

ถอดบทเรียนการบริหารจัดการสังคมสูงวัยระดับ สุดยอดของภาครัฐญี่ปุ่น: มองผ่าน 3 พาราไดม์ ทางรัฐประศาสนศาสตร์

บทคัดย่อ

เนื่องจากญี่ปุ่นเป็นประเทศที่อยู่ในกลุ่ม “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” การบริหารจัดการสังคมสูงวัยของภาครัฐญี่ปุ่นจึงสร้างความสนใจให้กับประเทศเป็นจำนวนมากทั่วโลก ผู้วิจัยกำหนดคำถามวิจัยว่า “การบริหารจัดการสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของภาครัฐญี่ปุ่นมีความสอดคล้องกับ 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์ (OPM, NPM และ NPS) หรือไม่อย่างไร” พาราไดม์ที่หนึ่ง OPM (old public management หรือ การบริหารจัดการภาครัฐแนวเก่า) สะท้อนผ่านระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า Universal Healthcare (UC) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 และการประกาศใช้กฎหมาย Welfare Act of Elder (สวัสดิการผู้สูงอายุ) ในปี ค.ศ. 1963 โดยในพาราไดม์นี้ภาครัฐทำหน้าที่ “พายเรือ (rowing)” หรือเป็นผู้จัดการบริการสาธารณะโดยตรง อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 2000 พาราไดม์ NPM (new public management หรือการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่) มีการสะท้อนผ่านการประกาศใช้นโยบายการประกันการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance: LTCI) โดยรัฐบาลกลางทำหน้าที่ “ถือหางเสือ (steering)” โดยการกระจายอำนาจให้รัฐบาลส่วนท้องถิ่นจ้างเหมาบริการส่วนใหญ่จากหน่วยงานเอกชนและหน่วยงานไม่แสวงหาผลกำไร (non-profit organization) ให้เป็นผู้จัดบริการสาธารณะในด้านการดูแลผู้สูงอายุแทน พาราไดม์ล่าสุดคือ NPS (new public service หรือการบริการสาธารณะแนวใหม่) ที่เรียกร้องให้เจ้าหน้าที่ภาครัฐของญี่ปุ่น “ให้บริการ (serving)” โดยการอำนวยความสะดวกให้พลเมืองเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติผ่านระบบการดูแลแบบบูรณาการที่มีชุมชนเป็นรากฐาน (Community Based Integrated Care System: CBICS) เพื่อที่จะนำเอาจิตวิญญาณของชุมชนกลับคืนสู่ชุมชน

คำ

สำคัญ

ประเทศญี่ปุ่น, การบริหารจัดการภาครัฐ, สังคมสูงวัยระดับสุดยอด, การประกันการดูแลระยะยาว, ระบบการดูแลแบบบูรณาการที่มีชุมชนเป็นรากฐาน

Lesson Learned from the Public Management of Japan's Super-aged Society: Looking Through 3 Paradigms in Public Administration

Abstract

On account of the fact that Japan is considered one of the “super-aged societies,” Japan’s management of its large aging population therefore draws many countries’ interest. In this paper, the author poses the research question “Is Japanese public management for the super-aged society compatible with the 3 paradigms (OPM, NPM, and NPS) in public administration and how?”. The first is the OPM (old public management) paradigm, reflected in Japan’s Universal Healthcare (UC) from 1961 and the passage of the Welfare Act of Elder in 1963. At this time there was a clear emphasis on “rowing” or having the public sector deliver public services directly. Beginning in 2000, however, a NPM (new public management) paradigm emerges with the implementation of Long-term care insurance (LTCI), in which the central government “steering” by decentralizing its power in favor of local government, which in turn outsourced most of its services to the private sector and non-profit organizations (NPO). Japan’s newest phase of management illuminates yet another paradigm – new public service (NPS), which asks public officials to “serving” by facilitating citizen participation in forming and implementing policy through its Community Based Integrated Care System (CBICS) in order to bring a sense of community back to the community.

Key words

Japan, Super-aged society, Public management, Long-term care insurance (LTCI), Community based integrated care system (CBICS)

1. บทนำ

หนึ่งในประเด็นท้าทายที่สำคัญที่สุดในการบริหารจัดการภาครัฐของประเทศญี่ปุ่นในปัจจุบันและอนาคต คือ การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด¹ (super-aged society) ซึ่งหมายถึง การที่ประเทศมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนมาก ในขณะที่ประชากรในวัยทำงานมีอัตราส่วนที่ลดลง โดยในปัจจุบันมีการแบ่งสังคมสูงวัยออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (Miskolczi และ Csefalvaiova, 2013)

1. สังคมสูงวัย (ageing society) เป็นสังคมที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด
2. สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (aged society) เป็นสังคม

ที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด

3. สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) เป็นสังคมที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด

การเปลี่ยนจากสังคมสูงวัยไปสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของแต่ละประเทศมีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ไม่เท่ากัน บางประเทศมีเวลาในการเตรียมตัวมาก บางประเทศมีเวลาในการเตรียมตัวน้อยแตกต่างกันดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยรูปแบบต่างๆ : การเปรียบเทียบกับนานาชาติ

ประเทศ	สังคมสูงวัย	สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์	สังคมสูงวัยระดับสุดยอด	จำนวนปีที่ใช้ในการเปลี่ยนผ่าน	
	มากกว่า 7 %	มากกว่า 14 %	มากกว่า 21 %	7 % - 14 %	14 % - 21 %
สาธารณรัฐเชค	1931	2004	2025	73	21
ฝรั่งเศส	1865	1980	2022	115	42
เยอรมัน	1932	1972	2014	40	42
อิตาลี	1927	1988	2011	61	23
โปแลนด์	1967	2012	2027	45	15
สโลวาเกีย	1961	2015	2031	54	16
สวีเดน	1890	1975	2014	85	39
สหราชอาณาจักร	1931	1976	2029	45	53
ญี่ปุ่น	1970	1996	2007	26	11
เกาหลีใต้	2000	2013	2027	13	14
สหรัฐอเมริกา	1942	2013	2032	71	19
ไทย	2002	2027	N/A	25	N/A

ที่มา: Miskolczi และ Csefalvaiova (2013); United Nations, 2002 (อ้างในสุวรรณณี คำมั่น และสุจิตราภรณ์ นาคะลักษณ์, 2547)

¹ ผู้เขียนเลือกใช้สังคมสูงวัยระดับสุดยอดซึ่งปรากฏอยู่ในเอกสารประมวลสถิติด้านสังคมที่มีชื่อว่า “ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต” ของกรมกิจการผู้สูงอายุที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2557

จากตารางที่ 1 จะพบว่าประเทศญี่ปุ่นถูกจัดให้เป็นสังคมสูงวัย (ageing society) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เพราะมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 7 และหลังจากนั้นเพียง 26 ปี คือในปี ค.ศ. 1994 ก็เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (aged society) เนื่องจากมีประชากรสูงวัยอยู่ที่ร้อยละ 14 ทำให้ประเทศญี่ปุ่นมีเวลาในการเตรียมพร้อมและปรับตัวน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศฝรั่งเศสที่มีเวลาเตรียมตัวถึง 115 ปี และสหรัฐอเมริกาที่มีเวลาเตรียมตัวถึง 71 ปี และประเทศญี่ปุ่นก็เดินทางต่อไปยังสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) คือ มีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 21 ด้วยเวลาเพียง 11 ปี เมื่อปี ค.ศ. 2007

ด้วยเหตุที่ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศสูงวัยระดับสุดยอดมาในระยะเวลาหนึ่ง และประกอบกับเมื่อพิจารณาถึงระยะเวลาของประเทศไทยในการเปลี่ยนผ่านจากสังคมสังคมสูงวัยในปี ค.ศ. 2002 ไปสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 2027 ตามการคาดการณ์ซึ่งจะมีความใกล้เคียงกับประเทศญี่ปุ่นมากที่สุด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่าประเทศญี่ปุ่นเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร และเมื่อแนวโน้มของการบริหารจัดการภาครัฐทั่วโลกมีวิวัฒนาการที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์คือ เริ่มต้นจากพาราไดม์ OPM ไปสู่พาราไดม์ NPM และมาถึงพาราไดม์ NPS ในปัจจุบันและยังเป็นกระแสสำคัญต่อไปในอนาคต ด้วยเหตุนี้งานวิจัยชิ้นนี้จึงกำหนดปัญหาในการวิจัยว่า “การบริหารจัดการสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของภาครัฐญี่ปุ่นสอดคล้องกับ 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์หรือไม่ อย่างไร” โดยผู้วิจัยจะเริ่มต้นการนำเสนอผลการวิจัยชิ้นนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์ ที่สอดคล้องกับการเกิดสังคมสูงวัยของประเทศญี่ปุ่น ระเบียบวิธีวิจัย บทวิเคราะห์การบริหารจัดการสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของภาครัฐญี่ปุ่นผ่าน 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์ และบทสรุป

2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์

ปกรณัม ศิริประกอบ (2558) แบ่งพาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์ออกเป็น 3 พาราไดม์ ได้แก่ พาราไดม์

OPM พาราไดม์ NPM และพาราไดม์ NPS โดยงานวิจัยชิ้นนี้ใช้ทฤษฎี แนวคิดและค่านิยมสำคัญภายใต้ 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์เป็นหลักในการอธิบายปรากฏการณ์เชิงวิวัฒนาการของระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น โดยสาระสำคัญของพาราไดม์ทั้ง 3 มีดังต่อไปนี้

1. พาราไดม์ OPM

ทฤษฎีสำคัญที่อยู่ภายใต้พาราไดม์ OPM คือ ทฤษฎีระบบราชการในอุดมคติ (Ideal-type bureaucracy) ของ Max Weber (1958) ซึ่งระบุว่าการบริหารจัดการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพสูงสุดต้องเป็นไปตามลำดับขั้น บังคับบัญชา ข้าราชการมีความมั่นคงในงานโดยการจ้างงานแบบตลอดชีพ มีสวัสดิการที่ดี และข้าราชการต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบราชการอย่างเคร่งครัด โดยการบริหารจัดการในพาราไดม์ OPM สามารถเปรียบการปฏิบัติงานภาครัฐเหมือนกับการพายเรือ (rowing) คือภาครัฐเป็นผู้จัดบริการสาธารณะเองทั้งหมด

2. พาราไดม์ NPM

แนวคิดและค่านิยมสำคัญที่อยู่ภายใต้พาราไดม์ NPM ที่ใช้ในงานวิจัยชิ้นนี้เป็นแนวคิดบัญญัติ 10 ประการที่ปรากฏอยู่ในหนังสือ *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector* ของ David Osborne และ Ted Gaebler (1992) ซึ่งระบุว่าวิธีการบริหารจัดการภาครัฐที่เป็นไปตามพาราไดม์ OPM ไม่สามารถปรับตัวตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วได้ ด้วยเหตุนี้ Osborne และ Gaebler จึงเสนอให้ภาครัฐปรับบทบาทให้มีความเป็นผู้ประกอบการ (entrepreneurial) มากขึ้น มองประชาชนเป็นลูกค้า (customer) ทำให้เกิดการแข่งขันในการจัดบริการภาครัฐ (competitive) นำกลไกการตลาดเข้ามาใช้ในการบริหารจัดการ (market) รวมถึงการที่รัฐเป็นผู้กระตุ้นปฏิกิริยา (catalytic) โดยการสร้างบรรยากาศทางการตลาดที่เหมาะสมให้หน่วยงานภาคส่วนอื่นๆ เข้ามาร่วมกันขับเคลื่อนการบริหารจัดการภาครัฐ Osborne และ Gaebler มองว่าบทบาทของภาครัฐที่เหมาะสมคือ การถือหางเสือ (steering) หาใช่การพายเรือ (rowing) อย่างที่พาราไดม์ OPM นำเสนอ โดยการที่ภาครัฐถือหางเสือเรือคือ รัฐไม่จำเป็นต้องเป็นผู้จัดบริการสาธารณะเองทั้งหมด แต่สามารถว่าจ้างให้หน่วยงานภาคเอกชนหรือภาคประชาสังคมจัดบริการแทนตามมาตรฐานที่ภาครัฐกำหนด

วิธีนี้นอกจากจะได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลแล้วยังประหยัดงบประมาณลงอีกด้วย

3. พาราไดม์ NPS

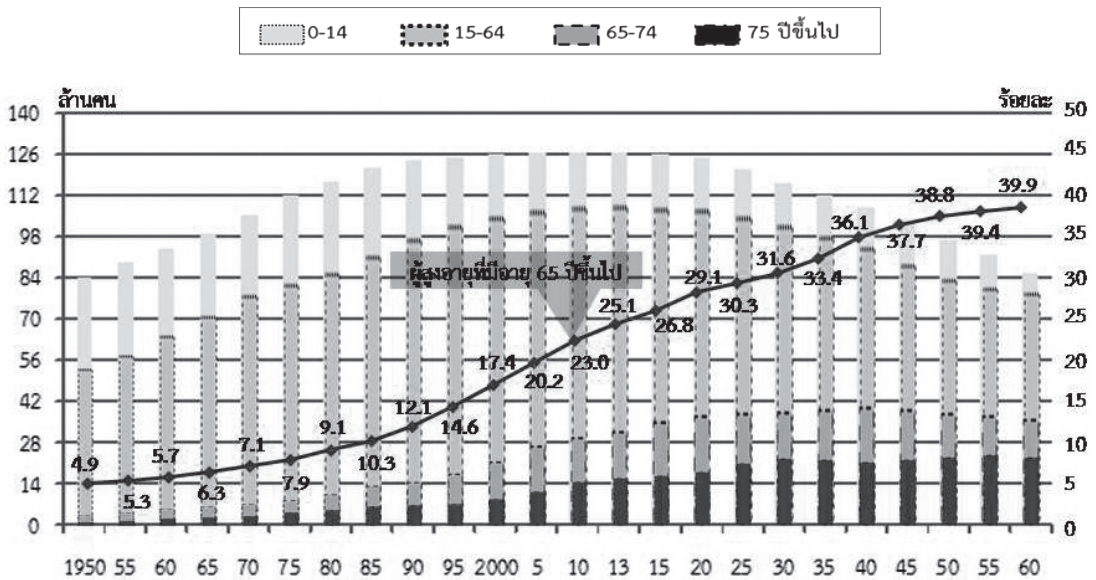
แนวคิดและค่านิยมสำคัญที่อยู่ภายใต้พาราไดม์ NPS ได้แก่ บัญญัติ 7 ประการภายใต้แนวคิดการบริการ สาธารณะแนวใหม่ (New Public Service) ของ Denhardt และ Denhardt (2000) ที่ระบุว่าบทบาทที่เหมาะสมของภาครัฐ คือ การเป็นผู้ให้บริการ (serving) หาใช่ การถือหางเสือ (steering) แบบพาราไดม์ NPM หรือ พายเรือ (rowing) แบบพาราไดม์ OPM แต่ในการเป็นผู้ ให้บริการนี้หมายถึงการอำนวยความสะดวก (facilitator) ให้ประชาชนในฐานะพลเมือง (citizen) ไม่ใช่ลูกค้า (customer) เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย สาธารณะและจัดบริการสาธารณะเพื่อบรรลุผลประโยชน์ สาธารณะ (public interest) ร่วมกัน โดยภาครัฐต้องมี ภาระรับผิดชอบ (accountability) ต่อรัฐธรรมนูญ กฎหมาย รวมทั้งปทัสถานต่างๆ ของสังคม เพื่อให้ การกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติดังกล่าว สະท้อนค่านิยมทางประชาธิปไตยของพาราไดม์ NPS

