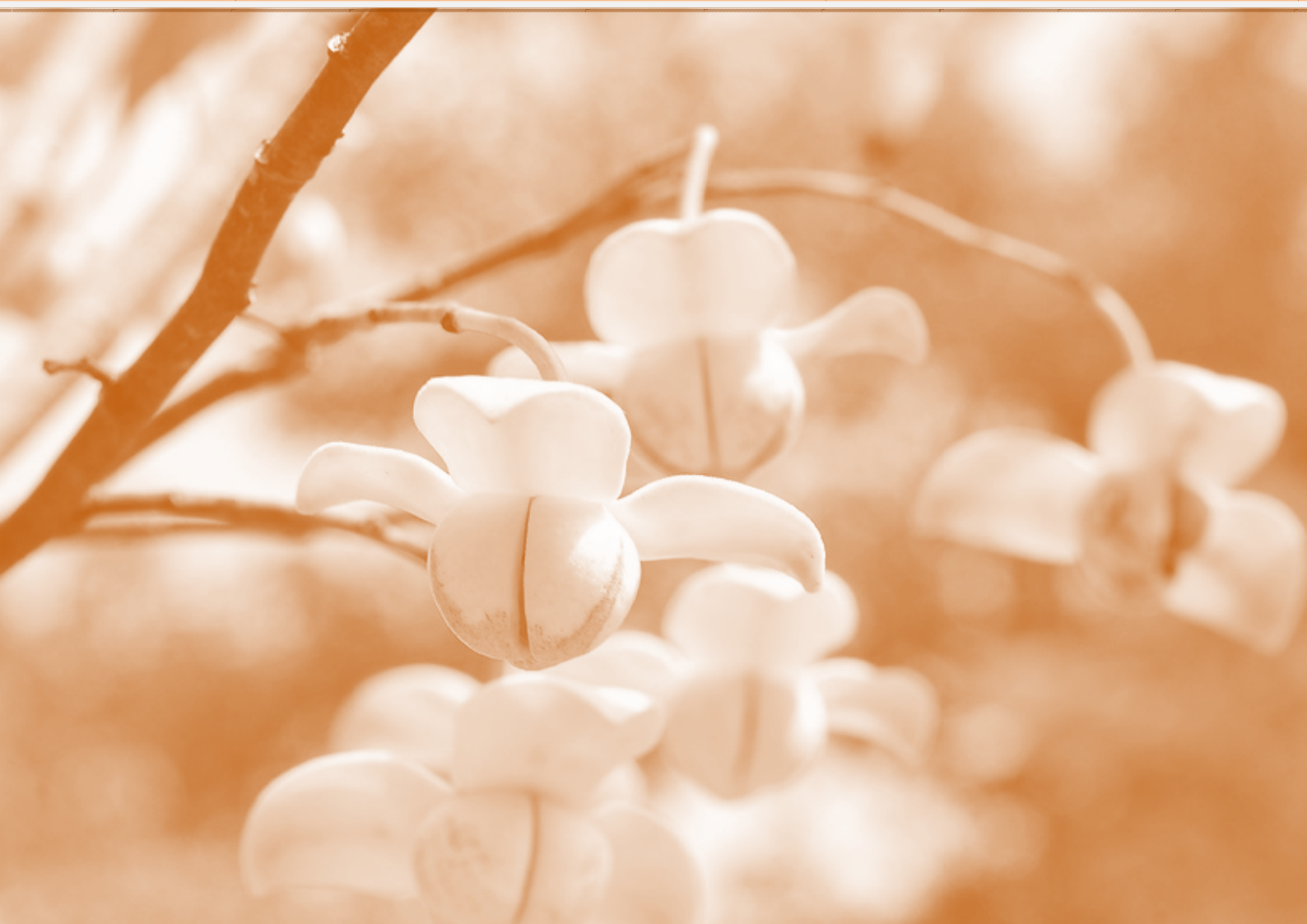


**รายงานประจำปี
สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
พ.ศ.2554**



รายงานประจำปี

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554

เลขมาตรฐานสากล 978-616-551-588-7

ที่ปรึกษา

นายแพทย์บรรลु ศิริพานิช
นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
แพทย์หญิงลัดดา ดำริการเลิศ
รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร ชโยวรรณ

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา
รองศาสตราจารย์มาลินี วงษ์สิทธิ
อาจารย์ ดร.วิราภรณ์ โพธิศิริ
นางสาวชลธิชา อัครนรินทร์
นางสาวหฤทัย ไวยัญญา

พิมพ์ครั้งแรก

พฤษภาคม 2555

สนับสนุนโดย

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
กองทุนผู้สูงอายุ

ดำเนินการโดย

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

ปก/รูปเล่ม

นางสาวหฤทัย ไวยัญญา และนายสมศักดิ์ ตุ่มทอง

พิมพ์ที่

บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

1168 ซอยพหลโยธิน 22 ถนนพหลโยธิน

แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ 02-511-4963 โทรสาร 02-511-496

Website <http://www.thaitgri.org>

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ชั้น 3

แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 02-218-7340 โทรสาร 02-255-1469

Website <http://www.cps.chula.ac.th>

คำนำ

เอกสารฉบับนี้ เป็นรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2554 ซึ่งเป็นฉบับที่ 6 ที่มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยได้จัดทำขึ้น โดยการมอบหมายของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) เพื่อรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554 ต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งเป็นหน้าที่ของ กผส. ที่ระบุไว้ใน พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ มาตรา 9(10) ให้ กผส. เสนอรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุประจำปีต่อคณะรัฐมนตรีอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

จากประสบการณ์ที่ได้ทำมาถึง 5 ครั้ง คณะกรรมการจัดทำได้พยายามปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการ และเนื้อหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์มาโดยตลอด โดยเฉพาะปีนี้ได้มีการปรับรูปแบบและเนื้อหาใหม่ให้กระชับขึ้น โดยได้รับความร่วมมือจากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการรวบรวมและเรียบเรียงรายงานฉบับนี้

ในนามมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ขอขอบพระคุณคณะกรรมการ คณาจารย์และนักวิจัยจากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกคน ที่ร่วมกันทำงานจนเอกสารนี้สำเร็จเป็นรูปเล่ม และขอขอบคุณกองทุนผู้สูงอายุที่ให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างสมเหตุสมผล



(นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช)

ประธานมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

สารบัญ

คำนำ

บทสรุปผู้บริหาร	1
-----------------	---

บทที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางประชากร และข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	7
--	---

1.1 สถานการณ์ด้านประชากร	8
1.2 กระบวนการทางประชากรที่นำไปสู่การสูงอายุทางประชากร	12
1.3 สถานการณ์ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	14
1.4 สถานการณ์ด้านสุขภาพ	23
1.5 ข้อมูลที่น่าสนใจ	26

บทที่ 2 นโยบาย แผน และกฎหมายเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุ	29
---	----

2.1 นโยบาย	30
2.2 การพัฒนาการของประเด็นด้านผู้สูงอายุและสังคมสูงวัยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	40
2.3 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ	42
2.4 กฎหมาย	50

บทที่ 3 พัฒนาการเชิงระบบ ด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ บริการทางสังคม และสวัสดิการทางสังคม	53
---	----

3.1 ระบบการดูแลสุขภาพและการสาธารณสุข	54
3.2 ระบบหลักประกันทางเศรษฐกิจ	67
3.3 ระบบบริการทางสังคมและสวัสดิการทางสังคม	77
3.4 ระบบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุและชุมชน	80
3.5 บริการด้านที่อยู่อาศัย	83
3.6 การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้สูงอายุ	86
3.7 บริการสาธารณะ	87

บทที่ 4 สถานการณ์เด่นรอบปี	89
----------------------------	----

4.1 ผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ.2554	90
4.2 ผู้สูงอายุที่เป็นศิลปินแห่งชาติ	92
4.3 บทบาทภาคเอกชนกับงานด้านผู้สูงอายุ	95

บรรณานุกรม	97
------------	----

ภาคผนวก	100
---------	-----

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1	การอยู่อาศัยของประชากรสูงอายุ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2537 - พ.ศ.2554	17
ตารางที่ 1.2	อัตราการว่างงานของประชากรอายุ 40-59 ปี และประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2550 - พ.ศ.2554	18
ตารางที่ 1.3	ร้อยละที่ต้องการทำงานในประชากรสูงอายุที่ไม่ได้ทำงานในช่วง 7 วัน ก่อนวันสำรวจ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554	19
ตารางที่ 1.4	ร้อยละผู้ที่ยากจน จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2543 - พ.ศ.2553	22
ตารางที่ 1.5	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (ภาวะทุพพลภาพ) จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554	23
ตารางที่ 1.6	การกระจายร้อยละตามระดับความเข้มเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2546-47 และ พ.ศ.2551-52	24
ตารางที่ 2.1	ค่าถดถอยนโยบายของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุย้อนหลังตั้งแต่รัฐบาล ปี พ.ศ.2526 ถึงรัฐบาลปัจจุบัน	31
ตารางที่ 2.2	พัฒนาการแผนและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่สำคัญ	45
ตารางที่ 3.1	จำนวนและความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ	65

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1.1	สัดส่วนของประชากรแบ่งตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ๆ เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2503 และ พ.ศ.2553	8
แผนภูมิที่ 1.2	ร้อยละของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2537 – พ.ศ.2553	9
แผนภูมิที่ 1.3	อัตราเพิ่มประชากรรวมเปรียบเทียบกับประชากรวัยสูงอายุ พ.ศ.2503 - พ.ศ.2553	9
แผนภูมิที่ 1.4	อัตราส่วนพึ่งพิงที่เป็นผู้สูงอายุ (ต่อประชากรอายุ 15-59 ปี 100 คน) และร้อยละของ ประชากรสูงอายุในวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) พ.ศ.2503 - พ.ศ.2553	10
แผนภูมิที่ 1.5	ร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ.2503 – พ.ศ.2553	11
แผนภูมิที่ 1.6	อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate, TFR) พ.ศ.2517-19 – พ.ศ.2564	12
แผนภูมิที่ 1.7	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด จำแนกตามเพศ พ.ศ.2517-19 – พ.ศ.2564	13
แผนภูมิที่ 1.8	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำแนกตามเพศ พ.ศ.2537 – พ.ศ.2554	14
แผนภูมิที่ 1.9	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา จำแนกตามเพศ พ.ศ.2537 – พ.ศ.2554	14
แผนภูมิที่ 1.10ก	การกระจายร้อยละของประชากรสูงอายุ ตามสถานภาพสมรส พ.ศ.2537 และ พ.ศ.2554	15
แผนภูมิที่ 1.10ข	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า/แยกกันอยู่ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ.2537 และ พ.ศ.2554	16
แผนภูมิที่ 1.11	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2548 – พ.ศ.2553	18
แผนภูมิที่ 1.12ก	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2545-พ.ศ.2554	20
แผนภูมิที่ 1.12ข	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่ได้รับเงินบำเหน็จบำนาญ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2545 - พ.ศ.2554	21
แผนภูมิที่ 1.13	ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังแต่ละโรค โดยการวินิจฉัยของแพทย์ พ.ศ.2546-47 และ พ.ศ.2551-52	25
แผนภูมิที่ 1.14	ทัศนคติเชิงบวกของประชากรอายุ 18 - 59 ปี ที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554	26

แผนภูมิที่ 1.15	การกระจายร้อยละของประชากรตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ๆ จำแนกตามประเทศในอาเซียน พ.ศ.2553	27
แผนภูมิที่ 1.16	การกระจายร้อยละของประชากรตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ๆ จำแนกตามประเทศในอาเซียน พ.ศ.2573	28

บทสรุปผู้บริหาร



บทสรุปผู้บริหาร



ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมาสังคมไทยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็ว การเปลี่ยนผ่านทางประชากรจากภาวะการเกิดสูง ตายสูงมาสู่การเกิดต่ำตายต่ำ ประกอบกับการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาจากโรคระบาดและโรคติดต่อ มาสู่โรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย ทำให้สังคมไทยเปลี่ยนจากสังคมเยาว์วัย สู่สังคมสูงวัย ประเด็นท้าทายต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศจึงเปลี่ยนจากการเพิ่มประชากรวัยเด็กอย่างรวดเร็วในอดีต เป็นการเพิ่มประชากรวัยสูงอายุอย่างรวดเร็วในปัจจุบันและยังทวีความรวดเร็วต่อไปอีกใน 20-30 ปีข้างหน้า

หากพิจารณาลักษณะที่สำคัญของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันจะพบว่าผู้หญิงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงสูงอายุมีจำนวนและสัดส่วนมากกว่าผู้ชายสูงอายุและกลายเป็นประชากรส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายผู้สูงอายุในปัจจุบันมีการศึกษาสูงขึ้นกว่าในอดีตและช่องว่างทางการศึกษาระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงลดลง ผู้สูงอายุหญิงจะมีสัดส่วนผู้ที่เป็นโสด หย่าร้าง และเป็นหม้าย (เนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต) สูงกว่าผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโสด และการย้ายถิ่นของบุตรส่งผลให้แบบแผนการอยู่อาศัยกับบุตรมีแนวโน้มลดลงในขณะที่การอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้นเพิ่มขึ้น

การมีอายุยืนยาวขึ้นตามมาด้วยประเด็นท้าทายต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นภาวะสุขภาพที่ถดถอยลงตามวัย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการอยู่ในภาวะทุพพลภาพ หรือมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน และการตกอยู่ในภาวะความยากจนในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรวัยอื่น

จากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าเสนอมาอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุได้รับความสนใจมากขึ้นเป็นลำดับ มีการพัฒนานโยบาย แผน และระบบต่างๆ ที่จะมารองรับประเด็นท้าทายในสังคมสูงวัย และประเด็นท้าทายต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในการพัฒนาเชิงระบบนั้นระบบสาธารณสุขดูเหมือนจะเริ่มมีการปรับตัวให้ทันกับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยก่อนระบบอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการขยายเป้าหมายผู้รับบริการให้ครอบคลุมประชากรทุกวัยและจัดบริการให้สอดคล้องต่อความต้องการและให้บริการที่สะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุ การเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล การให้บริการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข การปฏิรูประบบการเงินการคลัง การจัดโครงสร้างองค์กรให้มีหน่วยงานเฉพาะดูแลแผนยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ แม้ว่าจะระบบสาธารณสุขไทยจะมีการพัฒนาไปอย่างมาก และมีทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการในสังคมสูงวัย แต่การเปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัยนั้นเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก การที่จะให้ระบบสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน จึงต้องอาศัยการผลักดันให้การดำเนินการ

เป็นไปในอัตราที่รวดเร็วยิ่งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น การดูแลระยะยาวยังเป็นเพียงโครงการนำร่อง โครงการเหล่านี้หากได้ผลดีควรเร่งขยายผลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ การวางแผนกำลังคนทั้งในระดับวิชาชีพและผู้ดูแลให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพก็เป็นเรื่องสำคัญสำหรับการรองรับสังคมสูงวัย นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาาระบบดูแลขั้นกลางเช่น การดูแลระยะสั้นภายหลังจากผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล หรือการช่วยดูแลในช่วงกลางวัน เป็นต้น

ระบบหลักประกันทางเศรษฐกิจเพื่อยามสูงอายุมีการพัฒนามาเป็นลำดับเช่นกัน นับตั้งแต่ พ.ศ.2525 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2554) รัฐบาลได้สร้างหลักประกันรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง แนวทางแรกที่รัฐบาลใช้ ได้แก่ การขยายระบบบำนาญภาครัฐ จากเดิมที่มีเฉพาะกลุ่มข้าราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (รวมกลุ่มข้าราชการส่วนท้องถิ่น) ที่เกษียณอายุที่ได้รับเงินบำนาญจากรัฐบาล ในช่วงสามสิบปีที่ผ่านมา รัฐบาลได้ขยายความครอบคลุมของระบบบำนาญไปยังประชาชนกลุ่มต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งกองทุนสงเคราะห์ตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชนเพื่อครูและครูใหญ่ในโรงเรียนเอกชนการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมเพื่อลูกจ้างในสถานประกอบการ การจัดตั้งกองทุนการออมแห่งชาติหรือการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ของสมาชิกกองทุนประกันสังคมตามมาตรา 40 เพื่อขยายหลักประกันไปยังกลุ่มประชากรวัยทำงานที่ทำงานนอกระบบ รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนแนวคิดของการจัดสรรเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุที่ขาดหลักประกันที่เป็นทางการจากภาครัฐอย่างถ้วนหน้า

อีกแนวทางหนึ่งเป็นการส่งเสริมการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพผ่านมาตรการทางภาษีอากร โดยการกำหนดให้มูลค่าลดหย่อนภาษีรายได้ประเภทต่างๆ เพื่อการประหยัดภาระภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาและการงดเว้นไม่เก็บภาษีกับเงินได้บางประเภทที่เป็นหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพ ลักษณะของมาตรการมีทั้งที่เป็นมาตรการเพื่อบรรเทาภาระภาษีอากรให้แก่ผู้สูงอายุ มาตรการเพื่อสร้างแรงจูงใจประชากรวัยทำงานในการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพ และมาตรการส่งเสริมการสร้างหลักประกันด้านต่างๆ ให้กับบุคลากร

การพัฒนาเชิงระบบของบริการทางสังคมนั้น ดูเหมือนจะมีพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าระบบอื่นในอดีตที่ผ่านมา หน่วยงานภาครัฐเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบระบบบริการทางสังคมและสวัสดิการสังคม โดยในระยะเริ่มแรกเป็นการให้บริการในลักษณะของการสงเคราะห์ เช่นการจัดให้มีสถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หลังการประกาศพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2546 หน่วยงานภาครัฐและเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการให้บริการด้านสังคมและสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชน บริการด้านที่อยู่อาศัย สำหรับสวัสดิการสังคมอื่นๆ นั้น ดำเนินการโดยภาครัฐ ในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้สูงอายุ และการบริการสาธารณะ อาจสรุปได้ว่าในช่วงก่อนปี พ.ศ.2546 เป็นยุคของการสงเคราะห์และการส่งเสริมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ.2546 จนถึง ปัจจุบัน เป็นยุคของสวัสดิการ การส่งเสริมผู้สูงอายุ และการวางรากฐานกลไกการพัฒนาระบบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ การพัฒนาการเชิงระบบในอนาคต ควรจะเน้นการสร้างความเป็นปึกแผ่นและความยั่งยืนของระบบสวัสดิการสังคม ระบบหลักประกันทางเศรษฐกิจ การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว การพัฒนาระบบการดูแลที่บ้านและภายในชุมชน และการดูแลในระยะกลาง

ในภาพรวม แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบาย และพัฒนาการเชิงระบบในการทำงานด้านผู้สูงอายุ ดีขึ้นเป็นลำดับ แต่ผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ยังไปได้ไม่รวดเร็วนักเมื่อเปรียบเทียบกับอัตรา ความเร็วของการสูงวัยทางประชากรของประเทศ การดำเนินงานที่ผ่านมายังขึ้นอยู่กับนโยบายหรือ ความสนใจของผู้นำประเทศเป็นสำคัญการเปลี่ยนผู้บริหารนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบาย ทำให้ การดำเนินงานไม่มีความต่อเนื่อง ขาดการต่อยอด หรือล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น เพื่อให้มีการพัฒนา เชิงระบบอย่างต่อเนื่อง น่าที่จะมีการปรับกลไกในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) พิจารณาจัดตั้ง สำนักคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (หรือสำนักงานคณะกรรมการผู้สูงอายุและครอบครัวแห่งชาติ) 2) จัดทำ "แผนแม่บทระบบสวัสดิการและบริการเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ" 3) หากมีการร่างรัฐธรรมนูญ ใหม่ ไม่ควรกำหนดอายุของความเป็นผู้สูงอายุ และแม้แต่ พรบ. ก็ไม่ควรกำหนด แต่ให้เป็นไปตาม กฎหมายลูก เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในนิยามของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีผลต่อสิทธิ และการได้รับสวัสดิการ ต่างๆ ซึ่งจะมีการแปรผันไปตามเวลา

จากการทบทวนสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2554 พบประเด็นเร่งด่วนที่สามารถ ดำเนินการได้ทันทีและสามารถทำให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยสัมฤทธิ์ผลอย่างเป็น รูปธรรมได้ภายในระยะเวลาอันสั้น มีดังนี้

1. การเร่งดำเนินการเรื่องการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจในสังคมสูงวัยด้วยการส่งเสริม การออม

จากข้อมูลทางประชากรชี้ชัดว่า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ด้วยข้อจำกัด ทางด้านการเงินการคลังของประเทศ การที่จะให้หลักประกันทางเศรษฐกิจแก่ประชากรสูงอายุ โดยให้รัฐ รับภาระแต่ฝ่ายเดียวคงเป็นไปได้ยาก ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุไทยในอนาคตมีหลักประกันทางเศรษฐกิจ ที่มั่นคงควรต้องมีการเตรียมการในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งการออมนับเป็นเรื่องสำคัญประการหนึ่ง ที่ผ่านมารัฐได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ และจัดตั้งสำนักงานไปแล้ว เพื่อให้เกิดผลอย่างจริงจังจึงควรเร่งดำเนินการให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรมโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้เพื่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุและการพัฒนาอย่างยั่งยืนของประเทศ

2. รัฐบาลควรผลักดันให้เกิดการแปลงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยการจัดสรรงบประมาณรองรับ

แม้ประเทศไทยจะมีแผนผู้สูงแห่งชาติฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นแผนระยะยาวและค่อนข้างครอบคลุม ทั้งประเด็นด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุ และการเตรียมการเพื่อรองรับสังคมสูงวัย แต่ปัญหาที่พบคือ การขาดการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ต่างก็ยืนยันถึง การเปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัยของประเทศไทยในอัตราที่เร็วมาก เรื่องผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องด่วนและสำคัญ ไม่อาจจรรอได้ รัฐบาลจึงควรมีนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ด้วยการผลักดันให้หน่วยงานต่างๆ นำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ไปปฏิบัติให้เกิดผลโดยการ จัดสรรงบประมาณในด้านนี้ให้แก่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยถือเป็นงบประมาณพิเศษสำหรับการ ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพิ่มเติมจากงบประมาณประจำปีของแต่ละหน่วยงาน

3. ควรผลักดันและสนับสนุนให้ท้องถิ่นเพิ่มบทบาทในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนของตนให้มากยิ่งขึ้น

ชุมชนและท้องถิ่นให้ความสนใจกับประเด็นเรื่องผู้สูงอายุมากขึ้นกว่าในอดีต แต่ยังขาดข้อมูลที่เป็นระบบเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านศักยภาพ ปัญหาและความต้องการขาดกำลังคนที่มีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการใช้งบประมาณทำได้ในวงจำกัดเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย เพื่อเพิ่มบทบาทดังกล่าว จึงควรมีการปรับแก้กฎหมายเพื่อลดอุปสรรคในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งควรมีหน่วยงานที่คอยเป็นพี่เลี้ยงเพื่อแนะนำและส่งเสริมการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการทำงานด้านผู้สูงอายุ

**บทที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทาง
ประชากร และข้อมูลสถิติที่
สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ**



บทที่ 1

การเปลี่ยนแปลงทางประชากร

และข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ*

1.1 สถานการณ์ด้านประชากร

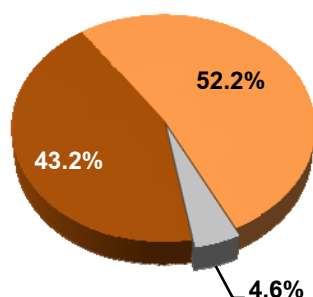
1.1.1 จากเยาว์วัยสู่สูงวัย

ประชากรไทยเพิ่มจาก 26.2 ล้านคน เป็นกว่า 63 ล้านคน ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา จำนวนประชากรวัยสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นลำดับเช่นกัน จาก 1.2 ล้านคนในปี พ.ศ.2503 เป็นประมาณ 8.5 ล้านคนในปีพ.ศ.2553 (แผนภูมิที่ 1.1) โดยสัดส่วนที่เป็นประชากรสูงอายุในระยะแรกๆ เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ และเริ่มเพิ่มในอัตราที่รวดเร็วขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2523 เป็นต้นมา สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ.2503 เป็นร้อยละ 5.5 ในปี พ.ศ.2523 และร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ.2553 (แผนภูมิที่ 1.2)

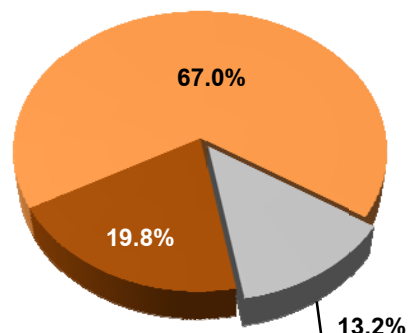
สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือภาวะการเกิด ซึ่งเมื่อ 50 ปีที่แล้วผู้หญิงคนหนึ่งมีบุตรโดยเฉลี่ยมากกว่า 6 คน และในปัจจุบันมีบุตรโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 2 คน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้สัดส่วนและจำนวนประชากรวัยเด็กลดลงเป็นลำดับอย่างรวดเร็ว จนนำมาสู่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ โครงสร้างประชากรไทยในปัจจุบันจึงเปลี่ยนจากประชากรเยาว์วัยเป็นประชากรสูงวัย

แผนภูมิที่ 1.1 สัดส่วนของประชากรแบ่งตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ๆ เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2503 และ พ.ศ.2553

ปี พ.ศ.2503 (26.2 ล้านคน)



ปี พ.ศ.2553 (63.8 ล้านคน)

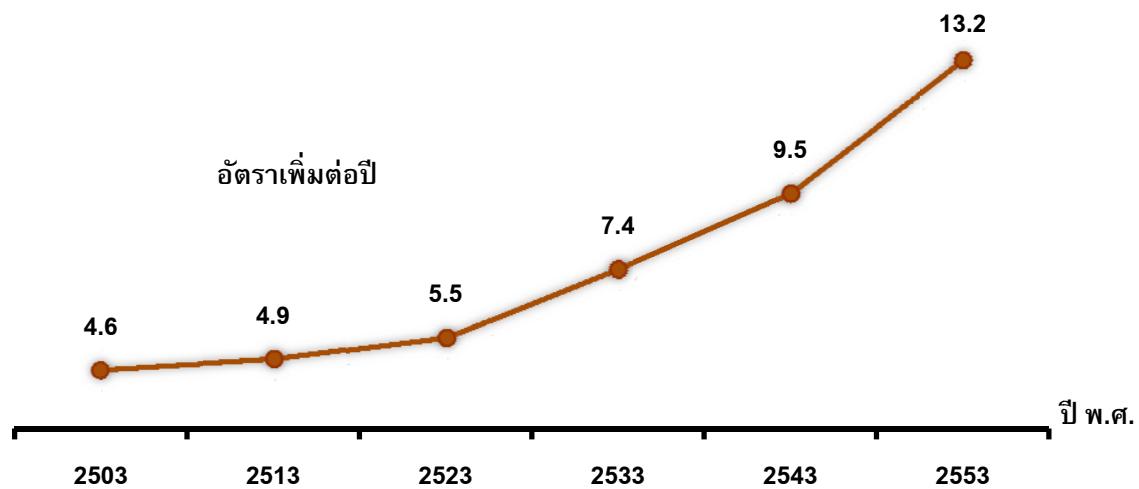


■ วัยเด็ก (0-14 ปี) ■ วัยแรงงาน (15-59 ปี) ■ วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2503 และ พ.ศ.2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ.

* รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ชลธิชา อัสวนิรันดร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 1.2 ร้อยละของประชากรสูงอายุ พ.ศ.2537 – พ.ศ.2553



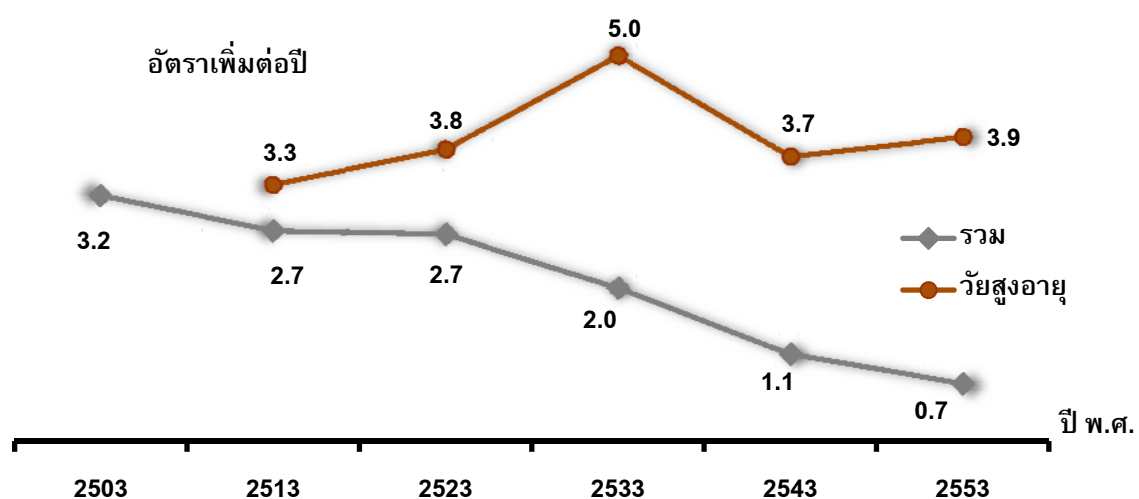
ที่มา: คำนวณจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2503 - พ.ศ.2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ.

1.1.2 สังคมสูงวัย : อัตราเพิ่มของประชากรวัยสูงอายุ สูงกว่าอัตราการเพิ่มของประชากรรวม

ประชากรไทยเพิ่มขึ้นช้าลงกว่าในอดีตมาก โดยอัตราการเพิ่มของประชากรไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 3.2 ต่อปีในปี พ.ศ.2503 เหลือเพียงร้อยละ 0.7 ต่อปีในปี พ.ศ.2553 ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุมีระดับสูงกว่าอัตราเพิ่มประชากรรวม โดยอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุมีมากกว่าร้อยละ 3 ต่อปี (แผนภูมิที่ 1.3)

การที่อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุมีระดับสูงกว่าอัตราเพิ่มประชากรรวมนี้ เป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่าสังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมสูงวัยแล้ว

แผนภูมิที่ 1.3 อัตราเพิ่มประชากรรวมเปรียบเทียบกับประชากรวัยสูงอายุ พ.ศ.2503 - พ.ศ.2553



ที่มา: คำนวณจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2503 - พ.ศ.2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ.

