

การวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายผู้สูงอายุของประเทนอร์เวย์ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย

ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์¹

พรเลิศ อาภาณัฐ^{**}

อาณภาพ รัชสุวรรณ^{***}

และธีรพล พงษ์บัว^{****}

บทคัดย่อ

บทความชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ 1) ศึกษานโยบายผู้สูงอายุในประเทศที่มีแนวปฏิบัติที่ดี ได้แก่ นอร์เวย์ ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ และ 2) วิเคราะห์เบื้องต้นเกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุของประเทศทั้งสามกับประเทศไทย วิธีการศึกษาเป็นการใช้ข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับนโยบายของประเทศนอร์เวย์ ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ โดยใช้ตัวแบบของ Walt และ Gibson (1994) มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ซึ่งพบว่า ในด้านบริบท นอร์เวย์ ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ เป็นประเทศที่มีโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมและมีอัตราผู้สูงอายุสูงมาก ในขณะที่ไทยเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ซึ่งมีอัตราผู้มียาได้น้อยกว่าประเทศทั้งสาม ในด้านเนื้อหาของนโยบาย ประเทศทั้งสามมีนโยบายผู้สูงอายุที่ครอบคลุมเรื่องการประกันสุขภาพ การดูแลรักษาทางการแพทย์ ที่พักในระยะสั้นและระยะยาว การขยายอายุการเกษียณ และการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ ส่วนนโยบายและมาตรการส่วนใหญ่ของไทยเน้นเรื่องการสงเคราะห์เนื่องจากจำนวนผู้มียาได้น้อยค่อนข้างมาก ในด้านกระบวนการ นอร์เวย์มีระบบบำนาญแห่งชาติที่เข้มแข็ง ญี่ปุ่นมีระบบการดูแลสุขภาพระยะยาวที่ดี สิงคโปร์มีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลาง สำหรับไทยมีกองทุนประกันสังคมและเบี้ยยังชีพ สำหรับด้านหน่วยปฏิบัติการนโยบาย นอร์เวย์ใช้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัคร ญี่ปุ่นใช้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และองค์กรไม่แสวงหากำไร สิงคโปร์เปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วม ขณะที่ไทยมีหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นตัวขับเคลื่อน ในส่วนสุดท้ายบทความนี้ได้สังเคราะห์ข้อมูลและเสนอแนะแนวทางการพัฒนานโยบายผู้สูงอายุในไทย

คำสำคัญ: การวิเคราะห์นโยบาย นโยบายผู้สูงอายุ นอร์เวย์ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ ไทย

* คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

อีเมล: tippawan@hyperhub.net

** คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

อีเมล: pornlert_a@yahoo.com

*** คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

อีเมล: arnuphab_r@hotmail.com

**** คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

อีเมล: theerapolpongdua26@gmail.com

วันที่รับบทความ: 4 มกราคม 2564 วันที่แก้ไขบทความล่าสุด: 13 สิงหาคม 2564 วันที่อนุมัติการตีพิมพ์: 21 มิถุนายน 2566

A Comparative Analysis of Aging Policies in Norway, Japan, Singapore and Thailand

Tippawan Lorsuwannarat*

Pornlert Arpanutud**

Arnuphab Raksuwan***

Theerapol Pongbua****

Abstract

This review paper has two objectives. First, to study ageing policies in countries noted for good practice, including Norway, Japan, and Singapore. Second, to undertake a preliminary analysis of ageing policies among the three abovementioned countries with Thailand. The review paper was based on secondary data to explain the existing knowledge on ageing policies in the targeted countries. then Walt and Gibson model (1994) was used to analyze the secondary data. It was found that in terms of context, Norway, Japan, and Singapore have positive economic and social infrastructure with a high ratio of ageing populations. Thailand is a newly industrialized country with higher poverty sector than these three other countries. With regard to content, the policies of the three exemplified countries cover health insurance, medical care, short-term and long-term accommodation, extended retirement, and new technology use. In contrast, a greater proportion of Thai elder programs emphasize many forms of social assistance due to the higher proportion of elderly under the poverty line. Regarding major mechanisms, Norway has their Government Pension Fund-Global; Japan has Long-term Care Insurance; Singapore has a Central Provident Fund and health. Thailand has a Social Security Fund elderly allowance. The main policy actors in Norway's Fund are the local government and volunteers; Japan's includes local government, profit and non-profit social entrepreneurs, and social capital; Singapore's are public and private agencies, and Thailand's include government agencies and local government. Finally, the paper recommends some guidelines for the future Thai ageing society.

Keyword: Policy analysis, ageing policy, Norway, Japan, Singapore, Thailand

* Graduate School of Public Administration, National Institute of Development Administration
E-mail: tippawan@hyperhub.net

** School of Liberal Arts, King Mongkut's University of Technology Thonburi
E-mail: pornlert_a@yahoo.com

*** Faculty of Humanities and Social Sciences, Suansunandha Rajabhat University
E-mail: arnuphab_r@hotmail.com

**** Graduate School of Public Administration, National Institute of Development Administration
E-mail: theerapolpongdua26@gmail.com

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ในหลายประเทศกำลังเผชิญกับการเติบโตอย่างรวดเร็วของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น อัตราการเกิดของประชากรมีแนวโน้มลดลง ประชากรมีอายุยืนขึ้นเนื่องจากการปรับปรุงภาวะโภชนาการ สุขภาพ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ การดูแลสุขภาพ การศึกษา และความเป็นอยู่ที่ดีทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว (United Nations Population Fund & Help Age International, 2012) ดังนั้น ประเด็นความท้าทายเรื่องผู้สูงอายุซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมในภาพรวม ทั้งด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (Mehta, 2019) จึงเป็นโจทย์ใหญ่สำหรับการบริหารงานภาครัฐทั้งปัจจุบันและอนาคตในการกำหนดนโยบาย แผนงานและมาตรการเพื่อรับมือกับสภาพความท้าทายดังกล่าว

การศึกษาแนวนโยบายจากต่างประเทศซึ่งมีแนวปฏิบัติที่ดีและสามารถรับมือกับความท้าทายด้านผู้สูงอายุมาแล้ว จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายเพื่อรับมือกับสังคมสูงวัยในอนาคต บทความชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์นโยบายเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในประเทศนอร์เวย์ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบและเสนอแนวทางเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย

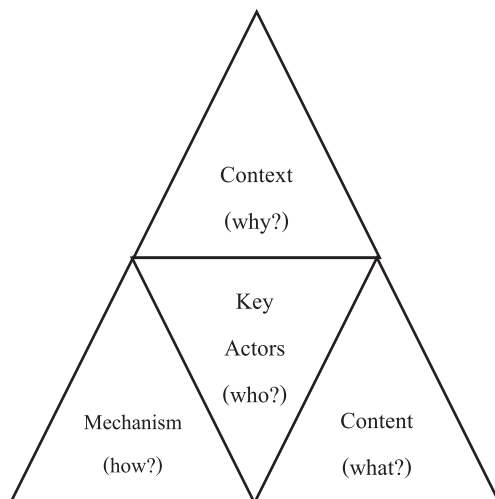
ตัวแบบในการวิเคราะห์นโยบาย

Thomas Dye (1984) ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะ (Public Policy) ว่าเป็นสิ่งที่รัฐบาลเลือกจะทำหรือไม่ทำ การตัดสินใจที่ไม่ทำ (Inaction) จึงถือเป็นการกระทำ (Action) ด้วย ไม่ว่ารัฐบาลจะเลือกจะทำหรือไม่ทำ จึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายของรัฐบาล นี่จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้การวิเคราะห์นโยบายมีความสำคัญและน่าสนใจ (Oni, 2016)

การวิเคราะห์นโยบายเป็นการใช้แนวทางแบบสหวิทยาเพื่อจะอธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถาบัน ผลประโยชน์ และแนวคิดซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการนโยบาย Quade (1975) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์นโยบาย หมายถึง การวิเคราะห์แบบใดก็ได้เพื่อนำเสนอข้อมูลซึ่งจะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายใช้เป็นพื้นฐานในการใช้วิจารณ์เพื่อปรับปรุงนโยบายต่อไป นักวิชาการซึ่งเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์นโยบายมีหลายท่าน อาทิ Parsons (1995) Dror (1968) Browne และคณะ (2019)

บทความนี้ได้ประยุกต์ใช้ตัวแบบสามเหลี่ยมในการวิเคราะห์นโยบาย (Policy Analysis Triangle) ของ Walt และ Gilson (1994) ซึ่งมีการนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข เช่น Buse, Mays และ Walt (2012) Ma และคณะ (2015) Gilson, Orgill และ Shroff (2018) ตัวแบบนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประเด็นคือ **1) บริบท (Context)** เป็นการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามว่าเหตุใด (Why) จึงต้องมีนโยบายผู้สูงอายุ ประเด็นปัญหา ปัจจัยที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ เช่น สิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป โครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง อัตราผู้สูงอายุ และจำนวนประชากร **2) ด้านเนื้อหา (Content)** เพื่อวิเคราะห์และตอบคำถามว่านโยบายผู้สูงอายุประกอบด้วยสาระสำคัญอะไรบ้าง (What) ซึ่งครอบคลุมนโยบายสำคัญ เช่น การขยายอายุเกษียณ การดูแลสุขภาพที่พิกสำหรับผู้สูงอายุ การใช้เทคโนโลยี เป็นต้น **3) ด้านกระบวนการหรือกลไก (Process)** เพื่อวิเคราะห์และตอบคำถามว่า

นโยบายผู้สูงอายุนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างไร (How) เป็นการวิเคราะห์กลไกหลักในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเน้นเรื่องกระบวนการที่เป็นกลไกหรือระบบที่มีการพัฒนาต่อเนื่องเป็นเวลานาน (Institutionalized Process) และ 4) **ด้านหน่วยปฏิบัติ (Actors)** เพื่อวิเคราะห์ว่าใคร (Who) มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนโยบายนี้บ้าง บทบาทของภาครัฐ ตลาด และภาคประชาสังคม (ดังภาพที่ 1) เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูลทำให้ต้องเลือกประเด็นที่ใช้ในการวิเคราะห์ร่วมกันในแต่ละประเทศสำหรับองค์ประกอบตามกรอบที่จะนำมาใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น



ภาพที่ 1. ตัวแบบในการวิเคราะห์นโยบายของ Walt และ Gilson (1994)

ที่มา: ปรับจาก Walt และ Gilson (1994)

วิธีการศึกษา

บทความนี้ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลเชิงทฤษฎีซึ่งเกี่ยวข้องกับนโยบายผู้สูงอายุของ 3 ประเทศ มาศึกษาวิเคราะห์ในเบื้องต้นตามตัวแบบของ Walt และ Gilson (1994) เพื่อนำผลของการวิเคราะห์มาใช้ในการสังเคราะห์เพื่อให้ได้นัยด้านนโยบาย (Policy Implication) สำหรับเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงนโยบายผู้สูงอายุของประเทศไทย ข้อมูลทฤษฎีได้แก่ ข้อมูลจากบทความ งานวิจัย และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องซึ่งเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต หรือสื่อต่าง ๆ เกณฑ์ในการคัดเลือกประเทศ ได้แก่ 1) พิจารณาจากประเทศที่ได้รับการยอมรับในเรื่องนโยบายผู้สูงอายุว่ามีความโดดเด่นและน่าสนใจ 2) ประเทศซึ่งมีข้อมูลเพียงพอที่จะใช้สำหรับการศึกษาวิเคราะห์ในเบื้องต้น 3) ครอบคลุมประเทศในกลุ่มอาเซียนด้วย ซึ่งผลจากการพิจารณาคัดเลือก ได้แก่ นอร์เวย์ ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ กล่าวคือ นอร์เวย์ได้รับการจัดอันดับเป็น “ประเทศที่ดีที่สุดในโลกสำหรับผู้สูงอายุ” (HelpAge International, 2014) สำหรับญี่ปุ่นได้รับการจัดอันดับเป็นประเทศที่ดีที่สุดในโลกสำหรับผู้สูงอายุในเอเชีย ญี่ปุ่นมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดและมีผู้สูงอายุที่เกิน 100 ปีมากที่สุดในโลก (HelpAge International, 2014; Junthothai, B.E.2563: 170) ส่วนสิงคโปร์เป็นประเทศหนึ่งที่มีความสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุภายใต้วิสัยทัศน์ “Successful Ageing for Singapore” (Rogerson & Stacey, 2018) นอกจากนี้ สิงคโปร์ยังเป็นประเทศที่สูงวัยเร็วที่สุดในอาเซียน และเป็นประเทศเดียวในอาเซียนที่กลายเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว (United Nations, 2017: 21) ในขณะที่ไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และกำลังจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 มีการคาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2574 (Department of Older Persons, B.E.2562: 1)

