



# เรียนรู้จากญี่ปุ่น

## ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี





# เรียนรู้จากญี่ปุ่น

ระบบการดูแลผู้สูงอายุ  
ติดบ้านติดเตียง

**นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์**

ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

## คำนิยม

ต้องยอมรับว่า แม้ประเทศญี่ปุ่นกับประเทศไทยจะเริ่มการปฏิรูปสู่ระบบ การบริหารบ้านเมืองแบบตะวันตกมาพร้อมๆกันในสมัยเมจิและรัชกาลที่ 5 แต่ ญี่ปุ่นมีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี จนเจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ทั้งเราไปแทบไม่เห็นฝุ่น

อ่านเรื่องเรียนรู้จากญี่ปุ่น ที่อาจารย์หมอวิชัย โชควิวัฒน์ เล่าถึงระบบการ ดูแลผู้สูงอายุแบบติดบ้านติดเตียง ซึ่งท่านได้ไปศึกษาดูงานเพื่อนำมาใช้ประกอบ การกำหนดยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทำให้เห็นประวัติศาสตร์ และพัฒนาการของนโยบายสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมของบ้านเขาคตามลำดับ เวลา

ในภาพรวม ผมรู้สึกว่าคุณญี่ปุ่นเขามีพัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุข และสวัสดิการสังคมที่ล่วงหน้าเราไปประมาณ 4-5 ทศวรรษ ไม่ว่าจะเป็งาน สังคมสงเคราะห์ งานสวัสดิการสังคมสำหรับกลุ่มประชากรเฉพาะที่เปราะบาง ระบบหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า และการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แบบระยะยาว อันเป็นสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน

บทเรียนรู้จากต่างประเทศแต่ละเรื่องจึงมีคุณค่า เหมาะแก่การกระตุ้น จินตนาการและศึกษาค้นคว้าเพื่อเจาะลึกลงไปถึงรายละเอียดของทิศทางนโยบาย ปรัชญาแนวคิด และบริบทในแต่ละยุคสมัย

ผมอดตั้งคำถามไม่ได้ว่า จริงหรือไม่ ที่นโยบายระบบหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า ซึ่งญี่ปุ่นเริ่มใช้มาตั้งแต่ปี 2504 (ก่อนไทย 40 ปี) มีบทบาทสำคัญที่ทำให้ประชากรญี่ปุ่นรอดพ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ สุขภาพแข็งแรงและมีชีวิตที่ยืนยาวจนก้าวขึ้นไปอยู่แถวหน้าสุดของประเทศทั่วโลก

อย่างไรก็ตาม เรื่องราวที่ท่านอาจารย์หมอวิชัย โชควิวัฒน์ ได้เล่าให้ฟัง นับเป็นสิ่งประเทืองปัญญาและเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อันเป็นภารกิจหลักของ สช.

จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

## คำนำผู้เขียน

ความเจริญอย่างรวดเร็วของญี่ปุ่นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนผงาดเป็นเสือตัวที่หนึ่งแห่งเอเชีย นอกจากความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจแล้ว ญี่ปุ่นมีการพัฒนาด้านสังคมควบคู่กันมาด้วย ทำให้คนญี่ปุ่นมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวที่สุดในโลกมายาวนานจนทำให้หลายคนเกิดมายาคคิดว่า คนญี่ปุ่นมีกรรมพันธุ์ที่ทำให้อายุยืน

แท้จริงแล้ว หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 คนญี่ปุ่นมีอายุขัยเฉลี่ยไม่ยืนยาวเลย ความพินาศจากสงครามสร้างความอดอยากหิวโหย และทำให้คนญี่ปุ่นซึ่งดั้งเดิมไม่สูงอยู่แล้ว มีภาพลักษณ์เป็นคน “ตัวเตี้ย” ต่อมาอีกนานหลายทศวรรษ

แต่เพราะหลังได้รับเอกราชจากการยึดครองของสหรัฐ ซึ่งสหรัฐได้มีส่วนสำคัญในการออกแบบรัฐธรรมนูญให้ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มุ่งสร้างสรรค์สันติภาพ ป้องกันการก่อสงคราม และข้อสำคัญทำให้ญี่ปุ่นมีพัฒนาการด้านการเมืองอย่างต่อเนื่องในระบอบประชาธิปไตย ไม่มีโอกาสเกิดรัฐประหาร เพราะนอกจากรัฐธรรมนูญจะห้ามนำเงินไปสร้างกองทัพแล้ว ญี่ปุ่นสามารถสร้างวัฒนธรรมการเมืองให้เจริญงอกงามมาอย่างต่อเนื่อง เมื่อคนญี่ปุ่นอายุยืนขึ้น ประเทศญี่ปุ่นจึงเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” ในลักษณะ “รวยก่อนแก่” และเมื่อคนญี่ปุ่นมีสัดส่วนคนสูงอายุมากที่สุดในโลก โดยเฉพาะมีคนสูงอายุวัยกลาง และวัยปลายในสัดส่วนสูงมาก ญี่ปุ่นก็สามารถสร้างระบบการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างน่าชื่นชม

ผู้เขียนมีโอกาสไปศึกษาดูงานระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของญี่ปุ่น โดยเป็นแขกขององค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency) หรือ ใจก้า “JICA” 2 ครั้ง เมื่อ พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2560 ได้ใช้โอกาสดังกล่าวศึกษาดูงานด้านผู้สูงอายุของญี่ปุ่นด้วย และได้พบว่าเมื่อญี่ปุ่นเริ่มระบบ “สังคมสงเคราะห์” แก่ผู้สูงอายุ โดยการสร้างบ้านพักคนชราขึ้นนั้น ประเทศไทยก็สร้างบ้านพักคนชราแห่งแรก คือ “บ้านบางแค”

ในช่วงเดียวกัน จึงเป็นเรื่องน่าสนใจมากกว่า เหตุใดญี่ปุ่นจึงสามารถพัฒนาระบบ “สวัสดิการสังคม” ให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างเข้มแข็ง ในขณะที่เรายัง “มั่งงุมมะงาหรา” กับงานนี้อยู่มาก

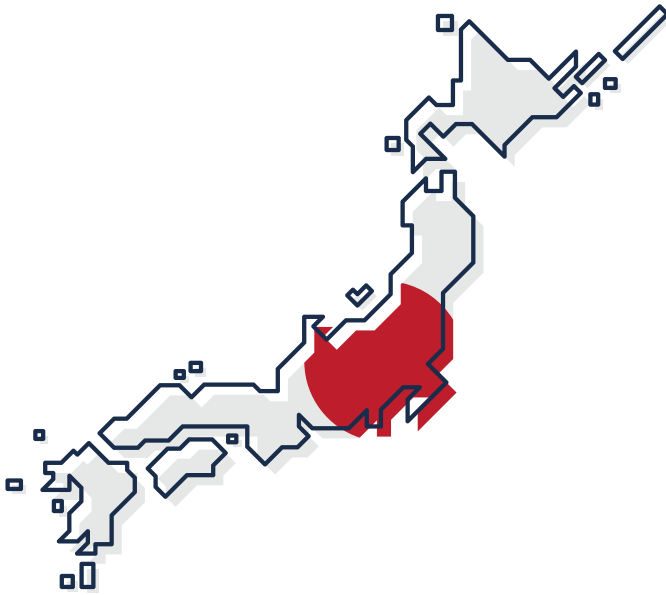
เมื่อผู้เขียนได้รับแต่งตั้งจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นประธานอนุกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เมื่อ พ.ศ. 2556 เราได้เชิญผู้เชี่ยวชาญเรื่องผู้สูงอายุจากญี่ปุ่น มาเล่าบทเรียนของญี่ปุ่น เพื่อเป็น “ข้อมูลนำเข้า” ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวด้วย ผู้เชี่ยวชาญจากญี่ปุ่นได้ย้ำว่า สิ่งที่เราต้องทำคือการสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน สามารถดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง หลีกเลี่ยงการสร้าง “สถานพยาบาลคนชรา” หรือ “สถานสงเคราะห์คนชรา” หรือ “บ้านคนชรา” เพราะจะยิ่งทำให้ครอบครัวและชุมชนอ่อนแอลง

หนังสือเล่มเล็กๆ นี้ เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาดูงานระยะสั้นๆ ในญี่ปุ่น ที่นำเสนอเพื่อเป็น “อาหารความคิด” (Food for Thought) สำหรับผู้เกี่ยวข้องที่ต้องทำงานด้านนี้ในประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมสูงอายุมานานตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ในอีก 2-3 ปี ข้างหน้านี้ หวังว่าจะได้ประโยชน์ตามสมควร

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

ประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี  
กุมภาพันธ์ 2562





## สารบัญ

บทนำ	8
การเริ่มต้น “สงเคราะห์” คนชรา	12
เริ่มแนวคิด “สวัสดิการสังคม”	18
การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านติดเตียงรูปแบบต่างๆ	22
ระบบ “ประกัน” การดูแลระยะยาว	28
พัฒนาการของระบบ	42
การตัดสินใจทางนโยบาย	48
การออกแบบระบบ	60
การออกแบบรายละเอียด	66
บทส่งท้าย	76

# บทนำ

---

ญี่ปุ่นมีพัฒนาการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมานานพอๆ กับไทย คือเมื่อราว 60-70 ปีมาแล้ว แต่ญี่ปุ่นพัฒนาไปไกลกว่าไทยมากมาย จึงน่าสนใจที่จะศึกษาบทเรียนจากญี่ปุ่นเพื่อพัฒนาระบบของไทยต่อไป

หลังสงครามโลกครั้งที่สอง คนญี่ปุ่นโดยเฉลี่ยมีอายุไม่ยืนยาว ความพินาศจากสงครามทำให้คนญี่ปุ่นมากมายถึงขั้นอดอยากจนขั้นแค้น เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เพราะโรคจากความยากจน เช่น ขาดอาหาร และโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะวัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ โรงพยาบาลในญี่ปุ่นสมัยก่อนนอกจากเต็มไปด้วยผู้ป่วยโรคติดเชื้อต่างๆ ไปแล้ว มีเตียงคนไข้จำนวนมาก เป็นเตียงคนไข้วัณโรค โรงพยาบาลส่วนมากมีประวัติว่าแต่ก่อนมีสัดส่วนเตียงคนไข้วัณโรคค่อนข้างสูง

ตัวอย่างเช่นโรงพยาบาลคิมิตสึชูโอะ ที่ผู้เขียนเคยไปศึกษาดูงานเมื่อปลายปี พ.ศ. 2556 เป็นโรงพยาบาลทั่วไปตั้งอยู่ในจังหวัดชิบะ ไม่ไกลจากกรุงโตเกียวสัก มีประวัติก่อตั้งมาตั้งแต่ พ.ศ. 2471 เริ่มจากขนาด 50 เตียง ต่อมาขยายเป็น 234 เตียง เมื่อ พ.ศ. 2474 ขณะนั้นเป็นเตียงรับผู้ป่วยโรคทั่วไปเพียง 72 เตียง แต่เป็นเตียงสำหรับผู้ป่วยวัณโรคถึง 150 เตียงที่เหลือ 12 เตียงสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออื่น

การที่มีเตียงรับผู้ป่วยวัณโรคสูงมากขนาดนั้น นอกจากเพราะมีคนป่วยโรคนี้มากแล้ว ผู้ป่วยโรคนี้มักมีอาการหนัก ต้องเข้าไปนอนพักรักษาตัวยาวนานในโรงพยาบาล และในที่สุดก็มักเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว

ผู้ที่ติดตามภาพยนตร์ซีรีส์ญี่ปุ่นเรื่อง “ยาเอะ ยอดหญิงซามูไร” ซึ่งสร้างจากเรื่องจริงต้นสมัยปฏิรูปเมจิ โยโนะสุเกะสามีนแรกของยาเอะก็เสียชีวิตจากวัณโรค แต่เสียชีวิตในห้องพัก ไม่มีโอกาสเข้าโรงพยาบาล เพราะสมัยนั้นโรงพยาบาลยังมีน้อยมาก นักเรียนสาวจากแคว้นสัทสุมาในโรงเรียนของยาเอะก็ป่วยเป็นวัณโรค

ในปี 2507 หลังความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของญี่ปุ่นแล้ว 3 ปี โรงพยาบาลคิมัตสึชูโอะมี 296 เตียง เตียงคนไข้วัณโรคลดลงเหลือ 98 เตียง ต่อมาในปี 2551 โรงพยาบาลขยายเป็น 661 เตียง เป็นเตียงคนไข้ทั่วไป 637 เตียง คนไข้วัณโรคเหลือ 18 เตียง เป็นเตียงคนไข้โรคติดเชื้ออื่นเพียง 6 เตียง

วัณโรคลดความรุนแรงของการแพร่ระบาดลงไปมาก แต่ยังไม่หมดไป โดยเฉพาะเมื่อมีคนสูงอายุมากขึ้น โดยธรรมชาติคนยิ่งสูงอายุมากขึ้นเท่าใด ความต้านทานโรคจะลดลงเรื่อยๆ คนจำนวนไม่น้อยมีเชื้อวัณโรคซ่อนเร้นอยู่ในตัวอยู่แล้ว เชื้อจะกำเริบขึ้นเมื่อแรงต้านทานของร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจึงมีอาการของวัณโรคในบั้นปลายของชีวิต และบางคนที่เสียชีวิตจากโรคนี้อีก ญี่ปุ่นแม้เจริญขึ้นมากมาย คนไข้ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลเปลี่ยนเป็นคนไข้โรคไม่ติดเชื่อ โรงพยาบาลอย่างคิมัตสึชูโอะ เตียงคนไข้โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลขนาด 661 เตียง มีเพียง 6 เตียงเท่านั้น แต่ก็ยังมีเตียงคนไข้วัณโรคอยู่ถึง 18 เตียง

ในประเทศไทย วัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และทวีความรุนแรงด้วย กลายเป็นทั้งโรคอุบัติซ้ำ (Re-emerging Disease) และโรคอุบัติใหม่ (Emerging Disease) หลังการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่เมื่อราว 3 ทศวรรษมาแล้ว พบผู้ป่วยวัณโรคมากขึ้นอย่างชัดเจน เพราะโรคเอดส์ทำให้ภูมิคุ้มกันเสื่อมโรคที่เป็นปัญหาอยู่แล้วอย่างวัณโรคมีเชื้อแพร่ระบาดอยู่ทั่วไปทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน วัณโรคจึงเป็น “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ที่พบมากในผู้ป่วยเอดส์ และต่อมาปัญหาเพิ่มขึ้น เนื่องจากเกิดภาวะเชื้อวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้นด้วย วัณโรคจึงยังคงเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศไทย และของโลกด้วย

สำหรับปัญหาอื่นๆ ด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเปรียบเทียบแล้ว เดิมญี่ปุ่นยากจนกว่าไทยด้วยซ้ำ เพราะขนาดของประเทศเล็กกว่าแต่ประชากรหนาแน่นกว่ามาก และโดยที่ประเทศเป็นเกาะ พื้นที่เป็นภูเขาเสียส่วนใหญ่ มีพื้นที่ทำกินได้ราวร้อยละ 17 เท่านั้น ในอดีตจึงมีคนญี่ปุ่นจำนวนมากอพยพหนีความอดอยากจนไปทำมาหากินนอกประเทศกันมาก เหมือนคนจีนที่มีคนจีน “โพ้นทะเล” กระจายอยู่ทั่วโลก ในสมัยรัชกาลที่ 5 ของไทย มีคนญี่ปุ่นจำนวนหนึ่งอพยพมาประเทศไทย โดยผู้หญิงที่อพยพมาส่วนหนึ่งมีอาชีพ “ขายบริการ” และเสียชีวิตจากอหิวาตกโรคจำนวนมากไม่น้อย

ความยากจนของญี่ปุ่นรุนแรงถึงขั้นเคยมีเรื่องราวสร้างเป็นภาพยนตร์เรื่องคนในหมู่บ้านเชิงเขาแห่งหนึ่งใช้วิธีลดจำนวน “ปากท้อง” ในครอบครัว โดยลูกชายให้พ่อวัยชราซึ่งหลงพาขึ้นไปบนภูเขา มี “อาหารม้อสุดท้าย” ให้กิน ปล่อยให้พ่อวัยชราอดอาหารตายจากไปโดยไม่มีการเผาหรือฝังศพ ปล่อยให้ศพเป็นอาหารของสัตว์ป่าหรือแร้งกา!

