

カンボジア国
医療保障制度に係る
情報収集・確認調査報告書

平成 28 年 5 月
(2016 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

グローバルリンクマネジメント株式会社

人間
JR
16-025

外国為替交換レート

1 米ドル=111.10 円

1 カンボジア・リエル=0.03 円

(2016 年 5月 JICA 精算レート)

1 米ドル=4,000 カンボジア・リエル

略語・用語集

略語	原語／英語	日本語／解説
ABT	Action Based Thoughts Consulting Firm	パキスタンのコンサルティング会社
AD	Administrative District	郡行政区
AFD	Agence Française de Développement	フランス開発庁
AFH	Action For Health	カンボジアの NGO
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations	東南アジア諸国連合
BFH	Buddhism For Health	カンボジアの NGO
CARD	Council for Agriculture and Rural Development	農業・農村開発評議会
CBHI	Community－based health insurance	地域医療保険制度
CBO	Community Based Organization	住民組織
CGD	Comptroller General's Department	タイ財務省傘下の CSMBS 支払審査機関
CHC	Cambodian Health Committee	カンボジアの NGO
CHPF	Community Health Protection Fund	NGO が主体となった地域医療保険制度の代替名称
CMHEF	Community Managed Health Equity Fund	地域行事の献金等によって資本を築く地域医療保険制度
CMU	Couverture Maladie Universelle	普遍的医療給付制度
CPA	Complementary Package of Activities	包括的サービスパッケージ
CPMI	Cambodian People Micro Insurance	民間の小規模保険会社
CRVS	Civil Registration and Vital Statistics	住民登録・人口動態統計
CSMBS	Civil Servant Medical Benefit Scheme	タイの公務員医療給付制度
CT	Computed Tomography	コンピューター断層撮影法
DFAT	Department of Foreign Affairs and Trade	オーストラリア外務貿易省
DPHI	Department of Planning and Health Information	カンボジア保健省計画・保健情報局
DPL	Development Policy Loan	開発政策借款
DRG	Diagnosis Related Group	診断群別分類／診断科目別標準定額料金決定システム
EPOS	EPOS Health Management	ドイツの保健コンサルティング会社
EU	European Union	欧州連合
EY	Ernst & Young	イギリスのコンサルティング会社
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit	ドイツ国際協力公社
GMAC	Garment Manufacturers Association in Cambodia	カンボジア衣料品製造業協会
GNI	Gross National Income	国民総所得
GRET	Group de Recherche et Déchanges Technologiques	フランスの NGO

略語	原語／英語	日本語／解説
HCMC	Health Center Management Committee	ヘルスセンター運営委員会
HEF	Health Equity Fund	貧困層向けの医療扶助
HEFI	Health Equity Fund Implementer	HEF を代表・管理する機関
HEFO	Health Equity Fund Operator	HEF を運営する機関
H-EQIP	Health Equity and Quality Improvement Project	開発パートナーのプールファンド型支援プログラム HSSP2 の後継案件
HFG	Health Finance and Governance	USAID の医療財政援助プログラム
HiP	Health Insurance Project	NSSF の医療保険パイロット事業
HIRA	Health Insurance Review Agency	韓国の健康保険審査評価院
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome	ヒト免疫不全症候群／後天性免疫不全症候群
HSSP	Health Sector Support Program	開発パートナーのプールファンド型支援プログラム
ICU	Intensive Care Unit	集中治療室
ID	Identification	身分証明
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
IPIS	Integrated Population Identification System	住民登録情報総合システム
IT	Information Technology	情報技術
IUD	Intra-Uterine Device	子宮内避妊具
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau Bankengruppe	ドイツ復興金融公庫
KHANA	Khmer HIV/AIDS NGO Alliance	カンボジアの NGO
Kid-C	Khmer Identity Code	カンボジア社会保障・税番号(未導入)
KOICA	Korea International Cooperation Agency	韓国国際協力団
MOU	Memorandum of Understanding	覚書
MHI	Micro Health Insurance	貧困層を対象にした民間医療保険
MPA	Minimum Package of Activities	基本サービスパッケージ
NCD	Non-Communicable Disease	非感染性疾患
NCDD	National Committee for Sub-national Democratic Development	内務省が中心となり地方分権化促進のために形成された省庁横断的フォーラム
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NIF	National Insurance Fund	経済財政省が提唱する単一保険支払い機関の名称
NIFO	National Insurance Fund Operator	上記機関の運営部門(仮称)
NSPI	National Strategic Plan on Identification	住民登録に関する国家 10 カ年計画
NSSF	National Social Security Fund	国家社会保障基金
NSSF-C	National Social Security Fund for Civil Servants	公務員国家社会保障基金
NSPS	National Social Protection Strategy for the Poor and Vulnerable	貧困層と弱者のための国家社会医療保障戦略

略語	原語／英語	日本語／解説
OD	Operational Health District	保健行政区
PAC	Priority Access Card	ID Poor 事後認定カード
PAE	Public Administration Enterprise	独立行政機関
PFM	Public Financial Management	公共財政管理
PHD	Provincial Health Department	州保健局
PKMI	Prevoir Kampuchea Micro Life Insurance Plc.	フランス資本の Micro Insurance 会社
PMHEF	Pagoda Managed HEF	CMHEF の旧称
PMRS	Patient Management and Registration System	USAID/URC が試行している HEF の情報管理システム
P4P	Pay For Performance	業績を基に給与、ボーナスを支払うシステム
QI	Quality Indicator	医療機関の質を測定するための指標
SDC	Swiss Agency for Development and Cooperation	スイス開発協力庁
SDG	Service Delivery Grant	SOA に提供される自由裁量の助成金
SHI	Social Health Insurance	タイの民間被用者向け医療保険
SKY	Sokapheap Krousat Yeugn/Our Family's Health	カンボジアで初めて導入された CBHI
SOA	Special Operating Agency	公共サービスの質と供給の向上を目指す制度
SSDM	Social Service Delivery Mechanism	社会サービスの総合窓口パイロット事業
SSF	Social Security Fund	タイの民間被用者向け保険運営機関
SSO	Social Security Office	タイの民間被用者向け保険事務所
SSS	Social Security Scheme	タイの民間被用者向け保険
STSA	Sahakum Theanea Rab Rong Sokhapheap Srok Pratekbat Angkor Chum/Angkor Chum OD Cooperative Health Insurance)	シェムリアップ州 Angkor Chum OD で CBHI を運営する CBO
SUB	Government Subsidy	貧困層への政府の医療助成制度
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的助産師
TWG	Technical Working Group	テクニカル・ワーキング・グループ
UCS	Univesal Coverage Scheme	タイの普遍主義的医療制度
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
UNTAC	United Nations Transitional Authority in Cambodia	国連カンボジア暫定統治機構
USA	United States of America	アメリカ合衆国
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
URC	University Research Co.	HEF を総合的に支援するアメリカの非営利組織
VH	Voucher for Health	Voucher Scheme の代替名称
VHI	Voluntary Health Insurance	CBHI の代替名称

略語	原語／英語	日本語／解説
VMA	Voucher Management Agency	Voucher Scheme の実施機関
VRG	Village Representative Group	貧困者認定のため村から選出される代表者グループ
WHO	World Health Organization	世界保健機関

カンボジア国
医療保障制度に係る情報収集・確認調査
ファイナル・レポート
目次

略語・用語集.....	I
目次.....	V
要 旨	1
第1章 調査の概要.....	3
1-1 調査の背景	3
1-2 調査の目的	3
1-3 調査の内容	4
(1) 現地サプライサイド調査	4
(2) 現地デマンドサイド調査	6
(3) 本邦招聘	8
(4) ASEAN 域内第三国スタディーツアー	9
(5) カンボジア国内ワークショップ	10
1-4 調査団員	10
第2章 カンボジアの経済・社会情勢.....	11
2-1 民族と宗教.....	11
2-2 人口静態と将来人口予測	11
2-3 貧困と経済格差	12
2-4 産業構造と労働市場	13
第3章 カンボジア医療の現状と課題	15
3-1 公的医療サービス提供	15
(1) 公的医療提供体制	15
(2) 医療従事者	20
(3) 医療財政	21
3-2 医療保障制度.....	24
(1) 憲法の規定.....	24
(2) 現行の医療保障スキーム	26
3-3 貧困認定（ID POOR）制度の仕組み.....	44
3-4 住民登録・人口動態統計システム（CRVS）の現状と医療保障制度への活用	45
3-5 医療サービス・医療保障に関する住民の行動及び意識（デマンドサイド調査の結果）	47
(1) 調査対象世帯の属性	47
(2) 医療サービスの提供及び利用状況	51
(3) 医療保障の現状	53

(4) 調査の制限事項と意義	57
第4章 カンボジア社会医療保障制度構築にかかる方向性	58
4-1 社会保障政策枠組み策定に向けた取り組み	58
4-2 本調査を通じてカンボジア関係者が得た教訓	59
(1) 両国の経験から得られた教訓	59
(2) 参考にしたい日本の制度	60
(3) 参考にしたいタイの制度	61
(4) 参考にしたい両国の制度	62
4-3 社会医療保障制度構築への方向性	63
4-4 開発パートナーによる支援の現状と今後の支援計画	63
(1) 社会医療保障分野における主要開発パートナーの支援状況	63
(2) 開発パートナーのプールファンド型支援プログラム(HSSP2)の動向	67
(3) P4HC ⁺ の動向	68
第5章 カンボジア社会医療保障制度構築における JICA の今後の支援に対する提案	70
参考文献	

図表 BOX

図 1-1 カンボジア医療保障制度に係る情報収集・確認調査 業務の流れ	5
図 1-2 現地調査 対象州・OD	6
表 1-1 サンプリング・フレーム	7
表 1-2 調査団員	10
図 2-1 カンボジア人口ピラミッド(2015 年)	11
図 2-2 貧困率の推移(2008-2012)	13
図 3-1 カンボジア保健省・公立医療機関の組織図	15
図 3-2 カンボジア医療機関の紹介状	17
図 3-3 シェムリアップ州のヘルスセンター	17
図 3-4 アンコールチュムのレファラル病院	18
図 3-5 SOA、SDG の契約と SDG 受給の流れ	19
図 3-6 カンボジア医療にかかる資金の流れ	23
図 3-7 カンボジア医療保障の普及(2015 年 5 月)	26
図 3-8 EQUITY カード	27
図 3-9 PRIORITY ACCESS CARD(PAC)	28
図 3-10 HEF の仕組み	28
図 3-11 コンボンチャム州ヘルスセンターの HEF 利用者に関する書類	29
図 3-12 SKY の保険証	31

図 3-13 STSA の加入者.....	35
図 3-14 INTEGRATED PROGRAM にかかる契約.....	40
図 3-15 CMHEF の交通費バウチャー.....	41
図 3-16 カンボジアの行政区.....	46
表 3-1 カンボジアの公立医療機関のレベルと機能.....	16
表 3-2 カンボジアの公立医療機関(2014 年).....	16
表 3-3 カンボジア公的医療人材の数、地域的偏在、所得.....	21
表 3-4 カンボジアの医療財政(2008-2014 年).....	22
表 3-5 カンボジアにおける社会医療保障スキーム.....	25
表 3-6 HEF の給付内容.....	27
表 3-7 HEF が医療機関に支払う診療費の価格.....	29
表 3-8 HEF OUTPUT-BASED CONTRACT の支払い基準となる 12 の指標.....	30
表 3-9 STSA の保険料システム.....	33
表 3-10 STSA の予算配分.....	34
表 3-11 STSA 診療費単価.....	34
表 3-12 コンポントム HEFO の保険料徴収システム.....	36
表 3-13 BFH の CBHI 給付パッケージ.....	37
表 3-14 PKMI MICRO INSURANCE 医療保険 基本給付パッケージ*.....	42
表 3-15 調査対象世帯の属性.....	48
表 3-16 調査対象世帯の金銭管理状況.....	49
表 3-17 調査対象世帯の置かれた医療環境.....	50
表 3-18 調査対象世帯の医療サービス利用状況.....	52
表 3-19 調査対象世帯の医療保障スキームの利用状況.....	54
表 3-20 調査対象世帯の医療保障に対する意識.....	55
表 3-21 寺院が運営する保険への加入意志と支払っても良いとする医療保険料.....	56
BOX3-1 SPECIAL OPERATING AGENCY (SOA)と SERVICE DELIVERY GRANT(SDG).....	19
BOX3-2 STSA 診療費の支払い上限件数の設定方法.....	35
BOX3-3 VOUCHER SCHEME 第二期の支援内容.....	38
図 4-1 社会保障政策枠組策定のための TWG メンバー機関.....	58
図 4-2 カンボジアの社会医療保障制度構築に向けた活動計画案.....	63
図 4-3 UHC 達成に向けた医療財政分野における P4HC+開発パートナーの支援分野一覧.....	69
表 4-1 カンボジアで導入可能な医療保険方式のメリットとデメリット.....	59
図 5-1 カンボジアの社会医療保険(地域医療保険)制度構築にかかるスケジュールと JICA の協力にかかる提案.....	72
図 5-2 オプション 1:医療財政メカニズムの構築.....	73
図 5-3 オプション 2:社会保険情報及び保険料徴収システムの構築.....	74

図 5-4 オプション 3: 保険加入促進と医療保険に関する啓発活動	76
--	----

別添資料

1. 現地サプライサイド調査 面談者リスト
2. 現地デマンドサイド調査 質問票
3. 本邦招聘参加者リスト
4. 本邦招聘プログラム
5. ASEAN 域内第三国スタディーツアー参加者リスト
6. ASEAN 域内第三国スタディーツアー・プログラム
7. カンボジア国内ワークショップ参加者リスト
8. カンボジア国内ワークショップ・プログラム
9. 事後貧困者 (ID Poor) 認定 質問票
10. HEFO による医療保障啓発パンフレット (Family Health Development)
11. HEFO による医療保障啓発パンフレット (Buddhist For Health)
12. SUB 認定 質問票
13. Cambodia Health Committee パンフレット
14. BFH 加入促進パンフレット
15. Voucher Scheme の母子保健啓発パンフレット
16. Community-managed Health Equity Fund の Voucher
17. PKMI (民間マイクロ保険) パンフレット
18. 貧困者 (ID Poor) 認定 質問票

要 旨

カンボジア国医療保障制度に係る情報収集・確認調査（以下、「本調査」という。）は、(1) カンボジア国の医療保障分野の現況・課題・ニーズ等の情報収集・分析及び(2) 独立行政法人国際協力機構（以下、「JICA」という。）の今後の協力内容、成果、活動のオプションの提案を目的として実施された。本調査は (1) 行政官、医療保障関係者、開発パートナーからの聞き取り調査、(2) 世帯サンプル調査（住民の医療保障に関する意識調査）、(3) 本邦招聘、(4) 東南アジア諸国連合（以下、「ASEAN」という。）域内第三国スタディーツアー及び(5) カンボジア国内ワークショップという5つの調査要素から構成される。本調査では、本邦招聘、スタディーツアー及びワークショップという能動的調査手法を用いて、カンボジアの医療保障分野における現在のニーズを引き出し、また我が国の支援の可能性について具体的な提案を行った。

今日、カンボジアの人口構成は未だ若い、2030年から2035年には、65歳以上の人口比率が7%を超える「高齢化社会」となり、やがて急速に高齢化が進展することが予測されている。経済成長に伴い、産業構造及び労働市場の構造が変化中、カンボジアでは家族による伝統的社会セーフティネットの機能が低下することも予想されるため、社会医療保障制度の構築が急務となっている。

カンボジアの保健セクターは地方分権化に向けて取り組んでいるが、現在に至るまで、執行責任は中央省庁に集中している。レファラル・システムは、貧困層を対象とした Health Equity Fund（以下、「HEF」という。）を利用する際の条件としては機能しているが、診療費を自己負担する住民にとって、カンボジアの医療は基本的にフリー・アクセスである。薬品、機材は保健省が各医療機関に配分するが、不十分な場合、各医療機関が独自予算で賄うことになっている。近年、Special Operating Agency（以下、「SOA」という。）制度が導入され、医療従事者に Service Delivery Grant（以下、「SDG」という。）による奨励金が支払われるようになったことで、カンボジアの公立医療機関におけるサービスの質は以前に比べ改善したと言われている。

カンボジアには、未だ医療従事者の国家免許資格制度は存在しないが、2013年度より国家卒業試験が導入されている。公立医療機関の給与では生計を維持するのが困難なため、多くの医療従事者は公立医療機関と民間医療機関若しくは自身の経営するクリニックの両方で勤務しているが、この医療従事者の兼業が公立医療機関におけるサービスの質の低下を招いている一つの原因だとも考えられている。

カンボジアの医療費の内訳は、現在、政府予算と開発パートナーの支援資金がそれぞれ2割、残りの6割は患者の自己負担となっている。患者の自己負担の割合は、2008年から若干増加している。HEFや保険からの支払いを含む患者の診療費は、医療機関にとって重要な収入源である。保健省・経済財政省条例では、患者から受け取った診療費の60%をスタッフのインセンティブ、39%を運営費・設備費・薬品等の購入費、1%を国庫に納めるよう定められている。カンボジアでは診療費が各医療機関によって設定されるため、医療機関によって診療費が異なる。診療費は医療機関の収入となるため、診療費の差が収入の格差を招き、ひいては医療の質の格差にも繋がっている。この格差は公立医療機関の間におい

でも広がっている。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成させるうえで、この格差を是正することも重要である。

カンボジアには数多くの社会医療保障プログラムが存在し、それらのプログラムは、これまでカンボジア国民の健康改善に寄与してきた。しかしながら、対象とする人口を十分カバーしているプログラムはほとんど存在しないため、今後は全国民を効果的にカバーする制度を構築することが必要だと考えられる。

コンポンチャム州とシェムリアップ州で実施した世帯サンプル調査結果からは、同地域の住民の大半は公立医療機関で提供されるサービスを容認しており、実際に利用した際には満足していることが示唆された。しかしながら、依然として「費用」が医療サービス、特に高次医療へのアクセスに係る主要な障壁となっていることも併せて確認された。社会医療保険に関する知識を有する者は、回答者の 20%にも満たないことが判明したものの、実際に同制度を利用した者すべてが、その制度について「大変ありがたく、生活に欠かせない」と回答した。医療保険に関する説明をすると、約 80%の回答者が医療保険に加入したい、7 割以上が保険料を支払う意思があると回答した。年間一人あたりの保険料として、52.7%が 10,000 リエル（2.5 米ドル）まで、21.0%はそれ以上の保険料を払っても良いとした。更に、寺院が医療保険を運営すると仮定した質問に対しては、34.7%が 10,000 リエル（2.5 米ドル）以上支払ってもよいと回答した。世帯サンプル調査では、コンポンチャム州とシェムリアップ州の住民では、社会医療保障に対する考え方や行動が異なる傾向があるという結果が得られたため、この違いの背景にある要因について、今後更なる調査・分析を行い、カンボジアで社会医療保障制度を構築する際に活用されることが期待される。

現在、カンボジアでは複数の省庁から構成されるテクニカル・ワーキング・グループ（以下、「TWG」という。）によって、社会医療保障政策枠組みの策定が活発に行われている。JICA はこのプロセスに参加し、開発パートナーからの支援が未だ少ないインフォーマル・セクター¹向け社会医療保障に係る政策策定支援を行うべきである。日本は地域を基盤とするインフォーマル・セクター向け社会保険を開発しているため、約 8 割のインフォーマル・セクターに対して社会保険を導入したいとしているカンボジアに対し、自国における経験を活かして有効な支援ができると考える。特に今後 6～7 年の間、JICA が支援を行う分野として、1) 医療財政メカニズムの開発、2) 社会保険に係る情報システムと保険料徴収システムの構築と 3) 保険加入促進と啓発という 3 つのオプションを提案する。

¹ 本報告書においては、「インフォーマル・セクター」を「民間被用者・公務員向け保険でカバーされないすべての国民」と定義する。

第1章 調査の概要

1-1 調査の背景

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（以下、「UHC」という。）は、「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられること」と、世界保健機関（以下、「WHO」という。）によって定義されている²。しかし、現状では、世界で毎年1億5,000万人もの人々が、家計が破綻するような医療費の負担を強いられている。医療費の支払いによる貧困化を防ぎ、UHCを達成するためには、保健医療サービス提供体制の整備とともに、医療保障制度の改善が必須である。

カンボジア国においても、国の総保健支出のうち患者の自己負担が占める割合は6割を超えており、その結果、負債を抱えたり、貧困に陥る等、国民の深刻な経済的負担となっている^{3,4}。特に貧困層や貧困層に近い層（near-poor）を中心として、医療への経済的アクセスに困難が生じていることから、貧困層を含む全国民をカバーする医療保障制度の整備が喫緊の課題となっている。

かかる状況に対応すべく、カンボジア国保健省は、貧困層を対象にした Health Equity Fund（以下、「HEF」という。）を実施している。その他、開発パートナーや非政府組織（以下、「NGO」という。）による様々な医療保障プログラムが存在するものの、いずれも一部の地域や人口に限定されている。保健省は保健財政政策（案）を策定し、インフォーマル・セクター⁵を対象とした包括的な公的医療保障制度の構築に向けた動きを本格化させたいという意向を示しているが、一方で、運営管理組織の立ち上げ、強制加入制度への移行、医療保障整備に伴う公立医療機関のサービスの質の改善等、組織面・法制度面・財政面における様々な課題に直面している。

一方、日本の国際保健政策においても、UHCの主流化を図ることが戦略として掲げられており、50年以上に亘る国民皆保険制度の実績等を活かした、積極的なUHC促進への貢献が期待されている。

このような状況下、カンボジア国保健省は独立行政法人国際協力機構（以下、「JICA」という。）に対し、医療保障制度改善に係る今後の協力の検討を要請し、JICAはこの要請に基づき本情報収集・確認調査団を派遣した。

1-2 調査の目的

本調査の目的は、(1) カンボジア国の医療保障分野の現況・課題・ニーズ等の情報収集・分析、及び(2) JICAの今後の協力内容、成果及び活動のオプションについての提案である。

² WHO. Health financing for universal coverage. http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/

³ Ir P. et al. (2012). Toward a typology of health-related informal credit: an exploration of borrowing practices for paying for health care by the poor in Cambodia. BMC Health Serv. Res. Nov. 7–12–383.

⁴ Van Damme W. et al. (2004). Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. Trop Med Int Health. Feb. 9 (2) : 273–80.