3. ปัจจัยสำคัญที่ส่งพลต่อการเกิดสังคมสูงวัย ของประเทศญี่ปุ่น

3.1. จำนวนประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

จากรูปภาพที่ 1 จะเห็นว่าประเทศญี่ปุ่นมีประชากร สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 23 ในปี ค.ศ. 2010 และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 ตัวเลขประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนเกือบถึง ร้อยละ 40 ในปี ค.ศ. 2060 ทั้งนี้เนื่องมาจากชาวญี่ปุ่นมีอายุขัยที่ สูงขึ้น ดูได้จากอายุขัยเฉลี่ยของชาวญี่ปุ่นที่สูงมากเช่น ในปี ค.ศ. 2005 ผู้ชายจะอยู่ที่ 78.56 ปี และผู้หญิงอยู่ที่ 85.52 ปี โดยมีเหตุสำคัญหลายประการไม่ว่าจะ เป็นการปรับปรุงระบบสาธารณสุขและการแพทย์ที่ ดีขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 รวมถึงการสาธารณสุขใน ชนบทที่ดีขึ้น สถาบันทางการแพทย์และบุคลากร ทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นและระบบประกันสุขภาพที่ช่วย เหลือด้านการเงินในการเข้าไปพบแพทย์ (Tokoro, 2009)

รูปภาพที่ 1 : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 คาดการณ์จนถึงปีค.ศ. 2060



ที่มา : ข้อมูลจากสำมะโนประชากรและประมาณการประชากรของ Ministry of Internal Affairs and Communications และข้อมูล การคาดการณ์ประชากรของญี่ปุ่นที่ดีพิมพ์โดยรัฐบาล (อ้างอิงใน <http://www.nippon.com/en/features/h00079/> สืบค้นเมื่อวันที่ 26 กันยายน ค.ศ. 2017)

3.2. อัตราการเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว

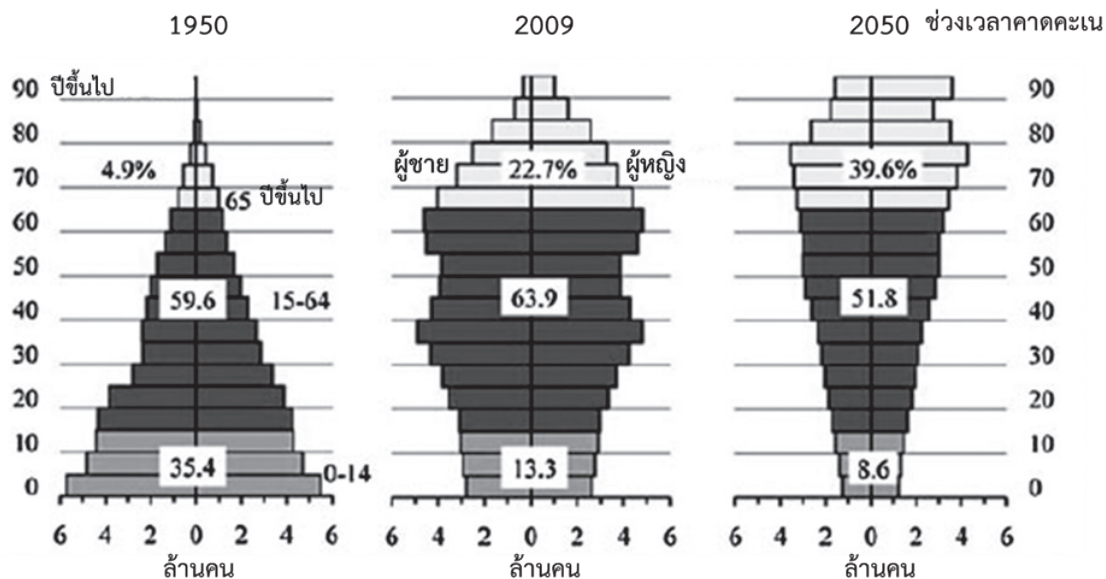
ช่วงทศวรรษ 1940 อัตราการเจริญพันธุ์ (total period fertility rate: TPF) ของประเทศญี่ปุ่นซึ่งมากกว่า 4 กลีบลดลงเหลือแค่ 2 ในช่วงทศวรรษ 1950 และเริ่มคงที่จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2004 TPF เริ่มลดลงเป็น 1.29 โดยมีสาเหตุจากชาวญี่ปุ่นไม่แต่งงาน หรือหากแต่งงานก็ช้าลงซึ่งมีผลให้มีลูกคนแรกช้าตามไปด้วย อัตราส่วนของประชากรโสดที่มีอายุมากกว่า 50 ปีเพิ่มขึ้นโดยผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 2.1 ในปี ค.ศ. 1975 เป็นร้อยละ 15.4 ในปี ค.ศ. 2005 และผู้หญิงจากร้อยละ 4.3 เป็นร้อยละ 6.8 นอกจากนี้แล้วประชากรหญิงเริ่มเข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษาและทำงานมากขึ้น ทำให้อายุเฉลี่ยการมีลูกคนแรกของผู้หญิงเปลี่ยนจาก 25.7 ปี ในปี ค.ศ. 1975 เป็น 29.1 ปี ในปี ค.ศ. 2005 การมีลูกคนแรกช้าส่งผลต่อการมีลูกน้อยลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Tokoro, 2009) จากการสำรวจของ Ministry of Health Labour and Welfare ในปี ค.ศ. 2007 การที่ประชาชนไม่แต่งงาน ร้อยละ 30 เนื่องจากเหตุผลทางการเงินรวมถึงคู่ที่แต่งงานและไม่มีบุตรก็เป็นเพราะเหตุผลทางการเงิน

เช่นเดียวกัน ความไม่แน่นอนของสภาพเศรษฐกิจและการสนับสนุนครอบครัวที่มีสูงจากภาครัฐอยู่ในระดับที่ต่ำ รวมถึงผู้หญิงเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้นทำให้ความสมดุลระหว่างการทำงานและความรับผิดชอบต่อครอบครัวเป็นไปได้ยากขึ้น (อ้างใน Tokoro, 2009)

4. ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ที่ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกรณีศึกษา (case study) ของ Yin (2003) ซึ่งได้กำหนดไว้ว่า การใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกรณีศึกษาได้งานวิจัยต้องสอดคล้องกับคุณสมบัติ 3 ข้อนี้คือ 1) คำถามวิจัยมีคำว่า อย่างไร หรือ ทำไม ในคำถาม 2) ไม่ต้องควบคุมเหตุการณ์ในเชิงพฤติกรรม และ 3) ให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้ตอบคำถามทั้ง 3 ข้อ คือ ข้อที่ 1 คำถามวิจัยได้แก่ “การบริหารจัดการสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของภาครัฐญี่ปุ่นสอดคล้องกับ 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์ (OPM, NPM, และ NPS) หรือไม่ อย่างไร” เป็นคำถาม

รูปภาพที่ 2 : การเปลี่ยนแปลงของปิรามิดประชากรของประเทศญี่ปุ่น (ปี ค.ศ. 1950-2050)



ที่มา: Statistics bureau, MIC, Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (2010) อ้างใน Olivares-Tirada และ Tamiya (2014), หน้า 4.

ที่ใช้คำว่า “อย่างไร” ข้อที่ 2 การวิจัยครั้งนี้ไม่จำเป็นต้องควบคุมเหตุการณ์เชิงพฤติกรรม และสุดท้ายเป็นการวิจัยที่เน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการตอบคำถามข้อที่ 3 ทำให้งานวิจัยเรื่องนี้สามารถใช้เทคนิคการวิจัยแบบกรณีศึกษาได้ การวิจัยแบบกรณีศึกษาเป็นรูปแบบการวิจัยที่อนุญาตให้ผู้วิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บข้อมูลได้อย่างหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นเอกสาร (document) การสัมภาษณ์ (interview) การสังเกตการณ์โดยตรง (direct observation) เป็นต้น (Yin, 2003)

ผู้วิจัยจึงใช้เทคนิควิจัยการสังเกตการณ์โดยตรง (direct observation) กับหน่วยจัดบริการสาธารณะด้านผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น จำนวน 4 แห่ง อันได้แก่ Red Cross Welfare Center เทศบาลพิเศษ Shibuya ในเมือง Tokyo ศูนย์บริการ Hinoki-so Senior Citizen’s Center ศูนย์บริการ Meguri และอาคารพักอาศัย Warai ที่เมือง Koshigaya จังหวัด Saitama โดยการสังเกตสถานที่และกิจกรรมที่เกิดขึ้นในสถานที่ รวมถึงการเก็บข้อมูลจากการรับฟังคำบรรยายและการสัมภาษณ์ (interview) จากผู้บริหารหน่วยงานและผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น² โดยใช้ล่ามซึ่งเป็นนักศึกษาไทยที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้ภาษาไทยและภาษาญี่ปุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ที่มหาวิทยาลัยโตเกียวซึ่งจัดเป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำของประเทศญี่ปุ่น เฉพาะในกรณีที่ผู้ให้ข่าวสำคัญบรรยายและให้สัมภาษณ์เป็นภาษาญี่ปุ่น ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการตั้งคำถามแบบปลายเปิดที่มีความเกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบ ด้วยเทคนิคในการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล ทศนคติ ความคิดเห็น และความเชื่อเกี่ยวกับประเด็นการวิจัยนี้ รูปแบบการสัมภาษณ์นี้ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความลึกและมีคุณค่า (O’leary, 2017)

โดยผู้วิจัยได้ทำการบันทึกข้อมูลในรูปแบบของ field note และนำกลับมาถอดความทันทีหลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากที่สุด

(Berg, 2006) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สอบถามผู้ให้ข่าวสำคัญเพิ่มเติมผ่านช่องทางออนไลน์เป็นภาษาอังกฤษ ไม่ว่าจะเป็นไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ และ facebook messenger เพื่อสัมภาษณ์และสอบถามเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้วิจัยมีคำถาม และข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง และสุดท้ายงานวิจัยชิ้นนี้ยังใช้เทคนิคการวิจัยเอกสาร (documentation research) โดยผู้วิจัยทำการศึกษาเอกสารสำคัญทั้งที่เป็นข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) และข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) อาทิหนังสือและบทความทางวิชาการ เอกสารราชการ เอกสารประกอบการบรรยาย เว็บไซต์ แผ่นพับและใบปลิวของหน่วยงานต่างๆ (O’leary, 2017) จากนั้นจึงนำเอาข้อมูลเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรและผลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการตีความข้อมูลดังกล่าวอย่างเป็นระบบ (Berg, 2006) เพื่อตอบคำถามวิจัยที่ว่า “การบริหารจัดการสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของภาครัฐญี่ปุ่นสอดคล้องกับ 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์หรือไม่ อย่างไร”

5. บทวิเคราะห์การบริหารจัดการสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของภาครัฐญี่ปุ่นผ่าน 3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์

งานวิจัยชิ้นนี้ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการสังคมสูงวัยของภาครัฐญี่ปุ่นโดยเฉพาะระบบการประกันการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวเนื่องจากเป็นระบบที่ครอบคลุมการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุทุกด้านและมีผลกระทบต่อครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโดยใช้ทฤษฎี แนวคิดและค่านิยมสำคัญภายใต้พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์ทั้ง 3 พาราไดม์เป็นการรอบในการแบ่งช่วงเวลาของการบริหารจัดการ แนวคิดและทฤษฎีในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในยุคต่างๆ โดยมีเนื้อหาสาระดังต่อไปนี้

5.1 ระบบประกันสุขภาพผู้สูงอายุในยุคแรกเริ่ม (ค.ศ. 1874 – 2000) วิเคราะห์ด้วยพาราไดม์ OPM

ในปี ค.ศ. 1874 ประเทศญี่ปุ่นมีกฎหมายความยากจน ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุและผู้เจ็บป่วยที่มีอายุ

² 1) Mr. Kamei Shogo หัวหน้าแผนกปรึกษา ฝ่ายธุรการการสวัสดิการสังคมของ Japan Red Cross 2) Mr. Reisuke Iwana ผู้จัดการทั่วไปและหัวหน้านักวิเคราะห์ แห่ง Mitsubishi UFJ Research and Consulting Co., Ltd. 3) Mr. Toshiyuki Okui ตัวแทน/ที่ปรึกษาอาวุโส บริษัท Nogezaka-Glocal 4) Mr. Otsuka Hiroyuki ผู้บริหารสูงสุดของบริษัท Ishizue Group และ 5) Mr. Tetsuo Hashimoto สมาชิกสภาเมือง Koshigaya

ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปและไม่มีญาติ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1922 รัฐบาลญี่ปุ่นก็ได้ประกาศใช้โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจัดเป็นกฎหมายฉบับสำคัญฉบับแรก และมีการก่อตั้ง กระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare: MHW) ในปี ค.ศ. 1938 ขณะที่ระบบ บำนาญพนักงานเกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1941 (Oliveres-Tirado และ Tamiya, 2014) อย่างไรก็ตาม ภาครัฐญี่ปุ่น ไม่ได้มีการเตรียมตัวในด้านการจัดบริการสาธารณะด้าน สังคมจนกระทั่งหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ด้วยเหตุนี้ในยุค แรกๆ การดูแลคนพิการจึงเป็นหน้าที่ของ Non-profit organization (NPO) และเป็นการดูแลแบบไม่เป็นทางการ โดยครอบครัวและคาดหวังให้หน้าที่ในการดูแลนี้เป็นของ ผู้หญิง ในเวลาต่อมาสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงเป็นการยากที่จะให้ภาระดังกล่าวตกอยู่กับคนในครอบครัว เท่านั้น (Kono, 2005 อ้างใน Tokoro, 2009) รูปแบบ ของรัฐสวัสดิการของญี่ปุ่นเริ่มขึ้นอย่างแท้จริงในช่วงหลัง สงครามโลกครั้งที่ 2 ไม่ว่าจะเป็นรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1947 ที่พูดถึงสิทธิของชาวญี่ปุ่นทุกคนที่มีต่อมาตรฐานความเป็นอยู่ ขั้นต่ำ กฎหมายสวัสดิการเด็กในปี ค.ศ. 1947 และกฎหมาย สวัสดิการคนพิการในปี ค.ศ. 1949 (Oliveres-Tirado และ Tamiya, 2014)