ปัจจุบันคนญี่ปุ่นนับว่ามีอายุยืนยาวที่สุดในโลก และสัดส่วนคนสูงอายุก็สูงที่สุดในโลก ทั้งนี้ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองอายุขัยเฉลี่ยของคนญี่ปุ่นยังไม่สูง และสัดส่วนคนสูงอายุก็ยังไม่มาก ญี่ปุ่นเพิ่งเข้าสู่สังคมสูงอายุช่วงเดียวกับเมื่อเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เอง และงานด้านผู้สูงอายุของรัฐบาลญี่ปุ่นก็เริ่มมาไม่นาน ศาสตราจารย์ชูโสะ ทสึสุมิ ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวท่านหนึ่ง มีข้อสรุปชัดเจนว่า บทบาทภาครัฐในเรื่องนี้แต่ก่อนมีน้อยมาก เหตุผลสำคัญข้อหนึ่งก็เพราะแต่ก่อนคนที่อายุยืนยาวจนแก่เฒ่ามีไม่มาก คนอายุวัย 70 ปีขึ้นไป ที่เรียกว่า “โกกิ” (Koki) ในสมัยโบราณมีน้อย แต่คนจำนวนมากมี “มายาคติ” หรือเข้าใจผิดว่าคนแต่ก่อนอายุยืน ซึ่งไม่จริง ในประเทศไทยซากศพคนในยุคนบ้านเชียงเมื่อ 3-4 พันปีมาแล้ว พบว่าอายุมากที่สุดเพียง 31 ปี

## การเริ่มต้น “สงเคราะห์” คนชรา

---

เช่นเดียวกับสังคมไทย งานช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ “ลำบากยากไร้” ในญี่ปุ่นแต่ก่อนมักเป็นภาระของครอบครัวและญาติ หรือเพื่อนบ้านในชุมชน บทบาทของภาครัฐเริ่มตั้งแต่สมัยปฏิรูปเมจิ ซึ่งตรงกับสมัยรัชกาลที่ 5 ของไทย พระจักรพรรดิเมจิขึ้นครองราชย์หลังระบอบโชกุนถูกโค่นล้มในปี พ.ศ. 2410 งานระยะแรกเป็นการ “ช่วยเหลือ” หรือ “สงเคราะห์” คนยากไร้เป็นหลัก กฎระเบียบฉบับแรกออกมาเมื่อ พ.ศ. 2417 คือ “ระเบียบการบรรเทาทุกข์ด้วยเมตตา” (Compassionate Relief Regulation) กฎหมายฉบับแรกที่ออกมาคือ พ.ร.บ.บรรเทาทุกข์ พ.ศ. 2472 (Relief Act 1929) และต่อมาคือ พ.ร.บ.การช่วยเหลือสาธารณะ พ.ศ. 2493 (Public Assistance Act 1950) ซึ่งพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับทำให้เกิดสถานสงเคราะห์คนชรา 2 รูปแบบ คือ “บ้านคนชรา” (Old People’s Home หรือ โยโร-อิน) ตาม พ.ร.บ.ฉบับแรก และ “สถานคนชรา” (Old People’s Institution หรือ โยโร-ชิเซตสึ)

**ประเทศไทยก็สร้างสถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2495 คือ บ้านบางแค ซึ่งผู้เป็นประธานในพิธีเปิดสถานที่แห่งนี้คือ ท่านผู้หญิงละเอียด พิบูลสงคราม ภริยาจอมพล ป.พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรีในเวลานั้น**

การสร้าง “บ้านคนชรา” และ “สถานคนชรา” ในญี่ปุ่นขยายตัวออกไปอย่างกว้างขวางในเวลาต่อมาพร้อมกับการค่อยๆ ฟื้นตัวทางเศรษฐกิจหลังสงคราม มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้นโยบายที่เป็นประโยชน์โดยตรงต่อประชาชนได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

**ประการแรก** เป็นความต้องการอันจำเป็นของประชาชน โดยที่สภาพเศรษฐกิจสังคมในขณะนั้น ประชาชนอดอยากยากไร้ และบ้านแตกสาแหรกขาดครอบครัวและชุมชนต่างช่วยเหลือและพึ่งพากันได้ยาก นโยบายของสหรัฐซึ่งเข้าไป “ยึดครอง” ก็ต้องการสร้างสันติภาพให้ยืนยาว จึงควมคุมมิให้ญี่ปุ่นนำเงินที่ได้จากการฟื้นฟูบูรณะประเทศไปสร้างกองทัพ โดยกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดที่สร้างขึ้น ในเวลาต่อมาไม่นาน เงินที่ประเทศหามาได้จึงสามารถนำไปใช้ช่วยเหลือประชาชนได้อย่างเป็นกอบเป็นกำ

**ประการที่สอง** หลังสงครามโลกครั้งที่สอง โลกเข้าสู่ยุคสงครามเย็น ทำให้ “โลกเสรี” ต้องทำสงครามแย่งชิงประชาชนด้วยการให้ความช่วยเหลือเพื่อมีให้ประชาชนหันไปนิยมชมชอบฝ่ายตรงข้าม ในญี่ปุ่นนั้น สหรัฐซึ่งเป็นผู้นำโลกเสรีเป็นผู้เข้าไปยึดครอง แต่ “ความคิด” สังคมนิยมก็ไม่มีใครสามารถปิดกั้นได้ พรรคการเมืองจึงมีทั้งฝ่ายเสรีนิยมและสังคมนิยม รวมทั้งมีฝ่ายหัวรุนแรง ดังปรากฏข่าวเรื่อง “กองทัพแดงญี่ปุ่น” ก่อเหตุเป็นครั้งคราวมาอีกยาวนาน งานการช่วยเหลือประชาชนจึงได้รับการสานต่อจากรัฐบาลต่อๆ มา เพื่อการ “แย่งชิงประชาชน”

**ประการที่สาม** ตั้งแต่ญี่ปุ่นได้ “เอกราช” จากสหรัฐหลังสงคราม สภาผู้แทนราษฎรญี่ปุ่น คือ สภาไดเอะ (Diet) และวุฒิสภาซึ่งล้วนมาจากการเลือกตั้ง สามารถพัฒนาประชาธิปไตยมาได้อย่างต่อเนื่อง ไม่มีการรัฐประหารเพราะไม่มีกองทัพและระบบการเมืองญี่ปุ่นสามารถสร้างนักการเมืองที่มีวัฒนธรรมอย่างแท้จริง ข้อสำคัญคือ มี “ยางอาย” สูงไม่ “ดื้อด้น” รักษาเก้าอี้และอำนาจ ทันทที่มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ในทางลบ หรือมีผลเลือกตั้งที่สื่อแสดงถึงความนิยมที่ลดลงของประชาชน รวมทั้งกรณีมีความผิดพลาดใดๆ เกิดขึ้น นักการเมืองญี่ปุ่นจะแสดงความรับผิดชอบด้วยการลาออกโดยรวดเร็ว ทำให้การเมืองไม่ต้องมีการใช้แรงกดดันยาวนานในท้องถนน กลไกประชาธิปไตยสามารถทำงานได้ดี ทั้ง (1) การยอมรับเสียงส่วนใหญ่จากการเลือกตั้ง (2) การรับฟังเสียงส่วนน้อยทั้งจากฝ่ายค้านและเสียงวิพากษ์วิจารณ์จากรอบด้าน (3) การสร้างความน่าเชื่อถือของฝ่ายตุลาการ (4) ความเข้มแข็งของพรรคการเมือง และ (5) ความเข้มแข็งของกลไกราชการ



**ประการที่สี่** เมื่อสภาพเศรษฐกิจสังคมเปลี่ยนไป สังคมพัฒนาเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถของครอบครัวและชุมชนที่จะดูแลผู้สูงอายุลดลง ด้วยเหตุปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ (1) ครอบครัวเปลี่ยนสภาพจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ไม่มีคนในครอบครัวที่จะคอยดูแลผู้สูงอายุได้เหมือนแต่ก่อน (2) หัวหน้าครอบครัวที่แต่ก่อนทำงานคนเดียว เลี้ยงได้ทั้งบ้าน ต่อมาต้องเพิ่มคนทำงานมากขึ้นจึงจะพอเลี้ยงครอบครัว (3) ผู้ที่จะมาทำหน้าที่ “คนรับใช้” ในบ้านที่ทำงานรับใช้สารพัด และไม่มีวันหยุด และทำงานไม่เลือกเวลา หาได้ยากขึ้น ค่าแรงก็แพงขึ้น และ (4) สภาพของผู้ป่วยที่ “ติดบ้านติดเตียง” มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลมากขึ้น



ภาพจาก: <https://www.post-gazette.com/news/world/2018/10/18/To-many-Japan-s-care-worker-shortage-demands-new-immigration-policies/stories/201810010197>

“บ้านคนชรา” และ “สถานคนชรา” ในญี่ปุ่นจึงมีอยู่มากมายในปัจจุบัน ขณะที่ในประเทศไทยมีอยู่จำกัดมาก ทั้งนี้เพราะในตอนเริ่มต้น สภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยยังแตกต่างจากญี่ปุ่น โดยเฉพาะพัฒนาการในเวลาต่อมาที่ญี่ปุ่นพัฒนาจนเป็นประเทศเจริญแล้วไปนาน แต่ของเรายังวนเวียนและก้าวหน้าอย่างช้าๆ เพราะประเทศตกอยู่ใน “วงจรอุบาทว์” (Vicious Cycle) สลับระหว่าง “รัฐประหาร” กับ “ประชาธิปไตยสามานย์” มาอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนั้น “แนวคิด” ในการสร้าง “บ้านคนชรา” หรือ “สถานคนชรา” ก็มีมุมมองที่แตกต่าง นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ซึ่งในปี 2561 อายุย่างเข้า 93 ปีแล้ว และได้ทำงานด้านผู้สูงอายุมาอย่างยาวนาน เคยเล่าว่า เมื่อครั้งเปิดบ้านบางแค่นั้น คุณนิลวรรณ ปิ่นทอง ผู้นำสตรีคนสำคัญ ซึ่งเคยได้รับรางวัลแมกไซไซ และเป็นเลขานุการของท่านผู้หญิงละเอียด พิบูลสงคราม ได้แสดงความคิดเห็นเรื่องการสร้างสถานสงเคราะห์คนชราว่าเป็นแนวคิดที่ผิด เพราะเป็นการแยกผู้สูงอายุออกจากครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมา ยาวนาน เข้าไปอยู่สถานสงเคราะห์

ด้วยกำลังทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่าญี่ปุ่นมาก และใช้เงินมากมายไปในการเข้าร่วมทำ “สงครามเย็น” รวมทั้งหลังยุคจอมพล ป. จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ซึ่งขึ้นมายึดอำนาจ ได้หยุดการพัฒนาทางการเมือง มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจโดยระยะแรกไม่มีการพูดถึงการพัฒนาทางสังคมเลย งานด้านการช่วยเหลือและการสงเคราะห์ประชาชนชนจึงไม่ได้รับการพัฒนาเหมือนอย่างในญี่ปุ่น



## เริ่มแนวคิด “สวัสดิการสังคม”

---

สำหรับในญี่ปุ่น แนวคิดการช่วยเหลือคนสูงอายุแต่เดิมในญี่ปุ่นมุ่งเน้น “การสงเคราะห์” เป็นหลัก จนกระทั่งหลังสงครามโลกครั้งที่สองจึงพัฒนาสู่แนวคิดเรื่อง “สวัสดิการสังคม” ตามรัฐธรรมนูญที่สหรัฐมีส่วนสำคัญในการช่วยร่างที่บัญญัติไว้ในมาตราหนึ่งว่า “ในทุกปริมณฑลแห่งชีวิต รัฐพึงเพียรพยายามส่งเสริมและขยายสวัสดิการสังคมและความมั่นคง และการสาธารณสุข” (In all spheres of life, the State shall use its endeavor for the promotion and extension of social welfare and security, and of public health.) โดยเริ่มตั้งแต่การออก พ.ร.บ.สวัสดิการเด็ก พ.ศ. 2490 เพื่อสร้างสวัสดิการแก่เด็กกำพร้าและพิการ และขยายสู่คนทุกช่วงวัยตาม พ.ร.บ.สวัสดิการเพื่อคนพิการทางร่างกาย พ.ศ. 2492

ทั้งนี้ในช่วงก่อน พ.ศ. 2500 จำนวนคนสูงอายุในประเทศญี่ปุ่นก็ยังไม่มาก ความจำเป็นที่รัฐจะต้องเข้าไปดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงยังมีน้อย ครอบครัว และชุมชนยังรับภาระได้ รัฐจำเป็นต้องเข้าไปช่วยเหลือเฉพาะคนที่มีปัญหาด้านการเงินเป็นหลัก

จนกระทั่ง ตั้งแต่ราว พ.ศ. 2500 เป็นต้นมา เมื่อญี่ปุ่นประสบความสำเร็จสูงในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ และเริ่มมองเห็นแล้วว่า จำนวนคนสูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงเริ่มมองเห็นว่านโยบาย “สงเคราะห์คนยากจน” น่าจะไม่สามารถตอบสนองการแก้ปัญหาได้แล้ว จำเป็นต้องเปลี่ยนนโยบายใหม่เป็น “การให้สวัสดิการสังคม” แก่ผู้สูงอายุแทน



น่าสนใจที่ว่า ญี่ปุ่นเปลี่ยนจากนโยบาย “สงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากจน” เป็นนโยบาย “การให้สวัสดิการสังคม” แก่ผู้สูงอายุ เมื่อประเทศเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แต่รัฐบาลไทยปัจจุบันกลับทำตรงข้าม คือมุ่งสงเคราะห์คนยากจน แต่เรียกว่า “สวัสดิการแห่งรัฐ” แทน รวมทั้งโครงการบัตรทองที่เป็นสวัสดิการสังคมที่ออกแบบและดำเนินการมาอย่างดี เป็นที่ยกย่องขององค์กรและบุคคลสำคัญทั่วโลก ก็มีความพยายามจะ “ย้อนศร” เปลี่ยนให้เป็นการสงเคราะห์แทน

จากแนวคิดดังกล่าว ญี่ปุ่นได้ออก พ.ร.บ.สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2507 (Social Welfare for the Elderly Act 1963) เปลี่ยน “สถานคนชรา” ตามกฎหมายเดิม เป็น “เนิร์สซิงโฮมสำหรับผู้สูงอายุ” (โยโก-โรจิน เรียกย่อๆ ว่า โยโก) และมี “เนิร์สซิงโฮมพิเศษ” สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องทางการแพทย์ (โตโกบัตสุ-โยโก-โรจิน) เรียกย่อๆ ว่า “โตกุโย”



## การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง รูปแบบต่างๆ

---



การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในญี่ปุ่นมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องตาม พ.ร.บ.สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2507 ผู้มีสิทธิ์เข้าพักใน “เนิร์สซิงโฮมสำหรับผู้สูงอายุ” หรือ “โยโก” จะต้องมีคุณสมบัติเข้าเงื่อนไขต่างๆ 4 ข้อ ได้แก่ (1) ความเจ็บป่วย (Impairment) ทางกาย (2) ทางจิตใจ (3) มีปัญหาด้านสภาพแวดล้อม (รวมทั้งปัญหากับคนในครอบครัว) และ (4) ปัญหาด้านการเงิน ส่วนผู้มีสิทธิ์เข้าพักใน “เนิร์สซิงโฮมพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ” หรือ “โตกุโย” ไม่ต้องมีเงื่อนไขด้านปัญหาการเงิน ทั้งนี้สิทธิ์ดังกล่าว ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุ “ทุกคน”

ต่อมามีการแก้ไขกฎหมายดังกล่าว เพิ่มบริการอีก 3 ประเภท ได้แก่ (1) บริการเยี่ยมบ้าน (2) บริการช่วงกลางวัน (Day Care) และ (3) บริการระยะสั้น บริการแบบเดย์แคร์ ได้แก่ การไปรับบริการฟื้นฟูสภาพแล้วกลับบ้าน โดยให้บริการเรื่องการเดินทางไป-กลับด้วย บริการระยะสั้น ได้แก่ การเข้าไปรับบริการฟื้นฟูสภาพช่วงสั้นๆต่อเนื่อง ไม่ต้องเดินทางไป-กลับทุกวัน

ตาม พ.ร.บ.สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ กำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลต่างๆ เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้น โดยใช้เงินจากภาษีที่เก็บได้ และรัฐบาลกลางสมทบให้ 50 % มีการจัดตั้ง “บริษัทสวัสดิการสังคม” (Social Welfare Corporation) ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงกำไร คุ้มครองโดยผู้ว่าการจังหวัด (ซึ่งมาจากการเลือกตั้ง) เป็นหน่วยงานจัดการเรื่องนี้ รวมทั้งการก่อสร้างเนิร์สซิงโฮมต่างๆ โดยใช้เงินจากภาษี ปัญหาใหญ่ที่พบคือความต้องการ

เข้าพักในเนิร์สซิงโฮมมีสูงมาก เทศบาลต่างๆไม่สามารถหางบประมาณสร้างได้พอ กับความต้องการ เทศบาลแก้ปัญหาโดยจัดคิวให้โดยให้คนที่รายได้น้อยกว่าก่อน

น่าสังเกตว่าในการปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามหลักการ และนโยบายนั้น ระบบราชการและโดยเฉพาะประชาชนญี่ปุ่น มีความเข้มแข็งมาก ในการนำเงิน ภาษีอากรมาสร้างสถานดูแลโดยจัดลำดับความสำคัญให้คนรายได้น้อยกว่าได้รับ สิทธิก่อน ถ้าเป็นบ้านเรา กรณีมีความต้องการมากแต่บริการมีน้อย แม้จะเป็น ความช่วยเหลือที่มุ่งเพื่อคนยากไร้ ก็มักมีปรากฏการณ์ “ลัดคิว” หรือการวิ่งเต้น เส้นสาย โดยคนที่มีฐานะดีกว่า จนเป็นปรากฏการณ์ “ธรรมดา” ทั้งๆ ที่ความจริง แล้วเป็น “ปทัสสถานที่เบี่ยงเบน” (Deviant Norm)

ค่าใช้จ่ายในการดูแลในเนิร์สซิงโฮม และการดูแลรูปแบบอื่นๆ คือ เดย์แคร์ การดูแลระยะสั้น และการเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลเพราะค่ารักษา พยาบาลครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เริ่มทำได้ทั้งประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ. 2504 แล้ว และ พ.ร.บ.สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2516



กำหนดข้อยกเว้นให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ต้อง “ร่วมจ่าย” (Copay) ค่ารักษาพยาบาลด้วย