1.1.3 จากการเกื้อหนุนเด็กสู่การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ

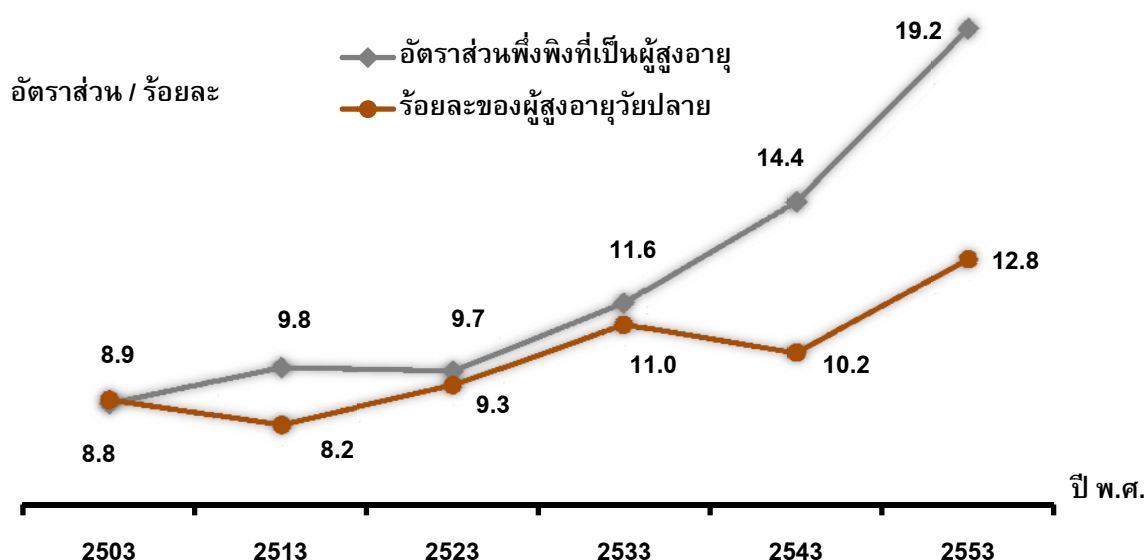
หากจัดกลุ่มประชากรอย่างคร่าวๆตามบทบาทในทางเศรษฐกิจ อาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) กลุ่มทำงาน/วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) และกลุ่มสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป) ซึ่งกลุ่มวัยทำงานเป็นกลุ่มที่มีบทบาทอย่างมากในเชิงเศรษฐกิจ และเป็นกลุ่มที่ต้องให้การดูแลเกื้อหนุนประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุไม่ว่าโดยทางตรง (คือการเป็นลูกหลาน หรือสมาชิกครอบครัว) หรือโดยทางอ้อมด้วยการมีส่วนร่วมในการทำงาน ทำรายได้หรือเสียภาษี เพื่อให้รัฐใช้ในการดูแลประชากรในวัยต่างๆ

การวัดถึงการเป็นที่พึ่งพิงหรือเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนนั้นสามารถพิจารณาได้จากอัตราส่วนพึ่งพิงภาพที่ได้จากข้อมูลสำมะโนประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ.2503 เป็นต้นมา แสดงให้เห็นว่า อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กลดลงเป็นลำดับ ในขณะที่ช่วงทศวรรษหลังๆ นี้ อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นอย่างมาก (แผนภูมิที่ 1.4) ซึ่งหมายความว่า ประชากรวัยแรงงานรับภาระในการดูแลเกื้อหนุนประชากรวัยเด็กลดลงกว่าในอดีตมาก แต่กลับต้องมาแบกรับภาระในการดูแลเกื้อหนุนประชากรสูงอายุแทน

ไม่เพียงแต่จำนวนประชากรสูงอายุจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุในวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างมากด้วยเช่นกัน จากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2503 เป็นกว่าร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ.2553

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าไม่ใช่สังคมเปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัยแล้วเท่านั้น แต่กลุ่มประชากรสูงอายุมีแนวโน้มที่จะสูงวัยขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งในช่วงวัยปลายของวัยสูงอายุนี้ น่าจะเป็นช่วงที่ต้องการเกื้อหนุนหรือพึ่งพาผู้อื่นสูงสุด

แผนภูมิที่ 1.4 อัตราส่วนพึ่งพิงที่เป็นผู้สูงอายุ (ต่อประชากรอายุ 15-59 ปี 100 คน) และร้อยละของประชากรสูงอายุในวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) พ.ศ.2503 - พ.ศ.2553

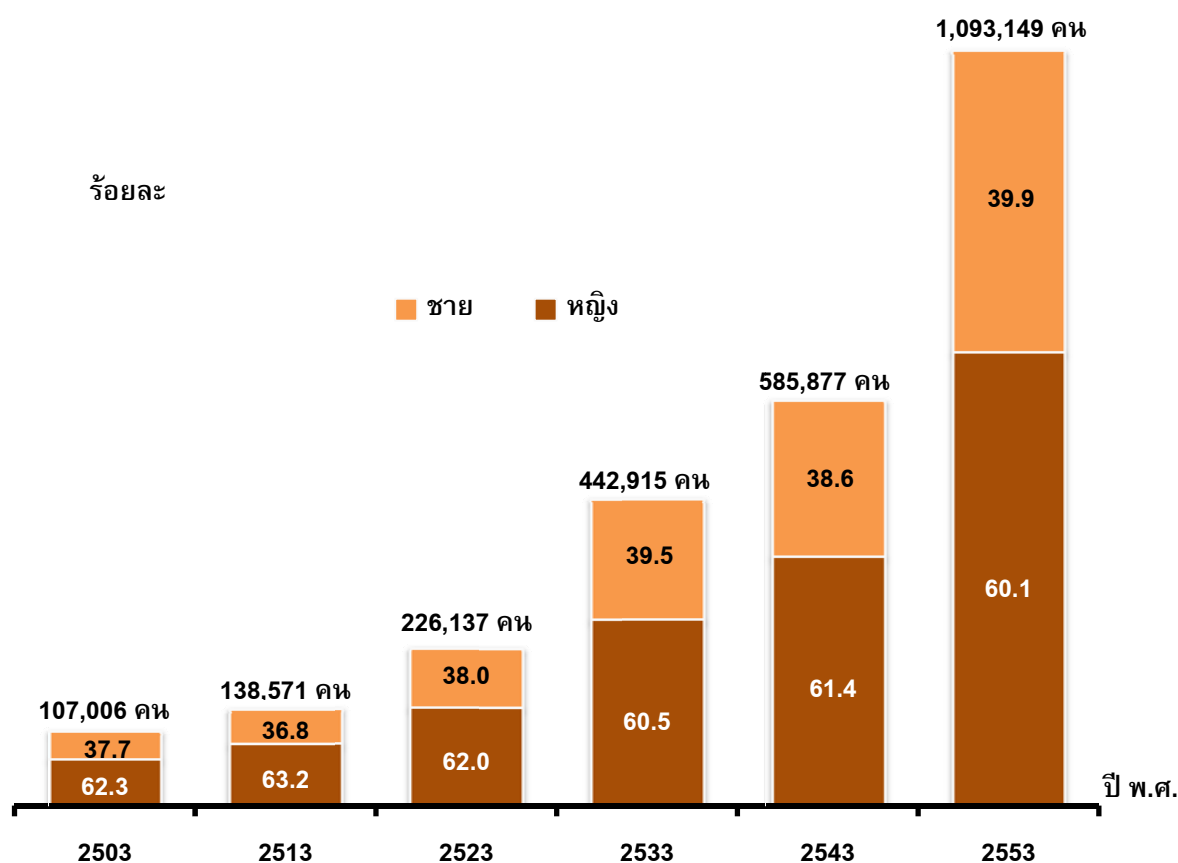


ที่มา: คำนวณจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2503 - พ.ศ.2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ.

1.1.4 ผู้หญิงกลายเป็นประชากรส่วนใหญ่ในช่วงวัยปลาย

ข้อมูลจากสำมะโนประชากรในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าจำนวนประชากรสูงอายุในวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นกว่า 10 เท่าตัว (แผนภูมิที่ 1.5) ที่เห็นได้ชัดเจนคือ จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

แผนภูมิที่ 1.5 ร้อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ.2503 – พ.ศ.2553



ที่มา: จำนวนจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2503 - พ.ศ.2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ.

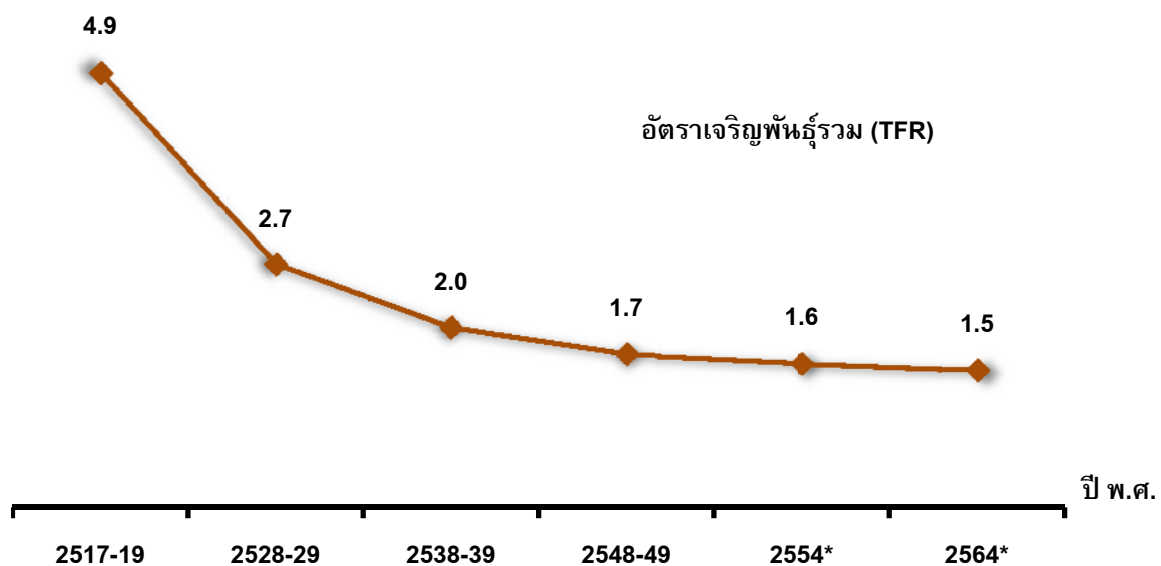
1.2 กระบวนการทางประชากรที่นำไปสู่การสูงอายุทางประชากร

ปัจจัยทางประชากรที่นำไปสู่การสูงอายุทางประชากรมี 2 ปัจจัย ได้แก่ การลดลงอย่างรวดเร็วของการเกิด และการลดภาวะการตายของประชากรโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

1.2.1 การลดภาวะเจริญพันธุ์

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุอย่างรวดเร็วมีสาเหตุหลักมาจากการลดระดับเจริญพันธุ์ ซึ่งปรากฏชัดเจนภายหลังจากที่มีการประกาศนโยบายประชากรที่เน้นการวางแผนครอบครัว โดยระบบสมศรใจขึ้นในปี พ.ศ.2513 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate) คือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ได้ลดลงเป็นลำดับ จาก 4.9 คนต่อสตรี 1 คน ในปี พ.ศ.2517-19 เหลือเพียงประมาณ 1.7 คนต่อสตรี 1 คนในปี พ.ศ.2548-49 และประมาณ 1.6 ในปีพ.ศ.2554 (แผนภูมิที่ 1.6) การลดระดับภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วทำให้สัดส่วนของประชากรวัยเด็กลดลง และสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นในที่สุด

แผนภูมิที่ 1.6 อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate, TFR) พ.ศ.2517-19 – พ.ศ.2564



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร (SPC) พ.ศ.2517-19 - พ.ศ.2548-49.

*สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – พ.ศ.2583.

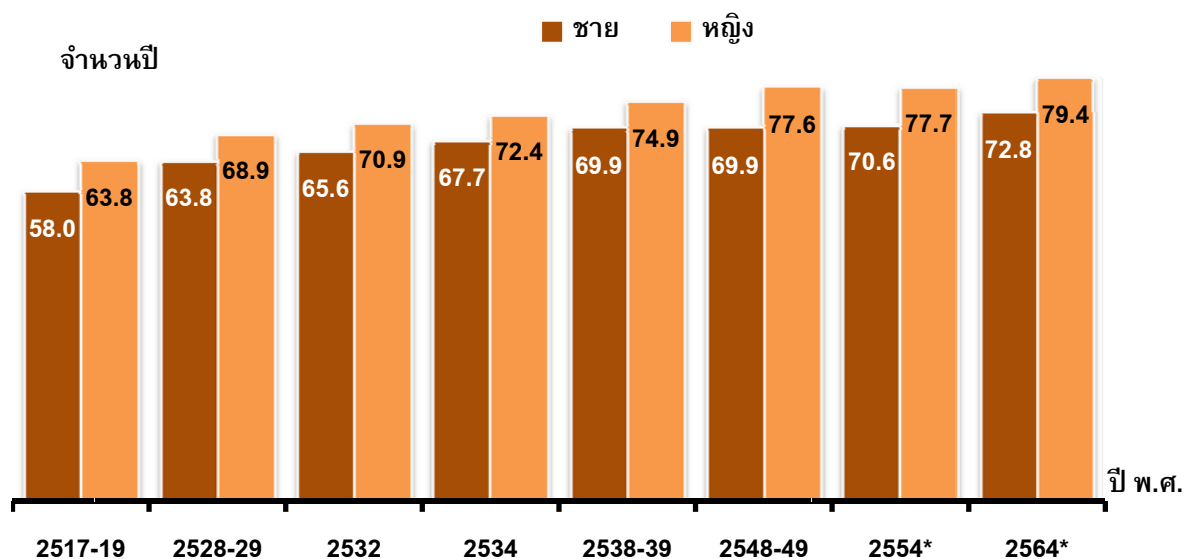
1.2.2 การลดการตาย (คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น)

การลดการตายตลอดเวลาที่ผ่านมาทำให้ประชากรไทยทั้งชายและหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นลำดับ โดยผู้หญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชายเล็กน้อย ดังจะเห็นได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) คือจำนวนปีที่เมื่อเด็กเกิดมาแล้วจะมีโอกาสมีชีวิตต่อไปได้โดยเฉลี่ย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอด อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้หญิงไทยเพิ่มจากประมาณ 64 ปี ในปี พ.ศ.2517-2519 เป็นประมาณ 78 ปี ในปัจจุบัน (พ.ศ.2554) ส่วนผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มจาก 58 ปี เป็นประมาณ 71 ปีในช่วงเวลาเดียวกัน (แผนภูมิที่ 1.7)

การลดภาวะการตายของประชากรในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการพัฒนาหรือรับวิทยาการแพทย์สมัยใหม่จากประเทศที่พัฒนาแล้ว ประกอบกับการพัฒนาด้านบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านอนามัยแม่และเด็ก ทำให้เด็กแรกเกิดมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น

การลดภาวะการตายในระยะแรกจึงเป็นผลให้ประชากรในวัยเด็กมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการตายของทารกและเด็กลดลงมาก และการตายของประชากรวัยอื่นๆ ได้ลดลงด้วย ด้วยเหตุนี้หากสามารถลดภาวะการตายของกลุ่มประชากรวัยสูงอายุให้ต่ำลงอีกก็จะส่งผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุจะยิ่งเพิ่มขึ้นในอนาคต

แผนภูมิที่ 1.7 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด จำแนกตามเพศ พ.ศ.2517-19 – พ.ศ.2564



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร (SPC) พ.ศ.2517-19 - พ.ศ.2548-49.

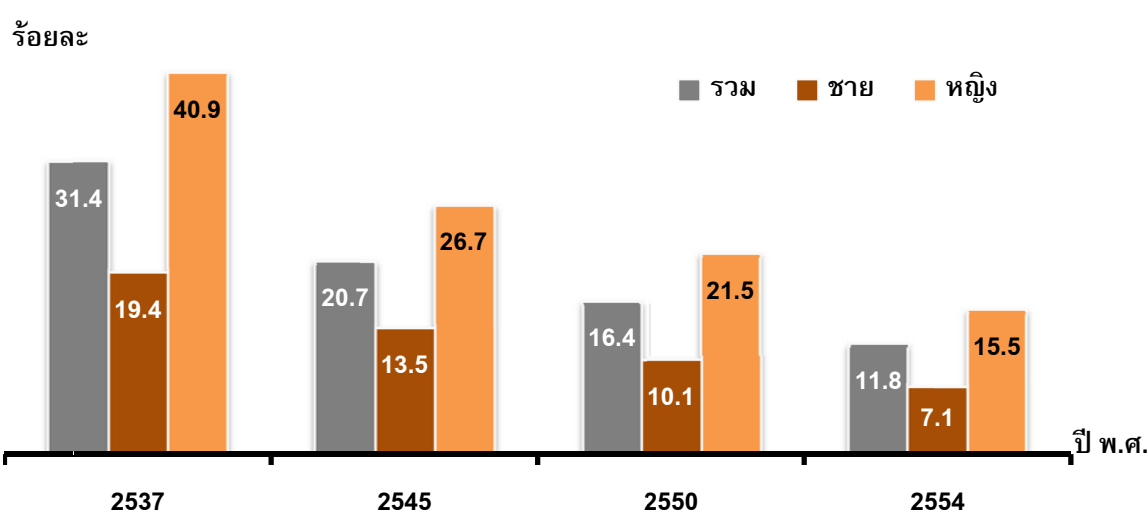
*สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – พ.ศ.2583.

1.3 สถานการณ์ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

1.3.1 การศึกษา

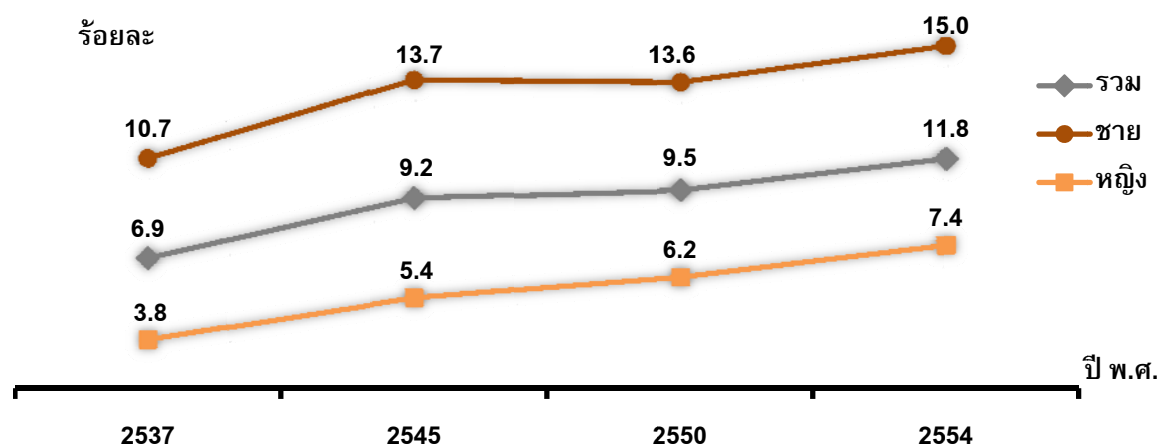
หากพิจารณาจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของปีต่างๆ จะพบว่า ผู้สูงอายุรุ่นหลังจะมีการศึกษาดีกว่าผู้สูงอายุในอดีต ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ลดลงตามลำดับจากปีพ.ศ.2537-พ.ศ.2554 (แผนภูมิที่ 1.8) ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา สูงกว่าระดับประถมศึกษากลับเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง อีกทั้งช่องว่าง ระหว่างการศึกษาของชายและหญิงได้ลดลงเป็นลำดับ (แผนภูมิที่ 1.9)

แผนภูมิที่ 1.8 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำแนกตามเพศ พ.ศ.2537 – พ.ศ.2554



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537 - พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 1.9 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา จำแนกตามเพศ พ.ศ.2537 – พ.ศ.2554

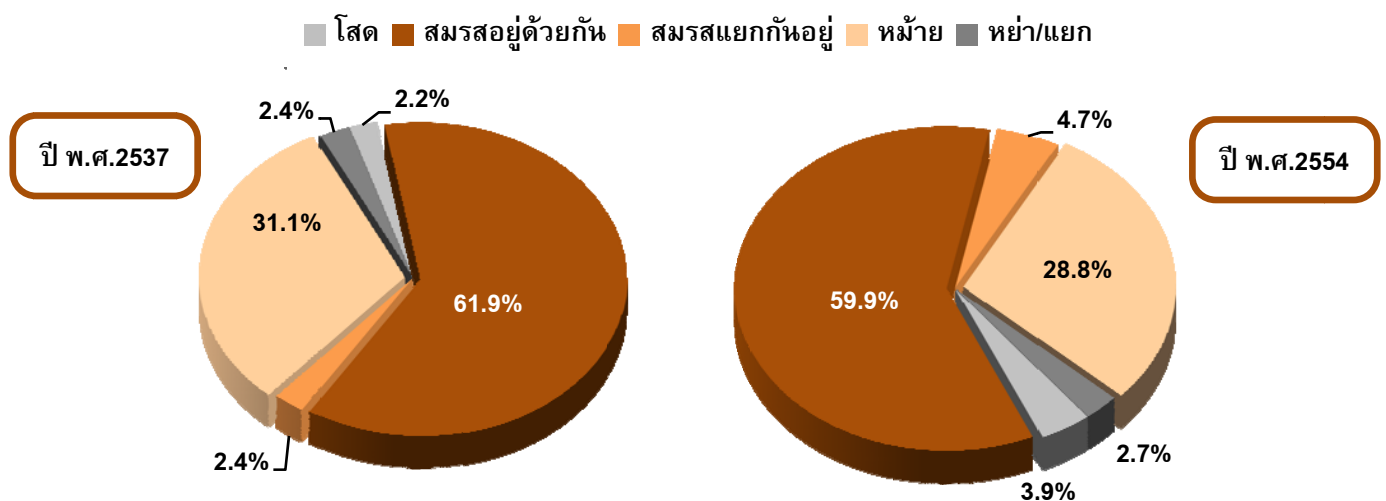


ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537 - พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.3.2 สถานภาพสมรส

การมีคู่สมรสอยู่ด้วยกันน่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคู่คิด มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เศรษฐกิจ มีผู้ที่คอยดูแลยามเจ็บป่วย แผนภูมิที่ 1.10ก แสดงว่า กว่าครึ่งของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่สมรส และอยู่ด้วยกันกับคู่ โดยสัดส่วนดังกล่าวแทบจะไม่เปลี่ยนแปลงในระหว่างปี พ.ศ.2537 กับปี พ.ศ.2554 อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า สัดส่วนของผู้ที่เป็นโสด หย่า/แยก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กล่าวคือ สัดส่วนที่เป็นโสดเพิ่มจากร้อยละ 2.2 ในปีพ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 3.9 ในปีพ.ศ.2554 และสัดส่วนที่หย่า/แยกเพิ่มจากร้อยละ 2.4 เป็นร้อยละ 2.7

แผนภูมิที่ 1.10ก การกระจายร้อยละของประชากรสูงอายุ ตามสถานภาพสมรส พ.ศ.2537 และ พ.ศ.2554

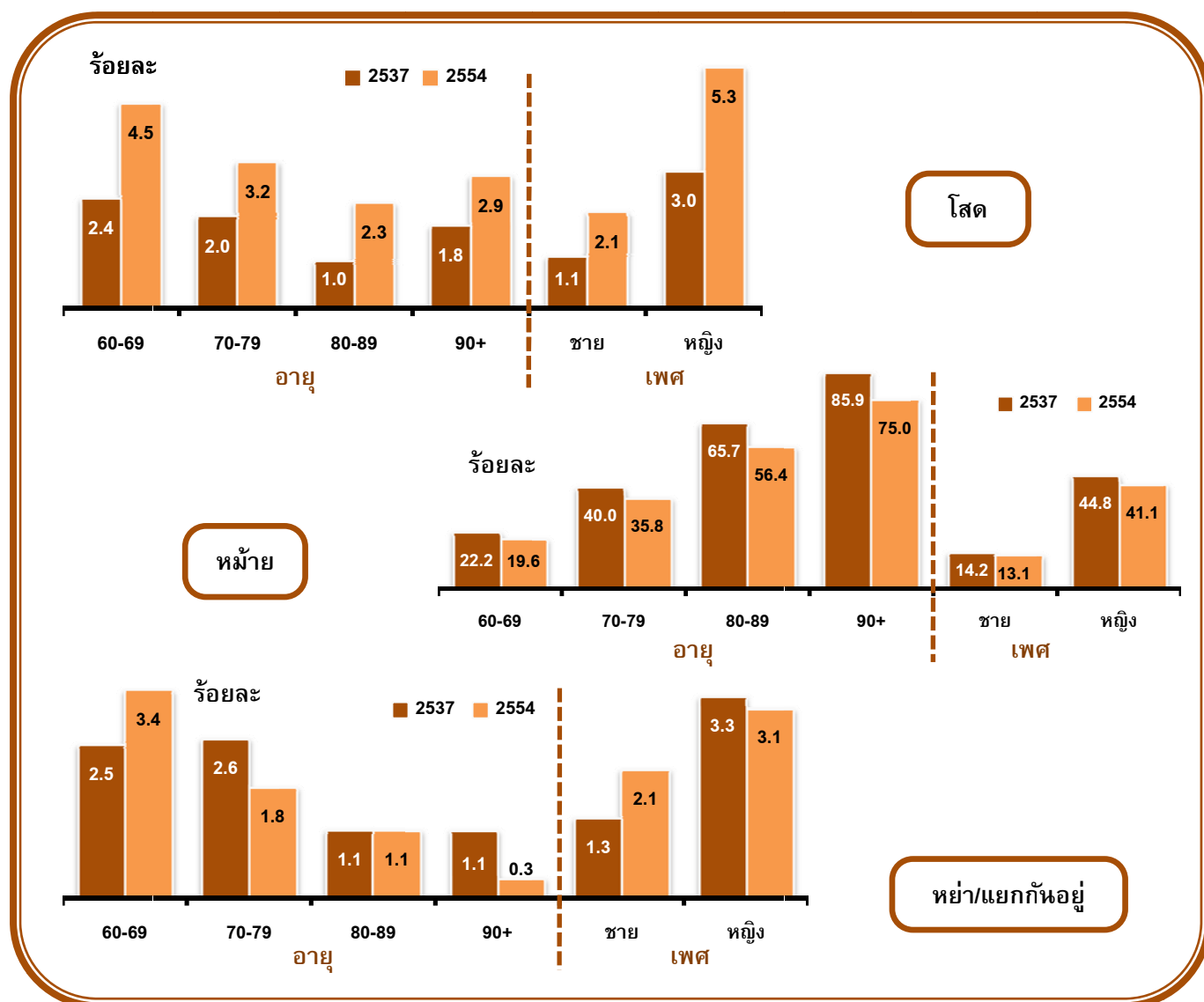


ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537 และพ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาตามอายุ พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีแนวโน้มเป็นโสด และหย่า/แยก มากกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีหรือมากกว่า) และผู้สูงอายุหญิง มีสัดส่วนของผู้ที่เป็นโสดและหย่า/แยกสูงกว่าเพศชาย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามเวลา (แผนภูมิที่ 1.10ข)

นอกจากนี้ยังพบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายหรือคู่สมรสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยตามเวลา และผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะอยู่ในภาวะที่เป็นหม้ายหรือคู่สมรสเสียชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุชาย

แผนภูมิที่ 1.10ข ร้อยละของประชากรสูงอายุที่เป็นโรค หมาใจ หยา/แยกกันอยู่ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ.2537 และ พ.ศ.2554



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537 และ พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.3.3 การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

แบบแผนการอยู่อาศัยมีความสำคัญกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และการได้รับการดูแลเกื้อหนุนจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตร ซึ่งแบบแผนการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยแต่เดิมนั้น มักอยู่อาศัยกับบุตรคนใดคนหนึ่ง จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 – พ.ศ.2554 แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่องของการอยู่อาศัยในบ้านเดียวกับบุตร แต่มีแนวโน้มที่จะอยู่ตามลำพัง หรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเท่านั้นเพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 1.1)

การลดลงของการอยู่กับบุตรส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องมาจากผู้สูงอายุในรุ่นหลังๆ มีบุตรน้อยลงกว่าในอดีต ทั้งยังปรากฏว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเป็นโสดสูงขึ้นกว่าในอดีต อย่างไรก็ตามการที่ไม่ได้อาศัยในบ้านเดียวกับบุตรนั้นไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะอยู่ตามลำพังหรืออยู่กันเองเสมอไป เพราะในสังคมไทยโดยเฉพาะในชนบทจะพบว่าในหลายกรณีผู้สูงอายุยังมีบุตรอยู่ในละแวกบ้านหรืออยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน

เมื่อแยกพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัย แนวโน้มก็เป็นเช่นเดียวกับภาพรวมของประเทศ แต่ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทมีสัดส่วนของผู้ที่อยู่กับบุตรน้อยกว่าในเขตเมือง รวมทั้งมีแนวโน้มอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสสูงกว่าในเขตเมือง ทั้งนี้ น่าจะเนื่องจากบุตรของผู้สูงอายุในชนบทน่าจะมีการย้ายถิ่นออกจากภูมิลำเนาสูงกว่าบุตรในเขตเมือง

ตารางที่ 1.1 การอยู่อาศัยของประชากรสูงอายุ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2537 - พ.ศ.2554

	ร้อยละ		
	อยู่กับบุตร	อยู่คนเดียว	อยู่ลำพังกับคู่สมรส
รวมผู้สูงอายุทั้งหมด			
2537	72.8	3.6	11.6
2545	65.7	6.5	14.0
2550	59.4	7.6	16.3
2554*	56.7	8.6	17.6
ผู้สูงอายุเขตเมือง			
2537	77.1	3.9	8.3
2545	69.0	6.0	11.8
2550	64.6	7.4	12.9
2554*	59.4	8.5	15.7
ผู้สูงอายุเขตชนบท			
2537	70.9	3.5	13.0
2545	64.3	6.8	15.0
2550	57.3	7.7	17.7
2554*	55.4	8.6	18.5

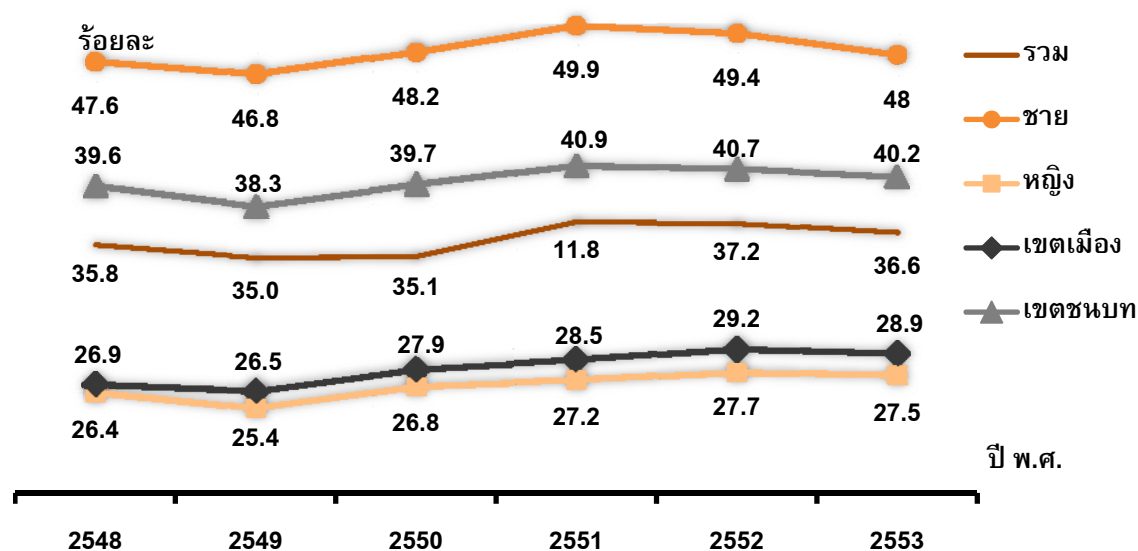
ที่มา: จอห์น โนเดล และนภาพร ชัยวรรณ. 2552. การสูงอายุทางประชากร และการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.

*ประมวลผลจากข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.3.4 การทำงาน การว่างงาน และ ความต้องการทำงาน

การทำงานของผู้สูงอายุนอกจากจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการเป็นหน่วยผลิตหรือผู้ยังประโยชน์ของประชากรกลุ่มนี้แล้ว ยังเป็นแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีพของผู้สูงอายุด้วย ข้อมูลในแผนภูมิที่ 1.11 แสดงแนวโน้มของอัตราการทำงานเชิงเศรษฐกิจของประชากรสูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2548 – พ.ศ.2553 ที่เกือบไม่มีการเปลี่ยนแปลง คือ กว่า 1 ใน 3 ของประชากรสูงอายุไทยยังทำงานเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งนับว่าอยู่ในระดับที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีความแตกต่างในระดับการทำงานเชิงเศรษฐกิจจะระหว่างเพศและเขตที่อยู่อาศัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุชายมีอัตราการทำงานเชิงเศรษฐกิจสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงกว่าเท่าตัวมาตลอด และผู้สูงอายุในเขตชนบทมีร้อยละที่ทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องจากอาชีพที่ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่ประกอบมักเป็นอาชีพในภาคเกษตรกรรม เช่น เกษตรกรรมหรืออาชีพส่วนตัว ซึ่งไม่มีการเกษียณอายุการทำงาน

แผนภูมิที่ 1.11 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่ทำงานเชิงเศรษฐกิจ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2548 – พ.ศ.2553



ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2548 - พ.ศ.2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

อัตราการว่างงาน (ตามนิยามที่ใช้ในรายงานการสำรวจภาวะการทำงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ) นับว่าอยู่ในระดับที่ต่ำมากเช่นเดียวกับประชากรวัยทำงานอายุ 40-59 ปี คือ ไม่ถึงร้อยละ 1 (ตารางที่ 1.2)

ตารางที่ 1.2 อัตราการว่างงานของประชากรอายุ 40-59 ปี และประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ.2550 - พ.ศ.2554

	2550	2551	2552	2553	2554
อัตราว่างงานของประชากรอายุ 40-59 ปี	0.46	0.32	0.36	0.20	0.10
อัตราว่างงานของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	0.20	0.10	0.10	0.10	0.10

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2550 - พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ที่น่าสนใจ คือ ในกลุ่มประชากรสูงอายุที่ไม่ได้ทำงานส่วนใหญ่ไม่ต้องการทำงาน มีผู้ที่ต้องการทำงานในสัดส่วนที่ต่ำมากและลดลงระหว่างปีพ.ศ.2550 - พ.ศ.2554 ข้อมูลในตารางที่ 1.3 แสดงว่า สัดส่วนที่ต้องการทำงานในผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน มีเพียงร้อยละ 9.3 ในปีพ.ศ. 2550 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2.3 ในปีพ.ศ. 2554 สะท้อนถึงความต้องการทำงานที่ไม่ได้รับการสนองตอบ (unmet need for work) ในกลุ่มประชากรสูงอายุมีระดับที่ต่ำ แม้ว่าจะระดับความต้องการทำงานที่ไม่ได้รับการสนองตอบของผู้สูงอายุชายจะสูงกว่าหญิง และในเขตชนบทจะสูงกว่าเขตเมืองก็ตาม

ตารางที่ 1.3 ร้อยละที่ต้องการทำงานในประชากรสูงอายุที่ไม่ได้ทำงานในช่วง 7 วันก่อนวันสำรวจ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554

	2550	2554
รวม	9.3	2.3
เพศ		
ชาย	11.2	2.9
หญิง	8.3	1.9
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	6.2	1.5
เขตชนบท	10.8	2.8

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

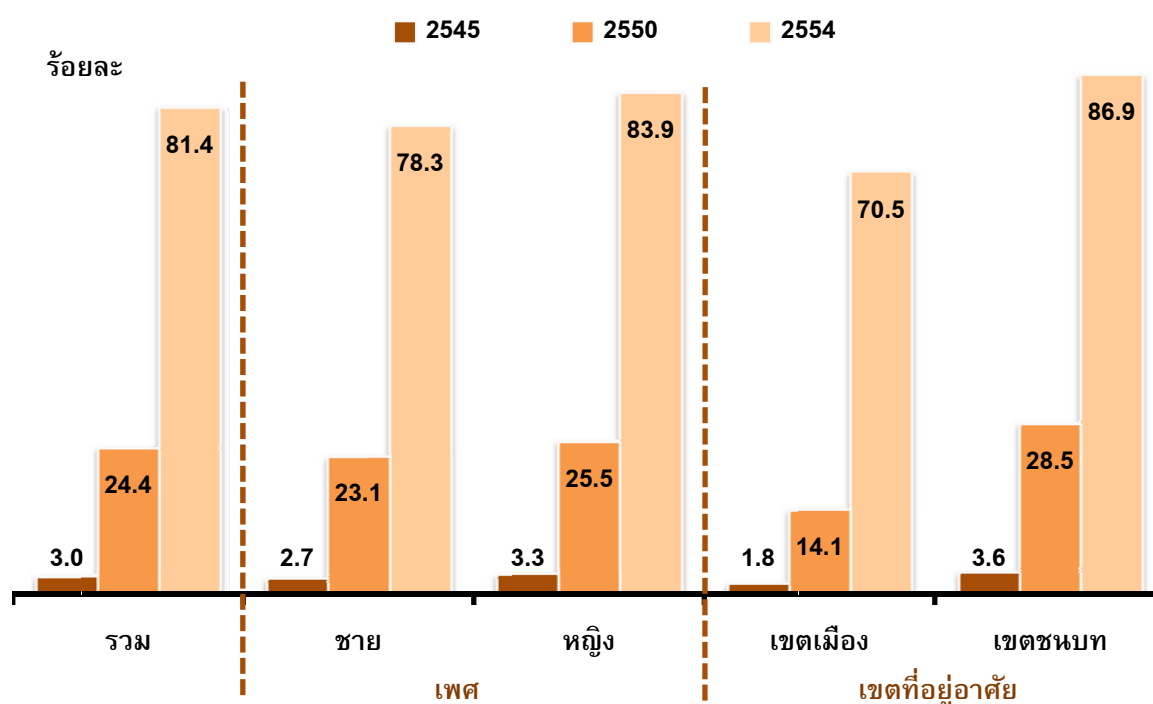
1.3.5 การได้รับเบี้ยยังชีพ

จากข้อมูลในแผนภูมิที่ 1.12ก และ 1.12ข จะเห็นได้ชัดเจนว่าเบี้ยยังชีพได้กลายเป็นหลักประกันรายได้ขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 ในปี พ.ศ.2545 เป็นกว่าร้อยละ 80 ในปี พ.ศ.2554 การที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นอย่างมากนี้เนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนระบบ จากเดิมที่เป็นการให้การสงเคราะห์ (โดยมีเงื่อนไขให้เฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะยากจน ขาดแหล่งพึ่งพิงเท่านั้น) มาเป็นการให้สวัสดิการหรือหลักประกันรายได้ขั้นพื้นฐานในปีพ.ศ.2552 โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้บำนาญ หรือสวัสดิการรายได้ในรูปแบบอื่นจากรัฐ และแสดงเจตจำนงต้องการใช้สิทธิดังกล่าวมาขอขึ้นทะเบียนก็สามารถได้รับเบี้ยยังชีพ