ในปี ค.ศ. 1961 ประเทศญี่ปุ่นประกาศใช้ระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ซึ่งเป็นการครอบคลุมสิทธิด้านสุขภาพแก่ชาวญี่ปุ่นทุกคน โดยเป็นระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ โดยหน่วยจัดบริการ สาธารณะส่วนใหญ่จะเป็นภาคเอกชน ยกเว้นในชนบทที่ โรงพยาบาลรัฐเป็นผู้จัดบริการสาธารณะ โดยที่ชาวญี่ปุ่น มีอิสระในการเลือกหน่วยจัดบริการในขณะที่แพทย์เป็น คนตัดสินใจในด้านการรักษาให้กับผู้ป่วย (Tokoro, 2009)

หลังจากปัญหาความยากจนที่เกิดขึ้นหลังสงครามโลก ครั้งที่ 2 ได้รับการแก้ไขแล้ว รัฐบาลญี่ปุ่นจึงประกาศใช้ Welfare Act for Elders (กฎหมายสวัสดิการผู้สูงอายุ) โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกฎหมายฉบับนี้คือ การจัดตั้งบ้านพัก ผู้สูงอายุ (nursing home) แบบไม่เป็นทางการเพราะ

หน่วยงานสวัสดิการเป็นคนดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุ ไม่ใช่พยาบาล โดยมีชื่อเรียกที่แปลตรงตัวเป็นภาษาอังกฤษ ว่า special homes for the aged (บ้านพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ) ซึ่งเป็นสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่มีสภาพ ร่างกายที่อยู่ในขั้นวิกฤตหรือมีความพิการทางด้านจิตใจ โดยการตั้งชื่อใหม่เพื่อไม่ให้เป็นการสับสนกับหน่วยงาน อีกรูปแบบหนึ่งที่มีชื่อเรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า homes for the aged (บ้านสำหรับผู้สูงอายุ) ซึ่งให้บริการกับคนที่ มีฐานะยากจนเท่านั้น นอกจากนี้กฎหมายฉบับนี้ ยังทำให้เกิดบริการแบบดูแลที่บ้านเฉพาะคนยากจนที่อยู่ตัว คนเดียวโดยสำนักงานสวัสดิการสังคมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานในการกำกับดูแลและ ประเมิน (Ikegami et.al., 2014)

ในปี ค.ศ. 1973 ประเทศญี่ปุ่นมีสภาพเศรษฐกิจที่ ดีมาก รัฐบาลประกาศใช้โครงการรักษาพยาบาลประชากร ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปและผู้ป่วยติดเตียงที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและไม่มีการจำกัดระยะเวลา ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติดูแลหรือญาติไม่ยอมดูแลสามารถ เข้าใช้บริการในโรงพยาบาลด้วยเหตุผลทางสังคม (social admission)³ จนกระทั่งเสียชีวิตได้ (Ikegami et.al., 2014) อย่างไรก็ตามโครงการนี้ ดำเนินการอยู่ได้เพียง 10 ปี ในปี ค.ศ. 1983 รัฐบาล ได้ประกาศมาตรการ co-payment (เรียกเก็บค่าใช้จ่ายร่วม) เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐ (Iwana, 2017; Shimizutani, 2013) โดยที่ในขณะนั้นบริการ บ้านพักผู้สูงอายุและการไปดูแลที่บ้านอยู่ในช่วงทดลอง ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงที่ยังมีครอบครัวดูแล ที่บ้านจะไม่สามารถใช้บริการรูปแบบนี้ได้ (Campbell และ Ikegami, 2000)

ระหว่างปี ค.ศ. 1963 ถึง 1993 มีจำนวนผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นถึง 10 เท่าตัวและเข้าไปใช้ เตียงในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 50 ของเตียงที่มีอยู่ และ ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 ก็ใช้บริการในโรงพยาบาลเป็นเวลา มากกว่า 1 ปีและเบิกค่าใช้จ่ายจากประกันสุขภาพ ทั้งๆ ที่

³ การเข้าโรงพยาบาลโดยเหตุผลทางสังคม เกิดขึ้นเนื่องจาก 1) การไม่มีสถาบันและศูนย์บริการชุมชนในการบริการด้านสังคมที่เป็นทางการ 2) ผู้ป่วยเข้าใช้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้โรงพยาบาลขนาดกลางและเล็กมีเตียงว่างเป็นจำนวนมาก 3) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ไม่มีข้อจำกัดในเชิงงบประมาณ และ 4) การเข้าสู่สังคมสูงวัยอันจากจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นแล้ว ยังจำนวนผู้ดูแลยังลดลงด้วยเพราะกลายเป็น ผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน (Ikegami, 2008)

ผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ไม่ได้ต้องการการรักษาทางการแพทย์เลยก็ตามแต่เป็นเหตุผลทางสังคม (Campbell และ Ikegami, 2000) ส่งผลให้มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากอาศัยอยู่ในโรงพยาบาลเสมือนอยู่บ้านพักผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 1986 ภาครัฐจึงแก้ปัญหาโดยการสร้างสถาบันสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุขึ้น (Health facilities for the elderly: HFE) หรือ Roken โดยกำหนดให้พักอยู่ได้ไม่เกิน 3 เดือน (Ikegamiet.al., 2014) อย่างไรก็ตาม การให้บริการในรูปแบบแบบบ้านพักผู้สูงอายุก็ไม่ได้มีการพัฒนาอย่างแท้จริงจนกระทั่งช่วงปลายทศวรรษ 1980 (Tokoro, 2009)

ในช่วงปลายทศวรรษ 1980 สื่อมวลชนเริ่มให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำให้ภาคการเมืองเริ่มมีความกังวล ประกอบกับการล่มสลายของระบบการดูแลแบบดั้งเดิมที่เน้นการให้คน 3 รุ่นเป็นผู้ดูแลและระบบการระดมทุนที่ลูกต้องดูแลพ่อแม่ก็เริ่มประสบกับภาวะวิกฤต ด้วยเหตุนี้ในปี ค.ศ. 1989 รัฐบาลญี่ปุ่นจึงประกาศใช้ยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี ชื่อว่า “แผน 10 ปี เพื่อพัฒนาสุขภาพและบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ” หรือที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า Gold Plan (แผนทอง) เพื่อแก้

โดยมีรากฐานที่ชุมชน (Olivares-Tirado และ Tamiya, 2014)

หลังจากประกาศใช้ Gold Plan ได้ไม่นานรัฐบาลญี่ปุ่นก็พบว่า การดูแลอย่างไม่เป็นทางการมีการเติบโตอย่างรวดเร็วและค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้นร้อยละ 10-15 ต่อปี ทำให้เป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ใน Gold Plan ไม่เพียงพอ กับความต้องการของประชาชน รัฐบาลญี่ปุ่นจึงทำการแก้ไข Gold Plan ในปี ค.ศ. 1994 และประกาศใช้ New Gold Plan (แผนทองใหม่) โดยมีการปรับเป้าประสงค์เชิงปริมาณให้สูงขึ้นอีก (Olivares-Tirado และ Tamiya, 2014) โดยเป้าประสงค์ใหม่อยู่ในตารางที่ 3

ถึงแม้ว่า New Gold Plan จะบรรลุวัตถุประสงค์แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์การสวัสดิการรูปแบบพิเศษ (special welfare organizations) เท่านั้นที่เป็นผู้จัดบริการ ประกอบกับการขาดการพัฒนาทั่วโลกในการกำกับดูแลหน่วยงานจัดบริการรูปแบบนี้ และการจัดบริการดังกล่าวก็ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยเท่านั้น ถึงแม้ว่าจะมีการวางแผนที่จะขยาย HFE (Ryoyo) และหน่วยงานพยาบาลแบบมาเยี่ยมที่บ้านให้

ตารางที่ 3 : เปรียบเทียบเป้าประสงค์ก่อนการมี Gold Plan มี Gold Plan และ Gold Plan ใหม่

เป้าประสงค์	ก่อน Gold Plan	Gold Plan (ค.ศ. 1989)	New Gold Plan (ค.ศ. 1994)
ผู้ช่วยเหลือที่บ้าน (คน)	38, 945	100,000	170,000
Day care centres (แห่ง)	1,615	10,000	17,000

ที่มา: Ikegami et. al. (2014), หน้า 123

ปัญหาค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลที่สูงมาก และการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่บ้านและบ้านพักผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอ โดย Gold Plan มีการกำหนดเป้าหมายเป็นเชิงปริมาณเพื่อขยายการจัดบริการสาธารณะ อาทิ การเพิ่มจำนวนเตียงในบ้านพักผู้สูงอายุขึ้น 2 เท่า เพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 เท่า และเพิ่มจำนวนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้านผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ Gold Plan จึงเป็นการเปลี่ยนจากการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลไปสู่นบ้านพักผู้สูงอายุ บ้านพักและการฟื้นฟู

มีจำนวนมากขึ้น แต่ปัญหาคือการประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเหมือนกับบริการสังคมที่มีเงินภาษีสนับสนุน (Ikegami et. al., 2014)

นอกจากนี้การบริหารจัดการภายใต้ New Gold Plan ก็มีค่าใช้จ่ายที่สูงและไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนในการขยายการให้บริการได้อีกทั้งยังไม่มีกรอบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานให้กับข้าราชการด้านสังคมที่เป็นผู้กำกับดูแลในระดับเทศบาล (municipality) ทำให้ต้องใช้วิจารณ์งานในการทำงานที่สูง อีกทั้งเทศบาล แต่ละแห่งก็มีการ

ประเมินเพื่อเข้าใช้บริการก็มีความแตกต่างกัน และผู้ใช้บริการก็ไม่มีตัวเลือกในการเลือกหน่วยจัดบริการ (Ikegami 2007, อ้างใน Olivares-Tirado และ Tamiya, 2014)

การใช้ประกันดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุก่อนปี ค.ศ. 2000 นั้น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและต้องการบริการสวัสดิการต้องสมัครขึ้นทะเบียนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก่อน และเมื่อผ่านการประเมินแล้วจึงจะได้รับสวัสดิการ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) บริการแบบมาดูแลที่บ้าน (home care) เช่น การช่วยเหลือที่บ้าน การอาบน้ำให้ day care short stay ส่งอาหาร การเยี่ยมอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นต้น และ 2) การใช้บริการบ้านพักผู้สูงอายุ โดยค่าบริการจะขึ้นอยู่กับฐานะของครอบครัว ซึ่งฐานะแบบชนชั้นกลางและชนชั้นสูงต้องจ่ายค่าบริการที่สูงมาก ทำให้คนกลุ่มนี้เลือกไปใช้บริการโรงพยาบาลโดยใช้เหตุผลทางสังคมแทนบ้านพักผู้สูงอายุเพราะมีค่าบริการที่ถูกกว่ามาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่แท้จริงจะไปตกอยู่กับผู้รับประกันและรัฐบาล (Matsuda และ Yamamoto, 2011)

5.1.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนพาราไทม์จาก OPM สู่น PM

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้ค่านิยมของพาราไทม์ OPM ไม่สามารถตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วของประเทศญี่ปุ่นได้ ทำให้ภาครัฐญี่ปุ่นต้องมองหาทางเลือกใหม่เช่นเดียวกับประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่ต่างหาค่านิยมใหม่ในการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งได้แก่ การเปลี่ยนการบริหารจัดการภาครัฐโดยใช้ค่านิยมภายใต้พาราไทม์จาก OPM ไปสู่พาราไทม์ NPM โดยเหตุผลของการเปลี่ยนจากพาราไทม์ OPM ไปสู่พาราไทม์ NPM มีดังต่อไปนี้

1. สัญญาณการล่มสลายของระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไม่เป็นทางการโดยสมาชิกในครอบครัวสามช่วงอายุคน (Campbell และ Ikegami (2000) อ้างใน Olivares-Tirado และ Tamiya (2014))

2. หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้จัดบริการทำให้ขาดการแข่งขัน ประกอบกับเทศบาลเป็นผู้ตัดสินใจการให้บริการและผู้จัดบริการทั้งหมด ผู้ใช้บริการไม่สามารถเลือกบริการเองได้ทำให้ขาดความยืดหยุ่นและคุณภาพการให้บริการไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ (MHLW, 2016; Tokoro, 2009)

3. ระบบสวัสดิการการดูแลคิดค่าบริการไม่เท่าเทียมกัน โดยชาวญี่ปุ่นที่มีรายได้ปานกลางและรายได้

สูงมี co-payment ในอัตราที่สูงมากสำหรับการใช้บริการบ้านพักผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้น้อย (MHLW, 2016) คนกลุ่มนี้จึงหันไปใช้บริการโรงพยาบาลโดยใช้เหตุผลทางสังคม (Olivares-Tirada และ Tamiya, 2014; Tokoro, 2009) เนื่องจากบริการรูปแบบนี้ของโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายต่ำเพราะระบบออกแบบให้บิคค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จากระบบประกันสุขภาพซึ่งเป็นการผลักภาระค่าใช้จ่ายไปที่กับผู้รับประกันและรัฐบาลแทน (Campbell และ Ikegami, 2000; Matsuda และ Yamamoto, 2001)

4. เทศบาลมีงบประมาณที่แตกต่างกัน ทำให้การจัดสวัสดิการสังคมให้แก่ประชาชนมีคุณภาพไม่เท่าเทียมกัน (Olivares-Tirada และ Tamiya, 2014)

5. ผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นและอายุยืนขึ้นต้องการการดูแลระยะยาวที่ยาวนานขึ้นกว่าเดิม (MHLW, 2016)