ต่อมา มีการสร้าง “โรงพยาบาลผู้สูงอายุ” (Geriatric Hospital) ขึ้น ซึ่งให้บริการคล้ายคลึงกับ “เนิร์สซิงโฮมพิเศษ” แต่ประชาชนส่วนใหญ่นิยมเข้าโรงพยาบาลผู้สูงอายุมากกว่าเพราะไม่ชอบสภาพลักษณะของเนิร์สซิงโฮมพิเศษ ที่มีสถานะเป็น “สถานสงเคราะห์คนยากจน” มาแต่เดิม

ยังมีปัญหาอีกประการหนึ่งคือ ข้อกำหนดที่มีการให้ “ร่วมจ่าย” แตกต่างกัน กล่าวคือ อัตราร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพเป็นอัตรา “คงที่” สำหรับคนทุกระดับรายได้ แต่สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เรียกเก็บค่าร่วมจ่ายตามระดับรายได้ ผลคือคนรายได้ปานกลางและรายได้สูงชอบเข้า “โรงพยาบาลผู้สูงอายุ” มากกว่า เพราะต้องร่วมจ่ายน้อยกว่า ทำให้เกิดปรากฏการณ์ “การเข้าโรงพยาบาลด้วยเหตุผลทางสังคม” (Social Hospitalization)

ปัญหาต่อมาคือ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางแห่งให้บริการคุณภาพต่ำ รัฐบาลหาทางออกโดยเพิ่มบริการประเภทใหม่ซึ่งให้บริการ “การดูแลระยะยาว” (Long-term care) มากกว่า “บริการทางการแพทย์” (Medical Care) ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านประกันสุขภาพ เรียกว่า “สถานพักฟื้น” (Sanatorium Ward) และมีการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ในการประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือมีสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เรียกว่า โรจัน-โฮเกน-ซิเซตลี เรียกย่อๆ ว่า “โรเกน” และสถานบริการเยี่ยมบ้านของพยาบาล โดยโรเกนให้บริการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถไปเริ่มต้นชีวิตใหม่อีกครั้งที่บ้านได้อย่างราบรื่น

โดยสรุปแล้วบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 ระบบ ได้แก่ (1) ระบบที่ใช้เงินภาษีตาม พ.ร.บ.สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และ (2) ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้ง 2 ระบบนี้แตกต่างกันทั้งจัดรับบริการวิธีดำเนินงาน ค่าธรรมเนียม และแหล่งทุน

ในช่วงคริสต์ทศวรรษ 1990 เริ่มมีข้อห่วงใยในปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ที่ใกล้จะมาถึง โดยเฉพาะเรื่องจำนวนของคนติดบ้านติดเตียง ที่ต้องการดูแลระยะยาวเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องเตรียมการปฏิรูประบบเพื่อรองรับอย่างขนานใหญ่ ในที่สุดก็เกิดระบบประกันเพื่อการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance) ในเวลาต่อมา



ภาพจาก: <https://www.todayonline.com/world/dying-home-rather-hospital-elderly-japanese-go-afterlife-quietly>

การพัฒนาาระบบประกันดังกล่าว ต้องการความรู้ความเข้าใจและการหาฉันทมตัวอย่างเหมาะสมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เวลาตั้งแต่ต้นคริสต์ทศวรรษ 1990 จนสามารถนำร่างพระราชบัญญัติเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎรได้เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2539 (ค.ศ. 1996) สภาให้ความเห็นชอบเมื่อธันวาคม 2540 โดยมีผลบังคับใช้เมื่อเดือนเมษายน 2543



## ระบบ “ประกัน” การดูแลระยะยาว

---

ระบบประกันการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่น เป็นระบบที่ครอบคลุมการดูแลผู้ที่ต้องการ “การดูแลระยะยาว” ทุกคนซึ่งใกล้เคียงกันกับที่ในบ้านเราเรียกว่า “ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง” นั่นเอง โดยส่วนใหญ่ราวร้อยละ 90 ของผู้รับบริการในระบบนี้ คือ ผู้สูงอายุที่โดยมากมีปัญหาสุขภาพจนเกิดความพิการ หรือความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจจากโรคแทรกซ้อน ส่วนใหญ่จากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมองเสื่อม เข่าเสื่อม ส่วนหนึ่งเกิดจากอุบัติเหตุ โดยผู้ที่มิใช่ผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ

ศาสตราจารย์ชูโซะ ทสึสุมิ ผู้เชี่ยวชาญเรื่องนี้ได้สรุปสาระสำคัญของระบบนี้แยกเป็นหัวข้อไว้แล้ว ดังนี้

### เรื่องแรก ใครเข้าร่วมในระบบบ้าง

สรุปว่าแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (1) ประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป เรียกว่า “ผู้อุปการะกันกลุ่มที่หนึ่ง” และ (2) ประชากรอายุ 40-64 ปี ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เรียกว่า “ผู้อุปการะกันกลุ่มที่สอง” โดยเป็นการประกันภาคบังคับกับทุกคนใน 2 กลุ่มอายุนี้ให้ต้องเข้าร่วมทั้งหมด

## เรื่องที่สอง ผู้รับประกัน

---

ผู้รับประกัน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลต่างๆ ญี่ปุ่นแบ่งระบบการบริหารราชการเป็น 3 ระดับ เหมือนประเทศไทย คือ รัฐบาลกลาง การบริหารระดับจังหวัด (Prefecture) และการบริหารส่วนท้องถิ่น ข้อแตกต่างที่สำคัญอย่างมากจากประเทศไทย คือ ผู้บริหารสูงสุดทั้ง 3 ระดับ มาจากการเลือกตั้งทั้งหมด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นระดับที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด มีขนาดแตกต่างกันหลากหลาย ข้อมูลในเดือนมกราคม 2557 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ เทศบาล ประมาณ 1,700 แห่ง ดูแลประชากรในเขตตั้งแต่ 3.7 ล้านคน ลงไปถึงขนาดเล็กที่สุดดูแลประชากรน้อยกว่า 200 คน ทุกเทศบาลไม่ว่าขนาดเล็กใหญ่แค่ไหน ต้องรับผิดชอบในระบบประกันการดูแลระยะยาว

น่าสังเกตว่า เทศบาลขนาดเล็กที่สุดในญี่ปุ่นดูแลประชากรน้อยกว่า 200 คน ในบ้านเรามีการพูดถึงเรื่องขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กันมาก โดยเชื่อว่า อปท. ควรมีขนาดที่พอเหมาะ ขนาดที่เล็กเกินไป จะมีปัญหาเรื่อง “เศรษฐกิจจัวด้วยขนาด” (Economy of Scale) เทศบาลของญี่ปุ่นมีจำนวนน้อยมากที่ขนาดประชากรน้อยกว่า 200 คน แต่เพราะความจำเป็นเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน โดยเฉพาะที่อยู่ในเกาะแก่งห่างไกล จึงยังคงมีเทศบาลขนาดเล็กเช่นนั้นดำรงอยู่

## เรื่องที่สาม ผู้รับสิทธิประโยชน์

---

ผู้รับสิทธิประโยชน์ ได้แก่ ทุกคนที่ถูกบังคับประกันตามหัวข้อที่หนึ่ง โดยผู้เอาประกันกลุ่มที่หนึ่งทุกคนมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ทั้งหมดไม่ว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากอะไร แต่กลุ่มที่สองจะมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ต่อเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดจากโรค 1 ใน 16 โรค ที่เป็น “โรคที่สัมพันธ์กับอายุ” (Age-related Diseases) เช่น โรคมะเร็ง โรคไขข้อรูมาตอยด์ โรคจากระบบหัวใจและ





หลอดเลือด โรคกระดูกพรุน โรคความจำเสื่อม โรคประสาทเสื่อมจากเบาหวาน เป็นต้น

กระบวนการพิจารณาสิทธิประโยชน์ในผู้เอาประกันกลุ่มที่สอง ทำตามลำดับ คือ (1) ผู้เอาประกันยื่นขอรับสิทธิประโยชน์ต่อทางเทศบาล (2) เทศบาลส่งเจ้าหน้าที่ไปตรวจสอบ โดยทำการ “ประเมินเบื้องต้น” ด้วยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (3) ส่งผลประเมินเบื้องต้น พร้อมความเห็นแพทย์ที่ดูแลผู้เอาประกันเพื่อรับการประเมินขั้นที่สอง (4) คณะกรรมการประเมินของเทศบาลที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องทำการประเมิน และให้ความเห็น (5) เจ้าพนักงานของเทศบาลที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้พิจารณาขั้นสุดท้าย ถ้าเข้าเงื่อนไขจะต้องตัดสินว่าจะได้รับสิทธิประโยชน์ระดับใด

สิทธิประโยชน์แบ่งเป็น 7 ระดับ ซึ่งจะกำหนดช่วงและชนิดของบริการที่ได้รับ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกมี 2 ระดับ เป็นสิทธิประโยชน์เบื้องต้นสำหรับผู้ที่มิมีปัญหาไม่รุนแรง เรียกกลุ่มนี้ว่า กลุ่ม “ต้องการความช่วยเหลือ” (Needing Support) ที่เหลือ 5 ระดับอยู่ในกลุ่มที่ 2 เรียกว่า พวก “ต้องการการดูแล” (Needing Care) จะได้สิทธิประโยชน์คิดเป็น “หน่วย” เท่ากับ 16580, 19480, 26750, 30680 และ 30830 หน่วย สำหรับระดับ 1-5 ตามลำดับ (ตัวเลขเดือนมกราคม 2554)

สิทธิประโยชน์เหล่านี้ จะมีการประเมินทบทวนสำหรับคนไข้แต่ละราย ทุก 3 เดือน

## เรื่องที่ดี บริการที่จัดให้

บุคคลที่เข้าข่าย “ต้องการการดูแล” มีสิทธิได้รับบริการทั้งที่บ้าน ในชุมชน และในสถานดูแล

**บริการที่บ้าน (Home-based Services)** ประกอบด้วย การเยี่ยมและดูแลที่บ้าน (Home-visit Care) และการพยาบาลที่บ้าน (Home-visit Nursing) ผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านบางรายได้รับการดูแลทำความสะอาดร่างกายประจำวันโดยการเช็ดตัวเท่านั้น และอาจได้รับบริการโดยมีอุปกรณ์ยกตัวเข้าไปอาบน้ำเป็นครั้งคราว

**บริการในชุมชน (Community-based Services)** ประกอบด้วย บริการเดย์แคร์ ได้แก่ การไปรับบริการฟื้นฟูสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก และการดูแลระยะสั้นสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้านอนในสถานพยาบาลระยะสั้นเพื่อรับบริการ เช่น การฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ บริการในเนอร์สซิงโฮม (โตกุโย) สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (โรเกน) และสถานพยาบาลระยะยาว (เรียวยโอ)

**บริการในสถานดูแล (Institution-based Services)** บริการในชุมชนยังมีอีกรูปแบบหนึ่ง เป็นศูนย์บริการผสมผสานระหว่างการดูแลที่บ้านและในชุมชน โดยเป็นสถานบริการขนาดย่อมให้บริการหลายอย่าง ทั้งการเยี่ยมและดูแลที่บ้าน เดย์แคร์ และบริการดูแลระยะสั้น บางแห่งมีบริการเยี่ยมดูแลที่บ้านเวลากลางคืน (Nighttime Home-visit Care) โดยไปตั้งแต่ตอนเย็น หรือตอนเช้ามืด บางแห่งไปให้บริการคนสูงอายุที่เป็นโรคความจำเสื่อม หรือโรคหลงลืม (Dementia) ที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน (Group Home)

ผู้ที่อยู่ในกลุ่ม “ต้องการความช่วยเหลือ” จะได้รับการด้านการป้องกัน เพื่อมิให้กลายเป็นกลุ่ม “ต้องการการดูแล” ประกอบด้วยบริการเดย์แคร์ การฟื้นฟูสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก การดูแลแบบเยี่ยมบ้าน และอื่นๆ โดยอาจบริการโดยศูนย์ดูแลผสมผสานขนาดย่อม ทั้งการดูแลที่บ้าน และบริการในชุมชน



ภาพจาก <https://www.japantimes.co.jp/news/2016/05/02/national/15000-elderly-people-found-living-unauthorized-nursing-homes-across-nation/#.XTFP26eB1TY>

การบริการดังกล่าวนี้ ครอบคลุมถึงการให้ยืมเครื่องมือ อุปกรณ์ การปรับปรุงบ้าน และเรื่องการจัดการการดูแล (Care Management Service) เช่น การกำหนดแผนการดูแล (Care Plans) โดยผู้จัดการการดูแล (Care Managers) ด้วย

ประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว และสร้างทั้งผู้ดูแล (Care Givers) และผู้จัดการการดูแลขึ้นแล้ว แต่ยังคงอยู่ในระยะเริ่มต้น ต้องการการพัฒนาอีกมาก

### เรื่องที่ห้า การดูแลครอบคลุมกว้างขวางแค่ไหน และอย่างไร

มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ไว้ชัดเจนตามความจำเป็นของแต่ละราย หากผู้รับบริการต้องการบริการที่เกินกว่าที่กำหนดไว้จะต้องรับผิดชอบค่าบริการเองทั้งหมด ตัวเลขตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ผู้ที่ต้องการ “การช่วยเหลือ” ระดับ 1 ซึ่งจัดว่ามีภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือน้อยที่สุด จะได้รับค่าบริการสูงสุดในอัตราเดือนละ 4,970 หน่วย และสำหรับผู้ที่ต้องการ “การดูแล” ระดับ 5

ซึ่งเป็นระดับที่ต้องการการดูแลสูงสุด จะได้รับค่าบริการสูงสุดไม่เกินเดือนละ 35,830 หน่วย อัตราค่าบริการดังกล่าวเป็นอัตราสำหรับการบริการใน “สถานดูแล” (Institution-based Care)

ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว จะได้รับบริการตามความจำเป็นตาม “แผนการให้การดูแล” (Care Management Plan) โดย “ผู้จัดการการดูแล” (Care Manager) จะเป็นผู้กำหนดแผนดังกล่าว โดยประเมินจากสภาพร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมในบ้าน โดยมีการประสานกับผู้ให้บริการ แผนดังกล่าวจะมีการทบทวนตามความจำเป็น

ค่าใช้จ่ายในอัตราที่กำหนดนี้ ผู้ใช้บริการไม่ต้องร่วมจ่าย ระบบประกันระยะยาวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามอัตรานี้ทั้งหมด

### เรื่องที่หก วิธีคำนวณอัตราค่าบริการ

อัตราค่าบริการที่กำหนดเป็น “หน่วย” คำนวณจากบริการแต่ละอย่างที่มีการกำหนดค่าต่อหน่วยไว้ เช่น ในการดูแลโดยการเยี่ยมบ้าน การดูแลทางร่างกายที่ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที กำหนดไว้ที่ 254 หน่วย ถ้าใช้เวลาระหว่าง 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง คิด 402 หน่วย จำนวนเงินคิดโดยการคูณอัตราต่อหน่วย ซึ่งมีการกำหนดเป็นอัตราแตกต่างกันตามเขตและชนิดของบริการ ตัวอย่างเช่น ค่าบริการดูแลเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ มีอัตรา 11.05 เยนต่อหน่วยในมหานครโตเกียว และ 10.00 เยนต่อหน่วยในจังหวัดอื่นๆ จำนวนหน่วยของแต่ละบริการและราคาต่อหน่วยนี้กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการ ซึ่งจะมีการทบทวนอัตราทุก 3 ปี

**เรื่องที่เจ็ด ผู้รับบริการจะต้องจ่ายเท่าไร** มีกฎให้ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายร้อยละ 10 แต่มีเพดานกำหนดไว้สำหรับบริการที่ราคาแพง ค่าใช้จ่ายที่เกินเพดานระบบประกันการดูแลระยะยาวจะเป็นผู้จ่ายส่วนที่เกิน ทั้งนี้เพดานที่กำหนดสำหรับผู้มีรายได้น้อยกว่าเพดานสำหรับผู้มีรายได้ปานกลางและรายได้สูง

ในบางกรณี มีการจัดบริการที่จำเป็นในชีวิตประจำวันให้ด้วย เช่น อาจมีการจัดอาหารให้สำหรับผู้ไปรับบริการฟื้นฟูสุขภาพในเดย์แคร์ หรือ มีการจัดอาหารและที่พักสำหรับบริการในสถานดูแล แต่ทั้งอาหารและค่าที่พัก ผู้รับบริการจะต้องจ่ายเองเต็มจำนวน ประกันไม่จ่ายให้ อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้มีรายได้น้อย จะมีการกำหนดเพดานการจ่ายไว้ ส่วนเกินประกันระยะยาวจ่ายให้

## เรื่องที่แปด ใครคือผู้ให้บริการ

---

ผู้ให้บริการ คือ หน่วยงานรัฐ หรือเอกชนที่ได้รับการรับรองจากจังหวัดหรือเทศบาล ซึ่งจะมีเกณฑ์พิจารณาจาก (1) จำนวนและคุณสมบัติของพนักงาน (2) มาตรฐานของสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ (3) ระบบการบริการและการทำงาน

หน่วยบริการเหล่านี้อาจเป็นบริษัทสวัสดิการสังคมประเภทไม่มุ่งผลกำไร บริษัททางการแพทย์ประเภทไม่มุ่งผลกำไร และองค์กรไม่แสวงผลกำไรอื่นๆ และอาจเป็นบริษัทการค้าที่ให้บริการที่บ้านหรือชุมชนก็ได้ ตัวเลขในเดือนตุลาคม 2554 เกือบ 60% ของการดูแลเยี่ยมบ้าน และเกือบ 50% ของบริการเดย์แคร์ ดำเนินการโดยบริษัทการค้า

