

โครงการนี้ให้ประโยชน์ทดแทนที่กว้างขวางกว่าโครงการ NP ที่ให้แก่คนที่อายุ 60 ปี ก่อนปี ค.ศ. 1996

1.1.2 เงินบำนาญทหาร (Military Serviceman Pension หรือ MSP)

โครงการเงินบำนาญทหาร (MSP) เริ่มในปี ค.ศ. 1963 ให้ประโยชน์ทดแทนมากกว่าโครงการ NP ที่จ่ายให้ผู้จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

แหล่งเงิน : จากทหารที่รับการประกันและจากรัฐบาล กระทรวงกลาโหมเป็นผู้รับผิดชอบโครงการนี้

1.1.3 เงินบำนาญครูโรงเรียนเอกชน (Private School Teachers Pension หรือ PSTP)

โครงการบำนาญครูโรงเรียนเอกชน (PSTP) เริ่มก่อตั้งปี ค.ศ. 1975 ครอบคลุมครูและลูกจ้างในโรงเรียนเอกชนทั้งหมด เป็นโครงการที่ให้ประโยชน์ทดแทนเหมือนกับผู้ที่อยู่ในโครงการ GEP ที่จ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

ผู้รับผิดชอบโครงการ คือ Private School Pension Management Corporation

แหล่งเงิน : ได้รับเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย (ครู โรงเรียน และรัฐบาล) ถ้าผู้รับการประกันเป็นครู ในกรณีที่ผู้รับการประกันเป็นลูกจ้าง ผู้ที่จ่ายเงินสมทบคือลูกจ้างและโรงเรียน

ทั้งสามโครงการเงินบำนาญที่เป็นโครงการเฉพาะกลุ่มอาชีพ (GEP, MSP และ PSPT) ตั้งขึ้นมาตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1960 ในปี ค.ศ. 1999 มีคนทำงานชาวเกาหลีจำนวน 1.3 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 6.2 ได้รับประโยชน์จากโครงการเงินบำนาญเฉพาะอาชีพ 3 โครงการนี้ และมีผู้สูงอายุชาวเกาหลีที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 187,000 คน หรือเท่ากับร้อยละ 2.8 ได้รับประโยชน์จากโครงการเหล่านี้

1.1.4 เงินบำนาญแห่งชาติ (National Pension หรือ NP)

ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1986 โดยกฎหมาย National Pension Act เป็นโครงการเงินบำนาญบำนาญผู้สูงอายุที่ครอบคลุมคนทำงานส่วนใหญ่ของประเทศ ครอบคลุมสถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงานเต็มเวลาดังแต่ 5 คนขึ้นไป และคนงานด้านการเกษตรและการประมงมาจนถึงเดือนมีนาคม ค.ศ.

1999 แต่ในปัจจุบัน NP ครอบคลุมคนงานทุกคนที่ไม่ได้รับการบริการจาก GEP, MSP และ PSPT เนื่องจากโครงการ NP เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1988 ผู้สูงอายุซึ่งปัจจุบันอายุ 60 ปีและมากกว่า ก็ไม่สามารถเป็นผู้รับประโยชน์จากเงินบำนาญบำนาญสูงอายุแบบธรรมดา ซึ่งต้องส่งเงินสมทบเป็นเวลา 20 ปี

และโครงการ NP ครอบคลุมผู้สูงอายุผู้พิการและผู้รอดชีวิต แต่นั้นผู้สูงอายุเป็นพิเศษในการมีสิทธิขอรับเงินบำนาญบำนาญผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : บริหารโดย National Pension Corporation ซึ่งเป็นหน่วยงานกึ่งราชการในกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม

หลักเกณฑ์ : คือผู้ขอรับบริการต้องส่งเงินสมทบต่อเนื่องกันมาเป็นเวลา 20 ปี และมีอายุครบ 60 ปี มีข้อยกเว้นบ้าง เช่น ผู้ที่ส่งเงินสมทบตั้งแต่ 10 – 19 ปี และอายุ 60 ปี มีสิทธิได้รับ reduced old age pension ผู้ที่ส่งเงินสมทบเป็นเวลา 10 ปีขึ้นไป มีอายุ 60 – 64 ปี และยังทำงานที่ได้ผลตอบแทนมีสิทธิได้รับ Incumbent old age pension และผู้ที่ส่งเงินสมทบเป็นเวลา 10 ปีขึ้นไป มีอายุ 55 – 59 ปี มีสิทธิได้รับ advanced old age pension

แหล่งเงิน : ก. จากผู้เข้าร่วมโครงการและที่เป็นคนทำงานทั่วไป และเงินที่นายจ้างจ่ายเพิ่ม

ข. จากผู้ประกอบการอาชีพอิสระซึ่งจะต้องจ่ายเงิน 2 เท่า คือ จ่ายในส่วนของนายจ้างด้วย

ค. จากเงินสมทบของผู้เข้าร่วมโครงการที่ทำงานเกี่ยวกับเกษตรกรรม และการประมง และเงินช่วยเหลือของรัฐบาล

สำหรับปี ค.ศ. 1999 คนงานเกาหลี 16 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 76.2 ต้องเข้าโครงการ NP และมีผู้สูงอายุ 160,000 คน หรือประมาณร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุชาวเกาหลีที่อายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้รับเงินบำนาญบำนาญผู้สูงอายุ

1.2 เงินบำนาญ elder – respect program (ERP)

โครงการ ERP จัดให้ผู้ที่ไม่ได้ประโยชน์จากโครงการ NP เพราะมีอายุ 60 ปี ที่ควรได้รับเงินบำนาญบำนาญแต่ไม่ได้รับ

หลักเกณฑ์ : ผู้มีสิทธิเข้าโครงการ ERP ควรเป็นผู้ที่ไม่ได้รับเงินบำนาญบำนาญจากโครงการอื่นๆ มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สมาชิกในบ้านมีเงินรายได้รวมกันต่ำกว่าร้อยละ 65 ของรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

แหล่งเงิน : รัฐบาลกลางจ่ายเงินสมทบ ร้อยละ 50 – 70 และรัฐบาลส่วนท้องถิ่นจ่ายสมทบร้อยละ 30 – 50 โครงการนี้ใช้วิธีการบริหารจัดการเช่นเดียวกับโครงการ NBLS (โครงการความช่วยเหลือแก่ประชาชนทั่วไป)

โครงการ ERP เป็นโครงการเงินบำเหน็จบำนาญที่ผู้รับประโยชน์ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ ผู้จ่ายคือรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ในปี ค.ศ. 1999 มีผู้สูงอายุ 660,000 คน ได้รับประโยชน์ทดแทนจากโครงการนี้ โครงการ ERP เป็นโครงการเดียวที่จัดให้ผู้ที่กำลังจะมีอายุ 65 ปีให้มีรายได้ที่พอเพียงโดยไม่ต้องตกอยู่ในความยากจนและต่ำต้อย

ในปี ค.ศ. 1999 โครงการที่จ่ายเป็นเงินได้จัดประโยชน์ทดแทนให้ 20 เปอร์เซ็นต์ของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละ 31.2 ของผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

1.3 Retirement Benefit Program

โครงการนี้เกิดจากกฎหมายชื่อ Labor Standard Law ที่ออกมาในปี ค.ศ.1953 เป็นโครงการที่สำคัญในการดูแลด้านรายได้ เพราะมีการกำหนดข้อบังคับให้สถานที่ทำงานทุกแห่งให้ทำตามกฎหมาย แม้ว่าจะไม่เข้มงวดนักก็ตาม กฎหมายได้กำหนดให้นายจ้างไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานราชการหรือเอกชนต้องจ่ายเงินเท่ากับเงินเดือน 1 เดือนในแต่ละปีเข้ากองทุน retirement benefit หากคนงานนั้นทำงานได้ครบ 1 ปีขึ้นไป ดังนั้นคนงานทุกคนที่ทำงานมากกว่า 1 ปี ก็มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากโครงการ Retirement Benefit (RB) ซึ่งบริหารจัดการโดยนายจ้างของแต่ละแห่ง และจ่ายให้เป็นเงินก้อนเมื่อคนงานออกจากงานเมื่ออายุครบเกษียณ ในปัจจุบันโครงการนี้เป็นแหล่งรายได้หลักของผู้เกษียณในประเทศเกาหลี เพราะเงินบำเหน็จบำนาญเพื่อประชาชนทุกคนยังไม่ได้ดำเนินการ

1.4 โครงการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนทั่วไป (Public Assistance Program)

โครงการ National Basic Livelihood Security Program (NBLS) เป็นโครงการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนทั่วไป มีจุดประสงค์ที่จะรับประกันชาวเกาหลีทุกคนให้มีมาตรฐานการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน โครงการนี้ตั้งขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1961 โดยกฎหมายชื่อ Livelihood Protection Act และได้รับการปรับปรุงในปี ค.ศ. 1999 โดยกฎหมายชื่อ National Basic Livelihood Security Law

หลักเกณฑ์ : ผู้สูงอายุที่มีสิทธิเข้าโครงการนี้จะต้องมีฐานะต่ำกว่าเกณฑ์ความยากจนและไม่มีผู้ใดสนับสนุนทางการเงินตามกฎหมาย ถ้าผู้สูงอายุคนใดมีผู้สนับสนุนทางการเงินตามกฎหมาย ผู้สูงอายุคนนั้นต้องเป็นผู้ที่ไม่สามารถทำงานได้ รัฐบาลมีสิทธิเรียกร้องค่าทดแทนจากผู้สนับสนุนทางการเงินแก่ผู้สูงอายุ (ซึ่งส่วนใหญ่คือ ลูก ๆ ที่เป็นผู้ใหญ่แล้ว) เพื่อที่จะนำมาชดเชยให้กับผู้สูงอายุที่ถูกปฏิเสธจากผู้สมควรเป็นผู้จ่ายเงินช่วยเหลือ ซึ่งอยู่ในฐานะที่มีเงินพอจะจ่ายให้ได้

โครงการ NBLS กำหนดให้มีการจัดประโยชน์ตอบแทนให้ผู้สูงอายุ 5 อย่าง คือ การมีมาตรฐานการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน การรักษาพยาบาล ที่อยู่อาศัย การพึ่งพาตนเอง และการฉาบฉวย

สำหรับปี ค.ศ. 1999 มีผู้สูงอายุที่มีวัยตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นร้อยละ 21.2 ของผู้รับประโยชน์ทดแทนจากโครงการ NBLs และเป็นร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในเกาหลีที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับประโยชน์ทดแทนจากโครงการ NBLs

1.5 โครงการ Senior Discount Program (SDP)

โครงการ SDP จัดให้ผู้สูงอายุได้ลดราคาตัวในการเดินทางที่จัดโดยรัฐบาล ค่าตัวในการเข้าชมสวนสาธารณะหรือพิพิธภัณฑ์ และเบี้ยเลี้ยงการเดินทาง โครงการนี้จัดให้แก่ทุกคนที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และรัฐบาลส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดสรรเงินให้ทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมเป็นผู้บริหารจัดการโดยผ่านทางรัฐบาลส่วนท้องถิ่น

1.6 โครงการ Employment Promotion Programs (EPP)

ในเกาหลีมีโครงการการสร้างงานให้ผู้สูงอายุ 5 ชนิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เกิดรายได้ โดยรัฐบาลกลาง (กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม) จ่ายเงินเพียงบางส่วนให้โครงการเหล่านี้ โดยมีหน่วยงานอาสาสมัครเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด

กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมเป็นผู้รับผิดชอบ 2 โครงการ คือ Elderly Employment Center (OEC) เป็นผู้ประสานระหว่างนายจ้างและผู้สูงอายุที่ต้องการทำงาน และ Elderly Workshop (EW) ช่วยจัดการประชุมปฏิบัติการให้ผู้สูงอายุได้มาทำงานร่วมกันและได้รับค่าตอบแทน

กระทรวงแรงงานรับผิดชอบ 3 โครงการคือ Older Worker's Bank, Older Worker's Job Selection และ Older Worker Employment Quota

กฎหมาย The Older Workers Employment Promotion Law บังคับใช้ภายใต้การบริหารงานของกระทรวงแรงงานในปี ค.ศ. 1992 กฎหมายนี้กำหนดให้ Older Worker's Bank ดำเนินการโดยเน้นบริการให้ผู้สูงอายุวัย 55 – 64 ปี เป็นพิเศษ ซึ่งคล้ายคลึงกับโครงการ Elderly Employment Center Program ของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม กฎหมายนี้ยังทำให้รัฐบาลต้องกำหนดลักษณะงานที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ และต้องสนับสนุนให้นายจ้างว่าจ้างผู้สูงอายุทำงานดังกล่าว (Older Worker's Selection) นอกจากนี้กฎหมายดังกล่าวยังแนะนำสถานที่ทำงานกว่า 300 แห่ง ให้จ้างผู้สูงอายุทำงาน จนทำให้คนงานสูงอายุมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 3 ของจำนวนคนงานทั้งหมด (Older Worker Employment Quota) แต่การบังคับใช้กฎหมายก็ไม่มีผลมากเท่าไร เพราะไม่ได้กำหนดข้อบังคับให้นายจ้างปฏิบัติ

2. ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัญหาค่ารักษาพยาบาลมาจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและความยุ่งยากในการให้และการรับบริการสุขภาพและสังคม ดังนั้นโครงการรักษาพยาบาลจึงแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. โปรแกรมที่มีการจ่ายเงินเพื่อค่ารักษาพยาบาล
2. โปรแกรมการบริการการรักษาพยาบาล

2.1 โปรแกรมที่มีการจ่ายเงินเพื่อค่ารักษาพยาบาล

มีโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ 2 ชนิด คือ โปรแกรมการประกันสุขภาพ (Medical Insurance-MI) และความช่วยเหลือด้านการแพทย์ (Medical Assistance- MA)

2.1.1 โปรแกรมการประกันสุขภาพ

มีโปรแกรมการประกันสุขภาพ 2 ชนิด คือ การประกันสุขภาพ (MI) สำหรับประชาชนโดยทั่วไป อีกชนิดหนึ่งคือการประกันสุขภาพสำหรับข้าราชการและครูโรงเรียนเอกชน (GEPSTMI)

โครงการประกันสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป (MI) เกิดขึ้นโดยกฎหมายชื่อ Medical Insurance Law ที่ออกในปี ค.ศ. 1976 และบังคับใช้ในปี ค.ศ. 1977 โครงการนี้ครอบคลุมชาวเกาหลีทุกคนซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ ยกเว้นอยู่ในโครงการ GEPSTMI และโครงการ Medical Assistance (ความช่วยเหลือด้านการแพทย์แก่ประชาชนทั่วไป)

ผู้รับประกันตามโครงการ MI แบ่งออกเป็น 3 พวก คือ

1. ลูกจ้าง
2. ผู้ประกอบอาชีพอิสระและผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง
3. ผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท

โครงการ MI และโครงการ GEPSTMI ขยายให้ครอบคลุมชาวเกาหลีทุกคนยกเว้นผู้ที่ร่วมโครงการ Medical Assistance มาจนถึงปี ค.ศ. 1989 โครงการทั้งสองกำหนดตาม “ระบบสังคม” คือ ทั้งลูกจ้างและนายจ้างต่างจ่ายเงินสมทบ (ในกรณีที่ผู้รับประกันเป็นลูกจ้าง) ผู้ประกอบอาชีพอิสระ ผู้อาศัยในชุมชนเมือง ในชนบท และรัฐบาลกรณีที่ไม่มีลูกจ้างต่างก็เป็นผู้จ่ายเงินสมทบ

ในตอนแรกที่มีโครงการการประกันสุขภาพ มีปัญหาด้านการเงินในกลุ่มผู้รับประกันบางกลุ่ม (โดยเฉพาะผู้ประกอบอาชีพอิสระ ชาวชุมชนเมือง และชาวชนบท) เป็นปัญหาการบริหารจัดการและการที่ผู้เข้าร่วมโครงการจ่ายเงินสมทบช้า การแก้ปัญหาวิธีหนึ่งคือการรวมโครงการต่างๆ เข้าด้วยกัน การรวมโครงการแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกเป็นการรวมกลุ่มยกเว้นพวกลูกจ้างซึ่งก็ทำสำเร็จ

ในเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 1998 โดยทำตามกฎหมายชื่อ National Medical Insurance Law ที่ออกในปี ค.ศ. 1997 ขั้นตอนที่สองคือ การรวมโครงการ National Medical Insurance กับโครงการ MI (ที่มีพวกลูกจ้างอยู่ด้วย) โดยทำตามกฎหมายที่ชื่อ National Health Insurance Law ซึ่งออกมาในปี ค.ศ. 1997 และเสร็จสิ้นสมบูรณ์ในเดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 2000 ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีระบบการประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียวเท่านั้น คือ โครงการ “National Health Insurance (NHI)”

ผู้ที่มีสิทธิเข้าโครงการ NHI ต้องเป็นผู้รับการประกันหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ต้องพึ่งพาผู้รับการประกัน โครงการ NHI จ่ายให้เป็นการวินิจฉัยโรค ค่ารักษาผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การผ่าตัด การดูแล ค่ายา และค่าเดินทางไปรักษา สำหรับผู้สูงอายุโครงการ MI จะครอบคลุมทุกอย่างยกเว้น ค่าแว่น ค่าเครื่องช่วยฟัง ค่าฟันปลอม และค่าทำฟันปลอม โครงการ NHI จ่ายให้ร้อยละ 50 – 70 ถ้าเป็นคนไข้นอก และร้อยละ 80 ถ้าเป็นคนไข้ใน ผู้ป่วยจะจ่ายค่ารักษาเองตั้งแต่ร้อยละ 20 ขึ้นไป

พวกลูกจ้างจะจ่ายเงินสมทบเท่าๆ กับนายจ้างให้แก่โครงการ NHI พวกที่เป็นผู้มีอาชีพอิสระและชาวชนบทจะจ่ายโดยผู้รับการประกันและรัฐบาลในจำนวนเงินเท่าๆ กัน โครงการ NHI บริหารจัดการโดย National Health Insurance Corporation ซึ่งมีสาขาทั่วประเทศ

2.1.2 Medical Assistance Program

โครงการ Medical Assistance (MA) ครอบคลุมให้ผู้รับประโยชน์จากโครงการ National Basic Livelihood Security (NBLS) รวมถึงทหารผ่านศึก คนทำงานเพื่ออนุรักษ์มรดกทางวัฒนธรรม และผู้ได้รับภัยพิบัติต่างๆ

โครงการ MA จ่ายประโยชน์ทดแทนเช่นเดียวกับโครงการ MI แต่เงินที่จ่ายขึ้นอยู่กับสถานะของผู้รับประกันและระบบการรักษาพยาบาลขั้นต้นหรือขั้นรอง ผู้รับจะได้เงินน้อยลง หากเป็นผู้ได้รับเงินทดแทนช่วยในด้านการพึ่งพาตนเองจากโครงการ NBLS อยู่แล้ว ถ้าไม่มีเงินจ่ายรัฐจะให้กู้เงิน โดยไม่ต้องจ่ายดอกเบี้ย มีกำหนดการจ่ายเงินตั้งแต่ 1 ถึง 3 ปี โครงการนี้ได้เงินมากจากการจ่ายเงินสมทบจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น และเงินค่ารักษาพยาบาลที่ผู้รับประโยชน์จ่ายเอง ผู้บริหารโครงการนี้คือ รัฐบาลท้องถิ่น ในปี ค.ศ. 1999 โครงการ MA ให้บริการร้อยละ 5 ของชาวเกาหลีทั้งหมด และร้อยละ 14.9 ของผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (Ministry of Health and Welfare, 2000)

2.2 โครงการบริการด้านการรักษาพยาบาล (Health Care Services Programs)

มีโครงการบริการด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุ 4 อย่างคือ

1. การตรวจสุขภาพ
2. การดูแลรักษาในบ้านพักคนชรา
3. โรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ
4. โครงการส่งพยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน

2.2.1 โครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ

โครงการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ (Elderly Health Examination หรือ EHE) ก่อตั้งขึ้นปี ค.ศ. 1981 โดยกฎหมายที่ชื่อ Elderly Welfare Law เพื่อเป็นการวินิจฉัยโรคและการป้องกันไม่ให้เกิดโรค ดังนั้นจนกระทั่งถึงบัดนี้ โครงการนี้จะจัดให้เฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ผู้สูงอายุฐานปานกลางและฐานะดีมักจะได้รับการประกันภายใต้โครงการ National Health Insurance และจะได้รับการตรวจสุขภาพทุก 2 ปี

2.2.2 โครงการดูแลรักษาในบ้านพักคนชรา

เป็นการบริการให้กับผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว กฎหมาย Elderly Welfare Law ที่ออกมาในปี ค.ศ. 1997 ทำให้สถานพยาบาลแบ่งออกเป็น 5 ชนิด ตามระบบการจ่ายเงินและลักษณะของโรค คือ สถานพยาบาลที่ไม่เก็บเงิน ที่เก็บค่าบริการน้อย ที่เก็บค่าบริการเต็มที่ สถานพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะที่ไม่เก็บเงิน และสถานพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะที่เก็บเงินเต็ม

ใน ปี ค.ศ. 1999 มีสถานพยาบาลทั้งหมด 86 แห่ง ไม่เก็บเงิน 69 แห่ง เก็บค่าบริการน้อย 4 แห่งเชี่ยวชาญเฉพาะที่ไม่เก็บเงิน 20 แห่ง และ 1 แห่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะที่เก็บเงินเต็ม การแก้ไขกฎหมาย Elderly Welfare Law ปี ค.ศ. 1993 อนุญาตให้หน่วยงานที่ทำกำไรและไม่ทำกำไรดำเนินงานสถานพยาบาลที่เก็บเงินเต็ม แต่ในปัจจุบันสถานพยาบาลทั้งหมดดำเนินการโดยองค์กรที่ไม่ทำกำไร การประกันสุขภาพจะไม่จ่ายเงินให้ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

2.2.3 โรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุมีกำหนดไว้ในการแก้ไขกฎหมาย Elderly Welfare ที่ออกในปี ค.ศ. 1997 ตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมต้องรับรองโรงพยาบาลชนิดนี้ ในปี ค.ศ. 1999 มีโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ 7 แห่ง