เมื่อพิจารณาระหว่างชายหญิง จะพบว่าผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะได้รับเบี้ยยังชีพมากกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้จะเนื่องมาจากผู้ชายน่าจะมีโอกาสในการทำงานภาคในระบบที่มีบำนาญ หรือสวัสดิการในยามสูงอายุมากกว่าผู้หญิง

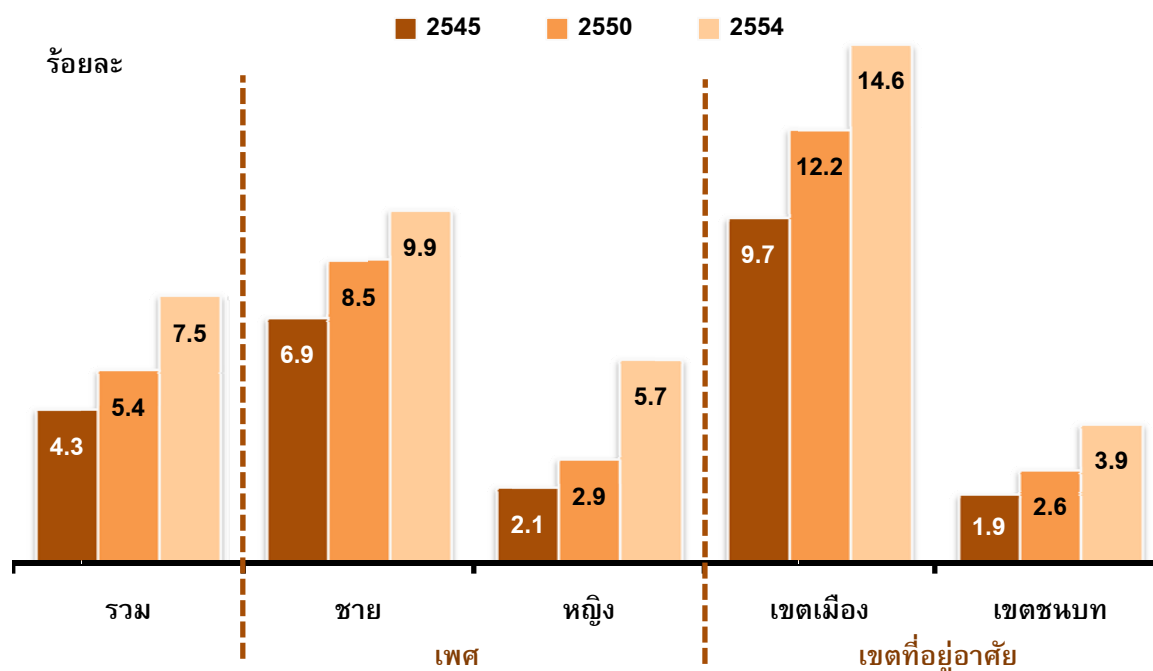
ที่น่าสังเกตเพิ่มเติมคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองได้รับเบี้ยยังชีพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทอย่างมาก ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในเขตเมืองอาจเคยทำงานในภาคทางการจึงอาจได้รับสวัสดิการหรือรายได้ในรูปแบบอื่นจากภาครัฐแล้ว อีกส่วนหนึ่งอาจเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส หรือยากจนในเขตเมือง ซึ่งอาจเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร หรือเข้าไม่ถึงระบบการจดทะเบียนเพื่อขอใช้สิทธิรับเบี้ยยังชีพ

แผนภูมิที่ 1.12ก ร้อยละของประชากรสูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2545-พ.ศ.2554



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545 - พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภูมิที่ 1.12ข ร้อยละของประชากรสูงอายุที่ได้รับเงินบำนาญบำนาญ จำแนกตามเพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2545 - พ.ศ.2554



ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545 - พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.3.6 ภาวะความยากจน

ความยากจนในผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่สำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับอย่างมากกับการอยู่ดีมีสุขของประชากรกลุ่มนี้ ข้อมูลความยากจนตามนิยามของสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ* แสดงว่า ระหว่างปี พ.ศ.2543 - พ.ศ.2553 สัดส่วนของประชากรที่ยากจนมีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มอายุทั้งในระดับประเทศ และเขตเมืองและเขตชนบท โดยในปี พ.ศ.2553 จากประชากร 100 คน จะมีผู้ยากจนประมาณ 8 คน เป็นผู้สูงอายุ 2 คน เป็นเด็ก 2 คน และเป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานประมาณ 4 คน

ข้อมูลในตารางที่ 1.4 แสดงร้อยละผู้ที่ยากจนจำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ในช่วงปี พ.ศ.2543 - พ.ศ.2553 ผู้สูงอายุและเด็กจะมีสัดส่วนที่ตกอยู่ในภาวะความยากจนสูงกว่าประชากรวัยแรงงานมาโดยตลอด โดยในปี พ.ศ.2553 มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะความยากจนถึงประมาณ 11 คนจากผู้สูงอายุ 100 คน ขณะที่วัยเด็กมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ในเด็ก 100 คน จะมีเด็กที่อยู่ในภาวะความยากจน 10 คน ส่วนวัยแรงงานนั้นมีสัดส่วนต่ำที่สุด คือ ในวัยแรงงาน 100 คน มีผู้ที่ยากจนเพียงประมาณ 6 คน การที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอยู่ในภาวะยากจนสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ จึงน่าจะเป็นทอนคุณภาพชีวิตในบั้นปลายซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงมากในด้านสุขภาพ

*สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554. สถานการณ์ความยากจน และความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี 2553.

ตารางที่ 1.4 ร้อยละผู้ที่ยากจน จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2543 - พ.ศ.2553

	ร้อยละผู้ที่ยากจน								
		2543	2545	2547	2549	2550	2551	2552	2553
เขตเมือง	รวม	8.63	6.43	4.64	3.62	3.35	2.96	3.01	2.57
	วัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี)	12.06	9.21	6.56	5.09	5.00	4.43	4.24	3.72
	วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี)	7.02	5.15	3.56	2.64	2.34	2.11	2.25	1.84
	วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)	12.32	9.06	7.76	6.76	6.36	5.26	5.09	4.60
เขตชนบท	รวม	26.49	18.93	14.22	12.04	10.65	11.54	10.42	10.41
	วัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี)	31.92	22.75	17.28	14.72	12.70	13.40	12.30	12.74
	วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี)	23.55	16.29	12.17	9.66	8.53	9.29	8.65	8.61
	วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)	28.50	23.38	17.23	17.29	15.63	17.50	14.52	13.80
รวม	รวม	20.98	14.93	11.16	9.55	8.48	8.95	8.12	7.75
	วัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี)	26.89	19.16	14.48	12.38	10.86	11.18	10.24	10.19
	วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี)	17.95	12.43	9.15	7.39	6.51	6.94	6.51	6.14
	วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)	24.15	19.18	14.58	14.51	13.19	14.10	11.78	10.92

ที่มา: ประมวลผลโดย สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ.

1.4 สถานการณ์ด้านสุขภาพ

1.4.1 ภาวะทุพพลภาพ : ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน

ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมักถูกจัดว่าเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554 ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน วัดจากการไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐาน 1 ใน 3 กิจกรรมด้วยตนเองต่อไปนี้คือ 1) การกินอาหาร 2) ใส่เสื้อผ้า 3) อาบน้ำ / แปรงฟัน / ล้างหน้า / เข้าห้องสุขา

จากตารางที่ 1.5 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน มีสัดส่วนไม่เปลี่ยนแปลงระหว่างปี พ.ศ.2550 - พ.ศ.2554 ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2550 กับ พ.ศ.2554 พบแนวโน้มของภาวะทุพพลภาพที่คงที่และลดลงเล็กน้อยในช่วงกลุ่มอายุ 60-74 ปี และค่อยกลับเพิ่มสูงขึ้นใหม่ตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไป

เมื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพตามเพศ ระหว่างปี พ.ศ.2550 กับ พ.ศ.2554 พบว่า ภาวะทุพพลภาพของทั้งชายและหญิงแทบจะไม่มีเปลี่ยนแปลง ทั้งยังเป็นที่น่าสนใจว่าผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ชาย การมีข้อจำกัดดังกล่าวจะบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่มีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวกว่าชาย แต่กลับต้องตกอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในบั้นปลายของชีวิตในสัดส่วนที่สูงกว่า

ตารางที่ 1.5 ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (ภาวะทุพพลภาพ)
จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554

	2550	2554
รวม	3.8	3.7
อายุ		
60-64	1.4	1.4
65-69	2.4	2.0
70-74	3.7	2.6
75-79	4.6	4.8
80+	14.9	15.4
เพศ		
ชาย	3.2	3.0
หญิง	4.2	4.1

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.4.2 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : ความซึมเศร้า

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากการมีปัญหาการซึมเศร้า และภาวะอารมณ์ในด้านลบ

ข้อมูลในตารางที่ 1.6 แสดงการกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามระดับความซึมเศร้าจนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจปกติได้นั้น พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะความซึมเศร้าในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ.2546-47 เหลือเพียงร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ.2551-52 อย่างไรก็ตามภาวะความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นยิ่งมีภาวะความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นหญิง และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทมีภาวะความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นชายหรืออยู่ในเขตเมือง

ตารางที่ 1.6 การกระจายร้อยละตามระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2546-47 และ พ.ศ.2551-52

	ปีที่สำรวจ	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก	รวม
รวม	2546-47	59.9	26.2	10.1	3.2	0.6	100
	2551-52	66.7	22.8	8.2	1.9	0.3	100
อายุ (ปี)							
60-69	2546-47	62.5	25.5	8.8	2.7	2.7	100
	2551-52	68.2	22.1	7.6	1.9	0.3	100
70-79	2546-47	58.9	26.0	11.1	3.5	0.5	100
	2551-52	65.6	23.6	8.7	1.8	0.3	100
80-89	2546-47	53.2	29.0	12.4	4.4	0.9	100
	2551-52	63.0	24.2	10.1	2.1	0.6	100
90+	2546-47	48.3	31.2	18.8	1.7	0.0	100
	2551-52	55.0	30.8	14.2	0.0	0.0	100
เพศ							
ชาย	2546-47	65.6	24.4	7.7	2.0	0.3	100
	2551-52	72.5	19.5	6.6	1.2	0.2	100
หญิง	2546-47	55.3	27.7	12.2	4.2	0.7	100
	2551-52	62.1	25.5	9.6	2.5	0.4	100

ตารางที่ 1.4 (ต่อ)

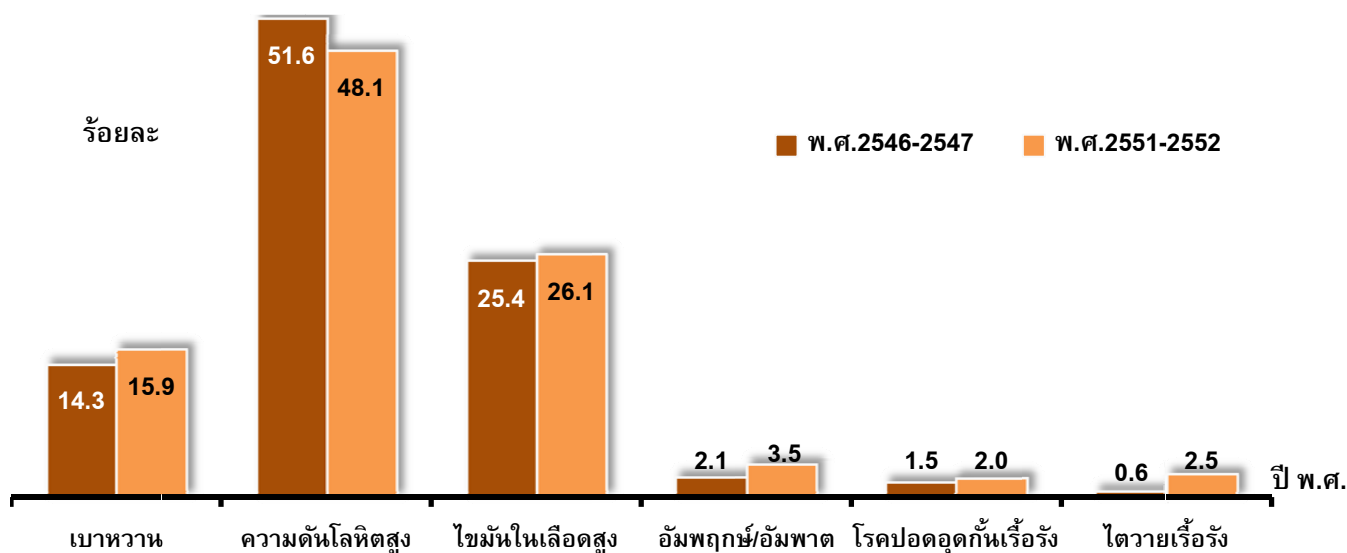
	ปีที่สำรวจ	ไม่เคย	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก	รวม
เขตที่อยู่อาศัย							
เขตเมือง	2546-47	65.0	24.6	7.5	2.3	0.6	100
	2551-52	69.5	22.0	6.8	1.4	0.3	100
เขตชนบท	2546-47	58.1	26.8	11.1	3.5	0.6	100
	2551-52	65.3	23.3	8.9	2.2	0.3	100

ที่มา: - สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2546 – พ.ศ.2547.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551 – พ.ศ.2552).

1.4.3 โรคเรื้อรัง

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ.2546-47 และ พ.ศ.2551-52 (แผนภูมิที่ 1.13) พบว่า โรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง แต่โรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง ซึ่งโรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุได้

แผนภูมิที่ 1.13 ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังแต่ละโรค โดยการวินิจฉัยของแพทย์ พ.ศ.2546-47 และ พ.ศ.2551-52



ที่มา: - สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสุขภาพ. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (พ.ศ.2546 – พ.ศ.2547).
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551 – พ.ศ.2552).

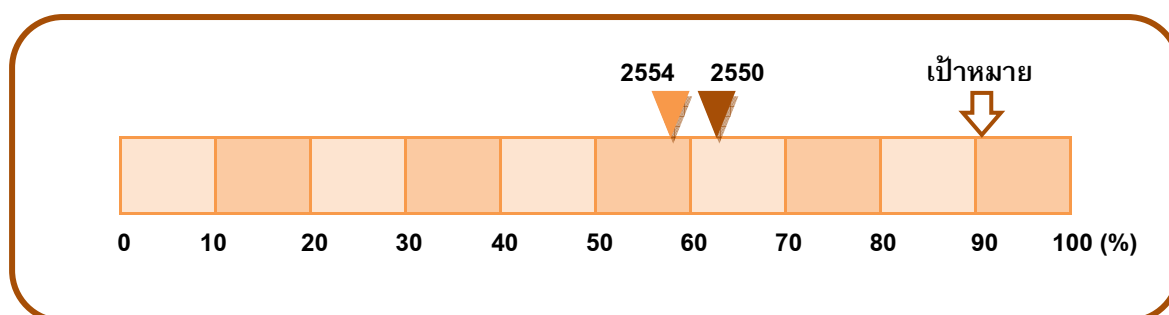
1.5 ข้อมูลที่น่าสนใจ

1.5.1 ทศนคติของคนหนุ่มสาวต่อผู้สูงอายุ

ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - พ.ศ.2564) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ได้มีการกำหนดเป้าหมายไว้ว่า ร้อยละ 90 ของประชากรวัยหนุ่มสาว (อายุ 18-59 ปี) ควรมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่า ในปี พ.ศ.2550 มีเพียงร้อยละ 62 ของประชากรวัยหนุ่มสาวที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ และในปี พ.ศ.2554 สัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุลดลงเหลือเพียงร้อยละ 57 (แผนภูมิที่ 1.14)

ภาพดังกล่าวสะท้อนว่า คนรุ่นใหม่มองผู้สูงอายุในเชิงลบเพิ่มขึ้น ค่านิยมดั้งเดิมของสังคมไทย ที่ให้คุณค่าและยกย่องผู้สูงอายุดูเหมือนจะได้รับผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์ และกระแสบริโภคนิยม ที่ให้คุณค่าและความสำเร็จเชิงวัตถุ และทัศนคติในเชิงลบนี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และอาจนำไปสู่การกีดกัน หรือการลดบทบาทต่างๆทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ

แผนภูมิที่ 1.14 ทัศนคติเชิงบวกของประชากรอายุ 18 - 59 ปี ที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ.2550 และพ.ศ.2554



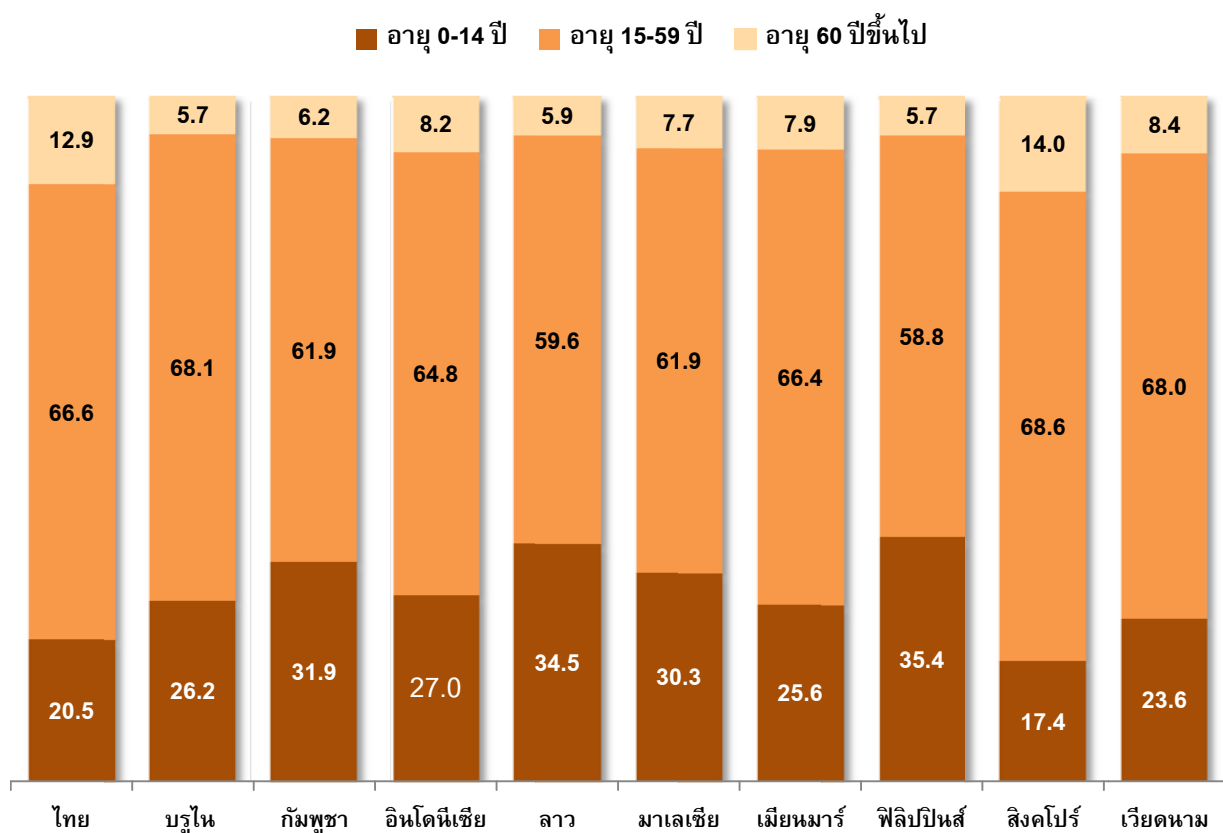
ที่มา: - วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. 2551. รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ประมวลผลจากข้อมูลโครงการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ.

1.5.2 สูงวัยในอาเซียน

ปัจจุบันประเทศในอาเซียนมีความแตกต่างกันอย่างมากในสถานการณ์ทางประชากร กลุ่มแรก ยังคงมีโครงสร้างของประชากรเป็นประชากรเยาว์วัย (คือมีสัดส่วนของประชากรวัยเด็กเกินกว่าร้อยละ 30) ได้แก่ ฟิลิปปินส์ ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย กลุ่มที่ 2 อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านทางประชากรจากเยาว์วัย สู่ประชากรสูงวัย ได้แก่ เวียดนาม เมียนมาร์ อินโดนีเซีย และบรูไน กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่มีโครงสร้างทางประชากรเป็นประชากรสูงวัย ได้แก่ สิงคโปร์ และไทย (แผนภูมิที่ 1.15)

แผนภูมิที่ 1.15 การกระจายร้อยละของประชากรตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ๆ จำแนกตามประเทศในอาเซียน พ.ศ.2553

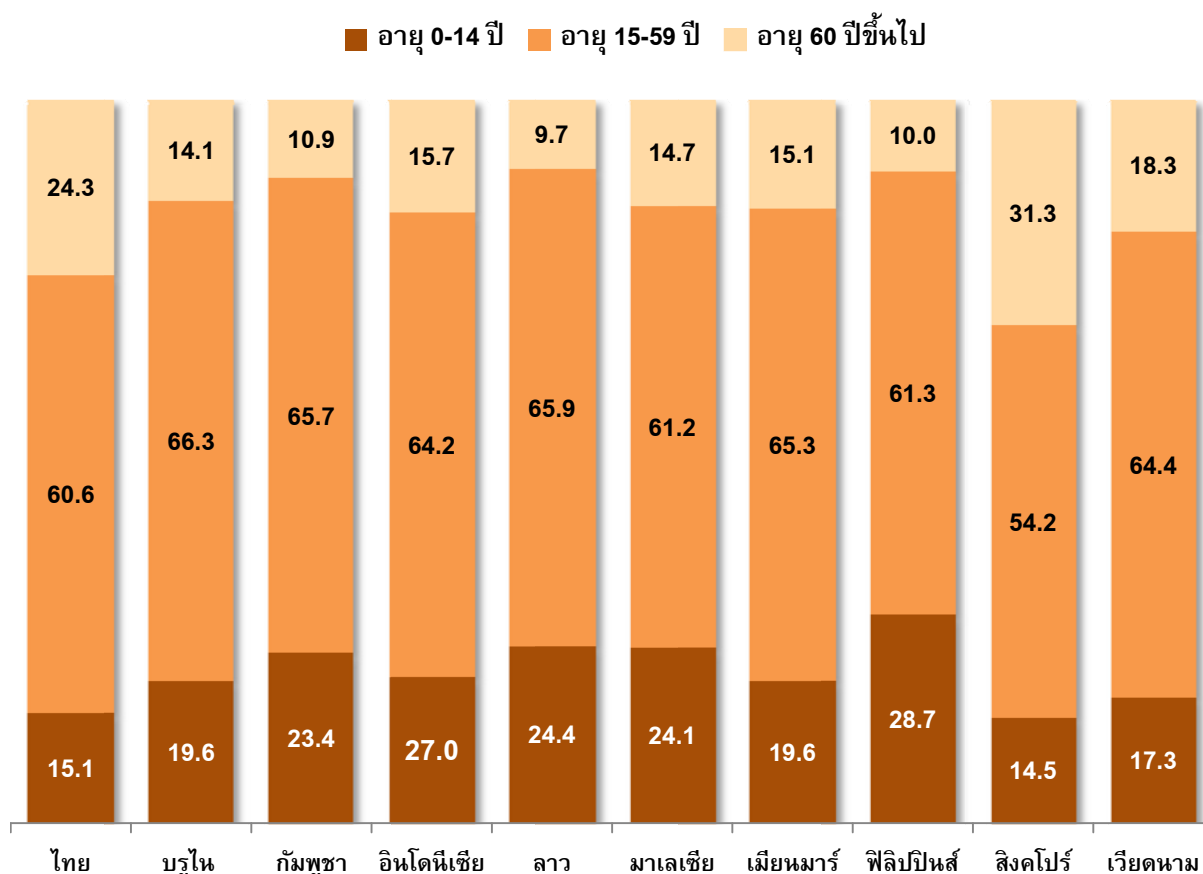


ที่มา: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations

Secretariat. World Population Prospects: The 2010 Revision. (<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>)

อย่างไรก็ตามภายใน 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2573) ข้อมูลจากการคาดประมาณขององค์การสหประชาชาติ แสดงให้เห็นว่าเกือบทุกประเทศในอาเซียนจะเข้าสู่สังคมสูงวัย กล่าวคือ มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ยกเว้นสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ส่วนประเทศที่จะอยู่ในภาวะสูงอายุนานาชาติอย่างเต็มที่ คือ สิงคโปร์ และไทย (แผนภูมิที่ 1.16)

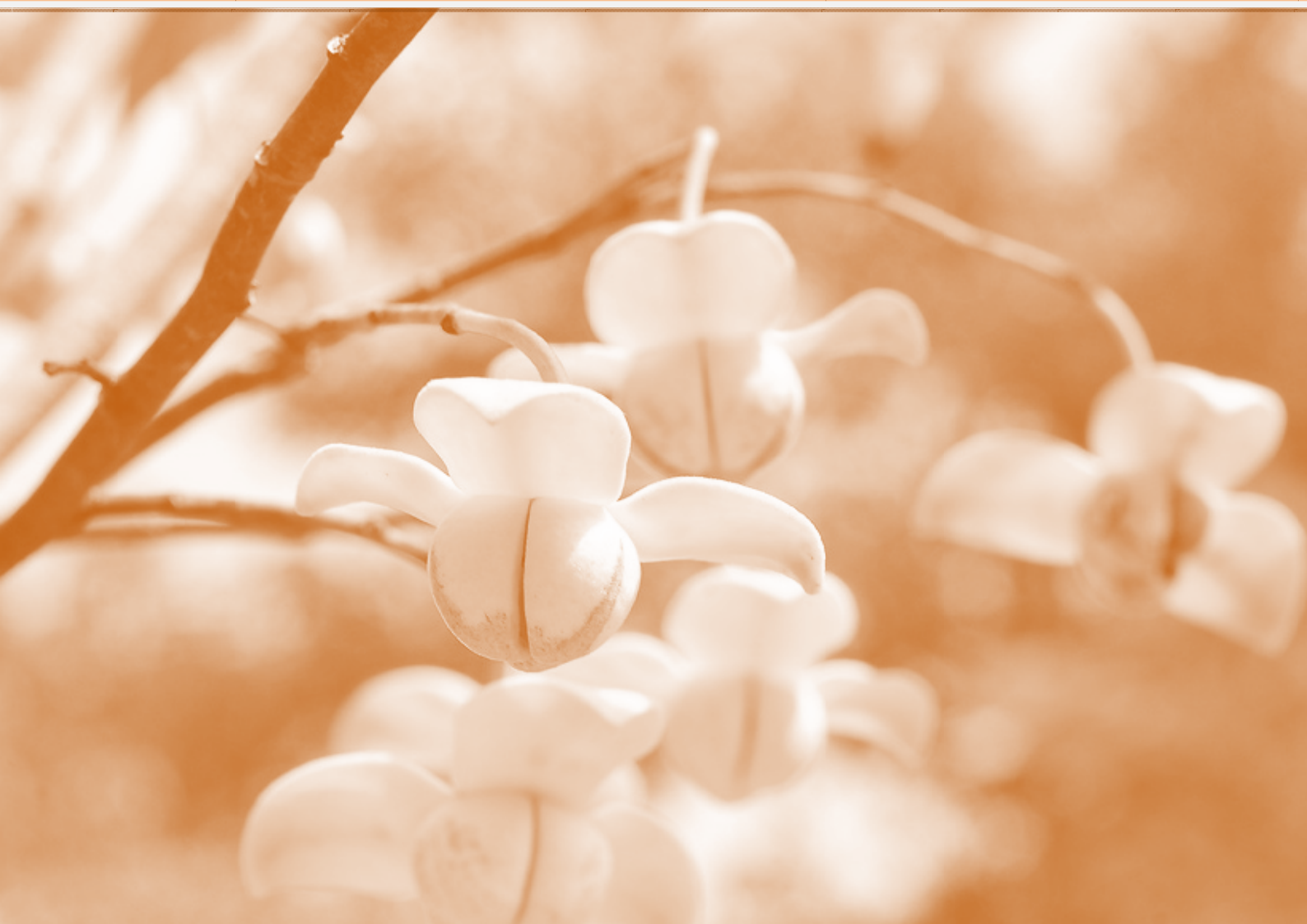
แผนภูมิที่ 1.16 การกระจายร้อยละของประชากรตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ๆ จำแนกตามประเทศในอาเซียน พ.ศ.2573



ที่มา: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations

Secretariat. World Population Prospects: The 2010 Revision. (<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>)

**บทที่ 2 นโยบาย แผน
และกฎหมาย
เพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุ**



บทที่ 2

นโยบาย แผน และกฎหมาย

เพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุ*

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2525 เป็นต้นมาประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยได้ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ กำหนดนโยบาย และมีการตรากฎหมาย เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาระบบและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ

2.1 นโยบาย

นโยบายของรัฐบาลหรือกรอบแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินงานของรัฐบาลมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทย จากการวิเคราะห์ท่ามกลางนโยบายต่อรัฐสภาของนายกรัฐมนตรีก่อนเข้ารับบริหารประเทศระหว่างปี พ.ศ.2525 – พ.ศ.2554 พบว่า ในช่วงแรกนั้นนโยบายของรัฐให้ความสำคัญกับด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นลำดับต้น โดยมองว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มด้อยโอกาส เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ จึงมีการกำหนดแนวนโยบายให้การรักษาผู้สูงอายุแบบให้เปล่า นโยบายทางสังคมเป็นอีกนโยบายหนึ่งที่มีพัฒนาการมาเป็นลำดับ โดยในระยะแรกนั้น เป็นนโยบายแบบกว้างๆ มองผู้สูงอายุในฐานะผู้พึ่งพิง เน้นการสงเคราะห์ ช่วยเหลือเป็นหลัก ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 กลุ่มผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากวิกฤตดังกล่าวค่อนข้างมาก จึงมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับโครงข่ายปลอดภัยทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและรัฐ หลังจากปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมา นโยบายด้านผู้สูงอายุจะมีลักษณะเป็นองค์รวมมากขึ้น เน้นการพัฒนาผู้สูงอายุในทุกมิติ เน้นการเตรียมความพร้อมเพื่อสังคมสูงวัย และเน้นการเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทหลักในการดูแล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สำหรับแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจนั้น เริ่มมีการกล่าวถึงในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา โดยเน้นเรื่องการออม และการสร้างหลักประกันรายได้ และการส่งเสริมการทำงานให้เหมาะสมกับวัย นโยบายที่มีการแปลงไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน คือเบี้ยยังชีพ ซึ่งเริ่มจากการเพิ่มจำนวนเงินที่ได้รับรายเดือน เปลี่ยนจากการสงเคราะห์หรือคัดเลือกผู้สูงอายุที่ยากจนหรือขาดแหล่งพึ่งพิงเป็นสวัสดิการหรือหลักประกันทางเศรษฐกิจขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับรายได้ประเภทอื่นจากรัฐและมาขอขึ้นทะเบียนใช้สิทธิ์ ปัจจุบันมีการปรับเพิ่มเบี้ยยังชีพให้เป็นอัตราแบบขั้นบันไดตามอายุที่เพิ่มขึ้น การออมเป็นอีกนโยบายหนึ่งที่มีการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติแล้วในระดับหนึ่ง ด้วยการมีพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติประกาศใช้ในปีพ.ศ.2554 และมีการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนการออมแห่งชาติขึ้น

* อุดล หลิมสกุล คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และ รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในส่วนของนโยบายด้านที่อยู่อาศัยนั้นไม่ได้มีการแปลงเป็นนโยบายอย่างชัดเจน แต่ดูเหมือนว่ารัฐจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวและชุมชนให้นานที่สุด และยังไม่มีแนวนโยบายที่จะเพิ่มสถานบริการผู้สูงอายุของรัฐ อีกนโยบายหนึ่งที่มีการกล่าวถึงในระยะหลังคือ นโยบายด้านสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร ปลอดภัยหรือเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงสถานที่ต่างๆ โดยเฉพาะสถานที่ท่องเที่ยวเพื่อรองรับผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการพยายามที่จะปรับปรุงอาคารและสถานที่อื่นๆ เพื่อรองรับสังคมสูงวัย

ตารางที่ 2.1 คำแถลงนโยบายของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุย้อนหลังตั้งแต่รัฐบาลปี พ.ศ.2526 ถึงรัฐบาลปัจจุบัน*

คณะรัฐมนตรี	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 43 พลเอก เปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 30 เมษายน 2526 - 5 สิงหาคม 2529 แถลงนโยบาย เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2526	นโยบายด้านสาธารณสุข “จะเร่งรัดการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานด้วยการจัดบริการให้ประชาชนในระดับหมู่บ้านและตำบลและชุมชนแออัดในเมืองที่ยังไม่ได้รับการบริการดังกล่าวให้มีโอกาสได้รับการบริการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ณ ที่อยู่อาศัยของตน ทั้งนี้จะให้ การสงเคราะห์ ผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษโดยจะประสานงานและร่วมมือกับภาคเอกชนด้วย” (ข้อ 4.1)
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 44 พลเอก เปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 5 สิงหาคม 2529 - 4 สิงหาคม 2531 แถลงนโยบาย เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2529	นโยบายด้านสาธารณสุข “จะสนับสนุนกิจกรรมการ ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน แก่ประชาชนทั้งที่จะดำเนินการโดยรัฐและองค์การเอกชนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ในส่วนที่ดำเนินการโดยรัฐรัฐจะจัดเป็นบริการให้เปล่าสำหรับผู้สูงอายุ เด็ก และผู้มีรายได้น้อย” (ข้อ 3.2)
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 45 พลตรีชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 4 สิงหาคม 2531 - 9 ธันวาคม 2533 แถลงนโยบาย เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2531	นโยบายด้านสังคม “ส่งเสริมและประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐและเอกชนในการพัฒนาสตรี เด็ก และเยาวชน รวมทั้งสวัสดิการคนชรา และคนทุพพลภาพ” (ข้อ 4.4)
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 46 พลเอก ชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2533 - 2 มีนาคม 2534 แถลงนโยบาย เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2534	-ไม่มี-

*ที่มา: สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. การแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี.

