

ระบอบสวัสดิการอนุรักษ์นิยม
และการคุ้มครองทางสังคม
สำหรับสังคมสูงวัยในประเทศไทย

A Conservative Welfare
Regime and Social Protection
for an Aging Society in Thailand

กฤษฎา ธีระโกศลพงศ์ (Kritsada Theerakosonphong)¹
พรนิภา เดชแพ (Phornnipha Dechphae)²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.,
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Assistant Professor Dr.,
Faculty of Social Administration, Thammasat University
Corresponding author E-mail: krittheer@tu.ac.th

²นักวิชาการอิสระ
Independent Scholar
E-mail: krataii11302@gmail.com
(Received: February 3, 2025/
Revised: March 29, 2025/
Accepted: April 13, 2025)

บทคัดย่อ

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีถือเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญในแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ อันมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้สังคมสูงวัยกลายเป็นประเด็นสำคัญระดับโลก บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายระบบสวัสดิการอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการและแนวทางการสูงวัยอย่างมีพลัง พร้อมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ประชากรสูงวัย การคุ้มครองทางสังคม และคุณลักษณะเฉพาะของระบบสวัสดิการในประเทศไทย ผู้เขียนได้เสนอข้อโต้แย้งเกี่ยวกับทิศทางการพัฒนากระแสหลักสำหรับสังคมสูงวัย รวมถึงนโยบายส่งเสริมการทำงานและการออมเพื่อความมั่นคงหลังเกษียณ ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับปรุงและพัฒนานโยบายที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงวัยมีสุขภาพดีกับความอยู่ดีมีสุข

คำสำคัญ: ระบบสวัสดิการ, การคุ้มครองทางสังคม, สังคมสูงวัย, สูงวัยอย่างมีสุขภาพดี, สูงวัยอย่างมีพลัง

Abstract

Healthy aging is an essential goal on the United Nations Sustainable Development Agenda. With demographic changes, aging societies have become a globally significant issue. This article examines the pro-conservative welfare regime and the concept of active aging. It also analyzes the aging population, social protection, and specific characteristics of Thailand's welfare regime. Mainstream development directions for an aging society are studied, including policies promoting employment and retirement savings, emphasizing the need for appropriate policy improvements and developments to ensure that older adults may age healthily with wellbeing.

Keywords: Welfare regime, Social protection, Ageing society, Healthy ageing, Active aging

บทนำ

สถานการณ์สังคมสูงวัย (Ageing Society) เป็นประเด็นที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยเฉพาะสหประชาชาติและประเทศสมาชิกที่มุ่งส่งเสริม “การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี” (Healthy Ageing) ภายใต้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ ในข้อที่ 3 ซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพและความอยู่ดีมีสุข ระหว่าง พ.ศ. 2564-2573 ทศวรรษแห่งการพัฒนานี้สนับสนุนสามเรื่องหลัก ได้แก่ (1) การเปลี่ยนแปลงวิถีคิด ความรู้สึกและการแสดงออกต่อการสูงวัย การส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุ การดูแลแบบบูรณาการและการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน รวมถึงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (2) การจัดการปัญหาที่ผู้สูงวัยเผชิญในปัจจุบันและอนาคต และ (3) ความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้เสียหลากหลายฝ่าย เช่น รัฐบาล องค์กรระหว่างประเทศ ภาคประชาสังคม ผู้เชี่ยวชาญ สถาบันการศึกษา สื่อมวลชน และภาคเอกชน (UN General Assembly 2021)

ด้วยเหตุผลข้างต้นองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จึงได้วางแผนปฏิบัติการในระยะเวลา 10 ปี เพื่อให้มีความสอดคล้องกับ “การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี” (Healthy Ageing) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับนโยบายการพัฒนาของสหประชาชาติ โดยพิจารณาถึงสถานการณ์ที่สำคัญสามประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร อายุขัยที่ยืนยาวขึ้น และความไม่เท่าเทียมทางเพศของหญิงสูงวัย หลักการพื้นฐานในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีนั้น นอกจากจะให้ความสำคัญกับการ “ไม่มีใครถูกทิ้งไว้ข้างหลัง” (Leave No One Behind) ยังรวมถึงหลักการอื่นๆ เช่น การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหลายฝ่ายเพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และการสร้างความครอบคลุมที่ไม่ทอดทิ้งหรือกีดกัน ทั้งเพศ เชื้อชาติ หรือปัจจัยอื่น เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ในทุกสถานที่และทุกกลุ่มคน (WHO 2021)

จึงเห็นได้ว่า การพัฒนาผู้สูงวัยจึงมีความหมายไปในทิศทางเดียวกับแนวคิด “การไม่มีใครถูกทิ้งไว้ข้างหลัง” เนื่องจากในหลายประเทศมีรายได้ต่ำจนถึงระดับปานกลาง เท่านั้น ส่งผลให้ประชากรสูงวัย มักไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ ขณะเดียวกันที่ทุกประเทศทั่วโลกต่างกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้ผู้สูงวัยไม่สามารถเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคมได้อย่างครอบคลุม ซึ่งก่อให้เกิดช่องว่างในนโยบายและการพัฒนาสังคม ด้วยเหตุนี้ สหประชาชาติจึงได้เสนอหลักการที่แต่ละประเทศควรปฏิบัติ ได้แก่ (1) การดำเนินนโยบายที่ส่งเสริมให้ผู้สูงวัยทั้งหญิงและชายมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ (2) การส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มองผู้สูงวัยไม่ใช่คนที่พึ่งพิงอีกต่อไป และ (3) การส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศ การมีส่วนร่วมทางสังคมในทุกช่วงวัย และการเสริมสร้างพลังผู้หญิงเพื่อให้ตอบสนองต่อผู้สูงวัยเพศหญิงตามแนวทางเส้นทางชีวิต (Life Course Approach) (UNDP 2018)

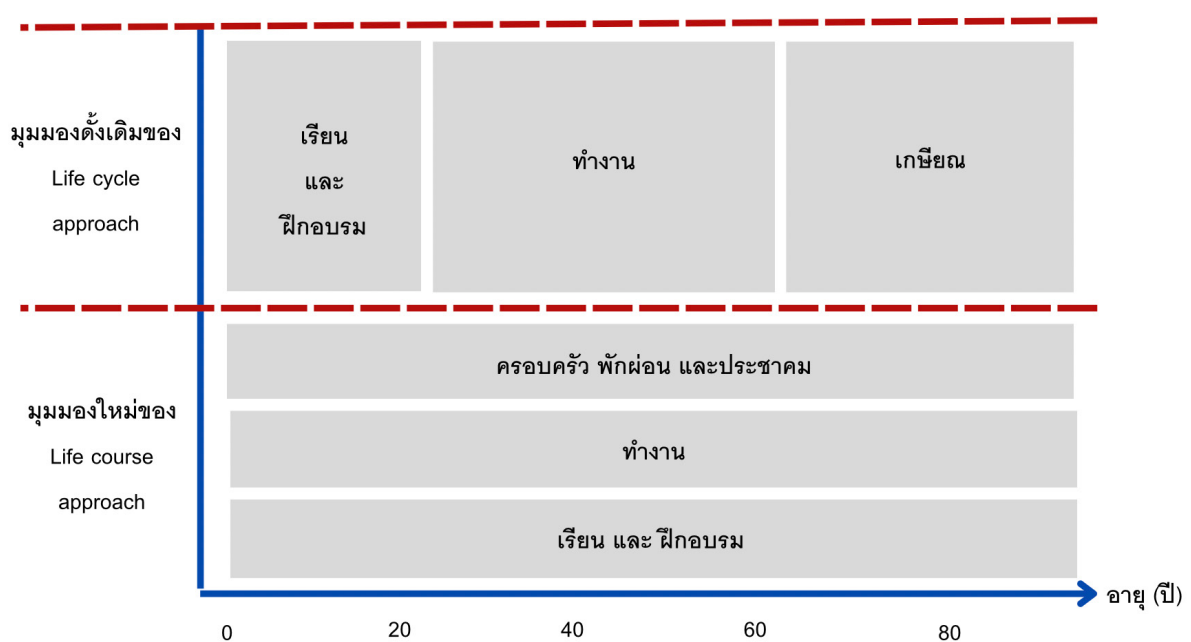
เมื่อการศึกษาสถานการณ์สังคมสูงวัยในทศวรรษแห่งการพัฒนาของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี ไม่พิจารณาชีวิตตามแนวทางเดียวกับแนวทางวงจรชีวิต (Life Cycle Approach) ซึ่งสามารถอธิบายชีวิตของมนุษย์ที่พัฒนาไปตามช่วงอายุในแต่ละวัย เช่น ในวัยทารกและวัยเด็กต้องได้รับการเลี้ยงดูโดยพ่อแม่ เมื่อเติบโตในวัยเรียนต้องได้รับการสนับสนุนให้ศึกษาในโรงเรียน เมื่อสำเร็จการศึกษาต้องเริ่มทำงาน สุดท้ายคือการเกษียณในบั้นปลายชีวิตก่อนเสียชีวิต แนวทางนี้เป็นคำที่ทำให้เห็นว่า แต่ละช่วงวัยมีความต้องการและความเสี่ยงที่แตกต่างกันออกไป แนวทางหลักของการจัดการสถานการณ์ดังกล่าวคือการสร้างความมั่นคงทางรายได้ (Income Security) เช่น วัยรุ่นอาจได้รับการอุดหนุนรายได้เพื่อให้สามารถไปโรงเรียนได้ วัยทำงานจัดให้มีการประกันรายได้รองรับกรณีว่างงาน การบาดเจ็บหรือแม้แต่พิการจากการทำงาน และในวัยชรามีบำนาญเพื่อบำรุงชีวิตหลังเกษียณ (García and Gruat 2003) แต่แนวทางเส้นทางชีวิตปรับจากทัศนที่มีต่อผู้สูงวัยใหม่ เพื่อไม่ใช่คนที่รอคอยการพึ่งพิงเท่านั้น แต่ยังสามารถทำงานได้

คำอธิบายข้างต้นสอดคล้องตามแนวคิด “สูงวัยอย่างมีพลัง” หรือเรียกว่า พดุมพลัง (Active Ageing) ซึ่งได้รับความสำคัญในอย่างสูงจากทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงองค์การอนามัยโลก WHO ที่สนองตอบเรื่องนี้ในนโยบายสุขภาพ ขณะที่ Christian Aspalter และ Alan Walker (2015) นำเสนอหนังสือเรื่อง “Active Ageing in Asia” ในชุดหนังสือ *Routledge Studies in Social Welfare in Asia* ใน พ.ศ.2558 เน้นการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในเอเชียตะวันออก โดยประชากรสูงวัยในภูมิภาคนี้มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พร้อมอายุที่ยืนยาวขึ้น

ตัวอย่างเช่นในประเทศจีน ฮองกง ฮ่องกง เกาหลีเหนือ เกาหลีใต้ และมองโกเลีย มีประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.7 ใน พ.ศ. 2543 กลายเป็นร้อยละ 14.5 ใน พ.ศ.2568 จะกลายเป็นร้อยละ 23.6 ใน พ.ศ.2593 นอกจากนี้ จำนวนผู้สูงวัยอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.2 ใน พ.ศ.2543 เป็นร้อยละ 2.7 ใน พ.ศ.2568 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 7.4 ใน พ.ศ.2593 ในทางตรงกันข้าม โครงสร้างประชากรในวัยเด็กจะลดลงจนใน พ.ศ.2593 จะไม่เป็นพีระมิดฐานกว้างอีกต่อไป แม้ว่าในหนังสือเล่มดังกล่าวจะมีการศึกษาของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน แต่สัดส่วนการเติบโตของประชากรสูงวัยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกจะสูงกว่า (Aspalter and Walker 2015)

ด้วยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวถือเป็นความท้าทายที่สำคัญในการศึกษาเรื่องการคุ้มครองทางสังคม ซึ่ง Walker ได้เสนอการนำ “นโยบายสูงวัยอย่างมีพลัง” ไปปฏิบัติ โดยคำนึงถึงหลักการเจ็ดประการ ได้แก่ (1) การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมที่แสดงถึงความหมายทุกอย่างในชีวิตของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (2) กลยุทธ์การป้องกันเป็นแนวทางหลักในส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีพลังตามแนวทางเส้นทางชีวิต (3) การเน้นให้ผู้สูงวัยกลายมาเป็น ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง โดยเฉพาะผู้สูงวัยที่เปราะบางหรือเป็นบุคคลพึ่งพิง (4) การสร้างความสมานฉันท์และความเป็นธรรมระหว่างคนในช่วงวัยที่แตกต่างกัน (5) การส่งเสริมให้เคารพสิทธิและหน้าที่ของผู้สูงวัย (6) การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังของผู้สูงวัย และ (7) การเคารพความหลากหลายทางวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ หากพิจารณาความเป็นจริงแล้ว แนวคิดสูงวัยอย่างมีพลังเป็นวาทกรรมทางนโยบายที่ต้องการให้คนสูงวัยมีชีวิตอยู่ที่สร้างผลิตภาพทางเศรษฐกิจและการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน ลดการเจ็บป่วยและกลายเป็นบุคคลพึ่งพิง พร้อมทั้งส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายหรือมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันในสังคม แนวคิดนี้จึงสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้สูงวัยสามารถสูงวัยอย่างมีพลังจึงแสดงให้เห็นตามภาพที่ 1 (Walker 2015)

ภาพที่ 1 มุมมองดั้งเดิมและใหม่ของสูงวัยอย่างมีพลัง (Active aging)



ที่มา: พัฒนามาจาก Walker (2015)