2.2.4 โครงการส่งพยาบาลไปเยี่ยมดูแลที่บ้าน

การส่งพยาบาลไปเยี่ยมดูแลที่บ้านไม่ได้กำหนดไว้ในกฎหมาย Elderly Welfare Law แต่กำหนดไว้ในกฎหมาย Community Health Law และ Medical Services Law บริการทั้งหลายดังกล่าวถือเป็นบริการหลักด้านสุขภาพเพื่อชุมชน หน่วยงานที่ให้บริการ คือ โรงพยาบาลต่างๆ ศูนย์สาธารณสุขชุมชน สมาคมพยาบาลแห่งชาติเกาหลี ศูนย์สวัสดิการสังคมของญี่ปุ่น อย่างไรก็ตาม ผู้มีบทบาทในการบริการมาก คือโรงพยาบาลและศูนย์สาธารณสุขชุมชน การส่งพยาบาลจากโรงพยาบาลไปเยี่ยมดูแลที่บ้านเริ่มต้นในปี ค.ศ. 1994 และจากศูนย์สาธารณสุขชุมชนเริ่มในปี ค.ศ. 1991 สมาคมพยาบาลแห่งชาติเกาหลีเริ่มการบริการในปี ค.ศ. 1993 และศูนย์สวัสดิการสังคมของชุมชนเริ่มในปี ค.ศ. 1992 ตามข้อมูลสถิติผู้สูงอายุที่มีวัยตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ (Whang et al., 1999)

3. ด้านที่พักอาศัย

นโยบายด้านที่พักอาศัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามจุดประสงค์ของนโยบาย คือ นโยบายเพื่อชุมชน และนโยบายเพื่อผู้อยู่ในบ้านพักคนชรา

ในการแก้ไขกฎหมาย Elderly Welfare Law ในปี ค.ศ. 1997 ได้มีการแบ่งการบริการด้านที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุเป็น 4 แบบ คือ

1. การบริการสวัสดิการด้านที่พัก
2. การบริการสวัสดิการด้านสุขภาพ
3. การบริการด้านสันติภาพ
4. การบริการที่พักอาศัยหรือการบริการชุมชน

การบริการด้านที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุแบ่งย่อยเป็น 5 ชนิดคือ

1. ที่พักรวมที่ไม่ต้องจ่ายเงิน
2. ที่พักรวมที่ต้องจ่ายค่าบริการน้อย
3. ที่พักรวมที่ต้องจ่ายค่าบริการเต็ม
4. การจัดหาบ้านที่จ่ายค่าบริการน้อย
5. การจัดหาบ้านที่จ่ายค่าบริการเต็ม

สถานที่ที่บริการให้แก่ผู้สูงอายุแบ่งย่อยออกเป็น 6 แบบคือ

1. สถานพยาบาลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ
2. สถานพยาบาลที่จ่ายค่าบริการน้อย
3. สถานพยาบาลที่จ่ายค่าบริการเต็ม
4. สถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ
5. สถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะที่จ่ายค่าบริการเต็ม
6. โรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ

3.1 นโยบายด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน แม้ว่าจะมีความต้องการเพิ่มขึ้น ซึ่งมีเหตุผลหลายประการ

ประการแรก มาจนถึงบัดนี้การขาดแคลนด้านที่พักอาศัยมีความรุนแรงมากขึ้นจนแทบจะไม่พอ การกำหนดโดยกฎหมาย Elderly Welfare Law ให้รัฐหรือส่วนราชการระดับท้องถิ่นต้องสร้างที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุก็ไม่ชัดเจนว่าเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาล ดังนั้นเกือบจะไม่มีการจัดบริการด้านที่พักอาศัย เนื่องจากนโยบายสวัสดิการด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุเน้นการดูแลในบ้านพักคนชรา รัฐบาลจึงไม่เอาใจใส่ต่อปัญหาด้านที่อยู่ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

กฎหมาย Elderly Welfare กำหนดให้มีการจัดที่พักรวมให้ผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไป ในรูปแบบของการจ่ายค่าบริการต่ำ และการจ่ายค่าบริการเต็มที่ รัฐบาลออกเงินช่วยในการสร้างที่พักอาศัยค่าบริการต่ำ และให้เช่าแก่ผู้ที่มีรายได้อยู่ในระหว่างเกณฑ์ความยากจนและมีรายได้ระดับกลาง การจัดที่พักโดยจ่ายค่าบริการเต็มที่จัดได้ทั้งในรูปแบบของการไม่ทำกำไรและทำกำไร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนผู้เกษียณอายุ (ในเกาหลีเรียกรวมชุมชนผู้เกษียณอายุว่า “เมืองเงิน” หรือ Silver Town)

การจัดที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุตามกฎหมาย Elderly Welfare Law ไม่ได้คำนึงถึงผู้สูงอายุที่เป็นชนชั้นกลางและชั้นสูงเลย แม้ว่าพวกนี้จะเป็นกลุ่มที่มีเงินพอจะซื้อหรือเช่าบ้านได้ และก็ไม่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน รัฐบาลไม่ได้ใส่ใจมากนักเกี่ยวกับการจัดที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุ

3.2 นโยบายด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

เมื่อพิจารณาในเรื่องการบริการด้านที่อยู่อาศัย กฎหมาย Elderly Welfare Law ได้กำหนดคำจำกัดความสองอย่าง คือการบริการด้านที่อยู่อาศัยและการบริการด้านการดูแลสุขภาพ การแก้ไขกฎหมายนี้ในปี ค.ศ. 1997 ก็มีรายละเอียดเกี่ยวกับชนิดของการให้บริการเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้กำหนดการบริการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นชนชั้นกลางและชั้นสูงผู้ซึ่งมีเงินพอจ่ายเป็นค่าที่อยู่ได้

นโยบายด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในเกาหลีเป็นที่รู้จักกัน แม้ไม่กำหนดไว้โดยตรงว่าเกี่ยวข้องกับสองเรื่อง คือ การบริการด้านที่อยู่อาศัยและการบริการด้านการดูแลสุขภาพ นโยบายได้มุ่งเน้นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรามากกว่าผู้ที่อยู่ในชุมชน อัตราส่วนจำนวนบ้านพักยังมีน้อยเพียงแค่อ้อยละ 0.3 ในรอบ 10 ที่ผ่านมามาخذบ้านพักคนชราเพิ่มขึ้นอย่างสังเกตได้ และจำนวนบ้านพักคนชราก็เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า

ภาพลักษณ์ของบ้านพักคนชรายังเป็นภาพลบเนื่องจากการบริการที่มีคุณภาพต่ำ ในบ้านพักที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล ภาพลักษณ์เชิงลบเป็นอุปสรรคในการบริการด้านบ้านพัก ไม่ว่าจะเป็นชนิดท่าเรือ ไม่ท่าเรือ ไม่คิดค่าบริการ หรือคิดค่าบริการ

4. ด้านการบริการสังคม

การบริการสังคม หมายถึง “โครงการที่ป้องกันและรักษาไว้ซึ่งชีวิตครอบครัว” ช่วยให้แต่ละคนแก้ปัญหาภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัวได้ ส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการและการเข้าถึงการให้บริการโดยผ่านทางข้อมูลข้อมูลข่าวสาร การแนะแนว การออกความเห็น และความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมหลายอย่าง

ตามที่มีการแก้ไขกฎหมาย Elderly Welfare ได้มีการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 2 อย่าง คือ การบริการด้านสันติภาพ และการบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การบริการด้านสันติภาพให้ผู้สูงอายุ คือ

1. ศูนย์
2. สโมสร
3. โรงเรียน
4. ที่พักตากอากาศ

การบริการการดูแลผู้สูงอายุที่ชุมชน คือ

1. หน่วยงานจัดหาคนดูแลให้ที่บ้าน
2. การดูแลในเวลากลางวัน
3. การดูแลระยะสั้น

การบริการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเริ่มได้รับความสนใจจากประชาชนทั่วไป และความต้องการการบริการก็เพิ่มขึ้นตามปรากฏการณ์ที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

นอกจากโครงการเหล่านี้ยังมีโครงการคณะกรรมการผู้นำชุมชนอาสาสมัคร และโครงการส่งพยาบาลไปเยี่ยมดูแลที่บ้าน

4.1 โครงการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้นำชุมชนอาสาสมัคร

ผู้สูงอายุที่อาสาสมัครทำงานให้ชุมชน เช่น ให้ข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับโครงการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เฝ้าระวังและควบคุมการจราจร เฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม ศึกษาด้านวัฒนธรรมดั้งเดิม รักษาทรัพย์สินทางวัฒนธรรม ฯลฯ สามารถร้องขอให้ผู้บริหารของรัฐบาลท้องถิ่นแต่งตั้งเป็นผู้นำชุมชนได้

4.2 โครงการศูนย์ผู้สูงอายุ (Senior Center Program)

ศูนย์ผู้สูงอายุจัดให้มีการบริการด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงขึ้น การศึกษา ผู้ใหญ่ สันทนาการ การให้คำปรึกษา ข่าวสารข้อมูลและการแนะแนว และการบริการด้านอื่นๆ ศูนย์เหล่านี้ตั้งขึ้นโดยความช่วยเหลือจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น ในปี ค.ศ. 1999 มีศูนย์สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุแบบนี้ 101 แห่ง มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมาใช้บริการประมาณ 330,000 คน (Choi. 2001)

4.3 โครงการสโมสรผู้สูงอายุ (Senior Club House Program)

สโมสรผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นจากการบริจาคเงินโดยสมัครใจของคนในท้องถิ่น เป็นการบริการที่มีผู้สูงอายุมาใช้ประโยชน์มากที่สุดทั้งในเมืองและในชนบท ผู้สูงอายุในเกาหลีจะมาใช้เวลาว่างที่สโมสรเหล่านี้เพื่อทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือพิมพ์ เล่นไพ่หรือเล่นหมากรุกเป็นประจำทุกวัน อย่างไรก็ตามการให้บริการเป็นไปอย่างไม่มีรูปแบบและทำกันสบายๆ ในปี ค.ศ. 1999 มีสโมสรมากกว่า 38,000 แห่ง โดยมีสมาชิกที่เป็นเศษหนึ่งส่วนสามของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

4.4 โครงการโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุ (Senior School Program)

ตั้งขึ้นโดยองค์กรอาสาสมัครและศูนย์สวัสดิการสังคมเพื่อชุมชน เพื่อที่จะส่งเสริมโครงการด้านวัฒนธรรม การศึกษา และสันทนาการให้ผู้สูงอายุ เป็นการบริการที่มีผู้สูงอายุชาวเกาหลีมาใช้มากเป็นลำดับสอง ในปี ค.ศ. 1999 มีโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุมากกว่า 500 แห่ง ที่ขึ้นทะเบียนไว้ที่กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยมีผู้สูงอายุเข้าเรียน 113,000 คน นอกจากนี้ ยังมีโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุอีกมากกว่า 1,000 แห่ง ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับรัฐบาล งบประมาณที่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลมีน้อยมาก อีกทั้งมหาวิทยาลัยบางแห่งยังเปิดชั้นเรียนแบบตลอดชีวิตให้ผู้สูงอายุที่เกษียณแล้ว โครงการเหล่านี้เป็นที่นิยมมากจนถึงสถาบันอุดมศึกษามากมายวางแผนที่จะเปิดชั้นเรียนให้ผู้สูงอายุด้วย

4.5 โครงการบริการที่พักตากอากาศสำหรับผู้สูงอายุ (Senior Resort Facility Program)

โครงการนี้จัดเป็นการบริการด้านสถานที่พักผ่อนและสันทนาการ เก็บค่าบริการแพง และจำนวนที่พักตากอากาศก็น้อย ในปี ค.ศ. 1999 มีที่พักตากอากาศแบบนี้ 6 แห่ง ในแต่ละเดือนมีผู้สูงอายุมาใช้บริการประมาณ 5,000 คน โดยเฉลี่ย

4.6 โครงการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน (Home Help Program)

โครงการนี้เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1987 โดยหน่วยงานอาสาสมัครที่เป็นเครือข่ายขององค์กรบริการสังคมของสหราชอาณาจักรที่ชื่อ Help Age International เป็นโครงการให้ความช่วยเหลือที่บ้านไม่เก็บค่าบริการ โดยจัดให้เฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์ทดแทนจากโครงการ NBS จัดให้โดยเหล่าอาสาสมัครภายใต้การดูแลของหน่วยงานที่ให้บริการ

ลักษณะการให้บริการนั้นรวมถึงการให้ความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตที่บ้าน (การไปซื้อของกินของใช้ การทำความสะอาดบ้าน ฯลฯ) การให้คำปรึกษาและให้ความรู้ การแนะนำเรื่องการใช้ชีวิตในบ้าน การฝึกกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่พิการและแก่ผู้ดูแลผู้พิการ ฯลฯ และการจัดหาผู้สนับสนุนด้านการเงิน และหรือการให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์แก่ผู้สูงอายุที่สุขภาพอ่อนแอ ฯลฯ ในปี ค.ศ. 1999 มีอาสาสมัครช่วยงานให้บริการความช่วยเหลือที่บ้านอย่างกระฉับกระเฉงจำนวน 35,000 คน จากหน่วยงานอาสาสมัคร 552 แห่ง ซึ่งได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากรัฐบาลในการรับสมัคร การฝึก และการดูแลผู้ทำงานอาสาสมัคร บริการนี้ให้เฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและไม่เก็บค่าบริการ เนื่องจากเป็นการทำงานของอาสาสมัคร จึงมีหลายกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถได้รับการบริการที่เหมาะสมในยามต้องการ

4.7 โครงการดูแลผู้สูงอายุในตอนกลางวัน (Adult Day Care Program)

เป็นการบริการที่จัดให้ผู้มีรายได้น้อยเป็นส่วนใหญ่โดยเก็บเงินเพียงเล็กน้อย ในปี ค.ศ. 1999 มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุตอนกลางวัน 37 แห่ง เปิดทำการ และก็อาจจะมีการเปิดศูนย์บริการเช่นนี้เพิ่มขึ้นเนื่องจากการบริการให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยยังไม่พอเพียง ผู้สูงอายุที่เป็นชนชั้นกลางจึงยังไม่ได้รับบริการนี้

4.8 โครงการการดูแลและให้ที่พักระยะสั้น (Short – Stay Care Program)

เป็นโครงการจัดที่พักระยะสั้น (2 – 45 วัน) ให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อรับการดูแลในสถานพยาบาล มีทั้งหมด 19 แห่ง ผู้รับบริการเป็นผู้จ่ายค่าบริการ ชาวเกาหลีเองก็ไม่คุ้นเคยกับบริการแบบนี้เหมือนกัน แต่ก็มีความต้องการการบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีผู้สูงอายุและครอบครัวเข้าใจความจำเป็นของโครงการนี้มากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลงลืม (dementia) ส่วนมากโครงการนี้ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาล มักจัดให้เฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เป็นการบริการที่ต้องจ่ายเงินค่าบริการแต่ก็ยังจัดได้ไม่ดี

4.9 โครงการส่งอาหารถึงบ้าน (Meal Delivery Program)

โครงการนี้ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2000 มีจุดประสงค์เพื่อจัดบริการส่งอาหารกลางวันฟรีให้ผู้สูงอายุที่ยากจนและมีรายได้ต่ำ เป็นผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมประจำวัน (ADL) และเป็นผู้ที่รับประโยชน์จากโครงการ elder – respect pension โดยอาสาสมัครจากองค์กรทางศาสนา รัฐบาลกลาง และรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้ช่วยเหลือด้านการเงิน

ลักษณะของนโยบายสำหรับผู้สูงอายุในเกาหลี

ลักษณะของนโยบายสำหรับผู้สูงอายุในเกาหลีสามารถวิเคราะห์ได้โดยอาศัยแนวคิด 2 แนวคิด ดังนี้ คือ

1. อาศัยพื้นฐานทางปรัชญาวิเคราะห์ลักษณะนโยบาย (Philosophical Bases of Policy) เช่น ทางเลือกต่างๆ ข้อสรุป ทฤษฎี หรือค่านิยมสังคม
2. อาศัยมิติทางโครงสร้าง 4 อย่าง คือหลักในการดำเนินงาน ลักษณะของประโยชน์ทดแทน การเงิน และระบบส่งมอบบริการ

1. พื้นฐานทางปรัชญาของนโยบาย

1.1 แนวคิดในการใช้พัฒนาเศรษฐกิจนำการพัฒนาสังคม (Perspective of Economic-Growth-then-Distribution) ประเทศเกาหลีเริ่มใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจมาตั้งแต่ทศวรรษ 1960 ซึ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นหลัก ผู้มีอำนาจงานนโยบายของรัฐบาลสนับสนุนแนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจนำการพัฒนาสังคม และไม่เห็นว่าปัญหาผู้สูงอายุสำคัญและร้ายแรง ปัญหาผู้สูงอายุจึงถูกละเลย

1.2 ค่านิยมความกตัญญูของบุตรที่มีต่อบิดามารดา ในการกำหนดนโยบายสังคมสำหรับผู้สูงอายุในเกาหลียังคงยึดถือค่านิยมดั้งเดิมในการที่บุคคลกตัญญูต่อพ่อแม่ ซึ่งเน้นให้บุตรช่วยเหลือการเงินและดูแลพ่อแม่ การที่รัฐจัดสวัสดิการสังคมให้ผู้สูงอายุ ก็ยึดหลักค่านิยมนี้คือเพื่อตอบแทนบทบาทของผู้สูงอายุที่เคยจ่ายเงินสมทบให้สังคมหรือรัฐ

แนวคิดความกตัญญูของชาวเกาหลีมาจากแนวคิดที่ว่า มนุษย์คือการดำรงอยู่ของประวัติศาสตร์ เป็นการเชื่อมต่อระหว่างอดีตและอนาคต และมนุษย์ก็เป็นผู้เชื่อมต่อระหว่างบรรพบุรุษและทายาท นอกจากการบูชาบรรพบุรุษแล้ว แนวคิดที่ว่ามนุษย์คือการดำรงอยู่ของประวัติศาสตร์ ทำให้ความรู้สึกถึงค่านิยมความกตัญญูนี้เป็นเหมือนความรู้สึกทางศาสนา

แนวคิดนี้ทำให้ความรับผิดชอบของรัฐที่จะจัดสวัสดิการสังคมให้ผู้สูงอายุลดน้อยลงและจัดให้ไม่พอเพียง

1.3 แนวคิดในการพัฒนาตัวรับและค่อยเป็นค่อยไป โครงการสวัสดิการสังคมในประเทศเกาหลีนั้นมีขึ้นเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว เป็นโครงการระยะสั้น ไม่มีการพิจารณาถึงการดำเนินการในระยะกลางและระยะยาว และไม่มีแนวคิดในเชิงป้องกัน หรือมีการวางแผนระยะยาว

1.4 แนวคิดเรื่องชราภาพ ประเทศเกาหลียังคงมีอคติเกี่ยวกับความชรา ยังคงมีความคิดในเชิงลบว่าผู้สูงอายุอ่อนแอทั้งร่างกายและจิตใจ และประสิทธิภาพของผู้สูงอายุจะลดลงไปพร้อมกับความชรา อคติเช่นนี้แพร่หลายไปทั่ว และดูเหมือนจะเป็นส่วนหนึ่งของพื้นฐานทางปรัชญาที่มีผลในเชิงลบต่อนโยบายเกี่ยวกับการเกษียณและการสร้างงานให้ผู้สูงอายุ

2. มิติทางโครงสร้างของนโยบาย

2.1 หลักการในการดำเนินงาน : เกณฑ์ในการมีสิทธิ

2.1.1 แนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมเท่าที่มีเงินเหลือ

รัฐบาลเกาหลีมีมาตรการในการจัดสรรสวัสดิการสังคมโดยเน้นเฉพาะคนจนหรือกลุ่มรายได้ต่ำ โดยจัดให้เท่าที่มีเงินเหลือ โดยกฎหมาย NBLSL ได้กำหนดว่าคนเกษียณทั้งหมดที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ยากจนจะได้รับการประกันว่าจะมีมาตรฐานการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน

2.1.2 การไม่คำนึงถึงสภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน

จะเห็นได้จากโครงการ National Pension ซึ่งครอบคลุมร้อยละ 90 ของคนงานเกาหลีมิได้คำนึงถึงผู้เกษียณอายุที่เพิ่งได้รับบำนาญบำนาญ เพราะโครงการนี้เพิ่งเริ่มในปี ค.ศ. 1988 ผู้ที่มีสิทธิจะได้รับประโยชน์ต้องส่งเงินสมทบครบ 20 ปี ดังนั้นผู้ที่มีอายุ 60 ปีในปัจจุบันจะไม่ได้ แม้จะมีโครงการชดเชย แต่เงินก็น้อยมาก และนโยบายการสร้างงานใหม่ให้ผู้สูงอายุก็ไม่ชัดเจนในข้อกฎหมาย ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือกิจกรรมอาสาสมัครใดๆ

2.1.3 ประโยชน์ชดเชยที่ครอบคลุมคนได้น้อย

ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีผู้สูงอายุต้องดูแล จะมีภาระมากในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในการดูแลระยะยาว เพราะไม่มีประกันสุขภาพให้ในเรื่องนี้ ยังไม่มีกฎหมายบังคับใช้เรื่องการส่งพยาบาลไปดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และนโยบายด้านที่พักอาศัยก็ไม่ได้มีแนวคิดทางนโยบายสังคมมาพิจารณา

2.1.4 การเน้นการให้บริการบ้านพักคนชรา

โครงการบ้านพักคนชรายังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างดี นโยบายรัฐเน้นการบริการบ้านพักคนชรามากกว่าการดูแลสุขภาพชุมชน นโยบายของรัฐมุ่งเน้นให้ประโยชน์ทดแทนของสวัสดิการสังคมแก่บุคคลที่มีปัญหาครอบครัวแล้ว แทนที่จะจัดให้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเพื่อสร้างเสริมให้หน้าที่ของครอบครัวแข็งแรง นโยบายเช่นนี้มีผลทำให้คนต้องการบ้านพักคนชรามากขึ้น

2.2 การเงิน

2.2.1 รัฐบาลแคลงงบประมาณรายจ่ายด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณสำหรับสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุน้อยมาก เมื่อเทียบกับรายได้ผลิตภัณฑ์มวลรวม กล่าวคืองบประมาณสวัสดิการสังคมน้อยกว่า 1 เปอร์เซ็นต์ของรายได้ผลิตภัณฑ์มวลรวม และงบประมาณของสวัสดิการผู้สูงอายุก็น้อยกว่าร้อยละ 5 ของงบประมาณสวัสดิการสังคม เมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วจะพบว่าของประเทศเกาหลีต่ำกว่ามาก