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

คณะรัฐมนตรี	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 47 นายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2534 - 7 เมษายน 2535 แกลงนโยบาย เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 4 เมษายน 2534	นโยบายด้านการบริหารราชการและปรับปรุงกฎหมาย “ปรับปรุงและจัดให้มีกฎหมายเพื่อส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคม โดยจะดำเนินการออกกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิ สวัสดิภาพเด็กและสตรีและกฎหมายคุ้มครองคนพิการรวมทั้งกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพและสุขภาพของผู้สูงอายุ” (ข้อ 3)
	นโยบายด้านสังคม “เร่งรัดการป้องกันและปราบปรามอาชญากรรมให้ลดลง โดยเฉพาะการปราบปรามผู้มีอิทธิพลผู้ค้าและใช้อาวุธสงคราม นายทุนตัดต้นไม้ทำลายป่า และกลุ่มอิทธิพลที่แสวงประโยชน์จากเด็ก สตรี คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ประกอบอาชีพโดยสุจริต รวมทั้งปราบปรามอาชญากรรมทางเศรษฐกิจอย่างจริงจัง” (ข้อ 1)
	นโยบายด้านสุขภาพ “เร่งสร้างหลักประกันสำหรับบริการสุขภาพแก่ประชาชน ให้การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล และผู้สูงอายุ” (ข้อ 8.2)
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 48 พลเอก สุจินดา คราประยูร เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 7 เมษายน 2535 - 10 มิถุนายน 2535 แกลงนโยบาย เมื่อวันที่พุธที่ 6 พฤษภาคม 2535	นโยบายด้านสังคม “ดูแลชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสมควร” (ข้อ 8.3)
	นโยบายด้านสาธารณสุข “เร่งสร้างหลักประกันทางสังคมในการประกันสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยบุคคลที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล รวมทั้งผู้สูงอายุให้เหมาะสม” (ข้อ 10.3)
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 49 นายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 10 มิถุนายน 2535 - 23 กันยายน 2535 แกลงนโยบาย เมื่อวันที่จันทร์ที่ 22 มิถุนายน 2535	-ไม่มี-
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 50 นายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 23 กันยายน 2535 - 13 กรกฎาคม 2538 แกลงนโยบาย เมื่อวันที่พุธที่ 21 ตุลาคม 2535	นโยบายด้านสังคม “ดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข” (ข้อ 8.8.4)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

คณะรัฐมนตรี	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 51 นายบรรหาร ศิลปอาชา เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 13 กรกฎาคม 2538 - 25 พฤศจิกายน 2539 แลงนโยบาย เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2538	นโยบายด้านสาธารณสุข “5.3.2 สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้และด้อยโอกาส เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข” (ข้อ 5.3.2)
	นโยบายด้านสวัสดิการสังคม “ส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และด้อยโอกาสและผู้ถูกทอดทิ้งทางสังคมอย่างจริงจัง โดยให้มีศูนย์สงเคราะห์ราษฎร และกฎหมายสวัสดิการสังคม” (ข้อ 5.4.4)
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 52 พลเอก ชวลิต ยงใจยุทธ เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 25 พฤศจิกายน 2539 - 9 พฤศจิกายน 2540 แลงนโยบายเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2539	นโยบายด้านสังคม “ส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้ถูกทอดทิ้งทางสังคมอย่างจริงจัง” (ข้อ 6.2.3)
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 53 นายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 9 พฤศจิกายน 2540 – 9 พฤศจิกายน 2543 แลงนโยบาย วันพฤหัสบดีที่ 20 พฤศจิกายน 2540	นโยบายด้านการบริหารราชการ “เร่งรัดให้มีการออกกฎหมายใหม่หรือปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่มีอยู่แล้วเพื่อเพิ่มมาตรการในการคุ้มครองเด็ก เยาวชนและสตรี การสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาส การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การจัดความไม่เป็นธรรมในสังคมและในการแข่งขันทางการค้าและการลงทุน การปฏิรูปหรือการใช้ประโยชน์ที่ดิน การแก้ไขปัญหาทางเศรษฐกิจ การค้า การลงทุน และการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน โดยดำเนินการในลักษณะของการปฏิรูปกฎหมายอย่างเป็นระบบ” (ข้อ 1.2.7)
	นโยบายด้านการพัฒนาคนและสังคม “ดูแล ฟื้นฟู และพัฒนา ผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มบุคคลที่สมควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ โดยสนับสนุนให้ได้รับการศึกษา การฝึกอาชีพ การจ้างงานและนันทนาการตามควรแก่กรณี เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างภาคภูมิใจและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข” (ข้อ 2.6.8(2))

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

คณะรัฐมนตรี	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 54 พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2544 – 11 มีนาคม 2548 แกลงนโยบาย วันจันทร์ที่ 26 กุมภาพันธ์ 2544	<u>นโยบายด้านการเสริมสร้างสังคมเข้มแข็ง</u> “ยกย่องและให้หลักประกันแก่ผู้สูงอายุ โดยการสร้างโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาบริการสุขภาพอนามัย รวมทั้งนำประสบการณ์และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาช่วยในการพัฒนาสังคม” (ข้อ 10.4(5))
	<u>นโยบายด้านการศึกษา</u> “ให้โอกาสแก่ผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือมัธยมศึกษาผู้ว่างงาน และผู้สูงอายุได้ฝึกงานอาชีพอย่างน้อย 1 อาชีพ พร้อมทั้งส่งเสริมให้เป็นผู้ประกอบการอิสระได้ (ข้อ 11.1 (11))”
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 55 พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 11 มีนาคม 2548 – 19 กันยายน 2549 แกลงนโยบาย วันพุธที่ 23 มีนาคม 2548	<u>นโยบายด้านสังคมและคุณภาพชีวิต</u> “สำหรับการเตรียมความพร้อมให้แก่สังคมผู้สูงอายุ จะยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยสร้างหลักประกันด้านรายได้และระบบการออมในช่วงวัยทำงานที่เพียงพอสำหรับช่วงวัยชรา สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับช่วงวัย สนับสนุนครอบครัวให้เข้มแข็งสามารถดูแลสมาชิกได้อย่างมีคุณภาพ ยกเว้นภาษีเงินได้สำหรับผู้มีอายุเกิน 65 ปี และส่งเสริมการใช้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาประเทศโดยระบบคลังสมอง”
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 56 พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2549 – 6 กุมภาพันธ์ 2551 แกลงนโยบาย วันศุกร์ที่ 3 พฤศจิกายน 2549	<u>นโยบายด้านเศรษฐกิจ</u> “การออม มุ่งสนับสนุนการออมในทุกระดับโดยใช้นโยบายการออมที่เหมาะสม และส่งเสริม จิตสำนึกในการประหยัดเพื่อลดหนี้สินในระดับครัวเรือน และเพื่อการดำรงชีพที่ดีในวัยสูงอายุ” (ข้อ 2.3.2)
	<u>นโยบายด้านสังคม</u> “สร้างความเข้มแข็งของทุกชุมชนท้องถิ่นและประชาสังคม ให้สามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การปกครอง และการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ ตลอดจน สิทธิชุมชน โดยส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชน องค์กรอาสาสมัคร ภาคธุรกิจ สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขปัญหาสังคม ปัญหายาเสพติดอย่างจริงจังและต่อเนื่อง การดูแลเด็ก และเยาวชน คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส การสนับสนุนสิทธิสตรี ตลอดจนความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน” (ข้อ 3.6)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

คณะรัฐมนตรี	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 57 นายสมัคร สุนทรเวช เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 29 มกราคม 2551 – 8 กันยายน 2551 แถลงนโยบาย วันจันทร์ที่ 18 กุมภาพันธ์ 2551	นโยบายด้านสาธารณสุข “เพิ่มแรงจูงใจและขยายงานอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นกำลังสำคัญให้ชุมชนในการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการเฝ้าระวังโรคในชุมชน รวมทั้งเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” (ข้อ 2.3.4)
	นโยบายด้านสังคม “ประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานและใช้ประโยชน์จากกองทุนต่าง ๆ เช่น กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กองทุนพัฒนาชุมชน และกองทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อให้เป็นพลังร่วมในการสร้างสรรค์และพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่มีประสิทธิภาพ” (ข้อ 2.5.1) “เตรียมความพร้อมให้แก่สังคมผู้สูงอายุ โดยยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของระบบเศรษฐกิจและสังคม ของประเทศ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยสร้างหลักประกันด้านรายได้และระบบการออมในช่วงวัยทำงานที่เพียงพอสำหรับ ช่วงวัยชรา สร้างพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับช่วงวัย สนับสนุนครอบครัวให้เข้มแข็งสามารถดูแลสมาชิกได้อย่างมีคุณภาพ ขยายฐานการให้เบี้ยยังชีพแก่คนชราที่ไม่มีรายได้ และส่งเสริมการใช้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาประเทศโดยระบบ คลังสมอง” (ข้อ 2.5.4)
	นโยบายด้านเศรษฐกิจ “เร่งสร้างรายได้จากการท่องเที่ยว โดยฟื้นฟู พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการท่องเที่ยวให้ยั่งยืน และสร้างแหล่งท่องเที่ยวใหม่ในเชิงกลุ่มพื้นที่ที่มีศักยภาพ สามารถเชื่อมโยงธรรมชาติ ศิลปวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน รวมถึงการเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้าน ควบคู่กับการส่งเสริมตลาดนักท่องเที่ยวคุณภาพ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มดูแลรักษาสุขภาพ กลุ่มประชุมและแสดงสินค้า และกลุ่มที่มีความสนใจด้านระบบนิเวศ วัฒนธรรมท้องถิ่น แหล่งประวัติศาสตร์และโบราณสถาน เป็นต้น และดูแลให้นักท่องเที่ยวปลอดภัยจากอาชญากรรม การฉ้อฉล และอุบัติเหตุที่เกิดจากความบกพร่องของผู้ประกอบการ” (ข้อ 3.2.3.1)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

คณะรัฐมนตรี	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 58 นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 24 กันยายน 2551 – 2 ธันวาคม 2551 แถลงนโยบาย วันอังคารที่ 7 ตุลาคม 2551	นโยบายด้านเศรษฐกิจ “ส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุและคนพิการในหลากหลายแนวทาง อาทิ การทำงานแบบบางเวลา การทำงานชั่วคราว การทำงานแบบสัญญาระยะสั้น รวมทั้งการขยายโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน” (ข้อ 3.2.4) “ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนบ้าน รวมถึงการท่องเที่ยวเชื่อมโยงระหว่างจังหวัดต่าง ๆ ควบคู่กับการส่งเสริมตลาดนักท่องเที่ยวคุณภาพทั้งที่เป็นชาวไทยและชาวต่างประเทศ เช่น กลุ่มครอบครัว กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มดูแลรักษาสุขภาพ กลุ่มท่องเที่ยวศรัทธา กลุ่มประชุมและแสดงสินค้า กลุ่มที่มีความสนใจด้านระบบนิเวศ การผจญภัย และกลุ่มสนใจวัฒนธรรมท้องถิ่นและแหล่งประวัติศาสตร์และโบราณสถาน เป็นต้น ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างยั่งยืนของชุมชนในแต่ละท้องถิ่น” (ข้อ 4.2.3.2)
	นโยบายด้านสาธารณสุข “เพิ่มแรงจูงใจเพื่อสนับสนุนและขยายบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขให้เป็นกำลังสำคัญของชุมชนในการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” (ข้อ 3.3.4)
	นโยบายด้านความมั่นคงของชีวิต “สนับสนุนให้ชุมชนมีบทบาทในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ เพื่อสร้างความมั่นคงของชุมชน โดยเชื่อมประสานกับบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสงเคราะห์ ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ รวมทั้งจัดกิจกรรมที่ครอบครัวมีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมด้านกีฬา และนันทนาการ กิจกรรมทำนุบำรุงศาสนา เป็นต้น” (ข้อ 3.5.2)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

คณะรัฐมนตรี	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 58 นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ เป็นนายกรัฐมนตรี (ต่อ)	นโยบายด้านสังคม “สร้างหลักประกันความมั่นคงและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ให้เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส โดยจะจัดขบวนการการคำนึงผู้ให้หมดสิ้นไป จัดการเลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิเด็ก สตรี และคนพิการ ในทุกรูปแบบอย่างเด็ดขาด ส่งเสริมความรู้และอาชีพให้สตรี และคนพิการให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ รวมทั้งเสริมสร้างสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาสอย่างเหมาะสม” (ข้อ 3.5.3) “เตรียมความพร้อมสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าในระบบเศรษฐกิจและสังคมของ ประเทศ โดยสร้างหลักประกันด้านรายได้และระบบการออมในช่วงวัยทำงานที่เพียงพอสำหรับช่วงวัยชรา สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับช่วงวัย และส่งเสริมการใช้ประสบการณ์และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาประเทศโดยระบบคลังสมอง รวมทั้งขยายการให้เบี้ยยังชีพให้ครอบคลุมคนชราที่ไม่มีรายได้อย่างทั่วถึง” (ข้อ 3.5.4)
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 59 นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม 2551 – 9 สิงหาคม 2554 แถลงนโยบาย วันอังคารที่ 30 ธันวาคม 2551	นโยบายด้านเศรษฐกิจ “สร้างหลักประกันด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ โดยจัดสรรเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่แสดงความจำนงโดยการขอขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับการสงเคราะห์ รวมทั้งขยายเพดานให้กู้ยืมจากกองทุนผู้สูงอายุ เป็น 30,000 บาทต่อราย” (ข้อ 1.2.4) “ส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุและคนพิการ โดยการกำหนดให้มีรูปแบบที่หลากหลาย เหมาะสมตามความสามารถของผู้สูงอายุและคนพิการ อาทิ การทำงานแบบบางเวลา การทำงานชั่วคราว การทำงานแบบสัญญาระยะสั้น รวมทั้งการขยายโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน” (ข้อ 3.2.7)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

คณะรัฐมนตรี	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 59 นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี (ต่อ)	นโยบายด้านสาธารณสุข “ส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศให้ปฏิบัติงานเชิงรุก ในการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่นและชุมชน การดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยจัดให้มีสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่ อสม. เพื่อสร้างแรงจูงใจ หนุนเสริมให้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ” (ข้อ 1.2.10)
	นโยบายด้านสวัสดิการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ “สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมในกลุ่ม ผู้สูงอายุ โดยเน้นบทบาทของสถาบันทางสังคม ชุมชน และ เป็นเครือข่ายในการคุ้มครองทางสังคมและการจัดสวัสดิการ สังคมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมการนำศักยภาพ ผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาประเทศ การถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาสู่สังคม ส่งเสริมการออม และสร้างระบบประกัน ชราภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมั่นคง” (ข้อ 3.5.4)
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 60 นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 9 สิงหาคม 2554 – ปัจจุบัน แถลงนโยบาย วันอังคารที่ 23 สิงหาคม 2554	นโยบายด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก “ส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่สนับสนุน การท่องเที่ยวและเร่งรัดการปรับปรุงมาตรฐานในเรื่อง สิ่งอำนวยความสะดวกความปลอดภัย และสุขอนามัย โดยคำนึงถึงการเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวของผู้พิการและ ผู้สูงอายุ” (ข้อ 3.3.3 (1.1)) “เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาสมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สาธารณะต่าง ๆ สำหรับรองรับผู้สูงอายุและคนพิการ” (ข้อ 4.5.5) “สร้างความพร้อมในการเป็นสังคมผู้สูงอายุ พัฒนา บริการสุขภาพอนามัย ให้การสงเคราะห์ จัดการศึกษา จัดสวัสดิการ รวมถึงหาอาชีพให้แก่ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมเป็นพลัง ขับเคลื่อนสังคมภายใต้หลักคิดที่ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มี ประสิทธิภาพสูง สมควรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนา บ้านเมือง” (ข้อ 4.5.5)

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

คณะรัฐมนตรี	นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
คณะรัฐมนตรี คณะที่ 60 นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี (ต่อ)	<u>นโยบายด้านการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจ</u> “จัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับ 600 บาท อายุ 70-79 ปี จะได้รับ 700 บาท อายุ 80-89 ปี จะได้รับ 800 บาท และอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท” (ข้อ 1.8.3)
	<u>นโยบายด้านสาธารณสุข</u> “พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชรา และผู้พิการ สนับสนุนโครงการส่งเสริมเยาว์ปัญญาของเด็ก และให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ฝึกอบรม ผู้ปฏิบัติงานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สนับสนุนโครงการพัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสตรีเพื่อดูแลสุขภาพของสตรีและเด็กอย่างบูรณาการทั่วประเทศ รวมทั้งเผยแพร่ให้ความรู้และดูแลป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และลดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี สนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการเพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ได้เข้าถึงการบริการอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพ และเป็นธรรม รวมทั้งให้มีระบบการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน จัดการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพผ่านสื่อแขนงต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ” (ข้อ 4.3.5)

2.2 การพัฒนาการของประเด็นด้านผู้สูงอายุและสังคมสูงวัยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2.2.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - พ.ศ.2544)

เน้น “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยกำหนดยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1) ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพของคนไทยกำหนดให้มีการพัฒนาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและให้ได้รับบริการด้านฟื้นฟูสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขด้วยการฝึกอบรมบุคลากรในสาขาที่มีความขาดแคลนตามประเด็นท้าทายใหม่ๆ รวมถึงด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเน้นการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีผู้เลี้ยงดู ให้ได้รับเบี้ยยังชีพ บริการด้านสุขภาพแบบให้เปล่า ลดหย่อนค่าโดยสารให้มากขึ้นและทั่วถึง ส่งเสริมให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญและดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้สถานพยาบาลเอกชน องค์กรภาคเอกชน องค์กรศาสนา และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีองค์กรหลักทำหน้าที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นเอกภาพ

2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาสภาพแวดล้อมของสังคมกำหนดให้มีการนำความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาใช้เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัว ชุมชนและสังคม สนับสนุนการรวมกลุ่มของชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรวมตัวของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังกำหนดให้มีการจัดและพัฒนาระบบสวัสดิการสังคมที่มีคุณภาพอย่างกว้างขวางและทั่วถึง ด้วยการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการจัดสวัสดิการชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

2.2.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - พ.ศ.2549)

เน้นการวางรากฐานการพัฒนาอย่างมีคุณภาพและยั่งยืนด้วยการผนวกแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงเข้ากับคน ศูนย์กลางของการพัฒนาให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพคนทั้งในด้านสุขภาพ การศึกษาเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต และการคุ้มครองทางสังคมด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพกองทุนประกันสุขภาพเพื่อเตรียมรองรับสังคมสูงวัย

2.2.3 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)

เน้นการเตรียมความพร้อมของคนและระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตและสร้างภูมิคุ้มกันให้กับทุกภาคส่วนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่

1) ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ ด้วยการสนับสนุนให้คนรุ่นใหม่ได้แลกเปลี่ยนภูมิปัญญาท้องถิ่นและประสบการณ์กับผู้สูงอายุผ่านศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสังคมต่างๆ อย่างทั่วถึง ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ การเสริมสร้างสุขภาพ และการเรียนรู้ตลอดชีวิต

2) ยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ โดยการเตรียมความพร้อมและยกระดับการพัฒนาคุณภาพบริการ การส่งเสริมให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสามารถในการจัดการบริการทางสังคมขั้นพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนแต่ละช่วงวัย เช่น การจัดการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน การดูแลสิทธิมนุษยชน และการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

3) ยุทธศาสตร์การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและยั่งยืน โดยการส่งเสริมการออมเพื่อสร้างหลักประกันในชีวิตให้ประชาชน ด้วยการพัฒนาระบบการออมต่างๆ เช่น พัฒนากองทุนการออมให้เป็นระบบการออมเพื่อยามชราภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ เพื่อให้ครอบคลุมกำลังแรงงานทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง และขยายโครงข่ายการให้บริการโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อสร้างโอกาสให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ได้อย่างกว้างขวาง

2.3 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการตระหนักถึงประเด็นท้าทายต่างๆ ที่ตามมาจากสังคมสูงวัย ทำให้ประเทศไทยมีการกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ในรูปแบบแผนระยะยาวมาแล้ว 2 ฉบับ ดังนี้

2.3.1 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544)*

ภายหลังจากการตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติในปี พ.ศ.2525 ซึ่งเป็นคณะกรรมการเฉพาะกิจ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน จึงได้มีการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของผลสืบเนื่องจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1 ณ กรุงเวียนนา ในปี พ.ศ.2525 และเพื่อให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย และการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจ และสังคมอันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544 หรือแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 นั้น มีแนวคิดพื้นฐานว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เคยทำประโยชน์ หรือเป็นผู้ให้กับสังคมในช่วงชีวิตที่ผ่านมา เมื่อเป็นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการตอบแทนจากสังคม นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีพลังปัญญา และประสบการณ์ที่ยังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อสังคมได้ และคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุขึ้นอยู่กับ การเตรียมตัวอันต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรกนี้ จึงเน้นกำหนดนโยบาย และมาตรการเพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงของรายได้ ภาวะการทำงาน ด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านสวัสดิการสังคม โดยมีการกำหนดตัวบ่งชี้ขึ้นต้นไว้ แต่ไม่ได้มีการกำหนดเป้าหมายของแต่ละตัวบ่งชี้ และมีได้กำหนดให้มีการติดตามประเมินผล

2.3.2 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)**

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) เป็นแผนระยะยาวที่ต่อเนื่องมาจากแผนแรก แต่มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด จากการมองงานผู้สูงอายุแยกในแต่ละด้าน มาเป็นองค์รวม กล่าวคือ พิจารณางานทุกด้านที่กำหนดไว้ในแผนฉบับแรกมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และมีผลต่อยุทธศาสตร์แต่ละยุทธศาสตร์ไม่อาจแยกส่วนจากกันได้

วิสัยทัศน์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 คือ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด และสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ และการเตรียมตัวของผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตด้วย แผนนี้ประกอบไปด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ที่มา: *คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ใน คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.

2525. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544.

**คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2545. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564).

- 1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
- 2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ
- 3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
- 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
- 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

โดยยุทธศาสตร์แรกเกี่ยวข้องกับผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ยุทธศาสตร์ที่ 2 และ 3 เป็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 4 และ 5 เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการการรวบรวมข้อมูลด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งการติดตามประเมินผลแผน

ความแตกต่างที่สำคัญจากแผนแรกคือ แผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 มีการวางยุทธศาสตร์ตามประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ประชากรวัยเด็ก วัยแรงงาน หรือผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ผู้สูงอายุที่ยังพึ่งตนเองได้ ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งคนอื่น กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับชาติ และในระดับท้องถิ่น

จุดแตกต่างที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 เน้นการนำแผนไปปฏิบัติ โดยมุ่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องแปลงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ไปใช้เป็นแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการในหน่วยงานของตน แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 จึงได้กำหนดมาตรการ ตัวชี้วัด และเป้าหมายไว้ รวมทั้งกำหนดให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนดังกล่าวด้วย

ในช่วงปี พ.ศ.2550 – พ.ศ.2551 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้กำหนดให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนในช่วง 5 ปีแรก โดยความร่วมมือระหว่างสำนักส่งเสริมพิทักษ์ผู้สูงอายุ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าการดำเนินงานมีความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ยังคงต้องมีการปรับปรุง และควรมีการปรับแผนให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนไปด้วย

ในปี พ.ศ.2552 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้ใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ปี พ.ศ.2552* ซึ่งมีการปรับแผนโดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนในช่วงปี พ.ศ.2545 - พ.ศ.2549 การระดมความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานและผู้สูงอายุ รวมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม และการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

แผนฉบับปรับปรุงนี้ ยังคงวิสัยทัศน์เดิมของแผน แต่มีการปรับแก้ยุทธศาสตร์ให้มีความครอบคลุม และชัดเจนยิ่งขึ้น และยังประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์เช่นเดิม ได้แก่

ที่มา: * คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ. 2553. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552.

- 1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
- 2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ
- 3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
- 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
- 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

มีการปรับปรุงมาตรการ ดัชนีชี้วัด และเป้าหมายของดัชนีให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีการปรับดัชนีรวม ที่ใช้วัดผลลัพธ์และผลกระทบจากการดำเนินงานตามแผนฯ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งมีการเพิ่มตัวชี้วัดด้านความสุขของผู้สูงอายุด้วย ความแตกต่างที่สำคัญอีกประการหนึ่งจากแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (ฉบับเดิม) คือ มีการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบหลักในแต่ละมาตรการของแผนฯ ให้ชัดเจนขึ้น โดยหน่วยงานที่กำหนดไว้ในลำดับที่ 1 และ 2 ของแผนฯ จะเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ในแผนฉบับปรับปรุง ยังเน้นการเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แม้ว่าจะมีการกำหนดนโยบายและแผนผู้สูงอายุระดับชาติแล้ว แต่การนำไปสู่การปฏิบัติและการต่อยอดเพื่อพัฒนาเป็นระบบนั้น จะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด หรือประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้นำรัฐบาลแต่ละชุดด้วย ที่ผ่านมารัฐบาลส่วนใหญ่ไม่ได้จัดความสำคัญของผู้สูงอายุไว้ในลำดับต้น บางรัฐบาลเท่านั้นที่ให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เช่น เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นประจำ และผลักดันให้นโยบายไปสู่การปฏิบัติและการพัฒนาเชิงระบบ

นอกจากขึ้นกับผู้นำแล้ว ความก้าวหน้าของงานผู้สูงอายุยังขึ้นกับความสนใจและศักยภาพของหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุด้วย หน่วยงานที่มีการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง มีการนำแนวนโยบายไปกำหนดเป็นนโยบายและแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน มีแนวโน้มที่จะพัฒนาแนวนโยบายไปสู่การดำเนินงานและการพัฒนาระบบได้ดีกว่า

สำหรับแผนและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่สำคัญๆ ในช่วงที่ผ่านมาพอสรุปได้ดังปรากฏในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 พัฒนาการแผนและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่สำคัญ

ปี พ.ศ. (ค.ศ.)	แผน และการดำเนินงาน
2525 (1982)	• การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1 (World Assembly on Aging (WAA I) ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (26 กรกฎาคม - 6 สิงหาคม 2525) 119 ประเทศเข้าร่วม รวมทั้งประเทศไทยมีนายแพทย์ บรรลุ ศิริพานิช เป็นหัวหน้าคณะผู้แทนประเทศไทย
	• กำหนดแผนปฏิบัติการนานาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ (International-Plan of Aging) เป็นแนวทางให้แต่ละประเทศนำไปประยุกต์ใช้ในประเทศของตน
	• ประเทศไทยได้ดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนดังกล่าว ดังนี้ - คณะรัฐมนตรีมีมติแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เป็นประธาน กรมประชาสงเคราะห์ เป็นเลขานุการ - มีการจัดทำแผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2525 - 2544) ประกอบด้วย 5 มาตรการหลัก (สุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงทางรายได้และการทำงาน สังคมวัฒนธรรม และด้านสวัสดิการ) - คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2525 ประกาศให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ มีการจัดกิจกรรมทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 13 เมษายน 2526) - มีดอกคำءวนเป็นสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุไทย - กระทรวงมหาดไทยมีนโยบายให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นอย่างน้อยจังหวัดละ 1 ชมรม
2532 (1989)	• ชมรมผู้สูงอายุและสมาคมผู้สูงอายุต่างๆ ทั่วประเทศ ร่วมกันจัดตั้งสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เพื่อเป็นศูนย์กลางประสานงานชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ และเป็นองค์กรตัวแทนชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ ในปี 2534 ได้รับพระมหากรุณาธิคุณโปรดเกล้าฯ จากสมเด็จพระบรมราชชนนีให้รับสมาคมสภาผู้สูงอายุไว้ในพระราชูปถัมภ์ (ศ.จรัส ฉายะพงศ์ เป็นประธานสภาฯ คนแรก)
2535 (1992)	• ในการประชุมสามัญ ครั้งที่ 45 ขององค์การสหประชาชาติ มีมติให้ประกาศให้วันที่ 1 ตุลาคมของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุสากล (International Day of Older Persons) และตกลงตัดสินใจเลือกปี ค.ศ.1999 เป็นปีผู้สูงอายุโลก (International Year of Older Persons)

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ปี พ.ศ. (ค.ศ.)	แผน และการดำเนินงาน
2535 (1992) (ต่อ)	- คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ (3 มีนาคม 2535) “นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 – 2554)” และเห็นชอบให้นำหลักการโครงการ มาตรการผู้สูงอายุ บรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ภายใต้นโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานด้านต่างๆ ดังนี้ - จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน (โครงการเบี้ยยังชีพ) เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะ เริ่มดำเนินการในปี 2536 จ่ายให้ผู้สูงอายุคนละ 200 บาท ตลอดชีวิต (ในปีแรกมีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพ 20,000 คน) กรมประชาสงเคราะห์เป็นองค์กรหลักในการดำเนินงาน - กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 ให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถแสดงความจำนงขอทำบัตรประจำตัวด้านการรักษาพยาบาล เพื่อให้มีสิทธิรับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และของกรุงเทพมหานคร ที่ระบุไว้ - กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ขึ้นในกรมการแพทย์
	รัฐบาลจัดตั้งกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม โดยโอนภารกิจบางส่วนจากกรมแรงงาน กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย
2536 (1993)	กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งศูนย์สมเด็จพะสังฆราชญาณสังวร อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เพื่อผู้สูงอายุเป็นสถานบริการผู้สูงอายุต้นแบบ เป็นหน่วยศึกษาและให้บริการที่เน้นด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
2539 (1996)	มีการจัดตั้งสมาคมพัฒนาวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย (ศ.แพทย์หญิงท่านผู้หญิงศรีจิตรา บุณนาค เป็นนายกสมาคมฯ คนแรก)
2540 (1997)	ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (มีมาตราที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่ 2 มาตรา คือ มาตรา 54 และมาตรา 80 วรรค 2)
2541 (1998)	พระราชบัญญัติประกันสังคม ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2533 ได้ขยายขอบเขตการประกันกรณีชราภาพ โดยผู้ประกันตนต้องส่งเงินสมทบตามเกณฑ์ที่กำหนด
2542 (1999)	สหประชาชาติ ประกาศให้ปี 1999 เป็นปีผู้สูงอายุสากล ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิก ได้จัดกิจกรรมตลอดทั้งปี ประกอบด้วย กิจกรรมทางด้านวิชาการ ด้านบริการ และด้านการประชาสัมพันธ์ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานจัดงาน มีกรมประชาสงเคราะห์เป็นแกนหลักของประเทศ (National Focal Point)
	ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระชนมายุครบ 72 พรรษา และเป็นปีที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปีผู้สูงอายุสากล รัฐ องค์กรเอกชน ประชาชน ได้ร่วมกันจัดทำ ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เพื่อเป็นพันธกรณี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิ มีสาระสำคัญ 9 ประการ (นพ. บรรลุ ศิริพานิช ประธานการจัดทำ) โดยมีพรรคการเมือง 8 พรรค ร่วมลงนามในปฏิญญาผู้สูงอายุไทย นายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรีลงนามเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2542
	มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีเรื่อง การจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) ขึ้นในสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ปี พ.ศ. (ค.ศ.)	แผน และการดำเนินงาน
2544 (2001)	นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) จุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ
	พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอน การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีการถ่ายโอนภารกิจ สถานสงเคราะห์คนชรา และโครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของกรมประชาสงเคราะห์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นภารกิจด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต 1 ใน 6 ด้านของภารกิจที่กำหนดให้ถ่ายโอน
2545 (2002)	มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) แผนดังกล่าวเป็นแผนที่พัฒนาขึ้นโดยคนไทย ซึ่งต่างจากแผนฉบับแรกที่ได้รับอิทธิพลจากต่างประเทศค่อนข้างมาก แผนนี้ดำเนินการด้วยคณะทำงานร่างแผน โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยประกอบเพื่อให้เป็นแผนที่เหมาะกับบริบทของประเทศไทย และใช้เป็นกรอบกำหนดทิศทางการพัฒนา และการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศ
	- สหประชาชาติจัดให้มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (The 2rd World Assembly on Aging (WAA II) ณ กรุงแมดริด ประเทศสเปน ไทยเข้าร่วมประชุม (9 – 12 เมษายน 2545) มี นพ.กระแสด ชนะวงศ์ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นหัวหน้าคณะผู้แทนของประเทศไทย การประชุมดังกล่าวได้มีการเห็นชอบแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุระหว่างประเทศปี 2002 (The Madrid International Plan of Action on Aging 2002) ที่ถือเป็นพันธกรณีระหว่างประเทศ ภายใต้กรอบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ประเทศภาคีสมาชิกองค์การสหประชาชาติ จะต้องให้ความร่วมมือ และร่วมกันผลักดันให้มีการดำเนินการภายใต้พันธกิจหลัก 3 ประการ ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา (Older Persons and Development) 2) การส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะให้แก่ผู้สูงอายุ (Advancing Health and well-being into Old Age) 3) การจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ (Ensuring Enabling and Supportive Environment)
	มีการจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (นายอนุรักษ์ จูริมาศเป็นรัฐมนตรีว่าการเป็นคนแรก) โดยโอนภารกิจของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมของสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (งานเด็ก เยาวชน และสตรี) และงานของสำนักเร่งรัดพัฒนาชนบท (ร.พ.ช.) บางส่วน และงานของกรมการพัฒนาชุมชนกระทรวงมหาดไทย ที่เกี่ยวกับเด็กและสตรี มาอยู่ในกระทรวงนี้
	มีสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.) ขึ้นในสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.)