5.2 Long-term Care Insurance (LTCI) (ค.ศ. 2000 ถึงปัจจุบัน) วิเคราะห์ด้วยพาราไทม์ NPM

ในเดือนเมษายน ค.ศ. 2000 รัฐบาลญี่ปุ่นประกาศใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care insurance: LTCI) โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถ “รักษาศักดิ์ศรีและมีชีวิตประจำวันที่เป็นอิสระซึ่งจะไปตามระดับศักยภาพของแต่ละบุคคล” (Ministry of Justice (2011), อ้างใน Tamiya et.al. (2011), หน้า 1184) LTCI เป็นระบบที่สร้างขึ้นมาเพื่อเสริมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) เปลี่ยนภาระการดูแลผู้สูงอายุจากครอบครัวโดยเฉพาะผู้หญิงให้มาอยู่กับภาครัฐ 2) ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสวัสดิการที่ได้รับและการแบ่งปันค่าใช้จ่ายกันระหว่างค่าเบี้ยประกันและ co-payment มีความโปร่งใสมากยิ่งขึ้น และ 3) บูรณาการงบประมาณด้านการแพทย์กับด้านสวัสดิการเข้าด้วยกัน (MHLW (2002), อ้างใน Olivares-Tirado และ Tamiya, 2014) นอกจากนี้ Campbell และ Ikegami (2000) ยังมองว่า LTCI ยังมีวัตถุประสงค์อีก 2 ประการ คือ เพื่อเพิ่มตัวเลือกให้กับลูกค้าและการสร้างบรรยากาศในการแข่งขันให้ผู้ให้บริการสามารถเลือกหน่วยงานจัดบริการเองได้ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับทฤษฎี

competitive government และ customer-driven government ของ Osborne และ Gaebler (1992)

การนำระบบ LTCI มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขที่เน้นการตลาด โดยมีคุณลักษณะคือ ผู้จัดบริการจำนวนมากขึ้น การเพิ่มทางเลือก การแข่งขันที่มากขึ้นและคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น (Tokoro, 2009, หน้า 64) นอกจากนี้ระบบดังกล่าวยังเป็นการประหยังบประมาณภาครัฐโดยการถ่ายเทผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปสู่หน่วยจัดบริการในลักษณะบ้านพักผู้สูงอายุอีกด้วย (Tamiya et.al., 2011) จึงกล่าวได้ว่า ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐญี่ปุ่นมีความสอดคล้องกับค่านิยมสำคัญของพาราไดม์ NPM ของรัฐประศาสนศาสตร์ในการบริหารจัดการ ไม่ว่าจะเป็นการที่รัฐทำหน้าที่ steering โดยการกระตุ้นปฏิกิริยา (catalytic government) ให้เกิดการแข่งขัน (competitive government) ผ่านระบบตลาด

(market-oriented government) (Osborne และ Gaebler, 1992) ระหว่างหน่วยจัดบริการเพื่อให้ลูกค้ามีทางเลือก โดยมีหน่วยจัดบริการหลายประเภท ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บริษัทสวัสดิการกึ่งสาธารณะ NPO โรงพยาบาล และบริษัทเอกชนแบบแสวงหากำไร (หน่วยงานรูปแบบนี้ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการในลักษณะสถาบัน) บริษัทที่เอกชนแสวงหากำไรเหล่านี้จึงสามารถจัดบริการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน การจัดส่งอาหาร การอาบน้ำ และ day service ได้ นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการออกใบอนุญาตและกำกับดูแลหน่วยจัดบริการเหล่านี้ ในขณะที่รัฐบาลส่วนกลางเป็นผู้กำหนดค่าบริการโดยมีการปรับทุกๆ 3 ปี (Tamiya et.al., 2011) ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างระบบประกันการดูแลระบบเดิมกับระบบ LTCI

ตารางที่ 4 : ความแตกต่างระหว่างระบบประกันการดูแลระบบเดิมกับระบบ LTCI

ระบบประกันการดูแลระบบเดิม	ระบบ LTCI
1. สมัครที่สำนักงานและเทศบาลเป็นผู้พิจารณาการให้บริการ	1. ผู้ใช้บริการสามารถเลือกรูปแบบการให้บริการและสถาบันที่จะใช้ได้
2. สมัครแยกกับประกันสุขภาพและบริการสวัสดิการ	2. ผู้ใช้บริการเป็นผู้วางแผนการใช้บริการการดูแลระยะยาวและใช้ประกันสุขภาพและบริการสวัสดิการได้อย่างครอบคลุม
3. เทศบาลและหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้จัดบริการหลัก	3. หน่วยงานหลายรูปแบบ เช่น บริษัทเอกชน สหกรณ์ เกษตรกรรม สหกรณ์ผู้บริโภครวมและองค์กรไม่แสวงหากำไร เป็นต้น เป็นผู้จัดบริการ
4. ผู้มีรายได้ปานกลางและรายได้สูงใช้บริการได้ยากมาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงมาก <ul style="list-style-type: none"> ในกรณีที่รายได้ครอบครัวต่อปีอยู่ที่ 8 ล้านเยนและพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุมีเงินบำนาญเดือนละ 2 แสนเยน <ul style="list-style-type: none"> บ้านพักผู้สูงอายุแบบพิเศษสำหรับผู้สูงอายุมีค่าบริการเดือนละ 190,000 เยน ผู้ช่วยที่บ้านมีอัตราค่าตอบแทนที่ชั่วโมงละ 950 เยน 	4. ผู้ใช้บริการจะจ่ายค่าบริการเพียงร้อยละ 10 ของค่าบริการ ไม่ว่าผู้บริการจะมีรายได้เท่าไร <ul style="list-style-type: none"> ในกรณีที่รายได้ครอบครัวต่อปีอยู่ที่ 8 ล้านเยน และพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุมีเงินบำนาญเดือนละ 2 แสนเยน <ul style="list-style-type: none"> บ้านพักผู้สูงอายุอยู่ที่เดือนละ 50,000 เยน ผู้ช่วยที่บ้านมีอัตราค่าตอบแทนที่ 400 เยน ทุก 30 ถึง 60 นาที

ที่มา: Olivares-Tirada และ Tamiya (2014), หน้า 20; Ministry of Health, Labour and Welfare (2016).

ระบบ LTCI เป็นสิทธิตามกฎหมาย (entitlement) ที่รัฐบาลจัดให้เป็นสวัสดิการในรูปแบบประกันสังคมแก่ชาวญี่ปุ่นโดยใช้เงินสนับสนุนร้อยละ 50 จากเงินภาษีและอีกร้อยละ 50 มาจากการจ่ายเบี้ยประกันของชาวญี่ปุ่นทุกคนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และมีรายได้ (รายละเอียดยุติมาของงบประมาณแสดงอยู่ในตารางที่ 5) เพื่อให้ชาวญี่ปุ่นทุกคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และชาวญี่ปุ่นทุกคนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมินว่าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความชราภาพ 15 โรค⁴ ได้รับสิทธิประโยชน์ โดยค่าเบี้ยประกันสูงสุดที่ต้องจ่ายเข้าระบบนี้จะไม่เกินร้อยละ 1 ของรายได้และจะอยู่ประมาณที่ 35 ดอลลาร์สหรัฐสำหรับคนที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการปรับไปตามรายได้และจะกำหนดใหม่ ทุกๆ 3 ปี ตามค่าใช้จ่ายที่มีการคาดการณ์

ไว้โดยเทศบาล (municipalities) ซึ่งผู้เอาประกัน (insured) อาศัยอยู่จะทำหน้าที่เสมือนเป็นผู้รับประกัน (insurers) (Tamiya et al., 2011)

สำหรับผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ของการได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบ LTCI จะถูกประเมินด้วยประเด็นเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน สุขภาพและความเสื่อมถอยของร่างกายจำนวน 74 ข้อ โดยในปัจจุบัน LTCI แบ่งออกเป็น 7 ระดับ (ตามที่ปรากฏในตารางที่ 6) แต่ละระดับมีเพดานของวงเงินสวัสดิการไว้เพื่อให้ผู้รับสิทธิสามารถเลือกใช้บริการที่เหมาะสมสำหรับตนเองได้ (ตามที่ปรากฏในตารางที่ 7) (Tamiya et al., 2011) แต่ไม่สามารถขอรับเป็นเงินสดแทนได้

ตารางที่ 5 : แหล่งที่มาของงบประมาณของ LTCI

ร้อยละ 50 มาจากภาษี	รัฐบาลกลางร้อยละ 25	รัฐบาล Prefecture ร้อยละ 12.5	รัฐบาล Municipality ร้อยละ 12.5
ร้อยละ 50 มาจากเบี้ยประกัน	เงินเบี้ยประกัน		

ที่มา: Iwana (2007); Campbell และ Ikegami (2000).

ตารางที่ 6 : ประเภทความรุนแรงของโรครชราและเพดานเงินช่วยเหลือสูงสุดของแต่ละประเภท

	สภาพร่างกาย	เพดานสวัสดิการ (เยน)	เพดานสวัสดิการ (บาท)
Support 1	แทบจะไม่ต้องพึ่งพาใครในเรื่องของ ADL ⁵ แต่ต้องการความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวันบ้างเพื่อป้องกันไม่ให้ข้ามไปอยู่ในระดับ care	50,030	15,094
Support 2	แย่กว่าระดับ support 1 ด้านศักยภาพด้าน IADL ⁶ ต้องการการสนับสนุนในการใช้ชีวิตประจำวันบ้าง	104,730	31,597

⁴ 1) โรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การกลายเป็นกระดูกของเอ็น 3) ภาวะกระดูกพรุนอันส่งผลให้กระดูกแตกหัก 4) ภาวะลุกลามของระบบประสาทส่วนกลางและประสาทอวัยวะ 5) ภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก 6) การเสื่อมของกระดูกสันหลังและสมองน้อย 7) การตีบของทางเดินไขสันหลัง 8) การก้าวส่ววัยชราที่กำหนด 9) โรคของเส้นประสาทอันเกิดจากเบาหวาน 10) โรคหลอดเลือดสมอง 11) โรคพาร์กินสัน 12) โรคหลอดเลือดตีตัน 13) โรคไข้วรุมตึกเรื้อรัง 14) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 15) โรคกระดูกและข้ออักเสบร่วมด้วยการผิดรูปของข้อต่อเข้าและข้อต่อสะโพก (สุวีณา, 2546)

⁵ Activities of Daily Living (ADL) หมายถึง กิจกรรมประจำที่มนุษย์มักจะทำทุกๆ วันโดยไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ โดยขั้นพื้นฐานประกอบด้วย 6 ประเภท ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนไหว (การเดิน) และการกลืน (อุจจาระและปัสสาวะ) (ที่มา: <http://www.investopedia.com/terms/a/adl.asp> สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กันยายน ค.ศ. 2017)

⁶ Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) คือ กิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตอิสระ (Independent Living: IL) เช่น การทำอาหาร การขับรถ การใช้โทรศัพท์หรือคอมพิวเตอร์ การจับจ่ายซื้อของ การกำกับดูแลด้านการเงิน และการจัดการการเงิน (ที่มา: <https://asourparentsage.net/2009/12/17/adls-and-iadls-whats-the-difference/> สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กันยายน ค.ศ. 2017)

ตารางที่ 6 : ประเภทความรุนแรงของโรคชราและเพดานเงินช่วยเหลือสูงสุดของแต่ละประเภท (ต่อ)

	สภาพร่างกาย	เพดานสวัสดิการ (เยน)	เพดานสวัสดิการ (บาท)
Care 1	แย่กว่า support 2 ด้านศักยภาพด้าน IADL ต้องการการดูแลในบางเรื่อง	166,920	50,359
Care 2	แย่กว่า care 1 ต้องการการช่วยเหลือบางส่วน แม้แต่ ADL	196,160	59,181
Care 3	ด้วยความเสื่อมลงอย่างมากทั้ง ADL และ IADL เกือบที่จะต้องการการดูแลแบบครอบคลุม ผสมผสาน (comprehensive care)	269,310	81,250
Care 4	ด้วยความเสื่อมลงไปอีก ทำให้แทบจะไม่สามารถอยู่ได้โดยไม่ได้รับการดูแลแบบ ครอบคลุมและผสมผสาน (comprehensive care) เกือบเป็นคนไข้ติดเตียงแล้ว	308,060	92,941
Care 5	ด้วยความเสื่อมที่ลงไปอีก รวมถึงการเป็นคนไข้ ติดเตียงแบบสมบูรณ์ ไม่สามารถที่จะอยู่ได้โดย ไม่ได้รับการดูแลแบบผสมผสาน (comprehensive care)	360,650	108,808

ที่มา: Iwana (2017); Tokyo Metropolitan Government (2015)

จากตารางที่ 6 จะพบว่าระบบ LTCI แบ่งผู้รับมีสิทธิ ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ Support (สนับสนุน) และ Care (ดูแล) โดยผู้ที่อยู่ในกลุ่ม support จะเน้นการป้องกันไม่ ให้สุขภาพแย่ลงรวมถึงการปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น โดยจะใช้บริการ care manager (ผู้จัดการด้านการ ดูแล)⁷ ที่ประจำอยู่ที่ศูนย์สนับสนุนเบ็ดเสร็จของชุมชน (community comprehensive support center) ในขณะที่ผู้ที่อยู่ในกลุ่ม care จะใช้บริการ care manager ที่มาจากภาคเอกชน (Iwana, 2017) โดย care manager จะช่วยวางแผนในการดูแลทั้งด้านกายภาพและจิตใจ รวมถึงเป็นผู้ติดต่อกับหน่วยจัดบริการต่างๆ ให้ด้วย (Tokyo Metropolitan Government, 2015)

อย่างไรก็ตามปัญหาข้อหนึ่งคือ care manager ส่วน ใหญ่จะเป็นพนักงานของหน่วยจัดบริการ ทำให้คำแนะนำ ที่ให้ในการเลือกใช้บริการอาจจะเอื้อประโยชน์ต่อหน่วยงาน ที่ตัวเองเป็นต้นสังกัดได้ (จากการให้ข้อมูลของ Mr. Iwana และ Mr. Okui)

ตารางที่ 7 แสดงการบริการของระบบ LTCI ที่แบ่ง ออกเป็น 3 รูปแบบใหญ่ๆ ได้แก่ 1) การมีบุคลากร วิชาชีพมาให้บริการดูแลที่บ้าน (home care) 2) การออกมา ใช้บริการ day care และ day service นอกบ้านแบบไป เข้าเย็นกลับ และ 3) การใช้บริการที่สถาบัน (institution) เช่น การใช้บริการของสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care facility) เป็นต้น

⁷ care manager เป็นบุคลากรที่วิชาชีพที่เกิดขึ้นจากระบบ LTCI เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ได้รับสิทธิประกันจากระบบ LTCI เลือกบริการ ที่เหมาะสม โดยคุณสมบัติของ care manager จะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพหรือบริการสังคมอย่างน้อย 5 ปีจึงมีสิทธิในการ สอบและเมื่อสอบผ่านแล้วก็ต้องเข้ารับการฝึกอบรมอีก 45 ชั่วโมงจึงจะได้รับใบอนุญาต (Ikegami et.al., 2014)