ผลการวิเคราะห์นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผลของการนำข้อมูลเรื่องนโยบายผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ มาวิเคราะห์เบื้องต้นโดยใช้ตัวแบบของ Walt และ Gilson (1994) สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

บริบท (Context)

นอร์เวย์เป็นรัฐสวัสดิการ รายได้หลักมาจากธุรกิจก๊าซธรรมชาติและน้ำมัน (เป็นประเทศที่ส่งออกก๊าซธรรมชาติใหญ่เป็นอันดับ 3 ของโลก ส่งออกน้ำมันเป็นอันดับ 7 ของโลก) ในปี 2019 มีประชากร 5.4 ล้านคน และคาดว่าจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 29.4 ในปี 2050 (United Nations, 2017: 34) นอร์เวย์มีการเก็บภาษีในอัตราที่สูงเพื่อเป็นส่วนหนึ่งสำหรับการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชน รวมทั้งนำไปพัฒนาสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การจ่ายเงินบำนาญแห่งชาติของนอร์เวย์ นอร์เวย์ได้รับการจัดอันดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสูงที่สุดในโลก ตั้งแต่ปี 2009 เป็นประเทศที่มีความสุขที่สุดในโลก รวมทั้งดัชนีด้านเสรีภาพและประชาธิปไตย (UNDP, 2009: 143; Rankin, 2017; The Economist Intelligence Unit Limited, 2017: 7)

ญี่ปุ่นมีเศรษฐกิจใหญ่รองจากสหรัฐอเมริกาและจีน และมีระบบการศึกษาที่ดีที่สุดในกลุ่มประเทศ องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development-OECD) แต่มีอัตราหนี้สาธารณะสูงเป็นอันดับต้นของโลก (OECD, 2016) ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีประชากรรวม 126.8 ล้านคน คาดว่าจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 42.4 ในปี 2050 (United Nations, 2017: 9) ญี่ปุ่นจะเป็นประเทศที่เป็นสังคมสูงวัยระดับ Super Ultra-Aged Society ในอีก 30 ปีข้างหน้า ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีดัชนีการพัฒนามนุษย์สูงมากและประชากรมีอายุยืนมากที่สุดในโลก (UNDP, 2019) ด้านการเมืองเป็นระบอบการปกครองแบบราชาธิปไตยภายใต้รัฐธรรมนูญ (constitutional monarchy) และมีรัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้ง

สิงคโปร์เป็นประเทศที่มีโครงสร้างทางเศรษฐกิจดี มีระบบเศรษฐกิจเสรีที่ประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะในสาขาการค้าระหว่างประเทศและการลงทุน มีขีดความสามารถในการแข่งขันสูง และเป็นหนึ่งในประเทศที่ร่ำรวยและก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่สุด สิงคโปร์มีประชากร 5.8 ล้านคน และจะมีผู้สูงอายุร้อยละ 40.1 ในปี 2050 (United Nations, 2017: 9) นอกจากนี้ สิงคโปร์ยังมีระบบการศึกษาและโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีที่ดี

ประเทศไทยมีประชากร 69 ล้านคน ในปี 2019 และคาดว่าจะมีผู้สูงอายุร้อยละ 35.1 ในปี 2050 (United Nations, 2017: 30) เป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ที่อยู่ในกลุ่มประเทศมีรายได้ปานกลางระดับสูงมีขีดความสามารถในการแข่งขันปานกลาง และถูกจัดอยู่ในหมวดหมู่ประเทศที่มีการพัฒนามนุษย์ในระดับสูง (UNDP, 2019) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำ (ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ฯลฯ) อีกทั้งจากรายงานสถิติความสุขใน World Happiness Report ในปี 2012-2019 ได้แสดงให้เห็นว่า คนไทยมีความสุขลดลงเรื่อย ๆ และปี 2019 เป็นปีที่คนไทยมีความสุขต่ำที่สุด (Chanduwit, 2020)

บริบทของประเทศทั้งสี่มีประเด็นการวิเคราะห์ที่น่าสนใจ กล่าวคือ นอร์เวย์และสิงคโปร์เป็นประเทศเล็กที่มีจำนวนพลเมืองใกล้เคียงกัน เพียงประมาณ 5 ล้านกว่าคน และเป็นประเทศที่มีความแข็งแกร่งทางด้านเศรษฐกิจเป็นพื้นฐานความแตกต่างกันบ้างคือ นอร์เวย์เป็นรัฐสวัสดิการซึ่งมีขนาดของงบประมาณรายรับสูงอันดับที่ 20 ของโลก และมีระบบตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม (social safety net) ที่ค่อนข้างครอบคลุมซึ่งเอื้อต่อโครงสร้างพื้นฐานในการบริการผู้สูงอายุ ส่วนสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีขีดความสามารถในการแข่งขันเป็นอันดับแรกของโลก (IMD, 2019) ธนาคารโลกให้การยกย่องว่าเป็นประเทศที่สามารถควบคุมคอร์รัปชันได้ดี และรัฐบาลมีประสิทธิภาพในการดำเนินการสูงมาก แม้ว่าจะได้รับการวิจารณ์ว่าเป็นประชาธิปไตยที่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องเสรีภาพและสิทธิทางการเมือง (Freedom House, 2020)

สำหรับญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีเศรษฐกิจใหญ่เป็นอันดับสามของโลก แต่จำนวนหนี้สาธารณะซึ่งสูงอันดับต้นของโลกเป็นภาระที่รัฐบาลจะต้องคำนึงถึงในการกำหนดนโยบาย ดังนั้น สิ่งที่น่าสนใจคือเรื่องความกล้าหาญในการตัดสินใจเชิงนโยบายของรัฐบาลญี่ปุ่นในสมัยนายกรัฐมนตรี Abe เช่น การสร้างแรงจูงใจให้ผู้หญิงมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานมากขึ้น และการปฏิรูประบบภาษีโดยการเพิ่มภาษีมูลค่าเพิ่ม เพื่อเพิ่มรายได้ และสร้างความเสมอภาคระหว่างคนรุ่นต่าง ๆ (OECD, 2017a) ขณะที่ไทยเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ซึ่งยังมีระดับความยากจนและความเหลื่อมล้ำอยู่มาก และการเมืองยังไม่มีเสถียรภาพ

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่มีความคล้ายคลึงกันในประเทศคือ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้ว่าฐานจำนวนประชากรต่างกัน ในปี 2050 อัตราผู้สูงอายุของทั้งสี่ประเทศอยู่ในอันดับต้นของโลก จึงเป็นเหตุผลว่าเหตุใดประเทศเหล่านี้จึงให้ความสำคัญมากกับการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุ แต่ประเทศไทยยังมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ มีปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม ทำให้การสร้างระบบประกันสังคมและการบริการกับผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมและยังมีข้อจำกัด

เนื้อหานโยบาย (Content)

นอร์เวย์

นโยบายผู้สูงอายุในนอร์เวย์เน้นที่การปฏิรูปกองทุนเงินบำนาญ และการปฏิรูปเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันและการดูแลรักษาพื้นฐาน การดูแลรักษาที่บ้านและการมีชีวิตที่เป็นอิสระ โดยเพิ่มผู้เชี่ยวชาญในการบริการในการดูแลรักษาให้กับคนไข้กลุ่มต่าง ๆ และความต้องการในการดูแลรักษาของคนกลุ่มต่าง ๆ เหล่านั้น จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงจากแนวทางแบบทั่วไป (generalist approach) มาเป็นการให้บริการแบบต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะมากยิ่งขึ้น (highly specialized care services) (Sogstad, Helleso & Skinner, 2020) รัฐบาลนำรายได้ไปลงทุนในกองทุนเงินบำนาญรัฐบาลนอร์เวย์ (Government Pension Fund-Global: GPF-G) เพื่อเป็นแหล่งเงินออมสำหรับประชาชน กองทุนดังกล่าวถือเป็นกองทุนความมั่งคั่งแห่งชาติที่มีมูลค่ามากที่สุดในโลก (Rudden, 2020)

นอร์เวย์มีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเน้นการดูแลเป็นรายบุคคล โดยมีการวางแผนและตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลที่เป็นมืออาชีพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและมีความซับซ้อนในการรักษา รายได้ที่เป็นค่าใช้จ่ายในการบริการพยาบาลและการดูแลของเทศบาลนั้นมาจาก 3 ส่วนคือ (1) งบประมาณจากรัฐ (2) ระบบประกันสังคม และ (3) ผู้รับบริการ เทศบาลสามารถเรียกเก็บค่าบริการบางส่วนจากผู้สูงอายุได้ในกรณีของการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตที่บ้านและการบริการบ้านพักคนชรา โดยการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตที่บ้าน ผู้รับบริการอาจต้องจ่ายค่าอุปกรณ์ความช่วยเหลือทางการแพทย์ ค่ากายภาพบำบัด และค่ายา โดยอัตราค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับเทศบาลที่สามารถกำหนดได้เองแต่ละต้อง

ไม่เกินกว่าค่าใช้จ่ายที่เทศบาลจ่ายจริง ส่วนกรณีของการบริการบ้านพักคนชรา ผู้รับบริการอาจต้องมีค่าใช้จ่ายบางส่วน ถ้าเป็นการพักแบบระยะยาว เช่น ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการทางการแพทย์ และค่ายา เป็นต้น โดยค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้คำนวณจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง แต่จะเรียกเก็บตามรายได้ของผู้รับบริการ รวมทั้งการให้การพยาบาลที่บ้านซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายด้วยเช่นเดียวกัน แต่หากเป็นการพักระยะสั้นหรือรายวันจะไม่มีค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ นอร์เวย์ยังมีแนวนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่น่าสนใจ ดังนี้ (Midford, 2014; Ringard et al., 2013)

- 1) ขยายเวลาการทำงานให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้มีโอกาสดำรงอาชีพต่อไปได้อีก และเพิ่มการจ้างงานผู้สูงอายุโดยเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีอายุไม่น้อยกว่า 65 ปีหรือมากกว่า และปรับปรุงนโยบายเกี่ยวกับเงินบำนาญ
- 2) สร้างชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงวัย ชุมชนต้องพัฒนาสภาพแวดล้อมของชุมชนและที่พักอาศัย การจัดกิจกรรมสันทนาการ การส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น ระบบการคมนาคมและการเดินทางที่ให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงส่งเสริมผู้สูงอายุในการใช้เทคโนโลยี เข้ามามีส่วนร่วมกับชุมชน และสามารถพึ่งพาตนเองได้
- 3) เพิ่มบทบาทของภาคประชาสังคมและกลุ่มจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น ผู้สูงอายุในนอร์เวย์จำนวนมากที่ต้องอยู่ตามลำพังและหลายคนมีความรู้สึกเหงา รัฐบาลจึงมีนโยบายการพัฒนาอาสาสมัครให้สามารถเข้ามามีกิจกรรมกับผู้สูงอายุได้มากขึ้น รวมถึงมีอาสาสมัครเคลื่อนที่ในการสอนการใช้ชีวิตให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย
- 4) ส่งเสริมให้ท้องถิ่นใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองในการใช้ชีวิตประจำวันได้ทั้งที่บ้านหรือที่บ้านพักคนชรา เช่น ระบบการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือโรคสมองเสื่อม ระบบการดูแลรักษาทางไกล รวมทั้งสนับสนุนและกระตุ้นการผลิตสินค้าและบริการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ๆ เช่น หุ่นยนต์ ระบบเซ็นเซอร์ผลิตภัณฑ์อาหารและยา เป็นต้น
- 5) ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแผนร่วมกันในการส่งเสริมและดูแลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ทั้งการรักษา ป้องกัน และการให้ความรู้กับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ญี่ปุ่น

นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุของญี่ปุ่นมีการพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเรื่องการประกันสุขภาพและเงินบำนาญ ซึ่งทำให้ชนชั้นกลางมีสุขภาพดีและเป็นกำลังสำคัญในการสร้างความรุ่งเรืองให้กับประเทศในช่วงทศวรรษที่ 1960-1980 อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จดังกล่าวกลายเป็นภาระที่จำเป็นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลง (Nakatani, 2019) โดยญี่ปุ่นมีแนวนโยบายในการรับมือกับความท้าทายด้านผู้สูงอายุที่สำคัญ ดังนี้ (Bloom et al., 2018)