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ปี พ.ศ. (ค.ศ.)	แผน และการดำเนินงาน
2546 (2003)	- ประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ซึ่งได้มีการจัดทำร่างพระราชบัญญัติมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2538) มี 24 มาตรา มีผลให้มีการดำเนินการดังนี้ - มีการระบุถึงสิทธิผู้สูงอายุ 13 ประการ - มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ขึ้นตามกฎหมาย มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน - มีแผนหลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) เป็นแผนหลักตามกฎหมาย - มีกองทุนผู้สูงอายุ และคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ ตามที่กฎหมายกำหนด
2548 – 2549 (2005 - 2006)	กระทรวงสาธารณสุข ประกาศวาระแห่งชาติ เรื่อง “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในทุกตำบล รวมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ
2547 – 2549 (2004 - 2006)	กระทรวงสาธารณสุข กำหนด “หนึ่งโรงพยาบาลชุมชน หนึ่งคลินิกผู้สูงอายุ” ภายในปี 2549 รวมทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
2549 – 2550 (2006 - 2007)	นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าให้ผู้สูงอายุ ครึ่งหนึ่ง (3 ล้านคน) เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยมีหนึ่งตำบลต่อหนึ่งชมรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมี 3 กิจกรรมหลัก คือ การออกกำลังกาย การเยี่ยมเยียนสมาชิก และร่วมสืบสานวัฒนธรรมไทย
2548 – 2550 (2005 - 2007)	โครงการฟื้นฟูเยี่ยมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา (5 ธันวาคม 2550) เป้าหมายผู้สูงอายุ 80,000 ราย โดยกระทรวงสาธารณสุข
2549 (2006)	คณะรัฐมนตรีมีมติให้ปรับเพิ่มเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ (เบี้ยยังชีพ) เป็นคนละ 500 บาท ต่อเดือน (12 ธันวาคม 2549)
2550 (2007)	ประกาศใช้กฎหมายรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 กล่าวเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ 4 มาตรา
	มีการจัดตั้งมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ตามมติของที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2549 เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2549 วัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง เพื่อศึกษาวิจัยและรวบรวมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ และส่งเสริมการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ สำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้และวิทยาการเกี่ยวกับผู้สูงอายุแก่สังคมโดยรวม
	คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ มีการสรรหาผู้สูงอายุแห่งชาติ (พระพรหมมิ่งคลาจารย์ ปัญญานันทะภิกขุ อายุ 96 ปี ได้รับการยกย่องเป็นผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นคนแรก)
	มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545–2564) ในช่วง 5 ปีแรกของแผน (พ.ศ.2545–2549)

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ปี พ.ศ. (ค.ศ.)	แผน และการดำเนินงาน
2552 – 2553 (2009 - 2010)	มีการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 โดยมีการนำเสนอคณะรัฐมนตรีและมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2553
2552 (2009)	ขยายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้เป็นสิทธิของผู้สูงอายุทุกคน (ตามนโยบายรัฐบาล) มีผู้รับเบี้ยยังชีพ 5,448,843 คน
2554 (2011)	ประกาศใช้พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554 (กอช.) เมื่อ 11 พ.ค. 54 เพื่อส่งเสริมการออมทรัพย์ของประชาชนที่เป็นสมาชิก และเพื่อเป็นหลักประกันการจ่ายบำนาญ และให้ประโยชน์ตอบแทนแก่สมาชิกเมื่อสิ้นสมาชิกภาพ
	ปรับการรับเบี้ยยังชีพเป็นแบบขั้นบันได (ตามนโยบายรัฐบาล) 5 ส.ค. 2554

2.4 กฎหมาย

2.4.1 กฎหมายแม่บท

1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปี พ.ศ.2540 เป็นกฎหมายแม่บทที่กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน โดยมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุดังนี้

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

- มาตรา 54 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ
- มาตรา 80 รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้

2) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับปีพ.ศ.2550 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุดังนี้

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

- มาตรา 40 บุคคลย่อมมีสิทธิในกระบวนการยุติธรรม ดังต่อไปนี้
 - (6) เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการหรือทุพพลภาพย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสมและย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีที่เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

- มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

- มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) ค้ำครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษา ปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

- มาตรา 84 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

...(4) จัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง...

2.4.2 กฎหมายรองรับนโยบายด้านผู้สูงอายุ

1) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุเป็นกฎหมายเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ตราขึ้นเพื่อรองรับสิทธิของผู้สูงอายุตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ และเป็นเครื่องมือที่สำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้มีการนํานโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุไปปฏิบัติให้เกิดผล

พระราชบัญญัตินี้ตราขึ้นในปีพ.ศ.2546 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 และต่อมาในปีพ.ศ.2553 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมเกี่ยวกับเบี้ยยังชีพ และกระบวนการเบิกจ่ายเงินเบี้ยยังชีพสาระสำคัญของพระราชบัญญัตินี้คือ การกำหนดโครงสร้าง องค์กร อำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการด้านผู้สูงอายุของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีผู้แทนหน่วยงานหลักด้านผู้สูงอายุและผู้ทรงคุณวุฒิร่วมเป็นกรรมการ ในพระราชบัญญัตินี้ยังกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ให้มีการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ ตลอดจนให้สิทธิต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ ดังที่ปรากฏในมาตรา 11 ได้แก่

(1) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็ว แก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

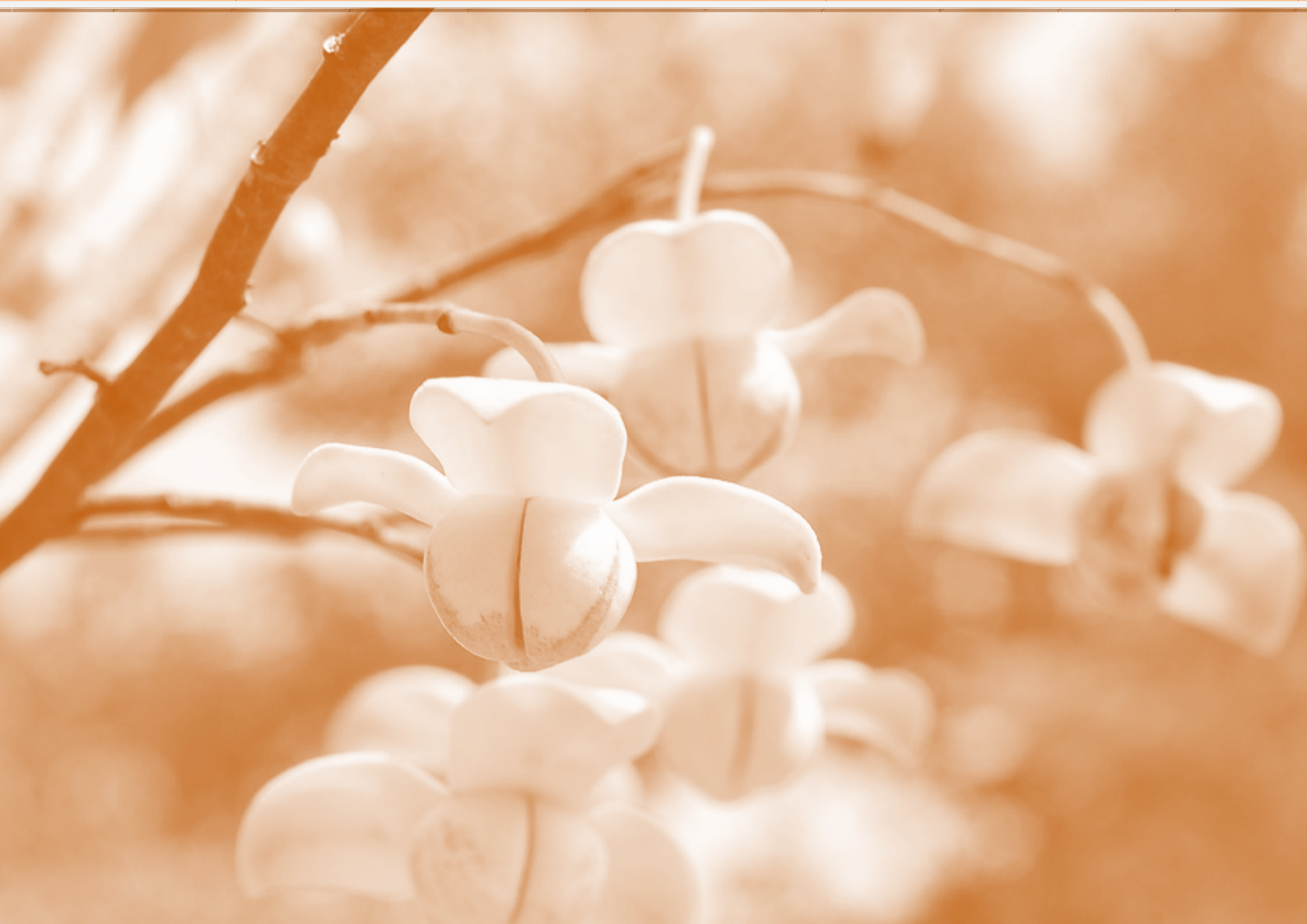
(2) การศึกษา ศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

(3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

(4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายชุมชน

- (5) การอำนวยความสะดวกและปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น
- (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
- (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
- (8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง
- (9) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไขปัญหาคอขวด
- (10) การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
- (11) การจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (สิทธิในวงเล็บที่ 11 นี้แก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2553)
- (12) การจัดการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
(พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมปีพ.ศ.2553)

**บทที่ 3 พัฒนาการเชิงระบบ
ด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ
บริการทางสังคม
และสวัสดิการทางสังคม**



บทที่ 3

พัฒนาการเชิงระบบ ด้านสาธารณสุข

เศรษฐกิจ บริการทางสังคม และสวัสดิการทางสังคม*

นโยบายของรัฐบาลที่กำหนดไว้ในวาระต่างๆ ที่กล่าวในบทที่ 2 ประกอบกับผลงานวิจัยได้นำไปสู่ความตื่นตัวในการหาแนวทางในการรับมือกับประชากรสูงอายุของประเทศไทย ระบบการดำเนินงานในด้านต่างๆ ได้มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับ ในด้านหลักๆ ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพและบริการสาธารณสุข ระบบบริการด้านสังคมและสวัสดิการสังคมระบบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุและชุมชน ระบบบริการด้านที่อยู่อาศัย ระบบการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ ระบบบริการสาธารณะ ระบบหลักประกันทางเศรษฐกิจเป็นต้น

3.1 ระบบการดูแลสุขภาพและการสาธารณสุข

ตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1-4 (ปี พ.ศ.2504 – พ.ศ.2524) ระบบสาธารณสุขไทยเน้นการขยายสถานบริการสาธารณสุขขึ้นพื้นฐานหรือระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศและเร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ทันกับอุปสงค์จากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเน้นการกระจายบุคลากรและบริการสาธารณสุขสู่ชนบทและท้องถิ่นทุรกันดาร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2548) แม้ว่าในช่วงนั้นจะไม่ได้มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะของผู้รับบริการตามวัย แต่เพื่อลดภาวะการตายและชะลอภาวะเจริญพันธุ์ซึ่งอยู่ในระดับสูง ทำให้กลุ่มประชากรวัยเด็กและสตรีได้รับความสนใจเป็นพิเศษ เพราะเป็นกลุ่มเป้าหมายของงานด้านอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว

ความสำเร็จในการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว และการควบคุมโรคติดต่อ ได้นำไปสู่การเปลี่ยนผ่านที่สำคัญทั้งในทางระบาดวิทยาและทางประชากร กล่าวคือโรคระบาดและโรคติดต่อที่สำคัญได้ลดลง ในขณะที่โรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากการเสื่อมของร่างกายตามวัยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ขณะเดียวกันการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์จากระดับสูงสู่ระดับต่ำภายใน 4-5 ทศวรรษที่ผ่านมาส่งผลให้ประเทศไทยเปลี่ยนจากสังคมที่มีโครงสร้างทางอายุของประชากรที่เยาว์วัยเป็นสังคมสูงวัย ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านสาธารณสุขและนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

* อัญชลี คตอินทร์ และสุกัลยา คงสวัสดิ์ กระทรวงสาธารณสุข, รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ รองศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา และรองศาสตราจารย์มาลินี วงษ์สิทธิ์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเริ่มชัดเจนขึ้น หลังจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2525 ซึ่งนำไปสู่การกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525 – พ.ศ.2545) ซึ่งมีมิติด้านสุขภาพอนามัย เป็นมิติหนึ่งที่แผนแม่บทดังกล่าวให้ความสำคัญ รัฐบาลในขณะนั้นยังได้กำหนดนโยบายด้านการขยายการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน และเน้นการขยายบริการให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ด้อยโอกาส รวมถึงผู้สูงอายุ ต่อมาในปี 2529 รัฐบาลได้จัดบริการสาธารณสุขแบบให้เปล่าแก่ผู้สูงอายุ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) กำหนดให้กรมการแพทย์ขยายงานด้านสาธารณสุขขั้นมูลฐานไปยังประชาชนในทุกพื้นที่ โดยเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังต่าง ๆ และได้กำหนดเป็นโครงการควบคุมโรคในผู้สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

ต่อมาในปี พ.ศ.2534 เริ่มมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ เริ่มมีการจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ และในปี พ.ศ.2537 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายอย่างชัดเจนให้มีการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ โดยให้รับบัตรสงเคราะห์ และในปีเดียวกันนั้นมีการตราพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง สถาบันพัฒนาสุขภาพแห่งชาติและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ขึ้นในกรมการแพทย์ เพื่อให้เป็นศูนย์กลางในการพัฒนาวิชาการด้านผู้สูงอายุ และเป็นแกนกลางในการประสานงานการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งต่อมาภายหลังได้มีการยกฐานะเป็นสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2555)

นอกจากการจัดตั้งหน่วยงานด้านผู้สูงอายุในกรมการแพทย์แล้ว ยังได้มีการจัดตั้งสำนักงานส่งเสริมสุขภาพขึ้นในกรมอนามัยในปี พ.ศ.2539 ให้มีพันธกิจสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนตามกลุ่มอายุ สำหรับกลุ่มประชากรสูงอายุได้เน้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ และในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ได้เน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. 2539)

ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 เป็นต้นมา ระบบสาธารณสุขได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก เริ่มจากแนวนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการ โดยมีการกิจหลักเพื่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และสร้างภาคีเครือข่ายในการปฏิรูประบบสุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. 2548) เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่คาดหวัง มีองค์ประกอบสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ

- 1) องค์การกำหนดนโยบายและกำกับให้มีการดำเนินการตามนโยบาย
- 2) เน้นการสร้างสุขภาพ
- 3) สร้างความเข้มแข็งของระบบการควบคุมและป้องกันโรค
- 4) สร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 5) พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพให้ประชาชนมีหลักประกันทางสุขภาพ
- 6) การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

- 7) การสร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภค
- 8) การประเมินความคุ้มค่าและความปลอดภัยของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
- 9) การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- 10) ส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 11) ส่งเสริมระบบวิจัยสุขภาพ

นอกจากนี้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” หรือ การเชื่อมโยงการสร้างองค์ความรู้ในประเทศและต่างประเทศ เข้ากับการมีส่วนร่วมของชุมชน สังคม ภาคประชาชน และการสนับสนุนของฝ่ายการเมือง เพื่อให้ร่วมกันผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548)

ต่อมาในปี พ.ศ.2544 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาท รักษาทุกโรค เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ซึ่งส่งผลให้ประชากรไทยสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น รัฐบาลยังได้ประกาศวาระแห่งชาติเรื่อง “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) โดยได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพของประชากรสูงอายุด้วยการส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในรูปของชมรมผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นในทุกตำบล รวมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย การเรียนรู้เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนโยบายของรัฐบาลแล้ว แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 – พ.ศ.2549) ยังมีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสาธารณสุขให้สอดคล้องกับแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ และแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง วัตถุประสงค์ที่สำคัญของแผนฉบับนี้ คือ เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุกโดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ไม่มีอุปสรรคในการเข้าถึงอันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ เพื่อสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการระบบสุขภาพ และเพื่อเพิ่มศักยภาพในการใช้ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ในด้านผู้สูงอายุนั้น ได้มีการกำหนด “หนึ่งโรงพยาบาลชุมชน หนึ่งคลินิกผู้สูงอายุ” (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 – พ.ศ.2554) ยังคงเน้นการเสริมสร้างสุขภาพ และมุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังพยายามที่จะบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุภายในกระทรวงโดยการตั้งคณะกรรมการอำนวยการงานผู้สูงอายุซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และการตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ทั้งยังมีการพัฒนาระบบกลไกการดำเนินงานอย่างบูรณาการด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (ปี พ.ศ.2552 – พ.ศ.2554) ให้เป็นกรอบการทำงานในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อให้สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – พ.ศ.2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข (ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 85/2551 ลงวันที่ 24 มกราคม 2551) ซึ่งแบ่งเป็น 2 คณะ คือ 1.1) คณะกรรมการอำนวยการงานผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข หรือรัฐมนตรีช่วยฯ ที่ได้รับมอบหมายเป็นประธานและคณะกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น รองประธานคณะกรรมการ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายเป็นกรรมการและ เลขานุการ 1.2) คณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข มีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานคณะกรรมการ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายเป็นรองประธาน คณะกรรมการ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นกรรมการและเลขานุการ

2) พัฒนากลไกการทำงาน ประกอบด้วย 2.1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกรอบการทำงานภาพรวมของกระทรวง 2.2) จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการผู้สูงอายุเชิง บูรณาการที่มีส่วนร่วมของทุกกรมที่เกี่ยวข้อง 2.3) ใช้เวทีการประชุมคณะกรรมการอำนวยการและ คณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ

3) เป็นแกนกลางโครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาโดยชุมชน สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือทางวิชาการจากรัฐบาลญี่ปุ่น (JICA) ซึ่งร่วมดำเนินงานกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานกระทรวง สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องของ 4 กรม คือ กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ โดยเริ่มทดลองในพื้นที่นำร่อง 4 จังหวัด คือ นนทบุรี เชียงราย สุราษฎร์ธานี และขอนแก่น กำหนดระยะเวลา 4 ปี (พฤษภาคม 2550 – กันยายน 2554)

วิสัยทัศน์ของแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (ปี พ.ศ.2552 – พ.ศ.2554) คือ “มุ่งมั่น พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของสถานบริการทุกระดับและการบริการในชุมชน ให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ 2) การสร้างและพัฒนาศักยภาพกำลังคน ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ด้านผู้สูงอายุ 4) การบริหารจัดการเชิงบูรณาการงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 5) การพัฒนาองค์ความรู้ และการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข. 2552)

ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุนั้น มีการเน้นการพัฒนาและการให้การสนับสนุน บริการทางสุขภาพในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุให้มากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้าน และเน้นให้มี การบูรณาการระหว่างการบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคม อาทิเช่น บริการเคลื่อนที่ บริการ เยี่ยมบ้าน ศูนย์กลางวัน บริการสุขภาพที่บ้าน สนับสนุนระบบอาสาสมัครผู้ดูแล เป็นต้น

นอกจากแผนในระดับกระทรวงแล้ว ส่วนงานของกระทรวง เช่น กรมอนามัยได้มีการจัด แผนงานผู้สูงอายุเช่นกัน โดยมีนโยบายการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงวัย เพื่อเป็น หลักชัยของสังคม ด้วยกลยุทธ์ “เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง” โครงการสำคัญโครงการหนึ่งที่ได้รับการส่งเสริม คือ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิง บูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (CTOP) การพัฒนาศักยภาพชมรมภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุ

ระบบการดูแลสุขภาพพระยะยาว เป็นระบบที่ได้รับการส่งเสริมเพื่อให้สามารถรองรับกับประเด็นท้าทายทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุในวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) ระบบนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยการอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนให้นานที่สุดในช่วงบั้นปลายของชีวิต โดยมีระบบการดูแลระยะยาวทั้งในด้านสุขภาพและสังคมภายในชุมชน การดูแลสุขภาพพระยะยาวนี้ได้รับการผลักดันจากมติของสมัชชาผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2552 ไปสู่มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ในปีเดียวกันซึ่งสมัชชาสุขภาพได้มีมติรับรองการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2554) ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวนี้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการร่วมเป็นผู้ให้บริการ และร่วมจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยมีองค์ประกอบการทำงาน ได้แก่ การมีข้อมูลผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง (กรมอนามัย. 2555)

เพื่อเร่งให้เกิดการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวอย่างเป็นรูปธรรม ในปี พ.ศ.2554 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ได้กำหนด “แผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว” ระยะเวลา 3 ปี (2554-2556) โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย เป็นต้น แผนดังกล่าวกำหนดประเด็นขับเคลื่อนครอบคลุมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม โดยส่งเสริมให้มีการดูแลระยะยาวทั้งในระดับท้องถิ่น หน่วยงานกลางของรัฐ พร้อมกันนี้ ยังร่วมมือกับกระทรวงการคลัง ในการกำหนดมาตรการสนับสนุนทางการเงินให้แก่ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวที่รับภาระดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สนับสนุนมาตรการทางภาษีให้แก่ภาคเอกชนที่ให้บริการสถานบริบาลผู้สูงอายุ เป็นต้น

นอกจากการดูแลสุขภาพกาย กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักพัฒนาสุขภาพจิต ได้เริ่มโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ.2550 เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จัดสื่อและอุปกรณ์ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้า ช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง ซึ่งในปี พ.ศ.2552 สำนักพัฒนาสุขภาพจิต ได้เริ่มโครงการในพื้นที่นำร่องคือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยร่วมมือกับหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลตำบล เป็นต้น มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ การฝึกอบรมบุคลากรในชุมชนให้มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และได้มีการนำผลจากโครงการนำร่อง ไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพจิตในพื้นที่อื่น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2552)

ในเรื่องสุขภาพจิตนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขยังได้ริเริ่มแนวคิด “วัดส่งเสริมสุขภาพ” เนื่องจากผู้สูงอายุไทยนิยมเข้าวัดเพื่อปฏิบัติกิจทางศาสนา ด้วยการทำบุญ ฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรม วัดจึงเป็นศูนย์รวมทางจิตใจ โดยมีพระสงฆ์ที่ปฏิบัติดี ปฏิบัติชอบเป็นศูนย์กลางแห่งศรัทธา โครงการนี้เริ่มในปี พ.ศ.2546 กรมอนามัย ได้ส่งเสริมสนับสนุนให้วัดมีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ทั้งด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ด้วยความร่วมมือของพระสงฆ์ ฆราวาสธรรม กรรมการวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งมีการถวายเป็นบุญกุศลเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์ด้วย โครงการนี้ถือว่าเป็นโครงการที่ใช้ต้นทุนทางสังคมของคนในชุมชนมาก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกคนที่เกี่ยวข้อง เพราะสุขภาพอาจเป็นสิ่งที่ทุกคนร่วมกันสร้าง การอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชน ทำให้วัดสะอาด ร่มรื่น สงบร่มเย็น เป็นที่พักทางใจของผู้ที่เข้าวัดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีวัดที่ผ่านเกณฑ์ ประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพดีเด่น 799 วัด ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน จำนวน 2,115 วัด (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กรมอนามัย. 2555)

กล่าวโดยสรุปจากพัฒนาการข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาการเชิงระบบในด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การพัฒนาเชิงระบบนี้มีทั้งการพัฒนาระบบ การให้บริการสุขภาพ การพัฒนาทรัพยากรสาธารณสุข การพัฒนาโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ การเงินการคลัง และการพัฒนาระบบข้อมูลและการวิจัยด้านสุขภาพ

3.1.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

1) ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ รัฐเป็นผู้ให้บริการหลักและระบบบริการที่จัดโดยเอกชนเพื่อมุ่งหากำไร ในการจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามจัดรูปแบบการให้บริการให้สัมพันธ์กับระดับความต้องการใช้บริการในแต่ละระดับพื้นที่ เช่น ในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยผู้ให้บริการจะคำนึงถึงสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นที่จะป้องกัน หรือดำเนินการแก้ไข โดยมีรายละเอียดของการจัดบริการ ดังนี้

1.1) โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง และระบบส่งต่อ ประกอบด้วย

(1) การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคฟื้นฟูสภาพ จัดบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่ชนบท ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับในเขตเมือง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร หรือศูนย์แพทย์ชุมชน

(2) การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และมหาวิทยาลัย

(3) การบริการตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center) เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทาง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็น โรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่างๆ หรือสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์

(4) ระบบส่งต่อผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาเชื่อมโยงระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เป็นเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัยตามความจำเป็นของปัญหาสุขภาพ

1.2) การจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทย ควรเป็นระบบบริการแบบพหุลักษณะ กล่าวคือ เป็นการผสมผสานทั้งการแพทย์กระแสหลัก คือ การแพทย์ตะวันตก โดยไม่ละเลยทอดทิ้งที่จะผสมผสานองค์ความรู้ภูมิปัญญา ทั้งที่มีอยู่เดิมในท้องถิ่น และจากต่างประเทศ ได้แก่ การบริการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก เข้าร่วมจัดบริการและให้การดูแลทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ซึ่งรูปแบบวิธีการจัดบริการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านไทย และแพทย์ทางเลือก หมายรวมถึง บริการและการดูแลสุขภาพ ทั้งโดยกลุ่มวิชาชีพที่ทำหน้าที่ให้บริการหรือใช้ความรู้ความสามารถ ตามวิชาชีพของตนเอง และการดูแลตนเองในครอบครัวชุมชน

1.3) การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคน ทุกครอบครัวและในทุกชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคน ด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน ผสมผสานทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชน โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ด้วยวิธีการหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ประสานงานและดำเนินการ

2) นอกเหนือจากการให้บริการในโครงสร้างภาครัฐแล้ว กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับหลายภาคส่วนดำเนินการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

2.1) ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุม 4 มิติ ส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ มาตรการสำคัญได้แก่ ส่งเสริมระบบประกันสุขภาพโดยให้คำปรึกษาทั่วไปในสถานบริการ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุ (Long term care) ให้เพียงพอและรองรับปัญหาในผู้สูงอายุ จัดบริการแพทย์ทางเลือก เกื้อหนุนเอกชนจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (PPP) จัดทำมาตรฐานและรับรองมาตรฐานสถานบริการผู้สูงอายุ จัดตั้งอำนวยการความสะดวกในสถานบริการสุขภาพ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพผู้สูงอายุ และกำหนดแผนการผลิตให้เหมาะสมเพียงพอและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนภาคีเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเชิงบูรณาการงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาองค์ความรู้ และ การศึกษาวิจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2) กำหนดแนวทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุผ่านยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย

เป็นมาตรการต่อสู้กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุก ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษา ตลอดจนการเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

2.3) กำหนดนโยบาย การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านกลไกการส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีอยู่ใกล้บ้านทั่วประเทศ และมุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน รวมถึงการดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการลงทุนที่ใช้ค่าใช้จ่ายน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับการลงทุนด้านอื่น โดยผ่านกลไกการให้บริการที่เป็นโครงสร้างของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่ครอบคลุมพื้นที่บริการทั่วประเทศ ได้แก่

(1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดตั้งสำนักงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและบริการสุขภาพในชุมชน โดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง (ศสม.) มีบทบาทในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรค กายภาพบำบัดในชุมชนสำหรับประชาชนเป้าหมายเฉพาะ

(2) ผลักดันให้ รพ.สต. มีอัตรากำลังที่เพียงพอหรือเปิดให้มีการจ้างงานของโรงพยาบาลที่ยึดหยุ่นของนักกายภาพบำบัดและผู้ช่วยเหลือบริการเชิงรุกในชุมชน เช่น ในพื้นที่มีนักกายภาพภาคเอกชนให้สามารถจ้างได้ หรือมีการอบรมผู้ช่วยเหลือของโรงพยาบาลเอง มีนักกายภาพชุมชนขนาดใหญ่ และ รพ.จังหวัด เปิดกรอบให้มีนักสังคมสงเคราะห์ ใน รพช. เพื่อทำงานเชื่อมประสานกับเครือข่ายในการดูแลด้านสังคม

(3) สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และกายภาพบำบัดเชิงรุกในชุมชน พร้อมทั้งสนับสนุนด้านแนวคิด วิชาการ ตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผล และการจัดเวทีเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

3) ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2554 มีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

3.1) การขยาย/พัฒนาและส่งเสริมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับภูมิภาค ขยายเครือข่ายศูนย์การแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับภูมิภาค พัฒนาและส่งเสริมศูนย์การแพทย์ฯ ให้มีคุณภาพมาตรฐาน โดยพัฒนาองค์ความรู้และการดำเนินงาน จัดอบรมอบรม ศึกษาดูงานและติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายศูนย์การแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

3.2) พัฒนาศูนย์สุขภาพจิตคนพิการและผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จปี 2554 เพื่อให้ผู้สูงอายุในส่วภูมิภาคเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค โดยออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในพื้นที่จังหวัดพังงา แพร่ ประจวบคีรีขันธ์ อุบลราชธานี และปัตตานี ให้บริการคัดกรอง/ตรวจประเมินความพิการ ด้านจักษุและทันตกรรม แก่ผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 15,012 ราย

3.3) โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 คัดกรองกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศจากโครงการฟันเทียมพระราชทาน การถ่ายทอด จัดอบรมทันตแพทย์ในภูมิภาค ผลการดำเนินงานพบว่าผู้ป่วยได้รับการฝังรากฟันเทียมตามเป้าหมาย จำนวน 10,000 ราย

3.4) มหกรรมคัดกรองสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษา เพื่อส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข และอสม.สามารถคัดกรองโรคผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยการจัดอบรมแบบคัดกรองสำหรับบุคลากรสาธารณสุข อสม. ใน 4 จังหวัดที่เป็นเครือข่าย RRC จำนวน 963 คน จัดงานมหกรรมให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุ จำนวน 326 คน รวมทั้งการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลและใส่ใจในสุขภาพตนเอง

3.5) พัฒนาลูกตาเทียมชนิดโพลีเอธิลีนเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอาลูกตาออก เพื่อทดแทนการนำเข้าในประเทศไทย (Local Made Polyethylene Orbital Implant and Medpor in Treatment of Enucleated and Eviscerated Patients in Mettapracharak Hospital: A Randomi) เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยลูกตาเทียมชนิดโพลีเอธิลีนที่ผลิตเองในประเทศไทยกับลูกตาเทียมชนิดเมดพอร์ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอาลูกตาออกที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โดยทำการศึกษารายในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามาเพื่อผ่าตัดเอาตาออกทั้งวิธี enucleation และ evisceration ในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยลูกตาเทียมที่ผลิตในประเทศไทย จำนวน 7 ราย จากเป้าหมาย 40 ราย

3.6) การให้บริการเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพกายและจิตให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชากรแต่ละวัย ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุได้เน้นการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อลดและควบคุมโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ การพัฒนาสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังเน้นการให้บริการแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน การบำบัดรักษา และฟื้นฟู

3.7) การให้บริการที่สอดคล้องต่อความต้องการและสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุ เช่น การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การมีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2548 เรื่องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้อำนวยความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

3.8) การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ด้วยการยกฐานะสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

3.9) การให้บริการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น การสร้างความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการดูแลสุขภาพหรือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การสร้างการมีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสมาชิกในชุมชน

3.1.2 การพัฒนาระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข

ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนากำลังคนทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลัง ได้มีการส่งเสริมและพัฒนากำลังคนด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับวิชาชีพ และผู้ดูแลทั่วไปดังจะเห็นได้จากการมีการผลิตพยาบาลด้านผู้สูงอายุ และการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นแนวทางที่สำคัญอีกแนวทางหนึ่งในการเพิ่มปริมาณบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ และเพิ่มการเข้าถึงด้วยการใช้อาสาสมัครซึ่งเป็นสมาชิกในชุมชนดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ในด้านผู้ดูแลที่มีในปัจจุบันพิจารณาได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการและเป็นทางการสำหรับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการคือ การดูแลจากเครือข่ายครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนบ้าน จะดูแลในลักษณะการจัดการและการดูแลช่วยเหลือในบ้านและในชุมชน ส่วนผู้ดูแลที่เป็นทางการจะให้การดูแลทั้งในสถาบัน ชุมชน และที่บ้าน เนื่องจากปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือเรื่องเศรษฐกิจและปัญหาสุขภาพ ดังนั้นความช่วยเหลือดูแลอย่างไม่เป็นทางการจึงอยู่ในรูปแบบ การพักอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งหมายถึงการดูแลทุกด้าน การดูแลทางเศรษฐกิจสังคมและการดูแลทางสุขภาพ