ผู้เขียนจึงนำ “แนวคิดสูงวัยอย่างมีพลัง” ตามข้อเสนอของ Aspalter มาใช้ในการศึกษาบทความนี้ นอกจากนี้ ผู้เขียนยังใช้การจำแนก “ทฤษฎีระบอบสวัสดิการ” (Welfare Regime Theory) ตามที่ Aspalter จำแนกสิบระบอบ โดยกรณีของประเทศไทย จำแนกอยู่ในหนึ่งในสิบระบอบคือ “**ระบอบสวัสดิการอนุรักษ์นิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการ**” (Pro-Conservative Welfare Regime) คุณลักษณะของระบอบสวัสดิการนี้มีอุดมการณ์ทางการเมืองแบบอนุรักษ์นิยม แสดงให้เห็นพรรคการเมืองสนับสนุนการลงทุนเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพ การศึกษา และความมั่นคงทางสังคม โดยกำหนดแนวทางการทดสอบรายได้และสินทรัพย์เพื่อพุ่งเป้าผู้มีรายได้น้อย เช่น ผู้สูงวัย คนว่างงาน และคนรายได้น้อย โดยการสนับสนุนสวัสดิการในระบอบนี้ไม่ใช้การสงเคราะห์เพื่อบรรเทาความยากจน แต่เป็นการลงทุนทางสังคมและการพัฒนาทุนมนุษย์เพื่อเพิ่มผลิตภาพทางเศรษฐกิจและตลาดแรงงาน นอกจากนี้ยังเห็นการสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเพื่อให้ผู้ได้รับสิทธิร่วมจ่ายเงินสมทบ จะไม่สามารถได้รับสวัสดิการ ทำให้เป็นระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมให้คนทำงานและผู้ประกอบการ มีส่วนร่วมในการจัดการสวัสดิการมากกว่าพึ่งพาจากภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว ประเทศที่เป็นตัวอย่างของสวัสดิการในระบอบนี้ เช่น สิงคโปร์ซึ่งแตกต่างประเทศในภาคพื้นยุโรปที่เน้นการสนับสนุนสวัสดิการโดยการประกันสังคมการมีส่วนร่วมจากผู้ที่ได้รับสิทธิ (Aspalter 2020; 2023a; 2023b)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดสูงวัยอย่างมีพลัง (Active aging) ก็มีข้อถกเถียงเช่นเดียวกัน เนื่องจาก มีการตั้งข้อสังเกตว่าธรรมชาติของมนุษย์มีช่วงเวลาที่แตกต่างกันทั้งทางกายภาพ ศักยภาพทางความคิดเช่นเดียวกับอายุที่มากขึ้นย่อมมีผลต่อศักยภาพการทำงานและมีความเสี่ยงจะเจ็บป่วยและพิการมากขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ Aspalter อธิบายว่า ทิศทางของนโยบายสังคมต้องพิจารณารอบด้าน ไม่ว่าจะปัญหาการคลังของรัฐบาลที่มีหนี้สาธารณะสูง ระบบประกันเอกชนในภาคบังคับที่ขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ความไม่เป็นธรรมในการใช้บริการระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและไม่สูงวัย การเกษียณอายุที่กำหนดเพื่อให้ได้รับบำนาญก่อนคนที่ทำงานต่อเนื่อง และการทดสอบรายได้และสินทรัพย์ซึ่งทำให้คนจนเพิ่มขึ้นในระยะยาว ด้วยเหตุนี้ Aspalter จึงเสนอว่า คนที่มีสุขภาพดีถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าสำหรับเศรษฐกิจ การศึกษานโยบายสังคมควรพิจารณาพฤติกรรมและทางเลือกทางเศรษฐกิจในระดับจุลภาค เช่น การบริโภค การออม การลงทุน การศึกษา การทำงาน เป็นต้น เช่น กองทุนสำรองเลี้ยงชีพตามความสมัครใจช่วยให้เลือกสัดส่วนเงินสมทบที่แตกต่างกันตามความต้องการของปัจเจกบุคคลนั้น ไม่ว่าจะการเลือกออมเงินในสัดส่วนที่มากเพื่อเตรียมพร้อมหลังเกษียณ (Aspalter 2015)

ที่ผ่านมา Aspalter ศึกษากระบวนการสวัสดิการอนุรักษ์นิยมของเอเชียตะวันออกมานานกว่า 20 ปี โดยพิจารณาปัจจัยหลักคือประเพณีวัฒนธรรมของซึ่งมีผลต่อปัจจัยรองต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น อุดมการณ์ทางการเมืองและสถาบันทางการเมือง ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ และการมีส่วนร่วมตามประชาธิปไตย ทั้งหมดนี้มีผลต่อมาถึงนโยบายสวัสดิการสังคม (Aspalter 2001; 2005) การอธิบายกระบวนการสวัสดิการจึงต้องทำความเข้าใจบริบทเฉพาะของประเทศเป็นหนึ่งในเงื่อนไขสำคัญ Aspalter ใช้แนวทางนี้เป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษากระบวนการสวัสดิการข้ามวัฒนธรรมเพื่ออธิบายสวัสดิการในแต่ละประเทศในกลุ่มที่จำแนกกระบวนการสวัสดิการ

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่ออธิบายระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย โดยใช้ “แนวคิดสูงวัยอย่างมีพลัง” และ “ทฤษฎีกระบวนการสวัสดิการ” ของ Aspalter การสร้างชุดคำอธิบายนี้จะทำให้เห็นเหตุผลเบื้องหลังของการส่งเสริมให้ผู้สูงวัยต้องทำงานตลอดชีวิต รวมถึงปัญหาความมั่นคงทางรายได้ของประชาชนที่ไม่ได้มีสถานะเป็นข้าราชการ การที่คนที่มีฐานะเท่านั้นสามารถเข้าถึงระบบการดูแลในระยะยาวได้ เนื้อหาต่อจากนี้จะถูกแบ่งเป็นสามส่วนหลัก ได้แก่ สถานการณ์สังคมสูงวัย การคุ้มครองทางสังคมสำหรับสังคมสูงวัย และกระบวนการสวัสดิการอนุรักษ์นิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการของประเทศไทย

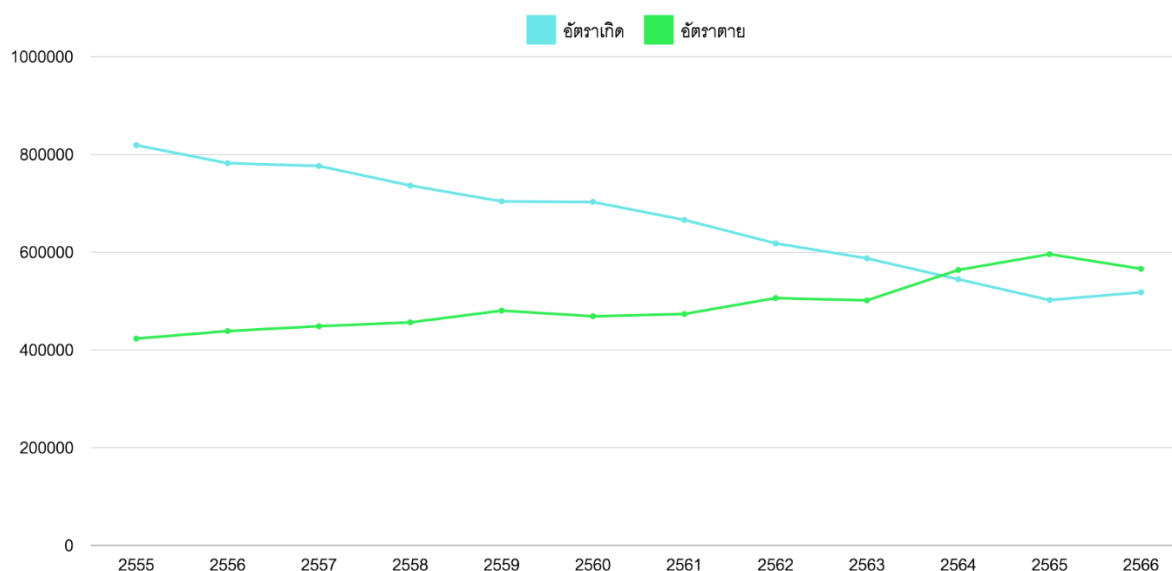
ทั้งนี้ ผู้เขียนใช้ทฤษฎีเชิงพรรณนา (Descriptive Theories) เนื่องจากยังมีช่องว่างในความรู้เกี่ยวกับการศึกษานโยบายสังคมในการศึกษากระบวนการสวัสดิการของประเทศไทย แม้ว่าผู้เขียนจะเคยอธิบายผ่านมุมมองทางประวัติศาสตร์เกี่ยวกับงานสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคมไปแล้ว (กฤษฎา วีระโกศลพงศ์ 2567) นอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์โครงสร้างประชากรและการคุ้มครองทางสังคมสำหรับสังคมสูงวัยในประเทศไทย

ท้ายที่สุดแล้ว บทความนี้ไม่ใช่บทความเชิงเทคนิคสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน บทความนี้มีเป้าหมายเพื่ออธิบายกระบวนการสวัสดิการของประเทศไทยผ่านกรณีศึกษาการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มุ่งหวังให้ผู้อ่านเข้าใจภาพรวมของระบบคุ้มครองทางสังคมในประเทศไทยและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบนี้ให้เหมาะสมกับความท้าทายในอนาคต

สถานการณ์ความเปราะบางของโครงสร้างประชากร ในสังคมสูงวัยของประเทศไทย

การเริ่มต้นทำความเข้าใจสถานการณ์ของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในสังคมสูงวัยของประเทศไทยตามระบบสวัสดิการอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการเป็นเรื่องสำคัญ แม้ว่าประเทศไทยยังไม่รุนแรงเท่ากับประเทศญี่ปุ่นและจีนก็ตาม แต่การวางแผนกลยุทธ์การป้องกันและเตรียมความพร้อมสำหรับอนาคตย่อมมีความสำคัญ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัย อาจสร้างความท้าทายในหลายด้าน โดยเฉพาะการคุ้มครองทางสังคม การดูแลสุขภาพ และการสร้างความมั่นคงทางรายได้แก่ผู้สูงอายุ การวางแผนล่วงหน้าจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการรับมือการเปลี่ยนแปลงนี้ในระยะยาว

ภาพที่ 2 อัตราการเกิดและตายของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ.2555-2566



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สถานการณ์ของอัตราการเกิดและตายของสังคมไทยในช่วงสิบปีที่ผ่านมา ระหว่าง พ.ศ.2555-2566 ตามภาพที่ 2 จะเห็นได้ว่า แนวโน้มของอัตราการเกิดของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้หลายภาคส่วนเริ่มตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้มากขึ้น โดยใน พ.ศ.2564 อัตราการตายของประชากรจำนวน 563,650 คน และอัตราการเกิดของประชากรจำนวน 544,570 คน ถือเป็นครั้งแรกที่อัตราการตายสูงกว่าอัตราการเกิด ด้วยแนวโน้มนี้ทำให้ใน พ.ศ.2567 จำนวนการเกิดของประชากรไทยลดลงต่ำกว่า 500,000 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2567ก; 2567ข) สถานการณ์เช่นนี้ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว

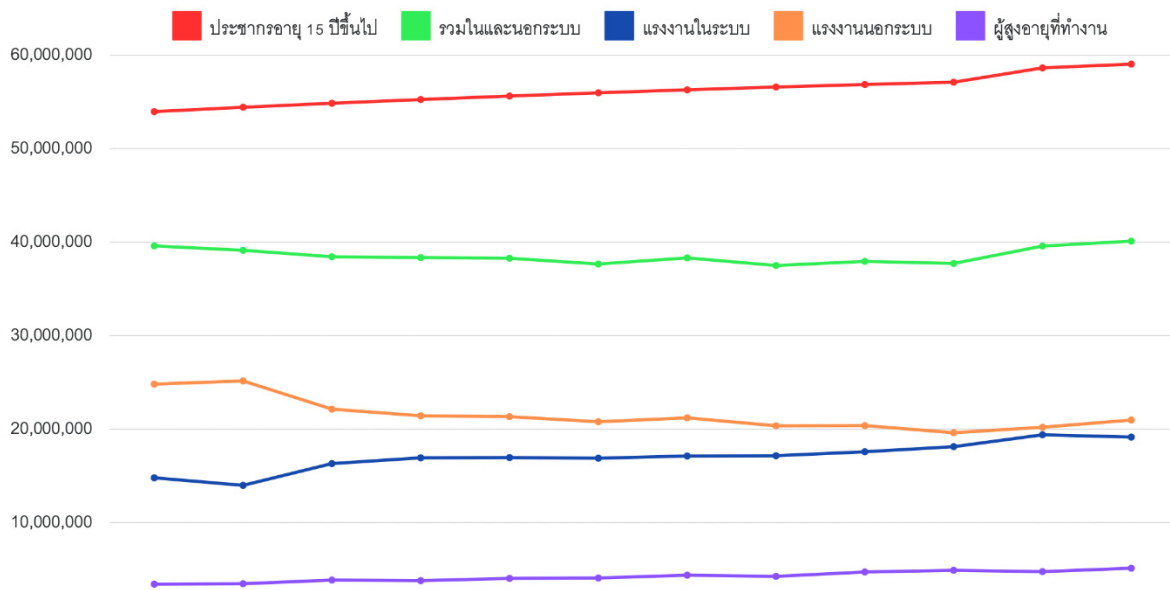
การทำความเข้าใจนโยบายรองรับสภาพปัญหานี้มักให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ผู้สูงวัยทำงานต่ออย่างไม่มีการเกษียณตามแนวคิดในภาพที่ 1 แล้วยังต้องให้ทุกวัยเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) เป็นทิศทางหลักของนโยบายสังคมที่เน้นการพัฒนาทุนมนุษย์ โดยมองว่าเป็นเรื่องของการลงทุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ทุกวัยสามารถมีส่วนร่วมในเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ในภาพที่ 2 ทำให้เห็นการตื่นตัวของรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐ เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มากกว่าการแสดงให้เห็นว่า มีการวางแผนการบริหารสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถสังเกตได้ว่า อัตราการตายไม่ได้ลดลง แต่อัตราการเกิดลดลง หมายความว่า สิ่งที่หน่วยงานภาครัฐกังวลเรื่องอัตราการมีอายุยืนยาวของวัยทำงานในปัจจุบัน จะกลายเป็นภัยคุกคามต่อระบบการดูแลทางสังคม และการคลังสาธารณะในช่วงอีกสิบปีข้างหน้า ด้วยเหตุนี้ นโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก (Active Labour Market Policy) จึงได้รับการกล่าวถึงมากขึ้นในบทบาทการคุ้มครองทางสังคม โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงวัยต้องทำงานต่อไป จนกว่าจะไม่สามารถทำงานจึงกลายเป็นบุคคลพึ่งพิง เรียกว่า “การสูงวัยที่แกร่งถึงมีชีวิตรอด” (Survival Ageing) ผู้สูงวัยในลักษณะนี้ปรากฏให้เห็นในสถิติของประเทศไทย มีจำนวน 4,744,063 คน จากผู้สูงวัยทั้งหมด 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทุกช่วงวัย แล้วจำนวนผู้สูงวัยแบ่งเป็นเพศหญิง 8,123,084 คน และเพศชาย 5,904,327 คน รวมกันแล้วจะมีจำนวนทั้งหมด 14,027,411 คน คิดเป็นร้อยละ 20 หรือจำนวน 1 ต่อ 5 ของประชากรไทยใน พ.ศ.2567 (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2567ก)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุในปีที่ผ่านมา ทำให้ประเทศไทย กลายเป็น “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) เพราะมีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 และคาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุสมบูรณ์ (Super Aged Society) ใน พ.ศ.2583 อย่างไรก็ตาม หลายจังหวัด เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์แล้วไม่น้อยกว่า สามปีแล้ว เช่น ลำปาง สิงห์บุรี แพร่ ลำพูน ชัยนาท ข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ควรนำมา พิจารณาในการกำหนดแนวทางการคุ้มครองทางสังคมที่คำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น ภูมิศาสตร์ เพศสภาพ และกลุ่มเป้าหมาย (กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2564) เช่น ผู้หญิงสูงอายุเป็นกลุ่มคนที่ได้รับการเลือกปฏิบัติมาเสมอไม่ว่าจะช่วงวัยใด จึงเป็นหนึ่งในปัญหาที่สหประชาชาติกล่าวถึงในทศวรรษแห่งสุขภาพสูงอายุดี