2.2.2 การขาดการอุดหนุนจากชุมชน

หน่วยงานอาสาสมัครเพื่อบริการสวัสดิการสังคมจะได้รับเงินสนับสนุนอย่างมากจากรัฐบาล แต่ยังไม่เพียงพอที่จะให้บริการที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานอาสาสมัครจึงต้องการเงินทุนอุดหนุนที่เพียงพอและมั่นคงจากสาธารณชนทั่วไป แม้จะมีกฎหมายในเรื่องนี้ แต่โครงสร้างการบริหารของหน่วยงานจัดหาทุนยังไม่ดีพอ สังคมยังขาดการสนใจให้บริจาคเงินโดยเต็มใจ และการใช้เงินบริจาคมาหักภาษียังอยู่ในอัตราต่ำ ดังนั้นหน่วยงานเหล่านี้อาจจะต้องพึ่งเงินอุดหนุนจากรัฐบาลอย่างมากไปอีกนานในอนาคต

2.2.3 การบริการที่ด้อยพัฒนาสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นชนชั้นกลางและชั้นสูง

นโยบายในด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมักจะมุ่งเฉพาะผู้มีรายได้น้อย มีโครงการสวัสดิการสังคมน้อยมากที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นชนชั้นกลางและสูง

2.3 ระบบส่งมอบบริการ

2.3.1 ระบบส่งต่อสวัสดิการสังคม

ให้ประชาชนทั่วไปรวมถึงผู้สูงอายุเป็นนโยบายของกระทรวง สาธารณสุขและสวัสดิการสังคม แต่นำไปปฏิบัติภายใต้กระทรวง Government Administration and Home Affair

2.3.2 การขาดกำลังคนที่มีคุณภาพ

สาเหตุจากการขาดกำลังคนและการฝึกอบรมความรู้และทักษะในการให้บริการสวัสดิการสังคมโดยทั่วไป โดยเฉพาะในศาสตร์เกี่ยวกับชราภาพ(Gerontology) การบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุทั้งจากหน่วยงานของรัฐและเอกชนมีคุณภาพต่ำ

2.3.3 องค์การอาสาสมัครขาดอิสระในการทำงาน

เนื่องจากองค์การอาสาสมัครได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การทำงานถูกรัฐบาลควบคุมขาดอิสระในการทำงาน

ผู้มีส่วนร่วมและผู้ริเริ่มในการกำหนดนโยบาย

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดนโยบาย ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วม โครงสร้างของการสร้างรูปแบบการมีทางเลือกเกี่ยวกับนโยบาย ความสัมพันธ์กับนโยบายอื่นๆ ของประเทศ และปัจจัยแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

ในประเทศเกาหลีเฉพาะรัฐบาลและรัฐสภาเท่านั้นที่มีสิทธิตามรัฐธรรมนูญในการออกกฎหมาย ประชาชนหรือกลุ่มประชาชนมีสิทธิที่จะยื่นคำร้องต่อรัฐบาลหรือต่อรัฐสภาขอให้มีการออกกฎหมายหรือกำหนดนโยบาย การแก้ไขกฎหมาย Elderly Welfare Law ในปี ค.ศ. 1989 ปี ค.ศ. 1993 และปี ค.ศ. 1997 นั้น กลุ่มประชาชนเป็นผู้ริเริ่มและเจรจากับรัฐบาลและพรรคการเมืองต่างๆ ในที่สุดพรรคการเมืองฝ่ายค้านก็ยอมรับร่างกฎหมายของกลุ่มประชาชน และเสนอกฎหมายที่แก้ไขแล้วต่อรัฐสภา

การมีส่วนร่วมและอิทธิพลของกลุ่มประชาชนในกระบวนการกำหนดนโยบายของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมากตั้งแต่ตอนปลายทศวรรษ 1990 มีการแก้ไขย่อยๆ ของกฎหมายที่เกี่ยวกับสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุซึ่งริเริ่มจากกลุ่มผู้สนใจและกลุ่มประชาชนหรือจากรัฐบาล การสร้างหรือการปรับปรุงโครงการบางโครงการที่ไม่ได้กำหนดไว้ในกฎหมายแต่ก็สามารถทำได้ในรูปของคำสั่งรัฐมนตรี และในหลายกรณีที่เป็นการริเริ่มของกลุ่มผู้สนใจและกลุ่มประชาชน และก็ได้รับการอนุมัติจากกระทรวงที่รับผิดชอบ โดยปกติแล้วยากมากที่จะสร้างหรือปรับปรุงโครงการที่ต้องการเงินเพิ่มจากงบประมาณที่ได้รับอยู่แล้วในคำสั่งรัฐมนตรี เพราะรัฐมนตรีผู้รับผิดชอบจะต้องพยายามจัดสรรเงินเพื่อโครงการเหล่านี้ในการกำหนดนโยบายหลายกรณีที่มีข้อกำหนดให้เงินเพิ่มเติมจากงบประมาณ การริเริ่มขององค์กรเอกชน (NGO) ไม่ได้ได้รับการยอมรับที่ดีจากรัฐบาล แต่ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาอิทธิพลขององค์กรเอกชน (NGO) ก็มีมากขึ้นในการกำหนดนโยบายด้านสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในกรณีที่มีการแก้ไขกฎหมายจำเป็นต้องมีงบประมาณรายจ่ายของรัฐบาลเพิ่มเติม ก็จะมีควมยากลำบากอย่างมาก เพราะรัฐมนตรีไม่สามารถจัดเงินเพิ่มเติมจากงบประมาณของกระทรวงของตน ดังนั้นจึงมีการโต้แย้งว่าการกำหนดนโยบายผ่านทางสมาชิกรัฐสภาพวกที่สนับสนุนจะประสบความสำเร็จมากกว่าผ่านทางรัฐมนตรีในรัฐบาล แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับลักษณะของโครงการและการเมืองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการกำหนดนโยบาย บางครั้งก็เป็นเรื่องสำคัญที่จะให้กลุ่มประชาชนและกลุ่ม NGO เป็นผู้ตัดสินใจว่าจะใช้วิธีไหนจึงจะสำเร็จ

โอกาสในอนาคต

1. สภาพแวดล้อมทั่วไปเกี่ยวกับสวัสดิการสังคม

สภาพแวดล้อมทั่วไปหมายถึงสภาพทางเศรษฐกิจ ทางสถิติประชากร ทางสังคม ทางวัฒนธรรม ทางการเมือง ทางกฎหมาย และทางเทคนิค ซึ่งแวดล้อมการพัฒนา นโยบายเพื่อผู้สูงอายุและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อนโยบายดังกล่าว

1.1 อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่สูงและรายได้ประชาชาติต่อหัวที่เพิ่มขึ้น

กลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาสังคมของประเทศเกาหลีคือการพัฒนาเศรษฐกิจ ดังนั้นการพัฒนาสังคมจึงถูกปรับให้สอดคล้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจ และแนวโน้มเช่นนี้ก็ดำเนินเรื่อยมาจนถึงบัดนี้ แม้ว่าการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจจะเป็นตัวเลขคิดลบในระหว่างวิกฤตเศรษฐกิจในปี ค.ศ. 1998 แต่ก็สามารถฟื้นตัวได้ภายใน 1 ปี และปี ค.ศ. 1999 อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นร้อยละ 7.5 และ 6.4 ในปี ค.ศ. 2000 ในช่วง 10 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001-2010 มีการคาดการณ์ว่าอัตราเฉลี่ยจะเป็นร้อยละ 5.1 รายได้ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความต้องการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุมีมากขึ้น และผลที่ตามมาคือผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 ประชากรสูงอายุมีอัตราสูงขึ้น

ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ประชากรสูงอายุที่มีวัย 65 ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 ในปี ค.ศ. 2010 และร้อยละ 14 ในปี ค.ศ. 2022 การเพิ่มอย่างรวดเร็วนี้ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมต่างๆ เช่น วิธีการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงปัญหาที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและสังคม

นอกจากนี้โรคของผู้สูงอายุก็หลากหลายมากขึ้นและมีปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้นด้วย แนวโน้มเช่นนี้จำเป็นต้องมีการบริการดูแลสุขภาพที่มากมายหลากหลาย โดยเฉพาะการบริการการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ

1.3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว

ขนาดครอบครัวโดยเฉลี่ยในปี ค.ศ. 1980 เป็น 4.5 ได้ลดเหลือเพียง 3.0 ในปี ค.ศ. 2000 ซึ่งหมายความว่าสามีภรรยาเฉลี่ยแล้วมีลูกเพียงคนเดียว และคาดการณ์ว่าจะเป็น 2.7 หรือน้อยกว่าในปี ค.ศ. 2010 การลดลงของขนาดครอบครัวทำให้การดูแลผู้สูงอายุในบ้านมีความยากลำบากมากขึ้น

เมื่อมาดูถึงเรื่องที่อยู่อาศัยร้อยละ 99.7 ของชาวเกาหลีที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่กับครอบครัวหรืออยู่คนเดียวในชุมชน มีเพียงร้อยละ 0.3 ที่อยู่ในบ้านพักคนชรา ส่วนใหญ่ของผู้ที่อยู่ในชุมชนจะอยู่กับลูกๆ แต่ผู้ที่อยู่กับคู่สมรสตามลำพังกำลังเป็นสัดส่วนมากขึ้น

ตามการสำรวจของประเทศในปี ค.ศ. 1998 ร้อยละ 53 ของผู้สูงอายุที่มีอยู่ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่กับลูกๆ ที่เป็นโสดและแต่งงานแล้ว ร้อยละ 42 อยู่กับคู่สมรสตามลำพังหรืออยู่คนเดียว สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับลูกๆ เพิ่มจากร้อยละ 2.0 ในปี ค.ศ. 1981 เป็นร้อยละ 4.2 ในปี ค.ศ. 1995 สัดส่วนของครอบครัวผู้สูงอายุที่อยู่กันเฉพาะในบ้านที่มีคนรุ่นเดียวกันมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพราะจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และลูกๆ ที่แต่งงานแล้วก็ชอบที่จะไม่อยู่กับพ่อแม่ ตามการสำรวจระดับประเทศเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์เฉพาะผู้ที่ยังไม่ใช่ผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 1990 เปิดเผยว่าประมาณร้อยละ 75 ของผู้ตอบแบบสำรวจชอบที่จะไม่อยู่กับลูกๆ หลังจากที่ลูกๆ แต่งงานแล้ว แนวโน้มนี้จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุในบ้านจะยิ่งลำบากมากขึ้นด้วย และจะมีความต้องการการบริการดูแลสุขภาพในชุมชนและในบ้านพักคนชราเพิ่มมากขึ้น

1.4 การที่ผู้หญิงมีส่วนร่วมมากขึ้นในเชิงเศรษฐกิจ

อัตราส่วนของการที่ผู้หญิงประกอบอาชีพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นต่อไป โดยเฉพาะผู้หญิงที่แต่งงานแล้วและทำงานด้วยจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วขึ้น ในปี ค.ศ. 1970 มีร้อยละ 37 และปี ค.ศ. 1997 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 47 ปรากฏการณ์นี้ทำให้มีปัญหามากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพราะตามธรรมเนียมปฏิบัติเดิมผู้หญิงมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

1.5 การเสื่อมสลายของค่านิยมดั้งเดิมและการพัฒนาของค่านิยมสมัยใหม่

ค่านิยมดั้งเดิมที่ให้ลูกกตัญญูต่อพ่อแม่ดูเหมือนจะยังคงรักษากันไว้ แต่วิธีแสดงออกของค่านิยมนี้กำลังเปลี่ยนไป ค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัวและชุมชนกำลังเสื่อมสลายไป สิ่งที่มาแทนที่ก็คือความเป็นปัจเจกนิยมและความเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งกำลังมีผลและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ความเป็นปัจเจกบุคคลจึงมีความสำคัญมากกว่าครอบครัว หรืออย่างน้อยที่สุดก็สำคัญเท่าๆ กัน ค่านิยมที่เปลี่ยนไปเหล่านี้ทำให้ความสำนึกในการช่วยเหลือครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุโดยคนในครอบครัวลดน้อยลง

นอกจากนี้ก็มีแนวโน้มว่าคนที่ยังไม่เป็นผู้สูงอายุจะไม่พึ่งพาญาติๆ ของคนทั้งทางด้านเศรษฐกิจและการดูแลสุขภาพยามที่ตนเป็นผู้สูงอายุ ผลการสำรวจหลายครั้งชี้ให้เห็นว่าคนที่ยังไม่เป็นผู้สูงอายุในขณะนี้ยังคงช่วยเหลือด้านการเงินและดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุของตน และพวกเขาเองก็มีแนวโน้มที่จะต้องพึ่งพาตนเองทั้งด้านเศรษฐกิจและสุขภาพยามชรา

1.6 ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุ

การศึกษาเพื่อปวงชนขยายวงกว้างมากขึ้น พร้อมกับความทันสมัยที่เจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว การศึกษาของผู้สูงอายุก็มีระดับสูงขึ้นแม้จะมีช่องว่างอยู่บ้างระหว่างผู้สูงอายุกับประชาชนทั่วไปหรือผู้ที่อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป จากปี ค.ศ. 1975 ถึง 1995 จำนวนเวลาที่ใช้เรียนหนังสือของชาวเกาหลีที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 6.62 ปี เป็น 10.25 ปี ในขณะที่กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 2.74 ปี เป็น 6.45 ปี

1.7 คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้วยความเจริญสมัยใหม่ที่ก้าวหน้าและการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม คุณภาพชีวิตของชาวเกาหลีก็ถูกยกระดับให้สูงขึ้น ดังนั้นประชาชนทั่วไปจึงมีแนวโน้มที่จะสนใจมากขึ้นในคุณภาพชีวิตและต้องการมากขึ้นที่จะได้รับบริการที่ดีขึ้นจากภาครัฐ ภาคธุรกิจ และจากองค์กรอาสาสมัครที่ไม่หวังกำไร

1.8 การกระจายอำนาจทางการเมือง

เนื่องจากกระบวนการกระจายอำนาจเริ่มในปี ค.ศ. 1991 โดยผ่านการเลือกตั้งผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้บริหารรัฐบาลท้องถิ่น ผู้บริหารเหล่านี้จึงสนับสนุนด้านการเงินเพิ่มมากขึ้นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา และจะยังสนับสนุนเด่นชัดขึ้นในอนาคต แนวโน้มเช่นนี้จะทำให้จังหวัดและรัฐบาลท้องถิ่นสามารถกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดหรือท้องถิ่นได้

2. ภาพในอนาคตของนโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุและปัญหาผู้สูงอายุ

จากสิ่งแวดล้อมทั่วไปที่มีต่อนโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ดูเหมือนจะทำให้รัฐบาลต้องจัดให้มีการพัฒนาต่อไป โดยการขยายกลุ่มผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทน กำหนดรูปแบบของประโยชน์ทดแทนให้มากขึ้น เพิ่มงบประมาณรายจ่ายของรัฐ และปรับปรุงการส่งมอบการบริหารให้ถึงประชาชน แต่อุปสรรคส่วนใหญ่ของการพัฒนานโยบายดูเหมือนจะเป็นเรื่องพื้นฐานทางปรัชญาในนโยบายปัจจุบัน ที่มีสาเหตุมาจากการที่รัฐบาลไม่ค่อยสนับสนุนในการจัดงบประมาณอุดหนุนให้กับโครงการสวัสดิการสังคม ในการคาดการณ์นโยบายในอนาคตของรัฐบาลที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุจะต้อง

พิจารณาสถานะของรัฐบาลใน 2 ระดับ คือ ในระดับที่ 1 ระดับตัวกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมเอง และในระดับที่ 2 คือระดับความร่วมมือของกระทรวงนี้กับกระทรวงแผนงานและการงบประมาณ และนายกรัฐมนตรี

ในระดับกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ กระทรวงนี้ยอมรับอย่างเต็มที่ถึงความสำคัญของการพัฒนาโยบายสำหรับผู้สูงอายุ และได้มีแผนการพัฒนา นโยบายสำหรับผู้สูงอายุทั้งระยะกลางและระยะยาวแล้ว แต่แผนเหล่านี้ไม่ได้รวมถึงการได้มาซึ่งงบประมาณ และมักจะเป็นเรื่องยากที่กระทรวงแผนงาน และการงบประมาณจะอนุมัติเงินอุดหนุน โครงการต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม

ตามกฎหมาย Social Security Basic Law ปี ค.ศ. 1996 คณะกรรมการ Social Security Review Committee of the Government ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้จัดให้มีแผนระยะ 5 ปี แผนแรก (ค.ศ. 1999-2003) เกี่ยวกับการพัฒนานำการประกันสังคม (Social Security Development) ในปี ค.ศ. 1998 แผนระยะ 5 ปีนี้ มีขอบข่ายของการดำเนินโครงการสำหรับผู้สูงอายุ 4 อย่าง คือ

1. การขยายโครงการเกี่ยวกับการดูแลรายได้ให้ครอบคลุมคนมากขึ้น
2. ส่งเสริมด้านคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
3. ขยายโอกาสทางสังคมให้ผู้สูงอายุ
4. เพิ่มจำนวนบ้านพักคนชรา

เนื่องจากแผนนี้มิได้ระบุแผนงานงบประมาณและวิธีการคลังใดๆ มาจนถึงบัดนี้บางโครงการจึงยังไม่ได้นำไปปฏิบัติอย่างเต็มที่ และก็ไม่แน่นอนว่าเมื่อถึงปีค.ศ. 2003 แล้วจะนำแผนนี้ไปปฏิบัติจนเสร็จหรือไม่

นอกจากนี้มีแผนอีก 2 แผน ในการพัฒนา นโยบาย แผนแรกคือ แผนระยะกลางและระยะยาว เพื่อบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (Mid and Long – Term Plan for Health and Welfare Policies for the Elderly) กำหนดออกมาโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมในปี ค.ศ. 1999 อีกแผนหนึ่งคือ แผนวิสัยทัศน์ด้านสวัสดิการสังคมแห่งสหัสวรรษใหม่ปี ค.ศ. 2010 (New Millennium Welfare Vision 2010) ซึ่งเป็นแผนระยะยาวของนโยบายด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม ปีสุดท้ายของการดำเนินงานตามแผนนี้คือปี ค.ศ. 2010 เนื่องจากทั้ง 2 แผนนี้ไม่มีแผนงบประมาณที่อนุมัติโดยกระทรวงแผนงานและการงบประมาณ ก็ดูเหมือนว่ากระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมจะมีความยากลำบากในการนำแผนไปปฏิบัติได้ตามความมุ่งหวัง

ดูเหมือนว่าสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีทำให้รัฐบาลจำเป็นต้องพัฒนา นโยบายสำหรับผู้สูงอายุไปในแนวที่เป็นภาพระยะยาวมากกว่าระยะสั้น แนวความคิดให้พัฒนาเศรษฐกิจก่อนแล้วค่อยดูแลประชาชนนั้นจะค่อยๆ หดไป เพราะการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจก็ยังคงดำเนินต่อไปเรื่อยๆ และผลที่ตามมาก็คือรายได้ประชาชาติต่อหัวจะเพิ่มขึ้นเมื่อสิ่งนี้เกิดขึ้นการพัฒนา นโยบายก็จะเป็นไปได้ในอนาคต

สรุป

ปัญหาผู้สูงอายุซึ่งเกิดขึ้นในต้นทศวรรษ 1970 และเป็นปัญหาสังคมอย่างหนึ่งนั้น บัดนี้ได้กลายมาเป็นประเด็นปัญหาทางสังคมที่สำคัญในสังคมเกาหลี และกระตุ้นให้ใส่ใจกันมากกว่าที่เคยเป็นมา แต่ปัญหาก็รุนแรงขึ้นเพราะกลยุทธ์การเน้นนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจในการพัฒนาประเทศ การมองภาพที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุของผู้มีอำนาจในรัฐบาล การขาดความใส่ใจต่อปัญหา การแก้ปัญหาที่ไม่ทันการของรัฐบาล และความหวั่นเกรงของผู้มีอำนาจในรัฐบาลเกี่ยวกับการขยายสวัสดิการสังคม โดยไม่คำนึงถึงความเป็นจริง ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งควรจะสัมพันธ์กับระดับความเจริญทางเศรษฐกิจสังคมที่เกาหลีได้ทำสำเร็จมาเป็นเวลา 40 ปีแล้ว จึงจำเป็นที่จะต้องแสวงหากลยุทธ์ที่จะทำให้เกิดความพอดีระหว่างการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมกับการพัฒนาด้านสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ต่อไปนี้เป็นกลยุทธ์ที่ Sung-Jae Choi (2001a) เสนอแนะเพื่อให้เกิดความพอดิดังกล่าว

1. อิทธิพลที่มีต่อพรรคการเมือง

การเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของพรรคการเมือง หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมกับการพรรคการเมืองในรูปแบบอื่น อาจเป็นกลยุทธ์ที่ได้ผล โดยเฉพาะในช่วงใกล้การเลือกตั้งประธานาธิบดี หรือการเลือกตั้งทั่วไป

2. การจูงใจและการให้ความรู้แก่สมาชิกรัฐสภา

ในประเทศเกาหลีสมาชิกรัฐสภาส่วนมากไม่รู้รายละเอียดเกี่ยวกับระบบสวัสดิการสังคม และอุดมคติหรือแนวปรัชญาของระบบสวัสดิการสังคม ดังนั้น การให้มีการประชุมด้านวิชาการและการอภิปรายให้ความเห็นกับสมาชิกรัฐสภาโดยสม่ำเสมอเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นปัญหา ทั้งในเรื่องทั่วไปและเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ จะเป็นกลยุทธ์ที่มีประโยชน์ด้านการจูงใจและการให้ความรู้แก่สมาชิกรัฐสภา

3. การใช้ประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวของกลุ่มประชาชน

ใน 2-3 ปีที่ผ่านมา อิทธิพลของการเคลื่อนไหวของกลุ่มประชาชนและองค์กรเอกชน หรือ NGO ที่ร่วมมือกันเพื่อกำหนดนโยบาย ได้เป็นกลยุทธ์ที่ได้ผลในการออกกฎหมายให้มีโครงการสวัสดิการสังคมในประเทศเกาหลี เช่น กระบวนการออกกฎหมาย National Basic Livelihood Security Law (NBLS) ซึ่งความร่วมมือขององค์กรเอกชนมีอิทธิพลอย่างมาก

4. การตั้งสมาคมผู้สูงอายุเพื่อให้มีอิทธิพลทางการเมือง

การตั้งองค์กรผู้สูงอายุระดับชาติและสร้างอิทธิพลทางการเมือง เป็นวิธีหนึ่งที่จะทำให้มีผลต่อการกำหนดนโยบาย ในเกาหลีคงจะยากที่จะคาดหวังว่าในอนาคตอันใกล้จะมีสมาคมผู้สูงอายุอย่างเช่น AARP ในอเมริกา แต่ก็อาจจะมีขึ้นได้ในเวลาอีก 5 ปี เพราะมีคนมากมายที่เต็มใจจะมีส่วนร่วมในสมาคมต่างๆ ระดับชาติเพื่อที่จะเสนอแนะให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิและสวัสดิการสังคม

รัฐบาลควรนำประโยชน์ของการได้รู้ประสบการณ์ของประเทศที่เจริญแล้วมาเริ่มใช้พัฒนานโยบายสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในการสร้างสวัสดิการสังคมแห่งรัฐของประเทศเกาหลี

การที่เกาหลีมีประสบการณ์วิกฤตเศรษฐกิจ จะเป็นโอกาสให้บุคคลสำคัญในรัฐบาลที่เน้นเรื่องการพัฒนาเศรษฐกิจเห็นความจำเป็นที่จะทำให้ระบบสวัสดิการสังคมสอดคล้องกับระดับของการพัฒนาเศรษฐกิจ และแข่งขันเป็นข่ายความปลอดภัยทางสังคมโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ

นโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติของประเทศไทย

พัฒนาการของนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติ

ดังที่กล่าวไว้ในตอนต้น สิงคโปร์เป็นประเทศที่มีประชากรสูงอายุเร็วที่สุดในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และคงจะไม่น่าวิตกกังวลมากนัก หากประชากรสูงอายุเหล่านี้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่มีปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาด้านการเงิน ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สังคมตามความเหมาะสม เดือนมิถุนายนปี ค.ศ. 1982 รัฐบาลสิงคโปร์เริ่มแต่งตั้งคณะกรรมการแก้ไข ปัญหาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (The Committee on the Problem of the Aged) มอบหมายให้ร่วมกำหนด มาตรการที่จะแก้ไขปัญหผู้สูงอายุ เริ่มด้วยจากการสำรวจผู้สูงอายุครั้งแรก (The first National Survey of Senior Citizen) ในปี ค.ศ. 1983 ได้เผยแพร่ผลการศึกษา (Report of the Committee on the Problem of the Aged) และในปี ค.ศ. 1984 จึงเริ่มวางแผนระยะยาวจากวิสัยทัศน์และข้อมูลที่สามารถได้ และแต่งตั้ง คณะกรรมการระหว่างกระทรวงต่างๆ (Inter-Ministerial Population Committee) ให้มีหน้าที่รับผิดชอบ หลัก และในปี ค.ศ. 1988 มีการแต่งตั้งสภาที่ปรึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Advisory Council on the Aged) เพื่อศึกษาและทบทวนสถานการณ์ผู้สูงอายุและได้ข้อเสนอแนะที่สำคัญ (key recommendation) คือ ให้มีการจัดตั้งสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Council on Ageing) มีบทบาท หน้าที่ในการออกพระราชบัญญัติ เพื่อให้แผนงานมีประสิทธิภาพร่วมกับนโยบายและโปรแกรมสำหรับ ผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อเสนออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การเพิ่มอายุการเกษียณจาก 55 ปี เป็น 60 ปี ในด้านการ จ้างงานเพื่อให้เกิดคุณค่า ศักดิ์ศรี และความเป็นอิสระด้านการเงิน การปรับฐานเงินเดือนเพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้ทำงานเพิ่มขึ้น จัดทำและปรับปรุงให้มีแผนการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้สร้างทัศนคติที่ถูกต้อง ต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้จัดหาพื้นที่สำหรับองค์กรอิสระที่ต้องการจัดทำโครงการที่พกอาศัยสำหรับผู้ สูงอายุ ศึกษาความเป็นไปได้ของข้อกำหนดด้านสุขภาพ การบริการการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพ ไม่ดีให้ได้อาศัยในบ้านของตนเอง และเพิ่มเงินลดหย่อนภาษีสำหรับครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และ ในจำนวนข้อเสนอที่จะสนับสนุนการดำเนินงานคือให้มี National Council on Family Council on Family and Aged (NACFA) โดยขึ้นกับ Ministry of Community Development and Sports (MCDS)

ในระยะ 5 ทศวรรษนี้ปรัชญาเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในระหว่าง ปี ค.ศ. 1940-60 เป็นการให้สวัสดิการที่เน้นให้เกิดสมดุลระหว่างการพัฒนา กับสวัสดิการ ตั้งแต่ ค.ศ. 1970 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน จากปัญหาดังกล่าว ในปี ค.ศ. 1990 ได้พัฒนานโยบายระยะยาว (two milestone policies) เพื่อป้องกันแก้ไขปัญาที่เกี่ยวกับสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการ ออก พรบ. สำคัญเรียกว่า พรบ. เลี้ยงดูบิดามารดา (Maintenance of Parent Act) ในปี ค.ศ.1994 นอกจากนี้

รัฐบาลได้ลงนามในนโยบายที่กำหนดให้มีการบังคับทางกฎหมายให้ลูกต้องเลี้ยงดูพ่อแม่อื่นๆ เช่น นโยบายด้านสังคม (Social policy) ที่จะป้องกันแก้ไขปัญหาการทอดทิ้งผู้สูงอายุ (neglect) ที่พบในสังคม เมื่อมีการล่มสลายของครอบครัวกลายเป็นวิกฤติของสังคมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลและเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 1996 มีการแก้ไขข้อกำหนด Women's Charter provided channels สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงที่ตกอยู่ในสภาพเคราะห์ร้ายถูกระทำรุนแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ในปี ค.ศ.1996 นโยบายมีความจำเพาะมากขึ้น โดยครอบคลุมการดูแลด้านการแพทย์เกี่ยวกับการสิ้นสุดความเจ็บป่วย (terminally ill) ภายใต้อำนาจ Advanced Medical Directive Act บุคคลที่ถูกลงความเห็นทางการแพทย์ว่าสมองตายและได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ให้ยังมีชีวิตอยู่ นโยบายนี้เพื่อลดปัญหาในการยุติความเจ็บป่วยสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวซึ่งจะมีมากขึ้นในอนาคต

สรุปแล้วตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 มีคณะกรรมการระดับสูงที่รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 5 คณะ โดยได้รับมอบหมายให้พิจารณาประเด็นและปัญหาที่จะคาดว่าจะเกิดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนผลกระทบที่จะเป็นไปได้ เช่น การมีส่วนร่วมแรงงานของผู้ที่อายุ 55-59 ปี ที่พบว่ามียุคที่ค่อนข้างต่ำ ที่ยังต้องการแรงผลักดันให้มีส่วนช่วยเสริมเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันต้องสร้างภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุว่าเป็นผู้สามารถเป็นแรงงานได้ รัฐบาลได้จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูทักษะการทำงาน (Skill Retraining Fund) และกองทุนส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต (Lifelong Learning Fund) เพื่อช่วยออกค่าใช้จ่ายเหล่านี้ ในเร็วๆ นี้

นโยบายด้านกองทุน (Funding Policies) รัฐบาลใช้หลักการจ่ายร่วมกัน "Co-payment" มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยผู้บริโภครวมและครอบครัวจะช่วยจ่ายบางส่วนขณะที่รัฐช่วยส่วนที่เหลือ ทั้งผ่านโครงการ Medisave Scheme ที่จะบังคับให้มีการออมเงินเพื่อการรักษาพยาบาลการแพทย์ (medical saving scheme) ภายใต้อำนาจกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central Provident Fund หรือ CPF) ตามระบบการประกันสังคมของสิงคโปร์ แต่ละคนจะมีเงินกองทุนเพื่อการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบิดามารดา ระบบนี้จะทำให้ไม่ต้องพึ่งรัฐ (self-reliant) โดยรัฐจะช่วยเหลือกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และครอบครัวรายได้น้อยถึงปานกลางให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ ตัวอย่างเช่น การกระจายเงินช่วยเหลือด้านสุขภาพผู้สูงอายุไปยังคลินิกเอกชน เพื่อช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุต้องการเดินทางไกลไปยังสถานบริการของรัฐ มีการประสานงานกับแพทย์ของเอกชน ให้คิดค่ารักษาในอัตราเงินช่วยเหลือ (Subsidised rate) โดยรัฐบาลจะชดใช้ในส่วนที่เหลือ ชาวสิงคโปร์อายุ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับเงินช่วยเหลือร้อยละ 75 ของค่าใช้จ่ายในคลินิกเอกชน เป็นที่น่าสังเกตว่าหลักการจ่ายร่วมกันนี้จะช่วยให้เกิดศักดิ์ศรีและไม่ให้เกิดการต่อต้าน การกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมนี้ขึ้นกับรายได้ของครัวเรือนใน community-based services เช่น home nursing, day care และ rehabilitation services เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาด้านการเงิน สุขภาพ

อ่อนแอ และคุณภาพ โดยการสนับสนุนจาก Ministry of Community Development ที่จะจัดบริการทางการแพทย์ฟรีสำหรับสถานบริการของรัฐ

อีกกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยคุ้มครองกรณีเกิดความพิการรุนแรงในผู้สูงอายุเป็นโครงการประกันพิเศษ (Insurance Scheme) เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้มีแนวคิดว่าอายุในการผลิต (Production Year) ก็เพิ่มขึ้นด้วย จะทำให้สามารถมีเงินเก็บเพื่อกรณีทุพพลภาพยามสูงวัยได้

ปัจจุบันกระทรวงหลักในประเด็นสูงอายุคือ Ministry of Community Development and Sport (MCDS) ที่ต้องทำงานประสานกับกระทรวงอื่นๆ เช่น Ministry of Health, Manpower and Communications ความร่วมมือของ Inter-Ministerial Committee on Ageing Population (IMC) สะท้อนให้เห็นผลสำเร็จของนโยบายที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้กำหนดนโยบายและการตัดสินใจ คณะกรรมการ 21 คน ซึ่งมี Mr. Mah Bow Tan, Minister for Communications ร่วมกับ Minister of Community Development and Sport, Minister of Health and Environment เป็น Deputy Chairman ซึ่งเป็นตัวแทนระดับสูงของกระทรวง Communications, Manpower, and Trade and Industry นอกจากนี้มีตัวแทนจาก National Council of Social Service, Singapore National Employers' Federation, and People's Association, Civil organization จาก Singapore Action Group of Elders (SAGE) Tsao Foundation and Gerontological Society of Singapore การสังเคราะห์นโยบายของ Mehta นี้ ได้จากความร่วมมือระหว่าง รัฐและเอกชน ทำให้ได้รายงานที่มีลักษณะเป็นสหวิทยาการ (multi-disciplinary) และจากมุมมองในหลายมิติ (multi-dimensional) ในแต่ละสาขา เช่น health care, financial security and housing

แนวทางการดำเนินนโยบายหลักสำหรับผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและยังคงมีกิจกรรมทางสังคม มีชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน มีความรู้สึกผูกพันระหว่างรุ่นคน รัฐบาลจะให้ประเทศสิงคโปร์เป็นบ้านที่ดีที่สุดสำหรับทุกวัย และให้ครอบครัวเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่อบอุ่น มีความรักใคร่ปรองดอง และให้ความดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ

ตัวอย่าง การดูแลผู้สูงอายุเป็นความร่วมมือระหว่างรัฐ ชุมชน และครอบครัว "Many Helping Hand Policy" เพื่อลดความกดดันที่ต้องดูแลสมาชิกสูงอายุ นโยบายจะเน้นที่ความร่วมมือจากหลายส่วน เช่น องค์กรอาสาสมัครด้านสวัสดิการ (Voluntary Welfare Organisation -VWOs) องค์กรศาสนา (Ethnic-base Organization) หรือสมาคมชาวจีนแซ่เดียวกัน เป็นต้น ทั้งในรูปแบบเงินกองทุน ให้เช่าที่ดิน

ราคาพิเศษ การฝึกหัดบุคลากร คู่มือการวางแผนต่างๆ ซึ่งหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญคือ Elderly Development Division ใน MCDS

สิ่งจำเป็นอีกประการของรัฐคือให้ความปลอดภัยด้านการเงิน เช่น Central Provident Fund ซึ่งมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1955 มีรูปแบบการวางแผนออมเงินเพื่อการเกษียณอายุ เพื่อใช้ในการลงทุน การสร้างบ้าน การศึกษาระดับสูงสำหรับลูก และการซ่อมแซมบ้าน แผนงานสุดท้ายคือ Compulsory Mortgage-reducing Plan ที่จะช่วยเหลือสมาชิกภายในบ้านไม่ให้สูญเสียที่อยู่อาศัย เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต หรือสูญเสียสมรรถภาพ โครงการ Medisave นั้นเป็นการบังคับในกรณีต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล และ Medishield เป็นการประกันความเสียหายขั้นต่ำสำหรับความเจ็บป่วย ส่วน Dependents Protection Scheme เป็นการประกันตลอดชีวิตครอบคลุมสมาชิกจนถึงอายุ 60 ปี ทั้ง 3 โครงการนี้จะรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว แต่โครงการ CPF ยังมีข้อบกพร่องที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่เพียงพอต่อความปลอดภัยหลังเกษียณโดยเฉพาะผู้ที่มียาได้ต่ำ ไม่ครอบคลุมลูกจ้างชั่วคราว ผู้ที่ทำงาน part-time ผู้ที่มียาได้ต่ำ ผู้ที่ได้รับบำนาญ (personable civil servants) คนงานในต่างประเทศ และผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระ

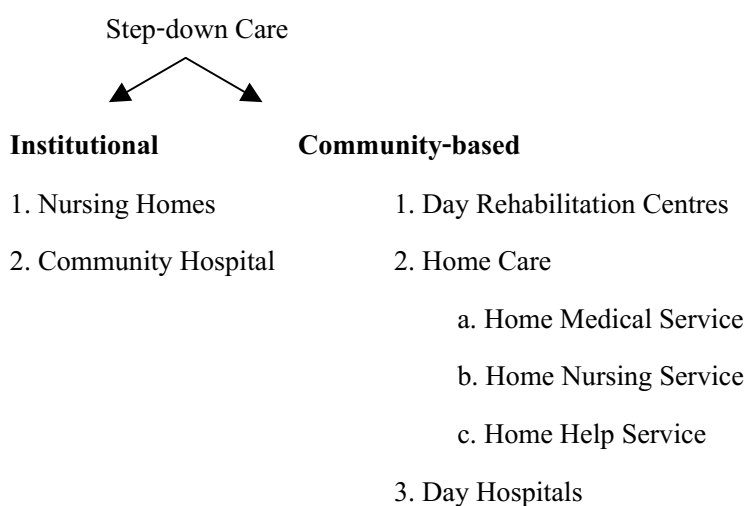
ผลการสำรวจของ National Survey of Senior Citizens ในปี ค.ศ. 1995 แสดงว่าร้อยละ 33.5 ของผู้ที่อายุ 60 ขึ้นไปที่มี CPF saving และร้อยละ 61.6 บอกว่าการออมนี้ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากค่าครองชีพสูง เงินออมที่ได้มีจำนวนน้อย และค่ารักษาพยาบาลที่แพง และลูกก็ยังคงเป็นแหล่งช่วยเหลือด้านเงินที่สำคัญ ดังนั้นรัฐต้องให้การช่วยเหลือครอบครัวเพื่อลดภาระจากผู้สูงอายุ (Aged dependent) โดยการใช้ระเบียบ Income Tax Assessment ลูกหลานที่อาศัยกับผู้สูงอายุจะได้รับเงินลดหย่อนภาษี 4,500 เหรียญสิงคโปร์ กรณีไม่ได้อาศัยด้วย 3,500 เหรียญสิงคโปร์ต่อปี นอกจาก CPF ยังมีโครงการอื่นๆ ที่เป็นเสมือนข่ายความปลอดภัย (Safety Net) สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ Public/Social Assistance Scheme ของ MCDS โดยมีเกณฑ์ที่เข้มงวดมากคือผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่กับลูก ซึ่งอาจจะเป็นการยุ่งยากและต้องมีการพิสูจน์ นอกจากนี้เงินช่วยเหลือยังไม่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราเงินเฟ้อ ในปี ค.ศ. 1999 มีผู้สูงอายุ 1,789 รายที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐตามโครงการนี้ คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้รับเงินทั้งหมด กรณีอื่นๆ นั้นรวมผู้ที่มีสถานภาพหม้ายที่ยังมีลูกเล็กๆ ผู้ที่พิการ และพวกที่ไม่สามารถทำงานได้ตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ส่วนโครงการ Medifund เพื่อผู้ป่วยฐานะยากจนที่ไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาล

กลยุทธ์ด้านสวัสดิการตามแบบของสิงคโปร์ (Singapore-style welfare strategy) หรือเรียกว่า "supply-side socialism" นั้น เป็นการสนับสนุนเงินช่วยเหลือแทรกอยู่ในโครงการต่าง ๆ เช่น Housing Development Board ช่วยในกรณีค้างชำระค่าเช่า หรือเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลที่บ้าน (Nursing

Home) สำหรับผู้ที่สุขภาพไม่ดีและมีอาการเจ็บป่วย และจะไม่มีการจ่ายเงินสดโดยตรงแก่ผู้ที่ต้องการช่วยเหลือ

ในระบบสุขภาพนั้น รัฐให้เงินช่วยเหลือเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วย Class C จะได้เงินช่วยร้อยละ 80 Class B2 ร้อยละ 65 และ B1 ร้อยละ 20 มีการทบทวนเงินช่วยเหลือ nursing home beds ตามข้อเสนอของ IMC โดยมีหลักว่าแต่ละคนจะต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตน ให้ดีและจะต้องเก็บเงินไว้ใช้ยามเจ็บป่วย หากไม่สามารถทำได้ สมาชิกในครอบครัวต้องช่วยเหลือ และรัฐบาลจะเป็นแหล่งสุดท้ายที่ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ ดังนั้นรัฐจึงมีหน้าที่จัดการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพในระยะยาว (lifelong public health education) ตามประกาศของ Health Promotion Board และข้อเสนอของ IMC เพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ (National Disability Prevention Programme) ที่จะเกิดขึ้น

นอกจากนี้รัฐบาลได้จัดให้มีการคัดกรองโรคสำหรับผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า โครงการนี้รับผิดชอบโดย Ministry of Health โดยอาศัยความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย เช่น ศูนย์ของชุมชน / สมาคม และ community development council หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีระบบบริการส่งต่อที่สำคัญของ การดูแลในระดับชุมชน (Step-down Care) ดังรูปภาพนี้



ขณะที่บริการดังกล่าวยังไม่เพียงพอ และไม่ครอบคลุม และมีความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ จึงต้องอาศัยเครือข่ายระหว่างเพื่อนบ้านที่จะช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว เช่น การบริการส่งอาหารที่บ้าน บริการโทรศัพท์สายด่วน อุปกรณ์อำนวยความสะดวก การช่วยเหลือด้านจิตใจ (Elder minding) เครือข่ายนี้นับเป็นจุดเริ่มต้นในการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยและต้องการการดูแลที่บ้าน โดยชุมชนเป็นพื้นฐาน (Community-based) ซึ่งเป็นนโยบายหลักของรัฐบาล

Ministry of Health ได้เสนอแนะแนวทางสำหรับบูรณาการบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ให้เป็นศูนย์บริการสุขภาพแบบ Step-down โดยแบ่งเป็น 3 โซน ตะวันตก กลาง ตะวันออก โดยมีโรงพยาบาลศูนย์ (Regional Hospital) ที่มีตึกผู้ป่วยสูงอายุ (Geriatric Department) เป็นผู้นำในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในระดับล่าง (Geriatric step-down care) ของแต่ละโซน ซึ่งจะต้องมีเจ้าหน้าที่ที่เชี่ยวชาญ เช่น นักกายภาพบำบัดที่หมุนเวียนกัน มีการฝึกอบรม และการพัฒนาระบบประกันคุณภาพการใช้ทรัพยากรและบริการทางห้องปฏิบัติการร่วมกัน Ministry of Health จะกำหนดแนวทางและมาตรฐานการดูแลทั้งหมดของ step-down service ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

เริ่มที่การจัดระบบที่อยู่อาศัยที่จะทำให้ลูกได้อาศัยกับบิดามารดาหรืออยู่ในระยะใกล้ๆ กัน จากข้อมูลในปี ค.ศ. 2000 พบว่านี้มีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป 9 ใน 10 คน ที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือลูก เช่นเดียวกับการศึกษาของ จอห์น โนเคล และนิพนธ์ เทพวัลย์ (1999) ศึกษาเปรียบเทียบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปใน 4 ประเทศ พบว่าผู้สูงอายุของสิงคโปร์อาศัยอยู่กับลูกมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับฟิลิปปินส์ ไทย และเวียดนาม สำหรับการศึกษาในเกาหลีและญี่ปุ่น พบว่าแนวโน้มของการอยู่กับลูกนั้นลดลงตามลำดับ

อัตราการอาศัยกับผู้สูงอายุของสิงคโปร์ยังมีลักษณะครอบครัวแบบขยาย เนื่องจากราคาบ้านและที่ดินที่แพง หายาก และวัฒนธรรมที่บุตรเชื่อฟังพ่อแม่ ความผูกพันในการอาศัยในครอบครัวที่อยู่กันหลายรุ่นคน 3-4 รุ่น โครงการ Joint Selection ได้ออกแบบแฟลตสำหรับครอบครัวที่มีลูกที่แต่งงานแล้วได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ในแฟลตที่จัดให้ ส่วนโครงการ CFP Housing Grant จะช่วยให้ผู้แต่งงานครั้งแรกได้อาศัยใกล้พ่อแม่ โดยรัฐให้เงินช่วยเหลือ 30,000-40,000 เหรียญสิงคโปร์ ขึ้นกับระยะทาง ส่วนใหญ่ร้อยละ 85 อาศัยในแฟลตของรัฐบาล ดังนั้นนโยบายที่พักอาศัย (Housing Policy) จึงเป็นโครงการที่มีประสิทธิภาพมาก แสดงถึงความสำเร็จในการส่งเสริมมาตรการ family-friendly นอกจากนั้นยังมีการจัดหาบ้านที่มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก เช่น โครงการ Joint MCDS-HDB และ Studio Apartment Scheme เป้าหมายคือพวกรายได้ต่ำ โดยจัดแฟลตให้เข้าขนาด 1 ห้อง ซึ่งตกแต่งพื้นกันลื่น (non-slip tile) มีลิฟต์ที่จอดได้ทุกชั้น (life landing) และระบบเตือนภัยโดยไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายเพิ่ม จุดหมายต่อมาคือแฟลตของ HDB สำหรับผู้สูงอายุ 55 ปีขึ้นไป และผู้ที่ต้องการเปลี่ยนแฟลตขนาดใหญ่เป็นขนาดเล็กหลังการเกษียณอายุ นอกจากนั้นรัฐบาลยังมีมาตรการเงินช่วยเหลือให้องค์กรที่อาสาเข้าร่วมจัดกิจกรรมไว้ในชั้นที่ 1 ของแฟลตเหล่านี้