ตารางที่ 7 : รูปแบบการให้บริการในระบบ LTCI ตามระดับการประเมิน Support 1 และ 2 และ Care 1-5

รูปแบบการให้บริการ	บริการที่สามารถใช้ได้	
	Support 1 และ 2	Care 1 ถึง Care 5
บริการที่บ้าน		
การดูแลแบบไปเยี่ยม	X	X
การดูแลในรูปแบบการรักษาพยาบาล	-	X
การเยี่ยมเวลากลางคืน	-	X
การอาบน้ำให้	X	X
พยาบาลไปเยี่ยม	X	X
กายภาพบำบัด	X	X
การให้คำแนะนำด้านการรักษาสุขภาพ	X	X
บริการที่สถานที่ให้บริการดูแล		
Day care, Community-based day care	X	X
Day care สำหรับผู้สูงอายุที่ความจำเสื่อม	X	X
Day care สำหรับการฟื้นฟูร่างกาย	X	X
Short-stay สำหรับบริการดูแลชีวิตประจำวัน (ไม่เกิน 30 วัน)	X	X
Short-stay สำหรับบริการทางการแพทย์ (ไม่เกิน 30 วัน)	X	X
สถาบันดูแลหลายหน้าที่ที่มีการไปดูแลที่บ้านขนาดเล็ก	-	X
สถาบันดูแลหลายหน้าที่ที่มีพยาบาลไปเยี่ยมขนาดเล็ก	-	X
สถาบันบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว	-	X
Special Nursing Home สำหรับผู้สูงอายุ (ของรัฐ/ของชุมชน)	-	X
สถานที่พักฟื้นสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว	-	X
Group Home สำหรับผู้สูงอายุที่ความจำเสื่อม	-	X
บริการดูแลชีวิตประจำวันในสถาบันเฉพาะ	X	X
บริการดูแลชีวิตประจำวันในสถานที่ที่มีที่พักอาศัยของชุมชน	-	X
บริการรูปแบบอื่นๆ		
เช่าอุปกรณ์สวัสดิการสังคม	X	X
สิทธิประโยชน์ในการซื้ออุปกรณ์สวัสดิการสังคม	X	X
สิทธิประโยชน์ในการปรับปรุงสภาพบ้านพัก	X	X
โครงการป้องกันการดูแลระยะยาวและบริการสนับสนุนด้านความเป็นอยู่ - บริการการเยี่ยมรูปแบบต่างๆ - Day services - บริการสนับสนุนด้านความเป็นอยู่	X	-

ที่มา: สรุปจาก: Tokyo Metropolitan Government (2015)

ผู้ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่ถูกประเมินให้อยู่ในระดับ care ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่เริ่มจะประสบปัญหาในการดูแลตัวเองทั้งในด้าน ADL และ IADL ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติ จึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้บริการสถานที่ดูแล

ของระบบ LTCI นั้นมีความสลับซับซ้อนอย่างมาก เพราะต้องใช้การคำนวณ และเชื่อว่าชาวญี่ปุ่นร้อยละ 99.9 น่าจะไม่เข้าใจ แม้แต่ care manager บางคนไม่เข้าใจด้วยซ้ำ เพราะ care manager เพียงแค่ใส่ข้อมูลต่างๆ ผ่านระบบในเครื่องคอมพิวเตอร์ ระบบจะทำการ

ตารางที่ 8 : สถานที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term Care Facility) 3 รูปแบบของประเทศญี่ปุ่น

	Tokuyo (Special nursing home สำหรับผู้สูงอายุ)	Roken (สถานที่บริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ)	Ryoyo (โรงพยาบาลดูแลระยะยาว ทางการแพทย์)
หน้าที่	ดูแลประจำวันและสนับสนุนการใช้ชีวิตปกติ	ดูแลประจำวัน พินฟู สนับสนุนการกลับบ้าน การพยาบาล และการรักษาทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน	ดูแลประจำวันและการรักษาทางการแพทย์
คุณลักษณะ	ผู้ป่วยที่พักอาศัยเป็นเวลานาน เนื่องจากเป็นระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ต่ำ	พักอาศัยเป็นเวลาดสั้น ทั้งๆ ที่ต้องการกลับบ้าน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับบ้านได้	พักอาศัยเป็นเวลานาน บางครั้งเป็นเวลาหลายปี เพราะโรคเรื้อรังและป่วยระยะสุดท้าย
จำนวนเตียง (โดยประมาณ)	490,000	310,000	340,000
จำนวนสถานที่ (แห่ง)	5,953	3,533	5,305
พื้นที่ต่อคนต่อชั้น	มากกว่า 10.65 ตร.ม.	มากกว่า 8 ตร.ม.	มากกว่า 6.4 ตร.ม.
เกณฑ์ขั้นต่ำด้านบุคลากรต่อผู้ป่วย 100 คน			
แพทย์ (คน)	-	1	3
พยาบาล (คน)	3	10	18
เจ้าหน้าที่ดูแล (คน)	31	24	18

ที่มา: Iwana (2017) และ Tomofumi (2013)

ระยะยาว (Long-term care facility) โดยประเทศญี่ปุ่นแบ่งสถานที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวออกได้เป็น 3 ประเภทด้วยกันโดยแบ่งจากอาการหนักไปยิ่งเบา ได้แก่ Ryoyo, Roken และ Tokuyu ตามลำดับ โดยรายละเอียดเกี่ยวกับสถาบันแต่ละแห่งปรากฏอยู่ในตารางที่ 8

5.2.1 ตัวอย่างการใช้บริการของผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจต่อการใช้บริการ LTCI ของผู้สูงอายุมากขึ้นเพราะว่าเป็นระบบที่ซับซ้อนมาก โดยผู้ให้ข่าวสำคัญท่านหนึ่งระบุว่า “การเบิกจ่าย

คำนวณค่าใช้จ่ายทั้งหมดให้” (จากการให้ข้อมูลของ Mr. Okui) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากเอกสารทางการแพทย์และบทความวิชาการต่างๆ โดยละเอียด สัมภาษณ์ผู้ให้ข่าวสำคัญ รวมถึงสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมโดยการใช้ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์และ Facebook messenger กับผู้ให้ข่าวสำคัญที่อยู่ในประเทศญี่ปุ่นเกี่ยวกับการใช้บริการ LTCI ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้ลองสังเคราะห์และสรุปเป็นข้อมูลคร่าวๆ เท่าที่ข้อมูลอำนวย และนำเสนอในรูปแบบของ 2 กรณีศึกษาดังต่อไปนี้

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้สูงอายุท่านหนึ่งซึ่งถูกประเมินให้ได้รับการดูแลในระดับ support 2 ซึ่งเริ่มจะเดินเหินไม่สะดวกนัก จึงใช้สวัสดิการการดูแลของระบบ LTCI โดยมีคนมาอาบน้ำให้ที่บ้าน ไปจ่ายตลาดแทน ให้นักกายภาพบำบัดมาทำกายภาพที่บ้าน รวมทั้งพยาบาลมาเยี่ยมเพื่อตรวจสอบสุขภาพให้ และบางวันผู้สูงอายุท่านนี้ก็ใช้บริการรับ-ส่งเพื่อเดินทางไป day service เพื่อทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน โดยค่อยๆ หักค่าใช้จ่ายออกจากเพดานงบประมาณระดับ support 2 ของระบบ LTCI ซึ่งอยู่ที่ 104,730 เยน ต่อเดือน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้สูงอายุท่านหนึ่งถูกประเมินให้ได้รับการดูแลอยู่ในระดับ care 4 ซึ่งจัดได้ว่าแทบจะเป็นผู้ป่วยติดเตียง ทำให้ได้รับงบประมาณจากระบบ LTCI ซึ่งมีเพดานสวัสดิการอยู่ที่ 308,060 เยนต่อเดือน และเนื่องจากคู่มือของผู้สูงอายุท่านนี้ยังแข็งแรงและยังทำงานอยู่จึงนำตัวผู้สูงอายุมาฝากที่ day care เพื่อให้พยาบาลช่วยดูแลและระหว่างที่ไปทำงาน สมมติว่าผู้สูงอายุท่านนี้เลือกใช้บริการที่ศูนย์รักษาพยาบาล Meguri (กรณีศึกษาในพาราไดม์ถัดไป) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายวันละ 20,000 เยน โดยเป็นค่าใช้จ่ายในส่วน co-payment ร้อยละ 10 คือ 2,000 เยน ระบบศูนย์รักษาพยาบาล Meguri ต้องเรียกเก็บค่าส่วนต่างของระบบ LTCI จากเทศบาลที่ผู้สูงอายุนี้อาศัยอยู่ในฐานะ insurers อีก 18,000 เยน ดังนั้น ผู้สูงอายุท่านนี้สามารถใช้บริการ day care ได้เดือนละ 17 วัน (308,060 เยน/18,000 เยน = 17.11 วัน)

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยการเดินทางไปเยี่ยมชม รับฟังการบรรยาย และสัมภาษณ์เชิงลึกที่ Red Cross Welfare Center ในเมืองโตเกียว ประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นอาคารเอนกประสงค์ (multipurpose center) สูง 8 ชั้น ที่ให้บริการด้านสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ โดยชั้นล่างให้บริการ day service และ day care พร้อมบริการรถรับ-ส่งถึงบ้าน และเก็บค่าใช้จ่ายจากระบบ LTCI ผู้สูงอายุเสียค่าบริการเพียงร้อยละ 10 คือ ประมาณ 1,000 เยนต่อวัน ชั้นที่ 2 ให้บริการ group home ซึ่งเป็นรูปแบบการอยู่อาศัยร่วมกันของผู้สูงอายุที่มีความจำเอนและมีพื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน และให้ญาติมาเยี่ยม ชั้น 3 และ 4 จัดเป็นสถานที่ดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

(Roken) ซึ่งโดยทั่วไปผู้สูงอายุที่มาพักพื้นที่ชั้นนี้จะใช้เวลาประมาณ 3 เดือน และสุดท้ายชั้น 5 ถึง ชั้น 8 ให้บริการ Special Nursing Home สำหรับผู้สูงอายุ (Tokuyo) ซึ่งเป็นผู้ป่วยหนักที่อาจจะไม่ได้กลับบ้านแล้ว ในปัจจุบันชั้น 5-8 สามารถรับผู้สูงอายุได้ 120 คน และยังมีคนลงชื่อเพื่อรอเข้ารับบริการกว่าอีก 200 คน ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยที่เรียกเก็บจากผู้รับบริการตั้งแต่ชั้น 2 ถึง ชั้น 8 จะอยู่ที่ประมาณเดือนละ 180,000 เยน แต่ด้วยความที่ Red Cross เป็นหน่วยงานประเภท NPO จึงมีนโยบายช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยการประเมินความสามารถในการจ่ายเป็นรายบุคคลและแบ่งค่าใช้จ่ายต่อเดือนออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 180,000 เยน 140,000 เยน 110,000 เยน และ 70,000 เยนตามระดับรายได้ของแต่ละครอบครัว การให้บริการของ Red Cross ภายใต้ระบบ LTCI จึงสะท้อนถึงค่านิยมภายใต้พาราไดม์ NPM อย่างชัดเจนคือการที่ภาครัฐเลือกที่จะรับบทบาท steering ผ่านเทศบาล และให้หน่วยงานในภาคส่วนอื่นเป็นฝ่ายจัดบริการ ในบทบาทของ rowing

ระบบ LTCI ได้รับความนิยมนับเป็นอย่างมากในระยะเวลาอันสั้น จากการสำรวจความคิดเห็นของชาวญี่ปุ่นในปี ค.ศ. 2005 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 61 มีความพึงพอใจต่อ LTCI อยู่ในระดับมากและปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจความคิดเห็นในปี ค.ศ. 2000 ที่ความพึงพอใจมีเพียงร้อยละ 44 (Hayashi, 2015) อย่างไรก็ตามหลังจากใช้ระบบ LTCI มาประมาณ 5 ปี จำนวนผู้รับสิทธิบริการจากระบบเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนภาครัฐเริ่มกังวลกับความยั่งยืนทางการคลัง ทั้งๆ ที่ผู้มีสิทธิยังไม่ได้ใช้สิทธิเต็มจำนวน โดยเฉพาะในชุมชนมีการใช้บริการน้อยกว่าร้อยละ 50 แต่ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บในช่วงปี ค.ศ. 2007-2011 กลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี (Oliveros-Tirado และ Tamiya, 2014) นอกจากนี้ผู้สูงอายุเองก็ได้รับผลกระทบจากค่าเบี้ยประกันรายเดือนที่เพิ่มขึ้น 2 เท่า ประกอบกับมีการยกเลิกขั้นตอนการประเมินในการเข้าสู่ระบบ ทำให้การเข้าสู่ระบบ LTCI ง่ายขึ้นส่งผลให้จำนวนผู้รับสิทธิเข้าใช้บริการเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยกลุ่มที่ประเมินว่ามีอาการไม่หนักเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 138 และผู้ที่มีอาการหนักเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 โดยมีการคาดการณ์ว่าจะมีกลุ่มที่ประเมินว่ามีอาการไม่หนักเป็นจำนวนครึ่งหนึ่งของทั้งหมด ทำให้ภาครัฐมี

ความจำเป็นต้องปฏิรูประบบ LTCI โดยด่วน หลังจากการประกาศใช้เพียง 5 ปี (Hayashi, 2015)

ในปี ค.ศ. 2005 มีการประกาศใช้กฎหมายที่ชื่อว่า The Law Amendment to the Long-term care Insurance Law (No. 77, 2005) ในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2005 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อการปฏิรูประบบ LTCI มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ (Hayashi, 2015; Olivares-Tirado และ Tamiya, 2014)

1. กองทุน LTCI ยกเลิกการจ่ายค่าอาหารและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในสถานพักฟื้นระยะยาวรูปแบบต่างๆ โดยให้เรียกเก็บจากผู้สูงอายุเองตามระดับรายได้ของแต่ละคน รวมถึงการจัดให้เข้าพักในห้องประเภทเตียงเดี่ยว หรือห้องพักแบบ 4 เตียง โดยพิจารณาจากรดับรายได้เช่นกัน โดยผู้ที่ถูกจัดว่าเป็นผู้มีฐานะยากจนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม มาตรการนี้สามารถลดค่าใช้จ่ายในสถานพักฟื้นระยะยาวลงได้ร้อยละ 4 และลดค่าใช้จ่ายของทั้งระบบ LTCI ลงร้อยละ 2.4

2. เดือนเมษายน ค.ศ. 2006 มีการประกาศใช้ระบบสวัสดิการใหม่ชื่อว่า สวัสดิการป้องกันใหม่ (New Preventive Benefits: NPB) เป็นระบบที่เน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอิสระ (independent living) ได้ โดยให้ความสำคัญกับการรักษาอาการการไม่ได้ใช้งาน (disuse syndrome) ที่ส่งผลต่อความเสื่อมโทรมของสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการป้องกันก่อนการแก้ไข ระบบ NPB นี้จึงสอดคล้องกับแนวคิด Anticipatory government: Prevention rather than cure (รัฐบาลที่คาดการณ์ล่วงหน้า: กันไว้ดีกว่าแก้) ของ Osborne และ Gaebler (1992) เพราะระบบสนับสนุนให้ใช้บริการ day care การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ศูนย์บริการผู้สูงอายุเป็นผู้จัด และจำกัดการให้บริการช่วยเหลือที่บ้านให้เหลือเพียงงานที่ยากที่จะทำคนเดียวได้จริงๆ และทำการประเมินผู้ที่อยู่ในระดับล่างสุดของระบบเดิมมาเป็นระดับ support 1 และ support 2 ใหม่ ซึ่งส่งผลให้เขตแดนสวัสดิการลดลงกว่าเดิม ในขณะที่เดียวกันมีการตั้งอัตราค่าใช้จ่ายคงที่ใหม่ในส่วนของการช่วยเหลือที่บ้าน day service (ชั้น 1 ของ Red Cross Welfare Center) และศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยนอก

3. ในช่วงปี ค.ศ. 2009-2011 ระบบ LTCI ได้ริเริ่มบริการที่มีชุมชนเป็นรากฐาน ซึ่งเป็นโครงการศูนย์

สนับสนุนเบ็ดเสร็จของชุมชนขนาดเล็ก การให้บริการที่บ้านเวลากลางคืน group home สำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อม (ชั้น 2 ของ Red Cross Welfare Center) ซึ่งบริการลักษณะนี้ขยายตัวอย่างรวดเร็วจนมีการเปิดบริการถึง 9,800 แห่งในเดือนธันวาคม ค.ศ. 2008 และบ้านพักคนชราขนาดเล็กเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตในชุมชนที่คุ้นเคย

4. การแก้ไขกฎหมายในครั้งนี้นี้ยังเป็นการเพิ่มความสำคัญให้กับ care manager และการกำหนดเกณฑ์การเป็นตัวแทนหน่วยงานสวัสดิการสังคมของรัฐ นอกจากนี้รัฐบาลยังต้องการลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาวให้เหลือเพียง 210,000 เตียงในปีงบประมาณ ค.ศ. 2011 และไม่สนับสนุนงบประมาณเตียงในโรงพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาวหลังจากปีงบประมาณ ค.ศ. 2012

5. การแก้ปัญหาความซ้ำซ้อนของสิทธิประโยชน์ของระบบ LTCI กับสิทธิประโยชน์บำนาญในกรณีการเข้าพักในสถานี่สำหรับการพักฟื้นเพราะเป็นสวัสดิการที่มีความซ้ำซ้อนกัน

การปฏิรูประบบ LTCI ในปี ค.ศ. 2005 ดังกล่าว จึงมีความสอดคล้องกับหนึ่งในบทบัญญัติของ Osborne และ Gaebler (1992) คือบทบัญญัติที่ว่าด้วย Anticipatory government: Prevention rather than cure ซึ่งเน้นการป้องกันโดยการรักษาสุขภาพก่อนที่จะเกิดโรค กล่าวคือ ภาครัฐต้องการให้ชาวญี่ปุ่นใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดีและกระฉับกระเฉงได้อย่างยาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการสร้างกระบวนการการป้องกันให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอยู่ในระดับ support 1 และ support 2 ยาวนานที่สุดและข้ามไปสู่ care 1 – care 5 ชั่วที่สุด ซึ่งจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยค้นพบว่า Hinoki-so Senior Citizen's Center ในเมือง Koshigaya จังหวัด Saitama เป็นศูนย์บริการที่สอดคล้องกับบทบัญญัตินี้ดังกล่าว ศูนย์แห่งนี้ได้รับงบประมาณในการสร้างจากเทศบาลเมือง Koshigaya แต่ outsource ให้ NPO ที่ชื่อว่า Ishizue เข้ามาเป็นผู้บริหารจัดการศูนย์ เปิดให้บริการแก่พลเมืองของเมือง Koshigaya ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปโดยไม่มีค่าใช้จ่าย (ผู้ที่ไม่ได้เป็นพลเมืองของ Koshigaya ต้องเสียค่าใช้จ่ายวันละ 200 เยน) โดยวัตถุประสงค์หลักของศูนย์ลักษณะนี้คือเพื่อเสริมสร้าง

สุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แข็งแรง ทำให้เจ็บไข้ได้ป่วย
 ซ้ำลง รูปแบบบริการของศูนย์จะเป็นการจัดบรรยายให้
 ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย อาหารและการ
 รักษาสุขภาพ จัดกิจกรรมนันทนาการต่างๆ อาทิ สอน
 ใช้คอมพิวเตอร์ โยคะ พิทเนส เต้นรำ ร้องคาราโอเกะ
 เป็นต้น แต่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าเป้าหมาย
 หลักของผู้สูงอายุส่วนมากที่มาใช้บริการของศูนย์ คือ
 การมาอาบน้ำเนื่องจากวัฒนธรรมการอาบน้ำของญี่ปุ่น
 เป็นเรื่องสำคัญและมีขั้นตอนมาก จึงเป็นกิจกรรมที่นำไป
 สู่การสนิมของผู้สูงอายุจำนวนมาก นอกจากนี้ภายใน
 ศูนย์ยังมี Inclusion Support Center ที่คอยให้บริการใน
 4 เรื่องสำคัญได้แก่ 1) ด้านคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ

5.2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนพาราไดม์ จาก NPM สู่ NPS

อย่างไรก็ตามเดกเช่นกับการปฏิรูปการบริหาร
 จัดการภาครัฐทั่วโลก ปัจจัยที่ทำให้การบริหารจัดการ
 ด้วยค่านิยมภายใต้พาราไดม์ NPM ต้องขับเคลื่อนมาสู่
 ค่านิยมภายใต้พาราไดม์ NPS ได้แก่ การละเลยค่านิยม
 ประชาธิปไตยที่เป็นรากฐานสำคัญของรัฐประศาสนศาสตร์
 การบริหารจัดการผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นก็เช่นเดียวกัน
 โดยเหตุผลของการเปลี่ยนจากพาราไดม์ NPM ไปสู่
 พาราไดม์ NPS มีดังนี้

1. การที่ผู้สูงอายุใช้บุคลากรวิชาชีพที่มาให้
 บริการที่บ้านเกินความจำเป็น เช่น พยาบาล และ

ตารางที่ 9: เปรียบเทียบสถิติของผู้เอาประกันและผู้รับบริการจากระบบ LTCI ระหว่างเดือนเมษายน ค.ศ. 2000
 กับเดือนเมษายน ค.ศ. 2015

	สิ้นเดือนเมษายน ค.ศ. 2000	สิ้นเดือนเมษายน ค.ศ. 2015	จำนวนเท่าที่เพิ่มขึ้น
จำนวนผู้เอาประกัน	21.65 ล้านคน	33.08 ล้านคน	1.53 เท่า
จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินว่าต้องการความ ช่วยเหลือในระดับ support และ care	2.18 ล้านคน	6.08 ล้านคน	2.79 เท่า
จำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น			
จำนวนผู้ใช้บริการการดูแลที่บ้าน	0.97 ล้านคน	3.82 ล้านคน	3.94 เท่า
จำนวนผู้ใช้บริการที่สถาบัน	0.52 ล้านคน	0.90 ล้านคน	1.73 เท่า
จำนวนผู้ใช้บริการการดูแลโดยใช้ชุมชน	ไม่มี	39 ล้านคน	
รวม	1.49 ล้านคน	5.11 ล้านคน	3.43 เท่า

ที่มา: MHLW (2016)

ทั่วไป 2) ด้านการปกป้องสิทธิมนุษยชน 3) ด้านคำ
 ปรึกษาเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่อยู่ในประเภท support 1
 และ support 2 ก้าวไปสู่ระดับ care 1 และ 4) การ
 บริหารเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุต่างๆ

หลังจากการประกาศใช้ระบบ LTCI ตั้งแต่เดือน
 เมษายน ค.ศ. 2000 จนถึงเดือนเมษายน ค.ศ. 2015
 ปรากฏว่าผู้ใช้สิทธิ LTCI มีจำนวนเพิ่มขึ้นสูงมากหลาย
 เท่าดังข้อมูลในตารางที่ 9

นักรายภาพบำบัด ไปทำหน้าที่ในการไปจับจ่ายซื้อของ
 ที่ตลาดให้ (Iwana, 2017)

2. การปฏิรูปในปี ค.ศ. 2005 สร้างผลกระทบ
 ต่อประชากรที่มีรายได้น้อยเพราะสามารถเข้าถึงได้เพียง
 บริการที่มีราคาถูกลงหรือห้องพักแบบหลายเตียงเท่านั้น
 (Hayashi, 2015)

3. การกำหนดเพดานจำนวนผู้สูงอายุที่สามารถ
 จะเข้าไปใช้บริการบ้านพักผู้สูงอายุ ทำให้มีจำนวนคนที่ลง
 รายชื่อรอ (waiting list) มีจำนวนสูงมาก (Hayashi,
 2015) ตัวอย่างเช่น Tokyo (ชั้น 5-8) ที่ Red Cross

Welfare Centre มีจำนวนเตียงอยู่ 120 เตียงแต่มีคนลงชื่อรอ (waiting list) อยู่ถึง 200 ชื่อซึ่งมากกว่าจำนวนเตียงที่มีอยู่เสียอีก (จากการให้ข้อมูลของ Mr. Shogo)

4. ความต้องการของภาครัฐที่จะให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยได้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ (MHLW, 2016)

5. ค่าใช้จ่ายของระบบ LTCI ที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกๆ ปี ในปีงบประมาณค.ศ. 2000 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีการใช้ระบบ LTCI ค่าใช้จ่ายไม่รวมกับ co-payment ที่ผู้ใช้บริการจ่ายอยู่ที่ 3.97 ล้านล้านเยนและเพิ่มเป็น 8.37 ล้านล้านเยนในปีงบประมาณค.ศ. 2011 โดยค่าใช้จ่ายของ LTCI ที่สูงสุดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้บริการที่บ้านซึ่งในปีงบประมาณค.ศ. 2001 มีค่าใช้จ่ายที่ 1.29 ล้านล้านเยน และเพิ่มขึ้นเป็น 4.16 ล้านล้านเยนในปีงบประมาณค.ศ. 2011 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 49.8 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการมาให้บริการที่บ้านสูงกว่าการให้บริการที่สถาบันเสียอีก (Shimizutani, 2013)

6. MHLW ได้ทำการประมาณการค่าใช้จ่ายของสวัสดิการ LTCI ที่ยังไม่รวมกับ co-payment ว่าจะอยู่ที่ประมาณ 10-12 ล้านล้านเยนในปีงบประมาณค.ศ. 2015 และเพิ่มขึ้นเป็น 17-20 ล้านล้านเยน ในปีงบประมาณค.ศ. 2025 (Shimizutani, 2013) ซึ่งประมาณการค่าใช้จ่ายดังกล่าวทำให้ภาครัฐต้องมองว่าระบบใหม่ที่จะช่วยลดค่าใช้จ่าย LTCI ก่อนที่ภาครัฐจะมีงบประมาณที่ไม่เพียงพอ

7. Care manager สนับสนุนให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็นเพราะผู้จัดการเป็นผู้ได้รับประโยชน์ในรูปแบบของกำไรจากการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น (Tokoro, 2009)

5.3 Community-Based Integrated Care System (CBICS) (ค.ศ. 2012 ถึง ปัจจุบัน) วิเคราะห์ด้วยพาราโดม NPS

ระบบการดูแลแบบบูรณาการที่มีชุมชนเป็นรากฐานหรือ Community Based Integrated Care System (CBICS) จัดเป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวใหม่ล่าสุดของประเทศญี่ปุ่นที่ประกาศใช้ในปีค.ศ. 2012 ซึ่งหลักการของระบบ CBICS นี้มีความสอดคล้องกับค่า

นิยมภายใต้พาราโดม NPS ของ Denhardt และ Denhardt (2000) ที่เน้นการให้ภาครัฐมีบทบาทเป็น serving (ให้บริการ) คือเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้กับพลเมืองได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณะเพื่อบรรลุผลประโยชน์สาธารณะร่วมกัน เพราะ CBICS เป็นระบบที่มีความต้องการคืนจิตวิญญาณของความเป็นชุมชน (sense of community) ให้กับชุมชนเฉกเช่นเดียวกับค่านิยมที่เป็นรากฐานสำคัญของพาราโดม NPS ที่เน้นการมีส่วนร่วมของพลเมืองในการกำหนดนโยบายสาธารณะและการจัดบริการสาธารณะ โดยระบบ CBICS เป็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จมาแล้วจากเมือง Mitsugi ที่นำระบบมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974 ซึ่งส่งผลให้อัตราส่วนของผู้ป่วยติดเตียงและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ต่ำลงในขณะที่เมืองอื่นมีอัตราส่วนที่สูงขึ้น CBICS เป็นระบบที่มีการบูรณาการทรัพยากรทางด้านการศึกษาสุขภาพของชุมชนผ่านการประสานงานกับโรงพยาบาล สถานที่จัดบริการด้านสวัสดิการ บริการการไปเยี่ยมที่บ้าน และกิจกรรมการสนับสนุนที่เกิดจากเพื่อนบ้านในชุมชนด้วยกัน (Hutano et. al., 2017) โดย Mr. Iwana ได้ยกตัวอย่างให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับระบบ LTCI ให้ฟังว่า

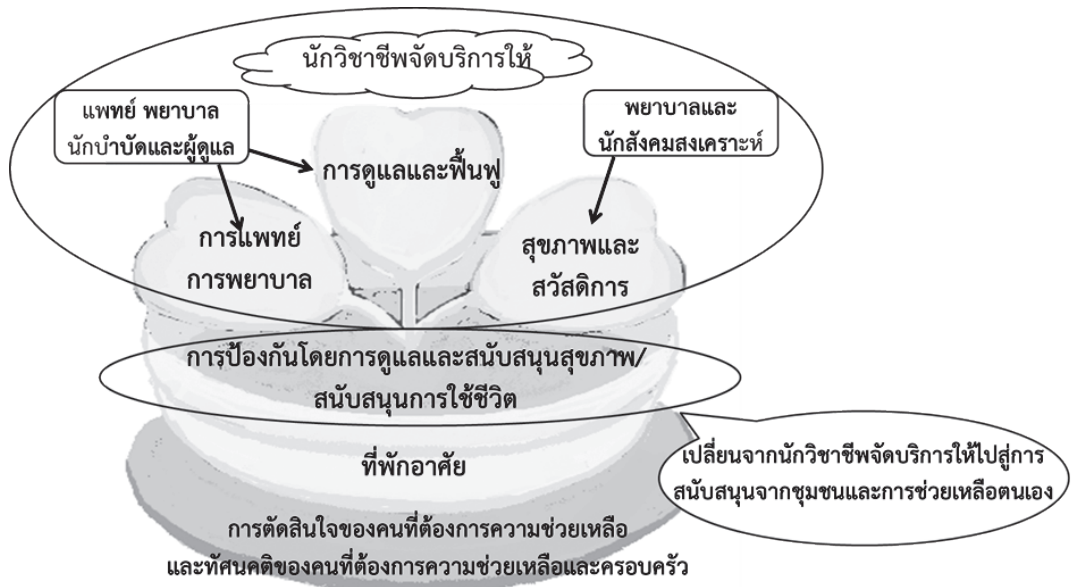
“ในอดีตถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถไปจ่ายตลาดได้ เพื่อนบ้านสามารถที่จะช่วยเหลือได้ แต่เมื่อระบบ LTCI เกิดขึ้น ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการจาก LTCI โดยให้คนไปจ่ายตลาดแทนเพื่อนบ้านให้ แต่คนที่ไปจ่ายตลาดนั้นเป็นกลุ่มนักวิชาชีพที่มาช่วยดูแลที่บ้าน เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด ซึ่งเปรียบเสมือนการให้คนผิดประเภทไปทำหน้าที่ให้ CBICS จึงเป็นการเสนอให้มีการนำเอาความเป็นชุมชนคืนกลับสู่ชุมชนและให้เพื่อนบ้านกลับมาดูแลซึ่งกันและกันอีกครั้งเหมือนในอดีต”

LTCI ซึ่งเป็นระบบที่มีแหล่งทุนหลัก 2 แหล่งสำคัญ อันได้แก่ ประกันสังคมและงบประมาณจากภาษีของภาครัฐเป็นระบบที่สามารถอธิบายได้ด้วยค่านิยมภายใต้พาราโดม NPM ในขณะที่ระบบ CBICS ยังคงใช้แหล่งทุน 2 แหล่งดังกล่าวอยู่เหมือนเดิมเพียงแต่ต้องการลดค่าใช้จ่ายให้ภาครัฐโดยการสนับสนุนให้คนในชุมชนกลับมาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้สูงอายุอีกครั้งหนึ่งซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวจะไม่มีค่าใช้จ่ายแล้วแต่กลับแทบจะสูญหายไปหลังจากการนำเอาระบบ LTCI มาใช้ (Iwana, 2017)

“ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุคนหนึ่งขาหัก ถ้าเป็นระบบ LTCI ก็จะใช้สิทธิ LTCI ให้คนมาช่วยเหลือที่บ้าน เช่น ช่วยซื้อของ อาบน้ำ และทำอาหารให้ รวมถึงการบริการ day service ที่มีบริการรถรับ-ส่ง แต่ถ้าเป็นระบบ CBICS แล้วนั้น ก็จะขอให้เพื่อนที่เรียนถักไหมพรมด้วยกันช่วย พาไปซื้อของหรือซื้อของมาให้ โดยยังคงใช้ระบบ LTCI ในด้านการกายภาพบำบัดและการซื้อของที่หนักและมีขนาดใหญ่ได้ (จากการให้ข้อมูลของ Mr. Iwana)”

ระบบ LTCI จะหมายถึงผู้ดูแลและพยาบาลที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุ แต่ดินโนพาราโดม NPS หรือระบบ CBICS นั้น จะหมายถึงการสนับสนุนจากชุมชนและการช่วยเหลือตนเองซึ่งเปรียบเสมือนการฟื้นคืนจิตวิญญาณของความเป็นชุมชนให้กับชุมชนซึ่งในขณะเดียวกันก็เป็นการประหยัดงบประมาณให้กับภาครัฐด้วย สำหรับกระถางต้นไม้จะหมายถึงสภาพที่อยู่อาศัยที่พร้อมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นลักษณะการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design: UD)

รูปภาพที่ 2: ตัวแบบ CBICS และผู้จัดบริการในแต่ละด้าน



ที่มา: MURC “Study team on CBICS” (อ้างอิง Iwana, 2017)

บริษัทที่ปรึกษาเอกชนของประเทศญี่ปุ่นได้ศึกษา ระบบ CBICS และสร้างตัวแบบในการอธิบายว่าระบบ CBICS เปรียบเสมือนกับใบไม้ 3 ใบที่อยู่ในกระถางต้นไม้ (รูปภาพที่ 2) ใบไม้ใบที่หนึ่ง คือ การแพทย์และพยาบาล ใบไม้ใบที่สองคือกลุ่มดูแลและฟื้นฟู โดยทั้งสองกลุ่มนี้มีแพทย์ พยาบาล นักบำบัดและผู้ดูแลเป็นผู้จัดบริการ และใบไม้ใบที่สามคือ สุขภาพและสวัสดิการ ซึ่งมีพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้จัดบริการ ซึ่งใบไม้สามใบนี้จะเติบโตได้ก็ต่อเมื่อดินที่ที่ซึ่งเปรียบได้กับระบบการสนับสนุนและการป้องกันในด้านการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ซึ่งดินโนพาราโดม NPM หรือ

กล่าวคือ การมีทางลาด ราวจับ และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ และสุดท้ายคือจานรองกระถางต้นไม้ที่เปรียบได้กับความสามารถในการตัดสินใจเพื่อรับความช่วยเหลือตามที่ต้องการได้รวมถึงการที่ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือและครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ (จากการให้ข้อมูลของ Mr. Iwana) จากรูปภาพที่ 2 นี้แสดงให้เห็นว่าแม้ว่า CBICS จะให้ความสำคัญกับการเคลื่อนตัวไปสู่ค่านิยมของพาราโดม NPS โดยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุ แต่ค่านิยมจากพาราโดม NPM ที่ให้ความสำคัญกับการจ้างเหมาบริการ

หน่วยงานเอกชนและองค์การไม่แสวงหาผลกำไร มาจัดบริการสาธารณะแทนภาครัฐยังคงดำรงไว้ซึ่งบทบาทสำคัญโดยเฉพาะในส่วนของนักวิชาชีพจัดบริการสาธารณะให้กับประชาชน และค่านิยมของ OPM ยังคงสะท้อนผ่านการที่ภาครัฐยังคงมีบทบาทสำคัญเป็นผู้กำหนดกฎกติกาในการบริหารจัดการผู้สูงอายุรวมถึงการเป็นผู้จัดบริการสาธารณะเองในบางส่วน เป็นการแสดงให้เห็นถึงการบริหารจัดการภาครัฐที่ต้องผสมผสานและหาความสมดุลของค่านิยมภายใต้พาราโดม NPM และ NPS โดยมีค่านิยมจากพาราโดม OPM เป็นรากฐาน (ปกรณ, 2558)

นอกจากนี้ระบบ CBICS ยังกำหนดเป้าหมายให้ผู้สูงอายุรักษาตัวอยู่ที่บ้านแทนที่การเดินทางมารักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือสถานพักฟื้นผู้สูงอายุ เพราะอาจทำให้ได้รับอันตรายระหว่างการเดินทางย้ายได้ (Tokyo Metropolitan Government, 2015) นอกจากนี้แล้วระบบ CBICS ยังต้องการให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตที่บ้านภายในชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยถึงแม้ว่าจะมีอากรหนักมากแล้วก็ตาม (MHLW, 2016)

จากการเก็บข้อมูลของผู้วิจัยจากสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2 แห่งในเมือง Koshigaya จังหวัด Saitama ผู้วิจัยก็ค้นพบว่าสถานที่ทั้ง 2 แห่งมีการตอบสนองวัตถุประสงค์หลักของ CBICS ได้อย่างชัดเจน

1. ศูนย์รักษาพยาบาล Meguri

เป็นศูนย์รักษาพยาบาลของบริษัท Ishizue ที่มีด้วยกันทั้งสิ้น 3 ชั้น เน้นการให้บริการผู้สูงอายุในระดับ support 1-2 และ care 1-2 โดยชั้นล่างเปิดเป็น day care ที่สามารถรับผู้สูงอายุได้จำนวน 9 เตียง มีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 20,000 เยนต่อวัน ผู้สูงอายุสามารถเบิกจากระบบ LTCI ได้ 18,000 เยน และผู้ใช้บริการต้องชำระค่าใช้จ่ายร่วม (co-payment) ร้อยละ 10 คือ 2,000 เยน และมีอ่างอาบน้ำอัตโนมัติที่ช่วยผู้สูงอายุในการอาบน้ำที่มีราคา 6 ล้านบาทโดยเทศบาลสนับสนุนงบประมาณ 3 ล้านบาท นอกจากนี้ในชั้นที่ 1 ยังมีชั้นเรียนภาษาอังกฤษสำหรับเด็กอนุบาลและประถมศึกษาเพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงได้รับบรรยากาศจากเด็กๆ ในขณะที่ชั้นที่ 2 และ 3 ของศูนย์ เป็นการแก้ปัญหาข้อหนึ่งของระบบ LTCI กล่าวคือ “ระบบ LTCI เป็นระบบที่

ครอบคลุมเพียงการดูแลผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้ครอบคลุมการดูแลด้านอื่นๆ อาทิ ผู้ที่มาให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น มาอาบน้ำให้ไม่ได้ครอบคลุมการดูแลสัตว์เลี้ยงของผู้สูงอายุคนนั้น” (จากการให้ข้อมูลของ Mr. Iwana) ซึ่งศูนย์รักษาพยาบาล Meguri สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นจากระบบ LTCI ได้ โดยห้องพักของผู้สูงอายุในชั้น 2 จะสามารถเลี้ยงแมวได้ และชั้น 3 สามารถเลี้ยงสุนัขได้ โดยมีอัตราค่าเช่าอยู่ที่ 65,000 เยนต่อเดือน และอัตราค่าบริการสำหรับผู้ดูแลสัตว์เลี้ยงอยู่ที่ 20,000 เยนต่อเดือน

2. อาคารพักอาศัย Warai

อาคารพักอาศัย Warai เป็นที่อยู่อาศัยในรูปแบบอพาร์ทเมนท์ในเมือง Koshigaya เป็นอาคารพักอาศัยที่สร้างขึ้นมาเพื่อตอบสนองนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้พลเมืองใช้เวลาช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน อาคารแห่งนี้จึงถูกสร้างให้มีความอบอุ่นเหมือนกับบ้านพักอาศัยโดยเน้นผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในระดับ care 3 ถึง care 5 และใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการโดยมีการติดตั้ง air mat ได้เตียงเพื่อรับทราบถึงอิริยาบถของผู้ป่วย กล้องวงจรปิด และแอปพลิเคชันที่เชื่อมต่อกับมือถือเพื่อใช้ในการติดต่อกับผู้ดูแล โดยมีอัตราค่าเช่าพร้อมค่าบริการอยู่ที่ 170,000 เยนต่อเดือน อาคารแห่งนี้ตอบสนองต่อนโยบาย CBICS ที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านหรือที่พักอาศัยแทนที่การอยู่ที่โรงพยาบาล โดยในวันเก็บข้อมูล มีผู้เสียชีวิตในอาคารแห่งนี้มาแล้วจำนวน 16 คนตั้งแต่เริ่มเปิดกิจการเมื่อเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2016 (จากการให้ข้อมูล Mr. Hiroyuki)

6. มุ่งสู่ “Vision 2035” พาราโดม NPS

การวางแผนยุทธศาสตร์ในเรื่องสำคัญระดับชาติให้เป็นแผนระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเนื่องจากจะทำให้ประเทศมีความพร้อมที่จะรับมือกับความท้าทายที่จะเข้ามาในอนาคตได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงทีเหมือนกับที่ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) เป็นกลไกหลักในการพัฒนาประเทศสำหรับประเทศไทยเป็นการเตรียมพร้อมสำหรับความท้าทายในการบริหารจัดการกับสังคมผู้สูงอายุในระยะยาวนั้น

นาย Yasuhisa Shiozaki ในฐานะ Minister of Health Labour and Welfare ได้ตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาขึ้นเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ปี ค.ศ. 2035 ขึ้น และมีกรจัดทำรายงานที่ชื่อว่า *Japan visions: Health care 2035 report* ตีพิมพ์เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน ค.ศ. 2015 (อ้างใน MHLW, 2017) โดยมีหลักการสำคัญ 3 ข้อ ได้แก่ ความเป็นธรรม (fairness) การสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันบนความมีอิสระ (solidarity built on autonomy) และ ความเจริญร่วมกันของญี่ปุ่นและโลก (shared prosperity for Japan and the world) โดยหลักการทั้ง 3 ข้อนี้นำไปสู่วิสัยทัศน์ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพที่มีความคล่องตัวโดยเป็นการนำการดูแลสุขภาพที่มีรากฐานเชิงคุณค่าไปปฏิบัติ 2) การออกแบบชีวิตโดยการเสริมพลังสังคมและสนับสนุนการเลือกของแต่ละคน และ 3) ผู้นำสุขภาพของโลก โดยการนำและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสุขภาพของโลก

ค่านิยมที่ปรากฏอยู่ใน Vision 2035 ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความเป็นธรรม ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการที่ประเทศญี่ปุ่นจะสร้างความเจริญและเป็นผู้นำเพื่อช่วยเหลือสุขภาพของโลก ซึ่งสะท้อนถึงการมุ่งสู่ผลประโยชน์ส่วนรวม อันได้แก่ ผลประโยชน์ของโลก ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของพาราโดม NPS นั้นเป็นการแสดงให้เห็นว่าแนวทางที่ภาครัฐญี่ปุ่นจะใช้ในการบริหารจัดการสังคมสูงวัยระดับสุดยอดจากนี้ไปจนถึงอนาคตอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้ามีความสอดคล้องกับพาราโดม NPS ของรัฐประศาสนศาสตร์อย่างค่อนข้างแน่นอน