กรณีของประเทศไทยในระบบสวัสดิการอนุรักษนิยมสามารถนำประเด็นนี้ มาศึกษาวิธีคิดเบื้องหลังที่ซ่อนอยู่ในประเพณีวัฒนธรรมตามที่ Aspalter ให้ความสำคัญ ต่อการศึกษาระบบสวัสดิการ โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับอาชีพ รายได้ และโอกาส การทำงานผู้หญิงสูงอายุที่ทำงานในการวิจัยและนโยบายสังคม เนื่องจากธรรมชาติของ มนุษย์มักแบ่งงานกันทำในสังคมและกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบให้ผู้หญิงทำงานบ้าน และมีภาระผูกพันการดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัว เช่น ลูกและหลาน ด้วยเหตุนี้ การสร้างความเท่าเทียมทางเพศสภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญไม่ใช่แค่การสร้างโอกาสเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้หญิงสูงอายุสามารถมีโอกาส และสิทธิในการทำงานและมีส่วนร่วมในสังคมในสังคมอย่างเต็มที่

ภาพที่ 3 การเปรียบเทียบจำนวนประชากรแรงงานในระบบและนอกระบบ ระหว่าง พ.ศ.2555-2566



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จำนวนผู้สูงวัยที่ทำงานเป็นประเด็นที่ควรศึกษาไม่เพียงแค่การวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์เท่านั้น แต่ยังคำนึงถึงหลายปัจจัยที่อาจมีผลต่อคุณภาพการทำงานของผู้สูงวัย เช่น ผู้สูงวัยได้ทำงานที่มีคุณค่าหรือไม่ ได้รับการจ้างงานเต็มเวลาหรือบางครั้ง ได้รับการจ้างงานที่ใช้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ผ่านมาหรือทำงานต่ำกว่าระดับกว่าทักษะเพื่อให้มีรายได้มากกว่าบำนาญ

ตามที่แสดงใน ภาพที่ 3 ด้านบนมีแนวโน้มของผู้สูงวัยที่ทำงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ.2556 จำนวนผู้สูงวัยทำงาน อยู่ที่จำนวน 3,446,045 คน และใน พ.ศ.2566 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 5,109,470 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 67.4 ของผู้สูงวัยที่ทำงานทั้งหมด แบ่งเป็นแรงงานในระบบอายุ 60 ขึ้นไปจำนวน 674,747 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของจำนวนแรงงานในระบบทั้งหมด 19,133,659 คน และแรงงานนอกระบบอายุ 60 ขึ้นไปจำนวน 4,434,723 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 จำนวน 20,957,666 คน (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2567ข) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเด็นนี้ต้องพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานของผู้สูงวัยแต่ละประเภทงานเพื่อให้เห็นภาพรวมที่สมบูรณ์และเข้าใจผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ทั้งนี้ ผู้เขียนยกตัวอย่างเพื่อสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ความเปราะบางของสังคมสูงวัยในประเทศไทย ทั้งหมด 3 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 ผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากได้รับการจ้างงานในเศรษฐกิจภาคไม่เป็นทางการ (Informal Employment) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับ การจ้างงานทางการ โดยมีปัญหาเกี่ยวกับความมั่นคงทางรายได้ สภาพการทำงาน และการคุ้มครองทางสังคม ผู้สูงวัยที่ได้รับการจ้างงานไม่เป็นทางการจึงเป็นกลุ่มที่ควรพิจารณาเป็นพิเศษ เนื่องจากมีระดับการศึกษาไม่สูงและมีการทำงานที่มีผลิตภาพต่ำ ส่งผลต่อระดับรายได้และการคุ้มครองทางสังคม

ประการที่ 2 ผู้สูงวัยช่วงปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวนผู้สูงวัยในกลุ่มนี้มีถึง 1,058,903 คน แต่ในจำนวนนี้อาศัยในกรุงเทพมหานครถึง 200,452 คน และยังคงทำงานอยู่จำนวน 6,382 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 ของจำนวนผู้สูงวัยช่วงปลายทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 3.18 แต่ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มคนที่ทำงานอยู่หรือไม่ได้ทำงาน ทั้งสองกลุ่มนี้ต้องพิจารณาแนวทางการคุ้มครองทางสังคมที่แตกต่างกัน โดยไม่ใช่แค่มีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน แต่ต้องพิจารณาความเปราะบางที่เกิดขึ้นตามช่วงวัยและภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญไม่แพ้กัน

ประการ ที่ 3 การพึ่งพิงสมาชิกในครัวเรือนของผู้สูงวัยลดลงตามขนาดของครัวเรือน รวมถึงผู้สูงวัยที่มีสถานภาพโสดจำนวน 536,198 คน และอาศัยเพียงลำพังจำนวน 1,223,451 คน สะท้อนถึงกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2563. “แผนภูมิตระกูลครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทยและคาดการณ์ พ.ศ.2503 ถึง พ.ศ.2563.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. https://www.m-society.go.th/news_view.php?nid=9594.

สถานการณ์ที่ผู้สูงวัยที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวหรือไม่มีผู้ดูแลส่งผลให้เผชิญความยากลำบากในการดำรงชีวิต (กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2564) ด้วยเหตุที่รายได้จากสวัสดิการ เช่น กองทุนประกันสังคม กองทุนการออมแห่งชาติ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ไม่สามารถรองรับการดำรงชีวิตของผู้สูงวัยได้อย่างเพียงพอ หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครัวเรือน

ตามข้อมูลขนาดของครัวเรือน คือ พ.ศ.2513 และ 2523 และ 2533 และ 2543 และ 2553 และ 2563 พบว่าจำนวนสมาชิกครัวเรือนลดลงอย่างต่อเนื่องเฉลี่ย 5.7 คน 5.2 คน 4.4 คน 3.8 คน 3.4 คน และ 3.1 คนตามลำดับ ในห้วงระยะเวลาสิบปีของแต่ละช่วง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2563) เมืองหลวงที่มีประชากรหนาแน่นอย่างกรุงเทพมหานครมีสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 3.03 คน ขณะที่

เขตเทศบาลแต่ละภูมิภาคมีสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 2.98 คน หากเปรียบเทียบระหว่างเขตเทศบาลพบว่าจำนวนสมาชิกน้อยกว่านอกเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญ บางภูมิภาคมีขนาดของครัวเรือนต่ำกว่า 3 คน ได้แก่ ภาคกลางจำนวน 2.99 คน และภาคเหนือจำนวน 2.92 คน (กองนโยบายและวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2563) เป็นไปในทิศทางที่ใกล้เคียงกับข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในรายงานเรื่อง “ตัวชี้วัดสำคัญของประเทศไทย พ.ศ.2567” แสดงให้เห็นขนาดของครัวเรือนลดลงเรื่อยมาเฉลี่ย 2.7 คนใน พ.ศ.2567 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2567)

จำนวนผู้สูงอายุที่ทำงานใน พ.ศ. 2566 คิดเป็นร้อยละ 38.2 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 13,358,751 คน ในจำนวนนี้มีประชากรเป็นร้อยละ 33.7 จากประชากรอายุ 15 ขึ้นไปที่มีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน จำนวน 39,579,000 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน 2567) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเกิดจากสาเหตุใด ผู้เขียนอนุมานว่า เป็นปัญหาของการขาดความมั่นคงทางรายได้ และขนาดของครัวเรือนเล็กลง ที่สำคัญคือการไม่สามารถพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวได้ดังในอดีต

ดังที่ปรากฏในสถิติข้างต้นที่ผู้เขียนได้อธิบายไปแล้ว จากสถิติยังพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 5,109,470 คน ทำงานในภาคเกษตรกรรมเป็นลำดับแรกมากถึงจำนวน 3,032,118 คน คิดเป็นร้อยละ 59.3 แต่กลับมีรายได้เฉลี่ยเพียง 5,796 บาทต่อเดือน น้อยกว่าภาคการผลิตและบริการเกินกว่าครึ่งหนึ่ง ที่สำคัญยังพบว่าแรงงานสูงวัยดังกล่าว มีจำนวน 3,482,655 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 คือมากกว่าครึ่งไม่ได้รับการศึกษาหรือมีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2567ข) ซึ่งทำให้เป็นไปได้ยากอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมแรงงานสูงวัยให้ทำงานอย่างมีพลังตามนโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก

หากพิจารณารายงานเรื่อง “*International Standard Classification of Occupation (ISCO-08)*” ของ ILO (2012) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยของระดับการศึกษา มีผลต่อสถานะทางอาชีพ เช่น การเปรียบเทียบระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพในกลุ่มอาชีพรหัส 2 ต้องสำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา ปริญญาตรี โท และเอก ขณะที่ผู้ควบคุมเครื่องจักรโรงงานในกลุ่มอาชีพรหัส 8 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรชั้นสูง มัธยมศึกษาตอนปลาย และมัธยมศึกษาตอนต้น และผู้ประกอบการอาชีพพื้นฐานต่างๆ ในกลุ่มอาชีพรหัส 9 สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา ด้วยเหตุผลปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวจึงเป็นไปได้ที่แรงงานสูงวัยทุกคนจะได้รับค่าจ้างหรือรายได้ที่เท่ากัน แต่ยังมีติดโยงกับระดับการศึกษาและความเชี่ยวชาญทางอาชีพด้วย (ILO 2012)

การส่งเสริมการทำงานของแรงงานสูงวัยเหมาะสมกับผู้สูงวัยที่สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษาซึ่งมีจำนวน 257,662 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ของผู้สูงวัยทั้งหมด ผู้เขียนอนุมานว่า จำนวนคนเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะสนับสนุนการทำงานของผู้สูงวัย เนื่องจากคนเหล่านี้ไม่ได้ทำงานต่ำกว่าระดับความรู้และทักษะ และรายได้ไม่ต่ำกว่าที่ได้รับในวัยทำงาน โดยเฉพาะคนทำงานในกลุ่มอาชีพรหัส 1 ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้จัดการข้าราชการระดับอาวุโส และผู้บัญญัติกฎหมาย ที่สามารถทำงานต่อไปได้หลังจากที่เกษียณอายุ เช่น ผู้พิพากษาอาวุโส อาจารย์ที่มีตำแหน่งวิชาการศาสตราจารย์ การขยายอายุการเกษียณในกรณีเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงวัยในตำแหน่งงานเหล่านี้สามารถมีบทบาทและทำงานต่อไปได้โดยไม่ลดคุณค่าและประสิทธิภาพการทำงาน

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนตั้งข้อสังเกตต่อมาว่า โครงการการจ้างงานผู้สูงวัยของภาคเอกชน อาจจะไม่สนับสนุนการทำงานที่มีคุณค่าในเชิงทักษะและความรู้ โดยเฉพาะงานที่มักพบในภาคบริการ เช่น ร้านสะดวกซื้อ ร้านจำหน่ายหนังสือ หรือร้านค้าสินค้าอุปโภคบริโภคหรือบริโภคต่าง ๆ งานในกลุ่มนี้มักจะไม่นำหนดระดับการศึกษาสูงเกินกว่าประกาศนียบัตรชั้นสูงและมัธยมศึกษา และมักจะไม่ต้องการประสบการณ์ทำงานในระดับสูงซึ่งทำให้ไม่สามารถสร้างรายได้ที่มีคุณค่าและเหมาะสมกับทักษะของผู้สูงวัยที่มีการศึกษาสูงได้

ระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย

เมื่อสถานการณ์ของสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์เกิดขึ้นแล้วในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติต่าง ๆ ที่ได้นำเสนอไปในเบื้องต้น ไม่ว่าจะเป็นจำนวนของผู้สูงวัยมากขึ้น การมีอายุยืนยาวมากขึ้น การไม่มีบุตรหรือสมาชิกในครอบครัวให้พึ่งพิง ไม่มีเกษียณและต้องทำงานจนกว่าจะไม่สามารถทำงานได้ โดยเฉพาะการทำงานของผู้สูงวัยในเศรษฐกิจภาคไม่เป็นทางการที่มีความเปราะบางมากกว่าในเศรษฐกิจภาคทางการ การกระตุ้นให้เกิดการทำงานของผู้สูงวัย แต่ขาดการคุ้มครองสิทธิและไม่ได้ทำงานที่ใช้ทักษะและประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต ปัญหานี้ส่งผลให้ต้องพิจารณาระบบการคุ้มครองทางสังคมต่อไป

การคุ้มครองทางสังคมในบทความนี้พิจารณาตามความหมายของ ILO อธิบายคำว่า **“ฐานการคุ้มครองทางสังคม”** (Social Protection Floors) คือ การส่งเสริมให้เกิดความยุติธรรมทางสังคมและความมั่นคงทางสังคมที่เป็นสิทธิพื้นฐานแบบถ้วนหน้า เพื่อยกระดับโอกาสการมีงานทำที่มีคุณค่าและสามารถดำรงชีวิตอย่างเหมาะสมด้านสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของปัจเจกบุคคลและครอบครัว ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้าที่อยู่อาศัย การบริการทางการแพทย์ และการบริการสังคมตามที่จำเป็น การคุ้มครองทางสังคมจึงเป็นนโยบายสังคมที่ออกแบบขึ้นมาเพื่อรองรับความมั่นคงทางรายได้และสนับสนุนการเข้าถึงบริการสังคมสำหรับกลุ่มคนเปราะบาง คุ้มครอง และเสริมสร้างพลังให้คนทุกช่วงวัยในวงจรชีวิต แบ่งออกเป็นสองประการ ดังนี้ (ILO 2011)

ประการที่ 1 ความมั่นคงทางรายได้พื้นฐาน เป็นการสนับสนุนรายได้สำหรับผู้สูงวัย คนพิการ เด็ก คนว่างงาน และคนทำงานที่ยากจน หากเชื่อมโยงระหว่างการคุ้มครองทางสังคมและนโยบายการจ้างงาน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานให้ประชาชนสามารถหางานทำที่มีคุณค่าและมีผลิตภาพ ทั้งยังเป็นการหลีกเลี่ยงพึ่งพาการช่วยเหลือระยะยาว

ประการที่ 2 การเข้าถึงบริการสังคมพื้นฐานและสะดวกแบบถ้วนหน้า ได้แก่ ด้านสุขภาพ น้ำและสุขาภิบาล การศึกษา ความมั่นคงทางอาหาร ที่อยู่อาศัย และอื่นๆ ตามลำดับความสำคัญของแต่ละประเทศ

กรณีนี้ ILO เสนอแนวทาง “การคุ้มครองทางสังคมถ้วนหน้าสำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี” (Universal Social Protection for Healthy Ageing) หลักการของแนวทางนี้คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและส่งเสริมความครอบคลุมและทั่วถึงตลอดวงจรชีวิตสองเรื่องที่ ILO ชี้ให้เห็นความสำคัญในลำดับต้นๆ คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการสร้างความมั่นคงทางรายได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว โดยรายละเอียดมีดังนี้ (ILO 2024)

ประการที่ 1 การคุ้มครองทางสังคมถ้วนหน้าส่งเสริมสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีในทุกช่วงชีวิต เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่งผลให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพทั้งทางร่างกายจิตใจตามหน้าที่และศักยภาพเมื่อสูงวัย

ประการที่ 2 การคุ้มครองทางสังคมถ้วนหน้ารองรับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยไม่ให้เกิดความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ และต้องสามารถรักษาความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงวัยได้ตลอดวงจรชีวิต

ประการที่ 3 การคุ้มครองทางสังคมต้องคำนึงถึงเพศสภาพ โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย ซึ่งทำให้มีความมั่นคงทางรายได้น้อยกว่าผู้ชายเมื่อสูงวัย ส่งผลต่อความสามารถในการรักษาสุขภาพที่ดีในระยะยาว และข้อจำกัดทางการเงินทำให้ผู้หญิงหลีกเลี่ยงการรักษาสุขภาพ ส่งผลกระทบระยะยาวเมื่ออยู่ในช่วงสูงวัยขึ้น

ประการที่ 4 การที่สูงอายุอย่างมีสุขภาพดี จะต้องทำให้ผู้สูงวัยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้หลากหลายและมีประสิทธิภาพ โดยไม่สร้างความยากลำบาก ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการตรวจพบโรคตั้งแต่เนิ่นๆ ตลอดวงจรชีวิต

ประการที่ 5 การสร้างความมั่นคงทางรายได้ให้การเงินโอนเพื่อสนับสนุนการสูงวัยที่มีสุขภาพดีในตลอดวงจรชีวิต เป็นการให้หลักประกันเมื่อเกิดการตั้งครมภ์เจ็บป่วย รักษาตัว และฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประการที่ 6 การประสานระหว่างนโยบายการคุ้มครองทางสังคมและการจ้างงานผู้สูงวัยเพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่การเกษียณที่มีสุขภาพสูงวัยดี สำหรับผู้ที่ทำงานในงานที่มีความเสี่ยงทางกายภาพตั้งแต่อายุน้อยควรได้รับการเกษียณก่อนสำหรับผู้ที่ต้องการทำงานต่อ ควรได้รับการสนับสนุนให้ทำงานในรูปแบบของการจ้างงานเต็มเวลาหรือบางเวลา ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงวัยสามารถทำงานได้ต่อไปตามความสามารถและความต้องการของผู้สูงวัย

จากข้างต้น ILO สนับสนุนทิศทางการคุ้มครองทางสังคมถ้วนหน้าสำหรับผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาพดี เนื่องจากเป็นหนึ่งในความริเริ่มระดับโลกของสหประชาชาติที่ต้องการให้ผู้มีส่วนได้เสียร่วมมือแบบพหุภาคี เพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้การดำรงชีวิตของผู้สูงวัย ครอบคลุม และชุมชนดีขึ้น ILO เสนอให้ระบบการคุ้มครองทางสังคมทำหน้าที่สนับสนุนนโยบายสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีและการดูแลระยะยาว แต่การนำไปปฏิบัติให้ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ

ทั้งหกประการข้างต้นแสดงให้เห็นว่า “การคุ้มครองทางสังคมถ้วนหน้าสำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี” (Universal Social Protection for Healthy Ageing) มุ่งส่งเสริมสุขภาพที่ดีในช่วงสูงวัย โดยรองรับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ การบริการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ พร้อมกับการช่วยรักษาความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงวัยตลอดชีวิต โดยคำนึงถึงเพศสภาพอย่างเท่าเทียม การสร้างความมั่นคงทางรายได้และการประสานระหว่างนโยบายการคุ้มครองทางสังคมกับการจ้างงานผู้สูงวัย เพื่อให้สามารถทำงานได้ต่อไปตามความสามารถและความต้องการ

อย่างไรก็ตาม ILO ให้แนวทางที่สำคัญที่นำไปพิจารณาในการดำเนินการ ได้แก่ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม อนุสัญญาฉบับที่ 102 ว่าด้วยความมั่นคงทางสังคมตามมาตรฐานขั้นต่ำ พ.ศ.2495 และข้อแนะนำฉบับที่ 202 ว่าด้วยฐานการคุ้มครองทางสังคม พ.ศ.2555 โดยเฉพาะ ข้อแนะนำฉบับที่ 202 สนับสนุนความมั่นคงทางรายได้เป็นแนวทางหลักในการทำให้เกิด การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี จึงต้องทำให้เกิดมาตรฐานการดำรงชีวิตที่เหมาะสม นอกจากนี้ ILO ยังมุ่งเน้นให้มีความยืดหยุ่นในระบบการคุ้มครองทางสังคม เพื่อรองรับภาวะฉับพลัน และการเปลี่ยนผ่านระหว่างการทำงานและการเกษียณที่ไม่ได้เป็นไปตามช่วงวัย เสมอไป

กรณีของประเทศไทยใช้งบประมาณสนับสนุนเรื่องสวัสดิการหรือการคุ้มครองทางสังคมจำนวนร้อยละ 8.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) โดยจำนวนนี้เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 3.6 หรือคิดเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมดร้อยละ 42.6 ในสัดส่วนของร้อยละ 8.5 ซึ่งสัดส่วนของประชาชนที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพร้อยละ 96.9 แต่เดิมที่เคยสูงถึงร้อยละ 98 อย่างไรก็ตามการลดลงของสัดส่วนการเข้าถึงนี้ สามารถอนุมานได้จากหลายสาเหตุ เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายให้เข้าถึงผ่าน หน่วยบริการสุขภาพผ่านหน่วยปฐมภูมิ การไม่สะดวกในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพ แม้ว่าจะมีการขยายสิทธิสวัสดิการให้สามารถรับยาจากร้านขายยาใกล้บ้านก็ตาม

ส่วนสวัสดิการผู้สูงวัยจะแยกจากการพิจารณาการบริการสุขภาพตามที่กล่าวมา โดยตามข้อมูลจากการคุ้มครองทางสังคมของ ILO เสนอว่า การคุ้มครองทางสังคม ควรมีความครอบคลุมร้อยละ 70 ซึ่งหมายความว่า มีผู้สูงวัยร้อยละ 30 ที่เข้าไม่ถึง ระบบการคุ้มครองทางสังคมด้านนี้ จำนวนความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ (Effective Coverage) แสดงสัดส่วนที่ไม่พึงประสงค์ เช่น สวัสดิการผู้สูงวัยที่ร่วมจ่ายสมทบ ประกันสังคมมีร้อยละ 31.9 แต่ขยายออกไปครอบคลุมได้ถึงร้อยละ 49.3 (Aranco et al. 2022)

จำนวนของการจ่ายเงินสมทบประกันสังคมข้างต้น หากพิจารณาเพียงผิวเผิน อาจกล่าวว่ามีประสิทธิภาพ แต่แท้จริงแล้ว สะท้อนถึงความล้มเหลวของรัฐบาลที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม สืบเนื่องจากการทำให้เป็นทางการ (Formalization) ให้ประชาชนเข้าร่วมระบบประกันสังคม ผ่านมาตรการช่วยเหลือในช่วงที่โควิด-19 ระบาด ทำให้จำนวนผู้ประกันตนเพิ่มขึ้นก้าวกระโดดจาก จำนวน 3,611,621 คน ในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564 มาเป็นจำนวน 10,449,333 คน

ในเดือนกันยายน พ.ศ.2564 รัฐบาลสร้างเงื่อนไขของการได้รับสิทธิที่ไม่สมเหตุสมผล และไม่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสังคม เนื่องจากการร่วมจ่ายสมทบของฝ่ายนายจ้าง ผู้ประกันตน และรัฐบาล แตกต่างสวัสดิการที่ไม่ต้องร่วมจ่ายสมทบมาจากงบประมาณ ภาษี (สำนักงานประกันสังคม 2568)

ผลที่ตามมาคือผู้สมัครในช่วงดังกล่าวไม่ส่งเงินสมทบกองทุนประกันสังคม ต่อเมื่อได้รับมาตรการช่วยเหลือทางการเงินแล้ว แต่สำนักงานประกันสังคมไม่สามารถ นำชื่อผู้ประกันตนที่ไม่ส่งเงินสมทบต่อเนื่องออกจากระบบได้ ส่งผลให้การเก็บสถิติ ระบุจำนวนผู้ประกันตนมาตรา 40 อยู่ในสิบล้านคน ทั้งที่จริงๆ แล้ว คนเหล่านั้น ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการใดๆ เพราะการได้รับสิทธิประโยชน์ใดขึ้นอยู่กับ การจ่ายเงินสมทบ ตามที่กำหนดไว้ จากข้อมูลเดือนธันวาคม พ.ศ.2567 พบว่า สัดส่วนที่จ่ายเงินสมทบ ของมาตรา 40 มีจำนวน 1,445,152 คน คิดเป็นร้อยละ 13.1 ของจำนวนผู้ประกันตน 11,011,863 คน หากพิจารณาผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปในระบบประกันสังคมมาตรา 40 พบว่า มีจำนวนมากกว่าช่วงวัยอื่น มีจำนวน 2,116,042 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ของจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด แล้วจำนวนนี้จ่ายเงินสมทบเพียง 552,682 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.1 ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้สูงวัยในระบบประกันสังคมภาคสมัครใจ ได้รับสิทธิประโยชน์เพียง 1 ใน 4 ของผู้ประกันตนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

จากปัญหาและข้อมูลดังกล่าว ผู้เขียนจะนำแนวทางข้างต้นเป็นกรอบแนวทาง เพื่อเสนอระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับสังคมสูงวัย โดยพิจารณาเฉพาะสามมาตรการ ช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) ได้แก่

ด้านที่ 1 การรักษาสุขภาพ (Health Care) ช่วยขยายอายุคาดสุขภาพดีและ จัดการภาวะเจ็บป่วยและเรื้อรังของสุขภาพ

ด้านที่ 2 บำนาญ (Pension) ช่วยลดความเสี่ยงจากการเผชิญความยากจน

ด้านที่ 3 การดูแลระยะยาว (Long-Term Care) ช่วยรักษาและปรับปรุง ศักยภาพการทำงานของร่างกาย แล้วสามารถขยายอายุคาดสุขภาพด้วย

หากสามด้านข้างต้นได้รับการตอบสนองสำหรับผู้สูงวัย จะสามารถทำให้เกิด คุณภาพชีวิตที่ดีสองด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางรายได้ (Income Security) และอายุคาด ที่มีสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy) (Aranco et al. 2022) ด้วยเหตุนี้ การสร้าง ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงวัยจึงไม่เพียงรองรับทางการเงินผ่านบำนาญ แต่ยังรวมถึง การรักษาสุขภาพและการดูแลระยะยาวที่สำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน โดยปัจจุบันค่าใช้จ่าย