นโยบายแห่งชาติด้านเศรษฐกิจนั้นเพื่อตอบสนองประชากรสูงอายุในปัจจุบัน ให้มีความนับถือตนเอง ผู้สูงอายุในรุ่นปัจจุบันนี้เป็นประชากรรุ่นแรกที่ย้ายถิ่นเข้ามาและจะค่อยๆ หดไปในที่สุด นโยบายของรัฐต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุรุ่นต่อไปที่จะมีจำนวนมากกว่านี้เรื่อยๆ ประชากรสูงอายุรุ่นอื่น

จะมีความแตกต่างทั้งด้านการศึกษา สุขภาพ และความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่ดีกว่า ที่จะมีส่วนกำหนดความต้องการ ความคาดหวัง และความต้องการบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐาน ขณะที่พวกเขาจะระมัดระวังในการใช้สิทธิออกเสียง และจะเป็นทรัพยากรที่เปี่ยมด้วยศักยภาพที่จะทำให้คุณประโยชน์ต่อสังคมต่อไป

หากพิจารณาหน้าที่หลักของกระทรวงที่รับผิดชอบนโยบายผู้สูงอายุ คือ Ministry of Community Development and Sports (MCDS) และ Ministry of Health (MOH) แล้ว ทั้งสองกระทรวงจะมีหน้าที่รับผิดชอบดังนี้

Ministry of Health (MOH)

นโยบายหลักโดยทั่วไป

1. ส่งเสริมการมีสุขภาพดีและลดภาวะความเจ็บป่วย (To promote good health and reduce illness) มีบทบาทให้การศึกษาค้นคว้าและข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดความเจ็บป่วยโดยการควบคุมป้องกันโรค
2. ให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงและได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามความต้องการ (To ensure that Singaporeans have access to good and affordable healthcare that is appropriate to needs) กระทรวงรับผิดชอบดูแลสุขภาพที่ดีมีมาตรฐาน และบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนโดยหลัก "จ่ายร่วมกัน" (co-payment)
3. มีระบบการแพทย์ที่ดี (To pursue medical excellence) เพื่อให้ระบบการดูแลสุขภาพเป็นที่ยอมรับของประชาชนตลอดจนต่างประเทศที่จะเข้ามาใช้บริการการแพทย์ของประเทศมากขึ้น และให้เป็นประเทศที่มีชื่อเสียงทางด้านสุขภาพในอนาคต

Healthcare Philosophy¹ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยจัดแผนงาน (Programme) รองรับนโยบาย 3 แผนงาน ได้แก่

1. แผนงานป้องกันสุขภาพ (Preventive Healthcare Programme) เพื่อชีวิตที่มีสุขภาพที่ดีและรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วยตนเอง โดยตระหนักในพฤติกรรมที่จะทำลายสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่า และการทำงานนั่งโต๊ะตลอดเวลาโดยไม่มีการออกกำลังกาย

¹ Philosophy ปรัชญาหรือปณิธานในระบบการวางแผนเป็นจุดสุดท้ายในการทำงานที่มีลักษณะโน้มเอียงเป็นระดับสูงสุดในระดับอุดมคติ

2. แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในวัยเด็ก (The Child Immunization Programme) เป้าหมายเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อในเด็ก เช่น วัณโรค โปлио คอตีบ หัดเยอรมัน ตับอักเสบบีโดยให้บริการที่สถานบริการของรัฐ
3. แผนงานคัดกรองโรค (Health Screening Programme) เป็นแผนงานสำหรับผู้สูงอายุในการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยไม่คิดมูลค่า เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น

ระบบสุขภาพในสิงคโปร์ (Singapore health care delivery system) มีหลักการที่ว่าเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล โดยรัฐจะช่วยเหลือด้วยการจัดหาสถานบริการพื้นฐานให้ (basic health care affordable) เป็นหลักการ "ร่วมกันจ่าย" (Co-payment) สำหรับผู้ที่ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐจะได้รับเงินช่วยเหลือร้อยละ 80 มีโครงการที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 3 โครงการคือ

1. **Medisave Scheme** เป็นโครงการที่บังคับทางกฎหมายให้ผู้ที่ทำงานทุกคนแบ่งรายได้ร้อยละ 6-8 เข้าบัญชีของตนเอง เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลของตนเองและครอบครัว และแผนงาน compulsory mortgage-reducing plan ที่จะช่วยป้องกันสมาชิกภายในบ้านสูญเสียที่อยู่เมื่อสมาชิกที่ผ่อนชำระเสียชีวิตหรือสูญเสียสมรรถภาพ

2. **Medishield Scheme** เป็นโครงการประกันความเจ็บป่วย (illness insurance scheme) ในกรณีที่เจ็บป่วยร้ายแรงหรือเจ็บป่วยเป็นเวลานาน

3. **Medifund Scheme** โครงการที่เป็นเสมือนข่ายความปลอดภัย (safety net) ของผู้ที่มีฐานะยากจน และไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาล

ดังนั้นชาวสิงคโปร์ในโครงการเหล่านี้ จะได้รับการประกันในระบบสุขภาพว่าจะไม่มีใครต้องออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล กรณีการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วน (Elective operation) ผู้ป่วยจะรอเพื่อเข้ารับการผ่าตัดประมาณ 2-4 อาทิตย์ แต่หากกรณีฉุกเฉินก็สามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ทันที

กระทรวงสาธารณสุขมีระบบบริการดังนี้

1. **Primary Health Services** จะเป็นการรักษาขั้นต้น (primary medical treatment) เพื่อป้องกันและให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health education) โดยมีคลินิกเอกชนที่ตรวจรักษาทางการแพทย์ทั่วไป (private medical practitioner clinic) ประมาณร้อยละ 20 ที่ให้บริการนี้จากจำนวนทั้งหมด 16 แห่ง ที่เหลืออีกร้อยละ 80 ใช้บริการที่คลินิกเอกชน (private medical clinic) จำนวน 1,900 แห่ง ซึ่งมักจะตั้งอยู่ใกล้บ้าน โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และวัยเด็ก 0-18 ปี จะได้รับการลดค่าปรึกษาและธรรมเนียมร้อยละ 75 (ค่าธรรมเนียม 10-15 เหรียญสิงคโปร์/ครั้ง)

2. Hospital Services มีโรงพยาบาลทั้งหมด 26 แห่ง สามารถรับผู้ป่วยได้ 11,798 เตียง (อัตรา 3.7 เตียง ต่อ 1,000 คน) ประกอบด้วยสถานพยาบาลของรัฐ (Public Hospital) 8 แห่ง ซึ่งเป็น acute general hospitals 5 แห่ง สถานพยาบาลเฉพาะทางด้านสูติ-นรีเวชศาสตร์และจิตเวช (specializing in obstetrics & gynaecology and psychiatry) 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน (community hospital) 1 แห่ง

ศูนย์โรคเฉพาะทาง (Specialty Centre) 5 แห่ง (ในจำนวนนี้รวม Singapore General Hospital และ National University Hospital) และโรงพยาบาลเอกชน (Private Hospital) 13 แห่ง

หากเป็นโรงพยาบาลของรัฐ สามารถเลือกในการเข้ารับรักษาในห้องพิเศษ (Private) โดยมีเกณฑ์ค่าใช้จ่ายดังนี้ Class A1 และ A2 หรือ Class B1 (semi-private) ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 21 หากต้องการบริการที่สูงกว่าชั้นพื้นฐานจะต้องจ่ายเองมากขึ้นตามสัดส่วน รัฐบาลได้จัดโรงพยาบาลในชุมชน (low cost community hospital) สำหรับผู้ที่ป่วยเฉียบพลัน รวมทั้งผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการจะไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลทั่วไป (general hospitals) ซึ่งค่ารักษาพยาบาลแพงกว่า

ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดในอนาคต

ถึงแม้ว่าจะเป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าและมีการพัฒนาสถานสุขภาพมายาวนาน มีบริการการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน แต่ยังคงประสบกับปัญหาดังนี้

1. ค่ารักษาพยาบาลที่แพงมากอันเนื่องมาจากความก้าวหน้าด้านความรู้และวิทยาการทางการแพทย์ (Technology) ที่ทำให้ต้องใช้ความชำนาญเฉพาะทางและเทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้น
2. ความคาดหวังของประชาชนที่เพิ่มขึ้นและความต้องการบริการทางการแพทย์ที่ซับซ้อนจากการที่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ดีและความมั่งคั่งร่ำรวยทางเศรษฐกิจ
3. การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ 60 ปี จากปัจจุบันร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 27 ในปี ค.ศ. 2030 ซึ่งทราบกันดีว่าผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยที่มากกว่าและนานกว่า
4. การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ พยาบาล และสาขาที่เกี่ยวข้อง (paramedics) เช่น dietician and nutritionists เป็นต้น

การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุส่วนมากจะดำเนินการโดยองค์กรอาสาสมัคร [voluntary welfare organisations (VWOs)] ซึ่งรัฐบาลจะให้เงินช่วยเหลือแก่องค์กรเหล่านี้ด้วย มีโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (Geriatric day hospital) จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (Community-based hospital) 4 แห่ง และโรงพยาบาลโรคเรื้อรัง (chronic sick hospital) 3 แห่ง

- * มีบริการในสถาบัน (Institutional care service) ได้แก่ acute geriatric care, Community-based hospital 4 แห่ง Nursing home 50 แห่ง และ Hospice
- * บริการช่วยเหลือภายในชุมชน (Community-base support services) ได้แก่ Day care, Day hospital และ Day rehabilitation centres 28 แห่ง (ดังแสดงในรูปที่ 3 และ 4)
- * การดูแลที่บ้าน (Home care) ได้แก่ home help ในการดำเนินงานของ 6 องค์กร (VWOs), home medical 6 องค์กร (VWOs) และ home nursing services 7 องค์กร (VWOs) ทั้งหมดนี้จะจัดการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตามความต้องการ

รูปที่ 3 แสดงภาพผู้สูงอายุใน Day Care ภายในการดูแลของเจ้าหน้าที่ของ MCD



ที่มา: http://www.mcids.gov.sg/HTML/elderly/elderly_cont2.html

รูปที่ 4 แสดงถึงมาตรฐานบริการสำหรับผู้สูงอายุโดย IMC



ที่มา: http://www.mcids.gov.sg/HTML/elderly/elderly_cont2.html

IMC ได้เสนอให้มี 2 แนวทางหลักในการดูแลและรักษาสภาพผู้สูงอายุ คือ

1. ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีเสมอ และสามารถประกอบกิจกรรมได้ในชุมชน

2. หากเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ (Disability) ต้องมีการจัดการที่เหมาะสมและดูแลสภาพที่มีประสิทธิภาพ (cost-effectiveness) ให้สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้มากที่สุด หากผู้สูงอายุต้องการอยู่กับครอบครัวสามารถจัดบริการดูแลรักษาที่บ้านให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สถาบันต่างๆ ที่จะเป็นที่พึ่งในการดูแลผู้สูงอายุจะเป็นมาตรการสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ ต้องมีความครอบคลุมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค คัดกรองโรค (Screening) และวินิจฉัยโรคให้ได้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันความพิการ ทุพพลภาพ ดังนั้นต้องมีการฝึกอบรมผู้ที่มาดูแลที่ไม่ได้จบทางการแพทย์โดยตรงหรือ general practitioners ให้ดีขึ้น พัฒนาเครื่องมือและบริการการดูแลระยะยาว (long-term care) ร่วมกับ VWOs ที่มีมาตรฐานการดูแลและมาตรการในการช่วยเหลือด้านการเงินในการดูแลระยะยาวด้วย

(<http://app.internet.gov.sg/scripts/moh/newmoh/asp/our01.asp> [available on December 15,2001])

Ministry of Community Development and Sports (MCDS)

รับผิดชอบหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างทุกกระทรวงคือ IMC มีนโยบายการดำเนินงานดังนี้

1. สร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวซึ่งเป็นสถานที่แรกในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ
2. ปรับเปลี่ยนค่านิยมและทัศนคติต่อผู้สูงอายุ ให้ยังคงเป็นผู้ที่สามารถให้ประโยชน์เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้

บทบาทของสถาบันครอบครัว (Family's Central Role)

ครอบครัวเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญสำหรับสังคมในด้านเศรษฐกิจ อารมณ์ และสังคม สำหรับสมาชิกสูงอายุ ขณะที่สถาบันครอบครัวในประเทศสิงคโปร์ยังคงมีความเข้มแข็งอยู่ MCDS จะส่งเสริมสนับสนุนให้ยังคงไว้ซึ่งการมีบทบาทที่สำคัญ โดยจัดกิจกรรมรณรงค์สัปดาห์ผู้สูงอายุแห่งชาติ (Senior Citizens Week) และส่งเสริมในเรื่องของความกตัญญูให้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (Family Values) ดังนั้นเพื่อช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ MCDS ได้จัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุม เช่น Senior Citizens' Club, Social Day Care Centres, Day Rehabilitation Centres (by Ministry of Health), Sheltered Homes for the Aged และอื่นๆ ที่ดำเนินการโดย VWOs ภายใต้การสนับสนุนด้าน

การเงินจากรัฐบาล สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวหรือไม่ได้รับความช่วยเหลืออื่น ๆ ความช่วยเหลือจะเป็นโครงการบ้านราคาถูก (low-cost housing project), Senior Activity Centres, Befreinder Services, Financial Scheme และอื่นๆ ตามความเหมาะสม

ค่านิยมของชาวสิงคโปร์นิยมการเดินทางไปทำงานในต่างแดนมากขึ้นนั้น ทำให้รัฐบาลออกกฎหมายให้ลูกต้องเลี้ยงดูพ่อแม่เรียกว่า Maintenance of Parent Act ในปี ค.ศ. 1994 และนโยบายทางสังคม (Social Policy) อื่น ๆ ที่จะป้องกันแก้ไขปัญหาการทอดทิ้งผู้สูงอายุ (neglect) แต่หลังจากการออกพรบ. นี้ พบว่า มีการฟ้องร้องลูกในวัยกลางคนที่ไม่เลี้ยงดูกว่า 200 ราย แต่ก็มีข้อโต้แย้งว่าเป็นกฎหมายที่รุนแรงเกินไป เมื่อพิจารณาจากวัฒนธรรมที่มีมาแต่เดิมนั้น ควรที่จะมีการปลูกจิตสำนึกมากกว่าการใช้กฎหมายบังคับ

ข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 1990-1995 พบว่าสัดส่วนคนโสดเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 20-44 ปี (ยกเว้น 30-34 ปี) และมีอัตราการหย่าร้างเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มเชื้อชาติ ในระยะ 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ชาวสิงคโปร์ส่วนใหญ่จะไม่แต่งงาน หรือแต่งงานแต่ไม่มีลูก แสดงว่าผู้สูงอายุในอนาคตจะขาดความช่วยเหลือจากครอบครัว รัฐบาลได้จัดให้มีการรณรงค์ให้เห็นคุณค่าของลูก "Children: life would be empty without them" เพื่อให้ลูกเป็นผู้ที่เลี้ยงดูพ่อแม่ยามชรา และมีการทบทวนนโยบายตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น การพิจารณาส่งเสริมให้ช่วยเหลือดูแลกันและกันระหว่างพี่น้อง ญาติ และเพื่อน แทนที่จะเป็นหน้าที่ของลูกแต่เพียงอย่างเดียว

การปรับเปลี่ยนค่านิยม (Leading Meaningful and Productive Lives)

นับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว ในอนาคตประชากรสูงอายุจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดี ไม่เป็นภาระพึ่งพิง การศึกษาสูงขึ้น จากแนวโน้มอัตราการรู้หนังสือในปี ค.ศ. 1990 ร้อยละ 89 เพิ่มขึ้นร้อยละ 93 ในปี ค.ศ. 2000 และดังนั้นผู้สูงอายุจะสามารถทำงานได้นานมากขึ้นกว่าเดิม

สังคมนับว่ามีบทบาทสำคัญมากที่จะทำให้รับรู้ว่าคุณสูงอายุสามารถทำงานได้เช่นเดียวกับวัยแรงงาน และเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเสริมสร้างเศรษฐกิจ อาคารสถานที่ทำงานจะต้องเหมาะสมและช่วยให้ไม่ต้องพึ่งพาใคร ทุกหน่วยงานและทุกสาขาได้ร่วมจัดทำโครงการสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. Sheltered Home มี MCDS รับผิดชอบตรวจสอบและออกใบอนุญาตสำหรับการปลูกสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุภายใต้พระราชบัญญัติที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Home for the Aged Act 1988) ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแก่ VOWs ที่จะปรับปรุงและสร้างบ้านมีจำนวน 20 โครงการ

2. Social Day Centres (SDC) เป็นศูนย์สำหรับผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในขณะที่ลูกๆ ไปทำงานในเวลากลางวัน SDC จะเป็นแหล่งรวมพบปะสังสรรค์และร่วมกิจกรรม มีผู้ให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมบางช่วงเวลาเพื่อลดภาระของผู้ดูแลในบางโอกาส มีศูนย์ทั้งหมดจำนวน 13 แห่ง

3. Befriender Service (บริการเป็นเพื่อน) มี VWOs ดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุจำนวนหลายแห่ง ผู้ที่ต้องการทำงานเพื่อสังคม (social worker) หรืออาสาสมัครที่จะไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังส่วนใหญ่ดำเนินการโดย Lion Befrienders ซึ่งได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลและ National Council of Social Service

4. โครงการร่วมระหว่าง Ministry of Community Development and Sports และคณะกรรมการพัฒนาการเคหะ (Joint MCD-HDB Project) มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่รายได้ต่ำในแฟลตให้เช่าของโครงการเคหะ (HDB rental flat) ซึ่งดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 แบ่งเป็นบล็อก (Clusters of block) คณะกรรมการพัฒนาการเคหะ (HDB) จะปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีระบบเตือนภัยในแฟลต มีลิฟต์ทุกชั้น ก๊อกน้ำที่มีที่จับแบบยก (ไม่ต้องหมุน) กระเบื้องปูพื้นแบบกันลื่น มีราวสำหรับจับเวลาเดิน และโถส้วมแบบนั่ง

5. ศูนย์กิจกรรมผู้สูงอายุ (Senior Activity Centres: SACs) อันเนื่องมาจากห้องเช่า (1-room HDB rental blocks) ของโครงการร่วม (Joint MCD-HDB Project) ที่จะปรับปรุงความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่เช่าห้องพักของการเคหะนี้ มีศูนย์จัดกิจกรรมในชั้นแรกเพื่อให้บริการ ประสานงาน เป็นที่พบปะสังสรรค์สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในแฟลต ซึ่งปัจจุบันมีทั้งหมด 12 ศูนย์

6. บริการส่งอาหาร (Meal Service) เป็นบริการของ VWOs ที่เสนอบริการอาหารเป็นมื้อและรวมทุกมื้อทั้งแบบไม่คิดมูลค่าหรือราคาปกติสำหรับผู้สูงอายุที่รายได้น้อย บางศูนย์มีบริการส่งอาหารให้ที่บ้าน ศูนย์ที่ให้บริการประเภทนี้มีจำนวน 30 ศูนย์

7. ชมรมผู้สูงอายุ (Senior Citizen's Clubs) ดำเนินการโดยสมาคมแห่งประชาชน (People's Association) ที่จัดนันทนาการและโปรแกรมออกกำลังกาย (Keep-fit Programme) การคัดกรองโรค (Health Screening Programme) การศึกษาต่อเนื่อง (Continuing Education Programme) และบริการชุมชนเพื่อสร้างโอกาสที่ดี (Opportunities for Community Services) นอกจากนั้นยังส่งเสริมให้มีกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual Help Groups: MHG) ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีสมาชิกจำนวนประมาณ 10 คนที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน

(http://www.mcads.gov.sg/HTML/elderly/elderly_cont2.html) [available on December 15,2001])

แนวทางการพัฒนาแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอนาคต

ในปี ค.ศ. 1997 ที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระหว่างกระทรวงเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (IMC) ในความรับผิดชอบของกระทรวง Ministry of Community Development and Sports (MCDS) เพื่อศึกษาและหาแนวทางนโยบายและกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพระยะยาว (long-term care) ทั้งส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ มีการแบ่งเป็นกลุ่มทำงาน 6 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มทำงานเพื่อการบูรณาการผู้สูงอายุในสังคม (Workgroup on Social Integration of the Elderly)
2. กลุ่มทำงานด้านการดูแลสุขภาพ (Workgroup on Health Care)
3. กลุ่มทำงานด้านที่พักอาศัยและการใช้ที่ดิน (Workgroup on Housing and Land Use Policies)
4. กลุ่มทำงานด้านการทำงานและการจ้างงาน (Workgroup on Employment and Employability)
5. กลุ่มทำงานเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านการเงิน (Workgroup on Financial Security)
6. กลุ่มทำงานเกี่ยวกับการสร้างความสามัคคีและขจัดความขัดแย้ง (Workgroup on Cohesion and Conflict in Aging Society)

จากการวางแผนระดับชาติสำหรับผู้สูงอายุ กระทรวง MCDS ได้เริ่มดำเนินการจัดทำแผนแม่บท 5 ปีขึ้น ถึงแม้ในขณะนี้ยังไม่มีเอกสารอย่างเป็นทางการ แต่ก็ได้จัดให้มีการประชุมระดับภาค (Regional Conference) โดย Gerontology Society ในเดือนมกราคม ค.ศ. 2001 จากแนวทางหลักของแผนแม่บทนี้ คาดว่าจำเป็นต้องใช้งบประมาณกว่า 93 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์เพื่อจัดการในส่วนต่อไปนี้

- * โครงสร้างพื้นฐานและระบบบริการที่เหมาะสมสะดวกสบาย
- * เงินอุดหนุน เงินช่วยเหลือต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ
- * การดูแลผู้สูงอายุทั้งสุขภาพดีและไม่ดีรวมทั้งผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ข้อที่ 1 ให้มีการจัดบริการแบบองค์รวมคือสามารถดูแลทั้งเด็กและผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมให้มีเครือข่ายเพื่อนบ้าน เช่น มีศูนย์กิจกรรมกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตของรัฐ ส่งเสริมองค์กรเอกชนในด้านบริการสำหรับที่อยู่อาศัย มีศูนย์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่รัฐบาลให้การรับรอง เพื่อไม่ให้อุปการะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังและไม่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอกโดยให้ความเท่าเทียมกัน

กลยุทธ์ข้อ 2 เริ่มดำเนินการในเดือนเมษายนปี ค.ศ. 2001 มีการให้เงินช่วยเหลือแก่กองทุนอาสาสำหรับผู้สูงอายุผู้มีรายได้น้อยให้ได้รับเงินช่วยเหลือมากขึ้น ให้มีการแข่งขันในด้านบริการ จึงน่าที่

จะมีบริการประเภทนี้เพิ่มขึ้นและมีความเชี่ยวชาญมากขึ้นด้วย จนกลายเป็นอุตสาหกรรมบริการผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งตามแผนแม่บทนี้จะต้องใช้เงินมากกว่า 93 ล้านเหรียญสิงคโปร์ โดยมากกว่า 30 ล้านจะใช้ในโครงการสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพดี กรณีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ดี จะเป็นบริการที่เน้นความสะดวกและสามารถเข้าถึงบริการต่างๆได้ จะต้องมีส่วนผู้ดูแลซึ่งเข้าใจธรรมชาติการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูล การฝึกหัด การให้ข้อกำหนดต่อผู้ดูแลในครอบครัว ข้อเสนอแนะเรื่องข้อมูลที่เกี่ยวข้องทาง website ที่มีประโยชน์ที่จะให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรค Alzheimer และ Parkinson ทั้งข้อเสนอแนะการปฏิบัติตัวในการช่วยเหลือผู้ที่เพิ่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

นอกจากคาดว่าศูนย์ฝึกอาชีพสำหรับวัยทอง (Golden Manpower Centres) จะช่วยในการฝึกอบรมและสร้างโอกาสในการจ้างงานผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากอัตราการมีส่วนร่วมในแรงงานของผู้สูงอายุ 55-64 ปี ในปี ค.ศ. 1999 มีเพียงร้อยละ 43 ซึ่งก็ต่ำมากเมื่อเทียบกับประเทศญี่ปุ่น (ร้อยละ 67) เกาหลี (ร้อยละ 64) และฮ่องกง (ร้อยละ 52) ดังนั้นเพื่อให้วัยทองมีการจ้างงานผู้สูงอายุมากขึ้น รัฐบาลควรปรับปรุงอัตราการเก็บเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพใหม่ เพื่อช่วยเหลือนายจ้างที่จ้างงานผู้มีอายุ 55 ปีขึ้นไปโดยให้ลดลงตามอายุของลูกจ้าง ซึ่งในปัจจุบันมีอัตราการเก็บเงินเข้ากองทุนรายละเอียดยังคงในตาราง 20

ตาราง 20 แสดงอัตราการเก็บเงินเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพจากนายจ้างและลูกจ้างในปัจจุบัน

อายุ (ปี)	อัตราการเก็บเงินสำหรับนายจ้าง	อัตราการเก็บเงินสำหรับลูกจ้าง
ต่ำกว่า 55 ปี	16	20
56-60 ปี	4	12.5
61-65 ปี	2	7.5
65 ปีขึ้นไป	2	5

ที่มา : Mehta, 2001a.