- 1) การปฏิรูประบบการประกันสังคม การปฏิรูปมุ่งจะทำให้ระบบประกันสังคมมีความเข้มแข็งและยั่งยืน กฎหมายที่รองรับการปฏิรูปมุ่งสนับสนุนเด็ก การเลี้ยงเด็ก และการจ้างคนหนุ่มสาว การปฏิรูปทางการแพทย์และการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง การปฏิรูปเรื่องเงินบำนาญและการนำเรื่องโครงข่ายรองรับทางสังคม (social safety net) ซึ่งมีหลายชั้น เพื่อบรรเทาความยากจนและความเหลื่อมล้ำทางรายได้สำหรับผู้มีรายได้น้อย นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการบริการระยะยาวคือ การบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ การส่งเสริมโครงข่ายทางสังคมให้เข้มแข็งและจัดลำดับประโยชน์จากการประกันสุขภาพและการดูแลระยะยาว รวมทั้งการทบทวนระบบประกันแบบเบี่ยประกันและควบคุมการลดความเหลื่อมล้ำและต้นทุน
- 2) การปฏิรูประบบภาษี โดยการเพิ่มภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) จาก 5% เป็น 8% ในปี ค.ศ. 2014 ทำให้รัฐบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60 ซึ่งใช้จัดสรรสำหรับเพิ่มความเข้มแข็งในการบริการประมาณ 1.6 ล้านล้านเยนต่อปี ในปี ค.ศ. 2015 และลดอัตราหนี้สาธารณะต่อ GDP แต่ญี่ปุ่นมีอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มต่ำเป็นอันดับสามในกลุ่มประเทศ OECD ญี่ปุ่นจึงมีนโยบายเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มเป็น 10% โดยผู้สูงอายุจะเป็นผู้แบกรับภาระมากกว่ารุ่นอื่น ๆ (OECD, 2016)

3) การปฏิรูปการรักษาสุภาพ ในปี ค.ศ. 2014 ญี่ปุ่นมีมติกำหนดแนวนโยบายเกี่ยวกับการรักษาสุภาพ ซึ่งได้รับการแก้ไขเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2017 โดยอิงกับพระราชบัญญัติการส่งเสริมนโยบายการรักษาสุภาพ เพื่อใช้เป็นกรอบในการดูแลรักษาระยะยาวและครอบคลุมในการรองรับสังคมสูงวัย โดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์หรือการบริการที่ทันสมัย รวมถึงการวิจัยและพัฒนาในด้านการดูแลสุขภาพจากวิจัยพื้นฐานจนกระทั่งสามารถนำไปสู่การพาณิชย์ได้นอกจากนี้ ยังมีมาตรการในการสร้างอุตสาหกรรมใหม่ที่จะใช้ในการออกแบบสังคมที่มีสุขภาพและอายุยืน การขยายความร่วมมือกับนานาชาติในการดูแลรักษาสุภาพ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีในการดูแลรักษาสุภาพ

4) ระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance: LTCI) กฎหมายระบบการดูแลระยะยาวได้รับการอนุมัติในปี ค.ศ. 1997 และนำไปสู่การปฏิบัติในปี ค.ศ. 2000 เนื่องจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงทำให้ต้นทุนของการดูแลสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น หากครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ จะมีการนำผู้สูงอายุเข้าโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ทำหน้าที่เป็นเหมือนบ้านที่ดูแลผู้สูงอายุ ช่วงเวลาเฉลี่ยในการอยู่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี คือเวลาที่เกินกว่า 50 วัน การขับเคลื่อนของการปฏิรูปคือ การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลรักษา (Ikegami, 2007) เพื่อตอบสนองกับแรงกดดันดังกล่าว ญี่ปุ่นจึงออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะสากลครอบคลุมผู้สูงอายุซึ่งมีอายุมากกว่า 65 ปี และผู้พิการอายุระหว่าง 40-65 ปี บนหลักการของความเสมอภาคและความเป็นธรรมโดยโอนหน้าที่ด้านดูแลสุขภาพจากบุคคลและครอบครัวไปยังสังคม

5) นโยบายส่งเสริมให้ผู้หญิงทำงานนอกบ้าน โดย World Economic Forum (2018) ได้จัดอันดับความไม่เท่าเทียมทางเพศของประเทศต่าง ๆ พบว่าญี่ปุ่นอยู่ในอันดับที่ 110 (จาก 149 ประเทศ) ลำหลังกว่าหลายประเทศในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว (World Economic Forum, 2018) ญี่ปุ่นต้องการแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงาน จึงกำหนดนโยบายที่เรียกว่า Womenomics ในปี ค.ศ. 2013 เพื่อผลักดันและจูงใจให้ผู้หญิงเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น (OECD, 2018) เช่น การเพิ่มสถานรับเลี้ยงเด็กก่อนและวัยประถมลักษณะศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวัน (day care) ใกล้ที่ทำงานที่ค่าใช้จ่ายไม่แพงให้กับผู้หญิง การสร้างระบบโควตาในการจ้างผู้หญิง การสนับสนุนให้ผู้หญิงมีโอกาสความก้าวหน้าในการเป็นผู้บริหาร เป็นต้น

6) การใช้เทคโนโลยีช่วยในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น รัฐบาลญี่ปุ่นให้เงินทุนในการพัฒนาหุ่นยนต์ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเติมเต็มจำนวนแรงงานเฉพาะทาง 380,000 คน ที่คาดการณ์ไว้ภายในปี 2025 เทคโนโลยีดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการบริการมากขึ้น ลดภาระผู้ดูแล (caregiver) เช่น การใช้ยานพาหนะที่ไม่ต้องมีคนขับ หรือการใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยในการทำงาน เทคโนโลยีนั้นนอกจากจะช่วยแก้ปัญหาแรงงานด้านการแพทย์ขาดแคลนยังช่วยปรับปรุงเรื่องการสื่อสาร ปรับปรุงประสิทธิภาพ และยังมีคามยั่งยืนกว่าด้วย

นอกจากนี้ ญี่ปุ่นยังมีนโยบายการขยายเวลาการเกษียณอายุสำหรับข้าราชการจาก 60 ปี เป็น 65 ปี และสนับสนุนให้บริษัทเอกชนจ้างผู้เกษียณอายุ (JapanGov, 2018) นโยบายดังกล่าวจะทำต่อเนื่องและสิ้นสุดในปี ค.ศ. 2025 ซึ่งจะช่วยเพิ่มสัดส่วนของผู้ที่อยู่วัยทำงานต่อจำนวนประชากรทั้งหมดให้อยู่ในระดับเดียวกับปี ค.ศ. 2018 โดยประมาณ ขณะเดียวกัน ญี่ปุ่นได้ปรับอายุของผู้ที่มีสิทธิได้รับบำนาญโดยไม่ต้องรอวันเกษียณอายุ ทั้งนี้ เพื่อลดแรงกดดันด้านการคลัง มาตรการดังกล่าวช่วยเพิ่มอายุการเกษียณและผู้มีสิทธิในการได้รับเงินบำนาญมากขึ้น อันจะช่วยทำให้ระยะเวลาของคนที่อยู่ในวัยแรงงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ รัฐบาลญี่ปุ่นพยายามหาวิธีที่จะทำให้ประชาชนนำเงินสัดไปลงทุนเพื่อผลตอบแทนที่มากกว่าและยั่งยืนกว่าเมื่ออายุมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2014 รัฐบาลมีนโยบาย Nippon Individual Savings Accounts (NISA) ซึ่งยกเว้นภาษีให้การลงทุนที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งนี้ เพื่อนำการลงทุนมาไว้สำหรับเตรียมสังคมสูงวัย

สิงคโปร์

ความท้าทายจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูง ประกอบกับพื้นที่ของประเทศที่มีจำกัด ในปี 2011 รัฐบาลสิงคโปร์จึงมีโครงการ “City For All Ages” และมีแผนปฏิบัติการสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ในปี 2015 รวมทั้งมีการสำรวจความเห็นและความต้องการของผู้สูงอายุชาวสิงคโปร์เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุด้วย สำหรับนโยบายและมาตรการรองรับสังคมสูงวัยมีสาระสำคัญได้ ดังนี้ (Nuchprayool, Suntapun & Anantanasuwong, B.E.2562: 62-78; Rogerson & Stacey, 2018)

1) นโยบายด้านการจ้างงานผู้สูงอายุ รัฐบาลสิงคโปร์ได้มีการตราพระราชบัญญัติเกษียณอายุและการจ้างงานใหม่ (Retirement and Re-Employment Act) ในปี ค.ศ. 1993 โดยกำหนดอายุของการเกษียณไว้ที่ 60 ปี และต่อมาในปี ค.ศ. 2012 จึงได้มีการแก้ไขกฎหมายหลายข้อเพื่อรองรับกับนโยบายดังกล่าว เช่น กฎหมายกำหนดอายุขั้นต่ำในการเกษียณอายุ (minimum retirement age) ไว้ที่ไม่ต่ำกว่า 62 ปี และอาจขยายอายุเกษียณเกินกว่า 67 ปีได้ ตามเงื่อนไขตามที่กฎหมายกำหนด และนายจ้างจะบังคับให้ลูกจ้างเกษียณอายุก่อนกำหนดไม่ได้ รวมทั้งสัญญาการจ้างงานใหม่หลังเกษียณอายุต้องมีระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี และสามารถต่อสัญญาจ้างใหม่ได้ทุก ๆ ปี จนลูกจ้างอายุครบ 65 ปี โดยนายจ้างและลูกจ้างจะตกลงค่าจ้างใหม่ตามหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบใหม่

2) การจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลาง (Central Provident Fund: CPF) จัดตั้งในปี ค.ศ. 1995 เป็นระบบส่งเสริมการออมด้วยตนเองภาคบังคับ ตามหลักการความรับผิดชอบส่วนบุคคล (personal responsibility) กองทุนดังกล่าวเป็นหลักประกันทางการเงินให้แก่สมาชิกเมื่อเกษียณอายุ ซึ่งครอบคลุมเรื่องการรักษาพยาบาล การซื้อบ้าน และการลงทุนในหลักทรัพย์ต่าง ๆ ภายใต้บทบัญญัติของพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลาง กำหนดให้เป็นหน้าที่ของนายจ้างและลูกจ้างในการจ่ายเงินเข้ากองทุน ฯ

3) การส่งเสริมการจ้างแรงงานผู้สูงอายุ โดยให้เงินสนับสนุนพิเศษแก่นายจ้างใน 3 ด้านคือ (1) เงินอุดหนุนพิเศษเพื่อการจ้างงาน สำหรับชดเชยให้กับนายจ้างเพื่อจ้างแรงงานผู้สูงอายุสัญชาติสิงคโปร์ (2) เงินสวัสดิการตามโครงการ Workfare โดยนำเงินมาจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลาง เพื่อส่งเสริมการเพิ่มทักษะให้กับลูกจ้างผู้สูงอายุ (3) เงินสนับสนุนในการปรับปรุงสถานที่ทำงาน (WorkPro) ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างหลายหน่วยงานของสิงคโปร์ ได้แก่ กระทรวงแรงงาน หน่วยงานพัฒนาฝีมือแรงงาน สภาองค์กรนายจ้าง และสหภาพแรงงานแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนนายจ้างปรับปรุงสถานที่ทำงานให้เหมาะสมกับวัยของลูกจ้าง รวมถึงแรงงานสูงอายุด้วย

4) นโยบายด้านระบบประกันสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระบบประกันสุขภาพมีลักษณะเป็นกองทุนการออมที่ผู้เข้าร่วมกองทุนจะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนโดยหักจากค่าจ้าง เพื่อรักษามาตรฐานระบบสาธารณสุขของสิงคโปร์ให้อยู่ในระดับสูง ระบบการประกันสุขภาพของสิงคโปร์เป็นแบบคู่ขนาน (dual system) ที่กำหนดให้ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นแบบการจ่ายร่วม (co-payment) โดยประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเองและจะต้องดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อที่จะได้ไม่เป็นการระของรัฐบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและอีกส่วนหนึ่งผู้มีสิทธิประกันสุขภาพจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งมาจากบัญชี Medisave Account (MA) ของระบบการออมภาคบังคับที่สมาชิกทุกคนจะต้องถูกหักเงินเดือนของตนเองบางส่วน และจากที่นายจ้างจ่ายสทบทุกเดือนเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลาง (CPF)