ที่ลงทุนกับเรื่องนี้ มักให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลและบำนาญ ในขณะที่การดูแลระยะยาวยังคงได้รับการสนับสนุนเป็นส่วนน้อย ทั้งที่จริง การดูแลระยะยาวควรเป็นระบบที่ประสานและเชื่อมต่อการรักษาสุขภาพ สำหรับมาตรการช่วยเหลือทางสังคม (Social Assistance) สามประเด็น ดังที่กล่าวไปข้างต้นสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรักษาสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลัก คือ โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิการรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคม ซึ่งไม่ได้นับรวมสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ การคุ้มครองทางสังคมด้านสุขภาพของประเทศไทยมีความผสมผสานระหว่างระบบบิสมาร์ค (Bismarck System) ซึ่งจำแนกคนทำงานตามกลุ่มอาชีพ ไม่ได้วางหลักประกันพื้นฐานสุขภาพเหมือนกับระบบเบเวอร์ริดจ์ (Beveridge System) อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยยังไม่สามารถทำให้มีความสมานฉันท์และเอกภาพในกลุ่มประชาชนคนส่วนใหญ่แม้ครอบคลุมถึงร้อยละ 96-98 ของประชากรของประเทศก็ตาม

นอกจากนี้ระบบประกันสังคมมาตรา 40 ไม่ได้ครอบคลุมถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ทำให้ในกรณีของผู้สูงวัยต้องพิจารณาเป็นพิเศษจากการเจ็บป่วยหรือการถดถอยของสภาพร่างกาย การพิจารณาในกรณีของผู้สูงวัยจึงเน้นที่ “โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (Universal Health Care) ซึ่งตามรายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2566 พบว่า จำนวนประชาชน 69,970,019 คน ในจำนวนนี้มี 51,920,680 คนหรือร้อยละ 74.2 ได้รับความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนนี้ที่ไม่ครอบคลุมอีกร้อยละ 25.8 ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลในระบบอื่นของภาครัฐ ได้แก่ ประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ ข้อมูลสำคัญยังพบอีกว่าผู้สูงวัยจำนวน 12,771,255 คนหรือร้อยละ 41.3 ของผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปใช้บริการสุขภาพไม่น้อยกว่า 1 ครั้งในช่วงปีของ พ.ศ.2566 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงวัยมีการใช้บริการสุขภาพมากกว่าช่วงวัยอื่น (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2566)

ดังนั้น การดูแลผู้สูงวัยให้มีสุขภาพดี พร้อมมีมาตรการป้องกัน เช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงวัยในกรณีต้องเจ็บป่วยและติดเตียง ซึ่งสามารถทำให้ผู้สูงวัยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและลดภาระของระบบการคุ้มครองทางสังคมในระยะยาว

ประเด็นที่ 2 บำนาญ แบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และบำนาญชราภาพของประกันสังคม โดยไม่นับรวมกรณีของอาชีพข้าราชการ กรณีของเบี้ยยังชีพ ในปัจจุบันเป็นระบบถ้วนหน้าให้แก่ผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2566 ได้มีการออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2566 ทำให้หลายภาคส่วนตั้งข้อสังเกตว่า รัฐบาลจะยกเลิกระบบถ้วนหน้าและเปลี่ยนเป็นการพุ่งเป้าไปที่เกณฑ์รายได้หรือไม่ (ราชกิจจานุเบกษา 2566)

นอกจากนี้ยังมีรายงานเรื่อง “100 Years of Social Protection: The Road to Universal Social Protection Systems and Floors” ซึ่งจัดพิมพ์ฉบับที่สอง ใน พ.ศ.2566 แต่กลับไม่ปรากฏกรณีศึกษาเกี่ยวกับเบี้ยยังชีพ เป็นหนึ่งในระบบการคุ้มครองทางสังคม ถ้วนหน้าเหมือนฉบับแรกที่พิมพ์ใน พ.ศ.2562 (Ortiz, Schmitt and Tessier 2019; Schmitt, Nguyen and Engels 2023) ยิ่งทำให้เกิดข้อสังเกตเพิ่มเติมเกี่ยวกับการที่รัฐบาลกล่าวถึงการขยายอายุเกษียณและส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงวัยตาม แนวคิดสูงวัยอย่างมีพลัง พฤติกรรมนี้มีเบื้องหลังใดแอบแฝงหรือไม่ โดยเฉพาะเมื่อหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบ เรื่องบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ใช้การทดสอบรายได้หรือ/และสินทรัพย์ พิจารณาควบคุมของการได้รับสวัสดิการอื่นๆ เช่น การจำแนกเป็นกลุ่มผู้ที่ควรได้รับสวัสดิการเป็นกลุ่มแรก บัตรสวัสดิการแห่งรัฐอย่างเดียว กลุ่มถัดมา บัตรสวัสดิการแห่งรัฐและเบี้ยยังชีพ กลุ่มสาม บัตรสวัสดิการแห่งรัฐและเบี้ยความพิการ และกลุ่มท้ายสุด บัตรสวัสดิการแห่งรัฐและเบี้ยยังชีพและเบี้ยความพิการ การจำแนกเช่นนี้เป็นประโยชน์สำหรับผู้กำหนดนโยบาย และจัดลำดับความสำคัญของผู้ได้รับสิทธิสวัสดิการ ในกรณีของผู้สูงวัยที่จะถูกคัดออกก่อน ก็ต้องเป็นคนที่มียาได้หรือทรัพย์สินอยู่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนั้น คนรายได้ได้น้อย ตามเกณฑ์ของการได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐจึงเป็นลำดับความสำคัญแรกตามเป้าหมายของนโยบายนี้ การดำเนินการเช่นนี้ทำให้ผู้สูงวัยที่มีรายได้ต่ำและเป็นกลุ่มที่มีความต้องการความช่วยเหลือได้รับการสนับสนุนจากนโยบายมากที่สุด

ตามข้อมูลจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2567 พบว่ามีผู้สูงวัย 13,358,751 คนเมื่อพิจารณาถึงงบประมาณการจ่ายเบี้ยยังชีพในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มีผู้ได้รับสิทธิ 11,834,640 คน ใช้งบประมาณ 93,215,127,100 บาท ซึ่งจำนวนที่เป็นส่วนต่างคิดเป็นร้อยละ 11.5 โดยคาดว่าเป็นผู้สูงวัยที่ได้รับสิทธิบำนาญชราภาพข้าราชการหรืออีกกลุ่มเป็นคนที่เข้าไม่ถึงสิทธิสวัสดิการนี้

ตามรายงานการศึกษาของคณะกรรมการสวัสดิการสังคม ได้เสนอการปรับเบี้ยยังชีพจาก 1,200 บาท ใน พ.ศ.2568 ไปเป็น 2,000 บาทใน พ.ศ.2569 และขยายจำนวนเบี้ยยังชีพ ไปอีกเป็น 3,000 บาทใน พ.ศ.2570 โดยประมาณการจำนวนประชากรสูงวัยที่จะได้รับสิทธิ์ จำนวน 13,178,403 คน ใช้เงิน 474,422,520,000 บาท (คณะกรรมการสวัสดิการสังคม สภาผู้แทนราษฎร 2567) ซึ่งหากเปรียบเทียบกับส่วนต่างในการปรับเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 80.36

ข้อเสนอดังกล่าวพิจารณาตามแนวทางฐานการคุ้มครองทางสังคม เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงทางรายได้ให้แก่ผู้สูงวัยและช่วงวัยอื่นๆ ตลอดจนวงจรชีวิตอย่างไรก็ตามหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล ผู้กำหนดนโยบาย และนักวิชาการบางกลุ่ม มองเห็นสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของโครงสร้างประชากรสูงวัยในอนาคต ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสถานะทางการคลังของประเทศ จึงจำเป็นต้องหาพื้นที่ทางการคลังใหม่เพิ่มมาเพื่อยกระดับนโยบายนี้เป็นสวัสดิการบำนาญที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และต้องปรับโครงสร้างภาษีใหม่โดยนำเงินมาจากภาษีสรรพสามิต ส่วนแบ่งค่าสัมปทาน เงินจากภาษีในรูปแบบต่างๆ ภาษีมรดก และอื่นๆ

ดังนั้น การดำเนินการเรื่องสวัสดิการ ไม่ว่าจะเป็นเบี้ยยังชีพหรือเงินโอนในโครงการอื่นล้วนเป็นเรื่องของคุณภาพทางอำนาจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการหาฉันทมติของทุกฝ่ายเห็นพ้องกันที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากมีข้อโต้แย้งและมุมมองที่แตกต่างกันในการจัดสรรงบประมาณและแนวทางการดำเนินการ

ประเด็นที่ 3 การดูแลระยะยาว เป็นการบริการสังคมและสุขภาพเพื่อช่วยเหลือคนยากลำบากจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง อุบัติเหตุ ความพิการ และสูงวัยแล้วไม่สามารถดูแลตนเองได้ การดูแลเหล่านี้ จึงเน้นการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการจัดการกรณีของผู้สูงวัยที่ดูแลตนเองไม่ได้หรือไม่มีสมาชิกในครอบครัวดูแลจึงเป็นการสนับสนุนให้การดูแลผู้สูงวัยโดยไม่ต้องอาศัยผู้ประกอบวิชาชีพ เป็นหลักแต่ให้ทำหน้าที่สนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงวัย และการสนับสนุนเครือข่ายและทุนทางสังคมมาจัดการระบบดูแลระยะยาว บทบาทของผู้ดูแล (Care Giver) ที่ไม่ใช่ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ แต่การได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นกลับไม่ได้รับคุณค่าของงาน บ่อยครั้งถูกมองเป็นอาสาสมัครชุมชนพิจารณาจากงบประมาณที่จัดสรรให้เป็นค่าตอบแทนกำหนดไว้ต้องไม่เกินค่าจ้างขั้นต่ำที่รัฐบาลกำหนด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2564) คำว่า “ไม่เกิน” หมายความว่า ค่าตอบแทนสามารถจ่ายต่ำกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำได้ แต่ไม่สามารถเกินไปจากอัตราที่กำหนด ซึ่งทำให้เกิดข้อกังขาในเรื่องความเป็นธรรมในการจ่ายค่าตอบแทน ตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือกระทรวงสาธารณสุขเลือกใช้คำว่า “ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล”

กำหนดหน้าที่ให้ดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง 5-10 คน ให้จ่ายค่าจ้างเหมาไม่เกิน 600 บาทต่อเดือน ตามอำนาจของพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 (กระทรวงสาธารณสุข 2560) การจำกัดค่าจ้างที่ต่ำเช่นนี้สะท้อนถึงการขาดแคลนแรงงานในชุมชนและสาธารณสุข

แต่อย่างไรก็ตาม รัฐบาลกลับเลือกที่จะไม่จ่ายค่าจ้างที่เป็นธรรมซึ่งเป็นการลดคุณค่าของการทำงานในพื้นที่เหล่านี้ ผู้เขียนจึงเสนอว่า สถานการณ์นี้เป็นการขาดแคลนคนทำงานชุมชนและสาธารณสุข แต่รัฐบาลต้องการคนทำงาน แต่เลี้ยงจ่ายค่าจ้างที่เป็นธรรม จึงไม่แตกต่างจากการกดขี่ ชูตริต โดยใช้สถาบันและกฎหมายมาสร้าง ความชอบธรรมของแนวทางปฏิบัติเช่นนี้ การดูแลระยะยาวจึงเป็นสวัสดิการที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการรักษาพยาบาลและบ้านอายุ เนื่องจากแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ.2563 และ พ.ศ.2566 พบว่า มีจำนวน 256,565 คน เพิ่มเป็นจำนวน 352,883 คน คิดเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 28 อย่างไรก็ตามภารกิจเรื่องนี้ไม่ใช่บทบาทของกระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ แต่เป็นภารกิจของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาศัยกลไกความร่วมมือของอาสาสมัครชุมชนในการสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ เห็นได้ว่า การจัดฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการสนับสนุนโครงการโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุของกรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย 2567)

ขณะที่กรมกิจการผู้สูงอายุ และสำนักงานพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด รวมถึงศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เป็นภาคีเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาจากภารกิจของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพ จัดตั้งขึ้นเพื่อจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุโดยให้ชุมชนเป็นฐาน และมีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาร่วมสนับสนุนในการดำเนินงาน นอกจากสนับสนุนการมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านการศึกษา สุขอนามัย และอาชีพ ยังมีการบริการสังคมในชุมชน เช่น เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง สร้างสัมพันธภาพคนช่วงวัยต่างๆ กิจกรรมเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเครือข่ายดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน แต่หน้าที่เช่นนี้ทำให้กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีหน้าที่รองมาจากกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การให้บริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลระยะยาว ที่สำคัญกว่านั้น ให้พิจารณาจากการจัดสรรงบประมาณผ่านมาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2564)

โดยสรุป ระบบการคุ้มครองทางสังคมต้องพิจารณาเครื่องมือหรือมาตรการออกเป็นสองกลุ่มหลัก คือ สวัสดิการที่มีการร่วมจ่ายเงินสมทบ (Contributory) คือ การประกันสังคม และไม่มีการร่วมจ่ายเงินสมทบ (Non-Contributory) เช่น เบี้ยยังชีพ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ สวัสดิการรูปแบบหลังเป็นการจัดสรรงบประมาณมาจากภาษี เพื่อจัดสวัสดิการให้ทั้งแบบพุ่งเป้าและถ้วนหน้า ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหรือหลักเกณฑ์ของโครงการสวัสดิการนั้นๆ แต่สถานการณ์ของสังคมสูงวัยและระบบการคุ้มครองทางสังคม จำเป็นต้องพิจารณา “การคุ้มครองทางสังคมที่คำนึงถึงอายุ” (Age-Sensitive Social Protection) เมื่อสูงวัยต้องรองรับระบบการคุ้มครองทางสังคมที่แตกต่างจากช่วงวัยอื่น ได้แก่ เด็กจำเป็นต้องได้รับเงินอุดหนุน คนทำงานต้องมีหลักประกันเงินว่างงาน และผู้สูงวัยต้องได้รับเงินบำนาญ อีกทั้ง อายุเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองทางสังคมที่คำนึงถึงเพศสภาพ (Gender-Responsive Social Protection) ทั้งยังมีการจำแนกหน้าที่การทำงานขึ้นอยู่กับเพศ เช่น ผู้หญิงทำงานบ้านและไม่ได้รับค่าตอบแทน (UNICEF 2020)