ผู้สูงอายุมักจะขาดทักษะในการทำงาน จึงได้รับค่าจ้างแรงงานที่ต่ำกว่าและมักจะถูกแบ่งแยกในบริบทของการแข่งขันทางเศรษฐกิจที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะสมัยใหม่ จึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสนใจกับการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับสังคม จึงต้องมีแผนงานโครงการที่จะสร้างเสริมให้เกิดโอกาสกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในแรงงาน จากผลการศึกษาของกระทรวงแรงงานในสิงคโปร์พบว่าลักษณะงานในสิงคโปร์ยังมีเวลาการทำงานที่ไม่มียืดหยุ่น การทำงานลักษณะ part-time

ยังมีไม่มากนัก จึงต้องเปลี่ยนทั้งทัศนคติและทบทวนเรื่องการจ้างงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในแรงงานได้นานที่สุด ผู้จ้างงานผู้สูงอายุต้องให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่า และสนับสนุนให้ความช่วยเหลือทั้งร่างกายและจิตใจตลอดจนเงินออมต่างๆ ปัญหาที่พบคือการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดเรื่องการจ้างงานผู้สูงอายุทั้งผู้จ้างและตัวผู้สูงอายุเอง และความไม่เหมาะสมระหว่างค่าจ้างแรงงานและตำแหน่งที่ต้องยึดหยุ่นและอยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติ (performance-based) มากกว่าบนพื้นฐานของอายุ (seniority -based) มีกองทุนฟื้นฟูทักษะการทำงาน (Skill Retraining Fund) และกองทุนส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต (Lifelong Learning Fund) ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย กระทรวงแรงงานต้องปรับปรุงแนวทางให้มีความหลากหลาย (multi-pronged approach) เช่น กำหนดเรื่องเงินช่วยเหลือ รูปแบบการจ้างงาน (model older employee) ต้องปรับปรุงให้เหมาะสมและประสานกับโปรแกรมการฝึกอาชีพ อย่างไรก็ตาม จะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับตลาดแรงงานที่เปิดรับผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อมในงานนั้นจะช่วยเกื้อหนุน

รัฐบาลสิงคโปร์ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องมีความร่วมมือระหว่างรัฐ ชุมชน และครอบครัว เป็นนโยบาย "Many Helping Hands" ซึ่งรวมทั้งเอกชนด้วย และมีนโยบายหลัก "ร่วมกันจ่าย" (co-payment policy) ยกเว้นผู้มีรายได้น้อย ซึ่งต้องการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการแพทย์จากรัฐ

พื้นที่ที่จะพัฒนานโยบาย (Area for Policy Development)

แผนแม่บท 5 ปีมีจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดังนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถบูรณาการบริการในชุมชนแก่ผู้สูงอายุให้ได้มากกว่าเดิม ให้มีความต่อเนื่อง เช่น การช่วยให้ได้อยู่กับครอบครัวและชุมชนเดิม โปรแกรมฝึกอบรมต่างๆ การจัดการศึกษาด้านการป้องกันสุขภาพระยะยาว และนโยบายหลักให้สามารถพึ่งตนเอง มีศักดิ์ศรี คงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของครอบครัวแบบเอเชีย ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นคือ การจัดที่พักอาศัยแบบแบ่งแยก (Ghettoisation) ของบางโครงการ เช่น Studio Apartment ตามหลักการแล้วควรให้ทุกวัยได้อาศัยอยู่ด้วยกัน แต่ในความเป็นจริงที่พบว่าแนวโน้มที่มีคนโสดเพิ่มขึ้นเป็นสัญญาณที่แสดงว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ข้อมูลปี ค.ศ. 1990-95 พบว่าสัดส่วนคนโสดเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 20-44 ปี ยกเว้น 30-34 ปี อัตราการหย่าร้างเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มเชื้อชาติ แนวโน้มดังกล่าวทำให้ต้องทบทวนนโยบายใหม่ เช่น การส่งเสริมให้พี่น้องช่วยดูแลซึ่งกันและกัน

จากอัตราการรู้หนังสือที่เพิ่มขึ้น รายละเอียดในตาราง 21 ต้องนำมาพิจารณาว่านโยบายจะเหมาะสมกับผู้สูงอายุรุ่นอื่นๆ หรือไม่ เพื่อไม่ให้สิ้นเปลืองทั้งเวลาและทรัพยากรในการวางแผนงาน

ตาราง 21 แสดงการคาดประมาณจำนวนและร้อยละของระดับการศึกษาของผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี

ระดับการศึกษา	1995		2010		2030	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทั้งหมด	130,482	100.0	196,000	100.0	506,400	100.0
ระดับประถมหรือต่ำกว่า	116,403	89.2	139,600	71.2	191,200	37.8
ระดับมัธยม	8,989	6.9	32,100	16.4	161,100	31.8
สูงกว่ามัธยม	3,314	2.5	16,700	8.5	87,600	17.3
ระดับปริญญา	1,776	1.4	7,600	3.9	66,500	13.1

ที่มา : Inter-Ministerial Report on Ageing Population, 1993:31 (Mehta, 2001a).

สังคมที่มีความมั่งคั่งร่ำรวยนั้นมักจะประสบปัญหาค่าใช้จ่ายทางสังคม (Social Cost) รายได้
 มัธยฐานของครัวเรือนที่ทำงานในปี ค.ศ. 1990 เพิ่มขึ้นจาก 2,300 เหรียญสิงคโปร์เป็น 3,600 ในปี ค.ศ.
 2000 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.8 นั้น จากตัวเลขแสดงว่าไม่มีผู้ที่อยู่ต่ำกว่าเส้นความยากจน (Official Poverty
 Line) และปรากฏว่าสิงคโปร์ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับคนยากจนเลย และเป็นการยากที่จะได้มาซึ่งข้อมูลใน
 ส่วนนี้ แต่คาดว่าพวกที่น่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม คือแรงงานสูงอายุ ผู้หญิงที่ไม่ได้ทำงาน และผู้สูงอายุที่
 เป็นหม้าย นอกจากนั้น พบว่า กองทุนสำรองเลี้ยงชีพยังไม่ครอบคลุมทุกคน และในความเป็นจริง
 ปัจจุบันมีผู้สูงอายุถูกให้ออกจากงานจำนวนมาก ดังนั้นจึงควรมีการแก้ไขนโยบายใหม่ ถึงแม้จะมีข่าย
 ความปลอดภัย (safety net) อยู่แล้วแต่ก็ยังไม่เพียงพอ การต้องเผชิญวิกฤติจากการถูกปลดออกจากงาน
 หรือไม่มีลูกที่จะดูแลช่วยเหลือในยามชรา นับว่าเป็นปัญหาสำคัญ นโยบายในอนาคตจึงควรจะได้รับ
 การปรับปรุงตามช่วงเวลาหรือเมื่อมีข้อมูลใหม่ ปัญหาเร่งด่วนที่มาจากการย้ายถิ่นและกระแสโลกาภิวัตน์
 แรงงานต่างชาติราคาถูกและความง่ายในการเข้าถึงความรู้ทางการแพทย์ทางอินเทอร์เน็ต เหล่านี้จะต้อง
 นำมากำหนด ประเมินผล ปรับปรุงนโยบายและมาตรการของประเทศ และควรมีการศึกษาวิจัยเฉพาะ
 สาขาให้มากขึ้น เช่น การวิจัยผลกระทบต่อการดำรงชีวิตหลังหมดประจำเดือนในผู้สูงอายุเพศหญิง
 เช่นเดียวกันจากการสำรวจในเพศชายที่มีอายุระหว่าง 45-70 ปี จากตัวอย่าง 1,000 คน เพื่อศึกษาภาวะ
 และผลของ Andropause ของเพศชายชาวเอเชีย ซึ่งผลการวิจัยนี้ควรจะได้นำมาใช้ประโยชน์ในการ
 กำหนดนโยบายด้วย

เมื่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและค่าโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้กำหนดนโยบายจะต้องแก้ไข
 ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (Aged Dependency) เพื่อลดภาระของลูกด้วยการลดภาษีให้ 4,500 เหรียญสิงคโปร์
 ต่อปี หรือ 375 เหรียญสิงคโปร์ต่อเดือน อาจจะเป็นจำนวนเงินเพียงเล็กน้อยแต่ก็เป็นเหมือนเงินช่วยเหลือ
 สำหรับครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และสิ่งสำคัญที่ครอบครัวจะได้รับคือความรู้สึกที่ดีในการดูแล

ผู้สูงอายุมากกว่าจะคำนึงถึงด้านการเงิน และประเด็นที่ควรพิจารณาต่อไปคือสิทธิเกี่ยวกับการตาย จากอายุที่ยืนยาวและความเจริญทางการแพทย์ ผู้สูงอายุจึงควรมีสิทธิที่จะเลือกมีชีวิตอยู่ต่อหรือจะยุติการรักษา เป็นประเด็นทางจริยธรรมที่ต้องมีการคิดล่วงหน้า เพราะคาดกันว่าในอนาคตวิทยาการทางการแพทย์จะเจริญมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปัจจุบัน

สิ่งที่รัฐบาลควรดำเนินการคือพิจารณาข้อเสนอแนะของกลุ่มทำงานทั้ง 6 กลุ่มนี้ นำมาจัดทำเป็นนโยบาย ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างพื้นฐาน สำหรับสิงคโปร์นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี คือ มีการจัดการด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการลดจำนวนชั้นบันไดทางขึ้นของห้างสรรพสินค้า สถานีรถไฟใต้ดิน และตลาด ทางเดินเท้าที่ไม่ลาดชันที่ให้อัตราเร็วไฟฟ้า (electric wheel-chair) จะสามารถเล่นได้ ดังนั้นจะต้องให้ความสำคัญต่อยุทธศาสตร์ด้านการคมนาคม (Transport Policies) ควรทบทวนเกี่ยวกับการให้สิทธิผู้สูงอายุโดยสารรถประจำทางนอกช่วงเวลาเร่งด่วน (off peak hour) ระหว่าง 10 โมงเช้าถึง 4 โมงเย็น และหลัง 1 ทุ่ม

นอกจากนั้นต้องให้ความสำคัญกับนโยบายการศึกษาสำหรับวัยสูงอายุ (Third Age) ในอนาคต ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดี ร่ำรวย สามารถไปไหนมาไหนได้อย่างสะดวกสบาย และมีโอกาสในการศึกษาหลังจากการเกษียณ ควรจัดให้มีการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อจัดโปรแกรมในช่วงฤดูร้อนที่น่าสนใจ เพื่อให้นโยบายและแผนงานโครงการต่างๆ มีความสอดคล้องและบรรลุตามวัตถุประสงค์หลักของนโยบาย

ผู้กำหนดนโยบายจะต้องเตรียมการอย่างดีสำหรับผู้สูงอายุรุ่นใหม่ในอีกไม่กี่ทศวรรษ ผู้แสวงหาความรู้ใหม่และต้องการเป็นที่ยอมรับในตลาดแรงงาน ไม่เหมือนผู้สูงอายุปัจจุบันที่ไม่ได้รับความสำคัญและได้รับการยกย่องให้เป็นผู้ที่ควรเคารพนับถือในฐานะของบุพการีเท่านั้น

นโยบายผู้สูงอายุประเทศฮ่องกง

วิวัฒนาการด้านนโยบายและแผนสำหรับผู้สูงอายุของประเทศฮ่องกง

นโยบายผู้สูงอายุในปี ค.ศ. 1970-1990

นโยบายผู้สูงอายุของฮ่องกงฉบับแรกจัดทำขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1977 โดย Social Services Branch ซึ่งอยู่ภายใต้ Government Secretariat นโยบายฉบับนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงบริการที่มีให้ผู้สูงอายุนั้นยังไม่เพียงพอและยังขาดนโยบายหลักหลายด้านที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ นโยบายฉบับนี้ยังชี้ให้เห็นว่ายังขาดการประสานงานกันระหว่างภาครัฐและผู้ให้บริการ ผู้สูงอายุยังคงอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ต้องอยู่คนเดียว อยู่อย่างแออัด ขาดการได้รับการบริการขั้นพื้นฐาน และยังคงเผชิญกับโรคเรื้อรังและความพิการ

ในปี ค.ศ. 1982 ได้มีการทบทวนนโยบายและแผนที่จัดทำขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1977 โดย Central Coordinating Committee on Service ซึ่งอยู่ในฝ่ายบริการสังคมสำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี (Government Secretariat) ประเด็นหลักที่ได้มีการทบทวนแผนที่ทำขึ้นนั้นมีอยู่ 3 ประเด็นคือ

- การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและการคาดประมาณประชากรสูงอายุในฮ่องกงที่กำลังกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุ”
- ปัญหาเรื่องภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุ
- การเพิ่มบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ

สำหรับบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุนั้นเป็นบริการที่แยกออกมาเป็นพิเศษและดำเนินการโดยหน่วยงานสวัสดิการสังคม (Social Welfare Department) ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ Social Center, Multi-Services Center, Home help service, Day care center, homes สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสถานบริการเหล่านี้ยังไม่มีการพัฒนาที่ชัดเจน

ในปี ค.ศ. 1987 เริ่มมีคณะกรรมการกลาง (Central Committee) แต่งตั้งและปรับเปลี่ยนโดย the Secretary for Health & Welfare ภายใต้ Legislative and Executive Councils Office (LEGCO) โดยมีภารกิจ/บทบาทเป็นคณะผู้ให้คำปรึกษา (advisory panel) ในเรื่องสุขภาพและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มีวาระการบริหาร 1 ปี และต้องเสนอรายงานเรื่องการบริหารสำหรับผู้สูงอายุ โดยรายงานที่เสนอในปี ค.ศ. 1988 นั้นยังคงเหมือนกับแผนแรก แต่ก็มีรายละเอียดบางอย่างเพิ่มเติมดังนี้

- ปัญหาเรื่องประสานงานในการให้บริการ
- การทบทวนเรื่อง ความไม่พอเพียงของกองทุน การประสานงานกันระหว่างหน่วยงาน และจากส่วนกลางในด้านการบริการ โครงสร้างการปฏิบัติงานในส่วนกลางสู่พื้นที่ ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและเอกชน

สำหรับผลการทบทวนแผนงานของคณะกรรมการกลาง ในปี ค.ศ. 1989 มีดังนี้

- การบริการที่ไม่พอเพียงและความต้องการในอนาคต
- เน้นการดูแลของชุมชนและครอบครัว
- การบริการที่มี 2 โครงการนำร่องที่ให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหรืออยู่ลำพัง

ในปี ค.ศ. 1990 - 1994 นโยบายของรัฐได้เน้นความต้องการตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ การเพิ่มกองทุน มีการเพิ่มเงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งรายงานนี้มีการเพิ่มความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการให้บำนาญแก่ผู้สูงอายุ และการตั้ง Elderly Services Division ใน H & W Bureau

ในปี ค.ศ. 1997 มีการตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุ (Elderly Commission: EC) ซึ่งมีวัตถุประสงค์การดำเนินงานดังนี้ เพื่อช่วย Hong Kong SAR Government (HKSARG) โดยการให้คำแนะนำ กำหนดนโยบายและแผนงานสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิตและความสดใสในชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ เพิ่มความรู้สึกมั่นคงและความเป็นเจ้าของสุขภาพที่ดีและความมีคุณค่าของชีวิตแก่ผู้สูงอายุ

คณะกรรมการผู้สูงอายุไม่ได้มีหน้าที่บทบาทในการบริหาร แต่จัดทำนโยบายเสนอรัฐบาลโดยให้มีบุคลากรจาก Hospital Authority (HA) รับผิดชอบการบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ Department of Health (DH) รับผิดชอบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ Social Welfare Department (SWD) รับผิดชอบความมั่นคงทางสังคมและบริการสังคม Housing Department (HD) รับผิดชอบแผนงานด้านการเคหะ

โดยสรุปแล้วคณะกรรมการผู้สูงอายุ (EC) ได้ดำเนินงานบรรลุผลพอสมควรกล่าวคือ

1. มีความเข้าใจครอบคลุมนโยบายและการบริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งพิจารณาได้จากการศึกษาและรายงานที่ EC ทำไว้ใน ปี ค.ศ. 1997 – 1999 (Report of Elderly Commission)
2. มีนโยบายใหม่ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การจัดหาที่พัก การยกระดับบริการบ้านพักคนชรา การออกแบบที่อยู่อาศัย การจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ตามความเหมาะสม การขยายบริการสุขภาพและการบริการโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น โรคสมองเสื่อม
3. มีแนวนโยบายใหม่ๆ ในเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุตามอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ และเน้นคุณภาพชีวิต

อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในเรื่องการรวมตัวกันของหน่วยงานที่จำเป็นต้องรอบนโยบาย แต่ก็ได้ยอมรับและให้ความสำคัญในเรื่องของการรวมตัวหรือประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อเป็นแนวทางนโยบายในปี ค.ศ. 2000 ต่อไป

แนวนโยบายผู้สูงอายุนับจากปี ค.ศ. 2000

จากรายงานของ Elderly Commission ในปี ค.ศ. 1997-1999 ได้แสดงให้เห็นถึงการขาดแนวนโยบายจากส่วนกลางและการประสานงานกัน ดังนั้นในปี ค.ศ. 2000 จึงมีแนวนโยบายส่งเสริมในเรื่อง Sense of Security, Sense of Belonging และ Sense of health and Worthiness แต่ก็เป็นแนวนโยบายที่เพิ่งจะเริ่มต้น โดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือในชุมชนเท่าที่จะทำได้ (Aging in Place) และการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuum of Care) ซึ่งเป็นหลักของทุกนโยบายและหลักการบริการผู้สูงอายุ ทั้งสองสิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงการริเริ่มแผนงานหรือโครงการใหม่ๆ

ความรู้สึกปลอดภัย (Sense of Security)

สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ Comprehensive Social Security Assistance (CSSA) จะจัดหาที่อยู่ที่ปลอดภัยให้ โดยในช่วงกลางปี ค.ศ. 2000 มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 14.9 ได้มาใช้บริการนี้ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า CSSA เป็นที่รู้จักและเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือนี้ และในปี ค.ศ. 2001 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (The Mandatory Provident Fund) ได้เข้ามามีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุไม่ให้มีการปลดเกษียณเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ที่ยังมีงานทำ

ความรู้สึกสัมพันธ์กับครอบครัวและญาติพี่น้อง

นโยบายและบริการที่ส่งเสริม Sense of Belonging นั้นเป็นสิ่งจำเป็น ได้มีการให้การสนับสนุนผ่านครอบครัวและชุมชน และบริการที่ให้การดูแลที่พิถีพิถัน

Housing

- การให้ความสำคัญของครอบครัวที่จะอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ
- การจัดที่พักสำหรับผู้สูงอายุทั้งหมดภายใน 2 ปี
- แผนงานเฉพาะด้านบ้านสำหรับผู้สูงอายุ
- สนับสนุนการพัฒนาบ้านพักผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยเอกชน

Residential care

- การเพิ่มจำนวนของสถานดูแลเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็น 5,200 คน ในปี ค.ศ. 2008
- การปรับปรุงคุณภาพของสถานดูแลเอกชนที่ต้องมีใบอนุญาต
- การลดระยะเวลาการรอที่จะใช้บริการที่นาน 2 ปี เป็น 17 เดือน
- การดูแลที่มีมาตรฐาน มีการจัดการเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการสถานดูแล

Community support

- การจัดการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน
- การปฏิรูปการบริการที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่า
- การปรับปรุงผู้ให้การดูแล
- การดูแลแบบต่างๆ ที่เหมาะกับผู้สูงอายุ เช่น ขยายเวลาการดูแลในตอนกลางวัน และยืดเวลาการให้บริการออกไป
- การดูแลเฉพาะสำหรับผู้มีปัญหาสมองเสื่อมและคิดฆ่าตัวตาย

ความรู้สึกมีสุขภาพดีและมีคุณค่า (Sense of Health and Worthiness)

สุขภาพเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้สูงอายุ รัฐบาลจะต้องรักษาระดับของการให้บริการสุขภาพทั้งในด้านงบประมาณและโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ 18 แห่ง และทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 18 ทีม โดยมีแผนที่จะเริ่มโครงการผู้สูงอายุสุขภาพดีในอีก 3 ปีข้างหน้า (Healthy Aging)

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีพิจารณาที่ 2 องค์ประกอบ คือ การมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและดำเนินชีวิตประจำวันอย่างกระฉับกระเฉง แสดงออกโดยการเป็นอาสาสมัคร ทำสิ่งที่ตนเองชอบ มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ปัญหาสำหรับนโยบายผู้สูงอายุในปี ค.ศ. 2000

1. **การขาดข้อมูล** เกี่ยวกับลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การทำงาน ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย การให้บริการด้านสังคมและสุขภาพ แนวทางศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มผู้ป่วยและบริการที่เหมาะสม เครือข่ายทางสังคมและการช่วยเหลือ ตัวชี้วัดความเสี่ยง

2. **ปัญหาด้านนโยบายและการบริการ** แม้ว่าจะมีการบริการที่มาก แต่ยังขาดความเข้าใจและการรวมตัวกันในการปฏิบัติงานจริง ปัญหาหลักๆ ที่พบในฮ่องกง ได้แก่

2.1 การขาดวิสัยทัศน์ในบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมและข้อจำกัดของการให้คำจำกัดความกลุ่มที่เข้ารับบริการ ผู้สูงอายุยังถูกมองเป็นภาระของสังคม นโยบายเน้นการดูแลในชุมชนแต่ยังมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เป็นโสด หรือถูกทอดทิ้ง

2.2 การขาดความเข้าใจและไม่มีแผนการดำเนินงาน

- การที่รัฐเน้นให้มีการดูแลในชุมชน แต่ไม่มีการปฏิบัติอย่างแท้จริง ความต้องการในการดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชนของตนเอง ไม่ใช่แค่การให้การสนับสนุน
- การดูแลจากครอบครัวที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลในชุมชน แต่อาจมีข้อจำกัดในความเท่าเทียมในการสนับสนุนการให้บริการ
- การขาดความตระหนักในเรื่องผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ความมั่นคงทางสังคม การดูแลสุขภาพ ที่ควรจะมีการพิจารณาและมีการทบทวนในการจัดลำดับความสำคัญในการปฏิบัติในกลุ่มผู้รับบริการที่แตกต่างกัน
- การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุที่มีการทำนายถึงผลกระทบจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุ

2.3 การขาดการบูรณาการและการประสานงานภายในและระหว่างหน่วยงาน

- การขาดการบูรณาการและการประสานงานภายในและระหว่างหน่วยงาน ปัญหาในการที่มีนโยบายที่ดีแต่ในทางปฏิบัติยังไม่ดีพอ เช่น การขาดการดูแลในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล
- การขาดการร่วมปฏิบัติและประสานงานในหน่วยงาน เช่น การจำแนกที่เหมาะสมว่าผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาล
- ปัญหาในการขาดความเห็นที่มาจากหัวหน้าส่วนต่างๆ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ
- การประสานงานและร่วมปฏิบัติงานของการบริการในส่วนต่างๆ การบริการที่ให้จริงๆ กับผู้สูงอายุนั้นมีความยากต่อการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในสถานดูแล Care and Attention Home แต่ Social Welfare Department ชี้ว่าเขาควรได้รับการดูแลในสถานบริการในโรงพยาบาล การไม่มีรูปแบบที่เป็นทางการในการสื่อสารระหว่าง 2 หน่วยงานและการบริการที่เหมาะสมควรจะเป็นสถานบริการใด
- ปัญหาการขาดการประสานงานในการบริการระดับท้องถิ่นที่เป็นนโยบายจากส่วนกลาง

สรุป

นโยบายผู้สูงอายุฉบับนี้ แสดงถึงความพยายามของผู้รับผิดชอบ คือ Chief Executive (CE), Elderly Commission (EC), Health and Welfare Bureau (H&W) โดยที่ Elderly Commission (EC) จะให้แนวทางสำหรับ 3 หน่วยงานหลักคือ HA ที่มีหน้าที่รักษาและฟื้นฟู DH มีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค SWD มีหน้าที่ในการบริการสังคมส่วนบุคคล ส่วนหน่วยงานอื่นๆ นั้นขึ้นกับความต้องการที่จะช่วยสนับสนุนนโยบายผู้สูงอายุในด้านใดด้านหนึ่ง

รายงานการศึกษานโยบายฮ่องกง เน้นถึงความต้องการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ที่แสดงให้เห็นถึงความตื่นตัวของรัฐบาล ในความพยายามที่จะตอบสนองให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุโดยใช้นโยบายที่จัดทำขึ้น แต่พบว่ายังมีปัญหาเรื่องการขาดข้อมูลในการกำหนดนโยบาย ขาดการบูรณาการภายในและระหว่างหน่วยงานที่เป็นผลจากการแบ่งแยกกันทำงาน และการขาดการวางแผน การปฏิบัติงานตามนโยบาย ดังนั้นการที่จะริเริ่มนโยบายหรือบริการต่างๆ จึงถูกกระทบจากปัญหาดังกล่าวนี้

กิจกรรมและโครงการในแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุ

บริการสุขภาพและสังคม

นโยบายของฮ่องกงที่มีต่อการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุนั้น ในทางปฏิบัติทำโดยการเพิ่มบริการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ก็มีปัญหาเพราะไม่มีนโยบายใดที่จะก่อให้เกิดการประสานและร่วมมือกันในการบริการให้บริการ นโยบายมาก่อนบริการก่อนไม่มี (first-come-first-serve) ในช่วงปี ค.ศ. 1970 เป็นช่วงที่รัฐเริ่มรับรู้และเข้าใจความต้องการและสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ แต่ก็ยังขาดงบประมาณที่จะมาสนับสนุน ในช่วงปี ค.ศ. 1980 เป็นช่วงที่บริการเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีการขยายตัวมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการเติบโตทางเศรษฐกิจ และในช่วงปี ค.ศ. 1990 เป็นช่วงที่มีการรวมหน่วยงานการบริการต่างๆ เข้าด้วยกัน แต่ก็เป็นารรวมกันในแง่ของโครงสร้างของการบริหารมากกว่าจะเป็นการรวมเพื่อสนองตามความต้องการของผู้สูงอายุที่ใช้บริการ แต่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้ง Social Welfare Department (SWD), Hospital Authority (HA), Department of Health (DH) และ Housing Authority ต่างก็มีการปรับนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มมากขึ้น มีการปรับปรุงการให้บริการ แต่ก็จะเป็นการปรับปรุงภายในหน่วยงานเสียมากกว่าปรับปรุงระหว่างหน่วยงาน ดังนั้นแม้จะดูว่ามีความครอบคลุมแต่ก็ยังขาดการประสานระหว่างหน่วยงานอยู่

การบริการสุขภาพ

ในฮ่องกงมีอยู่ 2 หน่วยงานที่รับผิดชอบการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ คือ Department of Health (DH) และ Hospital Authority (HA) โดย DH จะดูแลในเรื่องของสาธารณสุขมูลฐานรวมทั้งอนามัยสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และงานผู้ป่วยนอก สำหรับ HA จะดูแลในเรื่องการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ส่วนเอกชนก็เข้ามามีส่วนร่วมในการบริการด้านผู้ป่วยนอกมากกว่าร้อยละ 90 และผู้ป่วยในน้อยกว่าร้อยละ 10 ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ รัฐบาลจะต้องเข้ามาให้บริการในส่วนนี้

การบริการสาธารณสุขมูลฐาน

ความยืนยาวของชีวิตและอัตราการตายที่ลดต่ำลง ประกอบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้จำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และความยืนยาวของชีวิตทำให้สังคมมีสภาพไม่ต่างไปจากประเทศที่พัฒนาแล้ว คือ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปอยู่ราวร้อยละ 11.2 (759,200) และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.7 (มากกว่า 1.32 ล้านคน) ในปี ค.ศ. 2021 ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุมาก (75 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนมาก และจะเป็นภาระหนักในการให้บริการสุขภาพ

จุดมุ่งหมายสำคัญของบริการขั้นมูลฐานก็คือให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและลดการเจ็บป่วยลง โดยให้มีแพทย์ประจำบ้านให้บริการแบบองค์รวมคือดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยคาดหวังให้ผู้สูงอายุมีความกระฉับกระเฉง รับประทานอาหารที่ดี หยุดสูบบุหรี่ และลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจและโรคทางเดินหายใจต่างๆ เพราะพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ จะนำไปสู่ปัญหากระดูกบางและกล้ามเนื้ออ่อนแอได้ การรับประทานอาหารที่ดีนั้น หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จากข้อมูลที่มีอยู่ขณะนี้ พบว่าร้อยละ 38 ของผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 34 ของผู้สูงอายุหญิง มีน้ำหนักเกินค่ามาตรฐาน ดังนั้นการสนับสนุนให้หยุดสูบบุหรี่และรับประทานอาหารที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ขณะนี้ฮ่องกงมีศูนย์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Elderly Health Centers) 12 แห่งที่ส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยจำแนกตามภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันโรค คล้ายกับโปรแกรมที่มีในคลินิกผู้ป่วยนอกและองค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐ เช่น การดูแลสุขภาพในช่องปากก็จะให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันและรักษา เพราะในฮ่องกงผู้สูงอายุยังมีภาวะสุขภาพในช่องปากที่ต่ำกว่าค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุไม่มีฟันเหลืออยู่เลย ขณะที่มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดว่าจะต้องมีต่ำกว่าร้อยละ 5 และร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุมีฟันปกติเพียง 20 ซึ่ง ขณะที่มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดว่าจะต้องมีมากกว่าร้อยละ 75 นอกจากนี้ โรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังก็มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยพบว่าร้อยละ 75 เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 48 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 มีปัญหาข้ออักเสบ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในฮ่องกงจะตายด้วยโรกระบบไหลเวียนและหายใจ (รายงานสุขภาพผู้สูงอายุ, 2001)

การบริการด้านการรักษาและฟื้นฟู

บริการด้านการรักษาและฟื้นฟูในฮ่องกงจะมีทั้งในส่วนที่เป็นของรัฐและเอกชน โดยแบ่งการให้บริการเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เอกชนจะรับผู้ป่วยนอกสูงถึงร้อยละ 85 ผู้ป่วยในร้อยละ 8 ถ้าไปใช้บริการของรัฐ ผู้ป่วยนอกจะจ่ายเพียง 5 เหรียญสหรัฐ ขณะที่คลินิกเอกชนจะเสียค่าบริการประมาณ 20 เหรียญสหรัฐต่อครั้ง ดังนั้น ถ้าต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลก็จะใช้บริการของรัฐ

มากกว่าเพราะเสียค่าบริการเพียง 8 เหรียญสหรัฐ จะไม่ค่อยเข้ารักษาตัวในสถานบริการเอกชน เพราะเสียค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้น ทั้งคลินิกและโรงพยาบาลของรัฐที่มีอยู่ทั่วไปนั้น ต้องมีการปรับปรุงบริการเพื่อเป็นการดึงดูดผู้ใช้บริการ

ขณะนี้คลินิกผู้ป่วยนอกซึ่งดำเนินการโดย DH มีการประสานงานกับ HA เพื่อให้การบริการที่ดีขึ้น มีการปรับปรุงบริการทั้งของคลินิกและโรงพยาบาล ในเกาะฮองกงจะมีคลินิกอยู่ 68 แห่ง ทั้งคลินิกผู้ป่วยนอกและคลินิกเคลื่อนที่ที่เข้าถึงแม้ว่าจะอยู่ในพื้นที่ที่เป็นเกาะที่ห่างไกล แต่ก็ยังไม่เพียงพอ จะเห็นได้จากคนที่ผู้สูงอายุยังต้องรอคิวในการเข้าตรวจแต่ละครั้งถึง 4 ชั่วโมง และถ้าตรวจโรคเฉพาะทางอาจต้องรอคิวเข้าตรวจถึง 3 เดือน และถ้าเป็นการผ่าตัดที่ไม่ต้องเร่งด่วนก็ต้องรอคิวอย่างน้อยที่สุด 9 เดือน

การบริการสุขภาพชุมชน

การบริการสุขภาพชุมชนมีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยให้บริการแบบครอบคลุม มีทีมที่เข้าไปให้บริการรักษาและประเมินสุขภาพในชุมชน ได้แก่

- Community geriatric psycho-geriatric assessment (CGATs or PGTs)
- Community Nursing Service (CNS)
- Day hospitals

สิ่งสำคัญคือควรจะต้องมีการประเมินว่าการบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละรายควรเป็นอย่างไร สำหรับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้สูงอายุดังนี้

- มี CGATs 10 แห่ง ที่ให้บริการได้ 16,500 คน ต่อปี
- PGTs 9 แห่ง ที่ให้บริการได้ 42,000 ต่อปี
- ผู้รับบริการของ CNS เป็นผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 55
- การบริการที่มี เช่น การฉีดยาเบาหวาน และทำแผล
- จำนวนเตียงที่ให้บริการในโรงพยาบาลมี 415 เตียง แต่ผู้ป่วยที่ต้องการบริการในปี 1998 มีถึง 93,400 คน แสดงว่ามีผู้ป่วยถึง 225 คนต่อ 1 เตียง
- มีผู้สูงอายุประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์ ที่มีความพิการทางกายอย่างน้อยหนึ่งอย่าง และประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ มีโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค
- คนไข้ที่มาโรงพยาบาล 45 เปอร์เซ็นต์เป็นผู้สูงอายุ ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป และนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 22 วัน ในขณะที่มากกว่าร้อยละ 50 นอนโรงพยาบาลมากกว่า 22 วัน

ปัญหาของการให้บริการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ

1. ความไม่พอของบริการสุขภาพที่ให้แก่ผู้สูงอายุ จะเห็นได้ชัดว่า แม้จะมีการเพิ่มจำนวนเตียงขึ้นอย่างมาก เช่น มีการเพิ่มเตียงผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุจาก 967 เตียง ในปี ค.ศ. 1993 เป็น 1,768 เตียง ในปี ค.ศ. 1998 หรือเพิ่มขึ้นถึง 77 เปอร์เซ็นต์ ก็ยังไม่เพียงพอ
2. การขาดข้อมูลทางระบาดวิทยาที่จำเป็นต่อการวางแผนนโยบาย
3. ปัญหาอื่น ๆ เช่น การขาดการประสานงานภายในและระหว่างหน่วยงาน
4. การส่งต่อผู้ป่วย
5. การวางแผนการรับและจำหน่ายผู้ป่วย

การบริการสังคม (Social Work)

เป็นความรับผิดชอบของกรมสวัสดิการสังคม ซึ่งมี 2 ส่วนคือ ฝ่ายบริหารและการส่งเสริมประกันสังคม กับฝ่ายจัดการปัญหาบุคคลและสังคม ซึ่งแต่เดิมเป็นการบริการโดยรัฐแต่ต่อมาเป็นการดำเนินการโดยองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ (NGO) มากกว่า 99 เปอร์เซ็นต์

การประกันสังคม (Social Security)

ผู้สูงอายุฮ่องกงในปัจจุบัน มีการรู้หนังสือ การออม เงินบำนาญที่ต่ำ และภาวะเศรษฐกิจที่ไม่ดีอยู่ประมาณร้อยละ 15 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งอาจจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากไม่ได้มีการอ้างสิทธิในการขอรับประโยชน์ในการประกันตน เพราะมีรายได้ที่ต่ำกว่าเบี้ยประกันสังคม ซึ่งถือเป็นระดับของความยากจน โดยมีเกณฑ์ที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. Old Age Allowance (OAA ประมาณ 90 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน)
2. Comprehensive Social Security Benefit (CSSA ประมาณ 250 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน)
3. Disability Allowances จะได้ในอัตราสูงกว่า CSSA เกณฑ์นี้เป็นระดับที่พอยังชีพ ไม่รวมค่าใช้จ่ายในกิจกรรมทางสังคม เช่น ดูภาพยนตร์ ซึ่งรวมแล้วรัฐจะต้องรับภาระในส่วนนี้ประมาณ 4-5 ร้อยล้านดอลลาร์ฮ่องกง

Personal Social Service

เป็นบริการสังคมที่จัดให้แก่ทุกกลุ่มอายุ ประเภทและการจัดองค์กรของบริการสังคมแบบนี้ มีต้นแบบมาจากอังกฤษ โดยอยู่ในความรับผิดชอบของ SWD บริการที่นอกเหนือจากของ SWD จะถูกส่งให้องค์กรเอกชน (NGO) ซึ่งมีมากกว่าร้อยละ 90 โดยได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล

บริการที่ให้แก่ผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องของการดูแลสุขภาพที่ขึ้นกับระดับของความเจ็บป่วย โดยมีรูปแบบการให้บริการดังนี้

1. **Social Center for Elderly (SE)** จะให้การดูแลผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีกิจกรรมทางสังคมและสันทนาการ ในแต่ละศูนย์จะมีจำนวนสมาชิกประมาณ 300-400 คน ค่าสมาชิกประมาณ 2.6 ดอลลาร์สหรัฐ และมีแผนที่จะขยายออกไปอีกในพื้นที่ห่างไกล โดยมีการบริการครอบคลุมที่เรียกว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิต (life long learning) คือ การเรียนให้อ่านออกเขียนได้ หรือ การเรียนในสิ่งที่สนใจ บริการของ SE นี้ ให้บริการผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 20,000 คน

2. **Multi-services Centres for the Elderly (MES)** เป็นศูนย์บริการผู้สูงอายุที่มีการดำเนินการหลายรูปแบบ ได้แก่ การให้บริการปรึกษา เป็นบริการหลักของการบริการรูปแบบนี้ ความรู้เรื่องครอบครัว ซึ่งเป็นการให้ความรู้และส่งเสริมการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนในวัยต่างๆ มีอาสาสมัครที่เข้าไปช่วยเหลือที่บ้าน โดยจะเป็นการจับคู่กันระหว่างผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีกับผู้สูงอายุที่อ่อนแอ มีอาสาสมัครไปเยี่ยมผู้ป่วย ขณะนี้มีทั้งหมด 34 ศูนย์ มีจำนวนผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนไว้ถึง 200,000 คน มีสมาชิกให้บริการประมาณ 2,000 คน

3. **The Day Care Centres for Elderly (DES)** เป็นศูนย์บริการที่ให้บริการผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ที่ยังสามารถอยู่บ้านได้ โดยให้การสนับสนุนจากศูนย์บริการในช่วงกลางวัน มีการพยาบาลต่างๆ เช่น การทำแผล การให้ยา และการอาบน้ำ การให้ยาในการป่วยเล็กน้อยๆ ขณะนี้มีจำนวนศูนย์บริการ 38 แห่ง ศูนย์บริการลักษณะนี้ให้บริการผู้สูงอายุประมาณ 200,000 คน มีจำนวนผู้รับบริการสูงสุด 40 คนต่อวัน

เมื่อไม่นานมานี้เองก็มีแผนในการที่จะรวมศูนย์บริการที่กล่าวมาทั้ง 3 ประเภท ให้เป็นศูนย์บริการประจำอำเภอ เพื่อให้เกิดการประสานงานและเกิดผลในการให้บริการเป็นศูนย์เดียว แต่มีความครอบคลุมในบริการทุกด้าน ทั้งนี้ก็เพื่อให้ตรงกับนโยบายที่ว่า ‘Aging in Place’ และ ‘Community Care’ คือ พยายามให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนได้บริการจากชุมชน ซึ่งปรัชญานี้เป็นหลักของการบริการในฮ่องกงที่ได้ปรับปรุงศูนย์บริการเบื้องต้น เพื่อกลุ่มเป้าหมายที่ห่างไกลและเป็นการยกระดับการดูแลที่บ้าน

เนื่องจากความจำเป็นในการที่ต้องอยู่ในสถานพักคนชราทำให้ฮ่องกงมีสถานบริการหลายแบบสำหรับผู้สูงอายุแต่ละประเภท เช่น หอพักหรือบ้านพักสำหรับคนชราที่มีที่นอน อาหารและเสื้อผ้าที่สะอาด แต่ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายเป็นการสนับสนุนให้คนอยู่บ้านของตนเอง ดังนั้นการให้บริการแบบนี้จึงค่อยๆ หดไป เปลี่ยนมาเป็น Care and attention homes (C&A homes) ซึ่งให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ และการให้บริการดูแลแบบ Nursing Care (NH) ขณะนี้ในฮ่องกงมีบริการทั้งสองรูปแบบอยู่ทั้งหมด 193 แห่ง มีจำนวนเตียง 22,000 เตียง ซึ่งทั้ง 193 แห่งนี้ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ส่วนภาคเอกชนก็มีการให้บริการในรูปแบบนี้อยู่มากกว่า 50 เปอร์เซนต์ หรือมี

จำนวนมากกว่า 500 ศูนย์ และมีจำนวนเตียง 25,000 เตียง ปัจจุบันการให้บริการแบบนี้ (Nursing home) อยู่ในความดูแลของกรมสวัสดิการสังคม

จากที่กล่าวมานั้น จะเห็นได้ว่าการให้บริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีความครอบคลุม และเพียงพอกับความต้องการ แต่ยังคงขาดในเรื่องของการกำหนดนโยบายและการประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นโยบายผู้สูงอายุประเทศไทย

การเตรียมการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้เริ่มโดยหน่วยงานด้านสวัสดิการของรัฐ (The Government's Welfare Institution) ซึ่งก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2496 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์หรือนโยบายประเทศด้านผู้สูงอายุ จนกระทั่งใน พ.ศ. 2529 จึงมีนโยบายด้านผู้สูงอายุ โดยมีการจัดทำเป็นแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น แผนฉบับที่ 1 มีระยะเวลาระหว่าง พ.ศ. 2529-2544 และแผนฉบับที่ 2 ระหว่าง พ.ศ. 2545-2564

แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2529-2544 (The First National Long-term Plan for Older Persons 1986-2001)

การจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 เป็นการตอบสนองต่อแผนปฏิบัติการที่ได้จากการประชุมผู้สูงอายุโลกครั้งที่ 1 (The First World Assembly on Aging) ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ใน พ.ศ. 2525 ประเทศไทยได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นใน พ.ศ. 2529 และได้จัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2529-2544 ขึ้น สาระสำคัญของแผนฉบับนี้มาจากข้อเสนอแนะของ International Plan of Action on Aging ที่ได้จากการประชุมผู้สูงอายุโลกครั้งที่ 1

แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 1 มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- จัดเตรียมผู้สูงอายุให้มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย การปรับตัวด้านสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพที่จำเป็น
- จัดเตรียมผู้สูงอายุเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนและการคุ้มครอง (Support and Protection) ของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งบริการสวัสดิการอื่นๆ ตามความจำเป็นที่ต้องการ
- ให้การสนับสนุนบทบาทของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในครอบครัวและกิจกรรมอื่นๆ
- เน้นความรับผิดชอบของสังคมต่อผู้สูงอายุ

แผนดังกล่าวครอบคลุม 4 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ ด้านสุขภาพ การศึกษา รายได้ และการจ้างงาน และสังคมวัฒนธรรม โดยมีมาตรการรองรับที่สำคัญ ได้แก่

1. การเผยแพร่ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปรับตนเอง (Self-adjustment) การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-healthcare) การป้องกันโรค โภชนาการ และการออกกำลังกาย
2. การขยายสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอ และไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน
3. การให้การศึกษา การฝึกอบรม และการให้การศึกษาด้านอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสามารถให้มีความรู้และทักษะเพื่อการจ้างงาน

4. การจัดกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย/นันทนาการแก่ผู้สูงอายุเพื่อเอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ไปยังรุ่นที่อ่อนกว่า
5. รณรงค์เพื่อให้เห็นความสำคัญของระบบครอบครัวขยายและค่านิยมทางสังคมเกี่ยวกับการให้ความเคารพและความกตัญญูต่อบรรพบุรุษและผู้สูงอายุ
6. การเข้าร่วมกับสถาบันทางศาสนาในการเผยแพร่ศีลธรรม เพื่อให้มีจิตวิญญาณในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาการสอนศีลธรรมโดยการใช้วิธีการที่หลากหลายและเหมาะสม
7. ส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทของชุมชนและภาคเอกชนในการจัดหาบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ
8. ฝึกอบรมบุคลากรในการให้การดูแลและจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ
9. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานและกระตุ้นให้มีการศึกษา วิจัย ควบคุมกำกับ และประเมินผลในประเด็นที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ในช่วงระยะเวลาของแผนที่ 1 ได้มีการกำหนดนโยบายเพื่อผู้สูงอายุของรัฐบาลในแต่ละสมัย ได้แก่

1. การออกกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพและสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสมัยนายอานันท์ ปันยารชุน
2. การสร้างหลักประกันสำหรับการบริการสุขภาพและให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ ในสมัยนายอานันท์ ปันยารชุน
3. การดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ในสมัยนายชวน หลีกภัย
4. การสนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในสมัย นายบรรหาร ศิลปอาชา
5. การสร้างระบบประกันสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่ารักษา ในสมัย พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ

ผลการดำเนินงาน

การดำเนินการมาตรการต่างๆ ตามแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 1 และตามนโยบายของรัฐบาลต่างๆ ได้มีการประเมินผลซึ่งพบว่ามีการตอบสนองต่อนโยบายที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (ตารางที่ 22)

ตาราง 22 การตอบสนองต่อนโยบายรัฐบาล และนโยบายและมาตรการระยะยาวในแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 1

นโยบายรัฐบาล	การตอบสนอง
● ออกกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพและสุขภาพของผู้สูงอายุ	+
● สร้างหลักประกันสำหรับการบริการสุขภาพและให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ	++/+++
● ดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข	++
● สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสาธารณสุข	++
● สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่ารักษา	+++
นโยบายและมาตรการระยะยาวในแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 1	
● ส่งเสริมและให้บริการความรู้โดยเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตในบ้านปลายอย่างมีคุณค่าและมีความสุข	+++
● ขยายบริการพื้นฐานและสวัสดิการ โดยเฉพาะแก่ผู้ด้อยโอกาส ด้านสุขภาพอนามัยสังคม	++/+++
● สาธารณูปโภค/สาธารณูปการ	-/+
● สนับสนุนให้การศึกษา ส่งเสริม และเปิดโอกาสในการได้ทำงานตามความถนัด	++
● จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม	++
● ส่งเสริมและรณรงค์ให้ประชาชนและสังคมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ	+++
● สนับสนุนองค์กรทางศาสนาในการเผยแพร่คำสอนเพื่อเป็นที่พึ่งทางจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ	++
● สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับดูแล รักษา และการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ	++
● ให้มีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้มีการศึกษา วิจัย ติดตาม และประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	++/+++

- ยังไม่มีการตอบสนอง

+ มีการตอบสนอง

++ มีการตอบสนองและดำเนินการบ้าง

+++ มีการตอบสนองและดำเนินการไปเป็นส่วนใหญ่

++++ มีการตอบสนองและดำเนินการได้ตามนโยบาย

ที่มา : ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545-2564.

กิจกรรม / โครงการที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาลและมาตรการของแผนระยะยาว เพื่อผู้สูงอายุ ที่มีความจำเพาะกับผู้สูงอายุ และมีการดำเนินการไปแล้วที่สำคัญๆ ได้แก่

- การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา ให้ที่พักพิงแก่ผู้สูงอายุ จำนวน 20 แห่ง ศูนย์บริการผู้สูงอายุ ให้บริการผู้สูงอายุในเวลากลางวัน จำนวน 13 แห่ง บริการที่พักฉุกเฉิน (Emergency shelter service) และบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการโดยกองสวัสดิการสงเคราะห์ (Department of Social Welfare) กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในเรื่อง

ของการจัดบริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นการดูแลโดยสถาบันและโดยชุมชน (Institutional and community care) โดยบริการทางสังคมที่เป็นทางการ (formal social service) จะจัดให้ในลักษณะการแก้ไขเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องที่สถาบันครอบครัวไม่สามารถทำได้ นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดตั้งศูนย์บริการสังคมเพื่อผู้สูงอายุขึ้นในวัด (Social Services Centres for Older Persons in Temples) ให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ จัดกิจกรรมด้านสันติภาพและการโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพ

- โครงการเงินอุดหนุนกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน เริ่มดำเนินการใน พ.ศ. 2536 โดยกรมประชาสงเคราะห์ห่มอบเงินยังชีพ 200 บาทต่อเดือนแก่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นด้านการเงินขาดผู้ดูแลหรือผู้อุปการะและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 300 บาทต่อเดือนในปี พ.ศ. 2542 ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิจะต้องได้รับการเสนอผ่านศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน มีผู้สูงอายุประมาณ 400,000 คน ที่ได้รับความช่วยเหลือนี้

- โครงการสวัสดิการด้านการสงเคราะห์การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐโดยไม่คิดมูลค่า เริ่มดำเนินการใน พ.ศ. 2532 โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ ให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนที่ไม่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล โดยไม่คิดมูลค่าจากแหล่งอื่น

- การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นทุกแห่ง เป็นบริการผู้ป่วยนอกให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และตรวจรักษาโรคในระยะเฉียบพลัน ไม่ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพ และไม่มีบริการต่อเนื่องสู่ชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน ส่วนบริการผู้ป่วยในที่มีอยู่ไม่มีโครงการที่จำเพาะกับผู้สูงอายุ เป็นบริการที่แทรกรวมอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ และจัดขึ้นเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุประจำอยู่เท่านั้น และยังไม่มียบริการการดูแลระยะยาว (Long-stay care service) ที่ให้บริการโดยภาครัฐ

- การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ใน พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุที่จดทะเบียนอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ (Senior citizen club) ถึง 3,487 คน ซึ่งอาจมีจำนวนมากกว่านี้เนื่องจากหลายชมรมไม่ได้มีการจดทะเบียนอย่างเป็นทางการ ชมรมส่วนใหญ่ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัด (State hospital) และใน พ.ศ. 2541 ได้มีการจัดตั้งสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ (The Senior Citizen Council of Thailand) ทำหน้าที่สนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุทั้งหมดที่จดทะเบียน และรัฐบาลยังให้การสนับสนุนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุโดยผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม

- การจัดฝึกอบรมและการให้การศึกษาแก่บุคลากร ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ ได้มีการดำเนินการอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ รัฐได้ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ในกิจกรรมเหล่านี้ ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดเตรียมบริการในอนาคตแก่ผู้สูงอายุ การจัดฝึกอบรมและการให้การศึกษาแก่เจ้าหน้าที่ทั้งทางด้านสุขภาพและทางสังคม จัดขึ้นโดยหลายหน่วยงาน ได้แก่ คณะต่างๆ ในมหาวิทยาลัย โรงเรียน

แพทย์ โรงเรียนพยาบาล สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สมาคมพญวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย (The Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine) โดยมีแพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก แต่กระนั้นก็ยังขาดแคลนบุคลากรทางด้านการฟื้นฟูสภาพกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ

การจัดโครงการฝึกอบรมแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล จัดขึ้นโดยหลายหน่วยงาน ทั้งโรงเรียน แพทย์ โรงเรียนพยาบาล มหาวิทยาลัย กองสวัสดิการสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจังหวัดบางจังหวัด สภาวิชาชีพไทย และองค์กรเอกชนอื่นๆ

กระทรวงศึกษาธิการได้จัดให้มีโครงการการศึกษาออกโรงเรียน (Non formal educational Program) สำหรับผู้สูงอายุขึ้น เปิดโอกาสในการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายสติปัญญาและจิตใจ การจัดหลักสูตรการศึกษาสำหรับผู้สูงอายุตลอดปีโดยองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน องค์กรที่ไม่แสวงหา ชุมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้หน่วยงานของรัฐ และเอกชนหลายแห่งได้มีจัดอบรมโครงการก่อนเกษียณอายุ (Pre-retirement program) ให้แก่นักงานด้วย

- องค์กรเอกชนหลายองค์กร เช่น สภาวิชาชีพไทย มูลนิธิดวงประทีป HelpAge International องค์กรศาสนา และองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรหลายแห่ง ได้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและยากจน HelpAge International ดำเนินกิจกรรมหลายโครงการที่มุ่งสนับสนุนการสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุในเขตชนบท และให้ทุนในการดำเนินโครงการบริการชุมชน ทั้งบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมในหลายพื้นที่ องค์กรเอกชนบางแห่งมีการดำเนินการโครงการบ้านพักและสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) มีสถานพยาบาลผู้สูงอายุของเอกชนเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากในช่วงสิบปีที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร แต่ไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน เนื่องจากบางแห่งไม่ได้จดทะเบียนกับเจ้าพนักงานของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการเฉียบพลัน (Acute-care private hospital) หลายแห่งได้ปรับหอผู้ป่วยในให้สามารถให้การดูแลระยะยาวได้

- การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุในเรื่องของการเดินทางนั้น มีเพียงการรถไฟแห่งประเทศไทยเท่านั้น ที่มีโครงการสวัสดิการลดหย่อนค่าโดยสารครั้งราคาจากการใช้บริการรถไฟ เริ่มดำเนินการใน พ.ศ. 2530 ครอบคลุมเฉพาะผู้สูงอายุที่ขอใช้สิทธิในระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน ของการใช้บริการผู้โดยสารชั้น 3

- การรณรงค์ส่งเสริมทัศนคติ ค่านิยม เรื่องความอาวุโสและค่านิยมในเรื่องครอบครัว (seniority and family value) โดยการกำหนดให้มีวันผู้สูงอายุแห่งชาติและวันครอบครัว ในช่วงระหว่างประเพณีสงกรานต์ซึ่งถือเป็นวันปีใหม่ของไทย มีกิจกรรมหลายโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมประชาสัมพันธ์ ทั้งในรายการทางโทรทัศน์ วิทยุ และการจัดงานพิธีในหลายพื้นที่ของประเทศ

- ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ได้จัดทำขึ้นในช่วงระหว่างปีผู้สูงอายุสากล (The United Nation's International Year of Older Persons) ใน พ.ศ. 2542 โดยมีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้เข้าร่วมในการเตรียมการปฏิญญานี้จะครอบคลุมในประเด็นของศักดิ์ศรี (Dignity) ของผู้สูงอายุ ความมีเกียรติ/มีคุณค่า (Worthiness) และการคุ้มครองสิทธิ (Right protection) ของผู้สูงอายุ และเน้นมุมมองผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพประโยชน์แก่สังคม
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ระบุภารกิจที่จะต้องมีการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 54 และ 80 ว่ารัฐจะต้องจัดความช่วยเหลือและสวัสดิการให้แก่บุคคลที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดรายได้ในการยังชีพหรือผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับสิทธิพิเศษใดๆ แม้ว่าการเน้นนี้จะเป็นเพียงผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่ได้รับสิทธิพิเศษ แต่ก็ก็เป็นระยะที่สำคัญในการกระตุ้นความตระหนักของสาธารณชนในเรื่องผู้สูงอายุ

ข้อดีของแผนฯ ฉบับที่ 1

ไม่มีนโยบายที่จะเตรียมประชาชนเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การเตรียมดังกล่าวจำเป็นสำหรับทุกคน เพื่อให้เข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้วยการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เริ่มจากวัยหนุ่มสาว และครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา การประกันรายได้ บ้านและสิ่งแวดล้อม และการผสมกลมกลืนในสังคม

ขาดคำแนะนำสำหรับกิจกรรมในอนาคตเพื่อให้ผู้สูงอายุปรับปรุงการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมในสังคม การสร้างความเข้มแข็งและค่านิยมของครอบครัว การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทของรัฐบาลในการให้บริการการดูแลขั้นพื้นฐาน และการให้ความสำคัญต่อแผนประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมเพียงบางส่วนของประชากร

แผนระยะยาวแห่งชาติเพื่อผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545-2564 (The Second National long-term Plan for Older Persons 2002 - 2021)

ก่อนหน้าช่วงกลางทศวรรษปี ค.ศ. 1990 การพัฒนานโยบายของประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทยได้รับเกิดจากอิทธิพลและแรงผลักดันจากองค์การสหประชาชาติ แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา ได้มีการศึกษาวิจัยในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทย ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแผนผู้สูงอายุระยะยาวด้วย ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว บุคคลสำคัญและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ได้เคลื่อนไหวให้รัฐบาลจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น (The National Commission of the Elderly) โดยมีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน คณะกรรมการนี้

ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานของรัฐหลายหน่วยงาน ภาคเอกชน และจากสถาบันการศึกษา เลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้มาจาก 3 หน่วยงานคือ สำนักนายกรัฐมนตรี สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กองสวัสดิการสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม แผนผู้สูงอายุนี้ ได้ร่างและสรุปแนวคิดจากการกระตุ้นและการเคลื่อนไหวขององค์กร/สถาบันท้องถิ่น (Local institution) และบุคคลที่มีความห่วงใยและให้ความสนใจในประเด็นผู้สูงอายุ โดยคาดว่าจะเสร็จสมบูรณ์ และลงนามโดยรัฐบาลได้ใน พ.ศ. 2544 ก่อนที่จะมีการประชุมผู้สูงอายุโลกครั้งที่ 2 (Second World Assembly on Aging) ที่กรุง Madrid ในปี พ.ศ. 2545

แผนระยะยาวเพื่อผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. สร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์แก่สังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด
2. ให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
3. ให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิต และมีหลักประกัน
4. ให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ ด้วยตระหนักว่าเป็นการพัฒนาความมั่นคงของสังคมโดยรวมและถือเป็นการกิจสำคัญขององค์กร
5. ให้มีกรอบและแนวทางการปฏิบัติสำหรับส่วนต่างๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและ สอดคล้องกัน

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 นี้ มีลักษณะเป็นแผนยุทธศาสตร์ ซึ่งกำหนดมาตรการต่าง ๆ พร้อมทั้งดัชนีและเป้าหมายของแต่ละมาตรการ รวมทั้งระยะเวลาที่เป้าหมายนั้นควรสัมฤทธิ์ผล โดยมีลักษณะเป็นแผนรวมของชาติ ไม่ใช่แผนของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่หน่วยงานต่างๆ จะต้องพิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้สอดคล้องกับแผนนี้

แผนฉบับที่ 2 นี้แบ่งออกตามเป้าหมายทางยุทธศาสตร์เป็นหลัก จำแนกออกเป็น 5 หมวด ดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

1. มาตรการ หลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ

- 1.1 ขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป
- 1.2 ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยต้น
- 1.3 ลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมเพื่อชราภาพ

2. มาตรการ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

- 2.1 ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยตั้งแต่วัยเด็ก ให้มีหลักสูตรวิชาการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย
- 2.2 ส่งเสริมและจัดบริการการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อความเข้าใจชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัย และเพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม
- 2.3 รมรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
- 2.4 เตรียมการสำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีความรู้ที่ถูกต้องในทุกเรื่องที่จำเป็น (pre-retirement program)

3. มาตรการ การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

- 3.1 ปรับปรุงระบบการศึกษาให้เกิดการเรียนรู้และประชาชนทุกวัยมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบครอบครัว ผู้สูงอายุ และชุมชน
- 3.2 จัดให้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย โดยเริ่มตั้งแต่ระดับอนุบาล
- 3.3 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและเยาวชน โดยดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และการกีฬา
- 3.4 รมรงค์ให้สังคมมีจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

หมวดที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ

1. มาตรการ ส่งเสริมความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น

- 1.1 จัดบริการการอบรมในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ
- 1.2 จัดบริการให้คำปรึกษาทั่วไปในสถานบริการทางสุขภาพของรัฐและเอกชน
- 1.3 ดำเนินการให้มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. มาตรการ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

- 2.1 ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย
- 2.2 สนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ

3. มาตรการ ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

- 3.1 ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา ทั้งในระบบและนอกระบบ
- 3.2 ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับวัยและความสามารถ
- 3.3 ส่งเสริมการรวมกลุ่มของชุมชนเพื่อจัดทำกิจกรรมเสริมรายได้ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม

4. **มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ**
 - 4.1 ประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม
 - 4.2 ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุและให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมด้านต่างๆ
5. **มาตรการ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ**
 - 5.1 ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ
 - 5.2 ส่งเสริมการผลิตและการเข้าถึงสื่อและข่าวสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุ
 - 5.3 ดำเนินการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง
6. **มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย**
 - 6.1 กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ
 - 6.2 สนับสนุนให้องค์กรทั้งภาครัฐ ชุมชนและเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบและจัดบริการด้านที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
 - 6.3 กำหนดมาตรการแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อที่อยู่อาศัย การปรับปรุงเพื่อที่อยู่อาศัย และระบบสาธารณูปโภคสำหรับผู้สูงอายุ

หมวดที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1. **มาตรการ คุ้มครองด้านรายได้**
 - 1.1 จัดสวัสดิการด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีแหล่งพึ่งพิงที่เพียงพอ
 - 1.2 ขยายหลักประกันยามชราภาพให้ครอบคลุมผู้สูงอายุ
 - 1.3 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนที่มีวัตถุประสงค์ครอบคลุมผู้สูงอายุ
2. **มาตรการ หลักประกันด้านสุขภาพ**
 - 2.1 พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน
3. **มาตรการ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง**
 - 3.1 ลดหย่อนภาษีสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
 - 3.2 เร่งรัดให้มีกฎหมายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุที่ได้รับการทารุณกรรม หรือการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม หรือถูกทอดทิ้งจนเกิดผลเสียร้ายแรงทางสุขภาพกายและ/หรือสุขภาพจิต
 - 3.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต

- 3.4 รณรงค์ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ
- 3.5 ส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ
- 3.6 ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือ

4. มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

- 4.1 ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และบุคคล
 - 4.1.1 ลดราคาค่าโดยสารระบบขนส่งสาธารณะและระบบขนส่งมวลชนแก่ผู้สูงอายุ
 - 4.1.2 ปรับปรุงบริการระบบขนส่งสาธารณะให้สะดวกเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
 - 4.1.3 จัดทำมาตรฐานสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา
 - 4.1.4 จัดตั้งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะ และสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกาย และพักผ่อนที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ
 - 4.1.5 จัดทำมาตรฐานสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อนที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ
 - 4.1.6 จัดให้มีสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อนที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ
- 4.2 จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยควรครอบคลุมบริการดังต่อไปนี้
 - 4.2.1 ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (multipurpose senior center)
 - 4.2.2 ศูนย์ดูแลกลางวัน (day care center)
 - 4.2.3 บริการเยี่ยมบ้าน (home visit)
 - 4.2.4 บริการดูแลที่บ้าน (home care)
 - 4.2.5 บริการสุขภาพที่บ้าน (home health care)
 - 4.2.6 บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล
 - 4.2.7 ส่งเสริมการจัดตั้งระบบเฝ้าระวัง เกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน
 - 4.2.8 สนับสนุนระบบอาสาสมัคร
 - 4.2.9 สนับสนุนและส่งเสริมความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครผู้ดูแล

- 4.3 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรทางศาสนา มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
 - 4.3.1 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 4.3.2 ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนที่ดำเนินการจัดบริการและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
 - 4.3.3 ส่งเสริมให้องค์กรทางศาสนามีส่วนร่วมในการพัฒนาจิตใจและดูแลสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
- 4.4 เกื้อหนุนให้เอกชนจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานร่วมด้วย
- 4.5 จัดบริการแพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย ฯลฯ เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพ
- 4.6 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรัง สำหรับผู้สูงอายุที่เพียงพอแก่การให้บริการและสามารถรองรับปัญหาในผู้สูงอายุ

หมวดที่ 4 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

1. มาตรการ การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ
 - 1.1 ส่งเสริมให้คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติมีศักยภาพในการดำเนินการให้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติได้รับการนำไปปฏิบัติ และเป็นสื่อกลางในการประสานงานกิจการและดำเนินการต่าง ๆ ทั้งระหว่างองค์กรต่าง ๆ ภายในประเทศและต่างประเทศ
 - 1.2 คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ดำเนินการให้มีการพัฒนาและปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ที่เหมาะสมกับสถานการณ์เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
2. มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
 - 2.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ทั้งในระดับวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ดูแลทั่วไป อย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
 - 2.2 กำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศและดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง