



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
นโยบายและทิศทางการนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต

โดย

มัทนา พนานิรามัย

พฤษภาคม 2545

วันที่.....
เลขทะเบียน.....
เลขวิทยานิพนธ์.....

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
 ชั้น 4 อาคาร เอส เอ็ม ทาวเวอร์
 เลขที่ 979/17-21 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน
 เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
 โทร. 298-0455 โทรสาร 298-0476
 Home page : <http://www.trf.or.th>
 E-mail : trf-information@cor.th



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการวิเคราะห์เอกสารวิจัยเรื่อง

นโยบายและทิศทางการนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต

โดย

มัทนา พนานิรามัย
คณะเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

พฤษภาคม 2545

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการวิเคราะห์เอกสารวิจัยเรื่อง

นโยบายและทิศทางการนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต

โดย

มัทนา พนานิรามัย
คณะเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สนับสนุนโดย
เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. โดย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการวิจัย

หลักประกันของผู้สูงอายุไทย: บทเรียนจาก 5 ประเทศในเอเชีย

คำนำ

บทความนี้เป็นการสังเคราะห์รายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2 เรื่อง ใน 5 ประเทศ คือ มาเลเซีย เกาหลี ฮองกง สิงคโปร์ และไทย เรื่องแรกคือ เรื่องนโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต (National Policy And Future Direction) ส่วนเรื่องที่ 2 เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-Term Care For The Elderly) ในบทความนี้จะเน้นเฉพาะเรื่อง นโยบาย ทิศทาง นโยบายและการสร้างหลักประกันให้ผู้สูงอายุ โดยจะไม่รวมไปถึงรายละเอียดในวิธีการให้บริการทางสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นจุดเน้นของอีก 2 บทความในงานชุดเดียวกัน

นโยบายและวิธีดำเนินการเพื่อสร้างหลักประกันให้ผู้สูงอายุย่อมขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนา เศรษฐกิจและความก้าวหน้าในขั้นของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร (Demographic Transition) ซึ่งจะสะท้อนระดับความรุนแรงของปัญหาผู้สูงอายุในประเทศนั้นๆ ตารางที่ 1 จึงได้แสดงจำนวน และโครงสร้างทางอายุของประชากรและรายได้ต่อคนในแต่ละประเทศเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นของสถานการณ์ในแต่ละประเทศ จากข้อมูลเหล่านี้จะเห็นว่าหากจัดเรียงลำดับประเทศตามชั้น

ตารางที่ 1 จำนวนและโครงสร้างทางอายุของประชากร ในปี 2000

	มาเลเซีย	เกาหลี	ฮ่องกง	สิงคโปร์	ไทย
จำนวนประชากร (พัน)	22,246	47,275	6,796.7	3,714	61,399
ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป	1,418.2 ¹	3,371	760.4	312	3,676 ²
ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมด	6.4 ¹	7.1	11.2	8.4	5.99
รายได้ต่อคน (US\$) ³	7,640	15,530	22,570	22,640	5,950

1 สำหรับประเทศมาเลเซีย ตัวเลขที่แสดงคือ จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่จาก 2001 World Population Data Sheet สัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปโดยประมาณคือร้อยละ 4

2 คำนวณจากตารางที่ ๒ ในภาคผนวกของบทที่ 2 ประชากรสูงอายุไทย โดย นภาพร ชัยวรรณ

3 รายได้ต่อคนในปี 1999 จาก 2001 World Population Data Sheet

ของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรจากต่ำไปสูงคือ มาเลเซีย ไทย เกาหลี สิงคโปร์และฮ่องกง (สัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมีช่วงอยู่ระหว่างร้อยละ 4 โดยประมาณในมาเลเซียจนถึงร้อยละ

11.2 ในฮ่องกง) แต่หากเรียงลำดับประเทศตามรายได้ต่อคนจากต่ำไปสูงคือ ไทย มาเลเซีย เกาหลี ฮ่องกงและสิงคโปร์ (รายได้ต่อคนในปี 1999 มีช่วงอยู่ระหว่าง US\$5,950 ในประเทศไทยจนถึง US\$22,640 ในสิงคโปร์) นั้นหมายความว่า ประเทศเกาหลี ฮ่องกงและสิงคโปร์มีการะของผู้สูงอายุ มากกว่าประเทศไทย แต่ประเทศเหล่านี้ก็มีทรัพยากรที่จะระดมเพื่อผู้สูงอายุได้มากกว่าเนื่องจาก รายได้ต่อคนสูงกว่าประเทศไทยหลายเท่า มาเลเซียโดยเปรียบเทียบแล้วมีการะผู้สูงอายุน้อยกว่า ประเทศไทยในขณะที่รายได้สูงกว่า ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุเป็น งานท้าทายมากสำหรับประเทศไทยเพราะมีความจำเป็นต้องสร้างระบบที่สามารถแก้ปัญหาของผู้ สูงอายุซึ่งจะเพิ่มขึ้นอย่างมากภายในระยะเวลาอันสั้น ทั้งๆที่ทรัพยากรที่จะระดมเพื่อการนี้ยังมี น้อยอยู่

เนื้อหาในบทความนี้จะประกอบด้วยหัวข้อต่างๆดังนี้ ในหัวข้อที่ 1 เป็นการสรุปภาพรวม นโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อผู้สูงอายุในแต่ละประเทศ หัวข้อที่ 2 เป็นการสังเคราะห์นโยบายและ แนวปฏิบัติเพื่อผู้สูงอายุในประเทศเหล่านี้ บทสรุปและบทเรียนสำหรับประเทศไทยจะนำไปกล่าว ในหัวข้อสุดท้าย

1. ภาพรวมนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อผู้สูงอายุในแต่ละประเทศ

สรุปภาพรวมในแต่ละประเทศจะประกอบด้วย 4 หัวข้อ คือ หนึ่ง วิวัฒนาการและปรัชญา หลักเบื้องหลังนโยบายผู้สูงอายุ สอง การสร้างหลักประกันด้านรายได้ สาม การสร้างหลักประกัน การเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นในเรื่องการรักษาพยาบาลและเรื่องที่อยู่อาศัย และ สี่ ทิศทาง นโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต สาเหตุที่แบ่งหลักประกันของผู้สูงอายุออกเป็นด้านรายได้และด้าน การเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นเพราะเห็นว่าการมีรายได้เพียงพอในการรักษามาตรฐานความ เป็นอยู่ที่ระดับหนึ่งมีความจำเป็นในตัวของมันเองและน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุ สามารถอยู่อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ใครและมีศักดิ์ศรี อย่างไรก็ตาม การมีรายได้ก็ยังไม่ได้เป็น หลักประกันการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นเสมอไป โดยเฉพาะบริการด้านการรักษาพยาบาลซึ่ง นอกจากจะเป็นรายการจ่ายที่สูงแล้วยังมีความไม่แน่นอนสูงอีกด้วย เช่นเดียวกับเรื่องที่อยู่อาศัยก็ จำเป็นต้องมีการจัดการที่เหมาะสมควบคู่กันไปด้วย ดังนั้นจึงได้แยกหลักประกันด้านการเข้าถึง บริการพื้นฐานออกมาเป็นหัวข้อต่างหาก ในการนำเสนอจะเรียงตามลำดับจากประเทศที่มีสัดส่วน ของประชากรสูงอายุน้อยไปมาก

ประเทศมาเลเซีย

นโยบายผู้สูงอายุ ก่อนปี ค.ศ. 1995 ประเทศมาเลเซียไม่มีนโยบายสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เพียงแต่ได้มีการระบุว่าผู้สูงอายุ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป) เป็นกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งที่ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใต้นโยบายสวัสดิการแห่งชาติ (The National Welfare Policy) อย่างไร

ก็ตาม ความช่วยเหลือที่รัฐจัดให้ซึ่งส่วนมากเป็นการให้การดูแลภายในสถาบัน (Institutional Care) ยังมีน้อยมาก ทั้งนี้เพราะถือว่าการดูแลภายในสถาบันนั้นเป็นทางเลือกสุดท้ายของผู้สูงอายุ แต่จะสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุก่อน ในปี ค.ศ. 1995 รัฐบาลได้ออกประกาศนโยบายแห่งชาติว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (National Policy for the Elderly) โดยมีเป้าหมายคือ “การสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจและรู้สึกถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง ด้วยการได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ตลอดจนมีหลักประกันที่จะได้รับโอกาส รับการดูแลและการคุ้มครองในฐานะเป็นสมาชิกหนึ่งของครอบครัว สังคมและประเทศชาติ”¹ วัตถุประสงค์ที่ต้องการบรรลุมี 3 ข้อ คือ 1) การเพิ่มศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุในครอบครัว สังคม และประเทศ 2) การเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งผลิตภาพในกระบวนการพัฒนาประเทศ และ 3) เพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อดูแลรักษาและคุ้มครองผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม แม้ตระหนักถึงปัญหาผู้สูงอายุ แต่ปัญหานี้ก็ยังมิได้ถูกกำหนดให้เป็นปัญหาหลักในอันดับต้นๆ ที่ต้องได้รับแก้ไขในปัจจุบันนี้

หลักประกันด้านรายได้ ประเทศมาเลเซียมีโครงการบำนาญให้เฉพาะข้าราชการพลเรือน (Government pension scheme for Civil Servants) และข้าราชการทหาร (Old Age Benefit Scheme for the Armed Forces) เท่านั้น ส่วนลูกจ้างเอกชนในภาคทางการมีหลักประกันในรูปแบบของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Employees Provident Fund หรือ EPF) สำหรับ 2 โครงการแรกเป็นแบบ defined benefits กล่าวคือ ผู้ได้รับการคุ้มครองที่ทำงานครบตามเงื่อนไขที่กำหนดจะได้รับประโยชน์ทดแทนในรูปของบำนาญรายเดือนจนกว่าบุคคลผู้นั้นจะเสียชีวิต เป็นโครงการที่ผู้ได้รับประโยชน์ไม่ต้องจ่ายสมทบ แต่ประโยชน์ทดแทนจะจ่ายจากงบประมาณแผ่นดิน บำนาญดังกล่าวยังสามารถตกทอดไปยังสามี ภรรยา บุตรหรือพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้พึ่งพิงของผู้ได้รับประโยชน์ทดแทนด้วย² อย่างไรก็ตาม โครงการทั้งสองนี้ครอบคลุมผู้ทำงานเพียงส่วนน้อยของประเทศเท่านั้น (ไม่ถึงร้อยละ 1 ของผู้ทำงาน)

สำหรับโครงการ EPF เป็นแบบ defined contribution ที่บังคับสำหรับลูกจ้างในภาคทางการ แต่ผู้ประกอบการธุรกิจส่วนบุคคลสามารถเข้าร่วมได้ตามความสมัครใจ ลูกจ้างที่เข้าร่วมโครงการ

¹ “... creating a society of elderly people who are contented and possess a high sense of self worth and dignity, by optimizing their self potential and ensuring that they enjoy every opportunity as well as care and protection as members of their family, society and nation.” จาก หน้า 16 ใน Ong Fon Sim 2001 (1)

² โครงการนี้มีลักษณะคล้ายกับโครงการบำเหน็จบำนาญของข้าราชการก่อนมีกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) ในปี ค.ศ. 1998

นั้นนายจ้างและลูกจ้างจะร่วมจ่ายเงินสมทบในอัตราร้อยละ 12 และ 11 ของค่าจ้างตามลำดับ (อัตราเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาและสถานการณ์ทางเศรษฐกิจในแต่ละขณะ) เงินสมทบทั้งของนายจ้างและลูกจ้างตลอดจนผลประโยชน์จากเงินสมทบเหล่านั้นจะสะสมในนามของลูกจ้างแต่ละคนโดยจำแนกออกเป็น 3 บัญชีดังนี้ ร้อยละ 60 ของเงินสะสมทั้งหมดจะเก็บไว้ในบัญชีที่ 1 ร้อยละ 30 เก็บในบัญชีที่ 2 และที่เหลืออีกร้อยละ 10 จะเก็บในบัญชีที่ 3 ลูกจ้างสามารถถอนเงินได้ไม่เกินร้อยละ 20 จากเงินในบัญชีที่ 1 เพื่อใช้ในการลงทุน สำหรับเงินในบัญชีที่ 2 นั้น ลูกจ้างสามารถถอนออกไปบางส่วนเพื่อการซื้อที่อยู่อาศัยหรือเพื่อการศึกษาของบุตร ข้อจำกัดคือถอนได้ไม่เกินร้อยละ 45 ของเงินในบัญชี แต่ไม่เกินร้อยละ 20 ของราคาบ้านและต้องไม่เกิน 20,000 ริงกิต (หรือประมาณ 200,000 บาท) และหลังจากการถอนเงินเพื่อซื้อบ้านครั้งแรกนั้น ลูกจ้างสามารถถอนเงินครั้งต่อไปเพื่อนำไปผ่อนบ้านส่วนที่เหลือทุก 5 ปีต่อครั้งจนกว่าจะอายุครบ 55 ปี สำหรับบัญชีที่ 3 นั้นสามารถถอนออกไปเพื่อใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลของตนเองหรือของสมาชิกในครอบครัวตามความจำเป็น เงินที่เหลือทั้งหมดจากทุกบัญชีสามารถถอนออกไปเป็นเงินก้อนเมื่อเกษียณอายุ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีความไม่แน่นอนหลายประการที่อาจทำให้เงินก้อนดังกล่าวไม่สามารถเลี้ยงดูผู้เกษียณอายุไปจนตลอดชีวิต เช่น อาจเกิดปัญหาการบริหารเงินที่ผิดพลาด ค่าครองชีพที่สูงขึ้นมากหรืออายุที่ยืนยาวเกินกว่าค่าคาดหมายมาก เป็นต้น ดังนั้น ในปัจจุบันจึงมีทางเลือกอื่นๆ ให้ผู้เกษียณอายุจัดการกับเงินที่สะสมนั้นแทนการรับเงินไปทั้งก้อน เช่น การถอนเป็นรายเดือน การถอนเป็นงวดๆ หรือการถอนเป็นเงินก้อนบางส่วนและเป็นงวดๆ บางส่วน อย่างไรก็ตาม ทางเลือกเหล่านี้ยังไม่ค่อยเป็นที่นิยมนัก ในปี ค.ศ. 2000 ประเทศมาเลเซียได้เริ่มโครงการประเภท annuity ขึ้น 2 แบบเรียกว่า Conventional Annuity Scheme และ Takaful Annuity Scheme (Ong Fon Sim (1) หน้า 20) เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของลูกจ้าง กล่าวคือ แทนการรับเงินที่สะสมไว้เป็นก้อนเมื่อเกษียณอายุ ลูกจ้างสามารถนำเงินที่สะสมได้ตลอดจนเงินที่จะสะสมต่อไปในอนาคตภายใต้โครงการ EPF เพื่อซื้อสิทธิการรับรายได้ที่คงที่เป็นรายเดือนตั้งแต่วันที่เกษียณอายุ จนกว่าชีวิตจะหาไม่ แต่ทางเลือกเหล่านี้ก็ยังไม่เป็นที่นิยมมากนักอีกเช่นกัน เพราะลูกจ้างยังไม่เข้าใจหรือไม่มั่นใจในโครงการนั่นเอง โครงการ EPF นี้บังคับสำหรับลูกจ้างในภาคทางการ แต่ลูกจ้างนอกภาคทางการสามารถเข้าร่วมได้ตามความสมัครใจ

โครงการที่กล่าวมานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่จะสูงอายุในอนาคตมากกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนมากเป็นผู้ที่มีการศึกษาดำ ไม่ได้ทำงานในภาคทางการ หรือไม่ทันได้รับประโยชน์จากโครงการเหล่านี้ สำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนมากยังต้องพึ่งเงินออมของตนเองในอดีต หรือพึ่งโครงการประกันชีวิตที่มีการจ่ายเงินเป็นงวดๆ หรือมิฉะนั้นก็ต้องพึ่งรายได้จากบุตร

ในเรื่องการทำงานนั้น หากจำแนกตามอุตสาหกรรมที่ผู้สูงอายุทำงานพบว่าในปี ค.ศ. 1991 ผู้สูงอายุร้อยละ 62 ทำงานในภาคการเกษตร ร้อยละ 13 ทำงานในอุตสาหกรรมพาณิชยกรรม และอีกร้อยละ 11 ทำงานในอุตสาหกรรมหัตถกรรมและคมนาคม แต่หากจำแนกตามสถานภาพการทำงานพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากทำงานเป็นผู้ประกอบหรือผู้ช่วยธุรกิจส่วนบุคคล อัตราการมีส่วนร่วมในแรงงาน³ (Labor Force Participation Rate) ของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง ร้อยละของการมีส่วนร่วมในแรงงานของผู้สูงอายุ 60-64 ปีลดลงจาก 47.7 ในปี ค.ศ. 1980 เป็น 35.2 ในปี ค.ศ. 1991 และร้อยละดังกล่าวสำหรับผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปก็ลดลงจาก 34.2 เป็น 20.1 ในช่วงเวลาเดียวกัน ยังไม่มีมาตรการเฉพาะใดๆ ที่จัดทำขึ้นเพื่อพยายามเพิ่มอัตราการมีส่วนร่วมในแรงงานของผู้สูงอายุแม้ว่าจะมีการพูดถึงในระดับนโยบายว่าอยากจะเห็นผู้สูงอายุมีโอกาสใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเหมาะสมได้นานที่สุดก็ตาม

หลักประกันด้านการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็น ระบบการประกันสุขภาพยังไม่แพร่หลายในประเทศมาเลเซีย ดังนั้น ยกเว้นผู้สูงอายุที่เคยรับราชการจะยังคงได้รับการฟรีจากสถานให้บริการของรัฐต่อไป สำหรับผู้สูงอายุที่เคยเป็นลูกจ้างในภาคทางการและยังมีเงินสะสมอยู่ในบัญชีที่ 3 ภายใต้โครงการ EPF สามารถนำเงินดังกล่าวมาเพื่อการดูแลตนเองยามเจ็บป่วย ส่วนผู้สูงอายุอื่นๆ สามารถซื้อการประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนและหากไม่สามารถจ่ายได้จริงๆ ก็ต้องพึ่งสวัสดิการจากรัฐ ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจที่พบว่าแหล่งเงินเพื่อซื้อบริการด้านสุขภาพของชาวมาเลเซียส่วนมากจ่ายจากกระเป๋าของผู้รับบริการเอง (out-of-pocket) ประมาณว่าร้อยละ 75 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นการจ่ายจากกระเป๋าของผู้รับบริการเอง (หน้า 30 ใน Ong Fon Sim 2001 (1))

โดยเหตุที่ประชากรของประเทศมาเลเซียยังไม่สูงอายุมากนัก ดังนั้น นอกจากสถานสงเคราะห์เพื่อผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่รัฐจัดให้แล้ว ก็ยังไม่มีโครงการใดเป็นพิเศษเพื่อตอบสนองความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุเพราะถือว่าครอบครัวเป็นที่อยู่อาศัยที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ ในภาคเอกชน มีการทดลองเปิดโครงการบ้านและคอนโดมิเนียมซึ่งออกแบบให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบคั้นสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้สูงอายุสามารถซื้อบริการต่างๆ ภายในโครงการเองได้ อย่างไรก็ตาม โครงการเช่นนี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับมากนักของตลาดในขณะนี้

ทิศทางของนโยบายในอนาคต เป้าหมายที่มาเลเซียต้องการบรรลุในอนาคตมี 2 เรื่อง คือ หนึ่ง การเพิ่มหลักประกันด้านรายได้ด้วยการขยายครอบคลุมของการประกันสังคม ในปัจจุบัน

³ ในบทความนี้จะใช้คำว่า "อัตราการมีส่วนร่วมในแรงงาน" ในความหมายเดียวกับคำว่า "อัตราการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน" ซึ่งเหมือนกับคำว่า "อัตราการเป็นผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ" ที่ใช้ในการสำรวจการมีงานทำของประชากรไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

โครงการบำนาญเพื่อข้าราชการและกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเพื่อลูกจ้างเอกชนในภาคทางการ รวมกันแล้วครอบคลุมแรงงานประมาณร้อยละ 61.8 แรงงานส่วนที่เหลือยังไม่มีหลักประกันด้านรายได้แต่อย่างใด สำหรับผู้ที่เป็สมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพยังต้องคิดหาวิธีการเบิกเงินจากกองทุนซึ่งเป็นที่ยอมรับและขณะเดียวกันก็สามารถสร้างความมั่นใจว่าเงินที่สะสมในกองทุนสามารถให้หลักประกันด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุตลอดชีวิตได้ สอง แกไขปัญหาด้านการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นของผู้สูงอายุซึ่งมี 2 เรื่อง เรื่องแรก ค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุส่วนมากยังคงจ่ายจากกระเป๋าของผู้สูงอายุ นั่นหมายความว่า การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของผู้สูงอายุเอง เรื่องที่สองเป็นปัญหาเกี่ยวกับการขาดการประสานงานระหว่างโครงการให้บริการต่างๆ การขาดบุคลากรและการขาดงานวิจัยและการฝึกอบรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ประเทศไทย

นโยบายผู้สูงอายุ แม้ประเทศไทยจะมีสถานสงเคราะห์ที่ดูแลผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1953 แต่ไม่มีนโยบายเพื่อผู้สูงอายุจนกระทั่งปี ค.ศ. 1986 จึงมีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรกขึ้นโดยครอบคลุมระยะเวลาระหว่างปี ค.ศ. 1986-2001 การจัดทำแผนดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากข้อเสนอแนะขององค์การสหประชาชาติเป็นสำคัญ ปรัชญาในการทำแผนแห่งชาติฉบับที่ 1 คือ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เคยทำคุณประโยชน์ให้สังคม จึงสมควรที่สังคมต้องตอบแทนบุญคุณของบุคคลเหล่านี้ ดังนั้น วัตถุประสงค์ของการทำแผนจึงมีเป้าหมายไปที่ผู้สูงอายุโดยตรง และมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้และการให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุ เน้นความรับผิดชอบของสังคมต่อผู้สูงอายุในการให้สวัสดิการที่จำเป็น สนับสนุนครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน แต่แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาระหว่างปี ค.ศ. 2002-2021 มีจุดเน้นที่แตกต่างกันซึ่งจะนำไปกล่าวในหัวข้อทิศทางของนโยบายในอนาคตต่อไป

หลักประกันด้านรายได้ เช่นเดียวกับประเทศมาเลเซีย ประเทศไทยมีโครงการให้บำนาญหรือบำนาญแก่ข้าราชการก่อน โดยข้าราชการที่ทำงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปเมื่อออกจากราชการมีสิทธิได้รับบำนาญเป็นเงินก้อนเท่ากับจำนวนปีที่ทำงานคูณกับเงินเดือนสุดท้าย แต่ถ้าทำงานตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปจะมีสิทธิเลือกรับเป็นบำนาญรายเดือนจนกว่าชีวิตจะหาไม่หรือเลือกรับบำนาญก็ได้ บำนาญรายเดือนจะเท่ากับจำนวนปีที่รับราชการหารด้วย 50 คูณกับฐานเงินเดือนบำนาญ (ฐานเงินเดือนบำนาญสำหรับผู้ที่มีได้เป็นสมาชิกของกองทุนบำเน็จบำนาญข้าราชการ หรือ กบข. คือเงินเดือนสุดท้าย แต่สำหรับผู้ที่เป็นสมาชิกกองทุน กบข. ฐานเงินเดือนบำนาญคือค่าเฉลี่ยของเงินเดือน 5 ปีสุดท้าย) เงินบำเน็จและบำนาญนั้นมาจากงบประมาณแผ่นดินที่ตั้งในงบกลางของทุกปี นอกจากนี้ สำหรับผู้ที่เป็นสมาชิก กบข. เมื่อออกจากราชการยังจะได้รับเงินอีกก้อนหนึ่งที่เกิดจากส่วนที่

เป็นการออมของข้าราชการเอง ส่วนที่รัฐจ่ายสมทบให้และผลตอบแทนจากการลงทุนในเงินออม
นั้นๆ ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจส่วนมากเมื่อออกจากงานจะได้รับเงินก้อนซึ่งมีวิธีการคิดคล้ายๆกับการรับ
บำเหน็จของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจที่ให้ลูกจ้างเลือกรับบำนาญมีน้อย

ก่อนเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 1999 ลูกจ้างเอกชนที่เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเมื่อ
ออกจากงานจะได้รับเงินก้อนที่เกิดจากการออมของตนเอง ส่วนที่นายจ้างจ่ายสมทบเพิ่มและผล
ตอบแทนจากการลงทุนในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ อย่างไรก็ตาม การเป็นสมาชิกในกองทุนสำรอง
เลี้ยงชีพนั้นเป็นไปตามความสมัครใจของทั้งนายจ้างและลูกจ้าง ดังนั้น ลูกจ้างที่จะได้รับประโยชน์
จากโครงการสำรองเลี้ยงชีพส่วนมากจึงเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่เท่านั้น ตั้งแต่
เดือนธันวาคม ปี 1999 โครงการประกันสังคมเริ่มดำเนินการจัดตั้งกองทุนชราภาพ โดยนายจ้าง
และลูกจ้างจะร่วมจ่ายสมทบเข้ากองทุน เมื่อลูกจ้างออกจากงานโดยจ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
และมีอายุครบ 55 ปี จะมีสิทธิได้รับบำนาญรายเดือนไปจนกว่าชีวิตจะหาไม่ เงินบำนาญในแต่ละ
เดือนขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่จ่ายเงินสมทบและเงินเดือนเฉลี่ย 5 ปีสุดท้าย ในขณะนี้ยังไม่มีผู้สูง
อายุคนใดได้รับบำนาญจากโครงการเพราะยังไม่มีใครจ่ายเงินสมทบครบตามเงื่อนไข แต่มีการจัด
การพิเศษแก่ผู้ที่ต้องเกษียณอายุโดยจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปีแต่ไม่ครบ 15 ปี โดย
บุคคลกลุ่มนี้จะได้รับเงินก้อนที่ตนเองและนายจ้างจ่ายเข้าโครงการรวมดอกผลจากการลงทุน

ในปัจจุบัน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์จากโครงการที่กล่าวมาข้างต้นยังมีค่อนข้าง
น้อย ดังนั้น ส่วนมากยังคงอาศัยบุตรเป็นแหล่งรายได้หลัก สำหรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและ
ขาดผู้ดูแล รัฐให้การอุดหนุนด้วยโครงการเบี้ยยังชีพที่ให้เงิน 300 บาทต่อเดือนตลอดอายุของผู้สูง
อายุนั้นๆ อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์พบว่า ยังมีผู้สูงอายุที่ยากจนและถูกทอดทิ้งจำนวนไม่น้อยที่
ไม่มีโอกาสได้รับเงินอุดหนุนจากโครงการเบี้ยยังชีพนี้ ในขณะเดียวกัน ก็มีผู้ที่ได้รับเงินอุดหนุนทั้งๆ
ที่ไม่ใช่เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมาย (อภิญา เวชชัย 2542)

ในเรื่องการทำงานของผู้สูงอายุนั้น ในอดีต สัดส่วนของผู้ทำงานเชิงเศรษฐกิจที่เป็นผู้
ประกอบหรือผู้ช่วยธุรกิจส่วนบุคคลนั้นมีค่อนข้างสูง การทำงานในสถานภาพนี้ไม่มีการกำหนดอายุ
เกษียณอย่างเป็นทางการ ดังนั้นจึงเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุยังคงทำงานต่อไปได้แม้ว่าชั่วโมงการ
ทำงานอาจลดลงก็ตาม จากการสำรวจแรงงานในปี ค.ศ. 1999 พบว่ามีผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป
ประมาณ 1.8 ล้านคนที่ยังทำงานอยู่ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 34 โดยประมาณของผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่อง
จากสัดส่วนของผู้ที่ทำงานในฐานะผู้ประกอบการหรือผู้ช่วยธุรกิจส่วนบุคคลลดลง แต่สัดส่วนของผู้ที่
ทำงานในภาคทางการซึ่งมีการกำหนดการเกษียณอายุที่แน่นอนจะเพิ่มขึ้น ดังนั้น คาดว่าหากไม่มี
มาตรการเสริมในอนาคต อัตราการทำงานของผู้สูงอายุน่าจะลดลง แต่ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีมาตร
การอย่างเป็นทางการใดๆในการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานต่อไปตามความสมัครใจ นอก

จากการส่งเสริมการทำงานโดยผ่านชุมชนผู้สูงอายุหรือองค์การอาสาสมัครบางแห่งซึ่งไม่มีอำนาจตามกฎหมายและเครื่องมือใดๆที่จะประกันความสัมฤทธิ์ผลได้เลย

หลักประกันด้านการเข้าถึงบริการพื้นฐานจำเป็น ก่อนปี ค.ศ. 2001 การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยมีลักษณะเป็นการผสมผสานของหลายระบบ ระหว่างการใช้เครื่องมือการประกันสุขภาพและการที่รัฐเป็นผู้ผลิตและจัดสรรบริการเองโดยคิดค่าบริการในอัตราที่รัฐอุดหนุน ในด้านการประกันสุขภาพมีทั้งการประกันสุขภาพเอกชน การประกันสุขภาพของลูกจ้างในภาคทางการ และบัตรสุขภาพ เป็นต้น ในด้านการอุดหนุนโดยผ่านบริการของรัฐนั้น เช่น การให้บริการแก่ผู้มีฐานะยากจนแบบให้เปล่าสำหรับผู้ถือบัตรผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่สังคมควรให้การเกื้อกูลและผู้สูงอายุ หรือให้จ่ายเงินในอัตราที่ต่ำกว่าต้นทุนมากในกรณีผู้ถือบัตรสุขภาพ เป็นต้น การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลจากระบบสุขภาพหลายระบบเหล่านี้ ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญจะยังคงได้รับสิทธิพิเศษด้านการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับเมื่อครั้งเป็นข้าราชการอยู่ กล่าวคือ สำหรับค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นคนไข้นอกในสถานบริการของรัฐ ผู้สูงอายุต้องจ่ายเงินไปก่อนและจะได้รับเงินชดเชยทั้งหมดหรือบางส่วนภายหลัง สำหรับค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นคนไข้ในในสถานบริการของรัฐ สถานบริการที่ให้บริการจะเรียกเก็บเงินจากกรมบัญชีกลางโดยตรง แต่ในบางกรณี ผู้สูงอายุก็ต้องจ่ายร่วมด้วย ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุที่เคยเป็นผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมเมื่อออกจากงานแล้วสามารถสมัครเป็นสมาชิกต่อได้ตามความสมัครใจซึ่งบุคคลผู้นั้นก็จะมีสิทธิได้รับการคุ้มครองเช่นเดียวกับผู้ประกันตนอื่นๆ กล่าวคือสามารถระบุสถานบริการที่ต้องการและเมื่อเจ็บป่วยก็เข้าไปรักษาในสถานบริการนั้นๆโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่ยากไร้ รัฐก็ให้การสงเคราะห์ด้วยการรักษาพยาบาลฟรีในสถานบริการของรัฐ แต่ยังมีปัญหาเรื่องความไม่สะดวกและคุณภาพของบริการซึ่งทำให้ผู้สูงอายุและผู้ยากไร้เป็นจำนวนมากไม่ต้องการรับการสงเคราะห์นี้ ผู้สูงอายุที่มีฐานะดีสามารถซื้อประกันสุขภาพจากเอกชนซึ่งคิดเบี้ยประกันค่อนข้างแพง

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 รัฐบาลโดยพรรคไทยรักไทยได้เริ่มโครงการ "30 บาทรักษาทุกโรค" ขึ้น หลักการคือคนไทยทุกคนที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรมีสิทธิได้รับบัตรทองซึ่งสามารถนำไปขอรับการรักษาในสถานให้บริการของรัฐที่กำหนดในบัตรโดยผู้ถือบัตรต้องร่วมจ่ายเป็นเงิน 30 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ยกเว้นข้าราชการและผู้ที่อยู่ภายใต้โครงการประกันสังคมของลูกจ้าง ความไม่พร้อมของโครงการ การขาดข้อมูลและการวิจัยสนับสนุนก่อนดำเนินโครงการทำให้ยากที่จะทำให้โครงการดังกล่าวเป็นโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Insurance) ที่มีคุณภาพได้ กลุ่มบุคคลที่อาจจะได้รับประโยชน์จากโครงการนี้บ้างคือผู้ประกอบการธุรกิจส่วนบุคคลที่ไม่เคยมีหลักประกันสุขภาพใดๆก่อนมีโครงการ 30 บาท ทั้งนี้เพราะบุคคลกลุ่มนี้ส่วนมากมีรายได้ไม่สูงพอที่จะซื้อการประกันสุขภาพจากเอกชน แต่ก็สูงเกินกว่าที่จะได้รับการสงเคราะห์ในฐานะผู้มีรายได้น้อย

แต่ด้วยคุณภาพของบริการภายใต้โครงการ 30 บาทที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน คาดว่าคนชั้นกลางขึ้นไป จะได้รับประโยชน์จากโครงการไม่มากนัก ผู้สูงอายุก็คงไม่ได้รับประโยชน์เพิ่มใดๆจากโครงการนี้ เช่นกันเพราะแต่เดิมก็มีสิทธิได้รับการฟรีในโรงพยาบาลของรัฐอยู่แล้ว

นโยบายหลักในเรื่องการเข้าถึงบริการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุคือ ให้ผู้สูงอายุคงอยู่กับ ครอบครัววนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้แต่ยังช่วยตนเองได้ จะมีสถาน สงเคราะห์ของรัฐภายใต้การกำกับดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ ประมาณ 20 แห่งทั่วประเทศ คอยให้บริการ แต่จำนวนนี้ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการ มีความพยายามพัฒนาที่อยู่อาศัยเพื่อ ผู้สูงอายุในเชิงพาณิชย์ แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ และครอบครัวไม่สามารถดูแลอีกต่อไป จะมีองค์การไม่แสวงหากำไรและโรงพยาบาลเอกชนบาง แห่งให้บริการ Nursing home แก่ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

ทิศทางของนโยบายในอนาคต ทิศทางของนโยบายในอนาคตปรากฏในร่างแผนผู้สูงอายุ แห่งชาติฉบับที่สองในปี 2001 ซึ่งครอบคลุมระยะเวลา ระหว่างปี ค.ศ. 2002-2021 การร่างแผน ฉบับที่สองนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของข้าราชการในสถาบันที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาหารืออย่างกว้างขวางมากกว่าแผนฉบับที่ 1 ประเด็นหลักในแผนฉบับที่ 2 นี้คือ 1) การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม 2) การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุนั้นต้องเกิดจากการผสมผสานระหว่างบทบาทของปัจเจก บุคคล ครอบครัว ชุมชนและรัฐอย่างเหมาะสม 3) ผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณค่าและศักยภาพซึ่งสมควรได้ รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม 4) ผู้สูงอายุควรที่จะดำรงชีวิตอยู่ใน ชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพ อย่างสมเหตุสมผลและสมวัย และ 5) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ เป็นผู้ด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม ดังนั้นการเกื้อหนุนจากสังคมและรัฐจึงเป็นเพียงเรื่องชั่วคราวในบางเวลาเท่านั้น เป้าหมายที่ต้องการบรรลุคือ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิต ใจ มีสังคมที่อบอุ่น มีหลักประกันที่มั่นคง มีศักดิ์ศรีเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของครอบครัว-ชุมชน และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ส่วนมาตรการเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นจะเน้นที่ การสร้างจิตสำนึกให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ การให้ความรู้แก่ประชาชนทุกวัยในการ เตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ การเน้นการผสมผสานบทบาทของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐอย่างเหมาะสม และเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากให้คงดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

นโยบายผู้สูงอายุ นโยบายผู้สูงอายุของประเทศเกาหลีสะท้อนปรัชญาทางเศรษฐกิจตั้งแต่ อดีตที่เน้นการเติบโตก่อนการกระจาย (Economic-Growth-then-Distribution) ดังนั้น ประเด็นการ สูงอายุของประชากรจึงไม่ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของรัฐบาลในอดีต สังคมเกาหลีมีจารีตประเพณี

ที่ถือปฏิบัติกันอย่างเข้มแข็งในเรื่องการตอบแทนผู้มีพระคุณ ผู้สูงอายุถือเป็นผู้มีพระคุณทั้งในระดับครอบครัวและสังคม ในระดับครอบครัว ผู้สูงอายุคือพ่อแม่ที่มีพระคุณต่อบุตร ดังนั้นบุตรต้องตอบแทนด้วยการดูแลและเลี้ยงดู ในระดับสังคม ผู้สูงอายุเป็นผู้ร่วมสร้างสังคมในอดีต ดังนั้นสังคมจึงต้องดูแลท่านเป็นการตอบแทน ในทางปฏิบัติ การทดแทนคุณมีการถือปฏิบัติอย่างเข้มงวดในระดับครอบครัวมากกว่าในระดับสังคม คนส่วนมากเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ภายในครอบครัว ดังนั้น ในอดีต บทบาทของรัฐต่อผู้สูงอายุจึงมีเพียงเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ทั้งนี้สะท้อนด้วยโครงการต่างๆ เพื่อผู้สูงอายุของรัฐส่วนมากเป็นการตามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วทั้งสิ้น แต่ไม่มีโครงการประเภทการป้องกันปัญหาระยะยาว โครงการให้บริการส่วนมากจัดขึ้นสำหรับผู้ยากจนโดยกำหนดมาตรฐานของบริการสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ แต่ยังไม่มีการใดที่จัดทำขึ้นสำหรับคนชั้นกลาง

แต่ปัจจุบัน ปัญหาผู้สูงอายุทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นรัฐจึงได้กำหนดนโยบายเพื่อสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุซึ่งสามารถจำแนกเป็น 4 กลุ่มคือ 1) เพื่อรักษารายได้ของผู้สูงอายุ (Income maintenance) 2) เพื่อให้บริการด้านสุขภาพ 3) เพื่อให้หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย และ 4) เพื่อให้บริการทางสังคมอื่นๆ กลุ่มนโยบายที่ 1 และ 3 เพื่อแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และกลุ่มที่ 4 เพื่อแก้ปัญหที่เกิดจากการสูญเสียบทบาทของผู้สูงอายุในสังคม ปัญหาความขัดแย้งระหว่างวัย ตลอดจนความรู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคม เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้อาจนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจของผู้สูงอายุในที่สุด

หลักประกันด้านรายได้ โครงการสร้างหลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุที่ดำเนินการตามนโยบายเพื่อสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในกลุ่มการรักษารายได้มีอยู่ 5 ประเภท คือ 1) บำนาญของรัฐ (Public Pensions) 2) โครงการความช่วยเหลือของรัฐ (Public assistance) 3) บำนาญแสดงความเคารพต่อผู้สูงอายุ (Elder-Respect Pension หรือ ERP) 4) โครงการให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุ (the elder honor program) และ 5) โครงการเพื่อสร้างรายได้ (income-generating programs) อื่นๆ

บำนาญของรัฐประกอบด้วยหลายโครงการย่อย กลุ่มแรกเป็นโครงการย่อยที่ให้บำนาญตามกลุ่มอาชีพ ได้แก่ บำนาญสำหรับข้าราชการพลเรือน (Government Employee Pension) บำนาญสำหรับข้าราชการทหาร (Military Servicemen Pension) และบำนาญสำหรับครูโรงเรียนเอกชน (Private School Teachers Pension) โครงการกลุ่มนี้มีลักษณะคล้ายๆกัน คือเป็นบำนาญที่จ่ายให้แก่ผู้ที่จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 20 ปี ผู้ร่วมจ่ายเงินสมทบคือผู้ประกันตนและรัฐโดยจ่ายฝ่ายละครึ่ง ยกเว้นในโครงการสำหรับครูที่เป็นลูกจ้างเอกชน เป็นการจ่ายเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ ครู โรงเรียนและรัฐ โครงการทั้ง 3 นี้รวมกันครอบคลุมประมาณร้อยละ 6.2 ของลูกจ้างทั้งหมด และร้อยละ 4.3 ของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับบำนาญจากโครงการทั้ง 3 นี้รวมกัน

ในปัจจุบัน โครงการบำนาญแห่งชาติ (The National Pension Program) ครอบคลุมผู้ทำงานทุกคนที่ไม่ถูกครอบคลุมโดย 3 โครงการตามอาชีพที่กล่าวมาแล้ว โครงการจะจ่ายบำนาญแก่ลูกจ้างที่จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่ต่ำกว่า 20 ปีและมีอายุครบ 60 ปี โครงการนี้เพิ่งดำเนินการในปี ค.ศ. 1999 ดังนั้นจึงยังไม่มีใครได้รับบำนาญเต็มภายใต้โครงการนี้ อย่างไรก็ตาม มีการให้บำนาญในอัตราที่ต่ำลงสำหรับผู้ที่มีอายุครบ 60 ปี แต่ยังจ่ายเงินสมทบไม่ครบ 20 ปี สำหรับลูกจ้างทั่วไป ประโยชน์ทดแทนจะจ่ายจากเงินสมทบของลูกจ้างและนายจ้าง สำหรับผู้ประกอบการอาชีพอิสระต้องจ่ายเงินสมทบเป็น 2 เท่าของลูกจ้างทั่วไปเพราะเป็นผู้จ่ายเพียงฝ่ายเดียวไม่มีนายจ้างช่วยจ่ายสมทบ สำหรับลูกจ้างในภาคการเกษตรและการประมง ลูกจ้างเป็นผู้จ่ายเงินสมทบร่วมกับภาครัฐซึ่งจ่ายในอัตราคงที่อัตราหนึ่ง

โครงการความช่วยเหลือของรัฐ ที่เรียกว่า The National Basic Livelihood Security Program นั้นมีจุดมุ่งหมายให้ชาวเกาหลีทุกคน (มิได้เจาะจงเฉพาะผู้สูงอายุ) ให้มีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำระดับหนึ่งที่สังคมยอมรับได้ ร้อยละ 80 ของงบประมาณเพื่อการนี้มาจากรัฐบาลกลาง อีกร้อยละ 20 มาจากรัฐบาลส่วนท้องถิ่น ความช่วยเหลือภายใต้โครงการนี้มีตั้งแต่การให้เบี้ยยังชีพ เรื่องที่อยู่อาศัย เรื่องการรักษาพยาบาลและเรื่องฌาปนกิจสงเคราะห์ (ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ภายใต้โครงการนี้ไม่ใช่ผู้สูงอายุจะรวมเรื่องการศึกษาและการคลอดบุตรด้วย) ผู้สูงอายุที่จะได้รับความช่วยเหลือต้องเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้รับผิดชอบตามกฎหมายหรือผู้รับผิดชอบตามกฎหมายนั้นมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน อย่างไรก็ตาม รัฐบาลสามารถเรียกเงินที่ให้การอุดหนุนแก่ผู้สูงอายุคืนจากผู้ที่ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายหากปรากฏภายหลังว่าบุคคลผู้นั้นอยู่ในฐานะที่จะให้การอุปการะแก่ผู้สูงอายุได้ ในปัจจุบัน ร้อยละ 8 ของผู้สูงอายุได้รับเงินอุดหนุนภายใต้โครงการนี้และคิดเป็นร้อยละ 21.2 ของผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ภายใต้โครงการนี้ทั้งหมด

บำนาญแสดงความเคารพต่อผู้สูงอายุ หรือ ERP เป็นโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุในปัจจุบันที่ไม่มีโอกาสได้รับประโยชน์จากโครงการบำนาญแห่งชาติ แต่ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณจึงกำหนดให้ช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำก่อน และเงินบำนาญที่ให้กับค่อนข้างต่ำด้วย โครงการนี้รัฐบาลกลางและรัฐบาลส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ร่วมกันแบกภาระในสัดส่วนร้อยละ 50-70 และ 30-50 ตามลำดับ มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 13.8 ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการนี้ในปัจจุบัน

มีอีกโครงการหนึ่งที่สร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานซึ่งเป็นผลของกฎหมายแรงงาน (Labor Standard Law) ที่ออกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1953 กฎหมายดังกล่าวกำหนดให้นายจ้างทั้งภาครัฐและเอกชนต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนเกษียณอายุ (Retirement Benefit) ปีละหนึ่งเดือนของค่าจ้างทุกปีสำหรับลูกจ้างที่ทำงานเต็มเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี ดังนั้น เมื่อลูกจ้างเกษียณอายุจะได้รับเงิน

ก่อนจากกองทุนนี้ ก่อนที่จะมีผู้ได้รับประโยชน์เต็มจากโครงการบำนาญแห่งชาติ รายได้จากกองทุนนี้เป็นรายได้หลักของผู้เกษียณอายุในปัจจุบัน

นอกเหนือจากโครงการต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น ยังมีโครงการอีกกลุ่มหนึ่งที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสดำรงอาชีพต่อไปได้ เช่น การสร้างศูนย์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงาน ศูนย์เหล่านี้ดำเนินการโดยอาสาสมัครโดยรัฐให้การอุดหนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน นอกจากนี้ยังมีการออกกฎหมายชักชวนให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 300 คนขึ้นไปพยายามจ้างผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของลูกจ้างทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ผลในทางปฏิบัติยังมีน้อยมากเพราะกฎหมายมิได้บังคับให้ปฏิบัติ แต่ให้สถานประกอบการดำเนินการเองตามความสมัครใจ

หลักประกันด้านการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็น ในอดีตประเทศเกาหลีมีโครงการประกันสุขภาพหลายโครงการ เช่น โครงการประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างรัฐบาลและข้าราชการครู (Government Employees and Private School teachers Medical Insurance) โครงการประกันสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไป (Medical Insurance) ซึ่งออกแบบให้เป็นระบบที่คนในแต่ละสังคมร่วมกันตั้งกองทุนเพื่อการรักษาพยาบาล (society system) เช่น กองทุนสำหรับลูกจ้าง กองทุนสำหรับผู้ทำธุรกิจส่วนตัว (self-employed) และกองทุนสำหรับผู้ประกันตนที่อาศัยอยู่ในเมือง และผู้ประกันตนที่อาศัยอยู่ในชนบท เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมีหลายกองทุนประกันสุขภาพประสบปัญหาทางการเงินอย่างมาก ดังนั้น ในปัจจุบัน โครงการประกันสุขภาพต่างๆจึงถูกนำมารวมกันภายใต้ชื่อเรียกว่าการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) โดยผู้ประกันตนทุกคนต้องจ่ายเงินสมทบตามอัตราที่กำหนดตามประเภทของผู้ประกันตน เช่น ถ้าเป็นลูกจ้างทั้งลูกจ้างและนายจ้างต้องร่วมจ่ายเงินสมทบในอัตราที่เท่ากัน แต่สำหรับผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวและผู้ประกันตนในชนบท รัฐและผู้ประกันตนจะร่วมกันจ่ายเงินสมทบ เป็นต้น ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนคือเมื่อเจ็บป่วย ผู้ประกันตนจะได้รับส่วนลดในค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ค่าวินิจฉัยโรค ค่าผ่าตัด ค่ายา ฯลฯ ส่วนรายจ่ายที่ไม่ได้รับส่วนลด เช่น ค่าแอมบิวเลนซ์และเครื่องช่วยฟัง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับทันตกรรม เป็นต้น เกาหลีใช้วิธี co-payment ที่ค่อนข้างสูงในการควบคุมไม่ให้เกิดการใช้จ่ายบริการเกินความจำเป็น (moral hazard) ที่เกิดจากการมีประกัน

นอกจากโครงการประกันสุขภาพแล้ว ยังมีโครงการสงเคราะห์ (Medical assistance Program) ซึ่งมีตั้งแต่การให้บริการฟรีจนถึงการให้กู้เงินโดยไม่คิดดอกเบี้ยเป็นเวลา 3 ปี เป็นต้น การเงินสำหรับโครงการนี้มาจากรัฐบาลส่วนกลางและรัฐบาลส่วนท้องถิ่น ในปี 1999 ประมาณร้อยละ 5 ของคนเกาหลีและร้อยละ 14.9 ของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับการสงเคราะห์จากโครงการนี้

สำหรับโครงการสุขภาพที่จัดให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ คือ โครงการตรวจสุขภาพ (Elderly Health Examination Program) ซึ่งจัดให้ผู้สูงอายุที่ยากจนเพราะผู้สูงอายุที่มีรายได้ระดับกลางและสูงซึ่งเป็นผู้ประกันตนในโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับบริการตรวจสุขภาพฟรีปีละ 2 ครั้งอยู่แล้ว โครงการดูแลผู้สูงอายุในสถาบัน (Institutional Nursing Care Program) ซึ่งมีหลายประเภทจำแนกตามระดับการจ่ายร่วมของผู้สูงอายุตั้งแต่การไม่ต้องจ่ายร่วมเลยจนถึงการจ่ายเต็มราคา ส่งเสริมการจัดตั้งโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ (Geriatric Hospitals) และจัดโครงการให้พยาบาลไปเยี่ยมตามบ้าน (Visiting Nurse Programs) เป็นต้น

นโยบายด้านที่อยู่อาศัยนั้นจำแนกได้เป็นนโยบายที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ยังอยู่ร่วมกับชุมชนและนโยบายที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในสถาบัน เรื่องที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ยังอยู่ร่วมกับชุมชนนั้นยังไม่มี ความชัดเจนว่าควรเป็นบทบาทของใคร ปัจจุบัน รัฐมีการอุดหนุนค่าเช่าที่อยู่อาศัยสำหรับคนยากจนเท่านั้น แต่รัฐยังไม่มีโครงการพิเศษใดๆสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป คงมีแต่เอกชนและองค์การไม่แสวงหากำไรบางแห่งที่ดำเนินโครงการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยมีการเก็บค่าใช้จ่ายเต็มที่ตามต้นทุน สำหรับเรื่องที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลภายในสถาบันนั้น แม้มีการกล่าวถึงในกฎหมายสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุปี ค.ศ. 1997 แต่ Sung-Jae Choi ซึ่งเป็นผู้เขียนรายงานของประเทศเกาหลีเชื่อว่าด้วยภาพลักษณ์ที่ไม่ค่อยดีเกี่ยวกับการให้บริการผู้สูงอายุในสถาบันในอดีต โอกาสที่จะเกิดบริการเช่นนี้สำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะระดับกลางขึ้นไปมีน้อย ดังนั้นจึงคาดว่า การขาดแคลนที่อยู่อาศัยที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะระดับกลางจะยังคงเป็นปัญหาต่อไป

ทิศทางของนโยบายในอนาคต ภาพที่คาดว่าจะเห็นในอนาคตคือ จำนวนผู้สูงอายุในเกาหลีจะมีมากขึ้นและเป็นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงและมีความคาดหวังต่อคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นด้วย ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็ต้องเสี่ยงกับโรคภัยไข้เจ็บที่หลากหลายอันเนื่องมาจากอายุที่ยืนยาวขึ้น อีกทั้งยังต้องเสี่ยงกับการขาดผู้ดูแลเพราะขนาดครอบครัวเล็กลงและการเสื่อมลงของค่านิยมที่มีต่อคุณค่าของความกตัญญูและต่อครอบครัว ประเทศเกาหลีได้เตรียมแผนเพื่อรับมือกับปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลายแผน แผนแรกคือ แผน 5 ปีเพื่อการพัฒนาหลักประกันสังคม (Five-year Plan of Social Security Development) ปี 1998 แผนนี้มี 4 สาขาหลักที่ต้องการพัฒนา คือ 1) ขยายการครอบคลุมโครงการรักษารายได้ของผู้สูงอายุให้กว้างขวางขึ้น 2) เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ 3) ขยายโอกาสการมีส่วนร่วมในสังคมให้ผู้สูงอายุ และ 4) เพิ่มจำนวนสถาบันที่ดูแลผู้สูงอายุ ยังมีอีก 2 แผน คือ แผนระยะกลางและยาวเพื่อบริหารนโยบายสุขภาพและสวัสดิการของผู้สูงอายุ (Mid and Long-term Plan for Health and Welfare Policies for the Elderly) และวิสัยทัศน์ด้านสวัสดิการสำหรับสหัสวรรษใหม่ปี 2010 (New Millennium Welfare Vision 2010) แต่ Choi ไม่ได้ให้รายละเอียดใดๆเกี่ยวกับแผนทั้ง 2 นี้ แท้จริงแล้ว ความเป็นห่วงของ

Choi มิใช่เรื่องไม่มีแผน แต่เป็นเรื่องที่แผนเหล่านี้ร่างขึ้นโดยไม่มีแผนการเงินกำกับ ซึ่งทำให้โอกาสที่จะมีการปฏิบัติตามแผนจริงค่อนข้างยาก

สิงคโปร์

นโยบายผู้สูงอายุ ปรัชญาพื้นฐานของนโยบายสังคมในสิงคโปร์คือ เน้นที่การพึ่งตนเองของปัจเจกบุคคลมากกว่าการพึ่งรัฐ อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ที่ไม่ปกติที่ปัจเจกบุคคลมีความจำเป็นต้องรับความช่วยเหลือ รัฐก็จำเป็นต้องเข้าไปช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ปรัชญาพื้นฐานนี้สะท้อนในนโยบายผู้สูงอายุด้วย นโยบายผู้สูงอายุของสิงคโปร์สามารถสรุปได้จากคำพูดของนายโก๊ะจ๊กตง ท่านนายกรัฐมนตรีของสิงคโปร์ดังนี้ “เราต้องการให้ชาวสิงคโปร์มีอายุมากขึ้นอย่างมีศักดิ์ศรีและคงบทบาทที่เข้มแข็งในสังคม เราต้องการให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในชีวิตครอบครัวและสังคมอย่างแข็งขัน ... เราจำเป็นต้องรักษาความสมานฉันท์ระหว่างคนต่างรุ่น สิงคโปร์ควรเป็นบ้านที่ดีที่สุดสำหรับคนทุกกลุ่มอายุ”⁴ แนวปฏิบัติจากนโยบายดังกล่าวจะถือว่าครอบครัวเป็นแหล่งดูแลผู้สูงอายุที่ดีที่สุด รัฐและชุมชนจะพยายามให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่นี้ให้ผ่อนภาระลงและให้สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับโครงการหรือแผนปฏิบัติที่เกิดขึ้น เช่น การออกกฎหมายในปี 1994 ว่าด้วยการดูแลพ่อแม่ (Maintenance of Parents Act) ที่กำหนดว่าเป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่บุตรต้องดูแลพ่อแม่ แต่รัฐก็ให้ความช่วยเหลือด้วยการให้เงินสนับสนุนบุตรที่ดูแลพ่อแม่ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันเป็นเงิน S\$4,500 ต่อปี หรือเป็นเงิน S\$3,500 ต่อปี สำหรับบุตรที่ดูแลพ่อแม่ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน นอกจากนี้ยังให้สิทธิพิเศษในการซื้อที่อยู่อาศัยในพื้นที่ใกล้ที่อยู่อาศัยของพ่อแม่ ให้สิทธิพิเศษการเช่าที่อยู่อาศัยต่างๆ เช่น ลดค่าเช่าหรือให้เช่าได้ยาวนานขึ้น จัดให้มีรายการลดหย่อนภาษีเงินได้สำหรับผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ จัดโครงการฝึกอบรมให้ผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน เป็นต้น ในเรื่องการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่า นั้น จะเน้นที่การเพิ่มโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุ เช่น การเพิ่มอายุการเกษียณจาก 55 ปี เป็น 60 ปี การปรับฐานค่าจ้างให้เอื้อต่อการจ้างผู้สูงอายุ การจัดโครงการอบรมสาธารณะที่เน้นไปที่ผู้สูงอายุ ตลอดจนการปลูกฝังค่านิยมและทัศนคติที่ถูกต้องต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น

หลักประกันด้านรายได้ เครื่องมือการสร้างหลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุในสิงคโปร์ คือกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางหรือ Central Provident fund:-CPF ซึ่งก่อตั้งในปี ค.ศ. 1955 ชาว

⁴“We want Singaporeans to age with dignity and to remain actively involved in society. We want them to be actively engaged in family and community life. And, ... we must maintain a strong sense of cohesion between the generations. Singapore should be the best home for all ages” (อ้างใน Dr. Kalyani K. Mehta (1) 2001 หน้า 9)

สิงคโปร์ที่ทำงานทุกคน (ยกเว้นผู้ที่ทำงานชั่วคราวและผู้ที่ทำงานไม่เต็มเวลา ตลอดจนผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ข้าราชการพลเรือนและแรงงานต่างชาติ) จะมีเงินสะสมในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางโดยเก็บใน 3 บัญชีคือ บัญชีทั่วไป บัญชีเฉพาะและบัญชีเพื่อการรักษาพยาบาล (Medisave Account) เงินที่สะสมใน 2 บัญชีแรกสามารถทยอยถอนออกไปได้เมื่อบุคคลมีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป แต่ก่อนอายุดังกล่าวเงินบางส่วนสามารถถอนออกไปเพื่อใช้ในการลงทุน การซื้อที่อยู่อาศัยและเพื่อการศึกษาของบุตร ส่วนบัญชีที่สามสำรองไว้เพื่อรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น ในปัจจุบัน ร้อยละ 33.5 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีเงินสะสมในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ แต่ร้อยละ 61.6 ของบุคคลเหล่านี้ตอบว่าเงินออมในบัญชีดังกล่าวไม่เพียงพอ ดังนั้น บุตรยังคงเป็นแหล่งรายได้เสริมที่สำคัญของผู้สูงอายุ

นอกจากการออมในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางแล้ว ยังมีอีก 2 โครงการที่ออกแบบเพื่อเป็นตาข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โครงการแรกเป็นโครงการช่วยเหลือทางสังคม (Public/Social Assistance Scheme) ซึ่งมีเงื่อนไขการให้ความช่วยเหลือที่ค่อนข้างเข้มงวด สำหรับผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือจากโครงการนี้จะได้รับเบี้ยยังชีพไม่เกิน S\$230 (ประมาณ US\$135) ต่อเดือน และจะพลอยได้รับบริการด้านการแพทย์ฟรีด้วย ในปี 1999 มีผู้สูงอายุ 1,789 คนที่ได้รับความช่วยเหลือภายใต้โครงการนี้ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือทั้งหมดของโครงการ บุคคลกลุ่มอื่นที่ได้รับความช่วยเหลือจากโครงการนี้ประกอบด้วยเด็กที่ยังช่วยตนเองไม่ได้ ผู้ทุพพลภาพหรือผู้ที่ทำงานไม่ได้เนื่องจากเหตุผลด้านสุขภาพ โครงการที่ 2 คือ Medifund Scheme ซึ่งเป็นกองทุนช่วยเหลือคนยากจนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้

นอกเหนือจากหลักประกันด้านรายได้ด้วยกองทุนสำรองเลี้ยงชีพและโครงการสงเคราะห์ที่กล่าวมาแล้ว ยังมีความพยายามที่จะเลื่อนการเกษียณอายุออกไปเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสดำรงได้นานขึ้น ในปี ค.ศ. 1999 มีการกำหนดการเกษียณอายุจาก 60 ปี เป็น 62 ปี แต่ผลทางปฏิบัติยังมีไม่มากนักเพราะอัตราการมีส่วนร่วมในแรงงานของคนสิงคโปร์ที่มีอายุใกล้เป็นหรือเป็นผู้สูงอายุแล้วยังคงต่ำอยู่ อัตราการมีส่วนร่วมในแรงงานของผู้ที่มีอายุระหว่าง 55-64 ปีคือร้อยละ 43 ซึ่งต่ำกว่าประเทศญี่ปุ่น เกาหลีและฮ่องกงที่มีอัตราการมีส่วนร่วมในแรงงานของประชากรในกลุ่มอายุเดียวกันเท่ากับร้อยละ 67, 64 และ 52 ตามลำดับ (Kalyani K. Mehta (1) หน้า 20) ทั้งนี้เกิดจากเหตุผลทั้งด้านอุปสงค์และอุปทาน ตัวอย่างความพยายามด้านการเพิ่มอุปสงค์การจ้างผู้สูงอายุทำงาน เช่น การลดอัตราเงินสมทบของนายจ้างที่จ้างผู้สูงอายุหรือการกำหนดอัตราค่าจ้างตามความสามารถมากกว่าตามอาวุโส เป็นต้น ส่วนตัวอย่างความพยายามด้านการเพิ่มอุปทาน เช่น การจัดการฝึกอบรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น

หลักประกันด้านการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็น การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของสิงคโปร์เน้นที่การใช้เงินออมของตนเองก่อน หากเงินที่ออมไว้ไม่เพียงพอ เครื่องมือถัดไปคือ การประกันสุขภาพและการขอรับการสงเคราะห์ตามลำดับ ดังได้กล่าวมาแล้วเงินส่วนหนึ่งที่จ่ายสมทบเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลาง (CPF) จะถูกเก็บอยู่ในบัญชีที่เรียกว่า Medisave ซึ่งจะใช้เมื่อตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ทุกคนยังสามารถซื้อการประกันสำหรับการเจ็บป่วยที่ต้องเสียเงินมากๆ (Medishield for catastrophic illnesses) ด้วยเบี้ยประกันที่ต่ำโดยความสมัครใจอีกด้วย สำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาในโรงพยาบาล สามารถสมัครเพื่อขอรับการสงเคราะห์จากโครงการ Medifund ได้ซึ่งจะเป็นที่พึ่งแหล่งสุดท้ายหลังจากที่ใช้เงินจากแหล่งอื่นๆหมดแล้ว

นอกเหนือจากหลักประกันดังที่ได้กล่าวมาแล้ว รัฐยังมีโครงการอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุบางส่วนโดยผ่านผู้ให้บริการอีกด้วย เช่นรัฐจะอุดหนุนค่าตรวจรักษาผู้สูงอายุในคลินิกหรือโพลีคลินิกส่วนบุคคลประมาณร้อยละ 75 เป็นต้น ส่วนค่ารักษาในโรงพยาบาลนั้นจะมีระดับการอุดหนุนแตกต่างกันตามชั้นของคนไข้ เช่น คนไข้ Class C จะได้รับการอุดหนุนร้อยละ 80 Class B2 ได้รับการอุดหนุนร้อยละ 65 และ Class B1 ได้รับการอุดหนุนร้อยละ 20 เป็นต้น

ในเรื่องการเข้าถึงบริการด้านที่อยู่อาศัยนั้น นโยบายหลักของประเทศสิงคโปร์คือต้องการให้ผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนเดียวกับบุตรหรือคู่สมรสของบุตรให้มากที่สุด หากอยู่ในครัวเรือนเดียวกันไม่ได้จริงๆ ก็จะพยายามให้ผู้สูงอายุและบุตรหรือคู่สมรสของบุตรมีบ้านอยู่ในบริเวณเดียวกันเพื่อจะได้ดูแลกันสะดวกยิ่งขึ้น ผลจากนโยบายนี้พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุในสิงคโปร์ที่อาศัยอยู่กับบุตรนั้นสูงกว่าในประเทศฟิลิปปินส์ ไทยและเวียดนาม (อ้างใน Kalyani K. Mehta (1) หน้า 15) การที่นโยบายนี้ประสบความสำเร็จเพราะสิงคโปร์มีข้อจำกัดเรื่องที่อยู่อาศัยมาก และที่อยู่อาศัยส่วนมากก็เป็นของรัฐ ดังนั้น รัฐจึงมีเครื่องมือที่จะเอื้อประโยชน์แก่ผู้ที่ปฏิบัติตามนโยบายได้มาก เช่น การให้สิทธิการเช่าบ้านของรัฐแก่ครอบครัวที่มีคนหลายรุ่นอยู่ด้วยกันก่อน หรือการให้เบิกเงินจากกองทุน CPF ในอัตราที่สูงขึ้นถ้าเป็นการซื้อบ้านในบริเวณเดียวกับบ้านของบิดาหรือมารดา เป็นต้น

ทิศทางของนโยบายในอนาคต ในปี 2001 กระทรวงพัฒนาชุมชนและการกีฬา (The Ministry for Community Development and Sports) ได้ร่างแผนหลัก 5 ปีสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโดยมีกลยุทธ์หลัก 3 ข้อคือ หนึ่ง สร้างระบบการให้บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ นั่นคือเน้นการสร้างศูนย์ที่สามารถให้บริการหลากหลายรูปแบบที่ทำให้ไม่ต้องมีการย้ายผู้สูงอายุจากศูนย์หนึ่งไปยังอีกศูนย์หนึ่งเมื่อความต้องการของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปเมื่ออายุมากขึ้น เน้นศูนย์ที่เป็นแบบ one-stop center ที่เชื่อมโยงกับศูนย์ของชุมชนซึ่งจะเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งที่ช่วยตนเองได้และไม่ได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ยังช่วยตนเองได้เป็นอาสา

สมัครดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในชุมชนเดียวกัน สอง ปรับปรุงนโยบายการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยเรื่องนี้จะเน้นที่ระบบการอุดหนุนในอุตสาหกรรมผลิตบริการเพื่อผู้สูงอายุให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในเรื่องการอุดหนุนนั้นจะมีหลายระดับแตกต่างกันตามรายได้ของผู้รับบริการ ส่วนในเรื่องประสิทธิภาพนั้นจะใช้ระบบการแข่งขันในตลาดโดยผู้ที่ประมูลด้วยราคาที่ต่ำที่สุดจะได้เป็นผู้ผลิตบริการนั้นๆ และ สาม จัดให้มีโครงการอย่างต่อเนื่องเพื่อผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังช่วยตนเองได้ ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้และผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ สิ่งที่ Kalyani K. Mehta ซึ่งเป็นผู้เขียนรายงานของประเทศสิงคโปร์เห็นว่าต้องเร่งทำคือการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรค Alzheimer หรือ Parkinson เป็นต้น

นอกเหนือจากกลยุทธ์ทั้งสามที่กล่าวมาแล้ว ยังมีอีก 2 เรื่องที่ประเทศสิงคโปร์คาดว่าจะดำเนินการในอนาคตอันใกล้ นั่นคือ การเพิ่มอัตราการเข้าสู่ตลาดแรงงานของคนอายุ 55-64 ปี วิธีการต่างๆที่จะดำเนินการมีอาทิ การฝึกอบรมผู้สูงอายุให้มีทักษะที่เป็นที่ต้องการมากขึ้น การให้สิ่งจูงใจแก่นายจ้างในการจ้างผู้สูงอายุเข้าทำงาน การกำหนดอัตราค่าจ้างที่มีความยืดหยุ่นมากกว่ากำหนดตามวัยวุฒิ เป็นต้น อีกโครงการหนึ่งคือการสร้างโครงการประกันสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้เกิดทุพพลภาพและต้องรับการดูแลระยะยาว ระบบประกันที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่เพียงพอสำหรับรายจ่ายของผู้เจ็บป่วยประเภทนี้ ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งซึ่งเหมือนกับข้อสังเกตในประเทศเกาหลีคือ แม้โครงการในปัจจุบันจะเหมาะสมกับผู้สูงอายุในขณะนี้ แต่ผู้สูงอายุในอนาคตจะเป็นผู้ที่มีการศึกษาสูงขึ้น มีฐานะดีและมีความคาดหวังในคุณภาพของชีวิตที่สูงขึ้น ดังนั้น จึงต้องมีการปรับโครงการให้บริการผู้สูงอายุให้เหมาะสม นอกจากนี้ ในอนาคต จำนวนบุตรที่ดูแลผู้สูงอายุจะมีน้อยลง อาจต้องเริ่มพิจารณาให้น้องดูแลพี่หรือญาติดูแลญาติมากขึ้นด้วย

ฮ่องกง

นโยบายผู้สูงอายุ ไม่มีนโยบายผู้สูงอายุในช่วงที่ฮ่องกงอยู่ภายใต้การปกครองของสหราชอาณาจักร แต่เมื่อปัญหาของผู้สูงอายุเริ่มเป็นที่ประจักษ์มากขึ้น รัฐบาลในสมัยนั้นจะแก้ปัญหาด้วยการให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องขยายบริการในเรื่องที่ขาดแคลนต่างๆเป็นการเฉพาะหน้า ดังนั้น การให้บริการจึงขึ้นลงตามแต่สภาพเศรษฐกิจจะอำนวยและการขยายบริการเหล่านั้นก็ไม่มี การประสานงานกันระหว่างหน่วยงานแต่อย่างไร ได้มีการจัดทำแผนโครงการต่างๆสำหรับผู้สูงอายุขึ้น ในปี ค.ศ. 1977 และ 1982 แผนและโครงการต่างๆเหล่านี้ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆที่จัดบริการเพื่อผู้สูงอายุ ผลงานในช่วงนั้นคือ การจัดตั้งศูนย์บริการรูปแบบต่างๆเพื่อผู้สูงอายุ เช่น Social centers for the elderly, Multi-services centers for the elderly, Home help services และ Day care centers เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการกลางเพื่อผู้สูงอายุจนกระทั่งในปี 1987 ผลงานของคณะกรรมการชุดนี้ยังคงเป็นการ

สะท้อนปัญหาเดิมๆที่ยังคงมีอยู่ แต่เริ่มมีการเน้นบทบาทของชุมชนและมีการประสานบริการระหว่างบ้านและสถาบันมากขึ้น ระหว่างปี ค.ศ. 1990-1996 ซึ่งเป็นช่วงสุดท้ายก่อนที่ฮ่องกงจะกลับไปอยู่ภายใต้การปกครองของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน มีการเปลี่ยนแปลงคำจำกัดความของผู้สูงอายุจากเดิมหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และมีข้อเสนอให้มีโครงการบำนาญสำหรับผู้สูงอายุด้วย อย่างไรก็ตาม การดำเนินการยังไม่ก้าวหน้ามากนัก ในปี ค.ศ. 1997 ฮ่องกงกลับไปอยู่ในการปกครองของประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ผู้ว่าการของฮ่องกงจึงได้ตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุ (Elderly commission) ขึ้นโดยมีหน้าที่ “ให้ข้อเสนอแนะกำหนดนโยบายและโครงการเพื่อเผชิญกับความท้าทายอันเกิดจากการสูงอายุของประชากร เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ด้วยการเพิ่มคุณภาพและความกระตือรือร้นในชีวิต ตลอดจนส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างคนต่างรุ่น และสนองนโยบายของรัฐที่ต้องการให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกถึงความมั่นคงในชีวิต รู้สึกถึงความเป็นที่ต้องการ มีสุขภาพที่ดีและมีคุณค่า”⁵ ผลงานในช่วงนี้ มีการให้ความสำคัญต่อเรื่องที่อยู่อาศัยด้วย นอกเหนือจากเรื่องการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลซึ่งมีการดำเนินการมาก่อนหน้านั้นแล้ว

หลักประกันด้านรายได้ ผู้สูงอายุในฮ่องกงในปัจจุบันส่วนมากมีการศึกษาดำ มีเงินออม น้อย ไม่ได้ทำงานและไม่มีบำนาญ ทั้งนี้เพราะก่อนปี ค.ศ. 2001 ฮ่องกงไม่เคยมีโครงการใดๆเพื่อรักษารายได้ของคนทำงานที่ต้องกลายเป็นผู้สูงอายุในที่สุด ดังนั้นจึงมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 ที่ต้องพึ่งสวัสดิการของรัฐประเภทใดประเภทหนึ่งดังต่อไปนี้ ประเภทแรกคือ Old Age Allowance หรือ เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ขอรับสวัสดิการประเภทนี้จะได้รับเงินประมาณ US\$90 ต่อเดือน โดยไม่ต้องมีการทดสอบความจำเป็น ประเภทที่สองคือ Comprehensive Social Security Benefits ซึ่งผู้ขอรับสวัสดิการจะได้รับเงินประมาณ US\$250 ต่อเดือน และประเภทที่สามคือ Disability Allowance หรือเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ อย่างไรก็ตาม คาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่ยากจนอีกไม่น้อยที่ไม่ได้รับเงินสวัสดิการจากโครงการเหล่านี้เลย ตั้งแต่มกราคม ปี 2001 เริ่มมีกฎหมายกองทุนสำรองเลี้ยงชีพซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุในอนาคตมีหลักประกันของรายได้เพิ่มขึ้น จากรายงานของประเทศฮ่องกงจะเห็นว่า โครงการสร้างหลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุยังล่าช้าหลังมากเมื่อเปรียบเทียบกับความก้าวหน้าด้านการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ลักษณะเฉพาะของฮ่องกง

⁵“The primary aim and objective of the Elderly Commission is to assist Hong Kong SAR Government. Through rendering appropriate advice, in formulating effective policies and programmes to meet the challenges brought about by an ageing population. To strengthen our care for the elderly, we need to improve their quality of and zeal of life, step up the intergenerational communications and implement the Government's policy objectives of providing the elderly with a sense of security, a sense of belonging and a feeling of health and worthiness.” Alfred C.M. Chan 2001 (1) หน้า 14

กึ่งซึ่งอยู่ภายใต้การปกครองของประเทศอังกฤษเป็นเวลานานและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตทางการเมืองในระหว่างนั้นน่าจะมีส่วนที่ทำให้ระบบการประกันรายได้ของผู้สูงอายุไม่พัฒนาเท่าที่ควร

หลักประกันด้านการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็น รัฐบาลฮ่องกงเลือกแนวทางการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้วยการให้รัฐเป็นผู้ผลิตและเป็นผู้จัดสรรรายใหญ่ของประเทศ ภาครัฐผลิตบริการรักษาคนไข้ในถึงร้อยละ 92 ของบริการคนไข้ในทั้งหมด ส่วนภาคเอกชนผลิตบริการคนไข้นอกถึงร้อยละ 85 ของบริการคนไข้นอกทั้งหมด นโยบายการตั้งราคาในสถานให้บริการของรัฐเป็นตัวกำหนดสำคัญที่ทำให้บริการทางการแพทย์ภาคเอกชนในประเทศหนึ่งๆเติบโตได้หรือไม่ ในฮ่องกง แม้มีความแตกต่างในราคาของบริการคนไข้นอกระหว่างสถานบริการของรัฐและเอกชนอยู่บ้าง (ค่าตรวจรักษาในคลินิกเอกชนและของรัฐคือ US\$20 US\$5 ตามลำดับ) แต่ความแตกต่างดังกล่าวก็ยังน้อยกว่าราคาของบริการคนไข้ในมาก (รายจ่ายทุกประเภทรวมกันต่อวันสำหรับการเป็นคนไข้ในในโรงพยาบาลของรัฐคือ US\$8 (Alfred C M Chan (1) หน้า 9)) นั่นคือเหตุผลหลักที่ทำให้บริการคนไข้ในภาคเอกชนเติบโตไม่ได้ อย่างไรก็ตาม บริการคนไข้ในของรัฐก็ขาดแคลนมาก การเข้าถึงบริการ specialist โดยเฉลี่ยต้องคอยประมาณ 3 เดือน การผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนโดยเฉลี่ยต้องคอยประมาณ 9 เดือน เป็นต้น ปัญหาลักษณะนี้เกิดในทุกประเทศที่เลือกใช้แนวทางสร้างหลักประกันโดยให้รัฐเป็นผู้ผลิตและจัดสรรรายใหญ่ ประเทศสหราชอาณาจักรซึ่งเป็นต้นแบบของระบบในฮ่องกงก็มีปัญหาในทำนองเดียวกัน แต่ในสหราชอาณาจักรมีระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจเข้ามาเสริม การประกันสุขภาพดังกล่าวเป็นเครื่องมือให้ผู้ที่มีรายได้ระดับกลางขึ้นไปสามารถหันไปใช้บริการจากภาคเอกชนซึ่งมีคุณภาพและความสะดวกเหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของเขามากขึ้น ในอนาคต คาดว่าฮ่องกงคงต้องมีระบบประกันสุขภาพเข้ามาเสริมด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้รัฐหรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรที่ไม่ใช่รัฐ (NGO) ยังเป็นผู้จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุในสถาบัน และ nursing home ต่างๆ อีกด้วย โดยรัฐเป็นผู้แบกภาระค่าใช้จ่ายจากภาษีทั่วไป ดังนั้น จึงเกิดปัญหาการขาดแคลนบริการเหล่านี้เช่นเดียวกัน อีกทั้งคุณภาพของบริการก็อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำด้วย ในขณะนี้ มีโครงการนำร่องเพื่อให้เอกชนแข่งขันการผลิตบริการเหล่านี้โดยรัฐจะกลายเป็นผู้ซื้อที่คอยควบคุมเรื่องคุณภาพแทน โดยหวังว่าการแข่งขันจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการผลิตมากขึ้น

โดยเหตุที่ฮ่องกงเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากที่สุดในบรรดาประเทศที่ทำการสังเคราะห์ครั้งนี้ ดังนั้น แรงกดดันของค่าใช้จ่ายเพื่อผู้สูงอายุมีความรุนแรงและปรากฏชัดมากกว่าประเทศอื่นๆ ด้วยเหตุนี้ ฮ่องกงจึงมีความริเริ่มหลายอย่างเพื่อลดแรงกดดันนี้ หนึ่งในความคิดริเริ่ม

นั่นคือ การจัดทีมงานเพื่อออกไปประเมินสุขภาพกายและใจของผู้สูงอายุในครัวเรือน เป้าหมายหลักของทีมงานคือการพยายามประเมินความต้องการบริการทางการแพทย์ที่แท้จริงตลอดจนให้การสนับสนุนที่จำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในครัวเรือนและชุมชนได้นานที่สุด นอกจากนี้ก็มีโครงการหลากหลายเพื่อเชิญชวนให้ผู้สูงอายุรู้จักดำเนินชีวิตที่ถูกต้องลักษณะ เป็นต้น

ในเรื่องหลักประกันการเข้าถึงบริการที่อยู่อาศัยนั้น Chan ผู้เขียนมิได้ให้รายละเอียดไว้ แต่ในอนาคต มีแผนที่จะใช้มาตรการต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ในลักษณะเดียวกับที่ดำเนินการในประเทศสิงคโปร์ ดังที่จะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

ทิศทางของนโยบายในอนาคต ภาพของผู้สูงอายุที่ชาวฮ่องกงต้องการเห็นคือ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความมั่นคงในชีวิต เป็นที่ต้องการ มีสุขภาพดีและมีคุณค่า (Sense of Security, Sense of belonging and Sense of health and worthiness) ดังนั้นแผนต่างๆ ในอนาคตจะดำเนินการเพื่อพยายามบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ ในเรื่องของความมั่นคงในชีวิต จะยังคงส่งเสริมให้ตนเองและครอบครัวมีบทบาทมากที่สุด แหล่งสุดท้ายจึงเป็นการช่วยเหลือจากรัฐ การออกกฎหมายบังคับให้มีการจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Mandatory Provident Fund) ในปี 2001 จะเป็นหลักประกันหนึ่งที่สำคัญของผู้สูงอายุในอนาคต ส่วนในเรื่อง Sense of belonging นั้นนโยบายและแผนปฏิบัติจะครอบคลุมเรื่องที่อยู่อาศัย เรื่องการช่วยเหลือจากชุมชนและเรื่องการดูแลในครอบครัวเป็นหลัก ตัวอย่าง เช่น ให้สิทธิพิเศษเรื่องที่อยู่อาศัยบ้านแก่ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ภาคเอกชนพัฒนาที่อยู่อาศัยที่มีกลุ่มเป้าหมายสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนจัดให้มีโครงการเพิ่มการสนับสนุนแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปรับปรุงวิศวกรรม (reengineer) บริการที่ให้ตามบ้านต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ให้ความสนใจเป็นพิเศษสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเสื่อม (dementia) ประเภทต่างๆ ในระดับครอบครัว ให้มีการอุดหนุนครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยการเพิ่มเงินอุดหนุน สำหรับเรื่องสุขภาพนั้น หลักใหญ่คือคำว่า positive and productive ageing นั่นคือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงมีส่วนในกิจกรรมในสังคมอย่างเข้มแข็ง ส่งเสริมการเป็นอาสาสมัคร การคงทำกิจกรรมที่ตนเองเคยสนใจและเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคนต่างรุ่น เป็นต้น

ในเรื่องการให้บริการ ในอดีตรัฐเป็นผู้ผลิตรายใหญ่หรือเป็นผู้อุดหนุนการผลิตขององค์การสาธารณประโยชน์ ในอนาคต แนวทางจะหันไปให้เอกชนแข่งขันกันผลิตมากขึ้นโดยรัฐจะกลายเป็นผู้ซื้อบริการรายใหญ่ซึ่งจะมีอำนาจการต่อรองสูงทั้งในเรื่องคุณภาพและราคาของบริการที่จะทำให้เอกชนต้องผลิตอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การอุดหนุนซึ่งเคยให้กับหน่วยผลิตเท่านั้น ในอนาคต การอุดหนุนบางส่วนอาจให้โดยตรงกับผู้สูงอายุด้วยซึ่งจะเป็นการเพิ่มอำนาจการเลือกบริการของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม Chan ซึ่งเป็นผู้เขียนดูเหมือนไม่ค่อยมั่นใจว่าจะทำตามแผนที่กล่าวมาข้างต้นได้ทั้งหมด สิ่งที่จะเป็นอุปสรรคมีอาทิ การขาดข้อมูล ขาดแผนปฏิบัติการ ขาดการ

ประสานงานระหว่างหน่วยงาน และที่สำคัญคือนักการเมืองส่วนมากยังไม่เห็นว่าปัญหาผู้สูงอายุเป็นปัญหาเร่งด่วน

2. บทวิเคราะห์

นโยบายผู้สูงอายุ จากที่ทบทวนมานี้จะเห็นว่าพัฒนาการของนโยบายผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ นั้นผูกพันกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงทางประชากร (Demographic Transition) ของประเทศนั้นๆ อย่างใกล้ชิด ในขณะที่ประเทศอยู่ในขั้นต้นๆ ของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร การตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุยังมีน้อย ทั้งนี้เพราะครอบครัวยังคงสามารถรองรับปัญหาเหล่านั้นได้ค่อนข้างดี ปัญหาของผู้สูงอายุจึงมักมิได้ถูกมองหรือได้รับการปฏิบัติและจัดการอย่างปัญหาเฉพาะ แต่จะได้รับการปฏิบัติหรือจัดการเยี่ยงเดียวกับปัญหาความยากจนทั่วไปแม้จะมีความตระหนักว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะตกอยู่ในกลุ่มยากจนก็ตาม ในขั้นนี้ การแก้ไขปัญหาล้วนมากจึงเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าโดยรัฐจะสร้างบริการต่างๆ ขึ้นมาเพื่อรองรับความต้องการเหล่านั้น โดยมักใช้โครงสร้างการบริหารของรัฐที่มีอยู่เดิม ดังนั้น ปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นในระยะนี้ในเกือบทุกประเทศคือขาดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งนี้เพราะการให้บริการผู้สูงอายุนั้นมีหลากหลายลักษณะและต้องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน กลุ่มเป้าหมายในการจัดบริการของรัฐมักเริ่มต้นที่กลุ่มยากจนก่อน ทั้งนี้เพราะครอบครัวตั้งแต่ระดับคนชั้นกลางขึ้นไปยังสามารถจัดการกับปัญหาผู้สูงอายุได้ค่อนข้างดี บริการส่วนมากที่รัฐจัดให้จะเป็นการให้บริการในสถาบันตามความจำเป็นและมักเป็นการจัดในรูปแบบการให้สวัสดิการ การจัดบริการผู้สูงอายุโดยภาคเอกชนมีบ้าง แต่จะปรากฏในเมืองใหญ่และสำหรับผู้มีรายได้ค่อนข้างสูงเท่านั้น

แต่เมื่อเวลาผ่านไป บริการต่างๆ ที่รัฐจัดให้จะไม่เพียงพอ ทั้งนี้เพราะจำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น ความสามารถของครอบครัวในการแบกรับภาระเหล่านั้นลดลง เพราะจำนวนบุตรที่จะดูแลผู้สูงอายุน้อยลงผนวกกับอัตราการเข้าสู่ตลาดแรงงานของผู้หญิงเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ผู้สูงอายุในครอบครัวของคนชั้นกลางต้องมองหาบริการต่างๆ ภายนอกสถาบันครอบครัว ทั้งนี้เพราะสถาบันครอบครัวไม่สามารถผลิตบริการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเพียงพออีกต่อไป แต่การจัดบริการรูปแบบเดิมที่เน้นการจัดให้แก่คนยากจน เป็นแบบสวัสดิการและเป็นการให้บริการในสถาบันจะไม่เหมาะสมอีกต่อไป ดังนั้น วิวัฒนาการของนโยบายผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนไป ทิศทางที่คล้ายๆ กันของทุกประเทศคือจะไม่เน้นที่การให้บริการในสถาบันอีกต่อไป แต่จะหันไปเน้นที่การให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประเทศที่ทำการทบทวนทั้ง 5 ประเทศล้วนมีวัฒนธรรมที่เน้นการที่บุตรต้องตอบแทนพระคุณของบิดามารดาและมีค่านิยมที่ให้คุณค่าแก่สถาบันครอบครัวและชุมชนสูง ดังนั้น แนวปฏิบัติจึงถือว่าครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ แต่จะมีมาตรการต่างๆ เพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวและชุมชน

ชนที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีมาตรการอื่นๆ เช่น การให้ความรู้แก่ประชาชนทุกวัยให้รู้จักเตรียมตัวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยการสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและเรื่องสังคม สร้างสังคมที่คนทุกรุ่นสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างเข้าใจกัน ประเทศที่มีความก้าวหน้าทางการเปลี่ยนแปลงของประชากรมากกว่า เช่น ฮังการีและสิงคโปร์จะสามารถผลิตโครงการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้หลากหลายกว่า ประเทศเกาหลีแม้จะมีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่สูง แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุยังต่ำกว่าฮังการีและสิงคโปร์ ผวนกับเกาหลีในอดีตเน้นที่นโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจมากกว่าการพัฒนาสังคม Sung-Jae Choi ผู้เขียนบทความสำหรับประเทศเกาหลีคาดว่าในอนาคต ประเทศเกาหลีจะต้องให้น้ำหนักที่สมดุลมากขึ้นระหว่างเป้าหมายทางเศรษฐกิจและสังคม สำหรับประเทศไทยและมาเลเซียยังมีโครงสร้างทางอายุของประชากรที่เยาว์วัยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับอีก 3 ประเทศ ดังนั้น ยังอาจกล่าวได้ว่าแม้ประเทศทั้งสองนี้จะมีนโยบายผู้สูงอายุระยะยาวที่เน้นครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้แก่คนทุกวัยตลอดจนการสร้างหลักประกันสำหรับผู้สูงอายุดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่แผนปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมยังมีน้อยหรือยังอยู่ในระยะเริ่มต้นเท่านั้น

หลักประกันด้านรายได้ จากที่ทบทวนมาพอสรุปได้ว่าโครงการรักษารายได้สามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) โครงการที่เป็นผลจากการเก็บออมระยะยาวระหว่างที่ยังประกอบอาชีพอยู่แล้วนำเงินออมนั้นไปใช้จ่ายเป็นผู้สูงอายุ 2) โครงการประเภทการให้เงินสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ และ 3) โครงการประเภทเพิ่มโอกาสและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำงานและมีรายได้มากขึ้น สำหรับโครงการประเภทที่ 1 นั้นยังจำแนกได้เป็น 2 แบบ คือ (ก) แบบ defined contribution ที่เกิดจากเงินออมของู้ทำงานเองและในกรณีที่ผู้ทำงานเป็นลูกจ้าง นายจ้างจะจ่ายสมทบให้อีกส่วนหนึ่งในนามของลูกจ้าง (มีบางประเทศเท่านั้นที่รัฐร่วมจ่ายสมทบด้วยแต่เป็นส่วนน้อย) เมื่อเกษียณอายุ ผู้ทำงานจะได้รับเงินก้อนที่เกิดจากผลรวมของเงินที่ทุกฝ่ายร่วมจ่ายสมทบรวมดอกผลจากเงินดังกล่าว ปัญหาของวิธีการนี้คือมีโอกาสที่ผู้ได้รับเงินก้อนไปแล้วจะไม่สามารถรักษามาตรฐานการครองชีพในระดับที่พอรับได้ไปตลอดชีวิต ทั้งนี้อาจเกิดจากเหตุที่คาดไม่ถึง เช่น การบริหารเงินที่ผิดพลาด เงินเฟ้อสูงมากหรืออายุยืนยาวมาก เป็นต้น ดังนั้น ประเทศที่เลือกโครงการแบบ defined contribution จึงมักวางมาตรการต่างๆในทางปฏิบัติเพื่อให้แน่ใจว่าเงินในกองทุนนั้นถูกนำไปใช้เท่าที่จำเป็นและเหมาะสมทั้งระหว่างที่ยังทำงานอยู่และหลังจากออกจากงานแล้ว หลักปฏิบัติทั่วไปคือจะนำเงินออมไปเก็บไว้ในหลายบัญชีโดยจะอนุญาตให้มีการเบิกเงินจากแต่ละบัญชีตามวัตถุประสงค์ที่กำกับไว้ในบัญชิต่างๆเท่านั้น เหตุผลที่มักมีการอนุญาตให้เบิกเงินก่อนการเกษียณอายุได้คือการเบิกเพื่อนำเงินไปลงทุน เพื่อซื้อที่อยู่อาศัย เพื่อการศึกษาของบุตรและเพื่อการรักษาพยาบาล แม้หลังเกษียณอายุแล้วยังอาจมีกฎเกณฑ์ในการเบิกเช่น ต้องทยอยเบิกจะเบิกเป็นเงินก้อนไปทั้งหมดไม่ได้ เป็นต้น (ข) แบบ defined benefits ซึ่งมีผู้จ่ายเงินสมทบเหมือนในแบบ (ก)

แต่เงินสมทบมิได้เก็บในบัญชีของแต่ละคน ประโยชน์ทดแทนจะจ่ายเป็นบำนาญรายเดือนตามกฎหมายเกณฑ์ที่กำหนด ผู้สูงอายุที่ได้รับประโยชน์ภายใต้โครงการแบบ (ข) นี้จะมีความมั่นใจได้มากกว่าว่าจะมีรายได้ไปตลอดชีวิต แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะยาวคือ เมื่อเงินกองทุนใหญ่ขึ้น มักมีแรงกดดันหรือการแทรกแซงจากนักการเมือง ทำให้การบริหารกองทุนไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งอาจทำให้กองทุนล้มละลายและไม่สามารถจ่ายบำนาญได้ตามสัญญา นอกจากนี้ ถ้าต้องการให้เงินบำนาญเพียงพอสำหรับรักษามาตรฐานการยังชีพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่แล้ว เงินสมทบจำเป็นต้องสูงด้วย ซึ่งจะทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยไม่สามารถจ่ายได้ ดังนั้น โครงการบำนาญในหลายประเทศจึงกำหนดไว้ที่ระดับค่อนข้างต่ำ แต่เพื่อรักษารายได้ให้ผู้สูงอายุสามารถมีความเป็นอยู่ที่ไม่แตกต่างจากก่อนเกษียณอายุมากนัก ธนาคารโลกจึงเสนอให้ใช้ระบบการสร้างหลักประกันรายได้โดยใช้ทั้ง 2 แบบผสมกัน กล่าวคือ ใช้แบบ defined benefits เพื่อสร้างหลักประกันรายได้ขั้นต่ำ และใช้แบบ defined contribution เพื่อเสริมรายได้ให้เพียงพอสำหรับผู้ที่สามารถออมได้มากกว่าเงินสมทบที่จ่ายเข้ากองทุนบำนาญ

ประเทศต่างๆ ที่พบทวนมาจะมีวิวัฒนาการและความก้าวหน้าของการสร้างหลักประกันด้านรายได้แตกต่างกันอยู่บ้างดังที่สรุปไว้ในตารางที่ 2 ในทุกประเทศจะมีโครงการบำนาญสำหรับบางกลุ่มอาชีพก่อน อันได้แก่ข้าราชการทหารและพลเรือน (และครูในประเทศเกาหลี) อันดับต่อไปจึงเป็นโครงการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือโครงการบำนาญสำหรับลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมตามด้วยผู้ประกอบการธุรกิจส่วนบุคคลในเมืองและชนบท ประเทศที่เน้นความเป็นปัจเจกบุคคลสูงจะใช้กองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นหลักในการรักษารายได้ของผู้สูงอายุ เช่น สิงคโปร์และมาเลเซีย เพราะกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นเพียงการออมในนามของแต่ละบุคคล ไม่มีการโอนรายได้ระหว่างบุคคลภายในโครงการเดียวกัน ฮองกงเพิ่งจะมีกฎหมายกองทุนสำรองเลี้ยงชีพในปี 2001 ซึ่งถือว่าฮองกงค่อนข้างล้าหลังในเรื่องนี้ ส่วนเกาหลีมีกองทุนเกษียณอายุ (Retirement fund) มาตั้งแต่ปี 1953 อันเป็นผลจากกฎหมายแรงงานของประเทศนั้น กองทุนเกษียณอายุของเกาหลีมีลักษณะคล้ายๆ กับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพทั่วไป เพียงแต่นายจ้างเท่านั้นที่เป็นผู้จ่ายเงินเข้ากองทุนในอัตรา 1 ต่อ 12 ของค่าจ้างโดยลูกจ้างไม่ต้องร่วมจ่ายสมทบด้วย นอกจากนี้ตั้งแต่ปี 1999 ยังเริ่มมีโครงการบำนาญระดับชาติซึ่งจะเป็นเครื่องมือสร้างหลักประกันรายได้ของผู้สูงอายุในอนาคต ประเทศไทยมีวิวัฒนาการใกล้เคียงกับประเทศเกาหลี คือมีทั้งโครงการบำนาญสำหรับข้าราชการทุกประเภท มีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพซึ่งลูกจ้างเอกชนสามารถสมัครเข้าเป็นสมาชิกโดยความสมัครใจ และตั้งแต่ปี 1999 เริ่มมีการบังคับให้ลูกจ้างเอกชนในภาคอุตสาหกรรมเข้าเป็นสมาชิกกองทุนประกันสุขภาพซึ่งจะทำให้ลูกจ้างกลุ่มนี้ได้รับบำนาญไปตลอดชีวิตเมื่อเป็นผู้สูงอายุ สัดส่วนของผู้ทำงานที่ครอบคลุมภายใต้โครงการบำนาญในประเทศไทยนี้จะต่ำกว่าของประเทศเกาหลีมากเพราะใน

ประเทศเกาหลีนั้นครอบคลุมผู้ที่ทำธุรกิจส่วนบุคคลและพนักงานในภาคการเกษตรด้วย แต่การครอบคลุมของพนักงานในภาคการเกษตรนั้นรัฐต้องร่วมในการจ่ายเงินสมทบด้วย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบโครงการสร้างหลักประกันด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุ

	มาเลเซีย	ไทย	เกาหลี	สิงคโปร์	ฮ่องกง
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Provident fund)					
ข้าราชการทหารพลเรือนลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ฯลฯ		X		X	
ลูกจ้างเอกชนภาคทางการ	X	O	X	X	X
ผู้ประกอบการธุรกิจส่วนบุคคล	O			X	
ผู้ทำงานในภาคการเกษตร				--	--
โครงการบำนาญ (Pension)					
ข้าราชการทหาร พลเรือน ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	X	X	X		X
ลูกจ้างเอกชนภาคทางการ		X	X		
ผู้ประกอบการธุรกิจส่วนบุคคล			X		
ผู้ทำงานในภาคการเกษตร			X		
สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้		X	X	X	X

หมายเหตุ:

- 1) X หมายถึงโครงการที่บังคับตามกฎหมาย ส่วน O หมายถึงโครงการที่การเข้าร่วมเป็นแบบสมัครใจ
- 2) สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่ยากไร้หมายถึงเฉพาะสวัสดิการที่ให้เป็นตัวเงินแก่ผู้สูงอายุเท่านั้น ไม่รวมสวัสดิการประเภทที่ให้เป็นการบริการหรือสิ่งของ หรือการอุดหนุนที่ให้ผู้ให้บริการ
- 3) ในสิงคโปร์และฮ่องกงมีผู้ทำงานภาคการเกษตรน้อยมากจึงใช้เครื่องหมาย – แทนเพราะผู้เขียนรายงานของประเทศนั้นๆมิได้กล่าวถึง

ในทุกประเทศที่ทบทวนมา บุตรยังคงเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนมากไม่มีโอกาสได้รับประโยชน์จากโครงการบำเหน็จหรือนำบำนาญที่กล่าวมาข้างต้น สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหรือบุตรไม่สามารถเลี้ยงดูได้ รัฐมักจะมีโครงการสงเคราะห์ให้เป็นพิเศษ แต่ทุกประเทศค่อนข้างระมัดระวังในการจัดโครงการที่ให้เงินแก่ผู้สูงอายุโดยตรง เพราะมีโอกาสที่เงินจะถูกผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ได้ง่าย ดังนั้น การสงเคราะห์จึงมักให้ในรูปของเบี้ยยังชีพที่ต่ำมากและยังกำหนดเงื่อนไขการสงเคราะห์ที่ค่อนข้างเข้มงวด หลายประเทศดูเหมือนยินดีให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้วยการให้บริการโดยตรง

หรือให้การสนับสนุนแก่ผู้ให้บริการมากกว่าการให้เป็นเงินแก่ผู้สูงอายุ ประเทศเกาหลี สิงคโปร์และฮ่องกงล้วนมีโครงการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพแก่ผู้ยากไร้ทั้งสิ้น ประเทศไทยก็มีโครงการเบี้ยยังชีพเช่นกันแต่จำนวนเงินที่ให้นั้นต่ำมาก ไม่มีรายงานประสิทธิภาพของการสงเคราะห์ในประเทศอื่นๆ แต่การศึกษาโครงการเบี้ยยังชีพในประเทศไทยพบว่าวิธีการคัดเลือกผู้ที่สมควรได้รับเบี้ยยังชีพยังไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง

สำหรับโครงการประเภทเพิ่มโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุนั้นมีการกล่าวถึงในเกือบทุกประเทศ แต่การดำเนินการให้ได้ผลจริงๆต้องมีโครงการเสริมหลายเรื่อง เช่น การให้สิ่งจูงใจแก่นายจ้างให้นายจ้างผู้สูงอายุเข้าทำงาน การชักจูงให้ผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้สูงอายุยินดีเข้ารับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มโอกาสการทำงานที่ต้องใช้ทักษะสมัยใหม่ซึ่งผู้สูงอายุอาจจะยังไม่มี เป็นต้น แต่ที่สำคัญคือการเปลี่ยนทัศนคติของทั้งผู้สูงอายุเองต่อการทำงานและของนายจ้างที่มีต่อความสามารถของผู้สูงอายุ แต่การเปลี่ยนทัศนคตินั้นเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา เกาหลีและสิงคโปร์ดูจะมีความก้าวหน้าในเรื่องเหล่านี้มากกว่าประเทศไทย แต่ทุกประเทศก็ยังอยู่ในขั้นตอนการทดลองโครงการต่างๆทั้งสิ้น ทั้งนี้เพราะการผลักดันโครงการประเภทนี้ต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงด้านลบด้วย กล่าวคือ ต้องระมัดระวังมิให้การส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุเป็นเหตุให้ความสามารถในการแข่งขันของประเทศลดลงด้วย อย่างไรก็ตาม เชื่อว่าในอนาคตเมื่อมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นและผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น มาตรการนี้น่าจะมีความสำคัญมากในการรักษารายได้ของผู้สูงอายุและยังสามารถช่วยบรรเทาแรงกดดันที่มีต่อกองทุนชราภาพต่างๆได้อย่างมากอีกด้วย

หลักประกันด้านการเข้าถึงบริการจำเป็นพื้นฐาน โดยเหตุที่การมีรายได้ยังไม่ได้เป็นหลักประกันว่าผู้สูงอายุจะได้เข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นเสมอไป ดังนั้น แต่ละประเทศจึงมักมีโครงการเฉพาะเพื่อสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็น โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและที่อยู่อาศัย รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามอายุและมีความไม่แน่นอนสูง ดังนั้น หากปราศจากระบบที่ดี แม้คนทั่วไปก็อาจจะมียางเวลาที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ ยิ่งผู้สูงอายุซึ่งมีรายได้ที่ค่อนข้างจำกัดหรือไม่มีเลย ย่อมมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ได้รับบริการสุขภาพตามความต้องการที่แท้จริง กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจะปล่อยให้ไปตามอำนาจซื้อของเงินในกระเป๋าของแต่ละคนไม่ได้ เพราะจะนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันในสังคมอย่างมาก

แนวทางการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพมี 2 แนวทางคือ หนึ่ง กำหนดให้ประชาชนทุกคนต้องมีประกันสุขภาพ ทั้งนี้รัฐหรือเอกชนจะเป็นผู้ดำเนินการประกันสุขภาพก็ได้ หรือ สอง รัฐเป็นผู้ผลิตบริการด้านสุขภาพรายใหญ่ของประเทศและเป็นผู้จัดสรรให้ประชาชนแต่ละกลุ่มเองตามที่เห็นสมควร เช่น อาจคิดค่าบริการแตกต่างกันตามฐานะของผู้ซื้อโดยรัฐจะเป็นผู้ใช้

เงินภาษีทั่วไปแบกรับภาระส่วนต่างระหว่างต้นทุนและค่าบริการที่คิดจากผู้ใช้บริการ ปัญหาของแนวทางแรกคือจะจัดระบบประกันสุขภาพอย่างไรจึงจะสามารถลดปัญหาการให้บริการเกินความจำเป็นอันเนื่องมาจากการมีประกันได้มากที่สุด การให้ผู้มีประกันต้องจ่ายร่วมเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ส่วนปัญหาของแนวทางที่ 2 คือการขาดแคลนบริการ เนื่องจากถ้ารัฐคิดค่าบริการในอัตราที่ไม่คุ้มทุนและด้วยงบประมาณที่จำกัดรัฐย่อมไม่สามารถผลิตบริการได้เพียงพอกับความต้องการ ทั้งนี้ยังไม่ได้พูดถึงปัญหาว่าจะมีเครื่องมืออะไรที่ทำให้การผลิตบริการของรัฐมีประสิทธิภาพในเมื่อรัฐเป็นผู้ผูกขาดการผลิตรายใหญ่และไม่มีผู้แข่งขันที่ทัดเทียมกัน หรือจะมีเครื่องมืออะไรและเกณฑ์อย่างไรในการจัดสรรบริการให้เกิดความเท่าเทียมกันขึ้นในสังคม

ประเทศทั้ง 5 ที่ทำการสำรวจระบอบความนี้ก็ใช้แนวทางการสร้างหลักประกัน 2 แนวทางที่กล่าวมานี้ มาเลเซียและฮ่องกงซึ่งเป็นประเทศอุตสาหกรรมของอังกฤษมีระบบที่คล้ายๆ กับอังกฤษ คือเน้นที่ใช้แนวทางที่ 2 สำหรับเกาหลีและสิงคโปร์เน้นที่ใช้แนวทางแรกคือการประกันสุขภาพ ประเทศไทยมีลักษณะเป็นลูกผสมระหว่างแนวทางทั้งสอง นอกจากนี้ ทุกประเทศยังมีโครงการสงเคราะห์เรื่องค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้เสริมจากโครงการปกติ โดยจะมีหรือไม่มีโครงการพิเศษเฉพาะผู้สูงอายุก็ได้ แต่ผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์มักจะประกอบด้วยผู้สูงอายุในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตาม การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างทั่วถึงและอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อพลเมืองทุกคนยังคงเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับทุกประเทศ นอกจากการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุดังที่กล่าวมาแล้ว แนวทางที่เป็นกระแสอยู่ในขณะนี้คือไปเน้นที่การป้องกัน เพราะการป้องกันการยอมประหยัดกว่าการรักษา โครงการประเภทนี้ เช่น การจัดอบรมให้ผู้สูงอายุรู้จักการใช้ชีวิตอย่างถูกต้องและช่วยตัวเองได้นานที่สุด เป็นต้น

สำหรับเรื่องที่อยู่อาศัยนั้น ทุกประเทศต้องการให้ผู้สูงอายุที่ยังพอช่วยตนเองได้อยู่กับครอบครัวนานที่สุด โดยจะมีมาตรการต่างๆ เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ที่ต้องดูแลสูงอายุ เช่น ให้ความช่วยเหลือในเรื่องปัจจัยและในเรื่องความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีหรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัว ก็จำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุภายในสถาบันซึ่งในอดีต การจัดที่อยู่อาศัยในสถาบันมักลุ่มเป้าหมายที่ผู้สูงอายุที่ยากจน หลายประเทศกล่าวถึงการขาดแคลนที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุคนที่มีรายได้ระดับกลางซึ่งจะมีมากขึ้น สำหรับการรักษาระยะยาว การให้ครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ผลิตบริการยังคงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาในสถาบัน ดังนั้น หลายประเทศจึงเริ่มมีโครงการสงเคราะห์โดยผ่านครอบครัวหรือชุมชนกันมากขึ้น

3. สรุปบทเรียนสำหรับประเทศไทย

ในระดับนโยบาย ไม่มีความแตกต่างระหว่างประเทศอย่างเด่นชัด เป้าหมายหลักคือ ต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ เป็นที่ต้องการของ ครอบครัวและสังคมและมีความเข้าใจระหว่างคนต่างรุ่นในสังคม เพื่อให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้น ผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีหลักประกันในเรื่องการเงินและการเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการด้านการรักษาพยาบาลและเรื่องที่อยู่อาศัย การสร้างหลักประกันเหล่านี้ทุกประเทศต่าง ระมัดระวังที่จะไม่นำประเทศไปสู่การเป็นรัฐสวัสดิการซึ่งจะเป็นภาระรายจ่ายของรัฐบาลมากเกินไป ดังนั้น จึงมักเน้นที่การให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองก่อน แล้วจึงครอบครัวและชุมชนตามลำดับโดยรัฐ จะเป็นแหล่งความช่วยเหลือสุดท้าย สำหรับประสบการณ์ต่างประเทศซึ่งอาจใช้เป็นบทเรียนใน ประเทศไทยมีดังนี้

1. ควรเน้นหลักการให้ทุกคนรู้จักออมเพื่อใช้ในอนาคตเมื่อตนเองต้องกลายเป็นผู้สูงอายุนั้นคือเรื่องการประกันสุขภาพรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโครงการบำนาญหรือโครงการสำรองเลี้ยงชีพ ประเทศที่ยังไม่มีโครงการเหล่านี้ล้วนมีคำรื้อที่จะสร้างโครงการประเภทนี้ขึ้นมา ส่วนที่มีแล้วก็ต้องการขยายขอบข่ายให้กว้างขวางขึ้นและปรับปรุงวิธีการบริหารจัดการเพื่อให้แน่ใจว่าโครงการสามารถเป็นหลักประกันด้านรายได้ของผู้สูงอายุได้ตลอดชีวิต ประเทศไทยมีทั้งโครงการบำนาญ และโครงการสำรองเลี้ยงชีพ แต่ยังมีຄลอบคูลุมที่แคบมากจึงต้องเร่งขยายต่อไปให้ครอบคลุมถึงประชาชนทุกคน ข้อสังเกตที่สำคัญประการหนึ่งคือ การสร้างหลักประกันด้านรายได้มิได้เป็นสาเหตุที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกห่างเหินขึ้นดังที่มีบางคนเป็นห่วงกัน ประเทศที่ทบทวนมาแล้วมีวัฒนธรรมที่เข้มแข็งในเรื่องที่บุตรต้องแสดงความกตัญญูต่อพ่อแม่ทั้งสิ้น แต่ถึงกระนั้นวัฒนธรรมดังกล่าวก็ไม่สามารถหักทวนแรงกดดันที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจได้ไม่ว่าประเทศนั้นจะมีหรือไม่มีโครงการประกันรายได้ของผู้สูงอายุก็ตาม ย่อมคงเป็นตัวอย่างของประเทศที่ไม่เคยมีระบบประกันรายได้ให้ผู้สูงอายุโดยคาดว่าบุตรจะสามารถทำหน้าที่นั้นได้ แต่ในที่สุดก็ยังต้องหันมาพึ่งระบบการสร้างหลักประกันรายได้เหมือนประเทศอุตสาหกรรมอื่นๆ

2. ปรับปรุงโครงการสุขภาพสำหรับลูกจ้างเอกชนให้เกิดความมั่นคงและสร้างระบบที่สามารถสร้างหลักประกันแก่ลูกจ้างได้อย่างแท้จริง ในโครงการประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างนั้น กำหนดระดับบำนาญที่ต่ำมากซึ่งไม่น่าจะเพียงพอสำหรับการครองชีพของผู้สูงอายุ (ผู้ที่จ่ายเงินสมทบ 35 ปี จะได้รับบำนาญร้อยละ 35 ของเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้ายในขณะที่ข้าราชการที่ทำงานในระยะเวลาเดียวกันจะได้รับบำนาญถึงร้อยละ 70 ของเงินเดือนเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย) ดังนั้น จึงควรเร่งรัดให้มีการดำเนินการสร้างหลักประกันหลายชั้นจากการผสมผสานทั้งแบบ defined benefits และ defined contribution ตามคำแนะนำของธนาคารโลก ส่วนปัญหาเรื่องความมั่นคงของกองทุนสุขภาพของลูกจ้างเอกชนนั้น ควรดำเนินการแก้ไขทันทีเมื่อสภาพเศรษฐกิจอานวย ช่องทางการแก้ไขคือ เพิ่มอัตราเงินสมทบและเพิ่มอายุเมื่อเริ่มมีสิทธิรับบำนาญจาก 55 ปีเป็น 60 ปี

โดยเร็ว แต่ข้อได้แก่ของลูกจ้างคือผู้ที่มิอายุครบ 55 ปีแล้วมีโอกาสจะถูกให้ออกจากงานสูงซึ่งจะก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ลูกจ้างเหล่านี้หากไม่มีสิทธิได้รับบำนาญ ปัญหานี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยเร็วด้วยมาตรการเสริมอื่นๆ เช่น การฝึกอบรมผู้สูงอายุและการให้สิ่งจูงใจแก่นายจ้างที่จ้างผู้สูงอายุเข้าทำงาน เป็นต้น

3. การที่ผู้สูงอายุคงทำงานนานขึ้นนั้นมีประโยชน์ทั้งด้านการคงรายได้ของผู้สูงอายุและด้านความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความมั่นคงให้กับกองทุนชราภาพอีกด้วย ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้มีอายุระหว่าง 55-64 ปีมีอัตราการเข้าสู่ตลาดแรงงานสูงขึ้น มาตรการมีตั้งแต่การยกอายุเกษียณตามปกติขึ้นจนถึงการส่งเสริมให้คงอยู่ในตลาดแรงงานโดยความสมัครใจ เช่น เลื่อนการเกษียณอายุของข้าราชการหรือของลูกจ้างเอกชนให้สูงกว่า 60 ปี เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหรือผู้ใกล้สูงอายุทำงานต่อไปโดยความสมัครใจยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรในปัจจุบัน ทั้งนี้เกิดอุปสรรคทั้งจากนายจ้างและลูกจ้าง แต่เป็นเรื่องที่ต้องพยายามแก้ไขต่อไปด้วยมาตรการเสริมดังที่กล่าวมาแล้วในท้ายของข้อเสนอแนะข้อที่ 2

4. ควรมีการมาตรการส่งเสริมให้ถือว่าบุตรมีหน้าที่ต้องดูแลบุพการีของตนเองและของคู่สมรสดังเช่นในประเทศสิงคโปร์หรือเกาหลี แต่ก็ควรมีมาตรการช่วยเหลือครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุด้วย เช่น การให้ผู้ดูแลสามารถนำรายจ่ายของผู้สูงอายุบางส่วนไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้ และการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นต้น

5. สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยตนเองและครอบครัวก็ช่วยเหลือไม่ได้แล้ว ควรพิจารณาให้การอุดหนุนผ่านเครือข่ายชุมชนถ้าชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การอุดหนุนดังกล่าวต้องมีความรัดกุมด้วย ส่วนโครงการสงเคราะห์ที่ให้เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุคนละ 300 บาทต่อเดือนนั้นควรปรับปรุงระบบการคัดเลือกบุคคลที่สมควรได้รับการสนับสนุนอย่างโปร่งใสและยุติธรรม เพื่อจะได้มีความแม่นยำในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

6. ในเรื่องการเข้าถึงบริการจำเป็นพื้นฐานต่างๆ นั้น ผู้สูงอายุไทยในอนาคตจะเป็นผู้มีการศึกษาสูงและมีฐานะดีขึ้นเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ดังนั้นความคาดหวังในคุณภาพของบริการก็ต้องสูงขึ้นตามด้วย ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นบริการด้านรักษาพยาบาลหรือเรื่องที่อยู่อาศัย บริการที่รัฐเคยจัดให้ โดยเน้นที่กลุ่มคนยากจนจะไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในอนาคต จึงควรมีการส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนในการจัดบริการด้วย เพื่อจะได้มีบริการที่มีคุณภาพหลากหลายตามความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจ่ายก็ต้องมีการจ่ายร่วมสำหรับบริการเหล่านั้นด้วย

7. ในเรื่องหลักประกันการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพนั้นแม้ประเทศไทยจะได้ชื่อว่ามีหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานบริการของรัฐโดยไม่ต้องมีการจ่ายร่วมแต่อย่างไร แต่ปัญหาที่ประสบคือ หนึ่ง ความไม่เพียงพอของบริการที่มีคุณภาพซึ่งทำให้ต้องเสียเวลา

คอยรับบริการนาน ทำให้ไม่สะดวกสำหรับผู้สูงอายุ และ สองคือเรื่องคุณภาพของบริการซึ่งยังมีความแตกต่างกันมากระหว่างสถานให้บริการของรัฐระดับต่างๆ ระหว่างของรัฐและเอกชน และระหว่างผู้ที่รับการคุ้มครองต่างโครงการ แท้จริงแล้วเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพยังเป็นปัญหาสำหรับคนไทยทุกคน มิใช่จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น และเป็นปัญหาที่ท้าทายและยังรอการแก้ไขอยู่ นอกจากนี้ควรจัดสถานบริการที่เน้นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น โดยคำนึงถึงเรื่องความสะดวก ไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุมากนัก

8. ควรส่งเสริมวัฒนธรรมครอบครัวใหญ่ที่มีคนหลายรุ่นอาศัยอยู่ร่วมกันซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาของผู้สูงอายุหลายด้านไปพร้อมๆ กัน เช่น แก้ไขปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย ช่วยให้เกิดความเข้าใจระหว่างคนต่างวัยได้ดีขึ้น ผู้สูงอายุสามารถเป็นทั้งผู้รับและผู้ให้บริการภายในครอบครัวซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองได้ด้วย

9. อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งเกี่ยวกับการดำเนินโครงการเพื่อผู้สูงอายุคือ นักการเมืองและข้าราชการทั่วไปยังไม่เห็นว่าปัญหาผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่เร่งด่วน ดังนั้นระดับการดำเนินการจึงยังอยู่ในขั้นของการขยายบริการตามความจำเป็นโดยใช้โครงสร้างการบริหารเดิม ทำให้ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานเท่าที่ควร นอกจากนี้ แม้มีนโยบายและแผนงานที่ดีแต่หากขาดแผนปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดงบประมาณสนับสนุน ก็จะทำให้แผนที่ดีไม่มีโอกาสได้ดำเนินการจริง ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่ผู้อยากเห็นผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตอย่างแท้จริงต้องพยายามผลักดันต่อไป

10. ประเด็นสุดท้ายที่สำคัญยิ่งในทางภาคปฏิบัติ คือ การจัดทำฐานข้อมูลและมิงงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ครบถ้วน ในบรรดาประเทศที่ทบทวนมานั้น ประเทศที่สามารถดำเนินโครงการได้ค่อนข้างดี มีความแม่นยำในการให้บริการหรือสวัสดิการไปยังกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง เช่น สิงคโปร์และฮ่องกงนั้นมีขนาดประเทศค่อนข้างเล็กและมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุค่อนข้างดีทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยจะทำตามประเทศทั้งสองนี้ทั้งหมดก็ไม่ได้เพราะโครงสร้างการผลิตและสถานภาพการทำงานมีความแตกต่างกันมาก ดังนั้นในการดำเนินการตามข้อเสนอแนะข้างต้นควรมีการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากขึ้น พร้อมกับการทำวิจัยเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับที่สุดสำหรับประเทศไทยด้วย

บรรณานุกรม

Chan, Alfred C.M. Part I of "Ageing Policy and Long Term Care in Hong kong" Paper submitted to the Asia Development Research Forum. March 2001.

Chan, Alfred C.M. Part II of "Ageing Policy and Long Term Care in Hong kong" Paper submitted to the Asia Development Research Forum. March 2001.

Choi, Sung-Jae. (1) "National Policies On Ageing In Korea." Paper submitted to the Asia Development Research Forum.

(2) "Long-term Care Needs And Policies In Korea." Paper submitted to the Asia Development Research Forum.

Jitapunkul. Suttichai, Napaporn Chayovan and Jiraporn Kespichayawattana. "National Policies on Ageing and Long-Term Care Provisions For Older Persons in Thailand." Paper submitted to the Asia Development Research Forum.

Mehta, Kalyani K. (1) "Review of the National Policies on Ageing in Singapore." Revised paper submitted to the Asian Development Research Forum, Lingnan University, Hong Kong, June, 2001.

(2) "Review of Long-Term Care Needs, Provisions and Policies in Singapore." Paper submitted to the Asian Development Research forum, Lingnan University, Hong Kong, May 2001.

Sim, Ong Fon. (1) "Ageing In Malaysia: National Policy And Future Direction." May, 2001.

(2) "Long-Term Care For The Elderly In Malaysia." May, 2001.

World Population Data Sheet 2001.

คณะกรรมการร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาวฉบับที่ 2 ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-พ.ศ.2564). มกราคม 2544.

ภาพพร ชโยวรรณ "ประชากรสูงอายุไทย" บทที่ 2 ใน ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย บรรณาธิการโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ภาพพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร กันยายน 2544.

มัทนา พานิชรัมย์ และ นงนุช สุนทรชวากานต์ "เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ" บทที่ 5 ใน ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย บรรณาธิการโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ภาพพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร กันยายน 2544.

อภิญา เวชชัย. "บทบาทรัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต" ใน การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณ

ภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย (เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่อง บทบาทรัฐ เอกชน องค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต 23-24 ธันวาคม พ.ศ. 2542) กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและคณะกรรมการส่งเสริม และประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ 2542.