## เรื่องที่เก้า ระบบประกันระยะยาวรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้แก่

---

โดยทั่วไป ผู้ใช้บริการรับผิดชอบร้อยละ 10 ของค่าบริการ โดยมีเพดานกำหนด เพดานดังกล่าวจะกำหนดไว้ต่ำสำหรับผู้มีรายได้น้อย และสูงกว่าสำหรับผู้มีรายได้ปานกลางและรายได้สูง ที่เหลือร้อยละ 90 ครั้งหนึ่งผู้จ่ายคือรัฐบาลกลาง จังหวัด และเทศบาล อีกครั้งหนึ่งจ่ายจากกองทุนประกันที่ได้จากเบี้ยประกัน

ส่วนที่จ่ายโดยรัฐ 50% นั้น 25% มาจากรัฐบาลกลาง 12.5% มาจากจังหวัด และ 12.5% มาจากเทศบาล สำหรับค่าใช้จ่ายให้บริการใน “สถานดูแล” (Institution-based Service) ค่าใช้จ่ายส่วน 50% นั้น มาจากรัฐบาลกลาง 20% จากจังหวัด 17.5% และจากเทศบาล 12.5%

ในส่วนของค่าใช้จ่าย 50% จากเบี้ยประกัน ตัวเลขในปีงบประมาณ 2555-2557 มาจากผู้เอาประกันกลุ่มที่หนึ่ง 21% อีก 29% มาจากผู้เอาประกันกลุ่มที่สอง

จะเห็นได้ว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่คือ ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้เอาประกันกลุ่มที่หนึ่ง แต่ค่าใช้จ่ายจากเบี้ยประกันกลับน้อยกว่า คือ 21% ส่วนผู้เอาประกันกลุ่มที่สอง คือ กลุ่มอายุ 40-64 ปี ใช้บริการน้อยกว่า แต่เบี้ยประกันจ่ายมากกว่า คือ 29% ซึ่งเป็นไปตามหลักการ “จ่ายตามความสามารถใช้บริการตามความจำเป็น” เพราะแท้จริงแล้ว ผู้ที่โชครึที่สุดคือผู้ที่อายุยืนยาว และสุขภาพแข็งแรงจนวาระสุดท้าย และเสียชีวิตไปโดยไม่มี ความจำเป็น ต้องใช้บริการการดูแลระยะยาวเลย แต่เมื่อจำเป็น ต้องใช้บริการการดูแลระยะยาว ก็ได้รับการดูแลตลอดไปโดยไม่ต้องล้มละลาย จากการแบกรับค่าใช้จ่ายแบบตัวใครตัวมัน

และจะเห็นได้ว่า ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับคนไข้ที่ติดบ้านติดเตียง ซึ่งนับวันจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ นี้ มีรายละเอียดที่ซับซ้อนมาก ต้องการการศึกษาและพัฒนาอย่างจริงจังและเป็นระบบ ทั้งนี้ ญี่ปุ่นให้ความสำคัญและใช้งบประมาณเพื่อการดูแลเรื่องนี้สูงมาก ในปี 2559 งบประมาณทั้งหมดสูงถึง 11 ล้านล้านเยน หรือราว 4 ล้านล้านบาท มากกว่างบประมาณทั้งปีของทุกกระทรวงในประเทศไทยในปีเดียวกัน คือ 2.9 ล้านล้านบาท

โครงการตามยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของประเทศไทย เป็นโครงการเริ่มต้น และกำหนดยุทธศาสตร์ที่สามารถประหยัดงบประมาณได้มาก โดยผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในประเทศไทยมีราว 1 ล้านคน จะใช้งบประมาณราว ปีละ 6 พันล้านบาท ซึ่งในการดูแลคนที่ติดบ้านติดเตียง 1 ล้านคนนี้ จะสามารถจ้างงานคนในระดับฐานรากได้ราว 1 แสนคน ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลได้

จัดสรรงบประมาณให้ปีละ 600, 900 และ 1,100 ล้านบาทตามลำดับ นำเสียดายที่กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบจำกัดเพดานการใช้จ่ายซึ่งต่ำมากอยู่แล้ว (จากระบบที่กำหนดให้จ่ายแก่ “ผู้ดูแล” เดือนละ 5-6 พันบาท แต่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้จ่ายไม่เกินเดือนละ 300 บาท เท่านั้น!) ทำให้เกิดการขลุกขลักล่าช้าในการดำเนินการอย่างมาก ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่ได้รับการดูแลตามที่รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้ และไม่เกิดการจ้างงานตามเป้าหมายที่ควรเกิดขึ้น

โดยที่ระบบการดูแลระยะยาวในญี่ปุ่น ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็น “ระบบประกัน” (Insurance System) และออกมาเป็นกฎหมายที่มีการศึกษาและพิจารณาอย่างกว้างขวางและรอบคอบ จึงมีรายละเอียดมากมาย โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการเงินการคลังที่มีผลกระทบต่องบประมาณที่มาจากภาษี และเบี้ยประกัน และการใช้จ่ายที่มาจากรัฐบาลทั้ง 3 ระดับ คือ รัฐบาลกลาง จังหวัด และเทศบาล

โดยที่แต่ละเทศบาลมีขนาดแตกต่างกันได้มาก เพราะครอบคลุมประชากรสูงสุดถึง 3.7 ล้าน ขณะที่เทศบาลที่เล็กที่สุดในเกาะเล็กๆ ครอบคลุมประชากรไม่ถึง 200 คน สัดส่วนประชากรผู้เอาประกันกลุ่มที่หนึ่งกับกลุ่มที่สอง ระดับรายได้จำนวนเบี้ยประกันที่เก็บได้ และการใช้บริการจึงแตกต่างกันได้มาก อัตราการ “อุดหนุน” (Subsidy) จากรัฐบาลกลางและจังหวัดให้แต่ละเทศบาลจึงแตกต่างกันตามความจำเป็นและเหมาะสม

ในบางกรณี ย่อมเกิดการ “ขาดทุน” ของกองทุนประกันในระบบนี้ในบางเทศบาล โดยอาจเกิดจากมีการใช้บริการมาก หรือเก็บเบี้ยประกันได้น้อย จึงมี “กองทุนความมั่นคงด้านงบประมาณ” (Fiscal Stability Fund) ในระดับจังหวัด ให้กู้ยืม (Loan) หรือให้เปล่า (Grant) เพื่อช่วยแก้ปัญหากองทุนดังกล่าวโดยใช้เงินจากรัฐบาลกลาง จังหวัด และเทศบาล โดยนำส่วนหนึ่งมาจากเบี้ยประกันของผู้เอาประกันกลุ่มที่หนึ่ง ในกรณีเป็นเงินกู้ยืม จะใช้คืนโดยใช้เงินจากเบี้ยประกันที่เทศบาลเรียกเก็บได้จากผู้เอาประกันกลุ่มที่หนึ่งนั่นเอง





ได้กล่าวถึงประเด็นต่างๆ ในระบบประกันการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่นมาแล้ว 9 เรื่อง

## เรื่องที่สิบ การตั้งอัตราและการเรียกเก็บเบี้ยประกันจากผู้เอาประกันกลุ่มที่หนึ่ง

ทุกเทศบาลจะมีการจัดทำแผนสามปี เป็นแผนปฏิบัติการเรื่องการประกันการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance Implementation Plan) ประมาณการค่าใช้จ่ายในการให้บริการระยะสามปีข้างหน้า จากนั้นจะออกเป็นกฎีกากำหนดอัตราค่าเบี้ยประกันสำหรับผู้เอาประกันในกลุ่มนี้ โดยกำหนดเป็นอัตราคงที่ตลอดสามปี มีกฎว่าจะต้องแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็น 6 ระดับตามอัตราภาษีของเทศบาลแต่ละแห่งที่เรียกเก็บจากบุคคลและครัวเรือน

มีวิธีการเก็บเบี้ยประกัน 2 วิธี วิธีแรก คือ หักจากเงินบำนาญโดยตรงกรณีบุคคลนั้นมีบำนาญ เดือนละ 15,000 เยน ขึ้นไป ให้หน่วยงานที่จ่ายบำนาญหักส่งตรงให้เทศบาล วิธีที่สองผู้มีบำนาญต่ำกว่า 15,000 เยน ให้ไปชำระที่เทศบาลเองหรือส่งผ่านสถาบันการเงิน ซึ่งพบกว่า 90% อยู่ในวิธีแรก

## เรื่องที่สิบเอ็ด เบี้ยประกันกลุ่มที่สอง

เริ่มจากเทศบาลทั่วประเทศทำแผนสามปี ประมาณการค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น คำนวณออกมาเป็นค่าเบี้ยประกันถ้วนเฉลี่ยทั่วประเทศของผู้เอาประกันกลุ่มนี้ จากนั้นให้แต่ละเทศบาลส่งเงินเข้า “กองทุนค่าใช้จ่ายประกันสังคมทางการแพทย์” (Social Insurance Medical Fee Payment Fund) เรียกกย่อๆ ว่า “กองทุนเบิกจ่าย” (Payment Fund) ตามจำนวนผู้เอาประกันกลุ่มนี้ของแต่ละเทศบาล การเรียกเก็บเบี้ยประกันให้แต่ละกองทุนเก็บจากผู้เอาประกันกลุ่มนี้ตามระบบประกันทางการแพทย์ที่ดำเนินการอยู่แล้ว โดยเรียกเก็บในอัตราคงที่ของแต่ละกองทุน จากนั้น “กองทุนเบิกจ่าย” ส่งเงินให้แต่ละเทศบาลตามเปอร์เซ็นต์

ที่กำหนดเหมือนกันทั่วประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2557 ใช้อัตรา 29% ซึ่งเป็นตัวเลขเดียวกับสัดส่วนการใช้จ่ายจากผู้เอาประกันกลุ่มนี้ (เรื่องที่กำลัง)

## เรื่องที่สืบสอง การอุทธรณ์และร้องทุกข์

การอุทธรณ์เกิดขึ้นได้ 2 กรณี ได้แก่ (1) การอุทธรณ์ผลการพิจารณาเรื่องสิทธิประโยชน์ว่าจะได้รับสิทธิการบริการระยะยาวหรือไม่และในระดับใด และ (2) การอุทธรณ์การประเมินอัตราเบี้ยประกัน ให้อุทธรณ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ระดับจังหวัด ซึ่งจะแต่งตั้งขึ้นโดยมีสถานะเป็น “องค์กรบุคคลที่สาม” (Third Party Organization) กรณีคณะกรรมการรับอุทธรณ์ตัดสินให้ผลการพิจารณาของทางเทศบาลตกไป ต้องดำเนินการพิจารณาใหม่ ส่วนการร้องทุกข์เป็นเรื่องของการให้บริการ โดยผู้ให้บริการมีหน้าที่ต้องจัดให้มีจุดรับเรื่องราวร้องทุกข์ และต้องตอบสนองโดยรวดเร็วและเหมาะสม โดยผู้จัดการการบริการ (Care Manager) ที่รับผิดชอบผู้รับบริการรายนั้น มีหน้าที่สอบข้อเท็จจริงทั้งจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และหาทางแก้ไขโดยเร็ว

ในบางกรณี อาจมีการร้องเรียนถึงทางเทศบาล ซึ่งอาจมีการสอบสวนและให้คำแนะนำแก่ผู้ให้บริการเพื่อการแก้ไข ถ้าจำเป็น

เรื่องร้องเรียนอาจมีไปถึง “สมาพันธ์สมาคมประกันสุขภาพแห่งชาติ (Federation of National Health Insurance Association) ซึ่งมีอยู่ในทุกจังหวัด

จะเห็นได้ว่า ระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในญี่ปุ่น ได้พัฒนาและลงรากปักฐานอย่างมั่นคงเข้มแข็ง มีการให้บริการอย่างกว้างขวางและทั่วถึงทั่วประเทศ ทั้งในเมืองหลวง เมืองใหญ่ ชนบท และแม้ตามเกาะแก่งห่างไกล โดยรัฐบาลญี่ปุ่นทั้ง 3 ระดับได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเหมาะสม โดยในปีงบประมาณ 2559 ค่าใช้จ่ายในระบบนี้รวม 11 ล้านล้านเยน คิดเป็นเงินไทยราว 4 ล้านล้านบาท ขณะที่งบประมาณของประเทศไทยทั้งประเทศในปีนั้น 2.9 ล้านล้านบาทเท่านั้น

ในประเทศไทย คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ริเริ่มนโยบายการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมาตั้งแต่ พ.ศ. 2555 มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากทั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติแล้ว แต่รัฐบาลสมัยนั้นไม่จัดสรรงบประมาณสนับสนุนนโยบายนี้ ต่อมารัฐบาล คสช. เริ่มจัดสรรงบประมาณให้ครั้งแรก 600 ล้านบาท ในปี 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 900 และ 1,100 ล้านบาท ในปี 2560 และ 2561 ตามลำดับ นำเสียดายที่การดำเนินงานในเรื่องนี้ไม่เกิดผลดีเท่าที่ควร เพราะกระทรวงสาธารณสุขได้ไปออกระเบียบจำกัดให้จ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ดูแล (Care Giver) เดือนละไม่เกิน 300 บาท ทั้งๆ ที่รูปแบบที่ได้ผลดีที่โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี จ่ายเป็นค่าจ้างเดือนละ 5-6 พันบาท ต่อมากระทรวงสาธารณสุขยอมปรับอัตราให้จ่ายไม่เกินเดือนละ 1,500 บาท ซึ่งก็ไม่จูงใจให้ระบบดำเนินไปได้ดี ผู้เขียนได้เสนอปัญหาในที่ประชุมที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานต่างกรมต่างวาระถึง 3 ครั้ง ที่ประชุมรับทราบดีถึงปัญหา และต้นตอของปัญหา แต่ก็ไม่มีมีการแก้ไขจนลุล่วงไป

## พัฒนาการของระบบ

---

ระบบประกันการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในญี่ปุ่นมิได้เกิดขึ้นง่าย ๆ ชั่วข้ามคืน แต่มีภูมิหลังและพัฒนาการที่นำศึกษา สำหรับประเทศไทยที่ปัจจุบัน มีผู้มีปัญหานี้ราว 1 ล้านคนทั่วประเทศ และส่วนใหญ่ยังอยู่ในภาวะที่แต่ละคน ต้องใช้หลัก อัดตา หิ อัดโน นาโถ คือ ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน หรือระบบตัวใครตัวมัน เป็นหลัก ระบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเริ่มต้นขึ้นยังมีข้อจำกัด และประสบปัญหาอุปสรรคมากมาย

ญี่ปุ่นประสบความสำเร็จในการสร้างระบบหลักประกันการดูแลผู้ป่วย ติดบ้านติดเตียง หรือระบบ “การประกันการดูแลระยะยาว” (Long-term Care Insurance) โดยสามารถสร้าง “ฉันทมติ” (Consensus) ขึ้นได้ในช่วง พ.ศ. 2538 - 2540 จากพื้นฐานด้านต่างๆ ดังนี้

**ด้านการเมือง** ช่วงนั้นญี่ปุ่นต้องมีรัฐบาลผสมอยู่ค่อนข้างยาว เริ่มจาก รัฐบาลผสมระหว่างพรรคเสรีประชาธิปไตย พรรคสังคมนิยมประชาธิปไตย และ พรรคใหม่ “ซากิกากะ” (New Party Sakigake) ช่วงทศวรรษนับจากปี 2533 การเมืองในญี่ปุ่นค่อนข้างขาดเสถียรภาพ ในปี 2536 รัฐบาลต้องเป็นรัฐบาลผสม จาก 7 พรรค แทนพรรคเสรีประชาธิปไตยที่ครองอำนาจมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน นับตั้งแต่ พ.ศ. 2498 ในปี พ.ศ. 2537 พรรคเสรีประชาธิปไตยกลับมามีอำนาจ โดยจัดตั้งรัฐบาลผสมร่วมกับพรรคสังคมนิยมประชาธิปไตย ซึ่งเดิมเป็นฝ่ายค้านมา ยาวนาน นายกรัฐมนตรีโตะมิอิชิ มูรายามา จากพรรคสังคมนิยมประชาธิปไตยมีความ

สนใจเรื่องการประกันการดูแลระยะยาวอย่างมาก และได้เริ่มสร้างฉันทมติร่วมกับพรรคเสรีประชาธิปไตย ซึ่งขณะนั้นสมาชิกหัวอนุรักษ์บางคนเชื่อในการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวเป็นหลัก แต่เสียงส่วนใหญ่ในพรรคเสรีประชาธิปไตยก็ค่อนข้างให้ความร่วมมือดีกับแนวทางการสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาว เพราะต้องการรักษารัฐบาลผสมจากสามพรรคเอาไว้ ต่อมาเมื่อริทาโร ฮาชิโมโตะ จากพรรคเสรีประชาธิปไตยได้ขึ้นเป็นนายกรัฐมนตรีต่อจากโตะมิอิชิ มูรายามา ยิ่งเอื้อให้ระบบประกันการดูแลระยะยาวพัฒนาขึ้นได้ เพราะฮาชิโมโตะเองก็สนับสนุนนโยบายด้านสวัสดิการสังคมมายาวนาน