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เป็นทางการ

ในสังคมไทย สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักให้กับผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงคือผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น ขณะที่วัยแรงงานและเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง มีการย้ายถิ่นของบุตรหลานไปทำงานต่างถิ่น ประกอบกับความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากยิ่งอายุยืนยาวขึ้น ภาวะการเจ็บป่วยและทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็นบุตร หรือสมาชิกในครอบครัวอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยคาดหวังว่าจะมีบทบาทในด้านการช่วยเหลือ สนับสนุน ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน และเป็นรูปแบบหนึ่งของการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ การอบรม อผส.ได้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2546 และในปี พ.ศ.2549 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้นำไปขยายผลใน 63 จังหวัด มีผู้ผ่านการอบรมปฏิบัติหน้าที่เป็น อผส.จำนวน 2,863 คน โดยให้การดูแลผู้สูงอายุที่ขาดการดูแล ถูกทอดทิ้ง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน 17,406 คน อย่างไรก็ตามจากการคาดการณ์ พบว่าทั้งประเทศต้องการ อผส.จำนวน 71,410 คน ในปี 2553 และเพิ่มเป็น 105,967 คนในปี 2563 จึงกล่าวได้ว่ายังมีจำนวนไม่เพียงพอที่จะรองรับความต้องการของผู้สูงอายุ การผลิต อผส.ให้เพียงพอ และการจัดระบบการบริการจึงเป็นประเด็นที่ต้องเร่งดำเนินการ (มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2549)

นอกจากขาดแคลนด้านจำนวนแล้วยังขาดทักษะ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วย แต่โดยทั่วไปก็จะมีการฝึกอบรมเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถดูแลผู้เจ็บป่วยได้ด้วย โดยถือว่าเป็นการปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาล แต่จากข้อมูลเชิงประจักษ์ในหลายกรณีพบว่า มีผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก ไม่ได้ผ่านการอบรมจากโรงเรียนที่ขออนุญาตตามกฎหมายและไม่ได้อบรมตามหลักสูตรที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีจำนวนไม่น้อยที่ไม่เคย

ผ่านการอบรมใดๆเลย และในความเป็นจริงยังมีโรงเรียนที่เปิดสอนและเปิดฝึกอบรมอย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมาย และไม่มีหลักสูตรมาตรฐานอีกจำนวนหนึ่ง ด้านโรงเรียนสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานศึกษาโดยการอนุญาตจากกรมการศึกษานอกโรงเรียน ที่ดำเนินการโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เปิดทำการสอนเป็นหลักสูตรระยะสั้น พบว่ายังขาดการควบคุมมาตรฐานหลักสูตรและมาตรฐานการสอน เพียงแต่ส่วนใหญ่สอนโดยแพทย์และพยาบาลเท่านั้น (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. 2540)

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการ

ปัญหาในด้านกำลังคนหลักที่จะรองรับการดูแลผู้สูงอายุมี 2 ประเด็นหลัก คือ การขาดแคลนบุคลากร และทักษะการให้บริการของบุคลากร

2.1) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ยังขาดแคลนอยู่ในทุกระดับ โดยเฉพาะการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และการขาดแคลนบุคลากรในกลุ่มหลักกลุ่มอื่นๆ คือ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา

กฤษฎา แสงวดี (2551) ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลมีสัดส่วนมากที่สุดของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 97,942 คน ในกลุ่มพยาบาลนี้ มีเพียง 66.2% ที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และผลจากการลดการผลิตในปี 2542-2548 ส่งผลให้อัตราเพิ่มของพยาบาลลดลงจาก 8.3 % ในปี 2544 เป็น 4.2 % ในปี 2547 ทำให้การเพิ่มของพยาบาลไม่เพียงพอขึ้นเนื่องจากการสูญเสียและการได้เพิ่มพอกๆกัน หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ จากการคาดการณ์ความต้องการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ คาดว่าต้องการพยาบาลประมาณ 24% ของพยาบาลทั้งหมดในปี 2553 และในปี 2563 คาดว่าความต้องการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 34% ของพยาบาลทั้งหมด

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ณ ปัจจุบันมีจำนวน 30,441 คน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2550) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำสถานอนามัยมีจำนวนการผลิตเฉลี่ย 1,000 คนต่อปี และมีอัตราคงอยู่ในชนบทสูง มีการสูญเสียค่อนข้างน้อย ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อจะทำงานร่วมกับพยาบาล คาดว่าต้องการถึง 2,499 คน ในปี 2553 คิดเป็น 7.5% ของทั้งหมด และในปี 2563 คาดว่าการบริการผู้สูงอายุต้องการกำลังคน 3,708 คน คิดเป็น 8.5% ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมด

นักกายภาพบำบัด เป็นบุคลากรที่มีความต้องการเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จำนวนนักกายภาพบำบัดที่ขึ้นทะเบียนมีจำนวน 4,300 คน โดยมีเพียง 2,000 คน ที่ปฏิบัติงานกายภาพ โดยมีเพียง 199 คน ที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการที่มีนักกายภาพบำบัดอยู่มากที่สุดถึง 381 คน คิดเป็น 34% ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด นักกายภาพบำบัดที่อยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 240 คน และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 188 คน ในขณะที่สถาบันการผลิตผลิตนักกายภาพบำบัดได้ปีละ 500-600 คน (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 2551) ในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านกายภาพบำบัด เพื่อทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ ต้องการ 2,499 คน ในปี 2553 คิดเป็น 43% ของทั้งหมด และในปี 2563 การบริการผู้สูงอายุต้องการกำลังคนด้านกายภาพบำบัด 3,708 คน คิดเป็น 34% ของนักกายภาพทั้งหมด

นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ เริ่มเป็นที่ต้องการของระบบสุขภาพ ในจำนวนบุคลากรด้านจิตเวช ในปี 2548 จำนวนพยาบาลจิตเวชมีจำนวน 1,864 คน มีอัตราเพิ่ม 1 % ส่วนใหญ่กระจุกอยู่ในเมือง บุคลากรอีกประเภทคือนักจิตวิทยาคลินิก มีจำนวนเพียง 230 คนทั้งประเทศ โดยมีอัตราการเพิ่ม 3.2 % ต่อปี สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ มีจำนวนเพียง 214 คนในปี 2548 ลดลงจาก 391 คนในปี 2547 (กรมสุขภาพจิต. 2548) จะเห็นว่ากลุ่มนักจิตวิทยานี้ยังมีน้อยมากไม่เพียงพอกับความต้องการ ในขณะที่การบริการผู้สูงอายุระบบต้องการนักจิตวิทยาถึง 1,528 คนในปี 2553 และต้องการเพิ่มเป็น 2,155 คน ในปี 2563 ดังนั้นระบบต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับความต้องการของกำลังคนในกลุ่มนี้

ตารางที่ 3.1 จำนวนและความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ

กำลังคน	กำลังคนที่มีอยู่ในระบบ	ความต้องการกำลังคนดูแลผู้สูงอายุ	
		พ.ศ.2553	พ.ศ.2563
ญาติ / ครอบครัว		499,873	741,766
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)	2,863	71,410	105,967
พยาบาล - acute/chronic care - กลุ่มฟุ้งฟิง - IPD		6,111	8,620
		2,499	3,708
		15,278	21,552
รวม	97,942	23,888	33,880
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	30,441	2,499	3,708
กายภาพบำบัด	4,300	2,499	3,708
นักจิตวิทยา	2,308	1,528	2,155

ที่มา : นงลักษณ์ พะโกยะ. 2551. ความต้องการกำลังคนด้านการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ.

2.2) ปัญหาคุณภาพบุคลากร นอกจากปัญหาการขาดแคลนเชิงจำนวนและการกระจายกำลังคนแล้ว พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาด ความรู้ ทักษะ และทักษะในการให้บริการอย่างรอบด้าน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา เนื่องจากอุปสรรคของการบริการสุขภาพที่สำคัญคือ การที่ผู้ให้บริการไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเพียงพอ ทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งทั้งสองสิ่งมีความสำคัญต่อทัศนคติและความชำนาญของผู้ให้บริการและส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลและบริการ ศักยภาพของผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีผลต่อความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุย่อมต้องการให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีศักยภาพในการวินิจฉัย การรักษาโรค และการให้บริการดูแลที่ดี

ดังนั้นปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับนโยบาย บริหาร และบริการจึงควรได้รับการแก้ไขรวมทั้งในด้านการวางแผนการผลิตและพัฒนาากำลังคนอย่างจริงจังและชัดเจนเพื่อรองรับปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้

3.1.3 การจัดโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามอย่างชัดเจนในการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อผู้สูงอายุอย่างมีบูรณาการ ด้วยการกำหนดให้มีคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข มีแผนการพัฒนาสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตลอดจนมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2552 – พ.ศ.2554 ที่เน้น “การร่วมคิดร่วมทำ” ของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพโดยผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ในส่วนของการจัดโครงสร้างองค์กรนั้น การจัดตั้งสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อทำหน้าที่เป็นฝ่ายวิชาการและประสานงานในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

3.1.4 การเงินการคลัง

มีการกำหนดมาตรการด้านการเงินการคลังเพื่อให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง นับตั้งแต่ปี 2529 เป็นต้นมา รัฐได้เริ่มให้บริการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งพยายามพัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

3.1.5 การพัฒนาองค์ความรู้

โดยส่งเสริมการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนาระบบบริการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และเน้นการนำผลการวิจัยไปต่อยอดองค์ความรู้ และนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

กล่าวโดยสรุป แม้วาระบบสาธารณสุขไทยจะมีการพัฒนาไปอย่างมาก และมีทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการในสังคมสูงวัย แต่การเปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัยของประเทศไทยนั้นเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก การที่จะให้ระบบสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน จึงต้องอาศัยการผลักดันให้การดำเนินงานเป็นไปในอัตราที่รวดเร็วยิ่งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การดำเนินการพัฒนาระบบบริการ เช่น การดูแลระยะยาวยังเป็นเพียงโครงการนำร่อง หรือ โครงการพัฒนาต้นแบบ โครงการเหล่านี้หากได้ผลดีควรเร่งขยายผลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ การวางแผนกำลังคนทั้งด้านวิชาชีพและบุคลากรให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพก็เป็นเรื่องสำคัญสำหรับการรองรับสังคมสูงวัยซึ่งควรเร่งดำเนินการอีกเช่นกัน นอกจากนี้ยังควรมีการพัฒนาระบบดูแลขั้นกลาง เช่น การดูแลระยะสั้นภายหลังจากผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล หรือการช่วยดูแลในช่วงกลางวัน เป็นต้น รวมทั้งควรมีการประเมินผลการดำเนินงานและปรับเปลี่ยนนโยบายให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3.2 ระบบหลักประกันทางเศรษฐกิจ

นับตั้งแต่ พ.ศ.2525 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2554) รัฐบาลได้สร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพอย่างต่อเนื่อง แนวทางแรกที่รัฐบาลใช้ในการหลักประกันทางเศรษฐกิจเพื่อยามสูงอายุ คือ การขยายระบบบำนาญภาครัฐจากเดิมที่มีเฉพาะกลุ่มข้าราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่เกษียณอายุที่จะได้รับเงินบำนาญจากรัฐบาลในช่วงสามสิบปีที่ผ่านมา รัฐบาลได้ขยายความครอบคลุมของระบบบำนาญไปยังประชาชนกลุ่มต่างๆอย่างต่อเนื่อง รูปแบบของระบบบำนาญที่รัฐบาลได้สร้าง มีหลากหลายรูปแบบ กล่าวคือ มีทั้งแบบบังคับและแบบสมัครใจ มีทั้งการให้สวัสดิการที่เป็นตัวเงินกับผู้สูงอายุโดยตรงและการสร้างระบบบำนาญเพื่อการเตรียมการของประชากรวัยทำงาน มีทั้งระบบที่ใช้แหล่งของเงินจากงบประมาณแผ่นดินและระบบที่ใช้การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ได้รับเงินบำนาญ มีทั้งระบบที่เน้นการออมและระบบที่มีลักษณะเป็นการประกันสังคม

แนวทางที่สองเป็นการส่งเสริมการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพผ่านมาตรการทางภาษีอากร โดยการกำหนดให้มีค่าลดหย่อนภาษีรายได้ประเภทต่างๆเพื่อการประหยัดภาระภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาและการงดเว้นไม่เก็บภาษีกับเงินได้บางประเภทที่เป็นหลักประกันทางเศรษฐกิจเพื่อยามสูงอายุ

3.2.1 การสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจเพื่อยามสูงอายุโดยระบบบำนาญภาครัฐ

1) บำเหน็จบำนาญสำหรับข้าราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

ข้าราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นประชากรวัยทำงานกลุ่มแรกที่มีหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพในรูปแบบของบำเหน็จบำนาญตามพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ พ.ศ.2494 จนกระทั่งในปี พ.ศ.2539 รัฐบาลได้เล็งเห็นว่าการที่รัฐต้องตั้งงบประมาณรายจ่ายบำเหน็จบำนาญของข้าราชการประจำปีโดยไม่มีการกันเงินสำรองไว้ล่วงหน้าสำหรับจ่ายบำเหน็จบำนาญในอนาคตนั้นไม่เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ทางการเงินการคลังของประเทศ ทำให้ไม่อาจวางแผนเชิงบริหารการเงินการคลังของประเทศในระยะยาวและไม่อาจวางแผนพัฒนาบุคลากรของรัฐได้ ดังนั้นจึงได้มีการปรับปรุงระบบบำเหน็จบำนาญข้าราชการใหม่ โดยการออกพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ. 2539 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นหลักประกันการจ่ายบำเหน็จบำนาญและให้ประโยชน์ตอบแทนการรับราชการแก่ข้าราชการเมื่อออกจากราชการและเพื่อส่งเสริมการออมทรัพย์และจัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์อื่นให้แก่ข้าราชการที่เป็นสมาชิกของกองทุน รวมทั้งให้เป็นสถาบันเงินออมที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยแก้ไขปัญหาการขาดแคลนเงินออมภายในประเทศและการส่งเสริมการลงทุนอันเป็นการส่งเสริมและพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม (อ้างอิงเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติ)

โดยที่พระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ.2539 มีผลบังคับใช้กับทั้งข้าราชการผู้ซึ่งเข้ารับราชการตั้งแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้มีผลใช้บังคับ (26 กันยายน 2539) และข้าราชการที่เข้ารับราชการก่อนหน้าวันที่พระราชบัญญัตินี้มีผลบังคับใช้และสมัครใจเข้าเป็นสมาชิก

กองทุนฯ ข้าราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่นอกเหนือจากประเภทดังกล่าวเมื่อเกษียณอายุราชการ (อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์) จะได้รับเงินบำเหน็จบำนาญตามพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ พ.ศ.2494 เหมือนเดิม

1.1) ผู้รับบำเหน็จบำนาญตามพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญ พ.ศ.2494

เมื่อเกษียณอายุราชการ (มาตรา 13) ข้าราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่ปฏิบัติราชการจนมีเวลาราชการสำหรับคำนวณบำเหน็จบำนาญไม่ถึง 10 ปีบริบูรณ์ (มาตรา 15) มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จ โดยที่จำนวนเงินบำเหน็จนั้นคำนวณจากเงินเดือนเดือนสุดท้ายคูณด้วยจำนวนปีเวลาราชการ (มาตรา 32 अनुมาตรา 1) ส่วนผู้ที่ปฏิบัติราชการจนมีเวลาราชการมากกว่า 10 ปีบริบูรณ์สามารถเลือกรับบำเหน็จหรือบำนาญก็ได้ หากเลือกรับบำนาญ จำนวนเงินบำนาญรายเดือนคำนวณจากเงินเดือนเดือนสุดท้ายหารด้วยห้าสิบคูณด้วยจำนวนปีเวลาราชการ (มาตรา 32 अनुมาตรา 2) แหล่งที่มาของเงินสำหรับบำเหน็จบำนาญข้าราชการในส่วนนี้มาจากงบประมาณแผ่นดิน

1.2) ผู้รับบำเหน็จบำนาญตามพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ พ.ศ.2539

กรณีของข้าราชการซึ่งเป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการจะต้องส่งเงินสะสมเข้ากองทุนคิดเป็นร้อยละ 3 ของเงินเดือน โดยกฎหมายบังคับให้ส่วนราชการต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุนให้กับสมาชิกในจำนวนที่เท่ากัน สมาชิกแต่ละคนจะมีบัญชีรายตัวของตนเอง กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการจะนำเงินทั้งสองส่วนในบัญชีรายตัวของข้าราชการไปบริหารจัดการเพื่อให้เกิดผลประโยชน์ตอบแทน เมื่อถึงเวลาเกษียณอายุราชการ สมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการจะได้รับสิทธิประโยชน์ได้แก่ (1) เงินบำเหน็จบำนาญ (2) เงินประเดิม (เงินที่รัฐบาลนำส่งเข้ากองทุนเพื่อจ่ายเพิ่มให้แก่สมาชิกซึ่งเป็นข้าราชการอยู่ก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้มีผลบังคับใช้และเลือกรับบำนาญ) และเงินชดเชย (เงินที่รัฐบาลนำส่งเข้ากองทุนเพื่อจ่ายเพิ่มให้แก่สมาชิกซึ่งรับบำนาญ) และ (3) เงินสะสมเงินสมทบ และผลประโยชน์ตอบแทนที่ได้จากการบริหารจัดการ

ทั้งนี้เงื่อนไขของการได้รับเงินบำเหน็จหรือบำนาญนั้นคือเวลาราชการของสมาชิกสมาชิกที่มีสิทธิได้รับเงินบำนาญจะต้องมีเวลาราชการตั้งแต่ 25 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (มาตรา 48) โดยที่จำนวนเงินบำนาญจะคำนวณจากอัตราเงินเดือนเฉลี่ยหกสิบเดือนสุดท้ายคูณด้วยเวลาราชการ หารด้วยห้าสิบ แต่ต้องไม่เกินร้อยละเจ็ดสิบของอัตราเงินเดือนเฉลี่ยหกสิบเดือนสุดท้าย ส่วนสมาชิกที่จะรับบำเหน็จได้นั้นต้องมีเวลาราชการตั้งแต่ 10 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปแต่ไม่ถึง 25 ปีบริบูรณ์ (มาตรา 47) โดยที่จำนวนเงินบำเหน็จจะคำนวณจากอัตราเงินเดือนเฉลี่ยหกสิบเดือนสุดท้ายคูณด้วยเวลาราชการ

จะเห็นได้ว่า แหล่งที่มาของเงินสิทธิประโยชน์ต่างๆของข้าราชการที่เป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการมาจากทั้งเงินสะสมของเจ้าตัว ผลตอบแทนการลงทุน และเงินจากงบประมาณแผ่นดิน

2) บำเหน็จบำนาญสำหรับข้าราชการส่วนท้องถิ่น

ข้าราชการส่วนท้องถิ่นเป็นประชากรวัยทำงานอีกกลุ่มหนึ่งที่มีหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพหลังเกษียณอายุราชการในรูปแบบบำเหน็จหรือบำนาญ (มาตรา 16) ตามพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2500 เมื่อเกษียณอายุราชการ (อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์) ข้าราชการส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติราชการจนมีเวลาราชการสำหรับคำนวณบำเหน็จบำนาญไม่ถึง 10 ปีบริบูรณ์ (มาตรา 18) มีสิทธิได้รับเงินบำเหน็จ โดยที่จำนวนเงินบำเหน็จนั้นคำนวณจากเงินเดือนเดือนสุดท้ายคูณด้วยจำนวนปีเวลาราชการ (มาตรา 32 อนุมาตรา 1) ส่วนผู้ที่ปฏิบัติราชการจนมีเวลาราชการมากกว่า 10 ปีบริบูรณ์สามารถเลือกรับบำเหน็จหรือบำนาญก็ได้ (มาตรา 18) หากเลือกรับบำนาญ จำนวนเงินบำนาญรายเดือนคำนวณจากเงินเดือนเดือนสุดท้ายหารด้วยห้าสิบคูณด้วยจำนวนปีเวลาราชการ (มาตรา 32 อนุมาตรา 2)

แหล่งที่มาของเงินบำเหน็จบำนาญของข้าราชการส่วนท้องถิ่นมาจากกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น (มาตรา 6) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งจะต้องสมทบเงินเข้ากองทุนดังกล่าวในอัตราซึ่งกำหนดโดยกฎกระทรวงไม่เกินร้อยละสามของงบประมาณรายได้ประจำปี (ไม่รวมพันธบัตร เงินกู้ เงินที่มีผู้อุทิศให้ และเงินอุดหนุน) และตั้งเงินนี้ไว้ในงบประมาณรายจ่ายประจำปีของราชการส่วนท้องถิ่น

3) กองทุนสงเคราะห์ตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน

กองทุนสงเคราะห์ก่อตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสงเคราะห์ผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษาของโรงเรียนเอกชน โดยรวมสวัสดิการประเภทต่างๆ และเงินทุนเลี้ยงชีพซึ่งจะจ่ายให้ผู้อำนวยการ ครู และบุคลากรทางการศึกษา (เรียกว่า ครู) ของโรงเรียนในระบบเมื่อออกจากการเกษียณอายุด้วย ทั้งนี้ครูจะต้องส่งเงินสะสมสำหรับตนเองในอัตราที่คณะกรรมการกองทุนสงเคราะห์กำหนดซึ่งต้องไม่เกินร้อยละสามของเงินเดือนรายเดือนที่แต่ละคนได้รับและต้องไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยที่โรงเรียนในระบบส่งเงินสมทบเป็นจำนวนเท่ากับเงินสะสมที่ครูส่งเป็นรายคนและกระทรวงศึกษาธิการส่งเงินสมทบเป็นจำนวนสองเท่าของเงินสะสมที่ครูส่งเป็นรายคน

เมื่อครูออกจากการเกษียณอายุ ครูจะได้รับเงินทุนเลี้ยงชีพสองส่วนดังต่อไปนี้ ส่วนที่หนึ่งเรียกว่า เงินทุนเลี้ยงชีพประเภท 1 เท่ากับจำนวนที่ครูได้ส่งเงินสะสมพร้อมทั้งดอกผลที่คำนวณได้และส่วนที่ 2 เรียกว่าเงินทุนเลี้ยงชีพประเภท 2 เท่ากับจำนวนที่โรงเรียนในระบบและกระทรวงศึกษาธิการได้ส่งเงินสมทบโดยไม่รวมดอกผล ทั้งนี้การที่ครูจะได้รับเงินทุนเลี้ยงชีพในส่วนที่ 2 นั้นครูจะต้องมีเวลาทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป หรือกรณีที่มีเวลาทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปีแต่ไม่ถึง 10 ปีบริบูรณ์ สามารถรับเงินทุนเลี้ยงชีพประเภท 2 ได้ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการกองทุนสงเคราะห์กำหนด

4) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เป็นกองทุนที่ลูกจ้างและนายจ้างตกลงกันจัดตั้งขึ้นและได้จดทะเบียนตามพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นหลักประกันแก่ลูกจ้างในกรณีที่ลูกจ้างตาย ออกจากงานหรือลาออกจากกองทุน โดยลูกจ้างจ่ายเงินสะสมและนายจ้างจ่ายเงินสมทบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพที่จัดตั้งขึ้นนั้น โดยจะจัดตั้งเป็นกองทุนนายจ้างเดียวหรือกองทุนหลายนายจ้าง อีกทั้งอาจมีนโยบายการลงทุนนโยบายเดียวหรือหลายนโยบายก็ได้ ทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้าง ลูกจ้างจะจ่าย “เงินสะสม” เข้ากองทุนโดยนายจ้างจะหักจากค่าจ้าง และนายจ้างจะจ่าย “เงินสมทบ” เข้ากองทุนด้วยเช่นกัน อัตราการจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนจะต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 2 แต่ไม่เกินร้อยละ 15 ของค่าจ้าง โดยนายจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนไม่ต่ำกว่าเงินสะสมของลูกจ้าง กล่าวอีกนัยหนึ่งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นสวัสดิการในรูปแบบของกองทุนที่เกิดจากการร่วมกันออมระหว่างลูกจ้างกับลูกจ้างนั่นเอง หากลูกจ้างมีการออมอย่างต่อเนื่อง นายจ้างร่วมสมทบในการออมนั้น และมีการนำเงินออมของลูกจ้างไปบริหารจัดการอย่างมีอาชีพให้เกิดดอกออกผล เมื่อสมาชิกสิ้นสุดสมาชิกภาพ เช่น เมื่อลาออกจากงาน สมาชิกจะได้มีสิทธิโดยจะได้รับส่วนของเงินสะสมเต็มจำนวนทุกกรณี พร้อมทั้งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากเงินสะสม สำหรับในส่วนส่วนของเงินสมทบและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากเงินสมทบสมาชิก จะได้รับตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในข้อบังคับกองทุน เช่น ขึ้นอยู่กับระยะเวลาทำงานในบริษัทหรือหน่วยงานที่จัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพขึ้นมา เป็นต้น ในปี พ.ศ.2554 มีสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอยู่ทั้งหมด 2,316,771 ราย และมีจำนวนเงินรวมในกองทุนทั้งสิ้น 615,259.07 ล้านบาท

5) กองทุนประกันสังคม (พ.ศ. 2533)

ถัดจากกลุ่มข้าราชการ การมีผลบังคับใช้ของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ได้เปิดโอกาสให้ประชาชนกลุ่มที่เหลือไม่ว่าจะเป็นกลุ่มลูกจ้างหรือกลุ่มแรงงานนอกระบบหรือแม้แต่ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน ได้มีโอกาสสร้างหลักประกันเศรษฐกิจยามชราภาพอย่างเป็นทางการ โดยผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ในฐานะผู้ประกันตนต้องมีส่วนร่วมจ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสังคมในรูปแบบของเงินสมทบผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มี 3 ประเภทได้แก่

5.1) ผู้ประกันตนตามมาตรา 33

ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป อยู่ในข่ายที่จะต้องเป็นผู้ประกันตน มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนโดยมีนายจ้างและรัฐบาลร่วมสมทบ และได้รับประโยชน์ทดแทน 7 กรณีอันได้แก่ ประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 5 ของค่าจ้าง (ตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม พ.ศ.2552 ในปี พ.ศ.2554 ได้ลดหย่อนลงเหลือร้อยละ 4.5) ทั้งนี้คิดค่าจ้างตามจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน โดยนายจ้างและรัฐบาลร่วมสมทบร้อยละ 5 และร้อยละ 2.75 ตามลำดับ (ในปี พ.ศ.2554 ลดลงเหลือร้อยละ 4.5 และร้อยละ 2.5) เมื่อผู้ประกันตนมีอายุ 55 ปีบริบูรณ์และต้องจ่ายเงินสมทบมาไม่น้อยกว่า

180 เดือนโดยติดต่อกันหรือไม่ติดต่อกันก็ได้ จึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนยามชราภาพในรูปแบบของบำนาญ จำนวนเงินบำนาญรายเดือนนั้นคำนวณจากร้อยละ 20 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย (ทั้งนี้คิดค่าจ้างตามจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน) หากผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมากกว่า 180 เดือน อัตราการคำนวณเงินบำนาญจากค่าจ้างจะเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.5 ต่อการจ่ายเงินสะสมทุก ๆ 12 เดือน หากจ่ายเงินสมทบไม่ถึง 180 เดือนจะได้เงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับเงินสมทบของผู้ประกันตนและเงินสมทบส่วนของนายจ้างเฉพาะส่วนของประโยชน์ทดแทนชราภาพ แต่ถ้าจ่ายไม่ถึง 12 เดือนจะได้รับเฉพาะส่วนของผู้ประกันตนเท่านั้น

5.2) ผู้ประกันตนตามมาตรา 39

ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างแต่มีความประสงค์จะดำรงการเป็นผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมต่อ สามารถที่จะแสดงความจำนงเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 39 ได้ ทั้งนี้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขไว้ว่า ผู้จะเป็นผู้ประกันตนได้นั้นต้องเป็นผู้ที่ได้ส่งเงินสมทบมาก่อนแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือนและต้องยื่นสมัครภายใน 6 เดือนนับแต่ได้สิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง ปัจจุบันกองทุนประกันสังคมจัดเก็บเงินสมทบเท่ากับ 432 บาทต่อเดือน ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับประโยชน์ทดแทน 6 กรณี ได้แก่ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตายสงเคราะห์บุตร และชราภาพต่อเนื่องจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33

5.3) ผู้ประกันตนตามมาตรา 40

ผู้นอกเหนือจากผู้ประกันตนตามมาตรา 33 โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรวัยทำงาน ที่ทำงานในภาคที่เป็นทางการมีโอกาสที่จะสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพอย่างสมครใจได้เช่นกันในฐานะผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ปัจจุบันรัฐบาลได้ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสมทบและสิทธิประโยชน์ของสมาชิกกองทุนประกันสังคมกลุ่มนี้โดยการตราพระราชกฤษฎีกากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสมทบประเภทของประโยชน์ทดแทนตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขแห่งสิทธิในการรับประโยชน์ทดแทนของบุคคลซึ่งสมัครเป็นผู้ประกันตนพ.ศ. 2544

กองทุนประกันสังคมได้จัดให้มีแพคเกจสำหรับผู้ประกันตนมาตรา 40 2 รูปแบบ ได้แก่ กรณีจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเดือนละ 70 บาทและรัฐสมทบให้อีก 30 บาทรวมเป็น 100 บาทจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน 3 กรณี ได้แก่ ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยทุพพลภาพ และตาย กรณีจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเดือนละ 100 บาทและรัฐสมทบให้อีก 50 บาทรวมเป็น 150 บาทจะได้รับประโยชน์ทดแทน 4 กรณี ได้แก่ 3 กรณีที่กล่าวข้างต้น และกรณีชราภาพ ทั้งนี้ประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพดังกล่าวจะมีใช้บำนาญรายเดือน แต่เป็นเงินบำเหน็จชราภาพซึ่งจ่ายให้เป็นก้อนครั้งเดียวเมื่ออายุครบหกสิบปีบริบูรณ์และไม่ประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป โดยจ่ายในอัตราไม่น้อยกว่าจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ พร้อมด้วยผลประโยชน์ตอบแทนรายปีที่สำนักงานประกันสังคมประกาศกำหนดในแต่ละปี

6) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นมาตรการที่รัฐบาลจัดสรรเงินอุดหนุนรายเดือนให้กับผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์เพื่อใช้ในการดำรงชีพ ในช่วงเริ่มต้นในปี พ.ศ.2536 รัฐบาลโดยกรมประชาสงเคราะห์ได้เริ่มจัดสรรเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุที่ยากไร้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเท่านั้น เป็นจำนวนเงิน 200 บาทต่อคนต่อเดือนผ่านระบบการสรรหาโดยคณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ฯ ในปี พ.ศ.2543 ได้มีการออกระเบียบกรมประชาสงเคราะห์ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ การเพิ่มคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพ การส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสรรหาผู้สูงอายุที่เหมาะสม การเพิ่มจำนวนเงินเป็น 300 บาทต่อคนต่อเดือน เป็นต้น ในปี พ.ศ.2546 กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการถ่ายโอนภารกิจนี้จากกรมประชาสงเคราะห์ จึงทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ โดยมีกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไปให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ.2550 รัฐบาลได้ปรับเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพขึ้นเป็น 500 บาทต่อคนต่อเดือน

จนกระทั่งในปี พ.ศ.2552 รัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดการจัดสรรเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุจากระบบการคัดเลือกเป็นระบบถ้วนหน้า โดยคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้จัดทำระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ.2552 และกระทรวงมหาดไทยได้ประกาศระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2552 โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุทุกคนมีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ 500 บาทต่อคนต่อเดือน ยกเว้นผู้ที่ได้รับเงินบำนาญจากระบบบำนาญภาครัฐอื่น ๆ หรือผู้สูงอายุที่กำลังปฏิบัติหน้าที่และได้รับเงินเดือนจากรัฐบาล

ล่าสุดคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2554 อนุมัติให้กำหนดอัตราเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ ตามที่กระทรวงมหาดไทยเสนอ โดยผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพดังนี้ ผู้สูงอายุ 60-69 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 600 บาท ผู้สูงอายุ 70-79 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 700 บาท ผู้สูงอายุ 80-89 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ 800 บาท ผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับเบี้ยยังชีพ 1,000 บาท ทั้งนี้ ตั้งแต่งบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ.2555 เป็นต้นไป

7) กองทุนการออมแห่งชาติ

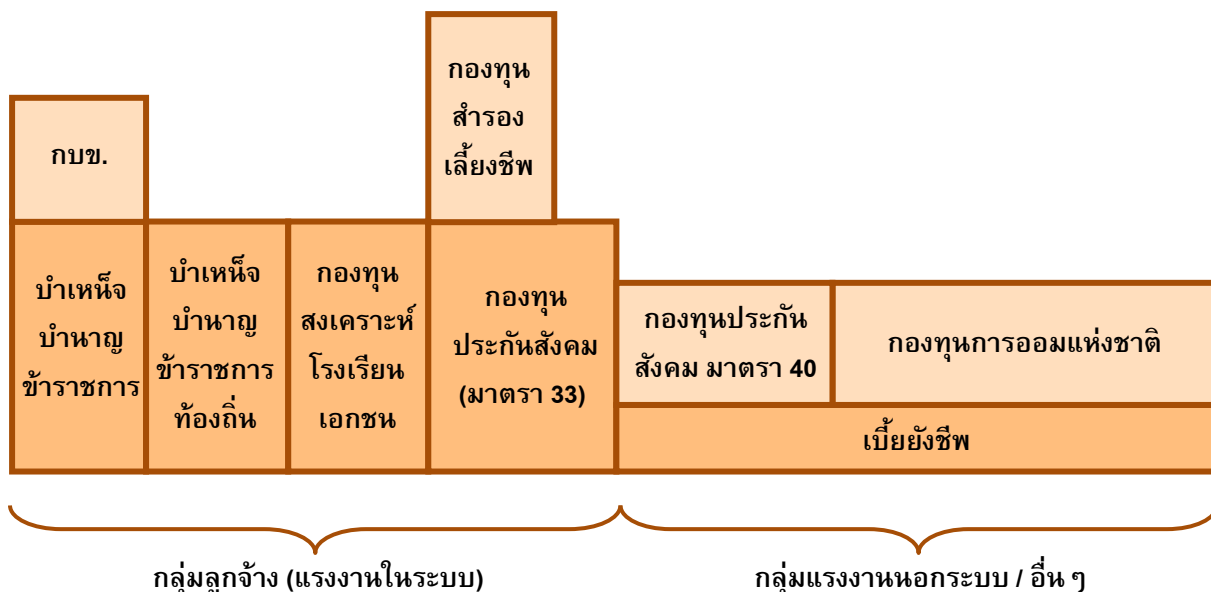
จากระบบบำนาญต่างๆ ที่ได้อธิบายข้างต้นจะเห็นได้ว่า แม้ว่าประชากรวัยทำงานที่ทำงานในภาคไม่เป็นทางการจะสามารถสมัครใจเป็นผู้ประกันตามมาตรา 40 ของกองทุนประกันสังคมเพื่อรับประโยชน์ทดแทนชราภาพ อย่างไรก็ตามสิทธิประโยชน์นั้นก็เป็นเพียงบำเหน็จ มิได้มีโอกาสมีหลักประกันในลักษณะของบำนาญเหมือนประชากรวัยทำงานกลุ่มอื่นๆ กองทุนการออมแห่งชาติจึงเข้ามาเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว

พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติได้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2554 เพื่อให้มีระบบการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะประชากรภาคแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศที่เป็นแรงงานนอกระบบยังไม่ได้รับความคุ้มครองเพื่อการชราภาพอย่างทั่วถึงและสร้างความมั่นคงในบั้นปลายของชีวิต ตลอดจนเพื่อเป็นการสร้างวินัยในการออมของประชาชนคนไทยในวัยทำงาน ผู้ที่มีสิทธิเป็นสมาชิกของกองทุนนี้ต้องเป็นบุคคลสัญชาติไทยซึ่งมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่เป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมซึ่งส่งเงินเพื่อได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพ สมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการกรุงเทพมหานคร กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ กองทุนสงเคราะห์ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชนหรือเป็นสมาชิกกองทุนหรืออยู่ในระบบบำนาญอื่นตามที่กำหนดโดยกฎกระทรวง มีสิทธิเป็นสมาชิกของกองทุนบุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าว สามารถสมัครเป็นสมาชิกโดยต้องจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุนซึ่งต้องไม่น้อยกว่าเดือนละ 50 บาท โดยไม่เกินจำนวนที่กำหนดไว้โดยกฎกระทรวง โดยรัฐบาลต้องจ่ายเงินสมทบตามระดับอายุของผู้เป็นสมาชิก และเป็นอัตราส่วนกับเงินสะสม โดยเงินสมทบดังกล่าวนั้นจะต้องไม่เกินจำนวนเงินสมทบสูงสุดที่กำหนด กรณีสมาชิกมีอายุไม่เกิน 30 ปี อัตราส่วนเงินสมทบต่อเงินสะสมเป็นร้อยละ 50 อายุ 30 ปีแต่ไม่เกิน 50 ปีร้อยละ 80 และเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100 เงินสะสมของสมาชิกและเงินสมทบของรัฐบาลจะถูกสะสมไว้บัญชีส่วนบุคคล และจะถูกนำไปบริหารจัดการโดยกองทุนฯ เพื่อให้เกิดผลประโยชน์ตอบแทน เมื่ออายุ 60 ปีบริบูรณ์ เงินสะสมของสมาชิกเงินสมทบของรัฐบาลและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นระหว่างทางก็จะถูกนำมาคำนวณเงินบำนาญรายเดือนให้กับสมาชิกกองทุนฯ จะได้รับเงินบำนาญดังกล่าวไปจนสิ้นอายุ

ก่อนมีการดำเนินการในการรับสมัครสมาชิกอย่างเป็นทางการ รัฐบาลชุดปัจจุบันกำลังพิจารณาแก้ไขพระราชบัญญัตินี้ในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (1) ให้สมาชิก กอช. เลือกรับเงินหลังเกษียณเมื่อครบอายุ 60 ปีว่าเลือกรับเป็นเงินบำเหน็จหรือบำนาญก็ได้ (จากเดิมที่เป็นเงินบำนาญอย่างเดียว) (2) แก้ไขการจ่ายเงินสมทบของภาครัฐซึ่งเดิมจ่ายเป็นขั้นบันไดตามอายุของสมาชิกเริ่มตั้งแต่ 50 บาท 80 บาท และ 100 บาท เป็นการจ่ายสมทบให้เป็นอัตราเดียวกันทุกช่วงอายุ คือ 100 บาท (แต่ทั้งปีต้องไม่เกิน 1,200 บาท) (3) เสนอให้แก้ไขกฎหมาย กอช. โดยให้ผู้ที่อายุเกิน 60 ปีที่มีอาชีพอิสระ สามารถเป็นสมาชิกได้แต่ต้องเป็นไม่ต่ำกว่า 5 ปี หากลาออกก่อนจะได้คืนเฉพาะเงินสะสมของตนเอง แต่จะไม่ได้เงินสมทบจากภาครัฐ (4) กรณีที่สมาชิกทุพพลภาพสามารถขอรับเงินคืนได้ทั้งในส่วนเงินสะสมของตนเองและเงินสมทบจากภาครัฐซึ่งจากเดิมกฎหมายให้ออนได้เฉพาะเงินที่สมาชิกสะสม ส่วนเงินสมทบจากภาครัฐต้องรอจนอายุครบ 60 ปีจึงจะได้ และ (5) การบริหารผลประโยชน์ของกองทุนกฎหมายใหม่จะให้ลงทุนได้เฉพาะเงินฝากธนาคาร พันธบัตรรัฐบาล รัฐวิสาหกิจเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาขาดทุน

8) ภาพรวมของระบบบำนาญภาครัฐในปัจจุบัน

จากระบบบำนาญภาครัฐที่ได้กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปภาพรวมของระบบบำนาญภาครัฐที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้ดังรูปภาพต่อไปนี้



3.2.2 การส่งเสริมการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพผ่านมาตรการทางภาษีอากร

นอกเหนือจากการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจในรูปแบบของการจัดให้มีระบบบำนาญประเภทต่างๆ เพื่อประชากรวัยทำงานและวัยสูงอายุแล้ว ตั้งแต่ปี พ.ศ.2525 จนถึงปัจจุบัน รัฐบาลได้ส่งเสริมการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพผ่านมาตรการทางภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ลักษณะของการส่งเสริมนั้น มีทั้งรูปแบบที่เป็นการบรรเทาภาษีอากรให้แก่ผู้สูงอายุ การสร้างแรงจูงใจให้กับประชากรวัยทำงานที่มีส่วนร่วมสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพด้วยตนเอง รวมถึงการส่งเสริมการสร้างหลักประกันด้านต่างๆ ให้กับบุพการี

1) มาตรการเพื่อบรรเทาภาระภาษีอากรให้แก่ผู้สูงอายุ

1.1) ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินได้ของผู้ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 65 ปีบริบูรณ์ เป็นจำนวน 190,000 บาท เพื่อเป็นการบรรเทาภาระทางภาษีให้แก่ผู้สูงอายุ

1.2) กรณีข้าราชการในระบบบำนาญข้าราชการ

- ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับบำนาญดำรงชีพ
- ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับบำนาญพิเศษ บำนาญพิเศษ บำนาญตกทอด

1.3) กรณีข้าราชการเกษียณอายุและได้รับเงินจากกองทุนบำนาญข้าราชการ (กบข.)

- ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินได้ที่จ่ายเป็นเงินสะสมเข้า กบข. เฉพาะส่วนที่ไม่เกิน 500,000 บาท สำหรับปีภาษีนั้น
- ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ได้รับจาก กบข. เนื่องจากออกจากราชการเพราะเหตุสูงอายุ เหตุทุพพลภาพ เหตุทดแทน หรือตาย

เพื่อสนับสนุนข้าราชการที่เป็นสมาชิก กบข. ได้มีเงินออม จูงใจให้ข้าราชการเป็นสมาชิก กบข. และเพื่อเป็นการบรรเทาภาระภาษีให้แก่ข้าราชการที่เกษียณอายุ

1.4) กรณีลูกจ้างเกษียณอายุและได้รับเงินจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Provident Fund : PVD)

- ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินได้ที่ลูกจ้างจ่ายเป็นเงินสะสมเข้า PVD ในอัตราไม่เกินร้อยละ 15 ของค่าจ้าง แต่ไม่เกิน 500,000 บาท สำหรับปีภาษีนั้น
- ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ลูกจ้างได้รับจาก PVD เมื่อลูกจ้างออกจากงานเพราะเกษียณอายุ ทูพพลภาพ หรือ ตาย

เพื่อสนับสนุนลูกจ้างที่เป็นสมาชิก PVD ได้มีเงินออม จูงใจให้ลูกจ้างเป็นสมาชิก PVD และเพื่อเป็นการบรรเทาภาระภาษีให้แก่ลูกจ้างที่เกษียณอายุ

1.5) กรณีครูใหญ่ หรือ ครูโรงเรียนเอกชน ได้รับเงินจากกองทุนสงเคราะห์ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ครูใหญ่หรือครูโรงเรียนเอกชนได้รับจากกองทุนสงเคราะห์ เมื่อออกจากงาน เพราะเหตุสูงอายุ ทูพพลภาพ หรือ ตาย

1.6) กรณีกองทุนประกันสังคม (กรณีลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาลจ่ายเข้ากองทุน) ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินประโยชน์ทดแทนรวมถึงประโยชน์ทดแทนชราภาพที่ผู้ประกันตนได้รับจากกองทุนประกันสังคม ตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

1.7) ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารในราชอาณาจักร ประเภทเงินฝากประจำที่มีระยะเวลาการฝากตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เฉพาะผู้มีเงินได้มีอายุไม่ต่ำกว่า 55 ปี บริบูรณ์ที่ได้รับดอกเบี้ยเงินฝากประจำทุกประเภทรวมกันไม่เกิน 30,000 บาท ตลอดปีภาษี เพื่อสนับสนุนนโยบายส่งเสริมการออมระยะยาว โดยมุ่งเน้นผู้มีเงินได้ที่อยู่ในวัยหลังเกษียณอายุ

1.8) กรณีส่งเสริมการออมสำหรับผู้ซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (Retirement Mutual Fund : RMF) ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินหรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ผู้ถือหน่วยลงทุนใน RMF ได้รับจาก RMF เพราะเหตุสูงอายุ ทูพพลภาพ หรือตาย

2) มาตรการเพื่อสร้างแรงจูงใจประชากรวัยทำงานในการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจยามชราภาพ

2.1) กรณีส่งเสริมการออมสำหรับผู้ซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (Retirement Mutual Fund: RMF) ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินที่จ่ายเป็นค่าซื้อหน่วยลงทุนใน RMF ในอัตราไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินได้ แต่รวมกับเงินสะสมที่จ่ายเข้า PVD หรือ กบข. ต้องไม่เกิน 500,000 บาท สำหรับปีภาษีนั้น เพื่อเพิ่มทางเลือกในการออมเงินระยะยาวให้แก่ลูกจ้างข้าราชการ และผู้มีเงินได้โดยทั่วไป

2.2) กรณีครูใหญ่ หรือ ครูโรงเรียนเอกชนได้รับเงินจากกองทุนสงเคราะห์ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินได้ที่จ่ายสมทบเข้ากองทุนสงเคราะห์ เฉพาะส่วนที่ไม่เกิน 500,000 บาท สำหรับปีภาษีนั้น เพื่อสนับสนุนให้ครูที่เป็นสมาชิกกองทุนสงเคราะห์ฯ ได้มีเงินออม จูงใจให้ครูเป็นสมาชิกกองทุนสงเคราะห์ฯ และเพื่อเป็นการบรรเทาภาระทางภาษีให้แก่ครูที่เกษียณอายุ

2.3) กรณีกองทุนประกันสังคม (กรณีลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาลจ่ายเข้ากองทุน) ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเงินสมทบ ที่ผู้ประกันตนจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคมตามจำนวนที่จ่ายจริง

3) มาตรการส่งเสริมการสร้างหลักประกันด้านต่างๆให้กับบุคลากรและมาตรการอื่นๆ

3.1) ให้หักค่าลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับค่าอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดาของตนเองและของคู่สมรสที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคนละ 30,000 บาท กรณีบิดาหรือมารดามีรายได้ไม่เกิน 30,000 ต่อปีและอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีเงินได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดาผู้ให้กำเนิดบุตร

3.2) ให้หักค่าลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับค่าอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา สามีหรือภรรยา บุตรชอบด้วยกฎหมายหรือบุตรบุญธรรมของผู้มีเงินได้ บิดามารดาหรือบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของสามีหรือภรรยาของผู้มีเงินได้ หรือบุคคลอื่นที่ผู้มีเงินได้เป็นผู้ดูแลตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการคนละ 60,000 บาท โดยบุคคลดังกล่าวต้องเป็นคนพิการซึ่งมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือเป็นคนทุพพลภาพมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพและอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีเงินได้ ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขรวมทั้งจำนวนคนพิการและคนทุพพลภาพในความอุปการะเลี้ยงดูของผู้มีเงินได้ที่อธิบดีประกาศกำหนด เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา ผู้ให้กำเนิดบุตร ให้หักค่าลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา รวมทั้งบิดามารดาของคู่สมรสตามจำนวนเบี้ยประกันตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท โดยบิดามารดาต้องมีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาท เพื่อสนับสนุนการสร้างสถาบันครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง

3.3) ให้หักค่าลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับเบี้ยประกันสุขภาพบิดามารดา รวมทั้งบิดามารดาของคู่สมรสตามจำนวนเบี้ยประกันตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 15,000 บาท โดยบิดามารดาต้องมีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาท เพื่อสนับสนุนการสร้างสถาบันครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง

3.3 ระบบบริการทางสังคมและสวัสดิการทางสังคม

ระบบบริการด้านสังคมและสวัสดิการสังคมนั้น แต่เดิมหน่วยงานภาครัฐเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นการให้บริการในลักษณะของการสงเคราะห์ เมื่อมีผู้ประสบความทุกข์ยากหรือได้รับภัยพิบัติต่างๆ หน่วยงานรัฐที่ทำหน้าที่หลัก คือ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานเสริม เช่น มูลนิธิราชประชานุเคราะห์ มูลนิธิราชประชาสมาศัย เป็นต้น จนกระทั่งถึงปี พ.ศ.2546 ที่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุได้มีผลบังคับใช้ จึงพบว่าได้มีหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้ามาร่วมดำเนินการให้บริการด้านสังคมและสวัสดิการสังคมในรูปแบบต่างๆ แก่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีฐานะยากจน บริการสังคมและสวัสดิการสังคมต่างๆ จึงมุ่งที่จะเพิ่มรายได้ และหาทางลดรายจ่ายของผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นหลัก ซึ่งบริการและสวัสดิการสังคมต่างๆ ดังกล่าวได้แก่ กองทุนสวัสดิการชุมชน กองทุนผู้สูงอายุ งานส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพ และฝึกอาชีพที่เหมาะสม เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและประสบปัญหาความเดือดร้อน เงินสงเคราะห์ค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุ

3.3.1 กองทุนสวัสดิการชุมชน

กองทุนสวัสดิการชุมชน เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นจากการระดมทุนและการออมร่วมกันของคนในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการจัดสวัสดิการชุมชนที่มีความครอบคลุมเป้าหมายทุกเพศทุกวัยในชุมชน ตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2553) โดยมีการดำเนินงานตามระเบียบของกองทุนที่เกิดจากความเห็นชอบร่วมกันของคนในชุมชน โดยเน้นการสร้างระบบการดูแลและเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน โดยมีสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช) เป็นหน่วยงานในการสนับสนุนและเสริมขีดความสามารถในการดำเนินงาน รัฐบาลได้ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณดำเนินการในสัดส่วน 1:1:1 (ชุมชน: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: รัฐบาล) และสนับสนุนการขับเคลื่อนกองทุนสวัสดิการชุมชนทั้งในระดับชาติและจังหวัด ในปี พ.ศ.2552 มีสมาชิกได้รับประโยชน์จากกองทุนสวัสดิการชุมชน จำนวน 17,331 คน (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. 2553) ต่อมาในปี พ.ศ.2553 รัฐบาลได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานกองทุนสวัสดิการสังคมทั่วประเทศ จำนวน 727.3 ล้านบาท ครอบคลุมทุกภาค มีสมาชิกที่เป็นคนทุกวัยได้รับผลประโยชน์จากกองทุนสวัสดิการชุมชน ในปี พ.ศ.2553 จำนวน 1,457,107 คน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2553) ซึ่งในปี พ.ศ.2554 ประเด็นนี้ไม่ได้ประกาศอยู่ในนโยบายหลักของรัฐบาล

3.3.2 กองทุนผู้สูงอายุ

กองทุนผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 13 กองทุนนี้อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กองทุนผู้สูงอายุเป็นกองทุนของรัฐบาล เพื่อใช้จ่ายในการคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ ความมั่นคง และคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งให้การสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง กองทุนผู้สูงอายุได้รับ

งบประมาณเริ่มต้นในการดำเนินงาน 30 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2548 และในปีถัดๆ มาได้รับเงินเพิ่มขึ้นตามลำดับ ในปีพ.ศ.2552 รัฐบาลได้ใช้ประโยชน์จากกองทุนผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประกอบอาชีพ โดยได้ขยายเขตงานให้กู้ยืมจาก 15,000 บาทต่อราย เป็น 30,000 บาทต่อราย กองทุนผู้สูงอายุก่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุผ่านโครงการฝึกอบรม และโครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และออกกำลังกาย มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เช่น การดูแลสุขภาพ ออกกำลังกาย นันทนาการ การฝึกอาชีพ พัฒนาทักษะอาชีพ ฯลฯ จากการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2554 (คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2554) พบว่า กว่าร้อยละ 95 ของโครงการที่ได้รับการอุดหนุนทำสำเร็จและผู้สูงอายุพอใจที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เกิดความสามัคคี ได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญา ส่วนการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคล ส่วนใหญ่กู้ยืมไปเพื่อประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือ ค้าขาย พบว่า กว่าร้อยละ 85 รายงานว่าสามารถส่งเงินคืนได้ตามกำหนด และทุนที่ได้ทำให้มีการประกอบอาชีพที่ดีขึ้น

3.3.3 การดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม

นับจากปี พ.ศ.2475 นโยบายของประเทศไทยในด้านแรงงาน ระบุว่า “จะต้องบำรุงความสุขของราษฎรในทางเศรษฐกิจและหาหนทางให้ราษฎรทุกคนทำ” ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดหางานให้ประชาชน คือ กรมแรงงาน (เดิมสังกัดกระทรวงมหาดไทย ปัจจุบันสังกัดกระทรวงแรงงาน) ก็ได้ดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวข้างต้นมาโดยตลอด จนถึงปี พ.ศ.2546 ที่มีการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ กำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนด้านการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม หน่วยงานในสังกัดกระทรวงแรงงานที่ให้ความสำคัญในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มงานบูรณาการหลักประกันผู้สูงอายุ สังกัดสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มงานนี้มีหน้าที่ศึกษาวิเคราะห์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันทางสังคมพื้นฐาน การดำเนินงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ เช่น การขยายอายุเกษียณ และการออมสำหรับวัยเกษียณ โครงการนำร่องศึกษาความเหมาะสมในการทำงานของแรงงานหลังเกษียณอายุ ฯลฯ สำหรับการดำเนินงานภายใต้กิจกรรมการส่งเสริมการประกอบอาชีพและการฝึกทักษะอาชีพที่เหมาะสม ประกอบด้วย การบริการจัดหางาน การส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ การให้คำแนะนำปรึกษาด้านอาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและมีความต้องการทำงาน ได้มีงานทำ มีรายได้ ลดภาระพึ่งพิงบุตรหลาน และไม่เป็นภาระของสังคม ส่วนกิจกรรมด้านฝึกอาชีพเพิ่มทักษะฝีมือแรงงาน ได้แก่ การฝึกทักษะอาชีพ

การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถเป็นวิทยากร เป็นอนุกรรมการมาตรฐานฝีมือแรงงาน โดยในปีงบประมาณ 2554 กระทรวงแรงงานได้ดำเนินงานในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในการประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม ได้ให้คำปรึกษาแนะนำในการประกอบอาชีพ 3,572 ราย ให้บริการฝึกอาชีพ 1,834 ราย ส่งเสริมผู้สูงอายุเป็นวิทยากร/อนุกรรมการมาตรฐานฝีมือแรงงาน 53 ราย ฯลฯ (กระทรวงแรงงาน. 2554)

3.3.4 การให้เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและประสบปัญหาเดือดร้อน

การให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นหน้าที่หลักของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ คือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกละเมิดหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง มีการให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาครอบครัว สนับสนุนในการจัดหาที่พัก อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุใน 76 จังหวัดทั่วประเทศตามความจำเป็น ในส่วนภูมิภาค ผู้สูงอายุสามารถขอรับความช่วยเหลือได้ที่สำนักพัฒนาสังคมทุกจังหวัด ในกรุงเทพมหานคร สามารถขอรับความช่วยเหลือที่สำนักงานคุ้มครองสวัสดิภาพชุมชนเขต 12 เขต ในสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ข้อมูลจากสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ในปี พ.ศ.2551 จำนวน 6,729 ราย ปี พ.ศ.2552 จำนวน 13,388 ราย ปี พ.ศ.2553 จำนวน 6,714 ราย

3.3.5 การให้ความช่วยเหลือเป็นค่าจัดการศพแก่ผู้สูงอายุ

การให้ความช่วยเหลือเป็นเงินค่าจัดการศพแก่ผู้เสียชีวิตนั้น แต่เดิมกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้การสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับค่าจัดการศพ ต้องมีฐานะยากจน ไม่มีญาติ หรือมีญาติ แต่ไม่สามารถจัดการศพได้ โดยช่วยเหลือรายละ 2,000 บาท ต่อมาในปี พ.ศ.2552 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ขยายสิทธิการให้ความช่วยเหลือในการจัดงานศพตามประเพณีสำหรับผู้สูงอายุทุกรายที่เสียชีวิต โดยเป็นการให้ความช่วยเหลือผ่านบุตร ญาติ พี่ น้อง หรือสมาชิกในครอบครัว สามารถขอรับความช่วยเหลือได้จากหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและประสบปัญหาเดือดร้อน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2552)

3.4 ระบบการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุและชุมชน

นอกเหนือจากระบบสวัสดิการดังกล่าวข้างต้น ยังมีบริการต่างๆ อันเกิดจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุและชุมชน ได้แก่ ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) การจัดอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ

3.4.1 ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

แนวคิดในการดำเนินการเกี่ยวกับศูนย์ที่ให้บริการในลักษณะของศูนย์อเนกประสงค์ในปัจจุบัน ได้ริเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 ทั้งนี้เป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันประชากรศาสตร์ (ปัจจุบัน คือ วิทยาลัยประชากรศาสตร์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย (ปัจจุบัน คือ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) โดยได้รับความสนับสนุนด้านงบประมาณจาก สำนักงานกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ได้ดำเนินโครงการ “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ” (มาลินี วงษ์สิทธิ และคณะ. 2541) โครงการนี้ได้มีการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน 4 ชุมชนนำร่องในจังหวัดกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น สุพรรณบุรี ภายใต้การดำเนินงานของกองสวัสดิการสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ร่วมกับสภาผู้สูงอายุ โดยมีการจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมาออกกำลังกาย มีการจัดกิจกรรม ให้บริการต่างๆ และฝึกอบรมในสถานที่ที่ใช้เป็นศูนย์ ซึ่งส่วนใหญ่ คือ วัด ซึ่งนับจากนั้นมา ก็ได้มีความพยายามในการพัฒนารูปแบบของศูนย์บริการทางสังคมมาเป็นระยะๆ จนถึงปี พ.ศ.2550 สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นโครงการนำร่องในพื้นที่ 8 จังหวัด 8 ศูนย์ได้แก่จังหวัด กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เพชรบุรี พิษณุโลก เชียงใหม่ ขอนแก่น สกลนคร และพัทลุง เพื่อเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุและบุคคลทุกเพศทุกวัยในชุมชน โดยมีการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องศูนย์อเนกประสงค์ให้แก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน ศูนย์อเนกประสงค์ เป็นศูนย์ที่บริหารโดยคนในชุมชน เพื่อคนในชุมชน กิจกรรมต่างๆ ที่จัดในศูนย์เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการส่งเสริมและขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทั้งทางกาย อารมณ์ สังคม และภูมิปัญญา กิจกรรมต่างๆ เช่น ด้านสุขภาพ ศิลปวัฒนธรรม การฝึกอาชีพ นันทนาการ ศูนย์อเนกประสงค์นี้ได้รับการประเมินผลจากสำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ในปี พ.ศ.2552 พบว่า แนวคิดเรื่องศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมีความเหมาะสม ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งเพิ่ม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพหลักในการดูแลและดำเนินการ ส่วนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย ทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการ ให้คำแนะนำเรื่องการบริหารจัดการ

ในปี พ.ศ.2553 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้ดำเนินการส่งเสริมให้มีการดำเนินการศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนที่มีแนวคิดและกระบวนการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกับศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 23 ศูนย์ สามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการและทำกิจกรรมร่วมกันในเวลากลางวัน ประมาณ 34,000 คน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2555)

ผลจากการประเมินพบว่า ศูนย์ที่เป็นแบบอย่างศูนย์ที่ดี (Best Practice) คือ ศูนย์อเนกประสงค์ที่จังหวัดพัทลุงและสกลนคร สองศูนย์นี้จึงเป็นศูนย์อเนกประสงค์ฯ เพื่อการเรียนรู้ของชุมชนอื่น เพื่อจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ ในพื้นที่อื่นต่อไป และแนวทางการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ได้ขยายออกไป โดยประสานความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อปท. หลายพื้นที่เห็นความสำคัญ ส่งผลให้มีการขยายผลและจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์ฯ เพิ่มขึ้นในทุกภาคอีก 16 แห่ง

3.4.2 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ) ได้ริเริ่มดำเนินการโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบการดูแล และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและประสบปัญหาทางสังคม ให้ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถได้รับบริการต่างๆ ของรัฐได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โครงการนาร่องดำเนินการในปี พ.ศ.2546 – พ.ศ.2547 คณะอนุกรรมการบูรณาการขยายผลการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ได้สนับสนุนดำเนินการผลักดันโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อเป็นกลไกในระดับฐานรากของชุมชน มีอาสาสมัครซึ่งเป็นคนภายในชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรม ผูกพันกะ ในการคุ้มครองผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อยู่ตามลำพัง เป็นมาตรการเชิงรุกทางสังคมที่มุ่งเข้าไปดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านพัก ในปี พ.ศ.2550 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เสนอขอความเห็นชอบให้ขยายผลจากคณะรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ ในวันที่ 10 เมษายน 2550 ให้ขยายผลการดำเนินงานโครงการ อผส. ให้เป็นนโยบายด้านการคุ้มครองสถานภาพผู้สูงอายุ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงานร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในท้องถิ่น

จากการที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อ พ.ศ.2550 ให้ขยายผลโครงการ อผส. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินการประสานสนับสนุนผลักดันและขยายโครงการ อผส. ตามกรอบระยะเวลาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551–2556 ปีงบประมาณ 2554 ครอบคลุม อปท. จำนวน 3,532 แห่ง มี อผส. จำนวน 31,272 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 568,966 คน การขยายผลโครงการ อผส. จะครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ในปี 2556 ทั้งนี้รัฐบาลสนับสนุนเงินเป็นค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานของ อผส. ในระยะเริ่มต้น คนละ 300 บาท ต่อเดือน ในปี พ.ศ.2554 เพิ่มขึ้นเป็นคนละ 600 บาทต่อเดือน (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2554)

3.4.3 การจัดอาคารสถานที่และสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ.2552 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (มส.ผส.) ริเริ่มให้มีการประกวดอาคารสถานที่ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ อาคารสถานที่ดังกล่าว ได้แก่ วัด สวนสาธารณะและตลาด การประกวดครั้งนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างกระแสสังคมให้หันมาสนใจและให้ความสำคัญในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรและปลอดภัยกับผู้สูงอายุ อาคารที่ชนะการประกวดถือเป็นอาคารต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ก็ได้ดำเนินการขับเคลื่อนชุมชนต้นแบบที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ทำการรณรงค์ให้สาธารณชนตระหนัก และสนใจการจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ และยังได้ร่วมมือกับคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จัดอบรมเผยแพร่ความรู้เรื่องการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านพักผู้สูงอายุ ผลิตภัณฑ์ และคู่มือต่างๆ เพื่อเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุในเรื่องการออกแบบก่อสร้าง ปรับปรุงสถานที่ให้สะดวกและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ติดตั้งราวจับในบ้าน ปรับปรุงห้องน้ำที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การมีไฟแสงสว่างเพียงพอ ฯลฯ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2554)

ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินการระดมความร่วมมือจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา รวมทั้งภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมในการระดมทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเน้นที่ความมั่นคง แข็งแรง ปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายต่อวัยและสภาพทางกายของผู้สูงอายุ และยังจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่สอดคล้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในสถานที่สาธารณะต่างๆ เช่น วัด อบต. ศูนย์ประจำหมู่บ้าน ฯลฯ โดยให้งบประมาณในการปรับปรุงบ้านหลังละไม่เกิน 10,000 บาท สถานที่สาธารณะไม่เกิน 15,000 บาท ในการดำเนินการจะขอความร่วมมือจากทุกภาคส่วน มาช่วยกันซ่อมแซม ปรับปรุงที่พักอาศัยและสถานที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

3.5 บริการด้านที่อยู่อาศัย

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ คือที่อยู่อาศัยหรือบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ ปัจจุบันหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ให้ความสำคัญกับการจัดบริการด้านที่อยู่อาศัยในรูปแบบต่างๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2555)

3.5.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

เดิมคือสถานสงเคราะห์คนชรา สถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2496 อยู่ในความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถานสงเคราะห์คนชราจึงโอนมาขึ้นกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินการจัดศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อบริการผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง ไม่มีผู้ดูแลหรือไม่สามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวของตนเองได้ เป็นการช่วยเหลือในลักษณะสถานสงเคราะห์ ปัจจุบันมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง ในทุกภาคทั่วประเทศ ได้แก่

- 1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุบ้านบางแคกรุงเทพมหานคร
- 2) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
- 3) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
- 4) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุบ้านทักซิณ จังหวัดยะลา
- 5) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุวาศะเวสมย์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 6) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุบ้านภูเก็ท จังหวัดภูเก็ต
- 7) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
- 8) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
- 9) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง จังหวัดลำปาง
- 10) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม
- 11) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุสงขลา จังหวัดสงขลา
- 12) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั้ง 12 แห่ง มีขีดความสามารถในการรับผู้สูงอายุเข้าพำนักรักษาได้ จำนวนประมาณ 1,600 คน ในปี พ.ศ.2553 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,502 คน ที่ได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมทั้ง 12 แห่ง

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ.2545 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ถ่ายโอน “สถานสงเคราะห์คนชรา” จำนวน 13 แห่ง ให้ไปอยู่ในความรับผิดชอบของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สถานสงเคราะห์คนชราทั้ง 13 แห่ง ได้แก่

- 1) สถานสงเคราะห์คนชรabanบางแค2 กรุงเทพมหานคร
- 2) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี : หลวงพ่อลำไยจังหวัดกาญจนบุรี
- 3) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี : หลวงพ่อเป็นอุปถัมภ์ จังหวัดนครปฐม
- 4) สถานสงเคราะห์คนชรabanเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
- 5) สถานสงเคราะห์คนชรabanนครปฐม จังหวัดนครปฐม
- 6) สถานสงเคราะห์คนชรabanลพบุรี จังหวัดลพบุรี
- 7) สถานสงเคราะห์คนชรabanจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
- 8) สถานสงเคราะห์คนชรabanวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่
- 9) สถานสงเคราะห์คนชรabanธรรมปรกรณ์ (วัดม่วง) จังหวัดนครราชสีมา
- 10) สถานสงเคราะห์คนชรabanธรรมปรกรณ์ (โพธิ์กลาง) จังหวัดนครราชสีมา
- 11) สถานสงเคราะห์คนชรabanมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- 12) สถานสงเคราะห์คนชรabanศรีตรัง จังหวัดตรัง
- 13) สถานสงเคราะห์คนชราอุ้มทอง – พนังตัก จังหวัดชุมพร

สถานสงเคราะห์ทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้ความดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัดในแต่ละจังหวัด ที่สถานสงเคราะห์คนชรานั้นตั้งอยู่ สถานสงเคราะห์คนชราแต่ละแห่งได้ให้ความอุปการะดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาส ยากจน ขาดผู้ดูแลหรือขาดที่พึ่งพิง ด้วยการให้ที่พักอาศัยควบคู่ไปกับการจัดบริการด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ เช่น การดูแล ด้านสุขภาพ กายภาพบำบัด บริการสังคมสงเคราะห์ การจัดกิจกรรมนันทนาการ ศาสนกิจ การส่งเสริม การเรียนรู้ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ

3.5.2 บ้านสบายของยายตา

เป็นโครงการของการเคหะแห่งชาติที่ได้จัดกิจกรรมเนื่องในโอกาสวัน “ที่อยู่อาศัยสากล” (World Habitat Day) ซึ่งตรงกับวันจันทร์แรกของเดือนตุลาคมของทุกปี เป็นกิจกรรมโครงการนำร่องเพื่อสังคม “บ้านสบายของยายตา” เป็นการซ่อมแซมบ้านของผู้สูงอายุที่ยากไร้และรายได้น้อย ปี 2553 ซ่อมบ้าน จำนวน 6 หลัง โดยระดมผู้มีจิตอาสาในท้องถิ่นมาร่วมกันปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลบางตะบูน อ.บ้านแหลม จ.เพชรบุรี