การทำความเข้าใจระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับสังคมสูงวัย แบ่งออกเป็นสามมิติของการรักษาพยาบาล บำนาญ และการดูแลระยะยาว การเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคมสำหรับประชาชนทั่วไป ล้วนเป็นมาตรการการช่วยเหลือทางสังคม หากวิเคราะห์ตามแนวทางฐานการคุ้มครองทางสังคม (Social Protection Floors) เช่น กรณีของบำนาญในโครงการเบี้ยยังชีพ เป็นการให้รายได้พื้นฐานที่ต่ำกว่ามาตรฐานของการดำรงชีวิต หรือต่ำกว่าเส้นความยากจนของประเทศไทย และกรณีของการดูแลระยะยาว ขาดการขยายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และทำให้เข้าถึงได้อย่างสะดวก สังคมสูงวัยแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและขนาดครัวเรือน โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่ลดลงและการพึ่งพิงประชากรวัยทำงานที่สูงขึ้น สถานการณ์เช่นนี้ทำให้บทบาทของรัฐจัดสวัสดิการจึงมีความสำคัญ เพราะการให้สังคมร่วมจัดสวัสดิการก็เป็นได้ยาก เมื่อไม่ได้มีความเป็นปึกแผ่นทางสังคม

เมื่อพิจารณาประเทศไทยหนึ่งในประเทศของระบอบอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการ อาจวิเคราะห์ประเทศอื่นในระบอบสวัสดิการเดียวกัน เพื่อการศึกษาเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออก เช่น การทำความเข้าใจรัฐสวัสดิการญี่ปุ่น ไม่เพียงแต่การออกแบบนโยบายการดูแลสุขภาพและการบริการสังคม แต่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและพื้นที่เมือง ได้แก่ (1) การเผชิญสังคมสูงวัยสมบูรณ์สุดยอด (Super-super aged society) เนื่องจากประชากรสูงวัยหรืออายุ 65 ปีขึ้นไปกว่าร้อยละ 30 (2) โครงสร้างครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ให้พิจารณาจากการแต่งงานครั้งแรกของผู้ชายมีอายุเฉลี่ย 31 ปี และผู้หญิงมีอายุเฉลี่ย 29.4 ปี แล้วเกิดค่านิยมของการมีรายได้ทั้งสองคนแต่ไม่เน้นมีลูก (Double incomes with no kids) และ (3) ประชากรสูงวัยญี่ปุ่นมีอายุยืนยาวขึ้น เกิดการจำแนกกลุ่มใหม่ ออกเป็นช่วงอายุ 65-74 คือสูงวัยตอนต้น (Young-old people) ช่วงอายุ 75-84 ปี คือสูงวัยตอนกลาง (Middle-old people) และช่วงอายุมากกว่า 85 ปีคือสูงวัยตอนปลาย (Older-old) ช่วงวัยหลังสุดมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว รัฐบาลจึงเห็นความสำคัญ ของนโยบายการดูแลทางสังคม (Social Care Policies) และสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อดูแลผู้สูงวัยที่มีความต้องการพิเศษ อย่างไรก็ตาม การทบทวนสถานการณ์ สังคมสูงวัย ในระบอบสวัสดิการเดียวกัน ผู้เขียนมีข้อสังเกตเพียงว่า แต่ละประเทศมีคุณลักษณะเฉพาะ ของระบอบสวัสดิการในเนื้อหาส่วนถัดไปจึงเป็นการวิเคราะห์ระบอบสวัสดิการ ของประเทศไทยต่อไป

บทวิเคราะห์สังคมสูงวัยของประเทศไทย

ในระบอบสวัสดิการอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการ

การวิเคราะห์ระบอบสวัสดิการอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการ ประเทศ ในระบอบนี้พยายามปฏิเสธรัฐสวัสดิการ และสนับสนุน “สังคมสวัสดิการ” (Welfare Society) เพื่อแสดงให้เห็นบทบาท ของสวัสดิการไม่ใช่หน้าที่แค่รัฐบาล แต่มีบทบาท ของภาคส่วนที่สาม เช่น ประชาชน ชุมชน กลุ่มอาชีพ หรืออื่นๆ ร่วมสนับสนุนหน้าที่ ดังกล่าว กลายเป็นการเรียกคำว่า “สวัสดิการผสม” (Welfare Mix) ที่ทำหน้าที่ร่วมกัน ระหว่างรัฐและเอกชน ผู้เขียนจึงจัดระบบความคิดเพื่อจำแนกคุณลักษณะของระบอบ สวัสดิการผ่านระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย พิจารณา ตามแนวทางของ Aspalter (2001; 2005; 2020; 2023a; 2023b) จึงเสนอไว้ 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย ที่ตั้งอยู่บน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้อุปถัมภ์และผู้รับการสงเคราะห์ในโครงสร้างทางเศรษฐกิจ การเมือง หากย้อนกลับไปในเชิงประวัติศาสตร์ที่ผ่านมาทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า ไม่สามารถยกระดับสวัสดิการให้ก้าวหน้าได้ ด้วยการใช้ข้ออ้างมาสนับสนุนความล้มเหลว ของการขยายพื้นที่ทางการคลัง ไม่ว่าจะเป็น การจัดเก็บภาษีไม่ได้เพราะเศรษฐกิจ ภาคไม่เป็นทางการมีขนาดใหญ่และประชาชนไม่ยื่นภาษีรายได้ แต่อีกกลุ่มคนที่ใช้และ ผูกขาดทรัพย์สินส่วนรวมอยู่ก็ไม่สามารถจัดเก็บภาษีเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสังคม

ได้เช่นกัน หรือแม้แต่การปรับโครงสร้างภาษีและเก็บภาษีในรูปแบบต่างๆ เช่น มรดก สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี จึงเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการ

การสร้างดุลยภาพทางการเมืองดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต้องมีขบวนการแรงงาน และประชาชนที่เข้มแข็ง เป็นเรื่องที่ยากยิ่งสำหรับประเทศไทย โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวทางการเมืองของรัฐสวัสดิการมีความแตกต่างของกลุ่มคน ชนชั้น สถานะทางอาชีพ และอื่นๆ ทำให้ยากยิ่งที่จะได้รับฉันทามติจากประชาชน เช่น สวัสดิการโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่คนทุกคนจะเห็นด้วยกับแนวทางการจัดสวัสดิการนี้ แม้แต่ชนชั้นกลางที่มีรายได้ซื้อประกันสุขภาพเอกชนก็อาจมองว่าเรื่องการจัดสวัสดิการสุขภาพถ้วนหน้าคือความไม่สมเหตุสมผลโดยเฉพาะเมื่อกลุ่มชนชั้นกลางที่ทำงานหลักและนำรายได้ส่วนหนึ่งมาจ่ายภาษีแต่ไม่ได้ใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ จึงส่งผลให้หลายกรณีสังคมไทยเกิดการต่อต้านนโยบายสังคมแบบกระจายซ้ำ (Redistributive Social Policy) เป็นการยากที่จะทำให้การกระจายทรัพยากรในรูปแบบนี้ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายในสังคม ความท้าทายในระบบการคุ้มครองทางสังคมในประเทศไทยจึงเป็นผลจากการไม่สามารถสร้าง “ฉันทามติสังคม” ในการกระจายสวัสดิการ และความแตกต่างทางชนชั้นและอาชีพที่ทำให้การเคลื่อนไหวทางการเมือง

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้อุปถัมภ์และผู้รับการสงเคราะห์ในระบบสวัสดิการนี้ จึงเน้นการช่วยเหลือเฉพาะหน้าตามปัญหาความยากจนและขาดแคลน แนวทางของสวัสดิการจึงตั้งบนฐานการกุศลสงเคราะห์เพื่อบรรเทาความทุกข์ยาก (Poor Relief) โดยอาศัยกลไกของการคุ้มครองทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ (Informal Social Protection) เพื่อให้ครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน วัด องค์การกุศล และองค์กรพัฒนาเอกชนมาร่วมจัดสวัสดิการ สำหรับสวัสดิการในระบบนี้อยู่หรือไม่อยู่ในขอบเขตอำนาจของรัฐอย่างชัดเจนตามประวัติศาสตร์ของงานสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคมรูปแบบดังกล่าวเป็นที่นิยมจำแนกให้ประเทศโลกใต้ รวมถึงประเทศไทยในปัจจุบัน (Mongkolnchaiarunya and Wattanakoon 2013; Nontapattamadul, 2014; Sungkwan and Engstrom 2020) หากพิจารณาบทบาทของผู้จัดสวัสดิการเห็นได้ว่า รัฐและครอบครัวมีอำนาจมากกว่าตลาดและปัจเจกบุคคลในระบบสวัสดิการนี้ แล้วระบบสวัสดิการนี้ขาดการตระหนักถึงสิทธิและคุณค่าของผู้ปฏิบัติงานบริการสังคมด้านต่างๆ ทั้งที่เป็นวิชาชีพหรือไม่ใช่ก็ตาม ผู้เขียนวิเคราะห์รัฐบาลในระบบสวัสดิการนี้มักจะเลือกแก้ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพการบริหารและความมั่นคงภายในประเทศก่อนเป็นอันดับแรก เช่น โรคภัยไข้เจ็บและความอดอยาก เพื่อรักษาอำนาจความชอบธรรมทางการเมือง

ประเด็นที่ 2 อุดมการณ์ทางการเมืองที่เอนจากเสรีนิยมมาทางอนุรักษนิยม ทำให้สวัสดิการในระบบนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญบนฐานสิทธิมนุษยชนเป็นลำดับต้น แต่เลือกช่วยเหลือสวัสดิการตามที่จำเป็น ซึ่งเห็นได้จากรัฐบาลเลือกสร้างกลไกของเครือข่ายชุมชนมาสนับสนุนภารกิจด้านสาธารณสุขของระบบการดูแลระยะยาว โดยผู้ที่มีส่วนร่วมส่วนมากเป็นพลเมืองตื่นตัว ที่ทำงานอาสาสมัคร แกนนำเครือข่ายชุมชน และมีบทบาทในกิจกรรมชุมชนอื่นๆ มาก่อนหน้านี้ การได้รับความร่วมมือจากคนเหล่านี้ช่วยหนุนอำนาจของระบบสวัสดิการนี้ให้ดำเนินต่อไปได้ เช่น การสร้างกลไกของการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ (ชุมชนหรือท้องถิ่น) เป็นการระดมทรัพยากรต่างๆ รวมถึงผู้สูงวัยมาร่วมบริการสังคม

อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า การใช้คำว่าอาสาสมัคร ในบริบทนี้กลับสนับสนุนความชอบธรรม ให้รัฐใช้อำนาจลดทอนคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และละเมิดสิทธิพื้นฐานแรงงาน เช่น การเขียนหลักเกณฑ์ของการจ่ายค่าตอบแทนให้ผู้ดูแลผู้สูงวัยโดยไม่กำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของการจ้างแรงงานและการจ่ายค่าจ้างที่ไม่เกินกว่าอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ แม้ในเวลานี้ ILO ระบุว่าให้ความสำคัญต่อคนทำงานดูแล (Care Workers) ให้มีบทบาทมากขึ้นในระบบเศรษฐกิจที่ส่งเสริมความเป็นธรรมการจ้างงานสำหรับผู้หญิง การแยกหน้าที่ระหว่างงานอาสาสมัครและงานดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนจึงเป็นเรื่องที่สำคัญตามหลักการนี้ (Barford, Brockie, and O'Higgins 2025) ในทางกลับกันบทบาทของกระทรวงแรงงานไม่สามารถยืนยันหลักการนี้ได้ และไม่สามารถตอบโต้ต่อกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าระบบสวัสดิการนี้ใช้ประโยชน์ของงานอาสาสมัครหรือสวัสดิการที่เน้นการช่วยเหลือกันแบบไม่เป็นทางการ มาแฝงการกดขี่ขูดรีดเพื่อให้งานเหล่านี้ทำด้วยความสมัครใจและไม่หวังผลตอบแทนใดๆ

อีกด้าน รัฐบาลลงทุนพัฒนาบริการสุขภาพ การศึกษา และความมั่นคงทางสังคมอย่างต่อเนื่อง แต่กลับพยายามลดสวัสดิการที่ให้เป็นเงินโอน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้เกิดผลกระทบต่อสถานะทางการเมืองของผู้เขียนมีอภิปราย 3 ข้อ ดังนี้

(1) การกำหนดเงื่อนไขของการได้รับสิทธิสวัสดิการโดยใช้เครื่องมือทดสอบรายได้และสินทรัพย์ ทำให้กลุ่มที่มีรายได้สูงเกินกว่ากำหนดอาจไม่ได้รับสวัสดิการ (2) การพิจารณาความเปราะบางมากที่สุดของปัจเจกบุคคลและครัวเรือนเป็นเงื่อนไขของการได้รับสิทธิสวัสดิการซึ่งสามารถช่วยจำกัดกลุ่มผู้ที่ได้รับการสนับสนุน และ

(3) การขยายความครอบคลุมเพื่อให้ได้รับสวัสดิการแต่ไม่รับรองเป็นสิทธิพื้นฐาน ส่งผลให้สวัสดิการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงที่ไม่เท่าเทียม จากเงื่อนไขดังกล่าวจึงเห็นตัวอย่างที่ชัดเจนของการจัดทำฐานข้อมูลและจัดเก็บข้อมูลของผู้ได้รับสิทธิสวัสดิการจำแนกประเภทของผู้ได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐอย่างเดี่ยวและผสมกับสวัสดิการสังคมอื่นๆ ได้แก่ เบี้ยความพิการและเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การจัดการข้อมูลนี้มีผลต่อการตัดสินใจในการแจกจ่ายสวัสดิการและการรองรับสิทธิพื้นฐานให้กับประชาชน

ระบอบสวัสดิการนี้แท้จริงแล้วเน้นการพุ่งเป้ามากกว่าการให้สวัสดิการแบบถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามสวัสดิการบางรายการเป็นถ้วนหน้าซึ่งขึ้นอยู่กับการต้องการพื้นฐานของประชาชน เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของประชาชนในกลุ่มสูงอายุ แต่โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงทั้งอัตราการเกิดและการตาย อาจทำให้ในอนาคต การจัดสรรสวัสดิการเบี้ยยังชีพอาจไม่ใช่ถ้วนหน้าอีกต่อไป ดังเช่นรัฐบาลเคยประกาศระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2566 (ราชกิจจานุเบกษา 2566) เพื่อพิจารณาทิศทางของนโยบายได้วางแนวทางการพุ่งเป้ามาก่อนแล้ว แต่ทิศทางของการเมืองต้องพิจารณาต่อในอนาคต ผู้เขียนเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ของผู้ได้รับสิทธิไม่ใช่กระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตของผู้สูงวัยด้านเดียว แต่กระทบต่อฐานคะแนนเสียงทางการเมืองของผู้สูงวัย และในที่สุดอาจนำไปสู่แรงต้านจากกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนมากและมีบทบาทในการเลือกตั้งจนทำให้รัฐบาลสูญเสียความน่าเชื่อถือในการบริหารประเทศ การตัดสินใจทางนโยบายสาธารณะสำหรับรัฐบาล จึงต้องวิเคราะห์และพิจารณาอย่างรอบด้าน

ประเด็นที่ 3 ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ในระบอบอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการนั้นไม่ได้ต่อต้านสวัสดิการ แต่กลับสนับสนุนสวัสดิการด้วยเหตุผลของการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม เรียกว่า สวัสดิการผลิตภาพนิยม (Productive Welfare) รากฐานความคิดของสวัสดิการคือการมองว่าการลงทุนทางสังคม (Social Investment) เป็นสิ่งสำคัญตามอิทธิพลของชุดอุดมการณ์ของเสรีนิยมใหม่ สวัสดิการสังคมจึงทำหน้าที่พัฒนาทุนมนุษย์ ในแนวทางนี้วัยเด็กได้รับความสำคัญเพราะสามารถให้ผลิตภาพทางเศรษฐกิจและตลาดแรงงานได้มากที่สุดเพราะเป็นช่วงวัยที่มีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาอย่างสูงสุด ทางกลับกัน ระบอบสวัสดิการนี้ไม่ให้ความสำคัญ

ต่อผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น แต่ในทางกลับกันสนับสนุนแนวทางของการทำงานของผู้สูงวัยตามแนวคิดสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Aging) เพื่อให้ผู้สูงวัยที่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถทำงานได้ต่อไปตามแนวทางเส้นทางชีวิต ไม่ว่าจะเป็นช่วงวัยใดก็สามารถเรียนรู้ ทำงาน และพักผ่อนได้โดยไม่ติดอยู่กับกรอบวงจรชีวิตแบบเดิม เช่น การกำหนดอายุเกษียณของผู้สูงวัย 60 ปี และการเรียนรู้ได้ตลอดชีวิตไม่ได้จำกัดเพียงวัยเด็กหรือวัยเรียนเท่านั้น

ด้วยเหตุนี้ ระบบสวัสดิการนี้จึงสร้างข้อสนับสนุนที่มีความชอบธรรมผ่านการส่งเสริมนโยบายสูงวัยอย่างมีพลังเพื่อขยายอายุของสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี เช่น การทำงานลดการเจ็บป่วย การติดบ้านและติดเตียง และการช่วยสร้างเครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุนการดูแลและช่วยเหลือกันภายในชุมชน ตัวอย่างของแนวทางนี้คือ นโยบายตลาดแรงงานเชิงรุก (Active Labour Market Policy) เป็นหนึ่งแนวทางของการคุ้มครองทางสังคมสำหรับสังคมสูงวัย โดยส่งเสริมให้ผู้สูงวัยมีโอกาสทำงานตามความสามารถ และยังคงมีส่วนร่วมในระบบเศรษฐกิจ

อย่างไรก็ตาม นโยบายสูงวัยอย่างมีพลังกลับสามารถทำงานได้สอดคล้องกับแนวคิดดั้งเดิมของการบรรเทาความทุกข์ยากในระบบอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการของประเทศไทย ระบบนี้ไม่สนับสนุนการช่วยเหลือด้วยปัจจัยต่าง ๆ แต่หันมาเสริมสร้างศีลธรรมทางจิตใจเพื่อให้คนทุกช่วงวัย มีคุณลักษณะที่รัฐปรารถนา เช่น ไม่เกียจคร้าน มีวินัย รู้จักหน้าที่ กตัญญูรู้คุณ และเอื้ออาทร ผู้เขียนคาดการณ์ตามทิศทางของสถิติประชากร การทำงานของผู้สูงวัยจะมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ไม่ได้รับรองการทำงานต่ำกว่าความรู้ ทักษะ และประสบการณ์หรือไม่ รวมถึงการทำงานรับค่าจ้างต่ำกว่างานเดิมที่เคยทำมาก่อนหรือไม่ จะเห็นผู้สูงวัยที่เคยทำงานใช้ทักษะสูงอาจต้องมาทำงานที่ใช้ทักษะพื้นฐาน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลในการกระจายโอกาสการทำงานในสังคมสูงวัยส่วนผู้สูงวัยในเศรษฐกิจภาคไม่เป็นที่ต้องการไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก คนกลุ่มนี้ไม่มีการกำหนดกรอบของอายุให้เกษียณเมื่อไร จึงเป็นการทำงานจนกว่าสุขภาพชีวิตจะล่าถอย จึงเป็นภาพแทนของคำที่ผู้เขียนเรียกยุคนี้ว่า “การสูงวัยที่แกร่งถึงมีชีวิตรอด” (Survival Ageing)

ประเด็นที่ 4 นโยบายสวัสดิการสังคม จึงเป็นผลสืบเนื่องจากอิทธิพลของอุดมการณ์และสถาบันทางการเมืองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดทิศทางการส่งเสริมสวัสดิการในประเทศ การแบ่งแยกสวัสดิการออกเป็นหลายระบบคือคุณลักษณะสำคัญของระบอบสวัสดิการอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการ โดยเฉพาะการที่มีระบบสวัสดิการที่แตกต่างกันออกไปตามแต่ละอาชีพ จึงเห็นระบบสวัสดิการแตกต่างกันในกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ได้แก่ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่รัฐวิสาหกิจ พนักงานราชการ ลูกจ้างภาคเอกชน และผู้ประกอบการอิสระ ซึ่งระบบเหล่านี้สะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมในด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ทางสวัสดิการ ขึ้นอยู่กับสถานะการทำงานหรืออาชีพของแต่ละบุคคล ขณะที่การพิจารณาความก้าวหน้าหรือถดถอยของนโยบายสวัสดิการสังคมเสนอให้พิจารณาสามประเด็น ได้แก่ ประเด็นหนึ่ง การบัญญัติหลักการสวัสดิการสังคมในรัฐธรรมนูญไว้อย่างไร ประเด็นสอง แหล่งที่มาของนโยบายเกิดขึ้นจากพรรคการเมืองและภาคประชาชนอย่างไร และประเด็นสาม การเกิดขึ้นของนโยบายเป็นไปตามแนวทางประชาธิปไตยหรือไม่ และมีอุดมการณ์เบื้องหลังอย่างไร

ตัวอย่างของสวัสดิการสังคมของสิงคโปร์ในระบอบสวัสดิการอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการคือ “กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ” (Provident Fund) กลายเป็นแนวทางแพร่หลายของประเทศต่าง ๆ ในโลกได้ หมายรวมถึงประเทศในระบอบสวัสดิการนี้ โดยการใช้กองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นสวัสดิการสำหรับการออมเงินเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ซึ่งเป็นหนึ่งในโลกที่ช่วยให้ประชาชนสามารถสร้างความมั่นคงทางการเงินเมื่อเกษียณอายุ กรณีของประเทศไทยตามข้อมูลวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2567 แสดงให้เห็นว่ามีจำนวน 355 กองทุน นายจ้าง 23,443 ราย และจำนวนสมาชิก 2,942,579 คน หากพิจารณาจำนวนสมาชิก 2,501,192 คน หรือร้อยละ 85 เป็นสัดส่วนของนายจ้างขนาดใหญ่ที่มีสมาชิก 100 คนขึ้นไป แม้ว่ามีนายจ้างขนาดใหญ่ร้อยละ 22.2 ที่จัดให้สวัสดิการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพก็ตาม (สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ 2567) จำนวนข้างต้นนี้มีข้อสังเกตคือ สถานประกอบการกิจการขนาดใหญ่อาจมีความมั่นคงการทำงานมากกว่าขนาดเล็กที่มีจำนวนสมาชิก 1-9 คนและขนาดกลางที่มีจำนวนสมาชิก 10-99 คน เพราะสถานประกอบการขนาดใหญ่มีศักยภาพในการจัดหาทรัพยากรและบริหารจัดการกองทุนได้ดีขึ้น และสวัสดิการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นการออมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย แต่จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อมีการจ้างงานต่อเนื่องคือการมีสัญญาจ้างงานระยะยาวที่จะช่วยสะสมในกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นไปอย่างมั่นคงและต่อเนื่อง

ส่วน “กองทุนประกันสังคม” แพร่หลายในประเทศโลกเหนือ กรณีของประเทศไทยมีจำนวนผู้ประกันตนมาตรา 40 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.2 ของผู้ประกันตนทั้งหมด อย่างไรก็ตาม แต่จำนวนนี้มีสมาชิกเพียงเพียงร้อยละ 26 ที่จ่ายเงินสมทบเพื่อให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสังคม ร้อยละ 26 ซึ่งสะท้อนถึงการที่ประชาชนยังคงมีความไม่เข้าใจหรือมีความแตกต่างทางมุมมองเกี่ยวกับการจ่ายสมทบและการรับสิทธิประโยชน์จากกองทุน การพิจารณาความสำคัญของประกันสังคมจึงไม่ได้จำกัดเพียงแค่รายการสิทธิประโยชน์หรือจำนวนเงินที่จ่ายสมทบแต่ละเดือน แต่ประเด็นสำคัญคือ การที่ประชาชนไทยเข้าใจและรับรู้ถึงบทบาทและประโยชน์ของการเข้าร่วมกองทุนประกันสังคมอย่างแท้จริง เพราะแม้จะมีการดำเนินการผ่านมาจนถึงสี่ทศวรรษแล้ว ก็ยังคงมีมุมมองแตกต่างเกี่ยวกับหลักการกระจายซ้ำและถ่วงหน้า ซึ่งก่อให้เกิดข้อถกเถียงเกี่ยวกับหลักการสนับสนุนหลักสิทธิมนุษยชน

นอกจากนี้ ผู้เขียนอธิบายอีกโครงการสวัสดิการคือ “กองทุนการออมแห่งชาติ” ของประเทศไทย ต้องเป็นแรงงานในเศรษฐกิจภาคไม่เป็นทางการ แตกต่างจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพที่เป็นแรงงานในเศรษฐกิจภาคทางการ เป็นกองทุนบำนาญที่ส่งเสริมให้ประชาชนออมเงินเพื่อเตรียมพร้อมเกษียณในอนาคตและจ่ายผลตอบแทนให้เมื่อสิ้นสุดการเป็นสมาชิก กองทุนนี้มีผู้เข้าใช้บริการเดือนธันวาคม พ.ศ.2567 จำนวน 2,711,765 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.9 ของแรงงานในเศรษฐกิจภาคไม่เป็นทางการ (กองทุนการออมแห่งชาติ 2567) อย่างไรก็ตาม ปัญหาหลักของกองทุนการออมแห่งชาติ คือ การออมต่อเนื่อง หากไม่มีการออมที่สม่ำเสมอ จะมีผลกระทบต่ออัตราการบำนาญที่จะได้รับเมื่ออายุ 60 ปี และยังพบว่า ผู้ประกันตนบางคนไม่ได้จ่ายเงินสมทบอย่างต่อเนื่องหรือไม่ได้รักษาสมาชิกภาพในระยะยาว แต่ระบบยังคงเก็บสถิติจำนวนสมาชิกไว้ทำให้เกิดความเข้าใจผิดว่า ทุกคนจะได้รับสวัสดิการอย่างทั่วถึง ทั้งที่ในความเป็นจริง การเข้าใจผิดเกี่ยวกับการจ่ายเงินสมทบและการรักษาสมาชิกมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินนโยบายให้มีประสิทธิภาพ

นโยบายสวัสดิการสังคมในระบบสวัสดิการอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการ
จึงเน้นที่ผลิตภาพทางเศรษฐกิจ และไม่สนับสนุนการบรรเทาความทุกข์ยาก การส่งเสริม
การออมจึงเป็นหนึ่งในแนวทางสำคัญเพื่อรองรับสังคมสูงวัย การพัฒนาระบบการออม
สำหรับประชาชนทั่วไปต้องส่งเสริมการให้ความรู้และการวางแผนทางการเงิน เพื่อให้
รู้จักการสร้างหลักประกันเมื่อสูงวัย การออมเงินไม่เพียงแต่การมองระดับพฤติกรรม
ปัจเจกบุคคล แต่สนับสนุนความรับผิดชอบทางสังคมร่วมกันระหว่างรัฐและประชาชน
และควรพิจารณาสาเหตุที่ประชาชนไม่มีเงินออม แท้จริงแล้วเป็นเรื่องของรายได้
ที่ไม่สัมพันธ์กับค่าครองชีพหรือไม่ หากพิจารณาบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์
ตามข้อมูลของธนาคารแห่งประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 90.69 มีเงินฝากในบัญชีไม่เกิน
50,000 บาท และร้อยละ 2.96 มีเงินฝากในบัญชีระหว่าง 50,000 ถึง 100,000 บาท
(ธนาคารแห่งประเทศไทย 2568) แม้ว่าข้อมูลนี้ไม่ได้จำแนกช่วงอายุ สถานะทางอาชีพ
และปัจจัยอื่นๆ แต่แสดงให้เห็นว่า นโยบายการออมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยไม่สอดคล้อง
กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ เห็นได้จากประชาชนกว่า 9 ใน 10 คนมีเงินสะสมไม่ถึง
50,000 บาท ซึ่งไม่เพียงพอสำหรับการใช้ชีวิตหลังเกษียณ และปัญหานี้จะรุนแรงมากขึ้น
เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ (Super Aged Society) โดยเฉพาะกับผู้สูงวัย
ขาดระบบการคุ้มครองทางสังคม และผู้สูงวัยรุ่นถัดไปที่ไม่มีสมาชิกฟังกฟังและตนเอง
ก็ไม่สามารถทำงานได้ แนวทางเส้นทางชีวิตจึงไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงวัยทุกกลุ่ม
อย่างที่กล่าวถึงกัน การมุ่งเน้นพัฒนาและการทำงานในทุกช่วงวัยอาจไม่เหมาะสมสำหรับผู้
สูงอายุทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกรณีที่ไม่มีการคุ้มครองทางสังคมและการออมที่ไม่เพียงพอ

บทส่งท้าย

ระบอบสวัสดิการอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการของประเทศไทยไม่อาจอธิบายด้วยมิติทางการเมืองเพียงด้านเดียว เนื่องจากมีความสลับซับซ้อนที่ต้องพิจารณาจากหลากหลายปัจจัย การศึกษาระบอบสวัสดิการของประเทศหนึ่งใดตามข้อเสนอของ Aspalter ตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2540 จนถึงปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่า การวิเคราะห์ระบอบสวัสดิการสามารถศึกษาเชิงลึกในคุณลักษณะเฉพาะของนโยบายสังคม โดยกรณีศึกษาของประเทศใดประเทศหนึ่งเป็นแนวทางการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ ผู้เขียนจึงเลือกใช้สถานการณ์สังคมสูงวัยในประเทศไทยเป็นกรณีศึกษาสำหรับพิจารณาระบบการคุ้มครองทางสังคม เพราะเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญที่หลายภาคส่วนตระหนักถึงทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ และเพื่อแสดงให้เห็นความสำคัญของการคุ้มครองทางสังคมไม่ใช่การยกระดับการคุ้มครองความมั่นคงทางรายได้เพียงอย่างเดียว แต่ก็ไม่สามารถปฏิเสธความสำคัญเรื่องดังกล่าว เนื่องจากเป็นฐานการคุ้มครองทางสังคมขั้นแรก ผู้เขียนพยายามเสนอให้เห็นอีกสองเรื่องในหัวข้อที่สาม ได้แก่ การรักษาพยาบาลเพื่อรองรับคนทุกกลุ่มและระบบการดูแลระยะยาวที่ขยายให้ครอบคลุมให้ครอบคลุมผู้สูงวัยที่มีความต้องการพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงวัยติดเตียงและผู้สูงวัยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงผู้สูงวัยที่อาศัยโดดเดี่ยวตามลำพัง ทั้งนี้ การขยายบทบาทของระบบการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับผู้สูงวัยที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวดูแลจึงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาลำดับแรกๆ เนื่องจากขนาดของครัวเรือนมีแนวโน้มที่สมาชิกในครอบครัวจะลดลงอย่างต่อเนื่อง การทำความเข้าใจระบอบสวัสดิการของประเทศไทยอาจศึกษาสถานการณ์สังคมสูงวัยจากญี่ปุ่นมาเป็นตัวอย่าง และนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบระบบการคุ้มครองทางสังคมเพื่อดำเนินนโยบายต่อไป แต่ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ และอื่นๆ ก็มีบริบทหลายแง่มุมที่ไม่เหมือนกับประเทศไทย แม้จะจำแนกระบอบสวัสดิการตามที่ Aspalter เสนอให้ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกคือระบอบสวัสดิการอนุรักษนิยมที่ส่งเสริมสวัสดิการก็ตาม ด้วยเหตุข้างต้น ควรพิจารณาคุณลักษณะเฉพาะของประเทศไทย โดยเฉพาะบริบททางการเมืองและวัฒนธรรม บทความนี้จึงมุ่งเน้นการอธิบายการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรสูงวัยและระบบการคุ้มครองทางสังคม เพื่อสร้างชุดคำอธิบายที่สามารถปรับปรุงและพัฒนา นโยบายการคุ้มครองทางสังคมให้สอดคล้องกับความเป็นจริงตามระบอบสวัสดิการของประเทศไทยในคำอธิบายของหัวข้อที่ 4

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2567ก. “จำนวนการเกิดจากการทะเบียน จำแนกตามเพศ ภาค และจังหวัด พ.ศ.2555-2566.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. https://www.nso.go.th/nsoweb/downloadFile/stat_impt/iN/file_xls_th.
- _____. 2567ข. “จำนวนการตายจากการทะเบียน จำแนกตามเพศ ภาค และจังหวัด พ.ศ.2555-2566.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. https://www.nso.go.th/nsoweb/downloadFile/stat_impt/iN/file_xls_th.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2564. “คู่มือการดำเนินงานศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1617250310-16_0.pdf.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2560. “แนวทางการบริหารการจัดการโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc/download?id=121914&mid=33527&mkey=m_document&lang=th&did=18939.
- กฤษฎา ธีระโกศลพงศ์. 2567. *ระบอบรัฐสวัสดิการอนุรักษ์นิยม: การเปลี่ยนผ่านทางการเมืองของงานสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายรัฐสวัสดิการเพื่อความเท่าเทียมและเป็นธรรม.
- กองทุนการออมแห่งชาติ. 2567. “จำนวนสมาชิกกองทุนการออมแห่งชาติ.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. <https://www.nsf.or.th/content/สถานะสมาชิก-กอช>
- กองนโยบายและวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2563. *รายงานผลการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของครัวเรือน พ.ศ.2563 ทัวราชอาณาจักร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2564. *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ.2564*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2566. *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. 2567ก. *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2567*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- _____. 2567ข. *สรุปผลที่สำคัญ การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- คณะกรรมการการสวัสดิการสังคม สภาผู้แทนราษฎร. 2567. “รายงานผลการพิจารณาศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการบำนาญพื้นฐานประชาชน.” กลุ่มงานคณะกรรมการการสวัสดิการสังคม สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. <https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/viewer.php>.
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. 2568. “ยอดคงค้างเงินรับฝากแยกตามขนาดและอายุของเงินฝากของธนาคารพาณิชย์จดทะเบียนในประเทศไทย.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. https://app.bot.or.th/BTWS_STAT/statistics/ReportPage.aspx?reportID=188&language=th
- ราชกิจจานุเบกษา. 2566. “ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2566. เล่ม 140 ตอนพิเศษ 192ง (11 สิงหาคม 2566)”. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/140D192S000000000000300.pdf>.
- สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์. 2567. “รายงานการดำเนินงานกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ สำหรับช่วงครึ่งแรกของปี 2567.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. <https://www.thaipvd.com/uploads/document/1e3173c5-d141-4d6b-bcf1-849238f5e3fd>
- สำนักงานประกันสังคม. 2568. “กองทุนประกันสังคม - จำนวนผู้ประกันตนภาคสมัครใจ (มาตรา 40) จำแนกรายเดือน ปี 2559-2567.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/da305152f15a26f2a66abad8da979083.pdf.
- สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน. 2567. “ดัชนีชี้วัดภาวะแรงงาน พ.ศ. 2567.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. <https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/2024/10/ดัชนีชี้วัดภาวะแรงงาน-2567-ฉบับสมบูรณ์.pdf>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2567. *ตัวชี้วัดสำคัญของประเทศไทย พ.ศ.2567*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2564. “คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc/download?id=117032&mid=33527&mkey=m_document&lang=th&did=18939.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. 2567. “ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว.” สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2568. https://eh.anamai.moph.go.th/th/ltc/download?id=117046&mid=33527&mkey=m_document&lang=th&did=33800.
- Aranco, Natalia, et al. 2022. “Aging in Latin America and the Caribbean: Social Protection and Quality of Life of Older Persons.” Accessed February 2, 2025. <https://publications.iadb.org/en/aging-latin-america-and-caribbean-social-protection-and-quality-life-older-persons>.
- Aspalter, Christian, and Alan Walker. 2015. “Introduction.” In *Active Ageing in Asia*, edited by Alan Walker and Christian Aspalter, 1–13. London: Routledge.
- Aspalter, Christian. 2005. The East Asian Welfare Regime: A Political-Cultural Perspective. 2nd EASP Conference, Pressure, Policy-Making and Policy Outcome: Understanding East Asian Welfare Reforms. Accessed February 2, 2025. [http://www.welfareasia.org/2ndconference/paper/Christian%20Aspalter_Paper\(2ndEASP\).doc](http://www.welfareasia.org/2ndconference/paper/Christian%20Aspalter_Paper(2ndEASP).doc).
- _____. 2001. *Conservative Welfare State Systems in East Asia*. Westport: Praeger.
- _____. 2015. “New Perspectives for Active Ageing: The Normative Approach of Developmental Social Policy.” In *Active Ageing in Asia*, edited by Alan Walker and Christian Aspalter, 30–56. London: Routledge.
- _____. 2020. “Ten Worlds of Welfare Regimes: Applying Ideal-Typical Welfare Regimes in Welfare State System Comparison.” In *Ideal Types in Comparative Social Policy*, edited by Christian Aspalter, 107–168. London: Routledge.

- _____. 2023a. *Ten Worlds of Welfare Capitalism: A Global Data Analysis*. New York: Springer.
- _____. 2023b. “Ten Worlds of Welfare Capitalism Theory: A Springboard for Global Research.” In *The Routledge International Handbook to Welfare State Systems: Towards Global Social Policy Science*, edited by Christian Aspalter, 28–67. 2nd ed. London: Routledge.
- Barford, Anna, Kate Brockie, and Niall O’Higgins. 2025. “Volunteering, Unpaid Care Work and Gender in Lower-Income Countries.” Accessed February 2, 2025. <https://www.ilo.org/publications/volunteering-unpaid-care-work-and-gender-lower-income-countries>.
- García, Bonilla A., and J. V. Gruat. “2003. Social Protection: A Life Cycle Continuum Investment for Social Justice, Poverty Reduction and Sustainable Development.” Accessed February 2, 2025. <https://webapps.ilo.org/public/english/protection/download/lifecycl/lifecycle.pdf>.
- ILO. 2011. “Social Protection Floor for a Fair and Inclusive Globalization. Report of the Advisory Group chaired by Michelle Bachelet Convened by the ILO with the collaboration of the WHO.” Accessed March 24, 2025. <https://www.ilo.org/publications/social-protection-floor-fair-and-inclusive-globalization>
- _____. 2012. “International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): Structure, Group Definitions and Correspondence Tables.” Accessed February 2, 2025. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40dcomm/%40publ/documents/publication/wcms_172572.pdf.
- _____. 2024. “Universal Social Protection for Healthy Ageing. ILO Brief - Social Protection Spotlight.” Accessed February 2, 2025. <https://www.ilo.org/publications/universal-social-protection-healthy-ageing>.
- Mongkolnchaiarunya, Jitti, and Nuanyai Wattanakoon. 2013. “Social Welfare and Social Work in Thailand”. In *Social Welfare in East Asia and the Pacific*, edited by Sharlene B. C. L. Furuto, 111-135. New York: Columbia University Press.

- Nontapattamadul, Kitipat. 2014. "Social Work in Thailand." In *Social Work in East Asia*, edited by Christian Aspalter, 93–103. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- Ortiz, Isabel, Valérie Schmitt, and Lou Tessier, eds. 2019. *100 Years of Social Protection: The Road to Universal Social Protection Systems and Floors. Volume I: 50 Country Cases*. Geneva: International Labour Office.
- Schmitt, Valérie, Quynh Anh Nguyen, and Svenja Engels, eds. 2023. *100 Years of Social Protection: The Road to Universal Social Protection Systems and Floors. Volume II: 52 Country Cases*. Geneva: International Labour Office.
- Sungkawan, Decha., and David. Engstrom. 2020. "Socio-economic Development in the Context of Social Work and Social Welfare in Thailand." In *Asian Social Work: Professional Work in National Contexts*, edited by Ian Shaw, and Rosaleen Ow, 114–130. Abingdon: Routledge.
- UN General Assembly. 2021. "United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030): Resolution." Accessed February 2, 2025. <https://digitallibrary.un.org/record/3895802?v=pdf>.
- UNDP. 2018. "Leave No-One Behind: Ageing, Gender and the SDGs. Accessed February 2, 2025." <https://www.undp.org/publications/leave-no-one-behind-ageing-gender-and-sdgs>.
- UNICEF. 2020. "Gender-Responsive Age-Sensitive Social Protection: A Conceptual Framework." Accessed March 25, 2025. <https://www.unicef.org/innocenti/media/6086/file/UNICEF-Gender-Responsive-Age-Sensitive-Social-Protection-2020.pdf>
- Walker, Alan. 2015. "The Concept of Active Ageing." In *Active Ageing in Asia*, edited by Alan Walker and Christian Aspalter, 14–29. London: Routledge.
- WHO. 2021. "UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. Decade of Healthy Ageing." Accessed February 2, 2025. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>