7. ถอดบทเรียนจากการบริหารจัดการสังคมสูงวัยสุดยอดของภาครัฐญี่ปุ่นสู่ภาครัฐไทย

ภาครัฐญี่ปุ่นบริหารจัดการสังคมสูงวัยด้วยแนวทางในการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับพาราโดม OPM นั้นคือรัฐทำหน้าที่ rowing จัดบริการสาธารณะต่างๆ เองเป็นเวลาประมาณ 30 ปี จนกระทั่งประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้วประมาณ 4 ปี คือในปี ค.ศ. 2000 ภาครัฐญี่ปุ่นจึงได้ปรับแนวทางในการบริหารจัดการเป็นแบบที่สอดคล้องกับหลักการของพาราโดม NPM นั่นคือ ภาครัฐปรับบทบาทเป็นเพียง steering

และใช้ระบบกลไกตลาดและการจ้างเหมาบริการจากภาคส่วนอื่นเป็นเครื่องมือในการจัดบริการสาธารณะต่างๆ ในการรองรับสังคมสูงวัยภายใต้ระบบการประกันแบบดูแลระยะยาว (LTCI) ซึ่งการบริหารจัดการในรูปแบบของพาราโดม NPM นี้ดำเนินการมา 5 ปีก็ประสบปัญหาเกี่ยวกับจำนวนผู้ขอใช้สิทธิที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว การขอใช้สิทธิโดยไม่มี ความจำเป็นทางการแพทย์ที่เหมาะสม อันนำไปสู่ปัญหาด้านการเงินภาครัฐญี่ปุ่นจึงได้มีการปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์เกี่ยวกับสวัสดิการบางประการและที่สำคัญคือนำหลัก Anticipatory government: Prevention rather than cure ของพาราโดม NPM เข้ามาเพิ่ม คือ เน้นการป้องกันโดยรักษาสุขภาพทั้งจากการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี และการเข้าสังคมที่เหมาะสมก่อนที่จะเกิดความเจ็บป่วย และใช้แนวทางนี้ต่อมาอีกเพียง 2 ปี ในปี ค.ศ. 2007 ประเทศญี่ปุ่นก็เข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดพร้อมๆ กับใช้แนวทางการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับพาราโดม NPM ต่อมาอีก 5 ปี จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2012 ภาครัฐญี่ปุ่นจึงได้ประกาศใช้ระบบ CBICS ซึ่งมีหลักการสำคัญคือให้ภาครัฐมีบทบาท serving คือ คอยอำนวยความสะดวกให้พลเมืองและชุมชนเข้ามาร่วมจัดบริการสาธารณะเพื่อบรรลุผลประโยชน์สาธารณะร่วมกัน พร้อมกับการฟื้นฟูจิตวิญญาณของชุมชนให้กลับคืนสู่ชุมชนตามค่านิยมสำคัญของพาราโดม NPS และมากไปกว่านั้นภาครัฐญี่ปุ่นยังได้ยืนยันถึงการบริหารจัดการภาครัฐที่สอดคล้องกับพาราโดม NPS ด้วยการประกาศ Vision 2035 ที่เน้นความเป็นธรรม ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันบนความมีอิสระ และความเจริญร่วมกันของญี่ปุ่นและโลก ในปี ค.ศ. 2015 ซึ่งสะท้อนถึงความมั่นใจในแนวทางที่สอดคล้องกับพาราโดม NPS เป็นแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมกับสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของประเทศญี่ปุ่นไปอีกกว่า 20 ปี

จากการถอดบทเรียนข้างต้น ประเทศไทยในปี ค.ศ. 2017 นี้ยังอยู่ในสังคมผู้สูงวัยและจะอยู่ต่อไปอีก 10 ปี จึงจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดตามการคาดการณ์ ดังนั้นในช่วงเวลา 10 ปีทองของการเตรียมพร้อมนี้ หากใช้ภาครัฐญี่ปุ่นเป็นต้นแบบสิ่งหนึ่งที่ได้ชัดเจนคือภาครัฐญี่ปุ่นได้แก้ปัญหาในช่วงของสังคมสูงวัยระดับสุดยอดด้วยการบริหารจัดการตามแนวทางที่สอดคล้องกับพาราโดม NPM เป็นระยะเวลา 12 ปี นับจากการ

ประกาศใช้ระบบ LTCI ในปี ค.ศ. 2000 จนถึงการประกาศใช้ระบบ CBICS ใน ปี ค.ศ. 2012 ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวประเทศญี่ปุ่นได้พบกับปัญหาต่างๆ และที่สำคัญคือการใช้แนวทางของพาราโดม NPM ในด้านกลไกการตลาดและการซื้อบริการสาธารณะจากเอกชนในทุกมิติส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณของความเป็นชุมชนและใช้งบประมาณภาครัฐสูงมาก ดังนั้นภาครัฐไทยเองจึงควรพิจารณาข้ามระบบ LTCI ของญี่ปุ่นมาสู่การศึกษา ระบบ CBICS ซึ่งเป็นการบริหารจัดการโดยปรับสมดุลระหว่างค่านิยมของพาราโดม NPM และค่านิยมของพาราโดม NPS เพื่อปรับใช้ในการบริหารจัดการภาครัฐไทยเมื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอนาคต

8. บทสรุป

การบริหารจัดการจัดการสังคมสูงวัยของภาครัฐญี่ปุ่นตลอดระยะเวลากว่า 40 ปี ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยจนเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดมีความสอดคล้องกับ 3 พาราโดมทางรัฐประศาสนศาสตร์อย่างชัดเจนกล่าวคือในช่วงก่อนและช่วงของสังคมสูงวัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 เป็นต้นมา การบริหารจัดการของภาครัฐญี่ปุ่นสอดคล้องกับหลักทฤษฎีของพาราโดม OPM นั่นคือ ภาครัฐเป็นผู้ริเริ่มและจัดบริการสาธารณะเอง (rowing) ไม่ว่าจะผ่านระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ UC ในปี ค.ศ. 1961 หรือในปี ค.ศ. 1983 ที่เริ่มกำหนดให้ประชาชนต้องจ่าย co-payment ต่อมาเมื่อประเทศญี่ปุ่นก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี ค.ศ. 1996 ภาครัฐเริ่มประสบปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นและอายุขัยเฉลี่ยของคนญี่ปุ่นที่ขยับสูงขึ้น ภาครัฐญี่ปุ่นจึงใช้หลักการเดียวกับภาครัฐทั่วโลกนั่นคือการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากพาราโดม OPM ด้วยแนวคิดและค่านิยมภายใต้พาราโดม NPM โดยการประกาศใช้ระบบ LTCI ในปี ค.ศ. 2000 ที่ปรับบทบาทภาครัฐมา steering แทนและกระจายอำนาจในด้านการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีสภาพร่างกายเสื่อมโทรมด้วยโรคชราให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล

รับบทเป็นผู้รับประกัน (insurers) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด decentralized government ของ Osborne และ Gaebler (1992) และเทศบาล steering โดยดำเนินการจ้างเหมาบริการ NPO และหน่วยงานภาคเอกชนให้ทำหน้าที่จัดบริการแทน (rowing)

อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการด้วยค่านิยมภายใต้พาราโดม NPM ที่เน้นการใช้ระบบตลาดขับเคลื่อนบริการสาธารณะนั้น เมื่อมาถึงจุดหนึ่ง ก็จะเกิดการละลายค่านิยมที่สำคัญของภาครัฐอีกประการหนึ่ง ได้แก่ ค่านิยมความเป็นประชาธิปไตย ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชน การสร้างความเป็นธรรม ภาวะรับผิดชอบ ประกอบกับระบบ LTCI ก็ประสบกับปัญหางบประมาณที่เริ่มจะไม่เพียงพอ อีกทั้งยังเน้นรูปแบบการให้บริการแบบเอกชนมากเกินไปจนทำให้ละลายจิตวิญญาณของชุมชนไป และที่สำคัญประเทศญี่ปุ่นได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี ค.ศ. 2007

ด้วยเหตุผลเหล่านี้ Community Based Integrated Care System (CBICS) จึงถูกพัฒนาขึ้นและประกาศใช้ในปี ค.ศ. 2012 ด้วยแนวคิดหลักคือ การคืนจิตวิญญาณของชุมชนให้แก่ชุมชน โดยการให้คนในชุมชนกลับมาช่วยเหลือเกื้อกูลกันอีกครั้งหนึ่ง ระบบ CBICS นี้สอดคล้องกับแนวคิดของปรกรณ์ ศิริประกอบ (2558) ที่ว่าการบริหารจัดการภาครัฐเป็นการหาความสมดุลระหว่างพาราโดม NPM กับ NPS โดยมีพาราโดม OPM เป็นรากฐาน โดยจะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นในปัจจุบันนั้น เป็นการบูรณาการระบบ LTCI ที่มีความเป็นพาราโดม NPM และ CBICS ที่มีความเป็นพาราโดม NPS เข้าด้วยกันโดยมีภาครัฐเป็นรากฐานสำคัญตามพาราโดม OPM ผ่านการใช้กฎหมายการออกระเบียบและประกาศใช้นโยบายต่างๆ เพื่อให้การบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศญี่ปุ่นมี ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความเป็นธรรม และส่งเสริมการมีส่วนร่วม เพื่อนำไปสู่ผลประโยชน์สาธารณะให้สำเร็จจริงได้



เอกสารอ้างอิง (References)

- [1] กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2557). *ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 1/2558 (พฤศจิกายน)*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- [2] ปกรณ์ ศิริประกอบ (2558). *3 พาราไดม์ทางรัฐประศาสนศาสตร์: แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปปฏิบัติจริง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- [3] สุวรรณิ คำมั่น และสุจิตราภรณ์ นาคะลักษณ์ (2547). โอกาสสุดท้ายของประเทศไทย: 6 ปีทองของการสร้างรากฐานการพัฒนาคนให้ก้าวไกลอย่างยั่งยืน. *การสัมมนาวิชาการประจำปี 2547 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เรื่อง “เหลียวหลังแลหน้า: ยี่สิบปีเศรษฐกิจสังคมไทย”* วันที่ 27-28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547.
- [4] สุวัฒนา เลิศมนโรธน์ (2546). *ระบบประกันสังคมของญี่ปุ่น: กรณีศึกษาการดูแลระยะยาว*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- [5] Berg, B. L. (2007). *Qualitative research methods for the social sciences*. (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- [6] Campbell, J. C. & Ikegami, N. (2000). *Long-term care insurance comes to Japan*. *Health affairs*. 19, 3. pp. 26-39.
- [7] Denhardt, R. B. & Denhardt, J. V. (2000). The new public service: Serving rather than steering. *Public administration review*. 60, 6 November/December, pp. 549-559.
- [8] Hatano, Y., Matsumoto, M., Okita, M., Inoue, K., Takeuchi, K., Tsutsui, T., Nishimura, & Hayashi, T. (2017). The vanguard of community-based integrated care in Japan: The effect of a rural town on national policy. *International journal of integrated care*. pp. 1-9.
- [9] Hayashi, M. (2015). Japan’s long-term care policy for older people: The emergence of innovative “mobilisation” initiatives following the 2005 reforms. *Journal of aging studies*. pp. 11-21.
- [10] Ikegami, N. (2008). Providing care for the ageing society. In F. Coulmas, H. Conrad, A. Schad-Seifert, & G. Vogt. (Eds.) *The demographic challenge: A handbook about Japan*. (pp. 1049-1064). Leiden, The Netherland: Brill
- [11] Ikegami, N., Byung-Kwan, Y., Hashimoto, H., Matsumoto, M., Ogata, H., Babazono, A., Watanabe, R., Shibuya, K., Bong-Min, Y., Reich, M. R. & Kobayashi, Y. (2011). Japanese universal health coverage: Evolution, achievements, and challenges. *The lancet*. 378 (9796). pp.1106-1115.

- [12] Ikegami, N., Ishibashi, T., & Amano, T. (2014). Japan's long-term care regulations focus on structure – rationale and future prospects. In V. Mor, T. Lenone, & A. Maresso (Eds.). *Regulating long-term care quality: An international comparison*. (pp. 121-143). New York: Cambridge University Press.
- [13] Iwana, R. (2017). *Super aged society: Japan*. เอกสารประกอบการบรรยาย Tokyo, Japan: Mitsubishi-UFJ Research and Consulting.
- [14] Matsuda, S. & Yamamoto, M. (2001). Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International journal of integrated care*. 1, 1 (September), pp. 1-11.
- [15] Ministry of Health, Labour and Welfare (2017). *Japan 2035: Leading the world through health*. Brief summary. ที่มา: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryouto2035/assets/file/healthcare2035_proposal_150703_slide_en.pdf สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน ค.ศ. 2017.
- [16] Ministry of Health, Labour and Welfare (2016). *Long term care insurance system of Japan*. ที่มา: http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lcjsj_e.pdf สืบค้นเมื่อวันที่ 23 กันยายน ค.ศ. 2017.
- [17] Miskolczi, M. & Csefalvaiova, K. (2013). Process of population ageing and its dynamic. *Paper presented at the 7th International days of statistics and economics*. Prague, Czech Republic. ระหว่างวันที่ 19-21 กันยายน ค.ศ. 2013.
- [18] Olivares-Tirado, P. & Tamiya, N. (2014). *Trends and factors in Japan's Long-Term care insurance system: Japan's 10-year experience*. New York: Springer.
- [19] O'leary, Z. (2017). *The essential guide to doing your research project*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- [20] Osborne, D. & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- [21] Shimizutani, S. (2013). The future of long-term care in Japan. *RIETI discussion paper series 13-E-064*. Japan: The Research Institute of Economy, Trade and Industry.
- [22] Tamiya N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M. R., Ikegami, N., Hashimoto, H., Shibuya, K., Kawachi, I. & Campbell, J. C. (2011). Population ageing and wellbeing; Lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The lancet*. 378 (9797). pp 1183-1192.
- [23] Tokoro, M. (2009). Ageing in Japan: Family changes and policy developments. In T. Fu & R. Hughes. (Eds.) *Ageing in East Asia: Challenges and policies for the twenty first century*. (pp. 54-71). New York, NY: Routledge.

- [24] Tokyo metropolitan government (2015). *Long-term care insurance system*. (April) Tokyo, Japan: Bureau of Social Welfare and Public Health.
- [25] Tomufumi, S. (2013). *Learning from the approaches in Japan*. เอกสารนำเสนอที่ The 11th ASEAN & Japan High Level Officials Meeting on Caring Societies. (5 ธันวาคม ค.ศ. 2013).
- [26] Weber, M. (1958) by H. H. Gerth & C. W. Mills (translated, edited, and with an introduction). *From Max Weber: Essays in sociology*. New York: A Galaxy Book.
- [27] Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications

หน่วยงานผู้แต่ง: ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Affiliation: Department of Public Administration, Faculty of Political Science, Chulalongkorn University

Corresponding email: popsiri@gmail.com