3.5.3 สว่างคนิเวศ

เป็นโครงการที่พักอาศัยรูปแบบคอนโดมิเนียมสำหรับผู้สูงอายุ อยู่ในความรับผิดชอบของ สภาอากาศไทย เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2539 และนาม “สว่างคนิเวศ” เป็นนามพระราชทานจาก พระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เริ่มแรกเปิดให้บริการ 168 หน่วย/ห้อง ต่อมาสภาอากาศไทยเล็งเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ จึงได้ดำเนินโครงการจัดสร้าง ที่อยู่อาศัยในรูปแบบคอนโดมิเนียมระยะที่ 2 เป็นอาคารสูง 6 ชั้น จำนวน 8 อาคาร รวม 300 ห้อง ซึ่งเป็นอาคารชุดที่พักอาศัยที่สร้างขึ้นสำหรับผู้สูงอายุในแนวคิด “ชีวิตอิสระ มีคุณค่า พึ่งพาตนเอง” เพื่อให้เป็นที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านสภาพแวดล้อมและการดูแลสุขภาพกายและใจเมื่อยามแก่เฒ่า เน้นการออกแบบให้เหมาะสม และเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ อาทิ สระว่ายน้ำบำบัด ห้องออกกำลังกาย ลานสุขภาพ ห้องสมุด ห้องพระ ห้องกายภาพบำบัด และ ห้องพยาบาลพร้อมประจำอาคาร สำหรับคุณสมบัติของผู้ที่มีสิทธิพักอาศัยในโครงการสว่างคนิเวศ ต้องเป็นบุคคลสัญชาติไทยที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป โดยมีค่าสนับสนุนสำหรับสิทธิการเข้าอยู่อาศัย เริ่มต้นที่ 850,000 บาท และค่าบำรุงรักษารายเดือนห้องละ 2,500 บาท คาดว่าจะเปิดเข้าพักได้ภายใน ปี พ.ศ.2556

3.6 การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้สูงอายุ

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการให้บริการแก่ประชากรทุกเพศทุกวัย ผู้สูงอายุที่มีสิทธิเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป หากแต่การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงยุติธรรม เริ่มชัดเจนขึ้นหลังจากมีการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 โดยในปี พ.ศ.2547 นายกรัฐมนตรี โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติออกประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนในด้านต่าง ๆ กำหนดให้กระทรวงยุติธรรมเป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการให้คำแนะนำปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีสำหรับผู้สูงอายุ ให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมาย ประสานขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายช่วยเหลือผู้สูงอายุในการแก้ต่างคดี และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพตามที่กฎหมายกำหนดแก่ผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพยังให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่ตกเป็นพยานในคดีอาญาให้ได้รับความคุ้มครองปลอดภัยจากการข่มขู่ คุกคาม คุ้มครองผู้สูงอายุที่เสียหายในคดีอาญาตกเป็นจำเลย หรือต้องถูกคุมขังในระหว่างพิจารณาคดี หากภายหลังปรากฏว่าไม่ได้ทำผิด มีการถอนฟ้อง ผู้สูงอายุสามารถมาขอรับค่าชดเชย หรือค่าใช้จ่ายจากกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ และในเรื่องของการสนับสนุนด้านการเงิน กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพมีกองทุนยุติธรรมให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง การดำเนินคดี การบังคับคดี คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้ที่ได้รับความเดือดร้อน (กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม. 2554)

ในปี พ.ศ.2550 กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม ได้ดำเนินโครงการส่งเสริมคุณภาพและพัฒนาผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ต้องขัง ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ต้องขังส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพ จึงมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ สงเคราะห์ช่วยเหลือด้านเครื่องอุปโภคบริโภค โครงการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการผู้ต้องขัง พัฒนาความรู้ในการดำเนินชีวิตแก่ผู้ต้องขังสูงอายุ ฯลฯ เป็นโครงการที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน

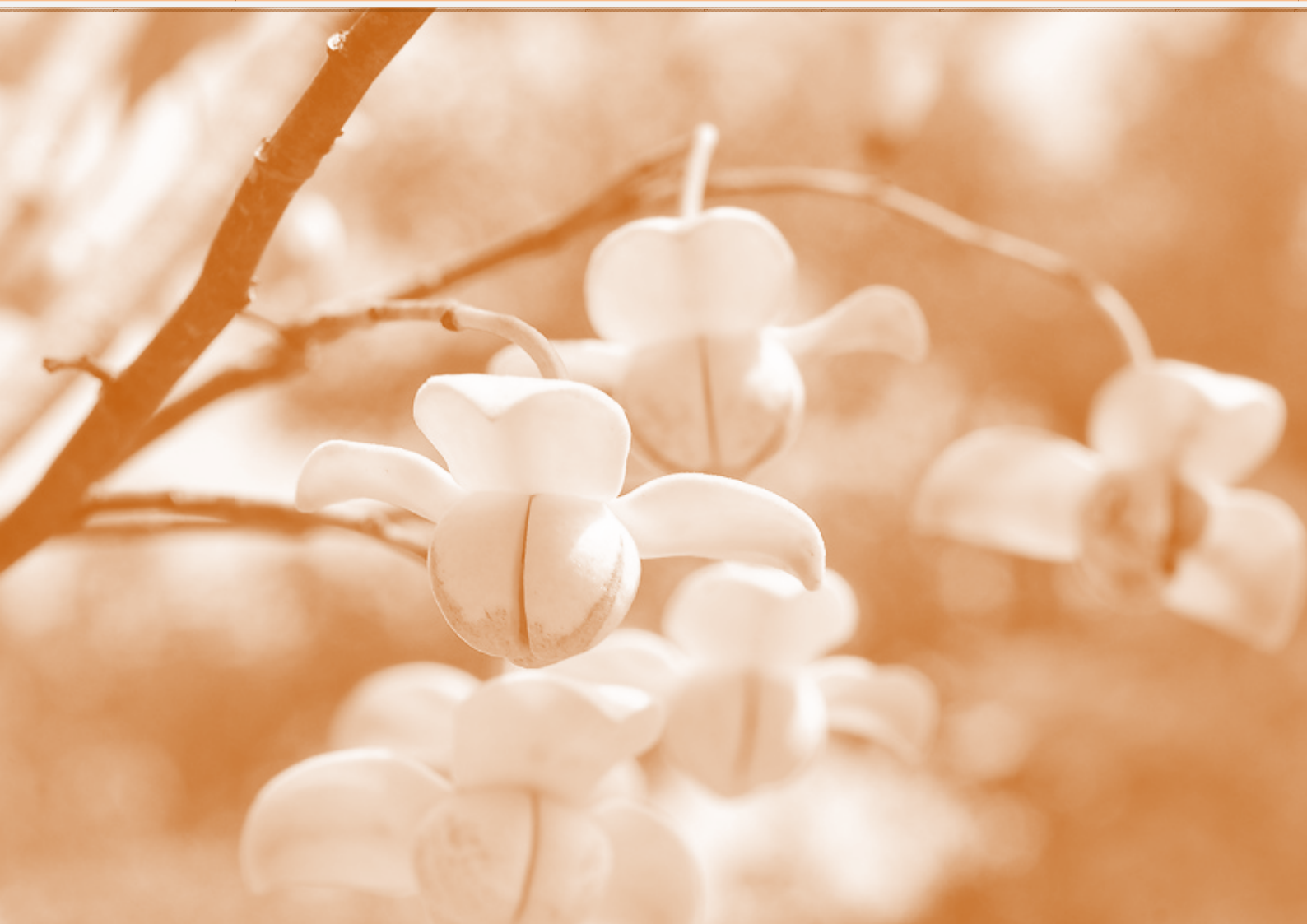
3.7 บริการสาธารณะ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 กำหนดมาตรการในการจัดทำมาตรฐานสถานที่สาธารณะ และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การประกาศกฎกระทรวงมหาดไทย กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ปี พ.ศ.2548 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนที่ 52 ก. 2 กรกฎาคม 2548) อาคารที่ต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาล อาคารที่ทำการของราชการ สถานีขนส่งมวลชน โรงแรม หอสมุด ฯลฯ อาคารเหล่านี้ต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกตามมาตรฐานที่กำหนด เช่น ทางลาด ลิฟท์ ป้ายสัญลักษณ์ แสดงสิ่งอำนวยความสะดวก ห้องส้วม ฯลฯ โดยกำหนดถึงลักษณะที่ได้มาตรฐานของสิ่งอำนวยความสะดวกไว้อย่างชัดเจน เช่น ทางลาด ต้องมีพื้นผิวเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น เป็นต้น กฎกระทรวงนี้บังคับใช้กับอาคารที่สร้างขึ้นภายหลังจากออกกฎกระทรวง

การจัดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุนี้ยังได้รับความสนใจและนำไปปฏิบัติน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาคารและสถานที่ราชการซึ่งเป็นอาคารเก่าสร้างก่อนปี พ.ศ.2548 แทบไม่มีการปรับปรุงหรือติดตั้งสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุเลย หรือหากมีก็ชำรุดปราศจากการซ่อมแซม และจากการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – พ.ศ.2564) พบว่า มาตรการนี้ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. 2551)

บริการสาธารณะอื่นๆ เท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่การยกเว้นอัตราค่าเข้าชมในพิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ อุทยานประวัติศาสตร์ อุทยานแห่งชาติและสวนสัตว์ การลดค่าโดยสารยานพาหนะ เช่น รถไฟ รถเมล์สาธารณะ รถไฟฟ้าใต้ดิน ค่าเครื่องบินของบริษัทการบินไทย และบางกอกแอร์เวย์ โดยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา มีการลดหย่อนค่าโดยสารให้กับผู้สูงอายุจากหลายหน่วยงานมากขึ้น แม้ว่าอัตราและระยะเวลาการลดหย่อนจะแตกต่างกันก็ตาม

บทที่ 4
สถานการณ์เด่นรอบปี

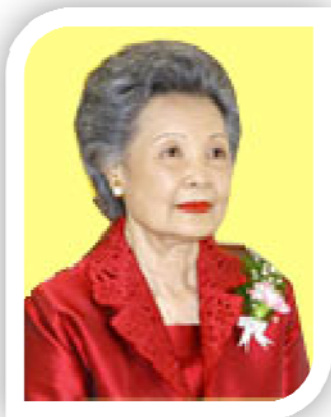


บทที่ 4

สถานการณ์เด่นรอบปี

4.1 ผู้สูงอายุแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ.2554

การคัดเลือกและประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุแห่งชาติของแต่ละปีนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการประกาศสดุดีเกียรติคุณนั้น จะผ่านการคัดเลือกและสรรหาจากคณะกรรมการสรรหาผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม ซึ่งมีนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธานคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการคณนี้อยู่ภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.)



ประกาศสดุดีเกียรติคุณ ท่านผู้หญิงสมาลี จาติกวณิช

ผู้สูงอายุแห่งชาติ พุทธศักราช 2554

ท่านผู้หญิงสมาลี จาติกวณิช เกิดเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ.2474 เริ่มต้นการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาจากโรงเรียนวัฒนาวิทยาลัย และสอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาและจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในแผนกวิทยาศาสตร์ เมื่อปี พ.ศ.2489 และด้วยความสนใจภาษาอังกฤษเป็นอย่างมาก ทำให้เป็นผู้ที่แตกฉานทั้งการฟัง/พูด/อ่านและเขียนภาษาอังกฤษมาตั้งแต่เยาว์วัย สมรสกับศาสตราจารย์นายแพทย์เกษน จาติกวณิช (ถึงอนิจกรรม) มีธิดา 1 คน

คือ คุณหญิงเกษมา วรวรรณ ณ อยุธยา

ท่านผู้หญิงสมาลี จาติกวณิช ดำรงตำแหน่งที่สำคัญในองค์กรภาครัฐและเอกชน ทั้งภายใน และต่างประเทศมากมาย อาทิเช่น ประธานคณะกรรมการบริหารมูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์ ประธานคณะกรรมการมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการ ประธานสภาสตรีแห่งชาติในพระบรมราชินูปถัมภ์ กรรมการบริหารมูลนิธิสหายใจไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่านผู้หญิงสมาลี จาติกวณิช เป็นผู้ที่มีคุณูปการอย่างยิ่งต่อมหาวิทยาลัยมหิดลในการสนับสนุน ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ของมหาวิทยาลัยมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งต่างๆ อาทิเช่น กรรมการบริหารศิริราชมูลนิธิ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิสภามหาวิทยาลัยมหิดล รองประธานกรรมการมูลนิธิสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนกฯ สำหรับเกียรติประวัติของท่านในระดับนานาชาติ ท่านผู้หญิงสมาลี จาติกวณิช ได้รับเลือกเป็นเอกอัครราชทูตจากสมาชิกรัฐสภาภาคพื้นแปซิฟิกและเอเชียอาคเนย์รวม 19 ประเทศ ให้ปฏิบัติหน้าที่ประธานสมาคมระหว่างประเทศ ถึงสองสมัย ตั้งแต่ พ.ศ.2530 ถึง พ.ศ.2537 ชื่อเสียงของท่านผู้หญิงสมาลี จาติกวณิช เป็นที่ยอมรับนับถือไปทั่วภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ด้วยเหตุนี้เมื่อองค์การสหประชาชาติประกาศการประชุมระดับโลกว่าด้วยเรื่องสตรี ครั้งที่ 4 ณ กรุงปักกิ่ง เมื่อปี พ.ศ.2538 คณะกรรมการจัดเตรียมการประชุมฯ จึงได้เชิญให้เป็นผู้ประสานงานภาคเอกชนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ซึ่งสามารถ

ปฏิบัติการกิจได้อย่างดีเยี่ยม จนกระทั่งได้รับการยกย่องในที่ประชุมฯ ในการเป็นแบบอย่างของการประสานงานที่มีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง นอกจากนี้ยังได้รับมอบหมายให้เป็นผู้แทนประเทศไทย ประจำคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก (Economics and Social Commission for Asia Pacific - ESCAP) อีกด้วย

การปฏิบัติหน้าที่ของท่านผู้หญิงสุมาลี จาติกวณิช ด้วยความวิริยะ อุตสาหะ เปี่ยมด้วยคุณธรรม ความรู้และความสามารถ อันยังประโยชน์อย่างยิ่งต่อสังคมส่วนรวมและประเทศชาติมาโดยตลอดนั้น ทำให้ได้รับรางวัลเกียรติยศมากมาย อาทิเช่น ในปี พ.ศ.2504 ได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ จตุตถจุลจอมเกล้าฝ่ายใน จึงมีคำนำหน้านามเป็น “คุณหญิง” ตั้งแต่อายุ 30 ปี และได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์เป็นลำดับมาจนถึง พ.ศ.2533 ได้รับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ ทูตียจุลจอมเกล้าพิเศษฝ่ายใน จึงได้คำนำหน้านามว่า “ท่านผู้หญิง” นับแต่นั้นมา รวมทั้งรางวัล นักสังคมสงเคราะห์ดีเด่น สาขาบริหารงานสังคม จากมูลนิธิศาสตราจารย์ปกรณ์ อังศุสิงห์ และ กรมประชาสัมพันธ์ รางวัลโล่ทองคำประกาศเกียรติคุณมนุษยสัมพันธ์ยอดเยี่ยมจากมนุษยสัมพันธ์ สมาคมแห่งประเทศไทย ฯลฯ แม้กระนั้นก็ยังสามารถปฏิบัติการกิจของครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ จนได้รับประกาศเกียรติคุณ “แม่ดีเด่นกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2550” จากกรุงเทพมหานคร

ด้วยเกียรติประวัติที่อปรด้วยคุณธรรม ความสามารถ และผลงานดีเด่นที่กระทำต่อเนื่องจวบจนปัจจุบัน คณะอนุกรรมการสรรหาผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างที่ดีในสังคม มีมติเป็นเอกฉันท์ให้นำเสนอต่อ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ พิจารณาเห็นชอบให้ท่านผู้หญิงสุมาลี จาติกวณิช เป็นผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2554 เพื่อเป็นเกียรติและแบบอย่างให้ผู้อื่นเจริญรอยตามสืบไป

4.2 ผู้สูงอายุที่เป็นศิลปินแห่งชาติ*

คณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติได้มอบหมายให้กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม ดำเนินการสรรหาและคัดเลือกศิลปิน เพื่อประกาศยกย่องเชิดชูเกียรติบุคคลผู้สร้างผลงานศิลปะใน 3 สาขา ได้แก่ สาขาทัศนศิลป์ สาขาวรรณศิลป์ และสาขาศิลปะการแสดง เป็นศิลปินแห่งชาติ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการ เผยแพร่และถ่ายทอดผลงาน ตั้งแต่ พ.ศ.2528 จนถึงปัจจุบัน

ปี พ.ศ.2554 คณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติได้ประกาศยกย่องเชิดชูเกียรติศิลปินแห่งชาติ พ.ศ.2554 จำนวน 9 คน โดยมีผู้สูงอายุที่ได้รับรางวัลดังกล่าว 8 คน ดังนี้

4.2.1 สาขาทัศนศิลป์

1) นายเมธา บุญนาค (สถาปัตยกรรม) ปัจจุบันอายุ 62 ปี



สถาปนิกชั้นนำของประเทศไทย มีผลงานเป็นที่ยอมรับและได้รับ รางวัลทั้งในประเทศและต่างประเทศมากมาย และเป็นวิทยากรบรรยาย ให้ความรู้กับหน่วยงานต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการเผยแพร่และสืบสาน งานศิลปะของชาติ

2) นายทองร่วง เอ็มโอรฐ (ประณีตศิลป์ – ศิลปะปูนปั้น) ปัจจุบันอายุ 69 ปี



ศิลปินปูนปั้นและผู้เชี่ยวชาญด้านศิลปะปูนปั้น มีฝีมือยอดเยี่ยมและ จินตนาการอันบรรเจิดที่มีรูปแบบในการปั้นและสูตรเฉพาะตัวในการดำปูน ที่สืบทอดและอนุรักษ์ศิลปะปูนปั้นดั้งเดิมของช่างเมืองเพชร

*กรมส่งเสริมวัฒนธรรม. 2555. ศิลปินแห่งชาติ พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

4.2.2 สาขาวรรณศิลป์

1) นายประภัสสร เสวิกุล (นวนิยายและกวีนิพนธ์) ปัจจุบันอายุ 64 ปี



นักเขียนที่ได้รับความนิยมจากนักอ่าน และเป็นที่ยอมรับในวงวรรณกรรมร่วมสมัยของไทย ในช่วงเวลากว่า 40 ปี ได้สร้างสรรค์ผลงานอันมีคุณค่าทั้งนวนิยาย เรื่องสั้น บทกวี สารคดี จำนวนมาก ผลงานจำนวนมาก ได้รับรางวัลในระดับชาติหลายเรื่อง

2) นายสุชาติ สวัสดิ์ศรี (เรื่องสั้นและกวีนิพนธ์) ปัจจุบันอายุ 67 ปี



นักเขียนเรื่องสั้น บทกวี นักแปล นักวิจารณ์ บรรณาธิการ และสร้างสรรค์งานทัศนศิลป์ ทั้งภาพจิตรกรรม ภาพถ่าย ภาพยนตร์สั้น ด้วยผลงานวรรณกรรมมีลักษณะสร้างสรรค์ แปลกใหม่ ไม่ตามกระแสแห่งยุคสมัย และไม่ยึดติดกับขนบวรรณศิลป์ใด

4.2.3 สาขาศิลปะการแสดง

1) นางรัชนา พวงประยงค์ (นาฏศิลป์ไทย – ละคร) ปัจจุบันอายุ 71 ปี



ศิลปินบทบาท ทั้งการแสดงโขน และละครทุกประเภท เป็นผู้มีความรู้ความสามารถสูงส่งและแสดงนำได้หลายหลากมากบท ตั้งแต่กระบวนรำ บทนางกษัตริย์ บทเทวดานางฟ้า จนถึงบทนางทุกประเภทละคร

2) นายนคร ถนอมทรัพย์ (ดนตรีไทยสากล – ประพันธ์และขับร้อง) ปัจจุบันอายุ 80 ปี



นักจัดรายการเพลงไทยสากลทางวิทยุกระจายเสียง จนเป็นที่รู้จักทั่วไป ในวงการเพลงไทยสากลว่าเป็นนักอนุรักษ์เพลงเก่า เป็นนายกสมาคม นักแต่งเพลงแห่งประเทศไทย เริ่มมีผลงานแต่งเพลงไทยสากลมาตั้งแต่อายุ 14 ปี มีผลงานประพันธ์เพลงไทยสากลมากกว่า 200 เพลง

3) นายเศรษฐา ศิระฉายา (ดนตรีไทยสากล – ขับร้อง) ปัจจุบันอายุ 68 ปี



เรียนรู้ดนตรีด้วยตัวเองโดยอยู่กับวงดนตรีหลายคณะมาตั้งแต่วัย เด็กด้วยความมีมานะและมีพรสวรรค์ในด้านดนตรีจึงสามารถเล่นดนตรีได้ เป็นอย่างดีได้เข้าร่วมแข่งขันวงดนตรีสตริงคอมโบ จนได้รับรางวัลถ้วยพระราชทานชนะเลิศถึง 3 ปีซ้อน และร่วมงานกับครูเพลงหลายท่าน ผลงานบันทึกแผ่นเสียงหลายชุด

4) รองศาสตราจารย์สดใส พันธุ์โหมล ปัจจุบันอายุ 79 ปี



ผู้บุกเบิกวางรากฐานวิชาศิลปการละครสากลขึ้นในประเทศไทย เป็นพหุสูตในด้านศิลปการละครสากล ไม่ว่าจะเป็นด้านการแสดง การกำกับการแสดง การเขียน – ดัดแปลงบท การร้อง เต้นรำ และประพันธ์ เพลง ละครเวที ละครโทรทัศน์ ภาพยนตร์ รายการวิทยุ – โทรทัศน์

4.3 บทบาทภาคเอกชนกับงานด้านผู้สูงอายุ

ในช่วงสามสิบปีที่ผ่านมา งานด้านต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานโดยภาครัฐ รัฐบาลได้สร้างหลักประกันยามชราภาพด้านต่างๆให้กับผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นหลักประกันด้านเศรษฐกิจ การศึกษาพยาบาล การสงเคราะห์ด้านการดูแลและที่อยู่อาศัย รวมไปถึงการให้สิทธิประโยชน์ต่างๆตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามงานด้านผู้สูงอายุ ภาคเอกชนก็มีบทบาทสำคัญไม่น้อย ทั้งการให้บริการและการเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อผู้สูงอายุ

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมีทั้งบริการในลักษณะที่ไม่แสวงหาผลกำไร และในเชิงธุรกิจ/แสวงหากำไร สำหรับประเภทที่ให้บริการโดยไม่แสวงหาผลกำไรสามารถแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นต้น
- 2) การให้บริการ/ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย และหรือปัจจัย 4 เช่น บ้านพักคนชราบางเขน โดยมูลนิธิธารานุเคราะห์ บ้านพักคนชราบ้านวัยทอง (โรงพยาบาลหัวเฉียว) สถานสงเคราะห์คนชราเซ็นต์หลุยส์ คามิลเลียนโซเชียลเซนต์เตอร์ สมาคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุมุสลิม เป็นต้น
- 3) การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทางวิชาการในด้านผู้สูงอายุ เช่น สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เป็นต้น
- 4) ศูนย์รวมผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่จะถ่ายทอดภูมิปัญญา/ประสบการณ์ต่างๆสู่สังคม เช่น สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย เป็นต้น

ขณะเดียวกันในปัจจุบัน ภาคเอกชนที่แสวงหาผลกำไรเริ่มให้ความสนใจผู้สูงอายุในฐานะลูกค้ามากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการเงิน ที่มีบริการ/โครงการในหลากหลายรูปแบบ ดังจะเห็นได้จากการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันเริ่มมีภาคเอกชนหันมาสนใจในการจัดบริการด้านการดูแลมากขึ้นเรื่อยๆไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของโรงพยาบาลที่มีศูนย์หรือแผนกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะแต่มีได้ให้บริการรักษาพยาบาล หากจำเป็นจะส่งไปรักษาในแผนกอื่น เช่น โรงพยาบาลโกลเด้นเวิลด์เนอร์สซิงโฮมโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 โรงพยาบาลนครินทร์เนอร์สซิงโฮม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีบ้านพักคนชรา สถานบริการกายภาพบำบัด หรือที่อยู่อาศัยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์จัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่มักจะกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครหรือเมืองใหญ่ เช่น นครปฐม ชลบุรี เชียงใหม่ สงขลา เป็นต้น

บทบาทภาคเอกชนที่สำคัญประการที่สองได้แก่ การร่วมสร้างหลักประกันด้านเศรษฐกิจกับผู้สูงอายุด้วยการออกผลิตภัณฑ์ทางการเงินรูปแบบต่างๆเพื่อประชาชนกลุ่มวัยต่างๆได้มีทางเลือกสำหรับการออมเงินระยะยาวอันจะนำไปสู่ความมั่นคงทางเศรษฐกิจยามชราภาพ ตัวอย่างที่สำคัญได้แก่การลงทุนด้วยการซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (Retirement Mutual Funds: RMFs) เงินที่จ่ายเป็นค่าซื้อหน่วยลงทุนใน RMFs นี้จะได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาในอัตราไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินได้ แต่รวมกับเงินสะสมที่จ่ายเข้า PVD หรือ กบข. ต้องไม่เกิน 500,000 บาท สำหรับปีภาษีนั้น

ในช่วงที่ผ่านมามาธนาคารพาณิชย์ได้เริ่มออกผลิตภัณฑ์เพื่อการออมเงินระยะยาวรูปแบบใหม่ เพื่อเพิ่มความมั่นคงทางการเงินให้กับผู้สูงอายุตั้งแต่หลังเกษียณอายุ รูปแบบที่กล่าวนี้มีลักษณะเป็น แผนประกันชีวิตแบบบำนาญหรือแผนออมทรัพย์สำหรับผู้สูงอายุ ลักษณะที่ร่วมกันคือ ผู้สมัครเอา ประกันจะสมัครตั้งแต่อายุยังน้อยและต้องชำระเบี้ยตามเงื่อนไขของธนาคาร ยกตัวอย่างเช่น สมัครตั้งแต่ อายุ 20-50 ปี ชำระเบี้ยจนถึงอายุ 55 ปี บางแห่งกำหนดให้ชำระเบี้ยประกันจนอายุ 60 ปีเป็นต้น หลังจากนั้นผู้เอาประกันก็จะได้รับเงินบำนาญรายปี ตั้งแต่อายุที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องจนครบอายุที่ กำหนดไว้ ธนาคารพาณิชย์หลายแห่งกำหนดไว้ที่อายุ 85 ปี จำนวนเงินที่รับในแต่ละปีจะเป็นสัดส่วน (เช่น 10% หรือ 20%) ของทุนประกัน ธนาคารพาณิชย์บางแห่งอาจจะกำหนดให้มีสิทธิประโยชน์ เพิ่มเติม เช่น ระหว่างที่ผู้เอาประกันชำระเบี้ยประกันอาจจะได้รับความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยหรือ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หากเสียชีวิตก่อนวัยอันควรครอบครัวก็จะได้รับเงินประกันภัยนั้นคืนกลับไป ตามเงื่อนไขของผลิตภัณฑ์ หรืออาจจะเลือกรับเงินเป็นก้อนได้ เป็นต้น

รัฐบาลได้กำหนดให้เงินเบี้ยประกันสำหรับการประกันชีวิตแบบบำนาญดังกล่าวข้างต้นสามารถ นำมายกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาได้ โดยเป็นการเพิ่มเติมค่าลดหย่อนเบี้ยประกันชีวิตที่มีอยู่แล้ว ตามปกติ 100,000 บาทเพิ่มขึ้นอีก 200,000 บาท ซึ่งวงเงินที่เพิ่มขึ้นต้องไม่เกินร้อยละ 15 ของเงินได้ พึ่งประเมินแต่เมื่อรวมกับเงินสะสมเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือเงินสะสมเข้ากองทุนบำเหน็จบำนาญ ข้าราชการหรือเงินสะสมเข้ากองทุนสงเคราะห์ตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชนแล้วแต่กรณีหรือ เงินค่าซื้อหน่วยลงทุนในกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพตามกฎหมายว่าด้วยหลักทรัพย์และ ตลาดหลักทรัพย์ต้องไม่เกิน 500,000 บาทในปีภาษีเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม การให้บริการต่างๆโดยภาคเอกชนที่เน้นการแสวงหาผลกำไรนี้ยังขาดมาตรฐาน และการกำกับดูแลโดยภาครัฐ

บรรณานุกรม

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม. การให้บริการผู้สูงอายุของกรมคุ้มครองสิทธิ และเสรีภาพ พ.ศ.2554.

กระทรวงแรงงาน. รายงานผลการดำเนินงานฯ ประจำปีงบประมาณ 2554.

กระทรวงสาธารณสุข. 2554. รายงานผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านสุขภาพตามนโยบายสำคัญและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข.

กฤษฎา แสงดี. 2551. การศึกษาอุปทานกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

กองทุนผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2555. รายงานการติดตามผลการดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ 2555.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2554. ผลการดำเนินงาน (พ.ศ. 2550 – 2554).

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ผลการดำเนินงาน (พ.ศ.2550-2554).

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2545. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564).

คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ใน คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2525. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525 – 2544.

จอห์น โนเดล และนาพร ชโยวรรณ. 2552. การสูงอายุทางประชากร และการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.

นงลักษณ์ พะไยยะ และ สัญญา ศรีรัตนะ. 2551. ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

นภาพร ชัยวรรณ มานี วังสิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. 2532. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรลุ ศิริพานิช. 2542. ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.

มานี วังสิทธิ์ และคณะ. 2541. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแล ให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ. เอกสารสถาบันหมายเลข 263/41 สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2551. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550.

สนับสนุนโดยกองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

_____ . 2552. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551.

สนับสนุนโดยกองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

_____ . 2553. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552.

สนับสนุนโดยกองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

_____ . 2553. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย

พ.ศ. 2545-2550. สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

_____ . 2554. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553.

สนับสนุนโดยกองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

วรเวศม์ สุวรรณระดา. 2555. มหากาพย์ “กองทุนการออมแห่งชาติที่ถูกลิ้ม? Episode III” ในหนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์ ฉบับวันอาทิตย์ที่ 10 มิถุนายน พ.ศ.2555.

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2554. ประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ : กรณีผู้สูงอายุ.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. 2551. รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). สนับสนุนโดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. ข้อมูลกองทุนสวัสดิการชุมชน พ.ศ.2552.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583.

สำนักงานราชกิจจานุเบกษา. 2555. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 111 ตอนที่ 21ก มิถุนายน 2537.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2517-19 – พ.ศ.2548-49.

_____. การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ.2554.

_____. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2537 – พ.ศ.2554.

_____. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.2548 – พ.ศ.2554.

_____. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2543 – พ.ศ.2553.

_____. สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2503 – พ.ศ.2553.

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-2552). กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2554. สถานการณ์ความยากจน และความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี 2553.

สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาทางสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กฎหมาย นโยบาย และแผนที่เอื้อต่อการพัฒนาผู้สูงอายุ.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. การแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี
(http://www.cabinet.thaigov.go.th/bb_main31.htm)

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2554. การดำเนินงานผู้สูงอายุ.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. 2550. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ และ ทิพวรรณ อิศรพัฒนากุล. 2540. การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ในอีก ๒ ทศวรรษหน้า. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 20(2) เมษายน – มิถุนายน.

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. World Population Prospects: The 2010 Revision.
(<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>).

ภาคผนวก

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554

1. นายแพทย์บรรลพ ศิริพานิช	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	ประธาน
2. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	กรรมการ
3. แพทย์หญิงลัดดา ดำริการเลิศ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)	กรรมการ
4. รองศาสตราจารย์ ดร.กุศล สุนทรธาดา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
5. นางอุบล หลิมสกุล	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ	กรรมการ
6. นางปรียา มิตรานนท์	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
7. นางจิรพรรณ มาท้วม	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	คณะกรรมการ
8. นางสาวภาวณี วัฒนา	สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
9. นายจิระพันธ์ กัลลประวิทย์	สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาทางสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
10. นางสาวกุลธิดา เลิศพงศ์วัฒนา	สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาทางสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
11. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย เอกพลากร	สำนักงานเวชศาสตร์ชุมชนคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	กรรมการ
12. ศาสตราจารย์ศศิพัฒน์ ยอดเพชร	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการ
13. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล	สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย	กรรมการ
14. นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	กรรมการ
15. นางสาวลัดดา พรกฤษ	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	คณะกรรมการ
16. รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
17. อาจารย์ศิริวรรณ ศิริบุญ	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
18. นายสมศักดิ์ ตันติแพทยากร	สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	กรรมการ
19. นางสาวภาวณี พวงพนมรัตน์	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	คณะกรรมการ
20. นางธัญญา หม่อมสาย	ศูนย์การศึกษาครอบครัวและการศึกษาตามอัธยาศัย กลุ่มเป้าหมายพิเศษ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย	คณะกรรมการ

21. นายชนะชัย ประยูรสิน	สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง	กรรมการ
22. นางสาวอภิลักษณ์ สุวรรณรังษี	สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง	คณะทำงาน
23. นางสาวเยาวนิจ เข้าวุฒิกุล	กลุ่มงานเศรษฐกิจแรงงานมหภาค สำนักเศรษฐกิจการแรงงาน	คณะทำงาน
24. นายแพทย์นันทศักดิ์ ธรรมานวัฒน์	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
25. นางสาวสมจินต์ โฉมวัฒน์ชัย	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
26. นางสาวอัญชลี คติอนุรักษ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
27. นางสาวสุกัลยา คงสวัสดิ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
28. นางอรวิ รมยะสมิต	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข	คณะทำงาน
29. นางศรีสวัสดิ์ เขมะจารุ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงยุติธรรม	คณะทำงาน
30. นายปฐมพร โรจน์เรืองแสง	กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม	คณะทำงาน
31. นางวารีย์ แยมวงษ์	สถาบันวัฒนธรรมศึกษา กรมส่งเสริมวัฒนธรรม	คณะทำงาน
32. นายธีรพัฒน์ คัชมาตย์	สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	คณะทำงาน