⁵ 本報告書においては、「インフォーマル・セクター」を「民間被用者・公務員向け保険でカバーされないすべての国民」と定義する。

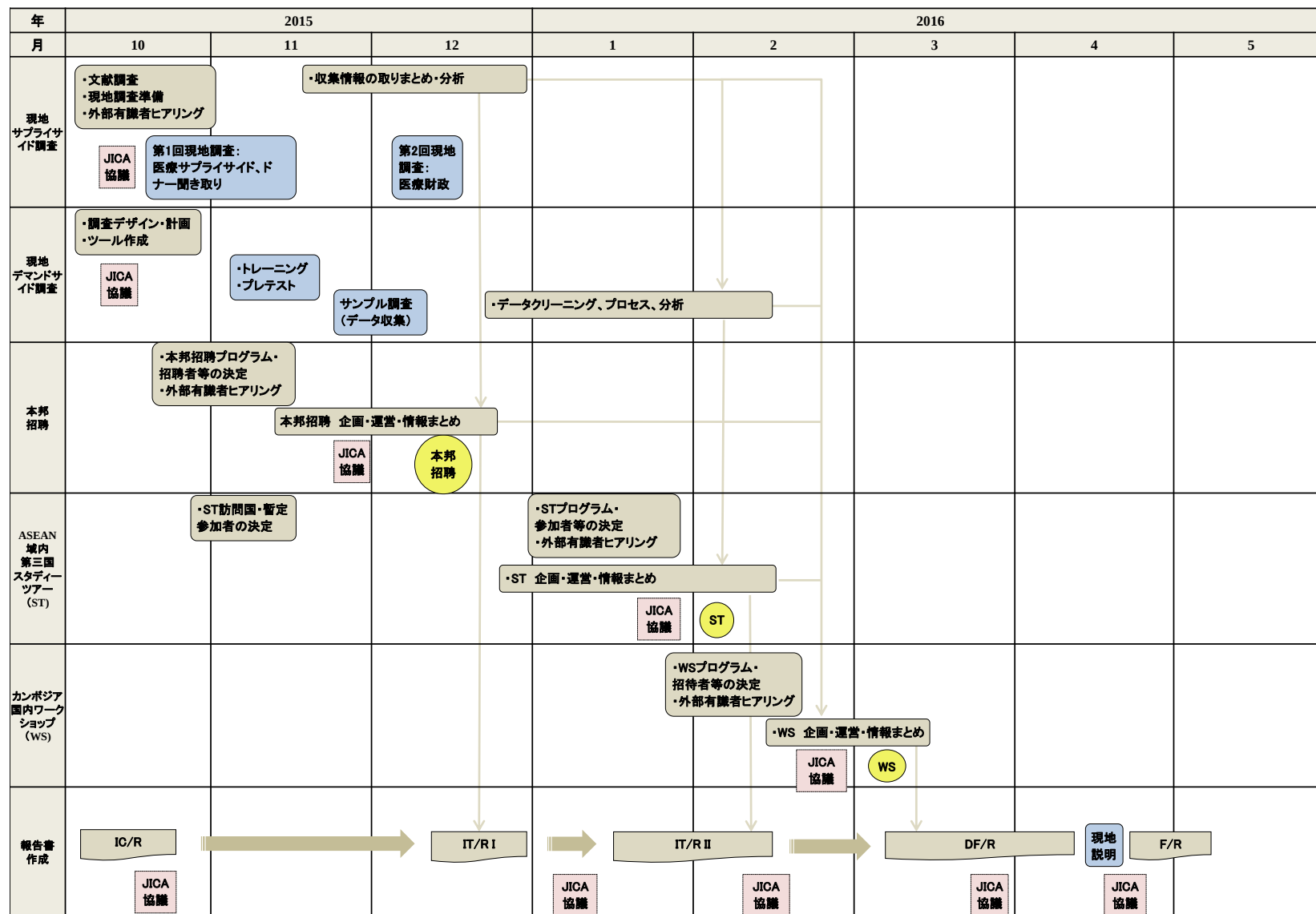
1-3 調査の内容

本情報収集・確認調査は5つの調査コンポーネントから構成される。(1) 現地サプライサイド調査（フィールド関係者からの聞き取り調査）、(2) 現地デマンドサイド調査（住民を対象に行った世帯サンプル調査）に加え、(3) 本邦招聘、(4) ASEAN 域内第三国スタディーツアー、(5) カンボジア国内ワークショップという能動的調査手法を通じて、カンボジア政府関係者と共に各国の医療保障の事例について学び、議論を行うことで、カンボジアの医療保障分野における現在のニーズを引き出し、我が国の支援の可能性を導き出した。調査全体における業務の流れについては図1-1を参照されたい。各調査コンポーネントの結果概要は以下の通りである。

(1) 現地サプライサイド調査

2015年10月18日から11月14日の4週間（第一次現地調査）及び12月7日から12月12日の1週間（第二次現地調査）の計5週間に亘り、医療保障、保健サービスの提供側であるカンボジア政府行政官、医療保障関係者、開発パートナーからの聞き取りによる現地サプライサイド調査（以下、サプライサイド調査）を実施した。サプライサイド調査では、当初より予定していた首都プノンペン、コンポンチャム州、シェムリアップ州に、調査を行う過程で新たに提案されたタケオ州、コンポントム州を加えた5カ所を対象とした。これらの調査対象地を選定した理由は、(1) プノンペンはカンボジアの首都であり、関係機関が集中しているため、(2) コンポンチャム州は、JICAが長期に亘り協力を行ってきた州であり、今後の医療保障に係る協力においてもプロジェクト候補地として考えられるため、(3) シェムリアップ州、コンポンチャム州及びタケオ州は、コミュニティーを基盤とした保険プログラムの成功例を視察するためであった。第一次現地調査では、医療サービス及び医療保障の現状把握に焦点を当て、第二次現地調査では、主に医療財政に関する情報収集を行った。現地調査の対象地域については図1-2、訪問先と面談者については別添資料1を参照されたい。

カンボジアの行政官及び開発パートナー訪問時には、インセプション・レポートを基に本調査の概要について説明すると共に、各機関の取り組み、課題等について聞き取りを行い、該当者には、本邦招聘、ASEAN 域内第三国スタディーツアー及びカンボジア国内ワークショップへの参加を促した。医療従事者及び医療保障関係者の訪問時には、業務の実施状況を観察すると共に、各人の業務内容と課題について尋ねた。他方、調査期間中には社会保障分野の開発パートナー会合が開催されたため、同会合にも出席し、カンボジア政府と開発パートナーが一体となって社会保障制度について協議を行う現場を視察した。



※IC/R:インセプション・レポート、IT/R:インテリム・レポート、DF/R:ドラフト・ファイナルレポート、F/R:ファイナル・レポート

図 1-1 カンボジア医療保障制度に係る情報収集・確認調査 業務の流れ

表 1-1 サンプルング・フレーム

州	OD	コミュニケーション	村	世帯数	
Siem Reap	Siem Reap	Krobeiriel	Popil	10	
			Boeng	10	
		Salakamreuk	Trapaing Treng	10	
			Sala Kamreuk	10	
	Angkor Chum	Srorngei	Prey Thom	10	
		Daunpeng	Roka	10	
			Khchas	10	
		Kokdaung	Tumloab	10	
			Prasat Trav	10	
		Norkorpheas	Nokor Pheas2	10	
Kampong Cham	Batheay	Batheay	Sras Pring	10	
			Batheay	10	
		Chbarampov	Chba Ampov	10	
			Anlong Chrey	10	
	Kampong Cham/ Kampong Siem	Sambo	Trabek	10	
		Osvay	Khel Chey	10	
			Prey Chakrey	10	
		RorAng	Thmor Kol	10	
			Tuol Roka	10	
	Koh Sotin	Vealvong	Phoum 5	10	
		Mohakhghoung	Angkor Chey Leu	10	
			Khpob	10	
		Pongror	Pong Ror Khang Keut	10	
			Kampong Ov Chring	10	
		Prektanoung	Phoum 8	10	
		Pteaskandal	Phteah Kandal Leu	10	
			O Leav	10	
		Srey Santhor	Prekrumdeng	Prek Rumdeng (A)	10
				Takoch	10
		KohAndet	Chong Koh	10	
合計				300	

【サンプルング方法】 住民への聞き取りから各種情報を収集するため、回答の比率⁷を 50%と設定し、信頼水準を 95%、サンプルサイズを 300 とし、標本誤差を±56.6%許容することとした⁸。デマンドサイド調査の対象地域については、特定地域におけるサプライサイドとデ

⁷ サンプルのうち、調査対象の回答をする比率。例えば、サンプルの 99%が Yes と回答し、1%が No と回答した場合、サンプルの大きさにかかわらず、推定が外れる可能性は極めて低い。しかし、回答比率が 51%と 49%であった場合、推定が外れる可能性はかなり高くなる。通常、ある一定の正確さを求めてサンプルサイズを決定する場合、最も推定が困難である回答の比率（50%）を設定し、十分なサンプルサイズを確保することが推奨される。

⁸ サンプルサイズ = (信頼水準の z スコア)² × 回答比率 (1 - 回答比率) / (誤差の範囲)² / 1 + (信頼水準の z スコア)² × 回答比率 (1 - 回答比率) / 母数 (誤差の範囲)²

マンドサイド両方の状況が把握できるよう、サプライサイド調査の対象でもあるコンボンチャム州⁹とシェムリアップ州の2州を選定した。また、カンボジア全土の状況をより正確に表すため、社会・経済的、地理的特徴が異なる2州を選定した。コンボンチャム州は、メコン川低地の中央、プノンペン¹⁰の北東に位置する。同州は分割される前、最も人口の多い州のひとつであった。シェムリアップは、観光スポットを有するが、最も貧しいとされる北西部の農村地帯である。2008年に実施された国勢調査結果による人口比2:1に合わせ（コンボンチャム州167万9,819人、シェムリアップ州89万6,171人）、コンボンチャム州から200世帯、シェムリアップ州から100世帯を無作為に抽出した。

サンプルの抽出には、多段抽出法を用いた。はじめに各州の全オペレーショナル・ディストリクト（以下、「OD」という。）がアルファベット順で記載されたリストを用い、コンボンチャム州の12のODのうち、1番目、4番目、7番目、10番目のODを抽出した。同様に、シェムリアップ州の4つのODのうち、1番目と3番目のODを抽出した。次に、対象となったODのコミューン・リストから各々3カ所のコミューンを抽出し、コミューン¹¹の村リストから1~2村を無作為に抽出した。最後に、村長、若しくは村の保健医療従事者の協力の下、各村より無作為に10世帯を抽出した（表1-1参照）。

【データ分析方法】 数値変数の平均値と標準偏差、名目的・順序的変数の頻度を用いて対象世帯の属性、医療サービスの提供・利用状況及び医療保障の現状に関する記述統計の結果をまとめた。更に、コンボンチャム州とシェムリアップ州の世帯を比較すべく、カテゴリ変数にはカイ二乗検定／フィッシャーの正確確率検定¹⁰、連続変数にはt検定を行い、両側検定におけるp値が0.05未満である場合に有意差があると見なした。また、統計的に有意差があると見なした自由度2以上のカイ二乗検定結果については、調整化残差が±1.96以上の項目が有意差を出していると解釈した。統計解析にはStata13（StataCorp, Texas, USA）を用いた。調査結果の詳細については、3章3-5を参照されたい。

(3) 本邦招聘

2015年12月14日（月）から18日（金）の5日間、保健省3名、経済財政省3名、計画省2名（1名はID Poor Programを支援するドイツ国際協力公社〔以下、「GIZ」という。〕が費用負担）、内務省、労働職業訓練省、社会問題・退役軍人・青少年更正省それぞれ1名ずつを本邦に招聘した。参加者の詳細については、別添資料3を参照されたい。

招聘プログラムには、現地サプライサイド調査の結果及び有識者の意見を踏まえ、現在のカンボジアにとって最も有効であると考えられる講義と視察を取り入れた（別添資料4参照）。また、カンボジアの社会医療保障制度構築にこれらの学びをどのように活かしていくべきか参加者間討議を行った。事前アンケートにおいて、社会医療保障に関して各省庁がこれまでどのような取り組みを重ねてきたか、各人がどのような社会医療保障制度にかかる将来像を描いているかを尋ね、グループ討議における参加者間の議論が深まるよう、討

⁹ コンボンチャム州は2013年12月に公式にトボンクムン州と2州に分割されたが（人口：コンボンチャム州1,090,000人、トボンクムン州800,000人）、本調査のサンプリングでは旧行政区分を用いた。

¹⁰ コ克蘭の規則に従い、期待値が5未満のセルが全体の20%以上になる場合、カイ二乗検定は行わなかった。一方、期待値が5未満のセルが全体の20%以上であり且つ2×2分割表である場合はフィッシャーの正確確率検定を行った。

議の導入時に全体で結果を共有した。本邦招聘の結果については、第4章4-2を参照されたい。

本邦招聘を通じて、カンボジア側の課題が明確になり、また両者で日本の医療保障の現状を視察したことで、日本の支援の可能性についても具体的なイメージが湧くようになった。社会医療保障はセクター横断的課題であり、その方針を定めるためには複数の関係省庁が協議する必要があるが、カンボジアでは関係者が多業務を抱えているため、省庁間協議はこれまで十分行われてこなかった。そのような中、本邦招聘は、関係6省庁がまとまった時間、社会医療保障のあり方について深く話し合うことのできる貴重な機会となった。また、関係者の今後の協働への意識向上へと繋がったとも考えられる。

(4) ASEAN 域内第三国スタディーツアー

2016年2月1日（月）から5日（金）、本調査団は、本邦招聘参加者に、社会保護政策をけん引してきた農業・農村開発評議会（以下、「CARD」という。）の1名を加えた12名と共にタイを訪問した。参加者の詳細については別添資料5を参照されたい。訪問国の選定に至っては、カンボジア政府関係者と協議の上、文化背景や地理的条件がカンボジアと似通っているだけでなく、中央集権型の行政システムと公務員、民間被用者、一般市民向けの保険スキームを維持している点はカンボジアと類似しているが、UHCを達成しているタイはカンボジアにとって参考にしやすい点が多いという理由により決定した。スタディーツアーのプログラムは、サプライサイド調査、本邦招聘及び有識者の意見を踏まえて構成した（別添資料6参照）。

カンボジアと文化・社会的背景が類似しているタイでUHCを達成した過程について学ぶことで、カンボジアが今後医療保障制度を構築していく中で直面する可能性のある課題を具体的に想定することができ、またカンボジアの進むべき方向性を模索する上で有効であったと考えられる。特にインフォーマル・セクターに対しては税方式を採用しているタイの医療保障制度を紹介することで、日本の制度と比較検討し、カンボジアにとって最も有効だと考えられる制度を採用できるよう配慮した。一方、タイでは一次医療機関で予防や健康増進に力を入れている点や、複数の保険者や関係機関が存在するための苦労や課題についてもカンボジアにとっては有益な情報であったと考えられる。

ASEAN域内第三国スタディーツアー参加者は、本邦招聘とほぼ同じメンバーであったため、7つの行政機関関係者の中に、今後の議論の土台となる、まとまった共通の知識と経験が蓄積できたことは意義深い。本スタディーツアーにおける参加者の学びとカンボジアにおける活用方法については、第4章4-2を参照されたい。

ASEAN域内第三国スタディーツアーには、JICA関係者のほか、米国国際開発庁（以下、「USAID」という。）、スイス開発協力庁（以下、「SDC」という。）から1名ずつのオブザーバー、1日目にはケニアの行政官グループも同行するなど、多数且つ多様なメンバーが参加した。

(5) カンボジア国内ワークショップ

2016年3月2日（水）から3日（木）の2日間、本邦招聘、ASEAN 域内第三国スタディーツアーの結果を広く関係者と共有し、カンボジアにおける社会医療保障制度構築への道筋をつけることを目的に、カンボジア国内でワークショップを開催した。本調査が保健省からの要請に基づくものであることから、ワークショップは保健省主催とし、保健省が所管するインフォーマル・セクター向けの医療保険に焦点を当て、タイトルを **Workshop on Informal Sector Social Health Insurance in Cambodia** とした。ワークショップでは、本邦招聘、ASEAN 域内第三国スタディーツアー参加者、その他関係省庁、開発パートナー、NGO 等、計 63 名が一堂に会することとなった（別添資料 7 参照）。

1 日目はセミナー形式で、世界銀行（以下、「世銀」という。）の行った世界 24 カ国における UHC の取り組みに関する調査結果の共有、日本と世銀が行った 11 カ国の UHC 共同研究の紹介、日本の医療保障制度と JICA の協力事例の紹介、本邦招聘・スタディーツアー参加者からの報告に続き、カンボジアの医療保障の現状について各担当者が報告を行った。2 日目は、冒頭本調査チームよりデマンドサイド調査の結果を共有した後、グループ・ディスカッションを行った。参加者を 3 つのグループに分け、カンボジアのインフォーマル・セクター向け医療保険を導入するための道筋について各グループで話し合い、全体共有した後、すべての結果を保健省が取りまとめた。2 日間のワークショップ・プログラムについては、別添資料 8 を参照されたい。

カンボジアの医療保障は JICA にとって新たな協力分野であったが、本ワークショップにおいて、現地調査や本邦招聘、ASEAN 域内第三国スタディーツアーを通じて培った知見を広く関係者と共有し、意見交換を行うことで、JICA が今後同分野においてカンボジア政府を支援する意思があるということを表明できたと考えられる。また、参加者が互いに協力し、カンボジアの社会医療保障制度を築いていくという連帯感も醸成することができたと思料する。

1-4 調査団員

本調査に係る調査団員は以下の通りである。

表 1-2 調査団員

氏名	担当分野	所属
中村 治代	総括/UHC/医療保障	グローバルリンクマネジメント株式会社
島崎 謙治	UHC/医療保障	政策研究大学院大学(補強)
星田 淳也	医療保障	政策研究大学院大学(補強)
内田 康雄	医療保障	同志社大学(補強)
シアン・イ	保健システム	KHANA リサーチセンター(補強)
住田 康雄	ワークショップ企画/UHC 情報収集	グローバルリンクマネジメント株式会社
相田 華絵	ワークショップ企画/UHC 情報収集	グローバルリンクマネジメント株式会社

第2章 カンボジアの経済・社会情勢

2-1 民族と宗教

カンボジア国家統計局の 2013 年中間年人口調査¹¹によると、カンボジア国民の 97.1%がクメール語を母語としており、少数民族の言語を母語とする者は 2.3%、ベトナム語、タイ語、中国語、ラオ語が母語である者はそれぞれ 1.0%以下である。カンボジア国民の 97.9%が国教である仏教を信仰しており、次に多いイスラム教徒が 1.1%、伝統宗教を信仰する者が 0.6%、キリスト教徒は 0.5%である。

2-2 人口静態と将来人口予測

2015 年に改訂された国連経済社会局の推計¹²では、2015 年のカンボジアの人口は 1,557 万 8,000 人、2016 年 7 月には 1,582 万 7,241 人に増加すると予測されている（人口増加率 1.56%、人口密度 1km²あたり 89 人）。カンボジアの総人口は 2080 年の 2,448 万 5,000 人まで増加するが、その後は減少に転ずるとされている。

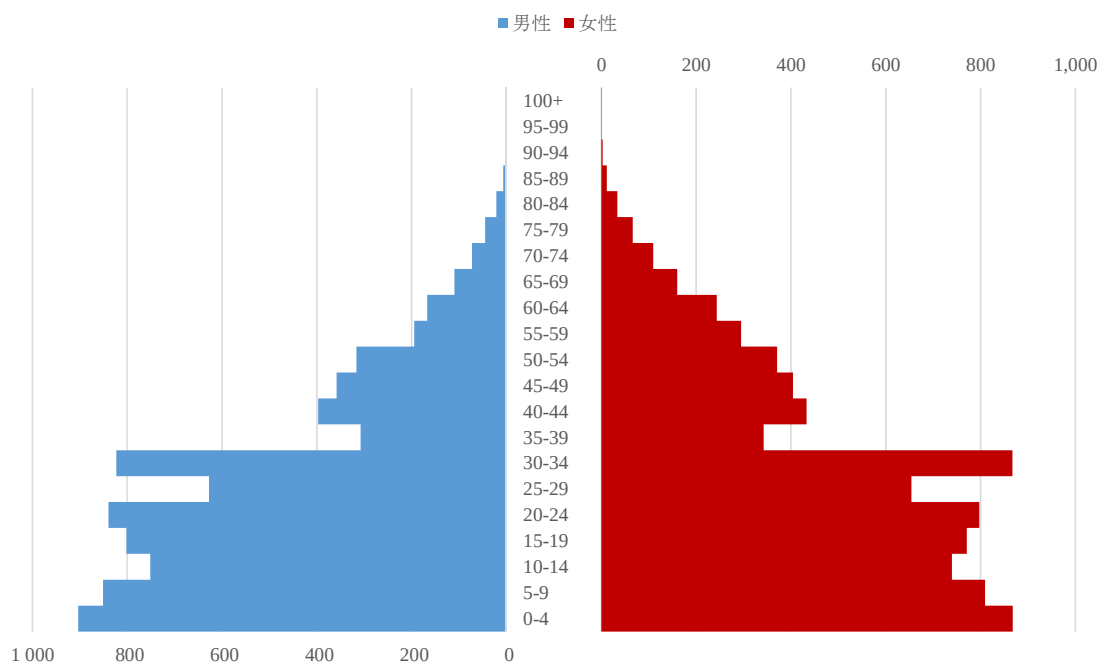


図 2-1 カンボジア人口ピラミッド(2015 年)

出所: 国連経済社会局データを基に調査団作成

2015 年の年齢 3 区分の人口構成: 0～14 歳、15～64 歳、65 歳以上の総人口比はそれぞれ 3.16%、64.3%、4.1%、従属人口指数¹³は 55.6（年少人口指数¹⁴は 49.2、老年人口指数¹⁵は 6.4）であ

¹¹ Ministry of Planning, 2013. National Institute of Statistics. Cambodia Inter-Censal Population Survey 2013 Final Report. http://www.stat.go.jp/info/meetings/cambodia/pdf/ci_fn02.pdf

¹² United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015).

http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf

¹³ 年少人口と老年人口が生産年齢人口に対して占める比率。働き手である生産年齢人口 100 人が年少者と高齢者を何人支えているかを示す。従属人口指数 = (年少人口 + 老年人口) ÷ 生産年齢人口 × 100

る。また 2010 年から 2015 年における女性一人あたり合計特殊出生率は 2.7、5 歳未満児死亡率は出生 1,000 人当たり 35 人、出生時平均余命は 67.6 年と見込まれている。合計特殊出生率は日本の 1955 年から 1960 年頃に近く、従属人口指数、年少人口指数、老年人口指数共に日本の 1960 年代に近い。また、出生時平均余命は 67.75 年であった 1960 年とほぼ同様である。しかし、65 歳以上の人口比率は、すでに 4.9%であった日本の 1950 年の水準よりも低い¹⁶。

このように、カンボジアの人口構成は未だ非常に若い、やがて急速に高齢化が進展することが予測されている¹⁷。カンボジアが、65 歳以上の人口比率が 7%を超える「高齢化社会」となるのは 2030 年から 2035 年の間、14%を超える「高齢社会」となるのは 2050 年から 2055 年の間だと予測されるため、倍加年数¹⁸は 15 年から 25 年ということになり、24 年という日本の倍加年数とほぼ同等か、短くなる可能性もある。更に 2070 年から 2075 年の間には、65 歳以上の人口比率が 21%を超え、カンボジアが現在の日本のような「超高齢社会」となることが予想される。

労働力人口（15～64 歳）の比率は、2045 年の 68.0%をピークに低下に転じる一方で、従属人口指数は同年の 47.0 を底に上昇に転じることが予測されている。日本では、この労働力人口と従属人口の転換期を 1990 年代前半に迎えている。また、現在のカンボジアの従属人口指数は、老年より年少の方が格段に高いが（老年 6.4、年少 49.2）、2065 年には年少が 29.2、老年が 29.6 とほぼ同等となり、その後は老年の従属人口指数の方が高くなる。日本ではこの転換期を 1990 年代後半に迎えている。今後、カンボジアの 0～14 歳の人口比率は低下していくが、2065 年には 18.4%と、日本の 1990 年頃の水準となることが予想される。

2-3 貧困と経済格差

2014 年におけるカンボジアの国内総生産（以下、「GDP」という。）¹⁹は 167 億 7,782 万米ドル、一人当たり国民総所得（以下、「GNI」という。）²⁰は 1,020 米ドルであり、実質 GDP 成長率は 2011 年～2014 年の間、7%台を維持した。世界銀行の定義²¹では、現在のところ低所得国に分類されているが、2015 年の一人当たり GNI が 1,046 米ドル以上となれば、今年 7 月の改定時にカンボジアは低中所得国となる²²。

世銀の調査²³によると、2012 年のカンボジアの貧困率²⁴は 17.7%（都市部 6.4%、農村部 20.8%）、貧困ギャップ率²⁵は 3.1%であった。2008 年には 34.0%（都市部 15.1%、農村部

¹⁴ 年少人口指数は生産年齢人口（15～64 歳）に対する年少人口（15 歳未満）の比率。

¹⁵ 老年人口指数は生産年齢人口に対する老年人口（65 歳以上）の比率。

¹⁶ 総務省統計局（2016）日本の統計 2016 <http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.htm>

¹⁷ ここで表す人口推計は、すべて中位推計である。

¹⁸ 65 歳以上の人口が 7%の状態からその倍の 14%になるのにかかる年数。通常、各国の高齢化のスピードを表す目安となる。

¹⁹ 当時の米ドルの市場価格に換算。

²⁰ 世界銀行の Atlas Method を用いた計算（当時の米ドルに換算）。

²¹ 世界銀行の所得レベルによる国の分類は毎年 7 月に行われるが、その基準となるのが前年度の一人当たり GNI。1,045 米ドル以下は低所得国、1,046 米ドル以上は低中所得国に分類される。

²² World Bank Open Data. <http://data.worldbank.org/>

²³ World Bank, World Development Indicators. <http://data.worldbank.org/country/cambodia>

38.5%)、2010 年は 22.1%（都市部 8.5%、農村部 25.3%）であった貧困率が都市部、農村部共に順調に低下していることが窺える（図 2-2 参照）。また、2007 年に 41.1 であったジニ指数が 2012 年には 30.8 となっており、所得配分の格差も徐々に縮小していることがわかる。

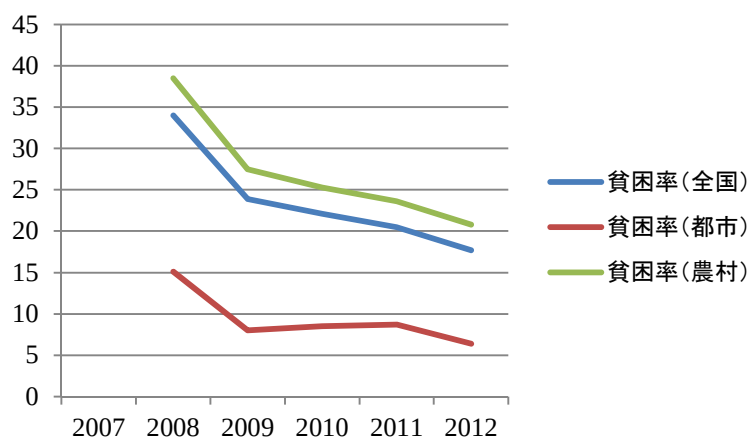


図 2-2 貧困率の推移（2008－2012）

出所：World Bank, World Development Indicators のデータを基に調査団作成

2-4 産業構造と労働市場

2014 年のカンボジアにおける GDP に占める産業は、高いものから農業（28.7%）、製造業（15.3%）、商業（14.4%）、建設業（8.5%）、金融業（8.3%）であった。1997 年には農業が 44.4%を占めており、商業が 15.0%、製造業が 11.7%、金融業が 6.9%、運輸・通信業が 5.6%であったことを踏まえると、カンボジアの産業構造が、農林水産業から製造業や建設業に移行していることが窺える²⁶。

2014 年のカンボジアの労働力人口（15～64 歳）は 1,000.1 万人、そのうち労働意欲のある人口は 825.9 万人と推計されている。労働意欲のある人口のうち雇用されているのが 824.4 万人、雇用されていないのが 1.5 万人である。労働力人口に占める失業率は 17.6%であるが、国際的基準である完全失業率²⁷は僅か 0.2%である²⁸。

2014 年には、カンボジアの労働者の 45.3%が農業に従事していたが、これは 2009 年の 57.6%より減少している。一方、サービス業従事者は、2009 年から 2014 年にかけて 26.5%から 30.4%に、製造業従事者は 15.9%から 24.3%に増加している。他方、2009 年に 26.9%であ

²⁴ 全人口に占める国内貧困線以下（カンボジアの場合、国内貧困線は食料と食料以外の消費を基に定義される）で生活する者の割合。2012 年の国内貧困線は、プノンペンで 5,326 リエル、その他の都市部で 4,273 リエル、農村部で 3,912 リエルであった（出所：World Bank, World Development Indicators, and the Bank staff estimates）。

²⁵ 貧困ギャップ率（Poverty Gap Ratio）とは、貧困層の支出・収入がどの程度貧困線を下回っているかを示す指標である。そのため、貧困ギャップは「貧困の深さ（Poverty Depth）」と言い換えられることがしばしばある。つまり、これは貧困層の貧困状況がどれほど深刻かを図る指標ということになる。

²⁶ アジア開発銀行. 2015. Key Indicators for Asia and the Pacific 2015. <http://www.adb.org/sites/default/files/publication1-75162/cam.pdf>

²⁷ 労働意欲のある人口のうち、雇用されていない割合。

²⁸ アジア開発銀行. 2015. Key Indicators for Asia and the Pacific 2015. <http://www.adb.org/sites/default/files/publication1-75162/cam.pdf>

った賃金労働者人口が 2014 年には 44.4%に増加した一方で、家族経営の非賃金労働者人口は 23.5%から 5.6%に減少した。雇用形態で最も多かったのが、両年とも自営業で、それぞれ 49.2%と 49.6%であった。統計データ^{29,30,31}によってばらつきがあるものの、カンボジアの労働人口に占めるインフォーマル・セクターの割合は約 8 割と推定される。カンボジアでは児童労働が問題となっているが、5～17 歳人口の 19.3%が労働力となっており、そのうち 58.2%が就学していない³²。

²⁹ Danish Trade Union, Council for International Development Cooperation. (2014) . Cambodia Labor Market Profile 2014.

³⁰ International Labor Organization & Economic Institute of Cambodia (2006) . Handbook on Decent Work in the Informal Economy in Cambodia.

³¹ World Bank & Economic Institute of Cambodia. (2008) . Cambodia's Labor Market and Employment.

³² Ministry of Planning, National Institute of Statistics. 2015. Cambodia Socio—economic Survey 2014.
http://www.nis.gov.kh/nis/CSES/CSES_2014_Report.pdf

第3章 カンボジア医療の現状と課題

3-1 公的医療サービス提供

(1) 公的医療提供体制

カンボジアにおける現在の公的医療サービスは、1995年に策定された保健カバレッジ計画とODという新たな保健行政区単位での提供が基本となっている。ODは人口10万～20万人をカバーし、最低一カ所のレファラル病院と人口1万～2万人毎に一カ所のヘルスセンターを設置することが義務付けられている。ヘルスポストは最寄りのヘルスセンターから15km以上離れた地域に設置された公衆衛生施設であり、一ヘルスポストあたり2,000～3,000人をカバーしている。

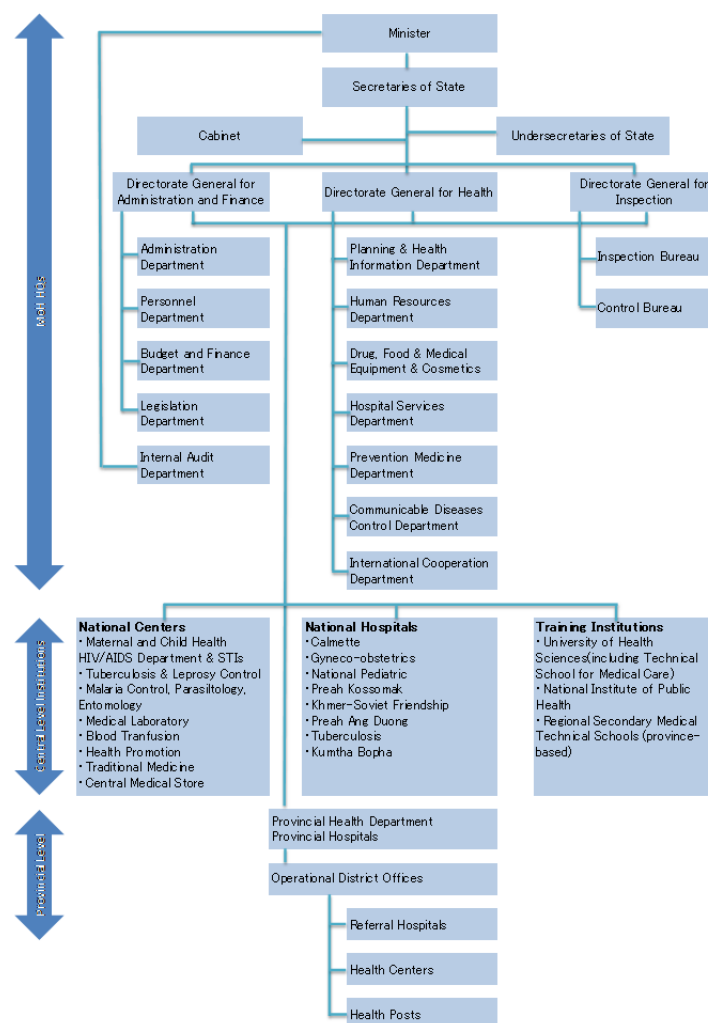


図 3-1 カンボジア保健省・公立医療機関の組織図

出所: The Kingdom of Cambodia Health Systems Review, Annual Health Financing Report (2015)
を基に調査団が作成

それぞれの公立医療機関は、保健省のガイドラインが定めるレベルに応じたサービスを提供している（表 3-1 参照）。基本サービスパッケージ（MPA）はヘルスセンター、ヘルス

ポストが提供しており、包括的サービスパッケージ（以下、「CPA」という。）はレファラル病院以上の医療機関が提供している。CPA は、そのレベルに応じて、更に CPA1 から CPA3 に分かれる。8 カ所すべての National Hospital³³及び 21 カ所の州病院が CPA3 である。2014 年時点でのカンボジアの医療機関数は、表 3-2 に示す通りである。

表 3-1 カンボジアの公立医療機関のレベルと機能

医療機関のレベル	求められる機能
MPA	予防対策、基本的な治療サービス、特定疾病対策
CPA 1	40～60床の入院施設。大規模手術室（麻酔科）・血液バンクはないが、産科を有する。
CPA 2	60～100床の入院施設。CPA1のサービスに加え、ICU、麻酔科、血液バンクを有し、緊急医療、大規模手術、輸血等の特殊サービスを提供する。また、耳鼻咽喉科、眼科、歯科矯正科を有する。
CPA 3	100-250床の入院施設。CPA 2以上のサービスを提供する。

出所: Health System Review (2015)

カンボジア HHRD プロジェクト調査コンソーシアム (2003)

表 3-2 カンボジアの公立医療機関(2014 年)

ODの数	88
病院の総数	106
National Hospitalの数 (母子保健、結核病院含む)	8
レファラル病院の数	98
CPA1レファラル病院の数	51
CPA2レファラル病院の数	29
CPA3レファラル病院の数	18
ヘルスセンターの数	1,105
ヘルスポストの数	106
ベッド数	12,249

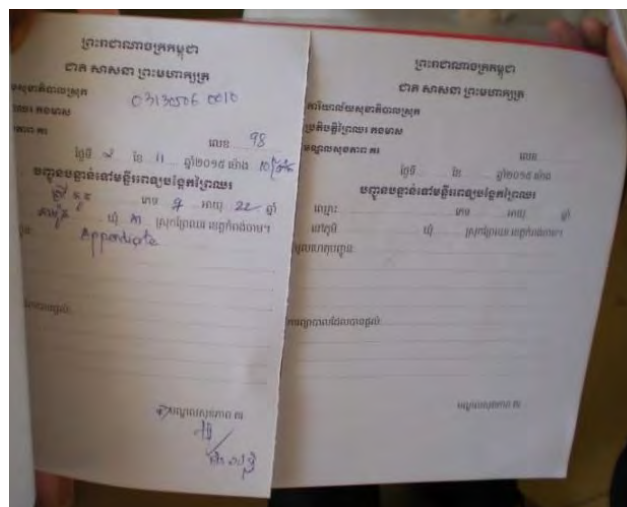
出所: Annual Health Financing Report (2015)

サプライサイド調査で訪問したコンポンチャム州、シェムリアップ州、コンポントム州には、ヘルスセンターから、必要に応じてレファラル病院、州病院に紹介されるというレファラル・システムが確立されており、医療機関には共通の紹介状様式が存在した（図 3-2 参照）。しかし、実際のところ、レファラル・システムは、貧困層を対象とした HEF を利用する際の条件としては機能しているものの³⁴、診療費を自己負担する住民にとって、医療機

³³ 通常、首都プノンペンにある公立の二次・三次医療機関は「国立病院」、州の基幹病院は「州病院」、その他の地域病院は「レファラル病院」と和訳されるが、実際これらすべてが国立病院なので、本報告書では、首都にある公立の二次・三次医療機関には National Hospital という名称を用いる。

³⁴ HEF を利用するためには、まず居住地のヘルスセンター／ヘルスポストにかかり、そこでは対応できない場合に高次医療機関に紹介されるというプロセスを経る必要がある。

関は基本的にフリー・アクセスであった。特にレファラル病院は、専門医・医療スタッフが多く、ヘルスセンターほど待ち時間が長くないため（図 3-3 参照）、直接受診する者が後を絶たない。但し、フリー・アクセスの下では評判の良い医療機関に患者が集中するため、収容能力以上の患者が訪れ、中には廊下にベッドを並べて入院患者を受け入れている医療機関もあった（図 3-4 参照）。緊急搬送の場合は、地域の拠点医療機関（プノンペンではカルメット病院）に一義的に連絡が入り、そこから各医療機関に振り分けられるため、ある医療機関に集中するというような問題は少ない。



（2部作成し、紹介した医療機関が1部保管する）
図 3-2 カンボジア医療機関の紹介状



（診察の順番を待つ人々）
図 3-3 シェムリアップ州のヘルスセンター



(廊下にベッドを並べて入院患者を受け入れている)

図 3-4 アンコールチュムのレファラル病院

多くの患者は午前中に診察を受けるが、ヘルスセンターを含め、終日診療を行っている医療機関が多い。遠隔の村に対しては、アウトリーチ・サービスを提供しているヘルスセンターもあり、24 時間体制のところも珍しくない。カンボジアでは 2009 年に伝統的助産師（以下、「TBA」という。）が廃止されており、施設分娩が全国平均 83%になっている^{35,36}。また、施設分娩の約半数がヘルスセンターで行われているというサプライサイド調査結果³⁷から、ヘルスセンターの 24 時間体制が必要に迫られたものであることがわかる。

薬品、機材は基本的に保健省から提供されるが、実際には不十分であることもあり、その場合、各医療機関が、診療費等による収入で賄うことになっている。医療機関が大型機材を購入できない場合は、リース・サービスを利用している。州病院では、設備が十分でないため、検査や診察のために患者が首都に行かざるを得ない、最新の技術について学んだ医師が勤務したがるなどの課題があると報告された³⁸。

公立医療機関の新設は村からの要請に基づいて検討される。公立医療機関の新設を要望する村は、管轄地域の Commune³⁹ Council に申請すると、まず Commune Council 内で決議され、その後 OD、州保健局（以下、「PHD」という。）、保健省の順番で決裁手続きが進められ、保健省が最終判断を下す。民間医療機関の場合、外来のみであれば PHD⁴⁰、入院施設も含む場合は保健省への申請が必要である。地域における医療提供については、PHD、OD、ヘルスセンターが検討委員会を設置し、医療機関の活動状況や課題について話し合うと共に、州・郡政府、他のセクター機関や開発パートナーと定期的に意見交換を行っている。PHD はヘルスセンター、ヘルスポストのアセスメントを行い、保健省と共に医療提供体制整備を行っている。また、PHD は、州内であれば民間医療機関にも赴き、モニタリングを行っており、必要に応じて民間医療機関と協調して医療を提供している。

³⁵ TBA や住民が妊婦を医療機関に連れて行くと、1.25 米ドルを支払うという取り組みが成され、次第に施設分娩が浸透したということである（STSA 所長からの聞き取り）。

³⁶ Cambodia Demographic and Health Survey (2014)。

³⁷ コンボンチャム州ヘルスセンターでの聞き取りによる（2015 年 11 月 2 日）。

³⁸ コンボンチャム州病院の病院長からの聞き取りによる（2015 年 10 月 30 日）。

³⁹ District（郡）の下の行政区。

⁴⁰ 担当機関が Provincial Government に変更する予定。

BOX 3-1 Special Operating Agency (SOA) と Service Delivery Grant (SDG)

保健省は以下 4 点を目的として、医療機関が SOA となることを奨励している。

1. ニーズに基づく公的保健サービスの質と供給の改善
2. 医療スタッフのモチベーション、誠実さ、プロフェッショナリズムの醸成と行動変容
3. 堅実性、効率性、透明性のある成果ベースの管理運営の促進
4. 資源を有効に利用した持続性の高いサービス提供の開発

SOA となる OD や州病院は、PHD を通じて保健省と内部契約を締結する。レファラル病院やヘルスセンターも管轄の OD が SOA となれば、OD と再契約できる。保健省と契約する PHD 及び OD や州病院は、保健省が策定した評価ツール readiness criteria の基準を満たしている必要がある。契約の手順は以下の通り。

- 保健省は医療サービス提供を委託する条件となる 3 カ年ローリングプランを基に、PHD と Performance Agreement を締結する。Performance Agreement には、医療提供機関の管理基準、州内の医療サービス改善のための中期目標、年間計画における次年度の具体的な目標が明記される。
- PHD は、SOA となる OD や州病院と Service Delivery Management Contracts を締結する。Service Delivery Management Contract には、PHD と SOA の役割、契約期間、提供されるサービス、目標、財政計画、サービスの質の基準、パフォーマンス管理、支払い方法が記載される。
- SOA となった OD は、域内のレファラル病院、ヘルスセンター、ヘルスポストと再契約する。

SOA にはプログラム毎の柔軟な予算が配分され、SDG という自由裁量の新たな資金を受け取ることができる。

SDG は、SOA となった OD や州病院及び OD と再契約したレファラル病院、ヘルスセンター、ヘルスポストが受給できる報奨金である。SDG の財源は、保健省と開発パートナーのプールファンド型支援プログラム、Health Sector Support Program (以下、「HSSP」という。) 2 の資金である。

- SDG は「一人当たり予算単価×当該地域の人口」で算出される固定配分に、他の補助金からの歳入の状況や地域の地理的要件、医療機関の数やレベル等に応じた変動配分を加えて決定される。総額の 80% が基本配分として前払いされ、20% が「パフォーマンス・ベース支払い」として、提供されたサービスの検証結果に基づき配分される。配分額の 65% を上限に保健スタッフへのインセンティブとして用いることができ、残りは運営費となる。
- SDG は年次運営計画と Service Delivery Management Contract に基づき、HSSP2 より OD 及び州病院に直接支給される。

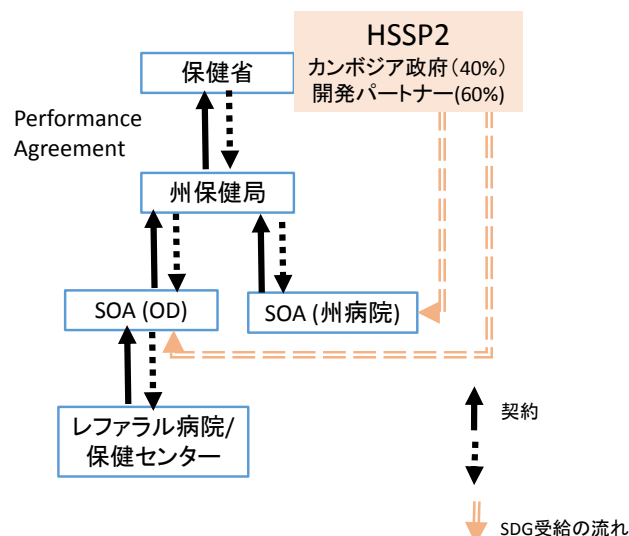


図 3-5 SOA, SDG の契約と SDG 受給の流れ

出所: The Kingdom of Cambodia Health System Review, Health System in Transition (2015)、
Service Delivery Grants – Operational Manual (2008) を基に調査団作成

カンボジア保健省は、提供する医療の質の向上のため、SOA 制度を採用している（次ページ BOX3-1 参照）。SOA は医療だけでなく、公共サービス全般の質と供給の向上を目的に 2006 年に法令で定められた制度である。SOA となるための要件は各省で定められているが、保健省では保健省管轄のサービス提供機関としており、州病院や OD もその対象である。2014 年時点で、26 の OD と 10 の州病院 が SOA となった⁴¹。

カンボジアでは、2001 年に地方分権化に向けた取り組みを開始しているが、現在に至るまで、執行責任は中央省庁に集中している。しかし、保健省は、内務省が中心となり形成された省庁横断的フォーラム National Committee for Sub-national Democratic Development (NCDD) より、地方分権化に向けたパイロット事業を 2016 年より開始するよう促されている。保健省とその他の省庁が用いる郡行政区分⁴²が異なるため、「OD の役割」という基本的な部分からの整備が求められている。

(2) 医療従事者

カンボジアには、未だ医療従事者の国家免許資格制度は存在しないが、2013 年度より歯科医師、薬剤師、看護師（学士）の、2014 年度より医師の国家卒業試験制度が導入されている。また、助産師（学士）については 2016 年度からの開始が予定されている⁴³。カンボジアでは、医療従事者養成機関の卒業試験に合格すると、それぞれ専門の評議会（Council）に所属することが求められている（例：医師は Medical Council、看護師は Nurse Council）。近年、医療従事者養成機関の数が増えているが、標準化された教材がない、教員の専門知識、臨床経験、指導スキルが不十分等の理由で、質の高い人材の育成には未だ課題が多い。また、新卒者は職員採用試験に合格すると政府の給料支払簿に登録される。すでに定年退職した者でも、アドバイザーやアシスタントとして任命された場合は、給料支払簿に氏名が残る。カンボジアの公立医療機関に従事する医療人材の数は表 3-3 の通りである。

医師が勤務しているのはレファラル病院以上の医療機関であり、ヘルスセンター、ヘルスポストに勤務しているのは主に看護師と助産師である。公立医療機関で勤務する医療従事者は、公立医療機関の給与では生計を維持するのが困難なため、同時に民間医療機関で勤務しているか、独自にクリニックを開設していることが多い。公立医療機関と自身のクリニック等との兼業を行っている医師の中には、公立医療機関の患者を自身のクリニックに誘導し、公立医療機関では行わない診療行為を自身のクリニックで行っている者もいると報告されており、兼業が公立医療機関における医療の質を下げているひとつの原因であると指摘されている。世銀が実施した医療の質に関する調査では、民間医療機関の医師は患者一人ひとりにより多くの時間を費やしていると報告されている⁴⁴。医療関係者からは、医師の公立医療機関と民間医療機関との兼業を禁止すべきであり、そのためには公立医療機関における給料を十分なものにすべきだという意見が聞かれた⁴⁵。

⁴¹ The Kingdom of Cambodia Health System Review (2015)

⁴² 保健省以外の省庁は、郡行政区分として、Administrative District (AD)を用いる。

⁴³ JICA 医療技術者育成システム強化プロジェクト提供資料による。

⁴⁴ World Bank. 2013. Cambodia's Quality of Care Study.

⁴⁵ コンポンチャム州病院の病院長からの聞き取りによる（2015 年 10 月 30 日）。

表 3-3 カンボジア公的医療人材の数、地域的偏在、所得

職種（公共部門のみ）	2010年		2011年		中央勤務 （％） ²	平均月収 （米ドル） ³
	人数	HW/ 1000 ¹	人数	HW/ 1000		
General medical practitioners	2,292	0.166	2,144	0.152	40.3	135
Special medical practitioners	91	0.007	351	0.025	74.4	153
Physician assistants/ Health officers	911	0.066	796	0.057	23.6	122
Graduate/registered/professional nurses	5,182	0.374	5,389	0.383	21.7	79
Vocational/ enrolled practical nurses	3,311	0.239	3,260	0.232	2.6	55
Midwives	1,924	0.139	2,053	0.146	12.3	79
Primary midwives	1,834	0.133	1,997	0.142	0.5	55
Dentists	190	0.014	230	0.016	40.9	134
Dental assistants and therapists	52	0.004	62	0.004	12.9	122
Pharmacists	446	0.032	489	0.035	43.6	134
Pharmaceutical assistants	102	0.007	92	0.007	48.9	122
Physiotherapists	125	0.009	137	0.01	32.8	79
Radiological technology and therapeutic equipment operators	14	0.001	17	0.001	5.9	79
Laboratory technicians	520	0.038	509	0.036	42.6	79
Skilled administrative staff	33	0.002	71	0.005	36.6	106
Accountants	103	0.007	144	0.001	36.8	106
Information and communications technology professionals	34	0.002	49	0.003	73.5	106
Building caretakers	87	0.006	94	0.007	14.9	41
Drivers	52	0.004	65	0.005	30.8	45
Other health support staff	830	0.06	647	0.046	31.8	—

1 人口1,000人に対する医療従事者数

2 中央勤務には、保健省本省、University of Health Sciences、国立研究機関、プノンペン市内のNational Hospital 6カ所が含まれる。

3 2011年データ

出所：WHO Human Resource for Health Country Profiles CAMBODIA (2014)

サプライサイド調査で訪問した多くの医療機関では、上述の SDG によるインセンティブ制度により、スタッフのモチベーションが上がり、医療サービスの質が良くなったと伝えられた。また、コンポントム州では、Pay for Performance (P4P)⁴⁶と呼ばれるパフォーマンス・ベースの独自の給与・ボーナス支払いシステムを導入し、医療従事者のモチベーションを高めている⁴⁷。

(3) 医療財政

カンボジアの医療財政を取り巻く状況及び医療費の財源は表 3-4 の通りである。カンボジアの医療費の内訳は、政府予算と開発パートナーの支援資金がそれぞれ約 2 割、残りの 6 割強は患者の自己負担となっている。患者の自己負担が占める割合は 2008 年から微増している。総医療費がこの 8 年間で倍増したという事情はあるものの、国家予算も保健予算も

⁴⁶ パフォーマンス評価が 50%を達成しない場合ボーナスは支給されないが、四半期毎に評価が行われるため、次回の評価でパフォーマンスを改め、高得点を目指そうというモチベーションに繋がっているということである。

⁴⁷ コンポントム HEFO での聞き取りによる（2015 年 11 月 3 日）。

同様に倍増していることを考慮すると、政府予算の総医療費に占める割合が減少しているという事態は憂慮すべきである。他方、医療保険から支払われているのは、2012 年の時点で僅か 0.2%であった⁴⁸。

表 3-4 カンボジアの医療財政(2008~2014 年)

	2008年	2014年
1 マクロ経済指標		
GDP(百万米ドル)	10,337	18,040
人口 (百万人)	13.4	15.2
一人当たり GDP(米ドル)	772	1,188
2 政府予算		
国家予算総額(百万米ドル)	1,638	3,187
国家予算 GDP 比	15.8%	17.7%
3 政府の保健医療予算		
保健医療予算(百万米ドル)	111	241
同 GDP 比	1.1%	1.3%
同政府総予算比	6.8%	7.6%
4 総医療費		
総医療費(百万米ドル)	550	1,042
総医療費 GDP 比	5.3%	5.8%
5 総医療費の内訳(百万米ドル)		
	割合	割合
政府予算	105 19.0%	193 18.5%
ドナー	111 20.1%	191 18.3%
自己負担	335 60.9%	658 63.2%
6 財源別一人当たり医療費 (米ドル)		
政府予算	7.81	12.71
ドナー	8.27	12.59
患者	25.00	43.37
一人当たり医療費合計	41.08	68.67

出所: Annual Health Financing Report (2015)

保健省は、National Hospital に対して直接支払いを行う一方で、PHD に予算を配分する。PHD は更に OD に配分し、OD はレファラル病院やヘルスセンターの医療サービスに対して支払いを行う。HEF や保険制度が導入されているところでは、管理機関を通じて診療費が支払われる⁴⁹。全体の医療に関する資金の流れは図 3-6 の通りである。医療資金の流れに関し、サプライサイド調査で明らかになったことは、銀行の普及によって、地方政府及び地方の医療機関に比較的スムーズに資金が届けられるようになっているということである。

本調査中に、カンボジアの 2016 年度の予算案が国会を通過した。2016 年度のカンボジアの国家予算は 43 億米ドル、2015 年から 16.1%増であった。国家開発における優先セクターは教育、保健、労働、農業であるが、教育省予算が 28.0%、労働職業訓練省予算が 45.8%、農業省予算が 25.0%増額されたのに対し、保健省予算は 8.6%増の 2.74 億米ドルに留まった。

⁴⁸ Estimating Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report (2014) .

⁴⁹ Measuring Health Expenditure in Cambodia: National Health Account Report (2014) .

この原因について、多くの関係者は、医療機関の財政管理能力に対する経済財政省の信頼のなさの現れではないかと指摘する。世銀が 2011 年に出版した Integrated Fiduciary Assessment and Public Expenditure Review によると、カンボジアの医薬品の調達コストは国際平均を大幅に上回っており、2004 年に保健予算の 40%であったのが、2009 年には 46%に増加している。また、保健省の総事業費の 60%近くが調達コストとなっており、人件費も 2004 年に 13%であったのが 2009 年には 20%に増加している。

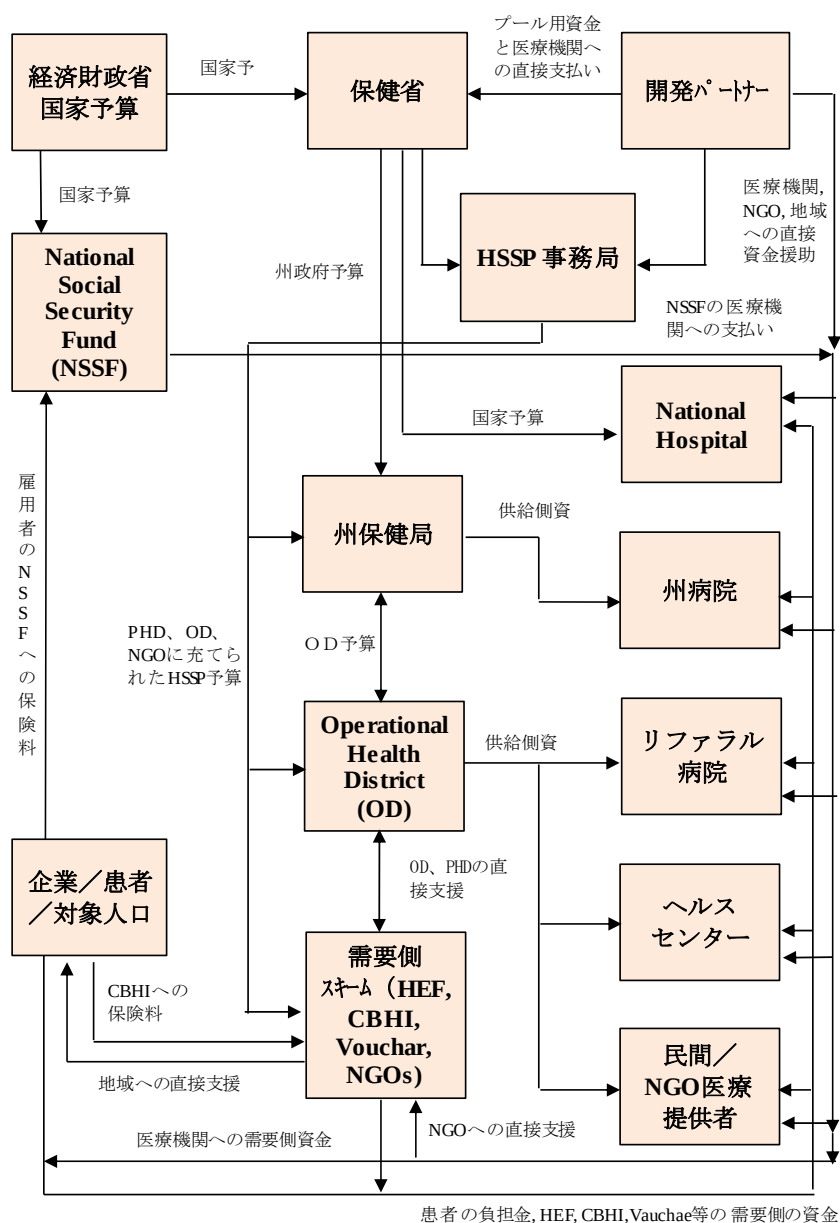


図 3-6 カンボジア医療にかかる資金の流れ

出所: Annual Health Financing Report (2015)

保健省は医療保障に係る財源を増やすため、たばこやアルコールへの増税を経済財政省に提案しているが、経済財政省は 2018 年まで保留にしたいという意向を示している。経済財

政省はこれらの付加価値税の税率は 2015 年 6 月に上げたばかりであるため、更に上げることは困難であり、また急な増税はカンボジア経済にも影響しかねないため、慎重に対処したいとしている。一方、優先セクターである保健セクター関連機関には、2016 年度より人件費以外の事業費として柔軟に活用できる予算が試行的に配分されることが決定した。この予算措置により、例えばレファラル病院には、毎月 100 万リエル（約 250 米ドル）が支給される。また、経済財政省は、今後は個人事業主の所得に対する課税も検討するとした⁵⁰。

カンボジアの医療機関にとって、患者が支払う診療費（医療保障による支払いを含む）は重要な収入源である。保健省・経済財政省条例では、患者から受け取った診療費の 60%をスタッフへのインセンティブ、39%を運営費・設備費・薬品等の購入費、1%を国庫に納めることが定められている。カンボジアでは、この診療費の設定が各医療機関に委ねられている。したがって、運営費を稼ぐため、診療費を上げる医療機関もあれば、診療サービスを縮小して支出を抑える医療機関もある。その結果、医療機関の間に格差が生じている。国連人口基金（以下、「UNFPA」という。）が他の開発パートナーと共同で診療費の現状調査を行ったところ、公立医療機関であっても診療費に大きな格差があることが判明している。例えば、帝王切開の料金には 100～250 米ドルの幅があり、ヘルスセンターの診療費においても、高額設定施設と低額設定施設との間には 3 倍ほどの差があるということである。また、民間医療機関では、収益向上のため、必要以上に帝王切開を行ったり、頻繁にエコー検診を行っているという報告もなされている⁵¹。

どのような状況においても、富裕層は高額であっても医療サービスを利用するため、高額な診療費を設定した医療機関の収入は増え、人材や施設が充実する一方で、診療費を低く抑えている医療機関では、診療費は主に運営を維持するために活用されるため、人材、施設、サービスの質は改善されない。このように、診療費の自由設定は、医療機関の財政能力に格差を生じさせるだけでなく、医療の質の格差にも繋がる。UHC 達成を目指す際には、診療費の格差是正にも取り組むべきだと考えらえる。

3-2 医療保障制度

(1) 憲法の規定

カンボジアでは、1991 年にパリ和平協定が締結され、国連カンボジア暫定統治機構 (UNTAC) によって暫定統治が成されていた 1993 年 9 月に「カンボジア王国憲法」が公布された。医療保障については、第六章 第 72 条で以下のように規定している。

第六章 教育、文化、社会問題

第 72 条 国民の健康は保障される。国家は、疾病予防及び医療に最大限の配慮を払う。貧困な市民は、公立病院、診療所及び産院において無償で診療を受けることができる。国家は、農村地域において、診療所及び産院を設置する。

⁵⁰ 経済財政省 General Department of Economic and Public Finance Policy での聞き取りによる（2015 年 11 月 6 日）。

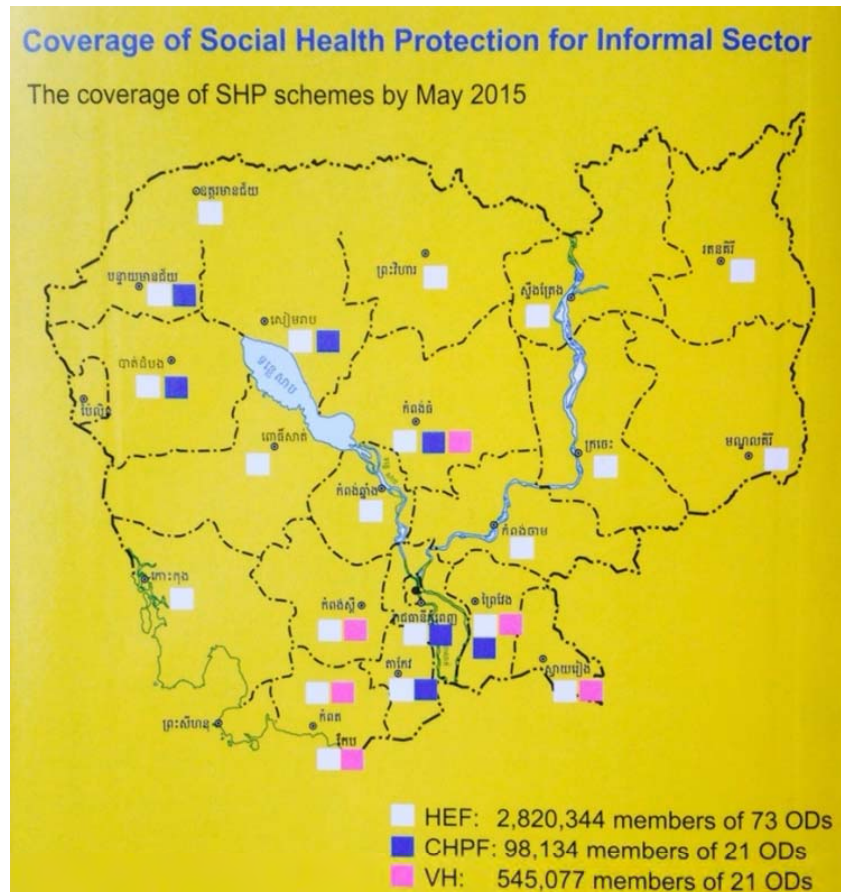
⁵¹ UNICEF での聞き取りによる（2015 年 11 月 5 日）。

表 3ー5 カンボジアにおける社会医療保障スキーム

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
制度名	Health Equity Fund (HEF)	貧困層への医療助成制度 Government Subsidy: SUB)	地域医療保険制度(CBHI)	Voucher Scheme	Integrated Program	Community-managed HEF (CMHEF)	民間保険	国家社会保障基金 (NSSF)	公務員国家社会保障基金 (NSSF-C)	その他
設立年	2000 年	2006 年	1998 年	2008 年	—	2004 年	—	2007 年	2009 年	—
運営・管理	Health Equity Fund 事務局、 Health Equity Fund Operator (HEFO)及び Health Equity Fund Implementers (HEFI)	医療機関	NGO、CBO	Voucher Management Agency (VMA)	コンボントムODの HEFO	BFH、ヘルスセンター運 営委員会 (HCMC)	各保険会社	NSSF	NSSF-C	開発パートナー、NGO など
特徴	貧困認定 (ID Poor) 世帯を対 象とした医療扶助。	貧困層の財政負担の軽減と 公立医療サービスの利用促 進を目的とした、貧困層の診 療費全額免除制度。	コミュニティを基盤とし、 NGOやCBOによって運 営されている任意の非営 利医療保険。	各家庭に配布された特定の医 療サービス Voucher(クーボ ン)を医療機関に持っていく と、無料サービスが受けられ る。医療機関はクーポンと 引き換えに診療費を受け取 る。	HEF、CBHI、Voucher Scheme を統合させたパイ ロット事業。人員削減、作業 の効率化、幅広い被保険者の 把握と柔軟な対応が可能。	HEF でカバーされない 高齢者、障がい者、妊 婦等、弱者を対象に、通 院のための交通費や食 費などを支給する制度。	給付パッケージは選択制 で入院が中心。マイクロ保 険という少額の保険料で も加入可能な商品もある。	民間被用者向け社会保 障スキーム。現行では労災 保険のみが運営されてい るが、医療保険と年金も 数年内に開始予定。	公務員とその家族のための 社会保障スキーム。現在の ところ、年金のみ。NSSF と 統合される計画がある。	母子保健サービス、マラリ ア、結核、HIV/AIDS、予防 接種など、開発パートナ ーからの支援により無料で提 供されている医療サービス。
課題	- 貧困認定が煩雑且つコスト を要する。 - 低いサービス利用率が課題 であるが、利用率が上がると 政府の財政負担が増加する。 - NCD 患者の増加に伴い、外 来診療費が急増している。	SUB でカバーされた患者の 医療費は 20 米ドルが上限で あり、上回った費用は医療機 関が独自予算で負担する必 要があるため、医療機関は 通常 SUB 対象患者の受け 入れには消極的。	- 保険の単位が小規模で あるため、徴収できる保険 料が少ない。 - 任意加入であるため、逆 選択が生じる。 - CBHI の収入源は基本 的に保険料のみであり、 政府からの助成がない。	- 子供の成長モニタリングや子 宮頸がんの検診では未だ利 用率が低い。 - HEF と重複する医療サー ビスがある。	Voucher Schemeは未だ連携 の域に留まり、HEF と CBHI の資金統合は未だ実現して いない。	—	—	- 医師である NSSF 職員 の離職率が高い。 - 本部の執務スペースが 不十分。 - 加入者管理に指紋認証 を使用したいが、未だ内 務省が承認しない。	年間 3,000~4,000 人が定年 を迎え、政府の負担が大き くなっている。	—
対象	計画省の事前認定システム 及び HEFO による事後認定 システムによって特定された 貧困世帯	医療機関が実施するインタ ビューにより特定された貧困 世帯	貧困世帯と特定されてい ないインフォーマル・セクタ ー	保障内容によって異なる：貧困 世帯の妊婦、2 歳未満児、貧 困世帯の生殖可能年齢の女 性、30~49 歳の女性、50 歳 以上の男女、障がい者等	HEF、CBHI、Voucher Scheme の対象者	HEF でカバーされない 高齢者、障がい者、妊 婦などの弱者	全国民	8 名以上を雇用する民間 企業の被用者	公務員及びその扶養家族	医療サービスによる
加入者数 (純益者数)	約 320 万人 (2015)	—	約 11.8 万人 (2016)	約 400 万人 (2016)	—	—	—	約 110.5 万人 (2016 年)	約 80 万人 [2016]	—
財源	カンボジア政府資金 40% 開発パートナー資 60% (2015)	カンボジア政府資金 及び医療機関	保険料と開発パートナ ーの資金	KfW	各スキームに準ずる	コミュニティ住民から の寄附金	保険料と保険会社の資金	民間企業から徴収した保 険料	カンボジア政府資金	開発パートナー資金
対象機関	公立医療機関 1,069 ヘルスセンター 138 地方病院 (2015 年 8 月現在)	公立医療機関	公立医療機関	公立医療機関 6 州 21OD に おける 21 レファラル病院、280 ヘルスセンター	各スキームに準ずる	公立医療機関	公立医療機関と民間医療 機関	全国 96 カ所 (各州 1~3 カ 所) の公立医療機関、シア ヌークビル、スタンミンチ ェイの提携民間クリニック	—	—
医療保障の内容	- 入院・外来 - 交通費 - 入院患者介助者への食費 - 葬儀費用	医療費全額	実施団体によるが、対象 制限のある治療費	- 妊娠出産、家族計画、中絶 - 子供の健康と栄養 - 子宮頸がん検診と治療 - 白内障検査と手術 - リハビリ	各スキームに準ずる	通院のための交通費や 食費など	入院費に主眼を置いてい るが、多様な給付パッ ケージがある	必要な治療費すべて	—	—
保険料	—	—	実施団体が独自に設定	—	各スキームに準ずる	—	給付パッケージによる	—	—	—

(2) 現行の医療保障スキーム

現在、カンボジアに存在する社会医療保障スキームは表 3-5 の通りである。民間企業に勤める被用者のための社会医療保障は、労働職業訓練省及び経済財政省傘下の国家社会保障基金（以下、「NSSF」という。）が、公務員とその家族のための社会医療保障は社会問題・退役軍人・青少年更生省及び経済財政省傘下の公務員国家社会保障基金（以下、「NSSF-C」という。）が、そして貧困層に対する医療保障は保健省が運営・管理している。各社会医療保障スキームの詳細については以下に述べる。



HEF: Health Equity Fund, CHPF: Community Health Protection Fund, VH: Voucher for Health（Voucher Scheme と同義）

図 3-7 カンボジア医療保障の普及(2015 年 5 月)

出所: Social Health Protection Association

① Health Equity Fund (HEF)

HEF は貧困認定 (ID Poor) 世帯を対象とした医療扶助の制度である。カンボジアでは、1999 年より貧困世帯の診療費の自己負担軽減を目的に各種パイロット事業が実施され⁵²、2000 年に HEF が導入された⁵³。ID Poor 認定を受けた世帯は、医療サービスの無料化、交通費の払い戻し等の給付を受けることができる（表 3-6 参照）。薬品については必須医薬品リストがあり、リストにない薬品は患者負担となる。

⁵² Health Equity Fund System Technical Brief (2015) .

⁵³ Asia Pacific Observatory on Health Systems Policies (2015) The Kingdom of Cambodia Health System Review, Health System in Transition Vol.5 No.2.

HEF の裨益人口は、2015 年 8 月時点で 320 万人（総人口の約 20%）と推定されており、2014 年には延べ 160 万人の患者支払い実績を有する。2015 年 8 月時点で HEF の対象となっている公立医療機関は 1,069 カ所のヘルスセンター、138 の地方病院とクメール・ソビエト病院であった⁵⁴。

表 3-6 HEF の給付内容

給付の種類	National Hospital 州病院		レファラル病院		ヘルスセンター
	入院	外来	入院	外来	外来
医療サービス	○	○	○	○	○
交通費	○	○	（分娩、妊娠中絶手術後）	×	（分娩、妊娠中絶手術後）
入院患者介助者への食費	○	×	○（分娩）	×	×
葬儀費用	○	○	×	×	×

出所：Health Equity Fund System Technical Brief(2015)を基に調査団作成

HEF の給付を受けるには、以下に示すいずれかの方法で ID Poor 認定を受ける必要がある。

1) 事前 ID Poor (Pre-ID Poor) 認定

計画省による 3 年に 1 度の各州における認定制度（詳しくは次項 3-3 で述べる）。認定後 3 年間有効の Equity カード（図 3-8 参照）が交付される。



図 3-8 Equity カード

2) 事後 ID Poor (Post-ID Poor) 認定

医療機関受診時に ID Poor 認定はされていないが、その資格があると思われる者は、医療機関（National Hospital 及び州病院等）に常駐する Health Equity Fund Operator（以下、「HEFO」という。）によるインタビューを基に ID Poor 認定を受けることができる。インタビューは別添資料 9 の質問票に沿って行われる。認定後、1 年間有効の「Priority Access Card（以下、PAC という。）」（図 3-9 参照）が交付される。Post-ID Poor 認定に関する情報は、計画省のデータベースに送信され、当該州における次期 Pre-ID Poor 認定の対象となる。

⁵⁴ Health Equity Fund System Technical Brief (2015) .

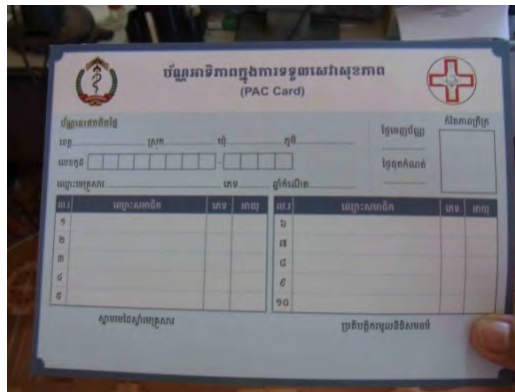


図 3-9 Priority Access Card (PAC)

HEF の財源は、2015 年時点でカンボジア政府が 40%、開発パートナーが 60% 拠出しているプールファンド開発支援プログラム（以下、「HSSP」という。）² である。世銀の受託規制と手続き方法に基づき事務局が契約、予算策定、資金フローの管理を行っている（図 3-10 参照）。HSSP2 事務局は、OD ごとに、担当の HEFO（主に現地の NGO や住民組織〔以下、「CBO」という。〕）と契約する。HEFO は、保健省が策定するガイドラインに基づき、直接医療機関と契約する。また、PHD、OD では四半期ごとに委員会の会合が開催され（州委員会は州副知事、郡委員会は郡副知事が議長）、各方面の関係者が技術的アドバイスを提供する⁵⁵。

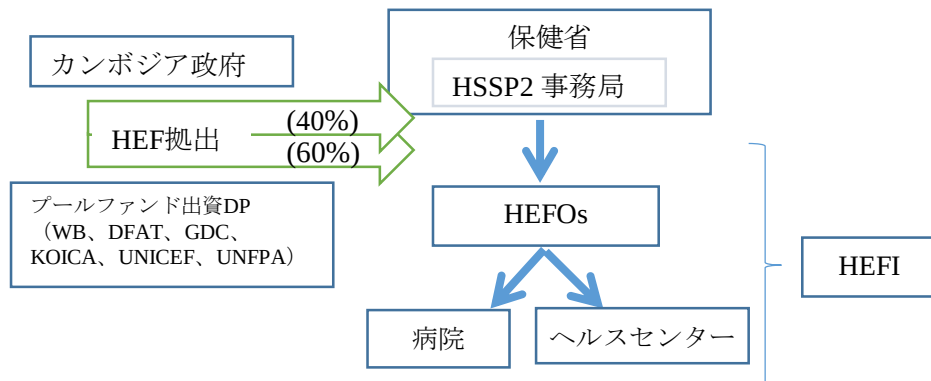


図 3-10 HEF の仕組み

出所：Health Equity Fund System Technical Brief(2015)を基に調査団作成

一方、HEFO が作成した HSSP2 への支払い請求書の内容確認、HEF 受給者の家（庭訪問・聞き取りや HEFO のモニタリングは、Health Equity Fund Implementer（以下、「HEFI」という。）が行っている。HEFI の業務は、USAID の資金援助を受け、過去 7 年間に亘って University Research Co.（以下、「URC」という。）が担っている。

⁵⁵ コンポンチャム州保健局での聞き取りによる（2015 年 10 月 30 日）。

表 3-7 HEF が医療機関に支払う診療費の価格

直接給付の種類と診療費	CPA1	CPA2	CPA3*	National Hospitals
平均外来診療費用（医療機関）	1.5米ドル	2.0米ドル	2.5米ドル	4.5米ドル
平均入院診療費用	15米ドル	25米ドル	30米ドル	75米ドル
平均手術費用	-	80米ドル	100米ドル	280米ドル
長期作用型可逆的避妊（IUD、インプラント）費用	5米ドル	5米ドル	5米ドル	5米ドル
永久的避妊費用	-	25米ドル	25米ドル	25米ドル

*National Hospitalを除く。

出所:Health Equity Fund System Technical Brief（2015）を元に調査団作成

HEF の利用記録は各医療機関内で行い（図 3-11 参照）、そのデータ（受給者、利用率、財務記録等）は、保健省の Patient Management and Registration System（PMRS）により管理されている。2014 年の HEF 総支出額は、1,155 万 7,675 米ドルであり、内訳は 77.6%が給付にかかる支出（医療サービス、交通費、介助者の食費等）、17.1%が HEFO の運営費、5.4%が HEFI の運営費となっている⁵⁶。



図 3-11 コンボンチャム州ヘルスセンターの HEF 利用者に関する書類

HEFO と HEF 事務局との契約の 60%は、Output-based Contract である。Output-based Contract を締結した HEFO が管理する医療機関への支払いには、従来の家賃、給料、燃料費等といった個別の請求書の審査が不要となり、事務手続きが大幅に簡略化された。

他方、Output-based Contract を締結した HEFO は、年に一度、12 の Output Units（表 3-8 参照）に基づいて医療機関のパフォーマンスが評価され、その結果に基づいて診療費が支払われる。例えばヘルスセンターの場合、Output Units 達成度が 75%以上であれば、外来診療一回につき 4,000 リエル、75%未満の場合は 2,000 リエルが支払われている。

多くの病院には HEF 申請のための事務所が内设されている。Equity カード保持者は、来院直後、事務所内で待機する HEFO に Equity カードを提示する。Equity カードを保有しない ID Poor 候補者は、事後 ID Poor 認定審査を受け、ID Poor として認定されれば、キャッシュ

⁵⁶ Independent Verification of the Health Equity Fund System Discussion Paper（2015）。

レスで受診出来る。事務所では、来院患者に対する医療サービス、医療保障に関する啓発も同時に行っている。その際、使用されている資料については別添資料 10～11 を参照されたい。

表 3-8 HEF Output-based Contract の支払い基準となる 12 の指標

1	Coverage of a Referral Hospital with Meet and Greet Services	Non-Variable
2	Number of HEF Beneficiaries Processed at RH Level for IPD Services	Variable
3	Number of HEF Beneficiaries Processed at RH Level for OPD Services	Variable
4	Coverage of Health Centers with HEF Services Available	Non-Variable
5	Number of HEF Beneficiaries Processed at HC Level	Variable
6	Timely Payment of Direct Benefit User Fees to Health Facilities	Non-Variable
7	Number of Facility Based Births at RH and HC Level	Variable
8	Number of Household Spot Checks	Variable
9	Number of Villages with a Representative at a Community Network Meeting	Variable
10	Completed Quarterly P/DHFSC and District Monitoring Group	Non-Variable
11	Timely, Accurate, and Complete Quarterly Progress and MOH/DPHI Reports	Non-Variable
12	Completed Annual Village Survey	Non-Variable

出所: Health Policy Brief (2015) を基に調査団作成

受給者の居住地や貧困レベルにより違いはあるものの、HEF の導入によって、貧困家庭の診療費支払いのための借入額は平均して 25%削減されたと報告されている⁵⁷。また HEF 対象者は、HEF 対象でない者に比べ、公立医療機関の利用率が高いという評価も受けている⁵⁸。一方、HEF 対象者であるものの、HEF を利用しない者もいる⁵⁹。Health Equity Fund Utilization Survey の報告書では、過去 12 カ月以内に Equity カード保持者が医療サービスを利用した際、外来では 3 回に一度、入院では 2 回に一度しか Equity カードが使用されなかったと報告されている⁶⁰。サービスの利用率が低いことは HEF にとって課題であるが、また一方でサービス利用率が上がった場合、その分政府の財政負担が大きくなるというジレンマも抱えている⁶¹。近年、外来診療に係る費用が急増しているが、その大きな原因は糖尿病、高血圧、精神疾患といった非感染性疾患（以下、「NCD」という。）患者の増加である。特に NCD は担当する医師によって治療方針が異なり、頻回の受診、外来診療費の増加に繋がっている。カンボジアにおいて、NCD 診療ガイドラインの策定は急務である⁶²。

② 貧困層への医療助成制度 (SUB)

貧困層への医療助成制度（通称 SUB）は、2006 年の保健・経済財政省令 809 においてカンボジア政府が定めた貧困層の診療費全額免除制度である。SUB は貧困層の財政負担の軽減と公立医療機関の利用促進を目的に実施されている。保健省の Annual Health Financing Report

⁵⁷ Independent Verification of the Health Equity Fund System Discussion Paper (2015) .

⁵⁸ Health Equity Fund System Technical Brief (2015) .

⁵⁹ GIZ からの提供資料「Health Equity Fund Utilization Survey Executive Summary」による。

⁶⁰ GIZ からの提供資料「Health Equity Fund Utilization Survey Executive Summary」による。

⁶¹ VMA からの聞き取りによる (2015 年 10 月 29 日)。

⁶² Health Equity Fund System Technical Brief (2015) .

2015では、6カ所のNational Hospitalと、8州、12OD内の12カ所のレファラル病院152カ所のヘルスセンターで導入されていると報告されている。SUBの支払いは、一度の診療に対して20米ドルが上限であり、上限額を上回った費用は医療機関が独自予算で負担する必要があるため、医療機関は通常、貧困者には事後ID Poor認定を奨励する。事後ID Poor認定の資格がない貧困者⁶³については、SUB候補として受入れ、別添資料12の質問票に基づくインタビューを通してSUB貧困者として認められれば、一回限定の貧困認定証を発行する⁶⁴。

③ 地域医療保険制度(CBHI)

地域医療保険制度（以下、「CBHI」という。）は、コミュニティーを基盤として NGO や CBO が運営する任意の非営利医療保険である。担当地域において運営機関が加入促進を行い、保険料を徴収して運営している。基本的に公立医療機関で提供されるサービスが給付の対象である。カンボジアにおける CBHI の試行は、1998 年頃開始された⁶⁵。CBHI は、現在 Community Health Protection Fund (CHPF)、Voluntary Health Insurance (VHI)、Voluntary Enrolment Scheme と呼ばれており、7州 21OD において 11 万 8,000 人をカバーしている⁶⁶。非貧困インフォーマル・セクターは約 1,000 万人と推定されるため、現在 CBHI でカバーできているのは、そのうち僅か 1.2%にすぎない。保健省はガイドラインの策定、監督を行うに留まり、予算の投入は行っていない。



図 3-12 SKY の保険証

カンボジアで初めて試行された CBHI は、フランスの NGO、Group de Recherche et Déchanges Technologiques（以下、「GRET」という。）が運営する SKY であった（図 3-12 参照）。SKY はクメール語で「家族の健康」という意味の「Sokapheap Krousat Yeugn」の頭文字を取ったものである。内戦後のカンボジアで村の経済状態が改善されていった一方、村人は医療費に多額を投じていたため、その状況を改善すべく SKY が導入された。SKY の事業を通じて、サプライサイド、デマンドサイドの双方に働きかけた結果、人々の健康追求の行動に変化

⁶³ 医療機関に従事する HEFO スタッフが直接事後 ID Poor 認定のインタビューができるのは、管轄地域の住民のみである。他地域の住民である場合、患者の居住地域の HEFO に連絡を取り、家族へのインタビューを依頼する必要がある。そのような手順を踏むことが困難な場合、Post-ID Poor は実施できない。

⁶⁴ クメール・ソビエト病院における聞き取りによる（2015 年 10 月 27 日）。

⁶⁵ ASSESSMENT OF THE COMMUNITY BASED HEALTH INSURANCE (CBHI) IN PURSAT PROVINCE, CAMBODIA By RACHA Team, funded by USAID.

⁶⁶ Lo, Veasnakiry (2016). SOCIAL HEALTH PROTECTION IN CAMBODIA: WAYS MOVING FORWARD. Presented at the Meeting of TWG for Developing National Social Protection Policy Framework on 18 February, 2016.

が見られ、医療サービスの提供体制にも改善が見られた。この SKY の成果を受け、他の NGO が各地で同様の取り組みを展開した。

2000 年代後半、社会保障制度整備の一環で、経済財政省は CBHI のライセンス化と課税を提唱した。しかし、管理組織の多くは非営利団体であり、貧困地域で活動していたため、運営していた NGO 及び開発パートナーがこの動きに反対した。最終的には CBHI を運営しているすべての NGO と保健省が覚書（以下、「MOU」という。）を締結し、CBHI は保健省のプログラム傘下に位置づけられることになった。その中で、一部の営利組織は経済財政省に登録された。

CBHI の保険料や給付内容は実施団体が独自に設定している。サプライサイド調査で訪問した CBHI の年間一人当たり平均保険料には、2.5～18 米ドルの幅があった⁶⁷。保険料を低く設定する場合、解約を防ぎ、加入者を増やすことが期待できる。しかし、これができるのは外部からの財政支援が見込める団体だけである。ほとんどの CBHI 運営団体は、資本を増やすため、保険料を高く設定せざるを得ない⁶⁸。財政負担を軽減するため、給付対象をヘルスセンターに限定するなどの措置を取っている CBHI もある。CBHI の運営体制も組織によって異なるが、多くは HEF と同様、医療機関内に事務所を開設し、常駐スタッフが患者に対応する一方で、各家庭をまわって保険料を徴収している。基本的に HEF と同様、保険証を提示すれば、一部支払いも立て替え払いもなく、キャッシュレスで受診が可能である。

CBHI は 2008 年から 2011 年頃までは活発であったが、その後、開発パートナーからの支援が減少し、現在では勢いを失っている。HEF と CBHI を同時に運営している多くの NGO は HEF の管理費を活用して双方を運営するなどの工夫をしているが、加入者の解約件数も多く、開発パートナーからの資金援助がない CBHI は、継続が困難になっている。多くの CBHI が経営困難に陥っている主な原因は以下の通りである。

- 1) 保険の単位が小規模であるため、徴収できる保険料が少ない。
- 2) 任意加入であるため、医療サービスを必要とする人ばかりが加入するという逆選択⁶⁹が生じ、医療費の支出が保険料の収入を上回ることが多い。
- 3) CBHI の収入源は基本的に保険料のみであり、政府からの助成がない。

換言すれば、CBHI にはリスク分散のメカニズムが存在しない。加えて、昨今の非感染性疾患の増加や医療の近代化に伴い、CBHI は新たな医療費増加の課題に直面している。

多くの CBHI が困難な状況に見舞われている中、独自の運営方法で成功している NGO/CBO がある。その主な事例を以下に挙げる。

⁶⁷ サプライサイド調査で訪問した複数の CBHI 運営団体からの聞き取りによる（2015 年 10 月～11 月）。

⁶⁸ SHPA からの聞き取りによる（2015 年 10 月 26 日）。

⁶⁹ 加入者が保険事故の発生する確率が高いことを知りながら、保険に加入しようとすることを意味する。例えば、医療保険の場合には、健康に不安を有する者や危険な職業に就いている者ほど加入する傾向があるが、保険者にとってはあまり好ましい状態とはいえない。

STSA⁷⁰

シェムリアップ州 Angkor Chum OD で活動する Sahakum Theanea Rab Rong Sokhapheap Srok Pratekbat Angkor Chum (Angkor Chum OD Cooperative Health Insurance : アンコールチュム共済医療保険という意味のクメール語〔以下、「STSA」という。〕) がその一例である。

STSA は 2010 年に内務省に登録し、同年保健省に承認された。Angkor Chum、Puok、Varin という 3 つの郡行政区 (以下「AD」という。)、26 Communes、250 Villages を管轄している。管轄地域にはレファラル病院 2 カ所とヘルスセンターが 21 カ所ある。担当域内の人口は 22 万 4,904 人、うち ID Poor 登録されているのは 4 万 8,311 人 (人口の約 21.5%)、CBHI に登録しているのは 130 村、約 3 万 6,000 人 (人口の約 16.0%) である。STSA の CBHI は家族全員、村単位で加入することが基本条件となっており、この地域で CBHI に加入していないのは残り 120 村である。

STSA の CBHI では、精神疾患、アルコール中毒、暴力、コンピューター断層撮影法 (以下、「CT」という。) スキャン、がん、視力矯正手術、歯科インプラント等は対象外であるが、その他すべての診療費と通院のための交通費、医療機関で死亡した場合の葬儀費用等がカバーされる。

2010 年から 2013 年まで、STSA の CBHI は、村落単位モデルのパイロット事業として USAID/URC が支援していた。同パイロット事業は逆選択を軽減でき、村落内の世帯加入率増加を条件に保険料を割り引くシステムであったため、加入者の増加が期待された。実際、Angkor Chum OD の CBHI 加入率は他地域に比べて高かったが (14% vs. 全国平均 11%)、期待値よりも加入率が低かったため、USAID/URC はこの結果を事業責任者の属人的な成果と判断し、2013 年でパイロット事業を終了した。

その後、STSA は、医療機関やヘルスセンターと共同で TBA の廃止や違法な民間クリニックの取り締りを行った。その結果、民間クリニックはこの地域で一カ所のみとなり、公立医療機関の利用率、CBHI への加入率が共に上昇したということである。STSA の CBHI は、2014 年の時点で住民の 17% をカバーしていた。

STSA の CBHI に加入するには、最低 30% の村民の参加が必要であり、加入率が上がるほど保険料が安くなるシステムである (表 3-9 参照)。加入率が低い場合、メンバー構成が病気がちな村民に偏るため、給付額が嵩み、運営が困難になる。そのような状況を回避するため、STSA では村民が誘い合って参加できるシステムとし、健康な村民の加入を促進している。STSA には年齢制限はなく既往症があっても加入できる。

表 3-9 STSA の保険料システム

村民の加入率	年間一人当たりの保険料
30-39%	24,000 リエル (6.0米ドル)
40-49%	20,000 リエル (5.0米ドル)
50-59%	16,000 リエル (4.0米ドル)
60-69%	14,000 リエル (3.5米ドル)
70-79%	12,000 リエル (3.0米ドル)
80%以上	10,000 リエル (2.5米ドル)

⁷⁰ STSA からの聞き取りによる (2015 年 11 月 9 日)。

出所:STSA からの提供資料に基づいて調査団作成

表 3-10 STSA の予算配分

割合	配分先
5%	運営費
10%	Commune Council のインセンティブ
55%	ヘルスセンター
15%	レファラル病院
15%	州病院

出所:STSA からの提供資料に基づいて調査団作成

STSA の CBHI の財源は 100%保険料である。保険料から成る予算の配分は表 3-10 の通りである。各医療機関への予算配分については、2010 年から 2013 年の医療機関利用の割合に基づいて計算されている。

医療機関は、保健省が作成した Quality Indicator (QI) ⁷¹に基づきパフォーマンスが評価されるが、STSA では、そのスコアが 80%以上であれば診療費を 2 割増しに、60%以下であれば契約しないことにしている。

診療費の単価は、医療機関との交渉の上で決められる。現在、STSA が医療機関と合意している診療費の単価は表 3-11 の通りである。

表 3-11 STSA 診療費単価

	National Hospital	州病院	レファラル病院	ヘルスセンター
手術	300米ドル	70米ドル (一時払い)		
入院	75米ドル		15米ドル	
分娩			5米ドル	5米ドル
外来 (特定慢性疾患)			2.5米ドル	
外来	6.5米ドル		1.5米ドル	0.75米ドル

出所:STSA からの提供情報に基づいて調査団作成

契約医療機関は、月に一度 CBHI 被保険者の診療費総額を STSA に請求する。STSA は、保険料総額、被保険者総数、医療機関における年間平均利用回数等を基に各診療費の支払い上限件数を設定しており、支払い上限件数×診療費単価と医療機関からの請求額のうち、少ない方の金額を医療機関に支払う。支払い上限件数の設定方法は BOX3-2 の通りである。

BOX3-2 の例の場合、ある月にヘルスセンターでのべ 5,000 名の CBHI 加入者が外来診療を受け、5 名が分娩したとすると、ヘルスセンターが受け取ることのできる診療費は、外来診療 720 名分と分娩 5 名分のみとなり、外来診療 780 名分 (5,000 マイナス 720) はヘルスセンターが負担することになる。

STSA は、Commune Council や村と共同で CBHI 事業を運営している。STSA が基金を管理する一方で、Commune Council は CBHI への加入・保険料支払いを促進している。他方、ヘルスセンター運営委員会 (以下、「HCMC」という。) とともに協働し、問題が発生した場合は、STSA が医療機関、OD、村の仲介をして解決にあたっている。

⁷¹ 保健省 Hospital Department の職員と州保健局の職員から成る Quality Assessment Team が医療機関の質を評価している。評価ツールは 2 種類あり、レベル 1 はある特定の期間における施設、機材、人材を描写し、レベル 2 では、臨床ケア、臨床の基本という本質的な部分に焦点を当て、患者と医療従事者との関係における適切性を測定する。

STSA の現在の課題は、医療の近代化に伴い、医療費が高騰していることである。現在のところ保険料で賄えているものの、一部の運営費には HEF の資金が充てられている。今後も医療費が高騰することが予想され、事業を継続させるためには保険料を上げる必要があるが、保険料を上げると加入率が低下する恐れがあるため、STSA は対応を決めかねている。



(ヘルスセンターにて)

図 3-13 STSA の加入者

BOX 3-2 STSA 診療費の支払い上限件数の設定方法

【例】被保険者 5,000 人、保険料総額 5 千万 リエルの地域のヘルスセンターの場合

- ヘルスセンター予算額: 全体の 55% ($50,000,000 \times 0.55$) → 2,750 万リエル
- 分娩件数: 人口の 3% が 1 年に 1 度分娩すると仮定 ($5,000 \times 0.03$) → 1-50 件
- ヘルスセンターの年間分娩件数: 全分娩の 65% と仮定 (150×0.65) → 78 件
- **ヘルスセンターの月間分娩上限支払い件数: 78 件 / 12 か月 → 6-6=6 件**
- 分娩にかかる予算額: ヘルスセンターの分娩単価 (2 万リエル) × ヘルスセンターの年間分娩件数 (78 件) → 156 万リエル
- ヘルスセンターの外来診療予算額: ヘルスセンター予算額 (2,750 万リエル) - 分娩にかかる予算額 (156 万リエル) → 2,594 万リエル
- ヘルスセンターの年間外来診療件数: ヘルスセンターの外来診療予算額 (2,594 万リエル) / 外来診療費単価 (3,000 リエル) → 8-646 件
- **ヘルスセンターの月間外来診療上限支払い件数: ヘルスセンターの年間外来診療件数 (8-646 件) / 12 か月 = 720 件**

AFH⁷²

コンポントム州では、Action for Health (以下、「AFH」という。) が貧困に近い層をターゲットに CBHI を運営していたが、十分な保険料が徴収できなかったため、HEF と統合した。また、当該地域における CBHI のイメージを改善するため、Voluntary Enrollment Scheme と名称を改めた。

AFH の Voluntary Enrollment Scheme の保険料は家族単位であり、家族の人数によって設定されている (表 3-12 参照)。

⁷² AFH からの聞き取りによる (2015 年 11 月 3 日)。

表 3-12 コンポントム HEFO の保険料徴収システム

家族の人数	年間保険料/家族
1名	7.5米ドル
2-4名	14.0米ドル
5-6名	22.5米ドル
7-8名	27.5米ドル
9名以上	35.0米ドル

出所:コンポントム HEFO での聞き取りに基づいて調査団作成

コンポントム州で Voluntary Enrollment Scheme がカバーしているのは約 2 万 6,000 人（人口の約 5%）⁷³である。現在のところ GIZ から補助金が出ているので機能しているが、GIZ からの支援の終了後には保険料を上げる計画だという。NCD や集中治療室（ICU）等は給付の対象から除外されている。

CHC⁷⁴

Cambodian Health Committee（以下、「CHC」という。）は、シェムリアップ州シェムリアップ OD で CBHI を運営している。現在では、一部民間企業の支援を受けているため、Micro Helath Insurance（MHI）とも呼ばれている（別添資料 13 参照）。シェムリアップ OD の人口は 37 万 32 人（6 万 6,265 世帯家族）、うち CHC がカバーしているのは 3,200 世帯（全家族の 4.8%）に属する 5,509 人（人口の 1.5%）である。保険料で診療費、患者の交通費、食費を賄っている。

シェムリアップ OD に関し、CHC は Achmea という民間保険会社から運営費に限定した資金援助を受けている。2015 年は 3 年契約の 3 年目であり、更に 3 年延長の申請を行っている。また、シェムリアップ州の Sotni Kum OD への拡大に対する支援も要請しているということであった。

Achmea の戦略は、NGO スタッフによって加入促進を図るというものである。CHC は村に 1 名のフォーカル・パーソンを任命し、月に 16 名の新規加入者を勧誘できたら 30 米ドルを支払う。被保険者は年に一度メンバーシップを更新することになっており、更新の場合も新規加入として加算が可能である。

州病院には CHC のスタッフが常駐しており、被保険者は、カードを提示すればキャッシュレスで治療を受けられる。州病院から CHC 事務所に情報が送信され、CHC 事務所から医療機関に支払いが行われる。ヘルスセンターには CHC のスタッフは勤務していないが、ヘルスセンターのスタッフがカードをチェックし、毎月 CHC 事務所に請求する。

HEF は包括払いである一方、CHC の CBHI は出来高払い制である。CHC は、出来高払い制のデメリットは、医療機関が必要以上の治療をしたがることとした。

⁷³ Inter-sensal Population Survey 2013 によると、コンポントムの人口は 52 万 3,202 人である。
http://www.stat.go.jp/info/meetings/cambodia/pdf/ci_fn02.pdf

⁷⁴ CHC からの聞き取りによる（2015 年 11 月 9 日）。

タケオ州では 2007 年より GRET が Kirivong District で CBHI を導入した。その後、Buddhism for Health（以下、「BFH」という。）が引き継ぎ、現在約 7,000 名が加入している。GRET に資金援助をしていたフランス開発庁（以下、「AFD」という。）より暫くは継続して支援を受けていたが、2012 年以降は、被保険者からの保険料と HEF の資金のみを財源に運営している。BFH では被保険者からの保険料徴収が鍵となるため、加入促進のための活動も盛んに行っている（別添資料 14 参照）。

BFH の CBHI 給付パッケージは表 3-13 に示す 2 種類と追加オプションである。家族単位での加入となり、契約は 1 年間、保険料の支払いは 2 回に分けて行うことが可能である。手術が近日中に予定されている者等の加入は認められていない。

表 3-13 BFH の CBHI 給付パッケージ

保 険 料		給 付 内 容
1	4.5～5.5米ドル	ヘルスセンター、レファラル病院、州病院での医療サービス、葬儀費用、交通費
2	7.5～8.0米ドル	パッケージ1+National Hospitalでの医療サービス
	5.0米ドル	入院時にかかる雑費をオントップ（追加オプション）

出所: BFH での聞き取りに基づいて調査団作成

ヘルスセンターへは包括払い、病院へは常駐する BFH のスタッフを通じて出来高払いをしている。BFH の CBHI においても、健康な人より病気がちな人ほど加入するという逆選択が生じ、保険料より医療費の方が高額になっているため、CBHI の運営に困難が生じている。HEF の資金を CBHI に充当しているが、給付には活用できないため、運営費にのみ充てている。BFH は、この状況を改善するため、(1) 保険加入促進期間を農作物収穫時期に合わせて設定し、50%以上の村民が加入した場合、保険料を安くする、給付内容を厚くする等の特典を設ける、(2) 宗教行事で集められた献金等を CBHI に活用する等の提案を行っている。

④ Voucher Scheme⁷⁶

Voucher Scheme は、特定の医療保険サービスにかかる Voucher（クーポン）を各家庭に配布し、患者はそれを持って医療機関に行くと無料でサービスが受けられるという制度である。医療機関は患者から受け取った Voucher を基に運営機関から診療費を受け取る。Voucher Scheme は、2008 年にリプロダクティブヘルス関連サービス、妊婦健診の促進、出産に係る費用の無料化、食料・交通費補助、条件付き現金給付等の手段として始まった。同スキームの開始時、HEF は主にレファラル病院レベルで展開されていたところ⁷⁷、Voucher Scheme がヘルスセンターのサービスの利用を促進し、医療提供者のインセンティブにも繋がったという。2016 年時点で、6 州（カンボット、ケップ、コンポントム、コンボンスプー、プレイヴェイン、スヴァイリエン）、21OD、21 レファラル病院、280 ヘルスセンターで実施しており、約 400 万人（人口の約 25%）をカバーしている⁷⁸。Voucher Scheme はドイツの

⁷⁵ BFH からの聞き取りによる（2015 年 10 月 29 日）。

⁷⁶ VMA からの聞き取りによる（2015 年 10 月 29 日）。

⁷⁷ 2015 年 4 月より、HEF はヘルスセンター・レベルに展開されている。

⁷⁸ VMA から提供された情報による（2016 年 4 月 21 日）。

Kreditanstalt für Wiederaufbau Bankengruppe/German Development Bank (以下、「KfW」という。)の資金援助を受け、Voucher Management Agency (以下、「VMA」という。)が運営している。

2008 年からの第一期には、ID Poor を対象とした妊娠出産に係るサービスと家族計画(IUD、インプラント等)、妊娠中絶等、特定のサービスに対して Voucher を配布した。2013 年からの第二期には、第一期の内容に加え、子どもの栄養、ID Poor を対象とした 24 カ月未満児成長モニタリング、30～49 歳の女性を対象とした子宮ガン検診と治療、50 歳以上を対象とした白内障手術、身体障がい者へのリハビリに係る費用に対する Voucher を追加した。公衆衛生的にインパクトのあるもの、予防価値の高いサービスを選定している。第二期の給付内容の詳細は BOX3-3 の通りである。

BOX 3-3 第二期 Voucher Scheme の支援内容

安全な妊娠・出産(ID-Poor 対象)

- 診療費(2015 年 7 月からは HEF でカバーされている)
- 通院のための交通費、食費、条件付き現金給付(Conditional Cash Transfer)のうち、HEF でカバーされない部分

家族計画(ID-Poor 対象)

- HEF でカバーされない部分の診療費
- 通院のための交通費

子供の健康と栄養(ID-Poor 対象)

- HEF でカバーされない部分(小児疾患統合管理(Integrated Management of Childhood Illness:IMCI)以外)の診療費
- 通院のための交通費と食費

安全な妊娠中絶

- 診療費
- 交通費

子宮頸がん検診と治療(30～49 歳の女性対象)

- 診療費
- 通院にかかる交通費
- がんの場合の見舞一時金(500 米ドル)

白内障の検査と手術(50 歳以上対象)

- 診療費
- 通院のための交通費と食費

リハビリ(身体障がい者と高齢者対象)

- リハビリのための診療費
- 通院のための交通費

ブックレットにした Voucher は、Voucher Promotor と呼ばれる村の住民から選出されたスタッフが、医療サービスに関する啓発パンフレット（別添資料 15）と共に各家庭に配布している。ヘルスセンター2〜3 カ所毎に 1 名の Voucher Promotor が配置されており、Voucher Promotor は一日のうち数時間ヘルスセンターに勤務し、その後各村の家庭を訪問する。また、時に村でミーティングを開催し、啓発活動や Voucher 配布を行っている。現在、130 名の Voucher Promotor が登録されている。Voucher のブックレットが配布され、Voucher が使用されることで、Voucher Promotor にはインセンティブが与えられる。ブックレットの配布は Promotor 個人に任されており、活動実績が低い場合は交代が命じられる。

医療機関には、患者から回収した Voucher と引き換えに VMA から診療費が支払われる。Voucher Scheme では、利用率の低いサービスや普及拡大したいサービスについては、高い診療費が設定されている。

Voucher Scheme による診療費収入も、他の診療費と同様、60%をスタッフのインセンティブとして活用できるため、通常、看護師の月給は 120〜160 米ドルであるが、それに上述のインセンティブが追加されると 200〜250 米ドルとなる。

VMA は、妊産婦検診に関する Voucher の利用率は高いが、子供の成長モニタリングや子宮頸がんの検診では未だ利用率が低いと報告している⁷⁹。

HEF でカバーされている妊娠出産に係る費用及び家族計画の一部に関しては、2015 年 7 月に Voucher Scheme の対象から外された。また、Voucher Scheme は 2017 年を目途に終了し、現在の活動は HEF に吸収されることが検討されている。Voucher 導入の本来の目的は、短期的に特定のサービス提供のギャップを埋めることであったため、その目的はほぼ達成されたと考えられている。実際、カンボジアの高い妊婦健診受診率、産後健診受診率は、この Voucher Scheme の成果であると評価されている。現在、NGO や保健省に対して技術移転が行われている。

⑤ Integrated Program⁸⁰

コンポントム HEFO では、HEF、CBHI、Voucher Scheme を統合させたパイロット事業、Integrated Program を実施している。コンポントム州では、2005 年に州病院とレファラル病院 1 カ所で初めて HEF が導入され、2010 年に CBHI（現 Voluntary Enrollment Scheme）が開始した。HEF については HSSP2 事務局が、CBHI については GIZ が AFH に委託している。Voucher Scheme は KfW が EPOS Health Management（以下、「EPOS」という。）に委託し、EPOS が AFH に再委託している（図 3-14 参照）。AFH は 7 州、19OD をカバーしている。コンポントム HEFO は、コンポントム州唯一の HEFO である。

上述の通り、Voucher Scheme は分娩や栄養失調、子宮がんなどの疾病に特化した医療保障プログラムであるが、HEF や CBHI と対象が重なるため、コンポントム州では、スキーム間で MOU を締結し、Integrated Program としている。統合したことにより、人員削減、管理費の節減、業務の効率化を図ることができ、また幅広い被保険者を把握できるので、柔軟な対応が可能だという。例えば、通常、妊婦への Voucher は HEF 対象者に対して配布してい

⁷⁹ Project Achievements: Results vs. Targets Phase 2 until August 2015: Coupon Use.

⁸⁰ AFH での聞き取りによる（2015 年 11 月 3 日）。

るが、Integrated Program では CBHI 加入者にも Voucher を配布し、妊婦健診の受診を促進している。

一方、実際に統合できているのは HEF と CBHI のみであり、Voucher Scheme は連携の域に留まっているということであった。Voucher Scheme の本格的な統合については現在申請中である。また、HEF と CBHI の資金統合は未だ実現していない。

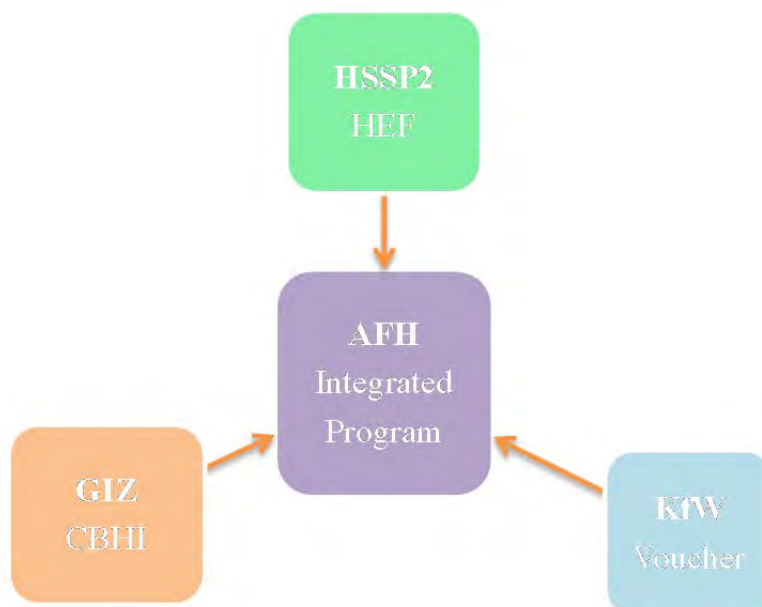


図 3-14 Integrated Program にかかる契約

出所:コンポントム HEFO での聞き取りを基に調査団作成

⑥ Community-managed HEF (CMHEF) ⁸¹

Community-managed HEF（以下、「CMHEF」という。）は、HEF でカバーされない高齢者、障がい者、妊婦などの弱者を対象に、通院のための交通費や食費などを、Voucher を通して支給する制度である（図 3-15、別添資料 16 参照）。CMHEF は HEF が導入される前の 2003 年に、タケオ州 Kirivong 郡で、貧困世帯の医療費助成を目的としてコミュニティー・メンバーによって発案され、BFH によって実施されるようになった。しかし、2012 年から 2013 年頃、タケオ州で HEF が導入されると、CMHEF は現行の戦略に変更された。発足当初は Pagoda-managed HEF (PMHEF) ⁸² という名称だったが、他の宗教信者も参加できるよう変更した。現在では、キリスト教徒やイスラム教徒のメンバーも含まれる。CMHEF は、ヘルスセンター毎に設置されている HCMC により管理されており、BFH は委員会に対して技術支援を行っている。

⁸¹ BFH からの聞き取りによる（2015 年 10 月 29 日）。

⁸² パゴダ（pagoda）とは仏塔を意味する英語であるが、通常カンボジアでは寺院全体を意味する。



図 3-15 CMHEF の交通費 Voucher

CMHEF の基金は地域内（学校、寺院、モスク、教会等）で開催される様々な行事で集められる寄付金から成り立っている。タケオ州 Kirivong 郡における年間の寄付金総額は 1 万~2 万米ドル程度である。

CMHEF は、2016 年より実施地域をカンポット、ケップ、シハヌークビル、バタンバン、バンテアン・メンチェイ、コンボンスプー、コンボンチャム、パイリン、トボンクムン、カンダール等に拡大する予定である。

⑦ 民間保険⁸³

カンボジアでは、未だ民間保険普及の範囲は限定的である。しかし、その規模は徐々に拡大している。現在、経済財政省に登録している民間保険会社（医療以外も含む）は 11 社あり、保険料徴収総額は 2010 年に 333 万 9,082 米ドルであったところ、2014 年には 688 万 7,306 米ドルと、5 年間で 2 倍以上に増加している⁸⁴。以前は会社で加入するケースがほとんどであったが、最近では富裕層が個人でも加入している。医療保険に関しては、各会社が医療機関と直接提携している。

民間保険会社の中には Micro Insurance と呼ばれる小規模保険を提供しているところもある。カンボジアには現在 4 つの Micro Insurance 会社⁸⁵があるが、最も早く設立されたのが Prevoir Kampuchea Micro Life Insurance Plc.（以下、「PKMI」という。）である。フランス資本の同社は、小規模融資と保険事業を手掛けており、2011 年に経済財政省に登録された。法人向けの Corporate Insurance と個人向けの Micro Insurance があるが、現在 Corporate Insurance が加入者全体の 30%、Micro Insurance が 70%程度である。医療保険のほか、個人傷害保険、生命保険、信用生命保険⁸⁶も提供している。PKMI の Micro Insurance 部門は Vision Fund など 7 つの Micro Financial Institution とパートナーシップを締結しており、パートナーである Micro Financial Institution から融資を受けると PKMI の保険にも加入できる⁸⁷。

⁸³ PKMI からの聞き取りによる（2015 年 12 月 11 日）。

⁸⁴ 財務省からの提供データ（2015 年 11 月 6 日）による。

⁸⁵ Milvik（Cambodia）Micro Insurance Plc.、Cambodian People Micro Insurance（CPMI）、Prevoir Kampuchea Micro Life Insurance Plc.（PKMI）、MEADA。

⁸⁶ 信用生命保険とは、債務を負った人が死亡したり、高度障害になった場合に、保険者が遺族に代わって残った債務を返済する制度。

⁸⁷ 保健省からの聞き取りによる（2015 年 10 月 27 日）。

全国で現在約 8 万人（全人口の約 0.5%）が PKMI に加入している。家族全員の加入を勧めているが、強制ではない。Corporate Insurance は 1 歳から 65 歳、Micro Insurance は 5 歳から 65 歳までが加入の対象である。

PKMI は全国 25 州すべてに事務所を有し、患者からの問合せ対応と加入促進を行っている。170 カ所の公立・民間の医療機関と契約しているが、給付パッケージの中心は入院診療であるため、契約先は基本的に入院施設のある医療機関となる。

基本給付パッケージは表 3-14 の通りである。

表 3-14 PKMI Micro Insurance 医療保険 基本給付パッケージ*

	給付（上限期間）	Classic	Silver	Gold	Platinum
入院					
入院前診察	1 回につき（10日間）	20	40	70	100
退院前診察	1 回につき（90日間）	20	30	50	80
入院一般治療	1 回につき	150	350	500	800
手術	1 回につき	500	1,000	1,500	2,000
院内診察	1 回につき（90日間）	10	15	20	40
日当（公立医療機関のみ）	1 回につき（90日間）	5	5	10	10
救急車	1 回につき	20	30	50	80
一般入院室利用	1 日につき（90日間）	10	20	30	50
集中治療室利用	1 日につき（21日間）	50	75	100	150
事故・軽傷					
外来診療	1 回につき	30	70	150	300
出産（被保険者もしくは被保険者の妻が対象）					
出産祝い	1 回につき	150	250	350	450

*表内の数字は上限額であり、単位は米ドル。

出所: PKMI からの提供資料を基に調査団が作成

表内の上限額は民間医療機関と National Hospital の場合に用いられるものであり、州病院とレファラル病院では全額がカバーされる。また、外来診療も給付パッケージに加えることができる。保険料は給付パッケージによって決定される。

被保険者が医療機関を利用する場合、まずホットラインに電話し、どの医療機関を利用できるか等を確認する。契約医療機関では、保険証を提示すればキャッシュレスでサービスを受けることができる。契約外の医療機関でもサービスを受けることができるが、その場合は立て替え払いが必要となる。政府に登録されていない医療機関は保険診療の対象外である⁸⁸。事業内容の詳細については、別添資料 17 を参照されたい。

⑧ 国家社会保障基金（NSSF）⁸⁹

NSSF は民間企業に雇用された被用者向け社会保障スキームであり、労働職業訓練省及び経済財政省傘下の NSSF が運営・管理している。NSSF は将来的には労災保険、医療保険、年金を全て扱う予定だが、その導入については段階的に進められている。現在、公式に運営されているのは労災保険のみである。

⁸⁸ PKMI での聞き取りによる（2015 年 12 月 11 日）。

⁸⁹ NSSF での聞き取りによる（2015 年 11 月 5 日）。

労災保険については、2006 年より国際労働機関（以下、「ILO」という。）から技術協力及び韓国政府から資金協力を受け、2008 年 12 月に開始した。対象は 8 名以上を雇用する民間企業で、保険料として、被用者の給与の 0.8%を企業側から徴収している。労災保険は、経済開発のポテンシャルの高い州から開始するという方針の下、1 年目はプノンペン、カンダール、コンボンスプー、2 年目はシアヌークビル、シェムリアップ、コンポンチャム、バンテイエン・メンチェイ、スヴァイリエン、3 年目はその他の州という順で拡大された。NSSF は 25 州すべてに事務所があり、プノンペンに約 300 名、全国には 400~500 名の職員が勤務している⁹⁰。現在、6,470 の企業に勤める民間被用者 110 万 5,890 人（人口の約 7%）に対して労災保険を提供している⁹¹。

医療保険については、2009 年より 2 年間、フランスの NGO、GRET が NSSF に専門家を派遣して技術協力を行った。また、フランス政府の資金援助を受け、労働職業訓練省と Garment Manufacturers Association in Cambodia (GMAC) が共同で、縫製工場の工員を対象にパイロット・プロジェクト Health Insurance Project（以下、「HiP」という。）を実施した。11 カ所の工場（工員数 7,200 人）で試行されていた HiP は 2013 年に NSSF に引き継がれ、現在に至るまで順調に運営されている。2016 年には本格導入される見込みであり、その際には、労災保険導入時同様、初年度はプノンペン、カンダール、コンボンスプーを対象とする計画である。

NSSF の労災保険は、全国 96 カ所（各州 1~3 カ所）の公立医療機関、シアヌークビル州の CT Clinic 及びスタンミンチェイの Molmit Clinic と提携している。基本的には公立医療機関を対象としているが、シアヌークビル州の CT Clinic は、州内に CT スキャンを受けられる公立医療機関がないため、またスタンミンチェイの Molmit Clinic は周辺に多くの工場が立ち並ぶため、それぞれ民間医療機関であるが提携したということである。提携医療機関の選定は、各州の事務所が NSSF の Health Insurance Division に候補を挙げ、同 Division が現場を確認した後、局長の承認を得て決定する。

NSSF では、提携医療機関においては上限額なく、必要な治療はすべてカバーされる。提携医療機関には HEF と同様の事務所があり、患者は保険証を提示するとキャッシュレスで治療が受けられる。医療機関での支払いについては、保健省との共同条令が定められている。

資金運用に関しては経済財政省からの指導もあり、Investment Committee を設けている。

NSSF は指紋認証を用いた ID カードを作成し、加入者の管理を行いたいという意向であるが、未だ内務省との合意に達していない。指紋認証は、既に 7 万人の登録が終わり、今後 10 万人に拡大していく予定である⁹²。

⁹⁰ 「カンボジア社会保障プログラム導入の現状について」（2015 年 4 月 28 日）。

⁹¹ Lo, Veasnakiry (2016) . SOCIAL HEALTH PROTECTION IN CAMBODIA: WAYS MOVING FORWARD. Presented at the Meeting of TWG for Developing National Social Protection Policy Framework on 18 February, 2016.

⁹² NSSF での聞き取りによる（2015 年 11 月 5 日）。

⑨ 公務員国家社会保障基金（NSSF-C）⁹³

NSSF-C は、公務員とその家族のための社会保障スキームであり、社会問題・退役軍人・青少年更生省及び経済財政省傘下の NSSF-C が管理・運営している。現在、年金のみが提供されている。

年金については、政府が公務員の給与の 24%分を積み立てている。しかし、2018 年からは、この 24%のうち、6%分を公務員の給与から天引きすることが検討されている。年間 3,000~4,000 人が定年を迎え、政府の負担が大きくなっており、新たな財源確保が必要となったためである。NSSF-C は、これを実現するためには、国民一人ひとりが、保険料の支払いを国民の義務であると理解する必要があるとしている。

⑩ その他

カンボジアでは、世銀、国際児童基金（以下、「UNICEF」という。）、Save the Children、USAID 等が主に母子保健を対象に条件付き現金給付（Conditional Cash Transfer）⁹⁴を行っているほか、マラリア、結核、HIV/AIDS 対策、各種予防接種については、多くの開発パートナーが支援を行っているため、無料で受けられるサービスが多い。

3-3 貧困認定（ID Poor）制度の仕組み⁹⁵

ID Poor 制度は 2007 年にカンボジアに導入され、2010 年からは全 24 州（現在は 25 州）で実施されている。毎年 8 州で認定作業が行われるため、3 年間で全国をカバーしている。Equity カードは家族単位で発行され、3 年間有効となる。3 年に 1 度、各家庭の経済レベルが見直される。ID Poor 候補家庭の調査は各村で行われ、Commune Council で認定される。ID Poor は医療扶助のみならず、奨学金、食糧援助等のサービスを受ける際の資格にもなっている。監督省庁は計画省である。

ID Poor ウェブサイトでは、ID Poor 認定の方法等、ID Poor に関する様々な情報や、Equity カード情報の確認が出来るようになっている。ID Poor 世帯の調査は村単位で実施されているため、路上生活者など定住していない人口はカバーされないことが課題である。また、計画省からは、貧困率が高いことを恥だとする村は、貧困認定世帯の数を減らす傾向があることも伝えられた。

ID Poor 認定及び Equity カードの発行は以下の手順で行われる。

- ① 計画省内で、その年の対象州内の具体的な対象地域を決定する。これまでは農村地域（rural area）を対象にしてきたが、2016 年からは都市地域（urban area）も対象となる（プノンペン全域都市地域であったため、ID Poor 認定は 2016 年から始まる）。
- ② 対象となる各村から、5~7 名で構成される Village Representative Group（以下、「VRG」という。）が選出される。対象村が 150 世帯以下であれば 5 名構成、151~200 世帯であれば 6 名構成、201~250 世帯であれば 7 名構成の VRG が村の選挙によって選出される。この VRG が ID Poor 候補の世帯について調査を実施する。VRG はトレ

⁹³ NSSF-C での聞き取りによる（2015 年 11 月 12 日）。

⁹⁴ 特定の保健医療サービスの利用促進を目的に、サービスの受診時に患者に現金を提供するという制度。

⁹⁵ 計画省からの聞き取りによる（2015 年 11 月 6 日）。

ーニングを受けた後、ID Poor 候補の家庭を訪問し、家屋の様子などを観察しながら家族から聞き取りを行う。聞き取り調査は別添資料 18 の質問票に沿って行われる。

- ③ 聞き取り調査の結果、各世帯に 68 点までの点数が付される。59～68 点であった世帯は Poor 1（重度の貧困）、45～58 点の世帯は Poor 2（軽度の貧困）と認定される。Poor 1 は医療機関までの交通費もカバーされるが Poor 2 はカバーされない等、提供されるサービスが若干異なる。ID Poor 認定には、世帯の収入や家族構成の他、家族の病気や事故などの状況も考慮される。
- ④ 点数が付された ID Poor 世帯のリストは各村の村長に提出され、村内で更にその妥当性について検討・議論が成される。その上で、リストが妥当でないと判断されれば、村内で合意のための討議が行われる。最終合意されたリストは Commune Council に提出されると共に一定期間公共の場に貼り出される。貼り出されたリストについて、特に村内から異論がなければ正式に ID Poor 世帯リストとして承認される。
- ⑤ 承認された ID Poor 世帯リストは、計画省郡事務所、同省州事務所を経て、中央省庁に送られ、データ入力される。全ての家族構成員に係る情報、聞き取り結果（点数）等のデータが入力され、各世帯に一つの ID コードが付与される。データ入力後、計画省が ID Poor 世帯の写真を撮影する。写真撮影後、Equity カードが作成される。ID Poor 世帯リストが承認されてから Equity カード発行までには 3～4 カ月かかる。
- ⑥ 以前は Commune Council が Equity カードに家族全員の氏名を手書きしていたが、家族であると偽って他人の Equity カードを使用するケースが散見されたため、現在のカードには世帯主の氏名だけが活字印刷され、家族全員の氏名はコンピューター登録されている。ID Poor 世帯の家族は ID コードさえ伝えることができれば、医療機関レベルでは即時にコンピューターで氏名を確認することができる。ヘルスセンターでも、登録地域の HEFO を通じて確認することができるため、カード自体を持っていなくとも（世帯主がカードを持って出稼ぎに行っている）、ID Poor 家族は HEF を利用することが可能である。

3-4 住民登録・人口動態統計システム(CRVS)の現状と医療保障制度への活用⁹⁶

現在、住民登録制度と医療保障制度や ID Poor 制度との連携はないが、内務省は、近い将来 NSSF との連携は可能であり、インフォーマル・セクター向け医療保障にも住民登録データを活用できるようにしたいとしている。

カンボジアには 1975 年まで住民登録制度が存在したが、ポルポト政権時に全ての書類が消失した。同政権崩壊後の 1979 年以降は、住民登録は各地域に委ねられており、Sub-Decree として住民登録に関する法令が定められたのは 2002 年のことであった。

法令が施行される前の出生に関しては、住民が自身の出生登録を行うことで出生証明書を発行していた。しかし、法令が施行されてから 2004 年までの間に自ら出生登録を行ったのは人口の 5%以下であった。そこで 2004 年から 2006 年までの間、内務省が住民登録（出生登録）のモバイル・キャンペーンを実施したところ、キャンペーン終了時までには、人口

⁹⁶ 内務省からの聞き取りによる（2015 年 10 月 28 日）。

の90%以上の出生登録が行われた⁹⁷。日本や韓国では、家族単位での住民登録であるのに対し、カンボジアでは個人の住民登録となっている。

現在のところ、住民登録は紙ベースの手作業であり、2冊の台帳への登録が行われている（「Twin Book」と呼ばれる）。登録は、出産、結婚、死亡につき、Commune/Sangkat レベルで実施される（図3-16参照）。「Twin Book」は年次でまとめられるが、1冊は郡事務所に保管され、住民の各種証明書の発行時等に参照される。もう1冊は州事務所でまとめられ、内務本省に提出される。

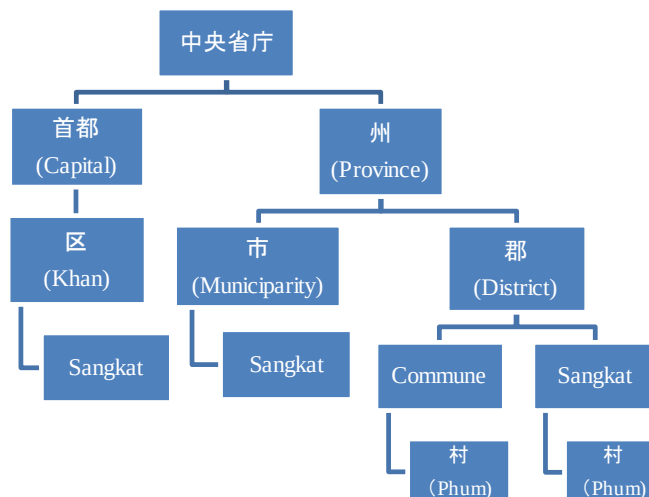


図3-16 カンボジアの行政区

出所：調査団作成

公立医療機関で出産した場合、同機関が「Notification」を発行するので、両親はそれを持って Commune/Sangkat に行き、出生届を行う。一方、民間の医療機関とはそのような取り決めが成されていないため、現在のところ、出生から住民登録に繋げることは困難である。その他、自宅分娩の場合は村長から発行された「Notification」が出生届の際必要となる。両親は子供の出生後、30日以内に出生届を行うことが義務付けられており、それ以降の登録には10万リエルの罰金が課される。母親が居住地以外で出産した場合でも、出生届は必ず自身の居住地で行う必要がある。転出の際には、居住地の「ポリスポスト」への届出が必要となる。転出入については、Twin Book には記載されず、Residential Book にのみ登録される⁹⁸。死亡登録については死亡後15日以内の登録が義務付けられており15日を過ぎた場合は罰金が課され、1年以上経過した場合は裁判所に届け出ることになる。

カンボジアでは、従来小学校の入学時期は子どもの発育状態や両親へのインタビュー等を基に決定していたが、2007年に教育法が制定されてからは、出生の72カ月（最低70カ月）後に小学校に入学することが定められたため、小学校の入学時に出生証明書が必要となった。そのほか15歳になると発行されるクメールIDカードの申請、パスポートの取得、結婚、不動産等の相続、法廷で訴訟を起こす際にも出生証明書が必要となる。

⁹⁷ 2006年当時の人口12,860,124人中11,828,208人が登録されたと報告されている。
(THE CIVIL REGISTRATION OF KINGDOM OF CAMBODIA). <http://www.nchads.org/Events/000179/hippp/day1/afternoon/05-Civil%20Registration%20of%20Kingdom%20of%20Cambodia.pdf>

⁹⁸ 内務省から提供された情報による（2016年4月7日）。

内務省は、2013 年～2014 年頃より USAID /URC の支援を受け、ウェブベースの住民登録管理パイロット事業（出生、婚姻、死亡等）を実施している⁹⁹。コンボンチャム州、トボンクムン州より各 1 郡を対象地域として選定し、2015 年にはバタンバン州 1 郡を追加した。Commune／Sangkat において入力された情報は、郡、州、中央省庁で即時に共有される。住民登録に必要な機材は、コンピューター、モデム、指紋認証機器、ウェブカメラである。

これらシステムによる住民登録が進むことにより、内務省は保健、教育等、様々なセクターにおいて登録情報の活用が可能になると考えている。住民登録は、法的な証明と統計情報としての活用が考えられるが、現在、カンボジアで行われているのは法的証明の活用のみである。紙ベースでまとめられている情報が今後デジタル化されることによって、子供の体重、母親の年齢、死因等の人口統計データとしての活用も可能となると考えられており、内務省では医療機関との連携を強化させる意向を示している。

内務省は、2015 年に住民登録に関する国家 10 年計画（National Strategic Plan on Identification 2015－2024 [以下、「NSPI」という。]）及びそれに基づく 3 年間のローリングプランを作成した。NSPI では、カンボジア国民一人ひとりが生涯使用する ID コード、Khmer Identity Code (KidC) を配布し、Integrated Population Identification System (IPIS) を通して、国民が社会医療保障を受けられるよう計画している。この 10 年計画の実施については、保健省、計画省との連携が必要になると考えられている。

住民登録に関する課題には、(1) 500 カ所ほどあるスラム地域、国境地域や貧困地域はカバーできていない、(2) ポルポト時代の影響で、住民の中には未だ個人情報を提供することに抵抗する者がいる、(3) 登録データのほとんどが紙ベースであるため、ひとりが複数の ID を持っているケースがある等が挙げられる。内務省は NSPI を通して、2024 年までに IT 化を進めたいとしている。

3-5 医療サービス・医療保障に関する住民の行動及び意識(デマンドサイド調査の結果)

(1) 調査対象世帯の属性

今般行った世帯サンプル調査（デマンドサイド調査）の対象世帯（コンボンチャム州 200 世帯、シェムリアップ州 100 世帯）の属性は表 3－15 の通りである。

⁹⁹ <http://www.crvscambodia.org/en>

表 3-15 調査対象世帯の属性

	全体	Kampong Cham	Siem Reap	p-value
世帯主の性別 (N=300)				0.77
男性	231 (77.0)	153 (76.5)	78 (78.0)	
女性	69 (23.0)	47 (23.5)	22 (22.0)	
世帯主の平均年齢 (N=300)				<0.01
	49.0±13.9	51.1±14.0	44.9±12.7	
世帯主の識字能力 (N=300)				0.01
識字	228 (76.0)	161 (80.5)	67 (67.0)	
非識字	72 (24.0)	39 (19.5)	33 (33.0)	
世帯主の教育レベル (N=300)				<0.01
無教育	63 (21.0)	32 (16.0)*	31 (31.0)*	
小学校卒業まで	135 (45.0)	92 (46.0)	43 (43.0)	
中学校卒業まで	71 (23.7)	57 (28.5)*	14 (14.0)*	
中学卒業以上 ^a	29 (9.7)	17 (8.5)*	12 (12.0)*	
不明	2 (0.7)	2 (1.0)	0 (0.0)	
世帯主の主な職業 (N=300)				0.59
専門職/管理職	14 (4.7)	10 (5.0)	4 (4.0)	
販売/サービス/事務	22 (7.3)	16 (8.0)	6 (6.0)	
手労働	20 (6.7)	13 (6.5)	7 (7.0)	
農業/漁業	210 (70.0)	141 (70.5)	69 (69.0)	
タクシー運転手 ^b	10 (3.3)	4 (2.0)	6 (6.0)	
主婦/退職/無職	24 (8.0)	16 (8.0)	8 (8.0)	
宗教 (N=300)				N/A
仏教	300 (100.0)	200 (100.0)	100 (100.0)	
家族の人数 (N=300)				0.13
1~2	14 (4.7)	11 (5.5)	3 (3.0)	
3	43 (14.3)	25 (12.5)	18 (18.0)	
4	77 (25.7)	45 (22.5)	32 (32.0)	
5	62 (20.7)	45 (22.5)	17 (17.0)	
6	50 (16.7)	34 (17.0)	16 (16.0)	
7	27 (9.0)	17 (8.5)	10 (10.0)	
8以上	31 (10.3)	23 (11.5)	4 (4.0)	
コミュニティ組織への参加 (N=300)				<0.01
参加している	28 (9.3)	8 (4.0)	20 (20.0)	
参加していない	271 (90.3)	192 (96.0)	79 (79.0)	
無回答	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (1.0)	

カテゴリ変数には度数(頻度)、年齢には平均値±標準偏差を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

^a シェムリアップ州は全世帯主が高校卒業まで、コンボンチャム州は大学以上の教育を受けている世帯主が2名。

^b 四輪車と二輪車のタクシー運転手を含む。

出所: 調査団作成

対象世帯の世帯主¹⁰⁰のうち 77.0%が男性であり、平均年齢は 49.0 歳、76.0%が識字者であった。また、21.0%が無教育、45.0%が小学校卒業まで、23.7%が中学校卒業まで、9.7%が高等学校卒業以上の教育を受けていた。70.0%の世帯主の主な職業は農業／漁業であり、対象世帯すべてが仏教を信仰していた。世帯平均人数は 5.0 人であり、3 人から 6 人の世帯が 77.4%を占めていた。調査対象世帯のうち、地域開発や農業を目的としたコミュニティー組織に参加している家族がいると回答したのは 9.3%であった。

コンポンチャム州とシェムリアップ州を比較したところ、コンポンチャム州の世帯主はシェムリアップ州の世帯主より平均年齢が高く（コンポンチャム州：51.1 歳、シェムリアップ州 44.9 歳）、また識字率も高いという傾向が見られた（コンポンチャム州：80.5%、シェムリアップ州：67.0%）。一方、シェムリアップ州の世帯主に比べ、コンポンチャム州の世帯主は中学校卒業までの教育を受けている割合は大きい（コンポンチャム州：28.5%、シェムリアップ州：14.0%）、無教育、若しくは中学校卒業以上の教育を受けている割合はシェムリアップ州の世帯主の方が大きい傾向が見られた（[無教育] コンポンチャム州：16.0%、シェムリアップ州：31.0%；[中学卒業以上] コンポンチャム州：8.5%、シェムリアップ州：12.0%）。また、コンポンチャム州の住民に比べ、シェムリアップ州の住民はより多くコミュニティー組織に参加している傾向があることも併せて確認された（コンポンチャム州：4.0%、シェムリアップ州：20.0%）。

表 3-16 調査対象世帯の金銭管理状況

	全体	Kampong Cham	Siem Reap	p-value
世帯の平均月収 (USD) (N=300)	120.8±98.6	119.6±100.5	123.1±95.1	0.78
貯金の習慣 (N=300)				0.02
ある	21 (7.0)	9 (4.5)	12 (12.0)	
ない	279 (93.0)	191 (95.5)	88 (88.0)	
借金・貴重品換金の経験 (N=300)				0.80
ある	126 (41.0)	85 (42.5)	41 (41.0)	
ない	174 (58.0)	115 (57.5)	59 (59.0)	
借金・貴重品換金の経験がある場合、その理由 (N=126)				0.03
日常生活 ^a	24 (19.0)	21 (24.7)*	3 (7.3)*	
不動産・車両 ^b	20 (15.9)	10 (11.8)*	10 (24.4)*	
経済活動 ^c	81 (64.3)	53 (62.4)	28 (68.3)	
不明	1 (0.8)	1 (1.2)	0 (0.0)	

カテゴリ変数には度数(頻度)、平均月収には平均値±標準偏差を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

^a 食料、家賃・光熱費、子供の教育、医療、結婚を含む

^b 家・土地の購入、車両(四輪車、二輪車)の購入・修理を含む

^c 経済活動のための資機材購入・旅費、起業、事業拡大を含む

出所: 調査団作成

¹⁰⁰ カンボジアにおける「世帯主」は最年長者を指すことが多く、必ずしも扶養家族を養うための収入を主に稼ぐ者ではない。

表 3-16 は調査対象世帯の金銭管理状況に関する調査結果である。対象世帯に対し、平均して1カ月にどれくらいの収入があるか尋ねたところ、回答の平均は120.8米ドルであった。93.0%の世帯がこれまで貯金をしたことがないと回答した一方で41.0%の世帯が借金、若しくは貴重品を売って資金調達をした経験があると回答した。借金若しくは貴重品換金の目的は農業やビジネス等の経済活動が最も多く64.3%、食料、医療を含む家族の日常生活に関するものが19.0%、不動産の購入、車両の購入・修理が15.9%であった。医療サービスを受けるために借金、若しくは貴重品を換金したと回答したのは126世帯中9世帯のみであった。

コンポンチャム州に比べ、シエムリアップ州は貯金の習慣がある世帯が多く（コンポンチャム州：4.5%、シエムリアップ州：12.0%）、コンポンチャム州の世帯が、借金若しくは貴重品を換金して、食料、医療を含む家族の日常生活に充てる傾向がある一方で（コンポンチャム州：24.7%、シエムリアップ州：7.3%）、シエムリアップ州の世帯は、不動産や車両等に充てる傾向があることが明らかになった（コンポンチャム州11.8%、シエムリアップ州：24.4%）。