ไทย

ประเทศไทยจัดทำ “แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544)” ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และได้ปรับปรุงในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นกำหนดแนวทางการพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต ผลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 บรรลุผลเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น (Aruntippaitoon, B.E.2557) นโยบายและมาตรการที่สำคัญในเรื่องผู้สูงอายุของประเทศไทย มีดังนี้

1) นโยบายด้านการสร้างหลักประกันรายได้และหลักประกันทางสังคมภายหลังเกษียณ สำหรับประเทศไทย มีอยู่ด้วยกัน 5 รูปแบบ ดังนี้ (World Bank, 2008; Hempornwisarn & Akkharachalamnot, B.E.2557)

(1) รูปแบบที่ไม่ต้องจ่ายสมทบ/เงินสะสมร่วม ซึ่งเป็นการให้เงินช่วยเหลือแบบให้เปล่าแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) บำเหน็จบำนาญข้าราชการแบบเดิม 2) กองทุนผู้สูงอายุ เป็นกองทุนของรัฐบาลในการให้ความช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายในการส่งเสริม สนับสนุน และคุ้มครองผู้สูงอายุ (Olderfund, B.E.2563) (3) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปัจจุบันจ่ายรูปแบบขั้นบันได ทั้งนี้ การจัดสรรงบประมาณทั้งการจ่ายเบี้ยยังชีพและกองทุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี

(2) รูปแบบบังคับที่มีการบริหารจัดการโดยภาครัฐ มีการกำหนดผลประโยชน์ตอบแทนหรืออัตราการจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนอย่างชัดเจน และมีแหล่งเงินจากทั้งผู้ออม (ลูกจ้าง) นายจ้าง และภาครัฐ ได้แก่ กองทุนประกันสังคม (มาตรา 33 และ 39)

(3) รูปแบบบังคับที่มีรูปแบบการออมเป็นบัญชีรายบุคคล โดยมีการบริหารจัดการโดยภาคเอกชน และมีการกำหนดผลประโยชน์ตอบแทน หรืออัตราการจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนอย่างชัดเจน และมีแหล่งเงินจากทั้งผู้ออม (ลูกจ้าง) นายจ้าง (ภาครัฐ) ได้แก่ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.)

(4) รูปแบบสมัครใจที่มีรูปแบบการออมเป็นบัญชีรายบุคคล และมีการกำหนดผลประโยชน์ตอบแทนหรืออัตราการจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนอย่างชัดเจน และมีแหล่งเงินจากทั้งผู้ออม (ลูกจ้าง) นายจ้าง และ/หรือภาครัฐ ได้แก่ 1) กองทุนการออมแห่งชาติ เพื่อเป็นหลักประกันด้านรายได้ในวัยเกษียณแก่ประชาชนที่มีอาชีพอิสระ (National Savings Fund, B.E.2563) 2) กองทุนประกันสังคม (มาตรา 40) 3) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และ 4) กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ

(5) ระบบประกันสังคมหรือการช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งไม่ใช่รูปแบบทางการเงินหรือกองทุนเพื่อการออม เช่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) หรือบ้านพักคนชรา ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) การปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ หรือการซ่อมบ้านผู้สูงอายุ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (ซึ่งครอบคลุมผู้สูงอายุที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลตามกฎหมายประกันสังคมหรือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสวัสดิการรักษายาบาลอย่างอื่นที่รัฐจัดให้) การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) เป็นต้น

2) การขยายอายุการทำงาน ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสังคมได้กำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการขยายอายุเกษียณ จากเดิม 60 ปี เป็น 63 ปี ซึ่งปัจจุบันกำลังอยู่ในกระบวนการศึกษา (Office of the Civil Service Commission, B.E.2562) ส่วนในภาคเอกชนที่ผ่านมายังไม่มีกำหนดเกี่ยวกับอายุเกษียณที่เป็นทางการไว้ในกฎหมาย มีเพียงการกำหนดเกณฑ์อายุที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ประกันสังคมกรณีชราภาพ ไว้ที่อายุ 55 ปีบริบูรณ์ไว้เท่านั้น (Tangtipongkul, B.E.2561) ซึ่งปัจจุบันกำลังมีการขับเคลื่อนการขยายอายุเกษียณจากอายุ 55 ปี เป็น 60 ปี หรือขยายต่อไปถึง 65 ปี รวมทั้งการพยายามแสวงหามาตรการจูงใจในการจ้างงานผู้สูงอายุต่อไปให้นานที่สุด

จะเห็นได้ว่า ประเทศไทยมีนโยบายเพื่อรองรับสังคมสูงวัยหลายด้าน แต่บางนโยบายขับเคลื่อนค่อนข้างล่าช้า และเพิ่งเริ่มต้น เช่น การขยายอายุการทำงานทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และกองทุนการออมแห่งชาติ เป็นต้น และการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ผ่านมายังคงประสบปัญหา คือ การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุยังขาดการบูรณาการ มีความซ้ำซ้อน รวมทั้งเรื่องกฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่เอื้อต่อการดำเนินงานและขาดฐานข้อมูลผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ (Department of Older Persons, B.E.2562: 8)

ด้านเนื้อหา นโยบาย ทั้ง 3 ประเทศมีนโยบายผู้สูงอายุที่ครอบคลุมเรื่องการประกันสุขภาพ การดูแลรักษาทางการแพทย์ ที่พักในระยะสั้นและระยะยาว การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ และการขยายอายุการเกษียณ ประเทศนอร์เวย์มีความโดดเด่นในเรื่องความเสมอภาคและความมั่นคงปลอดภัย ปัญหาที่ท้าทายคือ บุคลากรด้านการพยาบาลมีไม่เพียงพอ ยังต้องมีการพัฒนาความร่วมมือระหว่างเทศบาลกับโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มมิติสังคมและวัฒนธรรมในการจัดการกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและข้อมูลสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Aarheim, 2014)

สำหรับญี่ปุ่นซึ่งมีเนื้อหา นโยบายที่ค่อนข้างครอบคลุม แต่ปัญหาความท้าทายของญี่ปุ่นคือ การมีสถานพยาบาลจำนวนมากที่กระจุกตัวกันอยู่และมีสังกัดที่แตกต่างกัน รัฐจึงจำเป็นต้องบูรณาการหน่วยงานเหล่านี้เพื่อให้ขับเคลื่อนไปด้วยกันได้ ความสำเร็จในการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและผู้หญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้นช่วยบรรเทาปัญหาเรื่องขาดแคลนแรงงาน แต่งานที่ผู้หญิงทำยังเป็นงานชั่วคราวและมีค่าจ้างที่ต่ำ นอกจากนี้ แม้ว่าจะมีการส่งเสริมแรงงานผู้หญิงให้ทำงานนอกบ้านมากขึ้น แต่มีการคาดการณ์ว่ายังไม่เพียงพอต่อตลาดแรงงาน ญี่ปุ่นจึงต้องหาแรงงานต่างด้าวเข้ามาช่วยในการทำงานมากขึ้น มีการคาดการณ์ว่าญี่ปุ่นต้องจ้างแรงงานต่างด้าวถึง 10 ล้านคนในปี 2050 (Bloomberg, n.p. cited in Solomon, 2019) และแม้ว่ารัฐบาลจะมีความกล้าหาญในการตัดสินใจขึ้นภาษีเพื่อบรรเทาหนี้สาธารณะของประเทศ แต่ความท้าทายของญี่ปุ่นอีกเรื่องคือ เรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่างจังหวัดและระหว่างเทศบาลในจังหวัดเดียวกัน อันส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ยังมีความแตกต่างกันในระดับพื้นที่ (Chittinandana et al., 2017)

ส่วนสิงคโปร์มีนโยบายในส่วนที่แตกต่างจากนอร์เวย์และญี่ปุ่นในโครงการที่ต้องการให้มีที่พักที่คนต่างรุ่นมาอยู่ร่วมกันได้ โดยความสำคัญกับครอบครัวและชุมชน ภายใต้แนวคิด “ให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่กับบ้านและชุมชนให้นานที่สุด” เพื่อชะลอการส่งผู้สูงอายุไปยังบ้านพักคนชราหรือลดปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลอีกด้วย นอกจากนี้ แม้ว่าจะถูกวิจารณ์ว่าประเทศมีข้อจำกัดในด้านเสรีภาพ แต่ในการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุของสิงคโปร์มีการสอบถามความคิดเห็นจากผู้สูงอายุและนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการกำหนดนโยบาย ขณะที่ประเทศไทยแม้ว่าจะเป็นประเทศกำลังพัฒนา แต่เนื้อหาของนโยบายและมาตรการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยได้ดำเนินการในหลายด้าน มีลักษณะการสังเคราะห์ค่อนข้างมาก ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพิ่งเริ่มต้นและยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และบางนโยบายขับเคลื่อนค่อนข้างล่าช้า เช่น การขยายอายุการเกษียณที่ยังอยู่ระหว่างศึกษา เป็นต้น

กระบวนการ (Process)

นอร์เวย์

นอร์เวย์มีระบบบำนาญแห่งชาติที่เข้มแข็ง โดยสนับสนุนเงินให้ท้องถิ่นดูแลผู้สูงอายุในด้านการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง และส่งเสริมให้ครอบครัวและบุตรหลานมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ระบบนี้มี 4 รูปแบบคือ (1) การดูแลที่บ้านโดยมีอาสาสมัครให้การช่วยเหลือ (2) เจ้าหน้าที่ของรัฐการให้การพยาบาลที่บ้าน (3) บ้านพักผู้สูงอายุ และ (4) ที่พักอาศัยที่มีการดูแล 24 ชั่วโมง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นของนอร์เวย์มีขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบที่กว้างและมีอิสระในการตัดสินใจ ทำให้นอร์เวย์มีความโดดเด่นเรื่องความเสมอภาคในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ และมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเท่าเทียมกัน ระบบเงินบำนาญของนอร์เวย์ค่อนข้างมีความซับซ้อน แบ่งเป็น 3 ประเภทหลักคือ (Nordic Co-operation, 2020)

1) เงินบำนาญจากรัฐหรือเงินบำนาญแห่งชาติ ชาวนอร์เวย์ทุกคนมีสิทธิได้รับเงินบำนาญของรัฐตั้งแต่อายุ 67 ปีขึ้นไป ตามพระราชบัญญัติการประกันภัยแห่งชาตินอร์เวย์ เงินบำนาญของรัฐนั้นจะจ่ายเต็มจำนวนให้กับชาวนอร์เวย์ที่อาศัยอยู่ในนอร์เวย์เป็นเวลาอย่างน้อย 40 ปี หลังจากอายุ 16 ปี หรือในจำนวนที่น้อยกว่านั้นสำหรับชาวนอร์เวย์ที่มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศน้อยกว่านั้น เงินบำนาญของรัฐคำนวณตามรายได้ที่เคยได้รับระหว่างที่มีอายุ 16-67 ปี โดยองค์การแรงงานและสวัสดิการแห่งนอร์เวย์ (NAV) กำหนดระบบการเงินของกองทุนเงินบำนาญของรัฐในนอร์เวย์เป็นแบบ “ได้มาจ่ายไปไม่สะสมทุน (Pay As you Go)” หรือ PAYG

2) เงินบำนาญจากอาชีพ (Professional Pension) หมายถึง เงินบำนาญที่ลูกจ้างได้รับจากนายจ้าง เงินบำนาญจากอาชีพมี 2 แผนคือ แผนเงินบำนาญแบบกำหนดประโยชน์ที่ได้รับ (defined benefit pension) และแผนการบำนาญแบบกำหนดเงินสมทบ (defined contribution pension) แผนเงินบำนาญแบบกำหนดประโยชน์ที่ได้รับ จะเป็นแผนที่กำหนดเงินบำนาญเป็นเปอร์เซ็นต์ของเงินเดือนเมื่อเกษียณอายุ โดยปกติกำหนดไว้ที่ร้อยละ 66 ซึ่งหมายความว่า ผู้เกษียณจะได้รับเงินบำนาญที่เมื่อรวมเงินบำนาญจากรัฐกับที่ได้จากนายจ้างแล้วเท่ากับร้อยละ 66 ของเงินเดือนเมื่อตอนเกษียณ พนักงานในภาครัฐและบริษัทขนาดใหญ่บางแห่งใช้แผนเงินบำนาญแบบนี้ ส่วนแผนการบำนาญแบบกำหนดเงินสมทบเป็นเงินบำนาญที่นายจ้างสะสมให้จากเงินเดือนของลูกจ้างร้อยละ 2 โดยจำนวนเงินบำนาญที่จะได้รับจะขึ้นอยู่กับจำนวนเงินที่ลูกจ้างออม

3) เงินบำนาญส่วนบุคคล (Private Pension Savings) หมายถึง เงินสะสมส่วนบุคคลที่แต่ละคนสามารถเลือกรูปแบบการออมเงินสะสมตามความต้องการ ที่ผ่านมาเงินบำนาญจากรัฐจะมีสัดส่วนสูงที่สุดและเงินบำนาญส่วนบุคคลน้อยที่สุด แต่จากการปฏิรูประบบเงินบำนาญใหม่ของประเทศที่รณรงค์ให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการออมซึ่งเป็นผลให้สัดส่วนของเงินบำนาญส่วนบุคคลที่มาจากเงินออมมีสัดส่วนสูงขึ้น

ญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นมีกระบวนการในเรื่องประกันสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ระบบบำนาญแห่งชาติ (National Pension System) เป็นระบบที่พลเมืองญี่ปุ่นซึ่งมีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี หรือคนต่างชาติดที่พำนักที่ญี่ปุ่นเป็นผู้ยินยอมให้หักเงินเดือนหรือรายได้ของตนเพื่อนำมาเข้าในกองทุนบำนาญแห่งชาติ และจะรับประโยชน์เมื่อผู้ประกันมีอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า 500 คน อาจจะมีการจัดตั้งกองทุนในลักษณะนี้ก็ได้ โดยพนักงานที่เข้าร่วมอาจตัดสินใจไม่เข้าร่วมกับระบบบำนาญแห่งชาติ แต่มาร่วมในกองทุนของบริษัทแทนก็ได้ ระบบบำนาญแห่งชาติญี่ปุ่นเป็นกองทุนที่มีขนาดประมาณ 1.5 ล้านล้านเหรียญสหรัฐฯ ถือเป็นกองทุนบำนาญที่ใหญ่ที่สุดในโลก (Bloomberg, 2020)

2. ระบบประกันสุขภาพ (National Health Insurance) ครอบคลุมการรักษาพยาบาลของผู้ประกัน และการดูแลระยะยาวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งเบี้ยเลี้ยงในกรณีการคลอดบุตร การได้รับบาดเจ็บ การเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ในปัจจุบันการประกันสุขภาพจะครอบคลุมแรงงานที่มีเงินเดือนที่อายุต่ำกว่า 75 และผู้ที่อยู่อาศัยที่อายุต่ำกว่า 75 ปี ด้วยการประกันสุขภาพรวมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ร้อยละ 80-90 สำหรับเด็กที่อยู่ต่ำกว่าระดับประถม หรือผู้ที่อายุ 75 ปี หากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อเดือนของครัวเรือนเกินกว่าจำนวนสูงสุดที่กำหนด ในส่วนที่เกินสามารถนำมาเบิกได้ จำนวนสูงสุดกำหนดโดยค่าตอบแทนและอายุของผู้ประกันแต่ละคน (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012)

3. การดูแลรักษาระยะยาว (Long-term Care) มีเงินทุนสนับสนุน 2 แหล่งคือ แหล่งแรก ครึ่งหนึ่งมาจากแหล่งเงินจากเบี้ยประกันภัย (premium) และภาษี ส่วนอีกครึ่งหนึ่งได้มาจากเบี้ยประกันภัยของระบบประกันสังคม (Social Insurance Premium) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ (1) ผู้ประกันตนหลัก (primary insured) ซึ่งอายุมากกว่า 65 ปีและการจ่ายเงินอยู่ในระบบบำนาญและได้รับการเก็บภาษีจากเทศบาล และ (2) ผู้ประกันตนรอง (secondary insured) ซึ่งมีอายุระหว่าง 40-64 ปี เบี้ยประกันจ่ายผ่านระบบประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมการประกันสุขภาพ การร่วมจ่ายสมทบ (user co-payments) เป็นการเข้าถึงการให้บริการโดยผู้มียาได้น้อยจะได้รับการยกเว้นเมื่อมีการนำตัวแบบนี้มาใช้ครั้งแรก ตัวแบบนี้คิดเป็นมูลค่าร้อยละ 10 ของต้นทุนการดูแลรักษาทั้งหมดและต่อมาเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ถ้าใครต้องการที่จะเข้าถึงการดูแลที่มากกว่าสิทธิที่ได้รับจะต้องจ่ายเงินเพิ่มร้อยละ 100 ของต้นทุนที่จ่ายจริง (Rhee, Done & Anderson, 2015)

4. ระบบการดูแลที่บูรณาการกับชุมชน (Community-based Integrated Care System - CbICS) แนวคิดนี้มาจากการประกันสังคมที่ครอบคลุมและการปฏิรูปภายในปี ค.ศ. 2012 ระบบ CbICS เป็นหลักประกันในการจัดให้บริการ 5 เรื่องคือ การดูแลรักษาสุขภาพ การพยาบาล การป้องกัน บ้านพัก และการสนับสนุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ จุดมุ่งหมายเพื่อสร้างการสนับสนุนและการบริการอย่างครอบคลุมในชุมชนจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ในขณะที่ยังรักษาค่าดีศรีของผู้สูงวัยและสนับสนุนการมีชีวิตที่เป็นอิสระ (Sudo et al., 2018; OECD, 2018)

สิงคโปร์

1) ระบบบำนาญ (Pension System) เป็นระบบที่เก่าที่สุดและเป็นโครงการระดับชาติที่ได้รับการพัฒนามากที่สุดประเทศหนึ่งในเอเชีย โดยระบบนี้จะมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ โครงการบำนาญของรัฐ (Government Pension Scheme) สำหรับเจ้าหน้าที่ในระบบราชการ กองทุนเสริมสำหรับผู้เกษียณ (Supplementary Retirement Scheme) เป็นโครงการของเอกชนตามความสมัครใจ โดยไม่เกี่ยวกับนายจ้างและที่สำคัญคือ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central Provident Fund - CPF) ซึ่งจะใช้สำหรับการให้ประกันสังคม CPF จัดการโดยระบบไตรภาคีคือ รัฐบาล ลูกจ้าง นายจ้าง (ตัวแทนอุตสาหกรรมซึ่งแต่งตั้งโดยรัฐมนตรี) ในปี ค.ศ. 2018 กฎหมายให้นายจ้างและลูกจ้างที่มีอายุไม่เกิน 55 ปี ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฝ่ายละร้อยละ 20 และเมื่อลูกจ้างมีอายุ 55-60 ปี จะลดลงเหลือร้อยละ 13 สำหรับลูกจ้างที่มีอายุ 60-65 ปีเหลือร้อยละ 7.5 และสำหรับลูกจ้างที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เหลือร้อยละ 5 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลางแบ่งสิทธิประโยชน์ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (1) ใช้สำหรับที่พักอาศัยการลงทุนและการศึกษา (2) ใช้สำหรับเกษียณอายุ และการลงทุนที่เกี่ยวข้องหลังเกษียณอายุ (3) ใช้ในการรักษาที่โรงพยาบาลและค่าเบี้ยประกันสุขภาพ (4) เมื่อสมาชิกมีอายุครบ 55 ปี กองทุนฯ จะทำการรวมจำนวนเงินจาก (1) และ (2) เพื่อเป็นเงินสำหรับเลี้ยงชีพหลังเกษียณอายุ

2) ระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์มี 4 แบบ ประกอบด้วย (1) Medisave คือเงินออมเพื่อการรักษาพยาบาล เป็นการออมภาคบังคับที่รัฐบาลบังคับให้ทุกคนออมกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพกลาง ซึ่งสามารถถอนมาใช้ในการรักษาพยาบาล และจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพ (2) Medishield Life คือการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่ช่วยให้ผู้สูงอายุและเป็นผู้พิการ ให้มีเงินรักษาสุขภาพเพิ่มจาก Medisave (3) Medifund คือกองทุนสงเคราะห์เพื่อสุขภาพที่รัฐจัดตั้งขึ้นเพื่อการรักษา

พยาบาลผู้มีรายได้น้อย ซึ่งไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลแม้จะได้รับสิทธิตาม 1) และ 2) แล้ว (4) Medifund Silver สำหรับผู้สูงอายุของ Medifund ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ สิงคโปร์ยังมีเงินทุนช่วยเหลือซึ่งเรียกว่า Eldersshield เป็นการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวและรุนแรง สำหรับผู้สูงอายุที่มีบัญชีเงินฝาก Medisave โดยเสียเบี้ยประกันเป็นรายปี อายุขั้นต่ำที่จะใช้บริการนี้คือ 40 ปี โดยจะต้องจ่ายจนกระทั่งอายุ 65 ปี Eldersshield จะออกค่าใช้จ่ายให้ผู้สูงอายุที่มีจำเป็นในอัตราเดือนละเกือบ 1 หมื่นบาทเป็นเวลาไม่เกิน 72 เดือน รัฐบาลสิงคโปร์กำลังทบทวนโครงการนี้เพื่อเพิ่มความคุ้มครองและอาจกำหนดเป็นการประกันภาคบังคับ

3) การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นระบบจ่ายร่วมโดยมีผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคือ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และรัฐบาล ทั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะคือ (Nuchprayool, Suntapun & Anantanasuwong, B.E.2562: 62-78; Paitoonpong, B.E.2561) (1) การบริการการดูแลในศูนย์ (Senior Care Center) ซึ่งเป็นสถานดูแลผู้สูงอายุที่จัดบริการแบบบูรณาการ โดยจัดให้มีบริการทางสังคมและบริการทางสุขภาพรวมไว้ภายในศูนย์เดียว (2) การบริการที่มีลักษณะการบูรณาการ (Singapore Program for Integrated Care for the Elderly) เป็นการดูแลในศูนย์และในบ้านผสมกัน โดยผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องไปรับการดูแลที่บ้านหรือชุมชน ผู้สูงอายุสามารถอยู่ที่บ้านหรือโรงพยาบาลในชุมชนใกล้บ้าน โดยมีการจัดบริการการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ การบริหารจัดการระบบนี้จะมีผู้จัดการการดูแล (care manager) จัดบริการดูแลต่าง ๆ ภายใต้ความร่วมมือของแพทย์และโรงพยาบาลชุมชน (3) การบริการการดูแลระยะสั้น (Respite Care) เป็นการบริการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายชั่วโมงหรือรายวันแทนผู้ดูแลประจำ โดยผู้ดูแลที่เป็นมืออาชีพจะดูแลผู้สูงอายุเรื่องกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเป็นการบริการดูแลผู้สูงอายุ “ในบ้านพักคนชรา” โดยมีกำหนดระยะเวลาประมาณ 7-30 วัน การดูแลในลักษณะนี้เหมาะสำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุด้วยเหตุผลต่าง ๆ หรือผู้ดูแลที่ว่างมาไม่ต่อเนื่องไม่สามารถช่วยดูแลได้ในบางช่วง รวมถึงช่วยให้ให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย (4) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อไม่ให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระของรัฐบาลมากเกินไป

ไทย

1) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นลักษณะการให้เงินช่วยเหลือแบบให้เปล่าแก่ผู้สูงอายุ โดยประเทศไทยได้มีการจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ในระยะแรกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เดือนละ 200 บาท แล้วเพิ่มขึ้นเป็นเดือนละ 500 บาท ต่อมาขยายให้เป็นสิทธิของผู้สูงอายุ ทุกคนที่ไม่ได้รับบำนาญจากรัฐในปี 2553 และตั้งแต่ปี 2555 รัฐบาลเพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพรายเดือนตามระดับอายุของผู้สูงอายุแบบขั้นบันได โดยอายุ 60-69 ปี รับเบี้ยยังชีพเดือนละ 600 บาท อายุ 70-79 ปี ได้รับเดือนละ 700 บาท อายุ 80-89 ปี ได้รับเดือนละ 800 บาท และผู้มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพเดือนละ 1,000 บาท ซึ่งงบประมาณในการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีตามสัดส่วนของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ จำนวนเบี้ยยังชีพที่จ่ายรายเดือนที่ยังจำกัดและต่ำกว่าเส้นความยากจนของประเทศอยู่พอสมควร เป็นประเด็นที่บางการศึกษาพบว่า ประชาชนหรือผู้สูงอายุจำนวนหนึ่ง มีความเห็นว่ายังไม่เหมาะสมเพียงพอ และควรมีการปรับเปลี่ยน (Chamchan, B.E.2563: 17)

2) กองทุนประกันสังคม สำหรับกลุ่มคนทำงานที่เป็นแรงงานในระบบ โดยในปี พ.ศ. 2542 สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ได้ริเริ่มให้มีการประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยกำหนดให้มีการส่งเงินออมร่วมกัน 3 ฝ่ายคือ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ซึ่งเงินจะถูกนำมาบริหารรวมกันและกำหนดผลประโยชน์ตอบแทนที่แน่นอน โดยกลุ่มคนทำงานที่ประกันตนจะมีหลักประกันได้รับเงินบำนาญสุขภาพหลังการเกษียณอายุหรือเมื่ออายุครบ 55 ปี ซึ่งในปี 2563 มีจำนวนผู้ประกันทั้งหมด 16,407,409 คน (มาตรา 33 จำนวน 11,295,514 คน มาตรา 39 จำนวน 1,737,744 คน และมาตรา 40 จำนวน 3,374,151 คน)

3) กองทุนการออมแห่งชาติ เป็นกองทุนการออมเพื่อการชราภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ โดยเป็นหลักประกันการให้ประโยชน์ตอบแทนในรูปบำนาญ ผู้ที่สามารถเข้ากองทุนนี้ได้คือ ผู้ที่ไม่อยู่ในกองทุนประกันสังคม กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ไม่เป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง ได้จัดตั้งกองทุนฯ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 และเปิดรับสมาชิกในปี พ.ศ. 2558 โดยสมาชิกจะต้องจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนเป็นรายเดือนหรือรายปีโดยรัฐบาลร่วมจ่ายเงินสมทบ และเมื่อสมาชิกอายุครบ 60 ปี จะได้รับเงินบำนาญรายเดือนต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งปัจจุบันกองทุนฯ มีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 2,375,566 คน (National Savings Fund. B.E.2563)

4) ระบบบำเหน็จบำนาญข้าราชการ อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2494 เป็นระบบการดูแลข้าราชการของรัฐบาล ใช้เงินงบประมาณของรัฐ กำหนดให้ข้าราชการที่มีอายุราชการตั้งแต่ 10 ปี แต่ไม่ถึง 25 ปี มีสิทธิได้รับบำเหน็จ และข้าราชการที่มีอายุราชการตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป หรืออายุครบ 50 ปี มีสิทธิรับบำนาญหรือบำเหน็จ บำเหน็จคำนวณจากเงินเดือนสุดท้ายคูณด้วยจำนวนปีเวลาราชการ และบำนาญคำนวณจากเงินเดือนสุดท้ายคูณด้วยจำนวนปีเวลาราชการและหารด้วย 50

นอกจากนี้ ยังมีกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญ พ.ศ. 2539 เป็นกองทุนมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นหลักประกันการจ่ายบำเหน็จบำนาญและให้ประโยชน์ตอบแทนการรับราชการแก่ข้าราชการ ส่งเสริมการออมทรัพย์ และจัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์อื่นให้แก่สมาชิก ผลประโยชน์ขึ้นกับอัตราการจ่ายเงินสะสมและเงินสมทบกองทุน โดยมีรัฐบาลเป็นผู้จ่ายเงินสมทบ ข้าราชการมีสิทธิเลือกที่จะเป็นสมาชิก กบข. หรือไม่ หากไม่สมัครก็จะอยู่ในระบบบำเหน็จบำนาญข้าราชการ สมาชิกส่งเงินสะสมเข้ากองทุนร้อยละ 3 ของเงินเดือน และส่งเงินสะสมส่วนเพิ่มได้ไม่เกินร้อยละ 12 ของเงินเดือน รัฐบาลสมทบในอัตราร้อยละ 3 ของเงินเดือน

5) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เป็นกองทุนที่ลูกจ้างและนายจ้างร่วมกันจัดตั้งขึ้นด้วยความสมัครใจเพื่อให้ลูกจ้างได้มีเงินออมไว้ใช้ยามเกษียณ โดยจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ. 2530 ซึ่งกองทุนฯ ครอบคลุมแรงงานในระบบเอกชนและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ในการส่งเงินเข้ากองทุน กำหนดให้ลูกจ้างจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนและให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามอัตราที่กำหนดในข้อบังคับของกองทุนฯ โดยเป็นอัตราไม่ต่ำกว่าร้อยละ 2 แต่ไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินเดือน ซึ่งปัจจุบันกองทุนฯ มีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 2,901,089 คน (The Securities and Exchange Commission, B.E.2564)

6) กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ เป็นกองทุนรวมประเภทที่ส่งเสริมให้เกิดการออมเงินระยะยาวไว้สำหรับใช้จ่ายยามเกษียณอายุและมีสิทธิพิเศษในการลดหย่อนภาษี โดยกองทุนนี้จะให้ลูกจ้างและนายจ้างร่วมออมด้วยกันเป็นเงินสะสมและเงินสมทบ โดยจะนำเข้ากองทุนทุกเดือนเพื่อนำเงินไปบริหารจัดการให้เกิดดอกผล ซึ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นเก็บไว้จ่ายคืนให้กับสมาชิกเมื่อสิ้นสุดสมาชิกภาพ

สรุปด้านกระบวนการหรือกลไกหลัก นอร์เวย์ ญี่ปุ่น และสิงคโปร์มีกลไกที่เป็นระบบออมเงินคือ ระบบบำนาญรวมทั้งระบบประกันสังคมซึ่งครอบคลุมการประกันสุขภาพ โดยนอร์เวย์มีระบบบำนาญแห่งชาติที่เข้มแข็ง แต่ความท้าทายของนอร์เวย์คือ ค่าดูแลสุขภาพและเงินบำนาญจะเพิ่มสูงขึ้นมากในอนาคต สำหรับญี่ปุ่นมีระบบประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมระบบบำนาญแห่งชาติ (National Pension Scheme) ระบบประกันสุขภาพ และการดูแลระยะยาว ข้อจำกัดของกลไกนี้ของญี่ปุ่นคือ ในช่วงปี 1986 รายได้เพิ่มขึ้นแต่ผลประโยชน์ลดลง แม้ว่าจะมีความพยายามในการปฏิรูปกลไกดังกล่าวแต่ยังไม่เพียงพอกับโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อปลายปี พ.ศ. 2563 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ประกาศเตรียมขึ้นค่าประกันสังคมสำหรับการรักษาพยาบาล โดยให้ผู้สูงอายุจ่ายค่าประกันสังคมเพิ่มจากร้อยละ 10 ของรายได้

เป็นร้อยละ 20 โดยจะเริ่มในปี พ.ศ. 2565 ทั้งนี้เพื่อให้ระบบประกันสังคมมีความยุติธรรมสำหรับทุกคน (Prachachat, B.E.2563) ส่วนสิงคโปร์มีนโยบายให้ความสำคัญกับการพึ่งพาตนเองของประชาชนเป็นหลัก โดยรัฐบาลออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ซึ่งเป็นรูปแบบการร่วมจ่าย (co-payment) ในการรับบริการ แต่ปัญหาคือเงินที่ไหลเข้ากองทุนมีแนวโน้มลดลง ขณะที่ประเทศไทยแม้ว่าจะมีหลายกลไกทั้งระบบประกันสังคม ระบบบำนาญข้าราชการ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ แต่สมาชิกกองทุนเหล่านี้ยังมีน้อย เพราะแรงงานส่วนใหญ่ยังเป็นแรงงานนอกระบบ และแม้ว่าจะมีกลไกสำหรับแรงงานผู้ประกอบการอาชีพอิสระซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบ เช่น กองทุนการออมแห่งชาติ แต่กองทุนฯ ก็ยังมีจำนวนสมาชิกน้อยเช่นเดียวกัน ทำให้เมื่อเกษียณอายุก็ยังคงพึ่งพาเบี้ยยังชีพเป็นหลัก (Department of Older Persons, B.E.2562: 8) ส่งผลให้ในอนาคตรัฐบาลต้องเผชิญกับความท้าทายด้านงบประมาณในการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ความท้าทายที่ทั้ง 4 ประเทศต้องเผชิญเช่นเดียวกันคือต้นทุนในการดูแลผู้สูงอายุที่จะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต

หน่วยปฏิบัติ (Actor)

นอร์เวย์

นอร์เวย์ เน้นการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุตามกฎหมายของนอร์เวย์กำหนดไว้ว่า บุคคลที่พำนักอาศัยในเขตเทศบาลในระยะเวลาหนึ่งจะได้รับสิทธิในการได้รับการดูแลสุขภาพที่จำเป็นทั้งการตรวจรักษาและการรับการรักษาทางการแพทย์ รวมถึงการได้รับการบริการพยาบาลและการดูแล สำหรับการบริการพยาบาลและการดูแลนี้เป็นหน้าที่ของทุกเทศบาล ในปี ค.ศ. 2012 เทศบาลทุกแห่งใช้เงินในการบริการรักษาและการดูแลประมาณ 15,000 ล้านเหรียญสหรัฐ (ร้อยละ 80 เป็นเงินเดือนและค่าจ้าง) การบริการพยาบาลและการดูแลผู้สูงอายุของเทศบาลในนอร์เวย์มีหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) การช่วยเหลือในการใช้ชีวิตที่บ้าน เป็นช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตโดยลำพังที่บ้าน 2) ให้การพยาบาลที่บ้าน เป็นการดูแลและพยาบาลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้สูงอายุ 3) บ้านพักผู้สูงอายุ เป็นการจัดการที่พักอาศัยให้ผู้สูงอายุพร้อมการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเจ้าหน้าที่พยาบาลและสามารถได้รับการรักษาเมื่อมีความจำเป็น 4) ที่พักอาศัยที่มีการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง เป็นที่พักอาศัยที่ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง (Midford, 2014) ทั้งนี้ แต่ละเทศบาลมีอิสระในการบริหารจัดการ

ญี่ปุ่น

รัฐบาลญี่ปุ่นมีบทบาทในการตัดสินใจอย่างเด็ดขาดในเรื่องนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การตัดสินใจเรื่องการปฏิรูปภาษีเพื่อให้เกิดความยั่งยืนด้านการคลัง ในปี ค.ศ. 2018 การเพิ่มภาษีการบริโภคในปี ค.ศ. 2019 เพื่อเพิ่มรายได้ในการใช้จ่ายด้านสังคม รวมทั้งการปฏิรูปด้านการคลัง การแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงาน และการกระตุ้นการลงทุน โดยการปฏิรูปเหล่านี้จะมีลักษณะครอบคลุมและประสานกันมากกว่าต่างคนต่างทำ (OECD, 2018) ในส่วนที่เป็นหน่วยที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ญี่ปุ่นยังมีกลุ่มอาสาสมัครซึ่งมีกำลังสำคัญในการช่วยดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1980 โดยมีการจัดตั้งเป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรจำนวนมากทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น องค์กรไม่แสวงหากำไรเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ (Coulmas, 2007) กระทั่งมีกฎหมายออกมารองรับองค์กรเหล่านี้ในปี 1998 (Sigurosson, 2017)

สำหรับระบบประกันการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care insurance - LTCI) ของญี่ปุ่น เป็นบริการสำหรับประชาชนที่ต้องการได้รับการรักษาอันเป็นผลจากโรคร้ายที่เกี่ยวข้องจากอายุ โดยเทศบาลมีบทบาทในการประเมินผู้สูงอายุ และในระบบนี้เป็นการเปิดให้บริษัทที่แสวงหากำไรและไม่แสวงหากำไรและผู้ประกอบการทางสังคมขนาดกลาง

และขนาดย่อมมาช่วยดำเนินการ ในตำแหน่งของ*ผู้จัดหาการดูแล ระบบ LTCI (service provider)* และ*ผู้จัดการระบบ LTCI (care manager)* โดยรัฐบาลต้องการจูงใจให้มีการจัดหา LTCI ในระดับชุมชนและที่บ้าน (OECD, 2017b) ผู้จัดหา LTCI จะแข่งขันกันบนหลักการของคุณภาพ ความสะดวก และความเสี่ยง มีการกำหนดกฎเกณฑ์และมาตรฐานระดับชาติที่เน้นเรื่องสัดส่วนของบุคลากรและขนาดของพื้นที่ในที่พัก มีการตรวจสอบเพื่อรักษาคุณภาพ (Hiraoka, 2014; Campbell & Saito, 2014) ส่วน *ผู้จัดการระบบ LTCI (care manager)* จะร่วมมือกับคนอื่นในการออกแบบ ติดตาม และกำกับดูแลแผนด้านการดูแลสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการภายใต้กรอบงบประมาณที่กำหนด ผู้จัดการระบบเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูป LTCI เพื่อเป็นการสร้างเสริมพลังให้กับประชาชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเอง (Tamiya et al., 2011) ค่าธรรมเนียมจะถูกจ่ายโดยระบบ LTCI รัฐบาลญี่ปุ่นกำหนดแนวทางและวิธีการปฏิบัติ ผู้จัดการระบบคนหนึ่งจะดูแลผู้สูงอายุ 30 คน

สิงคโปร์

ในปี 1982 สิงคโปร์โดยกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health) ได้จัดตั้งคณะกรรมการเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อเสนอเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ การที่คนหลายวัยอยู่ร่วมกันในโครงการพัฒนาบ้านพักสาธารณะ (multigenerational living in public housing development) และแรงจูงใจในการสร้างคุณประโยชน์ด้านสังคมและเศรษฐกิจต่อผู้สูงอายุ ในปี 1995 มีการจัดทำการศึกษาสำรวจความเห็นของผู้สูงอายุในสิงคโปร์ แล้วจัดทำรายงานในปี 1999 ซึ่งแสดงถึงการตระหนักถึงบทบาทของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งแนวคิดของนโยบาย “ageing-in-place” ซึ่งเป็นแนวคิดในนโยบายซึ่งใช้มาถึงปัจจุบัน หลังจากนั้นคณะกรรมการหลายชุดได้รับการจัดตั้งภายใต้ทิศทางของกระทรวงสุขภาพ และในปี 2011 มีการเสนอโครงการ “City For All Ages” รวมทั้งแผนปฏิบัติการในปี 2015 โดยมีการถามความคิดเห็นผ่านการสัมมนากลุ่ม การปรึกษาหารือออนไลน์ และการฟังความเห็นสาธารณะ

นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สิงคโปร์ได้กำหนดทิศทางในการดูแลผู้สูงอายุโดยยึดปรัชญา “การให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่กับบ้านและชุมชนให้นานที่สุด” (Aging-in-Place) เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน ภาคประชาสังคม และภาครัฐในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชนให้นานที่สุด เน้นบทบาทครอบครัวในการช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน และให้บริการแบบนอกบ้านพักผู้สูงอายุ (non-residential services) ซึ่งจะช่วยลดความจำเป็นในการใช้บริการโรงพยาบาล คลินิกหรือสถานบริการผู้สูงอายุ

ไทย

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของไทยมีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการ อาทิ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเป็นการทำงานแบบแยกส่วน ส่งผลให้เกิดปัญหาความซ้ำซ้อนทั้งในเชิงประเด็นและพื้นที่ (Department of Older Persons, B.E.2562: 3) นอกจากนี้ ในระดับพื้นที่ยังมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ถึงแม้ว่าจะมีการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมาแล้วมากกว่า 2 ทศวรรษ แต่ภารกิจด้านผู้สูงอายุที่ท้องถิ่นดำเนินการส่วนใหญ่ยังเป็นนโยบายที่กำหนดมาจากส่วนกลางเป็นการกำหนดนโยบายแบบบนลงล่าง (top-down) โดยผู้ปฏิบัติเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) การซ่อมบ้านผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นต้น

ด้านหน่วยงานปฏิบัติ นอร์เวย์เน้นการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดสวัสดิการในการดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมอาสาสมัครที่เป็นมืออาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับญี่ปุ่นซึ่งท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะในระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมมาร่วมดำเนินการในตำแหน่งของผู้จัดการระบบ และผู้จัดการระบบ ส่วนสิงคโปร์เปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วม มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน ภาคประชาสังคมในการดูแลผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่าทั้ง 3 ประเทศให้ความสำคัญกับครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ขณะที่ประเทศไทยหน่วยงานหลักยังเป็นส่วนกลาง แม้ว่าจะมีความพยายามให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาช่วยในการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่แต่อำนาจในการตัดสินใจก็ยังอยู่ที่ส่วนกลาง รวมทั้งการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุยังไม่มี การขับเคลื่อนมากนัก

จากข้อมูลนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศนอร์เวย์ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย ที่ได้นำเสนอข้างต้นสามารถสรุปดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศนอร์เวย์ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทย ตามตัวแบบของ Walt และ Gilson (1994)

ประเทศ เปรียบเทียบ	นอร์เวย์	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์	ไทย
บริบท Context	- รัฐสวัสดิการ - โครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมดี - มีการอัตราภาษีสูง - ดัชนีด้านเสรีภาพและประชาธิปไตยสูง - อัตราผู้สูงอายุ 29.4% (2050)	- เศรษฐกิจใหญ่รองจากสหรัฐฯ และจีน - อัตราหนี้สาธารณะสูง - รัฐบาลจากการเลือกตั้ง - อัตราผู้สูงอายุ 42.4% (2050)	- รายได้สูงมาก - โครงสร้างทางเศรษฐกิจและการศึกษาดี - มีข้อจำกัดด้านเสรีภาพ - อัตราผู้สูงอายุ 40.1% (2050)	- ประเทศอุตสาหกรรมใหม่ - ยังมีระดับความยากจนอยู่มาก - เสถียรภาพทางการเมืองยังมีจำกัด - อัตราผู้สูงอายุ 35.1% (2050)
เนื้อหานโยบาย Content	- ขยายอายุเกษียณ 67 ปี - ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ - อาสาสมัครกับเจ้าหน้าที่ของรัฐให้การพยาบาลที่บ้าน - มีบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุและที่พักอาศัยที่มีการดูแล 24 ชั่วโมง	- ขยายอายุเกษียณ 65 ปี - มีการปฏิรูปทั้งระบบประกันสังคม ระบบภาษี และการรักษาสุขภาพ - การดูแลระยะยาว - ส่งเสริมให้ผู้หญิงทำงานนอกบ้าน - ใช้เทคโนโลยีในการบริการผู้สูงอายุมากขึ้น	- ขยายอายุเกษียณ 65-67 ปี - ส่งเสริมการจ้างแรงงานผู้สูงอายุ และปรับปรุงสถานที่ทำงานให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ - มีรูปแบบการดูแลที่บ้านและรูปแบบบ้านพักผู้สูงอายุ - ให้ผู้สูงอายุได้อยู่ที่บ้านและชุมชนให้นานที่สุด	- การขยายอายุเกษียณอยู่ระหว่างการศึกษา - การสร้างหลักประกันรายได้และหลักประกันทางสังคมภายหลังเกษียณ - เน้นการช่วยเหลือทางสังคม
กระบวนการ Process	- ระบบบำนาญแห่งชาติ - บำนาญจากการประกอบอาชีพ	- ระบบบำนาญแห่งชาติ - ระบบประกันสุขภาพ - ระบบประกันสังคม - ระบบการดูแลที่บูรณาการกับชุมชน	- ระบบบำนาญ - ระบบประกันสุขภาพ - ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ	- เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ - ระบบประกันสังคม - กองทุนการออมแห่งชาติ - ระบบบำนาญบำนาญข้าราชการ และกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ - กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ - กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ

ประเทศ เปรียบเทียบ	นอร์เวย์	ญี่ปุ่น	สิงคโปร์	ไทย
หน่วยงาน ปฏิบัติ Actors	- รัฐบาล - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - ชุมชน อาสาสมัครและครอบครัว	- รัฐบาล - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - สถานพยาบาล - องค์กรไม่แสวงหากำไร	- รัฐบาล - ครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคม	- ราชการบริหารส่วนกลาง - ราชการบริหารส่วนภูมิภาค - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการสังเคราะห์ในภาพรวมของการศึกษาเปรียบเทียบนโยบายผู้สูงอายุของประเทศนอร์เวย์ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไทยดังกล่าวข้างต้น มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ประการแรก บริบทของประเทศเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุที่เหมาะสมและสอดคล้อง (fit) กัน นอร์เวย์ ญี่ปุ่น และสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจและระบบค้ำชดเชยทางสังคมที่มั่นคง นโยบายผู้สูงอายุจึงค่อนข้างครอบคลุมและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม รัฐบาลของประเทศเหล่านี้ได้มีการนำประเด็นเฉพาะในบริบทของประเทศตนมากำหนดเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายด้วย เช่น นอร์เวย์ซึ่งมีพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีจึงสามารถปรับแนวทางการดูแลรักษาจากแบบทั่วไปเป็นแบบที่อาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะเพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงวัยแต่ละคนมากที่สุด ญี่ปุ่นได้นำประเด็นเรื่องแรงงานผู้หญิงซึ่งถือว่าเป็นแรงงานแอบแฝงมาใช้ในการแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานในประเทศ และจากขนาดพื้นที่ประเทศที่จำกัดอย่างสิงคโปร์ การมีนโยบายที่จะสร้างเมืองสำหรับคนทุกวัยให้อยู่ร่วมกันในบ้านพักสาธารณะจึงเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ

ประการที่สอง การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ สิงคโปร์ซึ่งได้รับการวิจารณ์ว่าเป็นประเทศที่มีข้อจำกัดเรื่องเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นของประชาชน ได้มีการจัดทำการศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ส่วนนอร์เวย์มีการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโดยเฉพาะรายที่มีความซับซ้อนในการรักษา โดยให้ผู้สูงอายุร่วมปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญมืออาชีพเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและตัดสินใจร่วมกัน

ประการที่สาม เนื้อหานโยบายให้ความสำคัญกับเรื่องความเหลื่อมล้ำในการให้บริการกับผู้สูงอายุ ญี่ปุ่นเป็นตัวอย่างของประเทศที่กล่าวถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ในการเข้าถึงบริการสาธารณะของผู้สูงอายุ ความเหลื่อมล้ำในการจ่ายภาษีของคนรุ่นต่าง ๆ และกองทุนซึ่งเป็นกลไกหลักของนโยบายผู้สูงอายุจะต้องมีการกระจายภาระให้เกิดความเป็นธรรมต่อคนทุกรุ่น ในขณะที่นอร์เวย์มีระบบจ่ายสมทบ (co-payment) กับบริการด้านสุขภาพหากต้องการการเข้าถึงบริการที่สูงกว่ามาตรฐานทั่วไป เช่นเดียวกับญี่ปุ่นและสิงคโปร์ก็ใช้ระบบการจ่ายร่วมเช่นกันในเรื่องที่พักอาศัย เพื่อให้ผู้ที่มีรายได้สูงได้ร่วมแบ่งภาระกับรัฐบาลด้วย เรื่องนี้จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจและน่าจะสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

ประการที่สี่ กระบวนการของนโยบาย ต้องเตรียมความพร้อมของภาคส่วนต่าง ๆ ตลอดจนครอบครัวและชุมชน เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ นอร์เวย์และญี่ปุ่นใช้ท้องถิ่นเป็นหน่วยปฏิบัติของนโยบาย ขณะเดียวกันนอร์เวย์ได้ส่งเสริมภาคประชาสังคมและกลุ่มจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น ในขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นญี่ปุ่นมีการจัดจ้าง

บุคลากรจากภาคเอกชนและประชาสังคมในการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้สูงอายุและทั้งสามประเทศคือ นอร์เวย์ ญี่ปุ่น และ สิงคโปร์ มีทิศทางในการสร้างเสริมชุมชนให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งประเด็นนี้สามารถนำไปประยุกต์เพื่อเป็นข้อเสนอแนะ ในการกำหนดนโยบายผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประการที่ห้า การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย นอร์เวย์มีเรื่องการประสานระหว่างโรงพยาบาลและท้องถิ่น ญี่ปุ่นมีปัญหาเรื่องการ บูรณาการสถานพยาบาลที่มีจำนวนมากและอยู่ต่างสังกัดกัน ดังนั้น นอร์เวย์จึงส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องวางแผนร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

บทความนี้มีข้อจำกัดบางประการเพราะเป็นการนำข้อมูลหัตถ์ภูมิเกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุของ 4 ประเทศมา วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบในเบื้องต้น เนื่องจากแหล่งข้อมูลเอกสารของแต่ละประเทศมีรายละเอียดข้อมูลที่ครบถ้วนไม่ เหมือนกัน ดังนั้น บทความนี้จึงพยายามนำข้อมูลที่เหมือนกันตามองค์ประกอบของตัวแบบที่นำมาประยุกต์ใช้ อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ของบทความนี้เป็นผลจากการสังเคราะห์ข้อมูลนโยบายผู้สูงอายุของประเทศนอร์เวย์ ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ซึ่งมีนัยเชิงนโยบาย (policy implications) ที่ใช้เป็นข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย ดังนี้ *ประการแรก* การกำหนด นโยบายจะต้องคำนึงถึงบริบทของประเทศและบริบทของพื้นที่ เช่น ฐานะทางการคลัง งบประมาณ ปัญหาด้านสุขภาพ จำนวนผู้มีรายได้ต่ำของผู้สูงอายุ และความเหลื่อมล้ำในแต่ละพื้นที่ประกอบกันเป็นนโยบายที่มีความเหมาะสม เช่น ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในชนบท และผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลางในเมืองควรมีมาตรการที่เหมือนหรือต่างกันอย่างไร *ประการที่สอง* ควรมีการสำรวจความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่าง ๆ อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเช่นเดียวกับสิงคโปร์ และเพื่อป้องกันการกำหนดแผนหรือนโยบายที่เป็นแบบแผนเดียวกันทั้งประเทศ โดยไม่คำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ *ประการที่สาม* การพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น การดูแลรักษาพยาบาล ที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ โดยนาระบบการจ่ายสมทบมาประยุกต์ใช้ สำหรับผู้มีความสามารถในการจ่าย และเป็นการลดภาระงบประมาณของภาครัฐ *ประการที่สี่* บูรณาการหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยส่งเสริมศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นเจ้าภาพหลักในการ ดำเนินการเรื่องผู้สูงอายุและเป็นองค์กรที่จะช่วยพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนากลไก ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ โดยผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ *ประการที่ห้า* นำแนวคิดเรื่องภาคีความร่วมมือ ระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบอาสาสมัครเพื่อทำหน้าที่ช่วยในการดูแล ผู้สูงอายุมาใช้เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระงานและงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากข้อเสนอข้างต้นน่าจะเป็น ประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุของไทยต่อไป

เชิงอรรถท้ายบท

¹ ข้อมูลส่วนใหญ่มาจาก ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ ณัฐภา วิจิณัยกุล พรเลิศ อาภาณัฐ อาณภาพ รักษ์สุวรรณ และศาสตรา สุดสวาท. (2563). *โครงการติดตามประเมินผลนโยบายรัฐบาลการจัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. เสนอต่อสำนัก งบประมาณ เมื่อ กันยายน 2563

References

- Aarheim K. A. (2014). Eldercare in Norway: Content, organization, and financing the care system: A brief history, current status, and future prospects. In Campbell, J. C., Edvardsen, U., Midford, P., & Saito, Y. (eds). *Eldercare Policies in Japan and Scandinavia*. Palgrave Macmillan, New York. https://doi.org/10.1057/9781137402639_3.
- Aruntipaitoon, S. (B.E.2557). *Policy Proposals to Support Thailand's Elderly Society*. Retrieved from <http://www.dop.go.th/th/know/4/84>.
- Bloom, D. E., Kirby, P., Sevilla, J., & Stawasz, A. (2018). *Japan's Age Wave: Challenges and Solutions*. Retrieved from <https://voxeu.org/article/japan-s-age-wave-challenges-and-solutions>.
- Bloomberg. (2020). *Japanese Head of World's Biggest Pension Fund Looks Beyond Sovereign Debt for Future Returns*. Retrieved from <https://www.japantimes.co.jp/news/2020/08/13/business/financial-markets/japanese-worlds-biggest-pension-fund-debt/>.
- Browne, J., Coffey, B., Cook, K., Meiklejohn, S., & Palermo, C. (2019) A guide to policy analysis as a research method. *Health Promotion International*, 34(5), 1032-1044.
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making Health Policy*. UK: McGraw-hill Education.
- Campbell, J. C., & Saito, Y. (2014). *Eldercare Policies in Japan and Scandinavia: Ageing Societies East and West*. Palgrave Macmillan.
- Chamchan, C. (B.E.2563). Old-age allowance policy and poverty among Thai older persons. *University of the Thai Chamber of Commerce Journal Humanities and Social Sciences*, 40(3), 15-30.
- Chanduwit, W. (2020). *Keep Track of the Happiness of Thai People*. Retrieved from <https://tdri.or.th/2020/11/the-happiness-survey/>.
- Chittinandana, D., Kulnartsiri, N., Pinthong, J., & Sawaengsuksant, P. (2017). *Aging Population: Global Perspectives*. Bank of Thailand. Slide Presentation. Retrieved from https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/DocLib/_AgingPopulation.pdf.
- Coulmas, F. (2007). *Population Decline and Ageing in Japan: The Social Consequences*. New York: Routledge.
- Department of Older Persons. (B.E.2562). *Measures on the National Agenda on the Aging Society*. Bangkok: Samlada Printing.
- Dror, Y. (1968). *Public Policy Making Re-Examined*. San Francisco: Chandler.
- Dye, T. R. (1984). *Understanding Public Policy*. 15th ed. Englewood Cliffs, CA: N.J. Prentice-Hall.
- Freedom House. (2020). *Global Freedom Status 2020*. Retrieved from <https://freedomhouse.org/explore-the-map?type=fiw&year=2021>.
- Gilson, L., Orgill, M., & Shroff, Z. C. (2018). *A Health Policy Analysis Reader: The Politics of Policy Change in Low- and Middle-Income Countries*. Geneva: World Health Organization.
- HelpAge International. (2014). *Global Age Watch Index 2014*. Retrieved from <https://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/global-rankings-table/>.

- Hempornwisarn, W., & Akkharachalarnot, P. (B.E.2557). *Building Financial Stability after Retirement for Thais*. Retrieved from <https://www.sec.or.th/TH/Documents/Research/research-0957-retirement.pdf>.
- Hiraoka, K. (2014). Quality of care services in the Japanese system of long-term care. In Saito, Y., & Edvardsen, U. *Eldercare Policies in Japan and Scandinavia: Ageing Societies East and West*. Palgrave.
- Ikegami, N. (2007). Rationale, design and sustainability of long-term care insurance in Japan – in retrospect. *Social Policy and Society*, 6(3), 423-434.
- IMD. (2019). *IMD World Competitiveness Ranking 2019 One Year Change*. Retrieved from <https://www.imd.org/contentassets/6b85960f0d1b42a0a07ba59c49e828fb/one-year-change-vertical.pdf>.
- JapanGov. (2018). *Abenomics: for Future Growth, for Future Generations, and for a Future Japan*. Retrieved from https://www.japan.go.jp/abenomics/_userdata/abenomics/pdf/1809_abenomics.pdf.
- Junthothai, D. (B.E.2563). Ageing society management: Lessons learned from Japan. *The Journal of Law, Public Administration and Social Science*, 4(1), 159-182.
- Ma, F. et al. (2015). Task shifting of HIV/AIDS case management to community health service centers in urban China: A qualitative policy analysis. *BMC Health Services Research*, 15, 253. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0924-y>.
- Mehta, K. K. (2019). *Positive Ageing: How can We Make It Happen?* ETHOS Biannual publication of the Civil Service College, Singapore. (Jan 2019 Issue), 69-79. Retrieved from www.cscollege.gov.sg/ethos.
- Midford, P. (2014). Conclusion: The salience of eldercare. In Campbell, J. C., Edvardsen, U., Midford, P., & Saito, Y. (Eds.). *Eldercare Policies in Japan and Scandinavia: Aging Societies East and West*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2012). *An Outline of the Japanese Medical System*. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/english/policy/health-medical/health-insurance/index.html>.
- Nakatani, H. (2019). Population aging in Japan: policy transformation, sustainable development goals, universal health coverage, and social determinates of health. *Global Health Medicine*, 1(1), 3-10.
- National Savings Fund. (B.E.2563). *The history of the National Savings Fund*. Retrieved from <https://www.nsf.or.th/index.php/2016-02-10-11-29-25/2016-05-24-08-12-48>.
- Nordic Co-operation. (2020). *The Norwegian Pension System*. Retrieved from <https://www.norden.org/en/info-norden/norwegian-pension-system>.
- Nuchprayool, P., Suntapun, C., & Anantanasuwong, D. (B.E.2562). State policy and legal evolution regarding employment, health protection and wellbeing of older persons in Singapore. *NITIPAT NIDA*, 8(1), 59-81.

- OECD. (2016). *OECD Territorial Reviews: Japan 2016*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264250543-en>.
- _____. (2017a). *OECD Economic Survey of Japan 2017*. Retrieved from https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-japan-2017_eco_surveys-jpn-2017-en
- _____. (2017b). *OECD Health Statistics 2017*. Retrieved from www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.
- _____. (2018). *Japan: Promoting Inclusive Growth for an Ageing Society*. Rogerson Andrew and Stacey Simon. 2018. Successful Aging in Singapore. *Geriatrics*. 3(81). April 2018.
- Office of the Civil Service Commission. (B.E.2562). *Progress on the Extension of the Retirement Age*. Retrieved from <https://www.ocsc.go.th/node/4990>.
- Olderfund. (B.E.2563). *History of the Elderly Fund*. Retrieved from <http://www.olderfund.dop.go.th/content/index/6/page>.
- Oni, E. O. (2016). Public policy analysis. In *Fundamentals of Politics and Governance*. Concept Publications.
- Prachachat. (B.E.2563). *Japan Prepares to Double the Social Security Fee for the Elderly*. Retrieved from <https://www.prachachat.net/world-news/news-575077>.
- Paitoonpong, P. (B.E.2561). *Singapore is Rich before Getting Old?* Retrieved from <https://tdri.or.th/2018/07>.
- Parsons, W. (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. UK: Edward Elgar.
- Quade, E. S. (1975). *Analysis for Public Decisions*. New York: American Elsevier.
- Rankin, J. (2017). *Happiness is on the Wane in the US, UN Global Report Find*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/world/2017/mar/20/norway-ousts-denmark-as-worlds-happiest-country-un-report>.
- Rhee, J. C., Done, N., & Anderson, G. F. (2015). Considering long-term care insurance for middle-income countries: Comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy*, 119(10), 1319-1329.
- Ringard A., Sagan A., Saunes I. S., & Lindahl A. K. (2013). Norway health system review. *Health Systems in Transition*, 15(8). Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf.
- Rogerson, A., & Stacey, S. (2018). Successful ageing in Singapore. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 3(4), 81.
- Rudden, J. (2020). *Leading Global Sovereign Wealth Funds 2020*. from <https://www.statista.com/statistics/276617/sovereign-wealth-funds-worldwide-based-on-assets-under-management/>.
- Sigurosson, E. O. (2017). *Impacts of Population Aging in Modern Japan and Possible Solutions for the Future*. Retrieved from <https://skemman.is/bitstream/1946/26688/1/BA%20thesis%20-%20Eggert%20-%20Final.pdf>.

- Sudo, K., Kobayashi, J., Noda, S., Fukuda, Y., & Taka-hashii, K. (2018). Japan's healthcare policy for the elderly through the concepts of self-help (Ji-jo), mutual aid (Go-jo), social solidarity care (Kyo-jo), and governmental care (Ko-jo). *Biosci Trends*, 12(1), 7-11.
- Sogstad, M., Helleso, R., & Skinner, M. S. (2020). The development of a new care service landscape in Norway. *Health Services Insights*.
- Solomon, R. (2019). Looking overseas to solve Japan's labor shortage. *The Japan Times*. November 8, 2019. <https://www.japantimes.co.jp/opinion/japan-commentary>.
- Tamiya, N. et al. (2011). Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy, *The Lancet*, 378(9797), 1183-1192.
- Tangtipongkul, K. (B.E.2561). *Expanding Employment Opportunities for the Elderly in the Private Sector in Thailand*. Retrieved from <http://www.setthasarn.econ.tu.ac.th/blog/detail/20/>.
- The Economist Intelligence Unit Limited. (2017). *Revenge of the "Deplorables"*. The Economist Intelligence Unit Limited.
- The Securities and Exchange Commission. (B.E.2564). *Provident Fund Number*. Retrieved from <https://market.sec.or.th/public/idisc/th/CapitalMarketReport/PP28>.
- UNDP. (2009). *Human Development Report 2009*. New York: United Nations Development Programme.
- _____. (2019). *Human Development Report 2019*. New York: United Nations Development Programme.
- United Nations Population Fund & HelpAge International. (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. New York: United Nations Population Fund (UNFPA).
- United Nations. (2017). *World Population Ageing 2017: Highlights*. New York: United Nations.
- Walt, G., & Gilson L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy Plan*, 1994(9), 353-70.
- World Bank. (2008). *The World Bank Pension Conceptual Framework*. Washington, D.C.: World Bank.
- World Economic Forum. (2018). *The Global Gender Gap Report 2018*. Geneva: World Economic Forum.