**ด้านเศรษฐกิจ** ช่วงที่มีการสร้างฉันทมติในเรื่องการประกันการดูแลระยะยาว เศรษฐกิจญี่ปุ่นเริ่มมีสัญญาณการฟื้นตัวหลังฟองสบู่แตกตอนเริ่มต้นทศวรรษนับจาก พ.ศ. 2533 ช่วงเดียวกันนั้น มีการเริ่มนโยบายการกระจายอำนาจลงสู่เทศบาล ซึ่งเป็นหน่วยบริหารท้องถิ่นระดับล่างสุด และการประกันการดูแลระยะยาวก็เป็นโครงการนำร่องสำคัญในการกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ให้แก่รัฐบาลท้องถิ่น นโยบายการปฏิรูปและการกระจายอำนาจนี้ได้จำกัดอยู่แต่ในกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการเท่านั้น แต่ครอบคลุมกระทรวงอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะกระทรวงการคลังและกระทรวงมหาดไทย การเริ่มฟื้นตัวทางเศรษฐกิจเอื้ออำนวยให้ทั้งภาครัฐกิจ และผู้ใช้แรงงานสามารถให้ความร่วมมือกับนโยบายเรื่องประกันการดูแลระยะยาว เพราะต่างต้องมีส่วนร่วมในการเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อการสร้างระบบนี้ขึ้น

สำหรับภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะในภาคสุขภาพและสวัสดิการสังคม บุคลากรในภาคสุขภาพของญี่ปุ่นเวลานั้น รวมทั้งแพทย์สมาคมญี่ปุ่นต่างสนับสนุนแนวนโยบายนี้ โดยเฉพาะเมื่อพบว่าระบบใหม่จะเป็นระบบที่เสริมหรือเพิ่มเติมจากระบบเดิม ไม่กระทบต่อระบบประกันทางกรแพทย์ที่ “ลงตัว” ติอยู่แล้ว และยังเชื่อว่าระบบใหม่จะช่วยแบ่งเบาภาระด้านการเงินจากระบบประกันสุขภาพ รวมทั้งจะเพิ่มโอกาสการจ้างงานให้แก่บุคลากรในระบบสุขภาพในระบบการดูแลระยะยาวด้วย



จะเห็นได้ว่า บุคลากรในภาคสุขภาพในญี่ปุ่นค่อนข้างเป็นฝ่าย “ตั้งรับ” และ “คล้อยตาม” ในนโยบายเรื่องนี้ คล้ายคลึงกับกรณีการเริ่มระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยบุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่มเป็นผู้ผลักดันเรื่องการประกันผู้ประสบภัยจากรถ จากแรงจูงใจสำคัญ คือระบบโรงพยาบาลเอกชน ที่เริ่มเติบโตขึ้นต้องเข้ามาดูแลผู้ประสบภัยจากรถ และพบว่ามียาจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ จึงเป็นฝ่ายผลักดันจนเกิด พ.ร.บ.การคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ซึ่งผู้ได้รับประโยชน์สำคัญคือบริษัทประกันภัยเอกชน และสถานพยาบาล

ในส่วนของภาคสวัสดิการสังคมของญี่ปุ่นในเวลานั้นก็มองเห็นว่า การพัฒนาสู่ระบบประกันเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงเพราะในระบบเดิมที่เป็นสวัสดิการแห่งรัฐที่ใช้เงินจากภาษีอากรอาจมีข้อจำกัดในระยะยาว การสร้างระบบประกันจึงเป็นช่องทางการเพิ่มแหล่งเงินทุนให้แก่ระบบ สิ่งที่บุคลากรในภาคสวัสดิการสังคมเป็นห่วงคือ ความมั่นใจว่าระบบใหม่นี้จะไม่ถูกครอบงำโดยระบบบริการทางการแพทย์ หากจะต้องเป็นสวัสดิการสังคมโดยรวม

**ประเด็นสุดท้าย** ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ คือ ความพร้อมและความเต็มใจของเทศบาลต่างๆ ที่จะต้องเข้ามารับบทบาทสำคัญในการดำเนินการตามนโยบายและกฎหมาย เพราะเทศบาลต่างๆ ทั้งขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก จะต้องเข้ามาทำหน้าที่เป็น “ผู้รับประกัน” ที่ต้องรับหน้าที่ทั้ง 2 ด้าน คือ การเก็บเบี้ยประกัน และการให้บริการ ซึ่งมีปัญหาใหญ่ทั้ง 2 ด้าน นั่นคือ ในด้านการเก็บเบี้ยประกันเป็นงานประจำที่ต้องเก็บจากผู้ที่จะต้องถูก “บังคับประกัน” ตามกฎหมายทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่ม 40-64 ปี ซึ่งจะมีปัญหามากกับกลุ่ม “นอกระบบ” (Informal Sector) ซึ่งยากทั้งเรื่องการประเมินรายได้จากแต่ละคน และตามเก็บให้ได้อย่างทั่วถึง ทางด้านการให้บริการก็มีปัญหาสำคัญคือความเพียงพอของรายได้ที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่าย



เทศบาลในญี่ปุ่นราว 1,700 แห่งนั้น มีขนาดต่างกันหลากหลายขนาดใหญ่ ครอบคลุมประชากรสูงสุดราว 3.7 ล้านคน และขนาดเล็กที่สุดตามเกาะแก่งห่างไกล มีประชากรไม่ถึง 200 คน จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมพอสมควร เพื่อให้มั่นใจว่าเทศบาลต่างๆ สามารถรับนโยบายไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดความโกลาหลหรือความขลุกขลักอย่างกว้างขวาง เมื่อกฎหมายออกมาจะมีผลบังคับใช้

โชคดีที่เทศบาลต่างๆ มีประสบการณ์ยาวนานในงานที่คล้ายคลึงกัน คือ การเป็นผู้รับประกันสุขภาพในส่วนของ “ประกันสุขภาพสังคม” ที่ดูแลประชากรในภาค “นอกระบบ” มาแล้วจึงเป็นต้นทุนอย่างดี ในการเตรียมการเพื่อรองรับการประกันระบบใหม่ที่เพิ่มเติมเข้ามา

อย่างไรก็ดี นโยบายเรื่องการประกันดูแลระยะยาวในญี่ปุ่น ต้องใช้เวลาพอสมควรในการทำงานอย่างต่อเนื่องกับผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ก่อนเสนอร่าง พ.ร.บ. ต่อสภาไดเอะ หรือสภาผู้แทนราษฎร และไม่มีปัญหาหลังกฎหมายมีผลบังคับใช้ ไม่เหมือนกรณีที่กระทรวงแรงงานของเราเสนอให้นายกรัฐมนตรีใช้มาตรา 44 เพื่อแก้ปัญหาแรงงานต่างชาติ แล้วเกิดผลกระทบทางลบอย่างกว้างขวาง และกรณีกระทรวงการคลังออกระเบียบเรื่องการจ้างลูกจ้างของทางราชการจนเกิดการประท้วงอย่างกว้างขวางจากบุคลากรในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และต้องยอม “ชะลอ” หรือเลิกการบังคับใช้เมื่อปลายเดือนพฤษภาคม 2561

## การตัดสินใจทางนโยบาย

---

การตัดสินใจเรื่องระบบประกันการดูแลระยะยาวในญี่ปุ่น มิใช่จู่ๆ ก็ผลิผลามตัดสินใจโดยไม่มีที่มาที่ไป แต่เป็นเรื่องที่มีการพิจารณาอย่างรอบคอบรอบด้าน โดยมีการตั้งคำถามสำคัญๆ ได้แก่ (1) มีวิธีอื่นนอกจากการประกันสังคม (Social Insurance) หรือไม่ที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศ (2) ระบบประกันสังคมจะครอบคลุมความจำเป็นในการดูแลระยะยาวมากน้อยแค่ไหน (3) มีความเสี่ยงลักษณะใด และจะมีผลกระทบต่อการออกแบบระบบอย่างไร (4) จะให้บริการการดูแลระยะยาวที่จำเป็นอย่างไร

## ปัญหาแรก

---

มีวิธีอื่นนอกจากระบบประกันสังคมหรือไม่

พัฒนาการของสังคม ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์การสาธารณสุข และโภชนาการที่ดีขึ้น ทำให้คนอายุยืนยาวขึ้น และในที่สุดก็อาจเข้าสู่ภาวะที่ต้องการการดูแลระยะยาว ในขณะที่ศักยภาพของครอบครัวลดลงเป็นปฏิภาคกัน จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง สมาชิกในครอบครัวออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น และการดูแลระยะยาวมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่ติดบ้านติดเตียง มีปัญหามากขึ้น และเทคโนโลยีการดูแลก็มีการพัฒนามากขึ้นด้วย **สังคมจึงอาจหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องเข้ามารับภาระนี้** และรัฐย่อมถูกกดดันให้ต้องเข้ามาดำเนินการเพื่อให้เกิดความมั่นคงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน

มีทางเลือกสองทางในการแก้ปัญหา ทางเลือกที่หนึ่ง คือ รัฐบาลกลาง และรัฐบาลท้องถิ่นทำหน้าที่ให้บริการและการช่วยเหลือที่จำเป็น อีกทางหนึ่งคือ รัฐออกกฎหมายเพื่อให้ประชาชนร่วมกันสร้างระบบที่ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้เมื่อถึงคราวจำเป็น สองทางเลือกดังกล่าวนี้ การเลือกย่อมต้องอยู่บนความเชื่อพื้นฐานเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาชน นั่นคือ รัฐควรมีบทบาทอย่างไรและมากน้อยเพียงใด ทางเลือกที่หนึ่ง อยู่บนพื้นฐานของความเชื่อว่า รัฐควรเป็นผู้รับผิดชอบให้การดูแลที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุเองหรือครอบครัวไม่สามารถช่วยตนเองได้ ซึ่งประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวียและสหราชอาณาจักรเลือกแนวทางนี้

สำหรับทางเลือกที่สอง อยู่บนความเชื่อพื้นฐานว่า การดูแลระยะยาว โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุและครอบครัวควรรับผิดชอบช่วยเหลือตนเอง แม้เมื่อยามป่วยหรือบาดเจ็บ ทางเลือกที่สองนี้บางรัฐให้เป็นที่หน้าที่ของแต่ละคนหรือครอบครัวต้องดูแลตัวเองทั้งหมด โดยอาจมีโครงการเฉพาะบางอย่างช่วยเหลือ เช่น สหรัฐให้แต่ละคนซื้อประกันเอง และรัฐให้การช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุและผู้พิการ คือ โครงการเมดิแคร์ (Medicare) หรือรัฐอาจเข้าไปสร้างระบบ “ประกันสังคม” ให้ทุกคน

การตัดสินใจเลือกย่อมต้องพิจารณาว่า วิธีการใดจะสามารถแก้ปัญหาได้ดีกว่ากัน โดยต้องพิจารณาพื้นฐานต่างๆ ประกอบ ญี่ปุ่นเลือกทางเลือกที่สอง โดยออกกฎหมายให้มีระบบประกันสังคมขึ้น จากพื้นฐานสำคัญ คือการมีระบบประกันสุขภาพสังคม (Social Health Insurance) ซึ่งพัฒนามาอย่างเข้มแข็งและมั่นคง ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศมาตั้งแต่ พ.ศ. 2504 เพราะเชื่อว่า จะยั่งยืนกว่า ไม่เลือกทางเลือกแรกซึ่งต้องใช้เงินจากภาษีอากรทั้งหมด และแน่นอนว่าไม่เลือกระบบแบบสหรัฐเพราะเป็นระบบที่ล้มเหลวทั้งในแง่การครอบคลุมประชากร และไร้ประสิทธิภาพ โดยระบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุและผู้พิการ (Medicare) ก็ไร้ประสิทธิภาพ ต้องใช้งบประมาณมากมาย แต่ครอบคลุมสวัสดิการรักษายาบาลได้บางส่วนเท่านั้น

โครงการเมดิแคร์ของสหรัฐ เริ่มขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2509 ในสมัยประธานาธิบดี ลินดอน บี.จอห์นสัน มุ่งให้สวัสดิการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ ในปี 2558 มีผู้เข้าข่ายในโครงการนี้รวมมากกว่า 55 ล้านคน (เป็นผู้สูงอายุ อายุ 65 ปี ขึ้นไป 46 ล้านคน อายุต่ำกว่า 65 ปี ราว 9 ล้านคน) ให้การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยราวร้อยละ 50 เท่านั้น ที่เหลือประชากรในกลุ่มนี้ต้องจ่ายเองจากการทำประกันเสริม หรือจ่ายเพิ่มเอง แม้กระนั้นรัฐบาลก็ต้องจ่ายงบประมาณสูงลิบล้อถึง 523,000 ล้านดอลลาร์ ในปี 2553 คิดเป็นเงินไทยราว 17 ล้านล้านบาท มากกว่างบประมาณประเทศไทย พ.ศ. 2560 ราว 6 เท่า

## ประเด็นที่สอง

ระบบประกันสังคมจะครอบคลุมความจำเป็นในการดูแลระยะยาว มากน้อยแค่ไหน

โดยที่ระบบประกันสังคมเพื่อการดูแลระยะยาวที่จะสร้างขึ้น เป็นระบบ “บังคับประกัน” กับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในที่สุดลงตัวที่ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไป และกลุ่มอายุ 40-64 ปี การบังคับประกันก็เพื่อการกระจายความเสี่ยง และให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยให้ทุกคนจ่ายตามกำลัง แต่รับบริการเฉพาะเมื่อจำเป็น การออกกฎหมาย “บังคับ” บุคคลเช่นนี้ แม้จะกระทำได้ แต่ย่อมพึงกระทำอย่างเหมาะสม โดยมีเหตุผลสมควร และต้องทำให้ประชาชนที่ถูกบังคับประกันยอมรับ ดังนั้นจึงต้องสร้างความเข้าใจและความตระหนักให้ประชาชนยินยอมพร้อมใจที่จะจ่ายเบี้ยประกัน

ประเด็นสำคัญคือเรื่อง “ความเสี่ยง” ต่อความจำเป็นที่จะต้องรับ “การดูแลระยะยาว” แน่แน่นอนว่าทุกคนมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุจนต้องการการดูแลระยะยาว แต่ก็ไม่มาก โดยเฉพาะในกลุ่มคนวัยแรงงาน จากข้อมูลสถิติในญี่ปุ่น กลุ่มประชากรที่รับบริการการดูแลระยะยาว ราวร้อยละ 90 เป็นประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป เพราะเป็นกลุ่มที่เกิดความจำเป็นในการดูแลระยะยาวสูง ทั้งจากอุบัติเหตุ และโรคภัย

ใช้เจ็บ แต่หากบังคับประกันเฉพาะกลุ่มประชากร 65 ปีขึ้นไป ฐานรายได้จากเบี้ยประกันย่อมต่ำ ไม่เพียงพอต่อค่าบริการ ถ้าจะให้เพียงพอก็ต้องเก็บเบี้ยประกันอัตราสูง วิธีลดค่าเบี้ยประกันก็คือขยายฐานประชากรที่ “บังคับประกัน” การขยายให้กว้างที่สุดเพื่อให้เบี้ยประกันต่ำสุด ก็คือให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุที่มีรายได้ ซึ่งถ้าทำเช่นนั้น ก็แทบไม่ต่างจากการใช้ระบบภาษี มิใช่ระบบประกัน ในที่สุดก็ลงตัวที่ 2 กลุ่ม คือ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่ม 40-64 ปี

โดยที่แม่ในกลุ่มประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป บางคนตลอดชีวิตก็ไม่จำเป็นต้องรับการดูแลระยะยาวเลย นั่นคือมีสุขภาพดีโดยต่อเนื่อง หรือแม่เจ็บป่วยก็เข้ารับการดูแลรักษาในระบบประกันสุขภาพสังคม ไม่เข้ากรณีการดูแลระยะยาวจนเสียชีวิตไป ฉะนั้น แม่ในกลุ่มประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ก็มีบางส่วนเท่านั้นที่ต้องการการดูแลระยะยาว การคำนวณ “ความเสี่ยง” ในการเข้าสู่ระบบประกันจึงเป็นเรื่องยาก และถ้าให้ประชาชนแต่ละคนตัดสินใจเองตามระบบประกันบุคคล (Individual Insurance) ก็เป็นระบบตัวใครตัวมัน การพิจารณาเรื่อง “ความจำเป็นในการดูแลระยะยาว” จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนยิ่งในกลุ่มประชากรอายุ 40-64 ปี ยิ่งเป็นเรื่องยาก จึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อให้เกิดความยินยอมพร้อมใจผู้ถูก “บังคับประกัน” มากที่สุด

ตัวเลขในเวลาต่อมา พบว่า ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปในญี่ปุ่น ราว 15-20% เข้าข่าย “จำเป็นต้องดูแลระยะยาว” (Needing Long-term Care) และมีการศึกษาหนึ่งสรุปว่า คนญี่ปุ่นอายุ 65 ปีขึ้นไปราว 50% จะมีความจำเป็นต้องรับบริการระยะยาวในช่วงชีวิตที่เหลือ

จะเห็นได้ว่า การสร้างและพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่น มีการพิจารณาอย่างรอบคอบ รอบด้าน ต้องมีฐานข้อมูลและความรู้เพียงพอจากพื้นฐานที่มีการพัฒนาประชาธิปไตยมาอย่างต่อเนื่อง ไม่ล้มล้มคลุกคลานกลับไปกลับมา หรืออยู่ในวงจรจุบจิว คือ เผด็จการสลับกับประชาธิปไตยสามัญ พัฒนาการเรื่องนี้จึงสำเร็จได้โดยผ่านกลไกสำคัญ 2 กลไก คือ (1) ระบบราชการที่เข้มแข็ง ทั้งด้านความรู้ ความสามารถ และธรรมาภิบาล และ (2) ระบบการเมือง

ที่ต้องตอบสนองการแก้ปัญหาของประชาชนให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และยั่งยืนอย่างแท้จริง



## ประเด็นที่สาม

มีความเสี่ยงลักษณะใด และจะมีผลกระทบต่อการออกแบบระบบอย่างไร แต่ละคนมีความเสี่ยงต่างกัน และความเสี่ยงที่จะต้องได้รับการดูแลระยะยาวแตกต่างกัน ความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ แม้จะมีความคล้ายคลึงกัน โดยทั่วไป ยิ่งสูงอายุยิ่งมีโอกาสเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น และมีความเสี่ยงที่จะต้องได้รับการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นด้วย จึงมีประเด็นต้องตัดสินใจในการเลือกระบบการประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงว่าจะครอบคลุมเฉพาะคนสูงอายุหรือครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ สาธารณรัฐเยอรมนีตัดสินใจเลือกการครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ แต่ญี่ปุ่นเลือกครอบคลุมคนสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรหลัก

ธรรมชาติอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงหรือผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวแทบทั้งหมด จะเริ่มต้นจากการเจ็บป่วยและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลก่อนจะกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หลายประเทศจึงบูรณาการหรือผสมผสาน (Integrate) สองระบบนี้เข้าด้วยกัน แต่ญี่ปุ่นเลือกแยก 2 ระบบนี้ออกจากกัน ด้วยเหตุผลทางการเมือง โดยสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาวเพิ่มเติมขึ้นภายหลัง หลังจากเกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วร่วม 40 ปี นั่นคือระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มดำเนินการครอบคลุมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2504 แต่ พ.ร.บ.ประกันการดูแลระยะยาวผ่านสภา เมื่อธันวาคม 2543 และมีผลบังคับใช้ในเดือนเมษายน 2543

ลักษณะแตกต่างอีกประการหนึ่งคือ บุคคลที่ติดบ้านติดเตียงโดยมากมักต้องการการดูแลระยะยาวต่อเนื่องตลอดชีวิต มีน้อยรายที่หาย การกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มนี้จึงต้องระมัดระวัง เพราะถ้ากำหนดไว้สูง ค่าเบี้ยประกันก็จะต้องสูงตาม ซึ่งย่อมกระทบต่อผู้ที่ถูกบังคับประกันโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ยังอายุไม่มาก ที่จะมีความรู้สึกว่าจะต้องจ่ายเบี้ยประกันไปอีกนาน และอาจไม่มี



โอกาสได้รับสิทธิประโยชน์ดังกล่าว ธรรมชาติดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้ป้อนกำหนดให้รัฐบาลกลางเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย 50% และเก็บค่าใช้จ่ายบางส่วนจากผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดสมดุลระหว่างภาระของผู้ที่ต้องใช้บริการกับผู้ที่ไม่ต้องใช้บริการ

ลักษณะสำคัญอีกประการหนึ่งของบริการการดูแลระยะยาว คือ เป็นบริการที่ครอบคลุมกิจกรรมประจำวันทุกอย่าง โดยมีระดับความจำเป็นแตกต่างกันมาก ซึ่งไม่มีขอบเขตให้แยกได้ชัดเจนว่าอะไรจำเป็น อะไรไม่ใช่ จึงเป็นการยากที่จะกำหนดนิยามได้อย่างชัดเจนตามหลักวิชาการว่า “ความจำเป็นต้องดูแลระยะยาว” หมายความว่าอย่างไร ประเด็นดังกล่าวนี้มีความสำคัญอย่างมากสำหรับระบบการประกัน เพราะจะต้องกำหนดเรื่องความจำเป็นให้ชัดเจน และต้องมีวิธีการประเมินที่ชัดเจนว่า (1) ใครจำเป็นต้องได้รับบริการ โดยการประเมินจากสภาพของบุคคล (2) บริการใด และโดยใครที่จะให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่จะให้เบิกจ่ายได้ แตกต่างจากเรื่องความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่สามารถประเมินได้โดยแพทย์ โดยใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์ แต่สำหรับการดูแลระยะยาวยังไม่มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเทียบเคียงกับแพทย์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังนั้น ในการพัฒนาระบบประกันการดูแลระยะยาวจึงจำเป็นต้องสร้างวิธีการวัดความจำเป็นในการดูแลระยะยาว และระบบการประเมินภาวะของบุคคลที่ต้องการการดูแลระยะยาว เป็นเรื่องแรก นอกจากนั้น โดยที่ความจำเป็นในการดูแลระยะยาวครอบคลุมกิจกรรมประจำวันทุกชนิด ทำให้บริการมีได้กว้างขวางและหลากหลาย จึงเป็นไปได้ที่จะกำหนดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการทั้งหมด เพราะจะทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มตาม และผลก็คือเบี้ยประกันจะสูง และเป็นภาระด้านงบประมาณของรัฐบาลด้วย ในระบบประกันด้านสุขภาพนั้น มีความเชื่อพื้นฐานที่หนักแน่นว่า บริการทางการแพทย์ทุกอย่างที่จำเป็นเพื่อการรักษาโรคหรือการบาดเจ็บควรครอบคลุมโดยระบบประกันทั้งหมด ในทางตรงกันข้าม ระบบประกันการดูแลระยะยาวควรครอบคลุมโดยระบบประกันเพียงบางส่วน ไม่ทั้งหมด ทั้งนี้บริการการดูแลระยะยาวจำนวนมากให้เพื่อความสะดวกสบาย ขณะที่บริการทางการแพทย์ที่ได้รับมักสร้างความเจ็บปวดและไม่สะดวกสบายให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้น จึงจำเป็นที่

จะต้องระมัดระวังมิให้เกิดการสร้างระบบที่ทำให้เกิดการให้บริการการดูแลระยะยาว ในทางที่ผิด แต่จะต้องสร้างระบบที่มีหลักประกันว่าจะมีการให้บริการอย่างเหมาะสม

เมื่อสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ญี่ปุ่นมีความระมัดระวังอย่างสูง และดำเนินการอย่างรอบคอบ มีการเตรียมการโดยระบบราชการที่เข้มแข็ง และฝ่ายรัฐสภาที่มีรัฐบาลจากเสียงข้างมาก ที่มีการตรวจสอบถ่วงดุลอย่างเข้มแข็งจากฝ่ายค้าน ใช้หลักวิชาการ และการเตรียมการอย่างดี มีความพยายามในการสร้างระบบประเมินตามหลักวิชาการ และการตรวจสอบอย่างเข้มงวด แต่ค่าใช้จ่ายในสองระบบนี้ก็ยิ่งสูงลิ่ว ในปี 2559 ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากร 125 ล้านคน สูงถึง 41 ล้านล้านเยน หรือราว 14 ล้านล้านบาท สูงกว่างบประมาณแผ่นดินของประเทศไทยทั้งประเทศในปีเดียวกัน (2.9 ล้านล้านบาท) ราว 4.8 เท่า และค่าใช้จ่ายในระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง สูงถึง 11 ล้านล้านเยน หรือเกือบ 4 ล้านล้านบาท ทั้ง 2 ระบบรวมกันเป็นเงิน 52 ล้านล้านเยน หรือราว 17.3 ล้านล้านบาท สูงกว่างบประมาณทั้งประเทศของ ไทยราวเกือบ 6 เท่า

## ประเด็นที่สี่

จะให้บริการการดูแลระยะยาวที่จำเป็นอย่างไร อะไรคือเงื่อนไขที่จำเป็น สำหรับการสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาว จากจุดยืนทางการปฏิบัติ

ประเด็นสำคัญเรื่องนี้เป็น การเตรียมความพร้อมด้านระบบบริการก่อนการ สร้างระบบการเงินการคลัง เพราะหากสร้างระบบประกันก่อนที่ระบบการให้ บริการจะมีการพัฒนาให้ทั่วถึงพอสมควร เมื่อเริ่มดำเนินการจะมีคนจำนวนมาก ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ จะเกิดความขัดแย้งเพราะเมื่อเกิดระบบประกันก็จะต้อง มีการจ่ายเบี้ยประกันไปก่อน แต่เมื่อถึงเวลาจำเป็นต้องไปรับบริการกลับไม่มี บริการให้อย่างเพียงพอก็จะเกิดปัญหาขึ้นได้ ฉะนั้น ในทางปฏิบัติ เงื่อนไขสำคัญ

ก่อนเริ่มระบบประกันการดูแลระยะยาว จะต้องสร้างระบบบริการให้มีความพร้อมพอสมควร ง่าย ๆ คือจะต้องเตรียมด้านอุปทาน (Supply Side) ให้พร้อมพอสมควรเสียก่อน ในญี่ปุ่นได้เริ่ม “แผนวัยทอง” (Gold Plan) เมื่อปลายปี 2532 ชื่อทางการคือ “ยุทธศาสตร์สิบปีเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ” โดยการใช้จ่ายได้จากภาษีมูลค่าเพิ่มไปพัฒนาสถานดูแลผู้สูงอายุและการปรับปรุงระบบการดูแลที่บ้าน และก่อนจะมีการเพิ่มอัตราภาษีมูลค่าเพิ่มในปี พ.ศ. 2538 รัฐบาลก็ได้เริ่ม “แผนวัยทองใหม่” (New Gold Plan) เพื่อเพิ่มเป้าหมายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเดิม จึงเป็นพื้นฐานอย่างดีรองรับระบบประกันการดูแลระยะยาวที่รัฐสภาให้ความเห็นชอบในเวลาต่อมาไม่นาน

ความเข้มแข็งของระบบราชการ และระบอบประชาธิปไตยที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ไม่สะดุดหยุดลงซ้ำแล้วซ้ำอีก ทำให้พัฒนาการของระบบประกันการดูแลระยะยาวสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการสร้างความมั่นคงทางสังคมของญี่ปุ่นด้วยดีมาจนทุกวันนี้



พัฒนาการด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ก็ดำเนินการมาในแนวทางเดียวกัน จากการสร้างระบบบริการอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากการสร้างโรงพยาบาลศิริราชเป็นแห่งแรกเมื่อ พ.ศ. 2431 ในรัชสมัยของรัชกาลที่ 5 ต่อมาสร้างโรงพยาบาลครบทุกจังหวัดในสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม ต่อด้วยการเริ่มนโยบายจะสร้างโรงพยาบาลทุกอำเภอในสมัยรัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช เมื่อ พ.ศ. 2518 และทำสำเร็จในสมัย พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ในช่วงที่ประเทศประสบวิกฤตเศรษฐกิจจนต้องลดค่าเงินบาทและกู้เงินจากไอเอ็มเอฟ ในส่วนของระบบหลักประกันสุขภาพ เริ่มจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ต่อมาเกิดระบบประกันสังคม เมื่อ พ.ศ. 2533 ในสมัยรัฐบาล พล.อ.ชาติชาย ชุณหะวัณ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ พ.ศ. 2545 ในสมัยรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร

ทางด้าน การดูแลระยะยาว เราเริ่มต้นจากจุดพื้นฐานที่จำเป็นมากที่สุด คือ การดูแลเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ในระบบบัตรทอง ชื่อทางการคือระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยเริ่มการพัฒนารูปแบบบุคลากร คือ “ผู้ดูแล” (Care giver) โดยกรมอนามัย และระบบการดูแลโดยใช้รูปแบบของโรงพยาบาลลำสนธิ จ.ลพบุรี เป็นต้นแบบ โดยรัฐบาล พล.อ. ประยุทธ์ สนับสนุนงบประมาณก้อนแรก 600 ล้านบาท เมื่อ พ.ศ. 2559 และเพิ่มเป็น 900 ล้านบาท และ 1,100 ล้านบาท ในปีต่อๆ มา นำเสียดายที่ระบบเกิดการสะดุดจากระเบียบการจำกัดค่าตอบแทนผู้ดูแล จากที่กำหนดไว้เดือนละ 5-6 พันบาท เหลือไม่เกิน 1,500 บาท และปัจจุบันกำลังจะเกิดอุปสรรคใหม่ เพราะกรมสนับสนุนบริการสุขภาพต้องการเพิ่มอำนาจหน่วยงาน โดยการกำหนด “มาตรฐาน” ผู้ดูแลเหล่านี้ และกำหนดให้ต้องไปขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งความจริงแล้วขาดทั้งองค์ความรู้และความพร้อมในการทำงานนี้ ข้อกำหนดที่จะออกมา มีแต่จะเพิ่มภาระให้แก่ทั้งผู้ดูแลและของหน่วยงานเอง โดยจะไม่เกิดประโยชน์ใดๆ แก่ระบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงแต่อย่างใด



## การออกแบบระบบ

---

ประเด็นต่อไปสำหรับระบบประกันการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คือ การออกแบบระบบ ซึ่งเปรียบเทียบกับได้กับการสร้างอาคารขนาดใหญ่ จะต้องเริ่มต้นด้วยการออกแบบ ซึ่งประกอบด้วยการออกแบบกรอบแนวคิด (Concept Design) การออกแบบพื้นฐาน (Basic Design) และการออกแบบรายละเอียด (Detailed Design)

## การออกแบบพื้นฐาน

การออกแบบพื้นฐาน มี 5 เรื่องสำคัญที่ต้องพิจารณา

### เรื่องแรก จะเลือกรูปแบบประกันระยะยาวหรือระยะสั้น

การประกันระยะยาว จะต้องมีการจ่ายเบี้ยประกันไปก่อนระยะยาวนานพอสมควร ก่อนที่จะมีสิทธิ์ได้รับสิทธิประโยชน์ เช่น ระบบบำนาญ ขณะที่ประกันระยะสั้นมักจะได้รับสิทธิประโยชน์ทันทีที่เริ่มจ่ายเบี้ยประกัน หรือจ่ายเบี้ยประกันไปในระยะไม่ยาวนานนัก เช่น ประกันรถยนต์ ประกันอาคาร ถ้าเลือกระบบประกันระยะยาวก็อาจบูรณาการเข้ากับระบบบำนาญ โดยการเก็บเบี้ยประกันเพิ่มเติมในส่วนนี้ แต่โดยที่ผู้สูงอายุจำนวนมากมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว ตั้งแต่เมื่อเริ่มรับบำนาญ ญี่ปุ่นจึงเลือก 2 ระบบผสมกัน ระหว่างการประกันระยะยาวในกลุ่มวัยกลางคน ซึ่งจะเริ่ม “บังคับประกัน” ตั้งแต่อายุ 40-64 ปี และกลุ่ม

คนสูงอายุ อายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเก็บเบี้ยประกันจากบำนาญ เป็นระบบการช่วยเหลือกันระหว่างกลุ่มคนสองวัย (Intergenerational Support System) คือวัยกลางคน กับวัยสูงอายุ

## เรื่องที่สอง ใครเป็นผู้รับสิทธิประโยชน์

ผู้ที่จำเป็นต้องรับการดูแล หรือผู้ดูแล ตามหลักการของการประกันสังคม ผู้จ่ายเบี้ยประกันคือผู้ควรมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบประกันการดูแลระยะยาว ผู้จ่ายเบี้ยประกันมี 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) และกลุ่มวัยกลางคน (40-64 ปี) ผู้ที่ควรเป็นผู้รับสิทธิประโยชน์ คือ ผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียงโดยตรง แต่มีประเด็นปัญหา คือบุคคลในครอบครัวมักต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเหล่านี้ด้วย โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยโรคหลงลืม (Dementia) หรือ อัลไซเมอร์ ที่บุคคลในครอบครัวนอกจากมีภาระการดูแลแล้วยังต้องเป็นผู้ตัดสินใจแทนด้วย

ในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น กลุ่มลูกจ้างที่เป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน สิทธิประโยชน์มักครอบคลุมบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร และอาจครอบคลุมถึงบิดามารดาด้วย โดยระบบดังกล่าว สิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งผู้จ่ายเบี้ยประกัน และผู้ที่ไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกัน แต่ระบบประกันการดูแลระยะยาว มุ่งยึดหลักให้ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ต้องเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน จึงเป็นเหตุผลสำคัญข้อหนึ่งที่แยกระบบประกันการดูแลระยะยาวออกจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะต้องการให้ผู้ที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง เป็นการออกแบบระบบให้รองรับสังคมสูงวัย คือ ให้ผู้สูงวัยเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายการดูแลที่จำเป็นนี้ แต่ขณะเดียวกันก็ให้มีระบบการช่วยเหลือจากกลุ่มคนต่างวัยให้เข้ามารับภาระในการจ่ายเบี้ยประกันด้วย เพราะผลจากระบบนี้ ย่อมช่วยลดภาระของคนกลุ่มนี้ไปในตัวด้วย และแน่นอนว่าในขั้นตอนการดำเนินการย่อมมีปัญหาในทางปฏิบัติมากมาย ในการจัดลำดับความสำคัญระหว่างการตอบสนองความต้องการอันจำเป็นของผู้ที่ต้องรับการดูแล กับการลดภาระของบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็น



ประเด็นต้องพิจารณาในขั้นตอนการออกแบบรายละเอียด (Detailed Design) ต่อไป

### **เรื่องที่สาม ควรออกแบบระบบให้ครอบคลุมเฉพาะผู้สูงอายุ หรือทุกกลุ่ม ควรแยกเป็นอิสระจากระบบประกันสุขภาพ หรือควรบูรณาการเข้าด้วยกัน**

เมื่อเริ่มพิจารณาเรื่องนี้ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการของญี่ปุ่นเสนอให้บังคับประกันกับบุคคลอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยให้มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์เมื่ออายุ 65 ปี แต่ข้อเสนอนี้ไม่เป็นที่ยอมรับ เพราะขัดต่อหลักการของการประกันสังคม เนื่องจากต้องรอเป็นเวลายาวนานมากจึงจะมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ ในที่สุดก็ได้ข้อยุติให้เริ่มบังคับประกันเมื่ออายุครบ 40 ปี เหตุผลที่กำหนดที่อายุ 40 ปี มี 2 ข้อ ข้อแรก เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า ความชราเริ่มต้นเมื่ออายุครบ 40 ปี ข้อสอง ความเสี่ยงที่พ่อแม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวมักเริ่มต้นเมื่อตัวเองอายุครบ 40 ปี วัย 40 ปี จึงเป็นทั้งวัยที่เริ่มปรากฏอาการของวัยชรา และต้องเริ่มมีภาระในการให้การดูแลระยะยาวแก่พ่อแม่ด้วย ในที่สุดจึงตกลงแบ่งกลุ่มผู้ “เอาประกัน” หรือที่จริงคือผู้ถูกบังคับประกันเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปฐมภูมิ (Primary Insured People) คือ ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และ กลุ่มทุติยภูมิ (Secondary Insured People) คือกลุ่มอายุ 40-64 ปี

ประเด็นต่อไปคือ เมื่อใครจะได้รับสิทธิประโยชน์ และจะได้มากน้อยเพียงใด อันที่จริงบุคคลทุกกลุ่มวัยล้วนอาจมีความจำเป็นต้องรับการดูแลระยะยาว เช่น ผู้พิการแต่กำเนิด หรือผู้พิการจากอุบัติเหตุ แต่ในที่สุดก็ได้ข้อยุติว่ากลุ่มปฐมภูมิ ให้ได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบประกันนี้เต็มตามสิทธิ แต่สำหรับกลุ่มทุติยภูมิ ให้ได้รับสิทธิประโยชน์เฉพาะกรณีที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยจากโรคที่กำหนดเท่านั้น สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวจากความพิการแต่กำเนิดหรือจากอุบัติเหตุ ให้ได้รับสิทธิประโยชน์จากอีกระบบหนึ่ง คือ พระราชบัญญัติช่วยเหลือเบ็ดเสร็จสำหรับคนพิการ (Act on Comprehensive Support for People with

Disabilities) ซึ่งจะได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุมกว้างขวางมากกว่า

จะเห็นได้ว่า ระบบประกันการดูแลระยะยาวมีลักษณะที่แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพหลายประการ ทั้งในด้านการกำหนดเบี้ยประกัน และการกำหนดสิทธิประโยชน์ จึงไม่เหมาะที่จะบูรณาการระบบประกันการดูแลระยะยาวเข้าไปในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม สำหรับกลุ่มทุติยภูมิที่กำหนดสิทธิประโยชน์ไว้อย่างจำกัด มีลักษณะเป็น “ภาษีที่มีวัตถุประสงค์พิเศษ” (Special-purpose Tax) มากกว่าเป็นเบี้ยประกัน วัตถุประสงค์ดังกล่าวคือเรื่องความจำเป็นในการสนับสนุนระหว่างกลุ่มวัย และเพื่อลดภาระในการดูแลระยะยาวของสมาชิกในครอบครัว

### เรื่องที่สี่ ประเด็นที่ต้องพิจารณาในการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวแยกออกจากระบบประกันสุขภาพ

ในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น สิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ไม่มีเพดานจำกัดตราบใดที่พิจารณาเห็นว่าเป็นความจำเป็นเพื่อการรักษาพยาบาลในระหว่างการพัฒนาาระบบประกันการดูแลระยะยาว จึงมีข้อห่วงใยจากหลายฝ่ายว่า ถ้าบูรณาการระบบใหม่นี้เข้าไปในระบบประกันสุขภาพจะนำหลักการเดียวกันไปใช้ด้วย โดยฟากรัฐบาลเกรงว่าถ้าใช้หลักการเดียวกันจะเป็นภาระแก่รัฐบาลมากขณะที่ฝ่ายอื่นๆ เกรงว่าถ้าบูรณาการระบบใหม่นี้เข้าไปอาจมีการกระทบสำคัญกับระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะถ้ามีการกำหนดให้ต้องมีการประเมินและให้ใบรับรองก่อนจะได้รับสิทธิประโยชน์ และการกำหนดเพดานการจ่าย ซึ่งจะกระทบรายได้ของสถานพยาบาลอย่างมาก

นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพซึ่งมีการพัฒนาการมายาวนานจำเป็นต้องแยกเป็นสองระบบใหญ่คือ (1) ระบบสำหรับลูกจ้าง และ (2) ระบบชุมชน ซึ่งครอบคลุมกลุ่มที่เหลือทั้งหมด ทั้งสองระบบดังกล่าวมีสิทธิประโยชน์เหมือนกัน แต่ระบบการเก็บเบี้ยประกันแตกต่างกันมาก ระบบประกันการดูแลระยะยาวมุ่งครอบคลุมสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นหลัก จึงไม่สามารถบูรณาการเข้าไป

ในระบบประกันสุขภาพได้ ข้อห่วงใยต่างๆ เหล่านี้นำไปสู่การตัดสินใจสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาวแยกต่างหากจากระบบประกันสุขภาพ

ยังมีประเด็นต่างๆ ที่มีการพิจารณา เช่น ใครควรเป็นผู้รับประกัน ควรเริ่มบังคับประกันที่อายุเท่าไร อัตราเบี้ยประกันควรเป็นเท่าไร มีวิธีการเก็บอย่างไร ควรมีเกณฑ์พิจารณาแตกต่างกันหรือไม่ในกลุ่มอายุต่างๆ นอกจากเบี้ยประกัน ควรมีแหล่งเงินจากที่อื่นหรือไม่ เพื่อความยั่งยืนระยะยาวของระบบ ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องพิจารณาต่อไปในการออกแบบรายละเอียดของระบบ

### เรื่องที่ห้า ใครควรเป็นผู้ให้บริการ ผู้รับประกัน หรือปล่อยให้เป็นการแข่งขันในระบบกึ่งตลาด (Quasi-market)

ในระบบประกันสุขภาพ สถานพยาบาลที่ให้บริการส่วนใหญ่เป็นของภาคเอกชน ผู้รับประกันเป็นผู้กำหนดอัตราค่าบริการ โดยสถานพยาบาลต่างๆ ตั้งขึ้นตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลเอง โดย “ตลาด” ของสถานพยาบาลมีลักษณะเป็นตลาด “กึ่งเสรี” เพราะผู้รับประกันมีส่วนกำหนดตลาดโดยเป็นผู้กำหนดอัตราค่าบริการเบิกจ่าย สำหรับระบบประกันการดูแลระยะยาว บริการต่างๆ ยังไม่มีการพัฒนาเหมือนระบบบริการทางการแพทย์ ก่อนกฎหมายมีผลบังคับใช้ จึงมีการเร่งรีบพัฒนาบริการขึ้นจำนวนมาก

ระบบการให้บริการในระบบประกันการดูแลระยะยาวในปัจจุบัน ผู้รับประกันเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักของการบริการ แต่มิได้เป็นผู้ให้บริการ ให้บริการเป็นลักษณะกึ่งแข่งขันในตลาด ผู้กำหนดอัตราค่าบริการเบิกจ่ายคือ กระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการ (จากเดิมคือกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ เปลี่ยนใหม่หลังการปฏิรูประบอบราชการในเดือนมกราคม 2544) อัตราดังกล่าว ผู้รับประกันจ่าย 90% ที่เหลือ 10% ผู้ใช้บริการเป็นผู้จ่าย

## การออกแบบรายละเอียด

---

การออกแบบระบบประกันการดูแลระยะยาวในญี่ปุ่น ก็เหมือนการออกแบบก่อสร้างอาคารขนาดใหญ่ ต้องเริ่มจากการออกแบบเบื้องต้น (Concept Design) ต่อด้วยการออกแบบพื้นฐาน (Basic Design) และจะต้องตามมาด้วยการออกแบบรายละเอียด (Detailed Design) ซึ่งระบบประกันการดูแลระยะยาวในญี่ปุ่นในขั้นการออกแบบรายละเอียดมีประเด็นต่างๆ ต้องพิจารณารวม 8 ประเด็น

## ประเด็นแรก

---

การพิจารณาโครงสร้างหลักของระบบจากที่ได้พิจารณาในระดับการออกแบบพื้นฐานว่าจะแยกระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้เป็นอิสระจากระบบประกันสุขภาพ เรื่องแรกที่ต้องตัดสินใจต่อไปคือ จะแยกโครงสร้างหลักเป็นระบบเดียว หรือ 2 ระบบ เหมือนระบบประกันสุขภาพ คือ (1) ระบบประกันลูกจ้าง และ (2) ระบบประกันชุมชน ญี่ปุ่นตัดสินใจเลือกโครงสร้างระบบเดียวโดยยึดโยงกับพื้นที่ (Area-based) ให้บริหารโดยรัฐบาลท้องถิ่น เหตุผลสำคัญคือ ระบบประกันการดูแลระยะยาว จะต้องครอบคลุมทั้งผู้ที่เกษียณแล้ว และผู้ที่ยังเป็นลูกจ้าง และจะต้องเก็บเบี้ยประกันจากทั้งสองกลุ่ม ขณะที่ระบบประกันสุขภาพลูกจ้างไม่ครอบคลุมไปถึงคนที่เกษียณตามระบบประกันการดูแลระยะยาวที่ยึดโยงกับพื้นที่ ผู้สูงอายุถูกจัดประเภทเป็นผู้อยู่อาศัยในท้องถิ่น (Local Resident)

ในระบบประกันซึ่งครอบคลุมประชากรที่อยู่อาศัยในพื้นที่ และจะต้องเรียกเก็บเบี้ยประกันจากคนเหล่านั้น ผู้รับประกันจะต้องเป็นรัฐบาลกลาง หรือรัฐบาลท้องถิ่น หรือองค์กรสาธารณะที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาลหรือรัฐบาลท้องถิ่น ให้ทำหน้าที่เป็นผู้รับประกัน โดยบทบาทหน้าที่ดังกล่าวจะต้องตราไว้ในกฎหมาย ในญี่ปุ่นได้เลือกให้เทศบาลซึ่งเป็นรัฐบาลท้องถิ่นระดับล่างสุดเป็นผู้ทำหน้าที่นี้ด้วยเหตุผลต่างๆ คือ (1) เทศบาลได้ทำหน้าที่ให้บริการตาม พ.ร.บ.สวัสดิการสังคมเพื่อผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้บริการแก่ผู้สูงอายุตามโครงการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอยู่แล้ว (2) เทศบาลเป็นผู้รับประกันตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้ว และ (3) เป็นไปตามกระแสและนโยบายการกระจายอำนาจให้รัฐบาลท้องถิ่นระดับล่างสุดที่พรรคการเมืองต่างๆ สนับสนุน

หน้าที่สำคัญที่สุดของรัฐบาลท้องถิ่นในระบบประกันการดูแลระยะยาว คือ ต้องทำหน้าที่เก็บเบี้ยประกัน หน้าที่ต่อไปคือการบริหารด้านการเงินการคลังให้ดี ในญี่ปุ่นรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นเป็นสององค์กรหลักที่มีโครงสร้าง และเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะในการเก็บภาษี หรือค่าธรรมเนียมต่างๆ จากประชาชน ทั้งจากผู้ที่มิเงินเดือนประจำและไม่ประจำ ภายใต้นโยบายกระจายอำนาจ การกำหนดให้รัฐเป็นผู้รับประกันมิใช่ “ทางเลือก” แต่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องเลือกให้เทศบาลทำหน้าที่ผู้รับประกัน

นอกจากนี้ โดยธรรมชาติของระบบประกันการดูแลระยะยาวที่กิจกรรมการดูแลมีมากมาย และต้องดูแลต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน และผู้ที่ต้องได้รับการดูแลก็มีความจำเป็นแตกต่างกันหลากหลายมาก โดยผู้รับประกันไม่จำเป็นต้องให้บริการในทุกเรื่อง จึงเป็นความจำเป็นที่ผู้รับประกันจะต้องเป็นเทศบาลซึ่งมีกระจายอยู่ทั่วประเทศ และใกล้ชิดกับปัญหามากที่สุด ไม่มีทางที่รัฐบาลกลางจะเข้าไปทำหน้าที่นี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อห่วงใยประการหนึ่งในการเลือกเทศบาลเป็นผู้รับประกันในระบบนี้คือเกรงว่าเทศบาลจำนวนหนึ่งอาจมีขนาดเล็กเกินไป และไม่สามารถรับภารกิจนี้ได้ กระทรวงมหาดไทยจึงเห็นว่าอาจต้องมีการผนวกรวมเทศบาลจำนวนหนึ่งเข้า

ด้วยกัน หรือให้เทศบาลทำงานนี้ร่วมกันเป็นกลุ่มๆ เพื่อให้ทำงานได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## ประเด็นที่สอง

การพิจารณาระดับของความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ดังได้กล่าวแล้วว่า ปัญหาที่ยากที่สุดในการออกแบบระบบประกันการดูแลระยะยาวของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างจากระบบบริการทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาด้านวิชาชีพ ทั้งหลักการ เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยและบุคลากรแขนงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาอย่างต่อเนื่อง ยาวนานพอสมควร ข้อสำคัญบริการทางการแพทย์มักทำให้ผู้รับบริการต้องเจ็บตัว หรือต้องมีความไม่สะดวกสบาย เช่น ถูกผ่าตัด เจาะปอด เจาะตับ เจาะเลือด เข้าเผือก มีสายระโยงระยางติดตัว ในขณะที่เรื่องการดูแลระยะยาวมีพัฒนาการมาน้อยกว่ามาก และบริการต่างๆ มักสร้างความสะดวกสบายให้แก่ผู้รับบริการด้วย ทำให้ “ความต้องการ” การรับบริการจะมีมากกว่า “ความจำเป็น” ที่ควรได้รับบริการได้มาก

หลังจากมีการ “ลองผิดลองถูก” (Trial and Error) ในที่สุดก็ได้ระบบที่เป็นที่ยอมรับ คือ “วิธีคิดเวลาเป็นนาทิตั้งในช่วง 48 ชั่วโมง” (One-minute-basis time study method over 48 hours) ซึ่งศึกษาจากการให้ผู้ดูแล (Care Workers) บันทึกการให้บริการชนิดต่างๆ ว่าให้บริการอะไร แก่ผู้ใด ทุกๆ นาทิตั้งในช่วงเวลา 48 ชั่วโมง ทำการศึกษาในสถานการดูแลระยะยาวในผู้ติดบ้านติดเตียงทั้งจากเหตุทางร่างกายและจิตใจ ที่มีสภาพปัญหาแตกต่างกันหลากหลายจำนวนหลายพันคน จากนั้นนำข้อมูลป้อนเข้าฐานข้อมูลที่สร้างไว้โดยแบ่งบริการเป็นหลายระดับ เพื่อบ่งบอกระดับความจำเป็นของการรับบริการ มีการสำรวจหาข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องที่สุดกับผู้ติดบ้านติดเตียงโดยการสุ่มเลือก และประมวลผลโดยคอมพิวเตอร์ ออกมาเป็นระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแล เป็นผล “การประเมินเบื้องต้น” (Primary Assessment) ระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ เพื่อให้ผลการประเมินมีลักษณะเป็นกลาง ลดอคติ และให้มีความน่าเชื่อถือ เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูล

ภาคสนามของจริงจำนวนมาก จนเป็นที่ยอมรับในญี่ปุ่น และต่อมาก็เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในประเทศต่างๆ

ผลการประเมิน “เบื้องต้น” จะเข้าสู่การพิจารณาของ “คณะกรรมการรับรองความจำเป็นในการดูแลระยะยาว” (The Certification Committee of Needed Long-term Care) ที่แต่ละเทศบาลแต่งตั้งจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ การสาธารณสุขและสวัสดิการ คณะกรรมการนี้จะทำหน้าที่ “ประเมินขั้นที่สอง” (Secondary Assessment) ซึ่งผลการประเมินอาจแตกต่างจากผลประเมินเบื้องต้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้บ่อยๆ โดยจะมีการพิจารณาจากมุมมองของผู้เชี่ยวชาญประกอบกับข้อความใน “หมายเหตุ” ของแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องที่บันทึกมาพร้อมกับผลประเมินเบื้องต้น

การวางระบบประเมินผลเป็น 2 ขั้นนี้ มีเหตุผลสำคัญ คือ การประเมินเบื้องต้นประเมินจากข้อมูลและใช้อุปกรณ์เป็นตัวตัดสินใจเพื่อตัดอคติ แต่ข้อจำกัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ คือ ไม่อาจพิจารณาจากความเชี่ยวชาญที่หลากหลายและการแลกเปลี่ยนความเห็นที่จำเป็น การตัดสินจึงให้เป็นการตัดสินโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้มุมมองจากความรู้และประสบการณ์ ขณะเดียวกันก็ลดอคติโดยให้เป็นการตัดสินขององค์คณะ

ในกรณีที่มีปัญหา เมื่อผลการประเมินขั้นที่สองไม่เป็นที่ยอมรับ ก็สามารถอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด (Prefecture) ซึ่งแต่ละจังหวัดตั้งขึ้น

เพื่อให้ระบบดำเนินไปในแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ จึงเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในรัฐบาลกลางที่จะเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ (Criteria) และแนวปฏิบัติ (Operational Guidelines) ในการให้การรับรอง (Certification) ให้ทุกจังหวัดและเทศบาลถือปฏิบัติ การที่รัฐบาลกลางยังต้องทำหน้าที่ในการกำหนดหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติก็เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม เพราะระบบนี้เก็บเกี่ยวประกันจากกลุ่มประชากรอายุ 40-64 ปี ทั่วประเทศ ซึ่งเรียกเก็บในระดับชาติ นอกจากนี้ยังเป็นความต้องการของเทศบาลต่างๆ ที่ให้



รัฐบาลเป็นผู้ออกหลักเกณฑ์และแนวทางของประเทศ เพราะหากแต่ละเทศบาลเป็นผู้ออกหลักเกณฑ์และแนวทางเอง ย่อมเกิดความสับสน อันจะนำไปสู่การอุทธรณ์และฟ้องร้องตามมามากมายในภายหลัง

### ประเด็นที่สาม

เป็นเรื่องการจ่ายเงินตามระดับความจำเป็นสำหรับการดูแลที่บ้านและในชุมชน และอัตราคงที่สำหรับการดูแลในสถานดูแล

การดูแลในชุมชนและการดูแลที่บ้าน มีหลายรูปแบบ เช่น การเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล การดูแลในเวลากลางวัน การฟื้นฟูสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก การดูแลระยะสั้น รวมทั้งค่าเช่าหรือค่าซื้ออุปกรณ์ต่างๆ โดยที่บริการเหล่านี้มีลักษณะหลากหลายมากและยังไม่มีมีการกำหนดมาตรฐานโดยวิชาชีพ จึงเป็นการยากสำหรับประชาชนว่าจะตัดสินใจเลือกไปใช้บริการที่ใด แตกต่างจากเรื่องการรักษาพยาบาลซึ่งมีมาตรฐานทางการแพทย์ชัดเจน การบริการที่มีได้หลากหลายเช่นนี้ จึงเป็นไปได้ที่จะใช้วิธีตัดสินใจจากเบื้องบน (Top-down) ต้องให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจเลือกเอง แต่มีการกำหนดเพดานการจ่ายเพราะบริการบางอย่างเป็นไปได้เพื่อความสะดวกสบายมากกว่าเพื่อตอบสนองความจำเป็น ความยากของเรื่องนี้อยู่ที่ผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียงมีหลายระดับ เพดานที่กำหนดจึงต้องมีหลายระดับตามความจำเป็น

วิธีการกำหนดเพดานระดับต่างๆ ทำโดย (1) กำหนดระดับความจำเป็นในการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากข้อมูลที่ศึกษา โดยกำหนดจากบริการแต่ละอย่าง รวมขึ้นเป็นชุดบริการ แล้วคำนวณเพดานค่าใช้จ่ายจากแต่ละชุดบริการ โดยมีการหารือกับผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก

วิธีการคำนวณ และกำหนดอัตราดังกล่าว นำไปใช้กับบริการในสถานดูแลด้วย โดยผู้รับประกันคือเทศบาลจ่าย 90% ประชาชนจ่าย 10%

## ประเด็นที่สี่

---

โดยที่มีบริการหลากหลาย จึงไม่ง่ายสำหรับผู้ที่จะต้องใช้บริการจะเลือกใช้บริการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงมีการสร้าง “ระบบจัดการการดูแล” (Care Management System) ขึ้น โดยให้มี “ผู้จัดการการดูแล” (Care Manager) ทำหน้าที่กำหนด “แผนการดูแล” (Care Plan) สำหรับผู้ที่จะต้องใช้บริการแต่ละราย แผนการดูแลจะส่งให้ “สมาพันธ์สมาคมประกันสุขภาพแห่งชาติ” (The Federation of National Health Insurance Associations) ซึ่งแต่ละจังหวัดตั้งขึ้นเป็นผู้พิจารณาอัตราการเบิกจ่ายรายเดือนของแต่ละราย ถ้าไม่มีการส่งแผนการดูแลให้พิจารณาผู้ใช้บริการจะต้องจ่ายเงินไปก่อนแล้วมาเบิกคืนภายหลังจากทางเทศบาล (เบิกคืนได้ตามอัตรา 90% จ่ายเอง 10%)

ค่าใช้จ่ายในส่วน of ระบบจัดการการดูแลนี้ เทศบาลเป็นผู้จ่าย เพราะเป็นเรื่องของการบริหารจัดการ

## ประเด็นที่ห้า

---

เรื่องอัตราการร่วมจ่าย ระบบการดูแลระยะยาวตั้งอัตราร่วมจ่ายของประชาชนที่ 10% เท่าอัตราร่วมจ่ายสำหรับผู้สูงอายุในระบบประกันสุขภาพ ประเด็นนี้เป็นประเด็นละเอียดอ่อนและมีแง่มุมให้พิจารณาอยู่มาก ที่สำคัญคือในระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น การร่วมจ่าย 10% มักต้องจ่ายระยะสั้น เพราะผู้ป่วยโดยมากจะหายหรือเสียชีวิต แต่สำหรับการดูแลระยะยาวในผู้ที่ติดบ้านติดเตียงนั้นมักต้องดูแลกันยาวนานมาก มีน้อยรายที่จะหายกลับเป็นปกติ การรับภาระค่าใช้จ่าย 10% ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นภาระที่หนักไม่น้อย เรื่องดังกล่าวยังมีประวัติศาสตร์ นั่นคือ ในปี พ.ศ. 2516 เมื่อการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้ฟรีหมด ทำให้เกิดภาระทางการคลังให้แก่ประเทศอย่างมาก ต่อมาจึงมีการให้ร่วมจ่าย 10% ซึ่งก็เป็นประเด็นทางการเมืองอยู่ยาวนาน เพราะอะไรที่เคยได้ฟรีแล้วมาเรียกเก็บย่อมยากทั้งนั้น



ภาพจาก <https://english.kyodonews.net/news/2019/04/b1874cc4d65d-govt-schedules-public-to-check-hospital-schedules-before-10-day-holiday.html>

สำหรับระบบประกันการดูแลระยะยาวในที่สุดก็ตัดสินใจให้ร่วมจ่าย 10% ตั้งแต่ต้น ด้วยเหตุผลหลายประการ โดยเฉพาะเพื่อการควบคุมค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกินจำเป็น และเป็นอัตราส่วนที่เท่ากันกับในระบบประกันสุขภาพ สำหรับผู้มีรายได้น้อย อัตรานี้ตั้งไว้ต่ำกว่าเพื่อมิให้ต้องแบกรับภาระเกินกำลัง โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่ต้องรับภาระทั้งสองด้านพร้อมกัน คือต้องร่วมจ่ายทั้งในระบบประกันสุขภาพและระบบประกันการดูแลระยะยาว ซึ่งมีอยู่จำนวนไม่น้อย

## ประเด็นที่หก

ระบบนี้มีระบบการเงินการคลังที่ค่อนข้างซับซ้อน กล่าวคือ มีผู้ถูกบังคับประกัน 2 กลุ่ม (อายุ 65 ปี ขึ้นไป และอายุ 40-64 ปี) ค่าใช้จ่ายครึ่งหนึ่งมาจากรัฐบาล อีกครึ่งหนึ่งมาจากค่าเบี้ยประกัน ค่าใช้จ่ายจากภาครัฐรวม 50% มาจาก 3 ส่วน คือ รัฐบาลกลาง 25% จังหวัด 12.5% และเทศบาล 12.5% งานที่

ยากที่สุดคือ การเก็บเบี้ยประกัน โดยเฉพาะจากภาค “นอกระบบ” (Informal Sector) แต่เพราะปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการ ที่มีการพัฒนาอย่างดีและยาวนาน คือ (1) รัฐบาลจากการเลือกตั้งต่อเนื่องที่เข้มแข็ง และมีธรรมาภิบาลสูง (2) การกระจายอำนาจอย่างมุ่งมั่นและต่อเนื่อง ทำให้เทศบาลเข้มแข็งและมีธรรมาภิบาลสูงเช่นกัน (3) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมีพัฒนาการมายาวนาน และครอบคลุมทั่วประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2504 ทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าว ทำให้ระบบการเงินการคลังที่ค่อนข้างซับซ้อนดำเนินการมาได้ด้วยดี สำหรับคนยากจนที่รับความช่วยเหลือจากสวัสดิการแห่งรัฐ หน่วยงานที่ดูแลเรื่องสวัสดิการดังกล่าว เป็นผู้ส่งเบี้ยประกันให้แก่เทศบาลเอง

## ประเด็นที่เจ็ด

การประกันความมั่นคงและเป็นอัตโนมัติของระบบบริหารด้านการเงินการคลังของระบบ ความยากของระบบประกันการดูแลระยะยาวซึ่งมอบให้แต่ละเทศบาลทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันเกิดขึ้นทั้งสองด้าน ด้านหนึ่งคือเรื่องโครงสร้างของผู้ถูกบังคับประกันทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งมีสัดส่วนแตกต่างกันไป ทำให้จำนวนเบี้ยประกันที่เก็บได้แตกต่างกัน อีกด้านหนึ่งคือ แต่ละปี แต่ละเทศบาลไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างแม่นยำว่าจะมีผู้ขอรับบริการจำนวนเท่าใด ปัญหาจึงเกิดขึ้นทั้งด้านรายรับและรายจ่าย เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ระบบประกันการดูแลระยะยาวได้สร้างกลไกเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาไว้ 2 กลไก กลไกที่หนึ่งคือ การจัดตั้ง “กองทุนความมั่นคงทางการเงิน” (Fiscal Stability Fund) ขึ้นในแต่ละจังหวัด เงินกองทุนมาจาก 3 ส่วน ได้แก่ (1) รัฐบาลกลาง (2) จังหวัด และ (3) เงินจากเบี้ยประกันกลุ่มปฐมภูมิ (65 ปีขึ้นไป) ทุกสิ้นปี กองทุนจะให้ทั้งการให้ยืมโดยไม่มีคิดดอกเบี้ย และเงินให้เปล่า 50% ของส่วนที่ขาดจากการเก็บเบี้ยประกันในกลุ่มปฐมภูมิ เงินเหล่านี้จะใช้คืนโดยเงินจากเบี้ยประกันที่เรียกเก็บได้ในช่วง 3 ปีถัดไป

กลไกที่สอง ใช้เงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง ทั้งนี้แต่ละเทศบาลจะต้องมีการคำนวณอัตราเบี้ยประกันที่เรียกเก็บจากกลุ่มปทุมภูมิในท้องที่ของตนอย่างเหมาะสมซึ่งจะเกี่ยวโยงกับประเด็นที่จะกล่าวถึงต่อไป

## ประเด็นที่แปด

วิธีจัดการด้านการเงินการคลังของระบบ ระบบประกันการดูแลระยะยาว ใช้ระบบการคลัง 3 ปี โดยจะมีการจัดทำแผนปฏิบัติการทุก 3 ปี เริ่มจากการจัดการประมาณการความต้องการการดูแลระยะยาวของประชากรที่เป็นผู้ถูกบังคับประกันในช่วง 3 ปีข้างหน้า และมีการคำนวณอัตราเบี้ยประกันโดยหลักการคือ คาดว่าในปีแรกรายได้จะสูงกว่าค่าใช้จ่าย ปีที่สองรายได้เท่ากับค่าใช้จ่าย และปีที่สามรายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย แต่จะปิดงบดุลได้จากส่วนต่างรายได้ที่สูงกว่าจากปีแรก สิ่งที่จะเป็นประเด็นทางการเมืองคือการกำหนดอัตราเบี้ยประกัน จึงให้มีการกำหนดทุก 3 ปี มีใช้ทุกปี และทำให้เป็น “งานประจำ” (Routine) ของหน่วยงาน มีใช้การตัดสินใจทางการเมือง รัฐบาลกลางก็จะทบทวนเรื่องสิทธิประโยชน์มาตรฐานการบริการทุกสามปี เช่นกัน

จะเห็นได้ว่า ระบบประกันการดูแลระยะยาวในญี่ปุ่น มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถให้บริการผู้สูงอายุที่สัดส่วนสูงที่สุดในโลกมาได้อย่างดี ด้วยการเตรียมการอย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานความรู้และการมีส่วนร่วมของทั้งภาควิชาการและประชาชนอย่างแท้จริง ระบบประชาธิปไตยที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง การสร้างความเข้มแข็งของรัฐบาลท้องถิ่นด้วยการกระจายอำนาจ เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนอย่างแท้จริง ทำให้รัฐบาลทั้งส่วนกลาง จังหวัดและเทศบาลมีธรรมาภิบาลที่เข้มแข็ง จึงทำให้ระบบสามารถตอบสนองความต้องการอันจำเป็นของประชาชนได้อย่างแท้จริง

## บทส่งท้าย

---

ระบบการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงในญี่ปุ่น มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เริ่มต้นจากแนวคิด “การช่วยเหลือ” หรือ “สังคมสงเคราะห์” (Social Assistance) เฉพาะกลุ่มที่ลำบากยากไร้ พัฒนาเป็นการสร้าง “สวัสดิการสังคม” (Social Welfare) แบบถ้วนหน้า ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยการสร้างระบบ “ประกันสังคม” (Social Insurance) กำหนดให้ประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ต้องจ่ายเบี้ยประกัน แต่ให้ได้รับสิทธิประโยชน์เมื่ออายุ 65 ปี ขึ้นไป (ประชากรอายุต่ำกว่า 65 ปีที่ติดบ้านติดเตียงจะได้รับการดูแลจากอีกระบบหนึ่งแยกต่างหาก) การทำเป็นระบบ “ประกัน” (Insurance) ทำให้ต้องมีการพัฒนาระบบในส่วนของการ “เก็บเบี้ยประกัน” เป็นระบบหนึ่งคู่ขนานกับการพัฒนา “ระบบการให้บริการ” ซึ่งญี่ปุ่นพัฒนาอย่างครอบคลุม (Comprehensive) กว้างขวาง และมีรายละเอียดมากมาย และทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงมาก กล่าวคือในปี 2560 มีงบประมาณค่าใช้จ่ายในระบบนี้ถึง 11 ล้านล้านเยน หรือราว 3.7 ล้านล้านบาท สูงกว่างบประมาณทั้งหมดของประเทศไทยในปีเดียวกัน ซึ่งเป็นเงิน 3 ล้านล้านบาทเท่านั้น

การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย เพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้น ยังต้องการการพัฒนาเพิ่มเติมอีกมาก น่ายินดีที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติได้มีมติให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นสิทธิตามมาตรา 11 (13) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และได้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีรับรองแล้ว ตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน 2561 และรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 แล้ว รวมทั้งคณะรัฐมนตรีได้กำหนดให้เรื่องผู้สูงอายุเป็นระเบียบวาระแห่งชาติด้วย บทเรียนจากญี่ปุ่นในเรื่องนี้จึงเป็นเรื่องที่ควรศึกษาเพื่อการพัฒนาของประเทศไทยให้เกิด “ประโยชน์สุข” แห่งปวงชนชาวไทยอย่างยั่งยืนต่อไป







**ผู้เขียน**

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

**ศิลปกรรม**

วันทนี๋ มณีแดง

**ดำเนินการจัดพิมพ์โดย**

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

88/39 ถ.ติวานนท์ 14 อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์: 02-832-9000 แฟกซ์: 02-832-9001-2

**ISBN 9786167697925**

**พิมพ์ครั้งที่ 1** สิงหาคม 2562

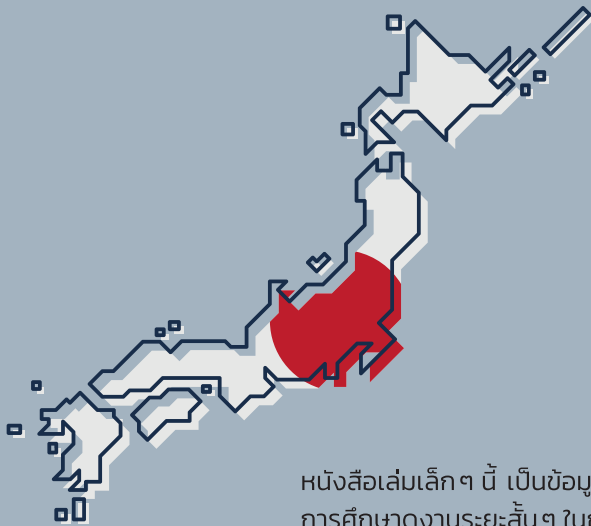
**พิมพ์ที่**

บริษัท สามดีพรีนติ้งอวิปเมนท์ จำกัด

120, 122, 124, 126 ซอยแฉล้มนิมิตร 3 ถนนแฉล้มนิมิตร

แขวงบางโคล่ เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์: 02-291-6750



หนังสือเล่มเล็กๆ นี้ เป็นข้อมูลที่ได้จาก  
การศึกษาดูงานระยะสั้นๆ ในญี่ปุ่น  
ที่น่าเสนอเพื่อเป็น “อาหารความคิด”  
(Food for thought) สำหรับผู้เกี่ยวข้อง  
ที่ต้องทำงานด้านนี้ในประเทศไทย  
ที่เข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548  
และจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์  
ในอีก 2-3 ปี ข้างหน้านี้