表 3-17 調査対象世帯の置かれた医療環境

	合計	Kampong Cham	Siem Reap	p-value
最寄りの医療機関までの距離 (N=300)				<0.01
1キロ未満	92 (30.7)	72 (36.0)*	20 (20.0)*	
1-2キロ未満	61 (20.3)	34 (17.0)*	27 (27.0)*	
2-5キロ未満	108 (36.0)	62 (31.0)*	46 (46.0)*	
5キロ以上	38 (12.7)	32 (16.0)*	6 (6.0)*	
無回答	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (1.0)	
最寄りの医療機関の種類 (N=300)				<0.01
州／郡(レファラル)病院	77 (25.7)	64 (32.0)	13 (13.0)	
ヘルスセンター／ヘルスポスト	223 (74.3)	136 (68.0)	87 (87.0)	
公立医療機関のサービスに対する印象 (N=300)				0.76
質が高く信頼できる	59 (19.7)	38 (19.0)	21 (21.0)	
満足できる	106 (35.3)	67 (33.5)	39 (39.0)	
許容範囲	92 (30.7)	64 (32.0)	28 (28.0)	
質が低い	30 (10.0)	21 (10.5)	9 (9.0)	
不明	13 (4.3)	10 (5.0)	3 (3.0)	
医療サービスへのアクセスに関する問題 (N=300)				0.56
費用の問題	127 (42.3)	82 (41.0)	45 (45.0)	
距離、時間の問題	34 (11.3)	26 (13.0)	8 (8.0)	
サービスの質の問題	18 (6.0)	13 (6.5)	5 (5.0)	
問題ない	121 (40.3)	79 (39.5)	42 (42.0)	

度数(頻度)を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

出所：調査団作成

(2) 医療サービスの提供及び利用状況

表 3-17 は調査対象世帯の置かれた医療環境に関する調査結果である。最寄りの医療機関までの距離に関する問いに対し、対象世帯の30.7%が1km圏内、20.3%が1～2km圏内、36.0%が2～5km圏内に最寄りの医療機関があるとし、12.7%が5km以上離れていると回答した。また、最寄りの医療機関は、74.3%がヘルスセンター／ヘルスポスト、25.7%が州病院／郡・レファラル病院であると回答した。公立医療機関のサービスに対する印象については19.7%が「質が高く信頼できる」、35.3%が「満足できる」、30.7%が「許容範囲」、10.0%が「質が低い」と回答した。医療サービスへのアクセスに関する一番の問題は何かとの問いに対しては、42.3%が「費用」、11.3%が「距離」若しくは「時間」、6.0%が「サービスの質」だとした一方で、40.3%が問題ないと回答した。

本調査結果からは、最寄りの医療機関までの距離と種類に地域差があることが示唆された。コンボンチャム州に比べ、シェムリアップ州では、居住地から1～5kmの間に最寄りの医療機関があることが多い一方で（コンボンチャム州：48.0%、シェムリアップ州：73.0%）、コンボンチャム州では1km圏内にある（コンボンチャム州：36.0%、シェムリアップ州：20.0%）、若しくは5km以上離れていることが多いことが明らかになった（コンボンチャム州：16.0%、シェムリアップ州：6.0%）。また、最寄りの医療機関が病院である割合はシェムリアップ州よりもコンボンチャム州の世帯の方が高い傾向が見られた（コンボンチャム州：32.0%、シェムリアップ州：13.0%）。

表 3-18 は、調査対象世帯の医療サービス利用状況に関する調査結果である。直近で家族が病気や怪我をした時（平均 208 日前）、96.0%の世帯が医療機関や医療従事者からサービスを受けたと回答した。また、医療サービスを受けた世帯のうち 33.7%がヘルスセンター若しくはヘルスポスト、29.2%が民間医療機関（薬局を含む）、18.8%が州病院、若しくはプノンペンにある National Hospital、15.6%が郡病院／レファラル病院、2.8%が NGO（非営利）医療機関を利用したと回答した。医療機関や医療従事者を訪ねなかった世帯（4.0%）は、その理由について、5 世帯が「必要性を感じなかった」、3 世帯が「時間がなかった」と回答した。公立医療機関を利用した世帯のうち、19.4%がそのサービスに対し「大変満足した」と回答し、75.0%が「いくらか満足した」5.1%が「満足しなかった」または「大変不満足であった」と回答した。公立の医療機関を利用しなかった理由について、41.3%が「診察時間内に行けない」若しくは「待ち時間が長い」、26.1%が「サービスの質が低い」、18.5%が「近隣に公立医療機関がない」と回答した。医療サービスを受けた世帯のうち、34.4%が高次医療機関を紹介され、そのうち 51.5%が実際に紹介された高次医療機関を「訪問した」と回答した。紹介された高次医療機関への移動手段に関しては 78.4%が自身で移動、若しくは家族、親戚、友人によって搬送されたと回答し、21.6%が救急車を含む病院側の手配で搬送されたと回答した。紹介された高次医療機関に掛からなかった世帯の 60.4%が、その理由を費用に起因するものとした。

表 3-18 調査対象世帯の医療サービス利用状況

	合計	Kampong Cham	Siem Reap	p-value
直近で家族が傷病を経験した時の医療サービス利用の有無 (N=300)				0.02
利用した	288 (96.0)	196 (98.0)	92 (92.0)	
利用しなかった	12 (4.0)	4 (2.0)	8 (8.0)	
直近で家族が傷病を経験した時、医療サービスを利用した場合、それは何日前か (N=288)				0.60
	208±446	217±423	188±493	
直近で家族が傷病を経験した時、医療サービスを利用しなかった場合、その理由 (N=12)				N/A
時間がなかった	3 (25.0)	0 (0.0)	3 (37.5)	
必要性を感じなかった	5 (41.7)	2 (50.0)	3 (37.5)	
その他 ^a	4 (33.3)	2 (50.0)	2 (25.0)	
直近で家族が傷病を経験した時、医療サービスを利用した場合、利用した医療機関 (N=288)				<0.01
National Hospital ^b ／州病院	54 (18.8)	32 (16.3)*	22 (23.9)*	
郡病院／レファラル病院	45 (15.6)	43 (21.9)*	2 (2.2)*	
ヘルスセンター／ヘルスポスト	97 (33.7)	47 (24.0)*	50 (54.3)*	
民間医療機関(薬局含む)	84 (29.2)	71 (36.2)*	13 (14.1)*	
NGO(非営利)医療機関	8 (2.8)	3 (1.5)*	5 (5.4)*	
直近で家族が傷病を経験した時、公立医療機関を利用した場合、そのサービスに対する満足度 (N=196)				0.33
大変満足した	38 (19.4)	21 (17.2)	17 (23.0)	
いくらか満足した	147 (75.0)	93 (76.2)	54 (73.0)	
満足しなかった／大変不満足であった	10 (5.1)	8 (6.6)	2 (2.7)	
無回答	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (1.4)	
直近で家族が傷病を経験した時、公立医療機関を利用しなかった場合、その理由 (N=92)				N/A
近隣にない	17 (18.5)	14 (18.9)	3 (16.7)	
診察時間内に行けない／待ち時間が長い	38 (41.3)	33 (44.6)	5 (27.8)	
サービスの質が低い ^c	24 (26.1)	18 (24.3)	6 (33.3)	
軽症だった	5 (5.4)	4 (5.4)	1 (5.6)	
不明	1 (1.1)	1 (1.4)	0 (0.0)	
無回答	7 (7.6)	4 (5.4)	3 (16.7)	
直近で家族が傷病を経験した時、医療サービスを利用した場合、訪問した医療機関で高次医療機関を紹介されたか (N=288)				<0.01
紹介された	99 (34.4)	80 (40.8)	19 (20.7)	
紹介されなかった	189 (65.6)	116 (59.2)	73 (79.3)	
直近で家族が傷病を経験した時、訪問した医療機関で高次医療機関を紹介された場合、家族は高次医療機関を訪問したか (N=99)				0.10
訪問した	51 (51.5)	38 (47.5)	13 (68.4)	
訪問しなかった	48 (48.5)	42 (52.5)	6 (31.6)	
直近で家族が傷病を経験した時、訪問した医療機関で高次医療機関を紹介され、且つ高次医療機関を訪問した場合、家族はどのように高次医療機関に移動したか (N=51)				0.08
患者側の手配による移動	40 (78.4)	30 (78.9)	10 (76.9)	
医療機関側の手配による移動(救急車含む)	11 (21.6)	8 (21.1)	3 (23.1)	
直近で家族が傷病を経験した時、訪問した医療機関で高次医療機関を紹介されたが、実際には訪問しなかった場合、その理由 (N=48)				0.67
費用に関する理由	29 (60.4)	26 (61.9)	3 (50.0)	
費用以外の理由 ^d	19 (39.6)	16 (38.1)	3 (50.0)	

カテゴリ変数には度数(頻度)、連続変数には平均値±標準偏差を記載 * 調整化残差が±1.96 以上

a 「軽傷だったから」、「家族が傷病を経験していない」等。

b National Hospital を利用したのは、コンボンチャム州の世帯のみで 10 件。

c 「スタッフの対応が悪い」、「薬品の質が悪い」、「家族の介護が必要」等。

d. 「遠距離」、「時間がない」、「家族の許可を得られなかった」、「病院への恐れ」等。

出所：調査団作成

本デマンドサイド調査では、シェムリアップ州の世帯に比べ、コンポンチャム州の世帯の方がより医療サービスを利用する傾向があることが示唆された(コンポンチャム州 98.0%、シェムリアップ州：92.0%)。また、シェムリアップ州の世帯に比べ、コンポンチャム州の世帯は郡病院／レファラル病院(コンポンチャム州 21.9%、シェムリアップ州：2.2%)、若しくは薬局を含む民間医療機関を利用することが多い一方で(コンポンチャム州 36.2%、シェムリアップ州：14.1%)、シェムリアップ州の世帯は National Hospital／州病院(コンポンチャム州：16.3%、シェムリアップ州：23.9%)、ヘルスセンター／ヘルスポスト(コンポンチャム州：24.0%、シェムリアップ州：54.3%)、若しくは NGO(非営利)医療機関(コンポンチャム州：1.5%、シェムリアップ州：5.4%)を利用する傾向があることが明らかになった。他方、シェムリアップ州よりも、コンポンチャム州の方が高次医療機関を紹介されることが多い傾向も併せて確認された(コンポンチャム州：40.6%、シェムリアップ州：20.7%)。

(3) 医療保障の現状

表 3-19 は調査対象世帯の医療保障スキームの利用状況に関する調査結果である。世帯の中に医療保障でカバーされている家族がいるかとの問いに対し、40 世帯(13.3%)が「いる」と回答した。家族がカバーされている医療保障の種類について尋ねると、12 世帯が CBHI、11 世帯が NSSF、8 世帯が HEF と回答した。民間保険と回答したのは 1 世帯であった。医療保障でカバーされている家族がいると回答した世帯のうち、80.0%(32 世帯)が「Equity カードを有している」と回答し、90.0%(36 世帯)が家族の医療保障スキームの取り扱い医療機関を「理解している」と回答した。医療保障でカバーされている家族が「いる」と回答した世帯のうち、80.0%(32 世帯)が実際に医療保障スキームを使用したことがあるとした。また、彼らが直近で医療保障スキームを利用したのは、平均 387 日前であり、その際の傷病は非感染性疾患が最も多く 12 件、感染症が 8 件、産婦人科系疾患は 6 件、外傷が 5 件であった。医療保障スキームを利用したすべての世帯が、医療保障スキームがあつて「大変ありがたく、生活に必要」だと回答した。医療保障でカバーされている家族が「いる」と回答した世帯のうち、医療機関で医療保障スキームが使えなかった経験があると回答したのは 1 世帯のみであった。

医療保障でカバーされている家族が「いる」と回答した世帯のうち、「Equity カードを有している」と回答した世帯の割合はシェムリアップ州に比べ、コンポンチャム州の方が大きかった(コンポンチャム州 92.9%、シェムリアップ州：50.0%)。

表 3-19 調査対象世帯の医療保障スキームの利用状況

	Total	Kampong Cham	Siem Reap	p-value
医療保障でカバーされている家族がいるか (N=300)				0.62
いる	40 (13.3)	28 (14.0)	12 (12.0)	
いない	259 (86.3)	171 (85.5)	88 (88.0)	
無回答	1 (0.3)	1 (0.5)	0 (0.0)	
医療保障でカバーされている家族がいる場合、その医療保障の種類 (N=40)				N/A
NSSF	11 (27.5)	9 (32.1)	2 (16.7)	
HEF	8 (20.0)	8 (28.6)	0 (0.0)	
CBHI	12 (30.0)	6 (21.4)	6 (50.0)	
その他 ^a	7 (17.5)	3 (10.7)	4 (33.3)	
不明	2 (5.0)	2 (7.1)	0 (0.0)	
医療保障でカバーされている家族がいる場合、IDPoorカードを持っているか(N=40)				<0.01
あり	32 (80.0)	26 (92.9)	6 (50.0)	
なし	8 (20.0)	2 (7.1)	6 (50.0)	
医療保障でカバーされている家族がいる場合、家族がカバーされている医療保障の取り扱い医療機関を理解しているか (N=40)				0.82
理解している	36 (90.0)	25 (89.3)	11 (91.7)	
理解していない	4 (10.0)	3 (10.7)	1 (8.3)	
医療保障でカバーされている家族がいる場合、家族は医療保障スキームを利用したことがあるか (N=40)				1.00
はい	32 (80.0)	22 (78.6)	10 (83.3)	
いいえ	8 (20.0)	6 (21.4)	2 (16.7)	
家族が医療保障スキームを利用したことがある場合、直近で医療保障スキームを利用した時の家族の傷病 (N=32)				N/A
感染症	8 (25.0)	6 (27.3)	2 (20.0)	
外傷	5 (15.6)	4 (18.2)	1 (10.0)	
非感染性疾患	12 (37.5)	6 (27.3)	6 (60.0)	
産婦人科系疾患	6 (18.8)	5 (22.7)	1 (10.0)	
不明	1 (3.1)	1 (4.5)	0 (0.0)	
家族が医療保障スキームを利用したことがある場合、直近で家族が医療保障スキームを利用したのは何日前か(N=32)				0.14
	387±739	519±860	97±133	
家族が医療保障スキームを利用したことがある場合、家族が医療保障スキームを利用した時の感想 (N=32)				N/A
大変ありがたく、生活に必要	32 (100)	22 (100)	10 (100)	
家族が医療保障スキームを利用したことがある場合、医療機関で医療保障スキームが使えなかった経験 (N=32)				N/A
経験がある	1 (3.1)	0 (0.0)	1 (10.0)	
経験がない	31 (96.9)	22 (100.0)	9 (90.0)	

カテゴリ変数には度数(頻度)、連続変数には平均値±標準偏差を記載

a NGO、貧困者のためのパウチャー、民間保険を含む。

出所：調査団作成

表 3-20 調査対象世帯の医療保障に対する意識

	Total	Kampong Cham	Siem Reap	p-value
医療保険に関する知識 (N=300)				<0.01
知識がある	59 (19.7)	21 (10.5)	38 (38.0)	
知識がない	237 (79.0)	179 (89.5)	58 (58.0)	
無回答	4 (1.3)	0 (0.0)	4 (4.0)	
医療保険に加入したいか (N=300)				0.08
加入したい	240 (80.0)	155 (77.5)	85 (85.0)	
加入したくない	32 (10.7)	26 (13.0)	6 (6.0)	
不明	24 (8.0)	19 (9.5)	5 (5.0)	
無回答	4 (1.3)	0 (0.0)	4 (4.0)	
医療保険に加入したい場合、加入したいと思う医療保険の種類 (N=240)				0.37
政府が運営する医療保険	100 (41.7)	63 (40.6)	37 (43.5)	
コミュニティが運営する医療保険	109 (45.4)	70 (45.2)	39 (45.9)	
民間保険	10 (4.2)	9 (5.8)	1 (1.2)	
わからない	20 (8.3)	12 (7.7)	8 (9.4)	
無回答	1 (0.4)	1 (0.6)	0 (0.0)	
特定の種類の医療保険に加入したい場合、その理由 (N=219)				0.01
評判が良い	9 (4.1)	3 (2.1)*	6 (7.8)*	
保険料の徴収がない	43 (19.6)	22 (15.5)*	21 (27.3)*	
より良い医療サービスを受けられる	149 (68.0)	106 (74.7)*	43 (55.8)*	
その他 ^a	14 (6.4)	7 (4.9)*	7 (9.1)*	
無回答	4 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
医療保険に加入したくない場合、その理由 (N=32)				N/A
信頼していない	16 (50.0)	14 (53.8)	2 (33.3)	
医療サービスを利用しない	2 (6.3)	0 (0.0)	2 (33.3)	
その他 ^b	14 (43.8)	12 (46.2)	2 (33.3)	
その他に保険を運営してほしいと思える組織 (N=300)				N/A
女性団体	98 (32.7)	62 (31.0)	36 (36.0)	
農業団体	17 (5.7)	16 (8.0)	1 (1.0)	
ビジネス団体	3 (1.0)	2 (1.0)	1 (1.0)	
友人グループ	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (1.0)	
その他 ^c	22 (7.3)	7 (3.5)	15 (15.0)	
不明	104 (34.7)	73 (36.5)	31 (31.0)	
無回答	55 (18.3)	40 (20.0)	15 (15.0)	
医療保険運営の目的で住民登録をすることに抵抗はあるか (N=300)				0.32
抵抗はない	254 (84.7)	166 (83.0)	88 (88.0)	
抵抗がある	43 (14.3)	31 (15.5)	12 (12.0)	
不明	3 (1.0)	3 (1.5)	0 (0.0)	

度数(頻度)を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

^a 「相互扶助」、「安心のため」、「(年長者としての)責任」、「医療費を節約できる」、「医療保険事務所が近隣にある」等。^b 「すでに貧困者のためのバウチャーがある」、「ほとんど病気をしない」、「貧しい」等。^c 各種 NGO、障がい者団体、保育団体等。

出所: 調査団作成

表 3-20 は調査対象世帯の医療保険に関する知識及び意識に関する調査結果である。医療保険に関する知識があると回答したのは、調査対象世帯のうち僅か 19.7%であった。しか

し、調査員が医療保険について説明すると、80.0%が医療保険に加入したいとし、その内45.4%が「コミュニティーが運営する医療保険」41.7%が「政府が運営する医療保険」、4.2%が民間保険への加入を希望した。それらの保険に加入したい理由として、67.7%が「より良い医療サービスを受けられる」、20.0%が「保険料の徴収がない」、4.1%が「評判が良い」を挙げた一方で、加入したくないと回答した世帯は、その理由として「(保険者を)信頼していない」(16 世帯)、「医療サービスを利用しない」(2 世帯)等を挙げた。本調査では、この他に医療保険を運営してほしい組織があるか尋ねたところ、40.0%が女性団体、6.9%が農業団体を挙げた。また、医療保険運営の目的で住民登録をすることに抵抗があるかとの問いに対しては84.7%が「抵抗はない」と回答した。

本調査結果からは、コンポンチャム州の住民と比べ、シェムリアップ州の住民の方が医療保険に関する知識を有する傾向があることが示唆された(コンポンチャム州:10.5%、シェムリアップ州:38.0%)。また、医療保険への加入を希望する主な理由として、コンポンチャム州の住民は「より良い医療サービスを受けられる」ことを挙げる割合が大きい一方で(コンポンチャム州:76.3%、シェムリアップ州:53.1%)、シェムリアップ州の住民は「評判が良い」(コンポンチャム州:2.2%、シェムリアップ州:7.4%)や、「保険料の徴収がない」(コンポンチャム州:16.5%、シェムリアップ州:25.9%)ことを挙げる割合が大きい傾向があることが明らかになった。

表 3-21 寺院が運営する保険への加入意志と支払っても良いとする医療保険料

	Total	Kampong Cham	Siem Reap	p-value
寺院が運営する保険があったら加入したいか (N=300)				0.61
加入したい	241 (80.3)	159 (79.5)	82 (82.0)	
加入したくない	59 (19.7)	41 (20.5)	18 (18.0)	
寺院が運営する保険に払っても良いと思える医療保険料(一人当たりの年間保険料) (N=300)				0.15
払いたいと思わない	43 (14.3)	34 (17.0)	9 (9.0)	
10,000リエル(2.5US\$)まで	153 (51.0)	101 (50.5)	52 (52.0)	
10,000リエル(2.5US\$)以上	104 (34.7)	65 (32.5)	17 (17.0)	
政府が運営する保険に払っても良いと思える医療保険料(一人当たりの年間保険料) (N=300)				0.01
払いたいと思わない	79 (26.3)	63 (31.5)*	16 (16.0)*	
10,000リエル(2.5US\$)まで	158 (52.7)	101 (50.5)	57 (57.0)	
10,000リエル(2.5US\$)以上	63 (21.0)	36 (18.0)*	27 (27.0)*	

度数(頻度)を記載

* 調整化残差が ± 1.96 以上

出所: 調査団作成

カンボジアの国民は敬虔な仏教徒であるため、寺院が医療保険を運営すれば、より信頼が高まるのではないかとこの想定の下、本調査では、寺院が運営する医療保険があることを仮定した質問を設けた。表 3-21 は寺院が運営する保険への加入の意志と、支払ってもよいとする医療保険料を、政府が運営する保険と比較した結果である。調査対象世帯の80.3%が寺院の運営する保険に「加入したい」と回答し(政府の運営する保険には80.0%が加入希望)、一人当たり年間保険料として51.0%が「1 万リエル(2.5 米ドル)まで」、34.7%が「1 万リエル(2.5 米ドル)以上」払う意思がある、14.3%が「払いたいと思わない」と回答した。一方、政府が運営する保険に対しては、一人当たりの年間医療保険料として払っ

でも良いと思える金額について、52.7%が「1 万リエル（2.5 米ドル）まで」、26.3%が「払いたいと思わない」、21.0%が「1 万リエル（2.5 米ドル）以上」と回答した。

医療保険料を「払いたいと思わない」世帯の割合はシェムリアップ州よりコンポンチャム州の方が大きい（コンポンチャム州：31.5%、シェムリアップ州：16.0%）、一人当たり年間保険料として「1 万リエル（2.5 米ドル）以上払っても良い」とする世帯の割合は、コンポンチャム州よりシェムリアップ州の方が大きい傾向にあることが確認された（コンポンチャム州 18.0%、シェムリアップ州：27.0%）。

(4) 調査の制限事項と意義

本デマンドサイド調査は横断研究型であるため、調査結果から因果関係を導出することはできない。また、費用と時間の制約上、調査対象が 2 州に限定されたため、調査結果を解釈する際には、これがカンボジア全土ではなく、対象 2 州に限定した調査結果であることに留意する必要がある。一方、調査データの質、信頼性を高めるため、サンプリング方法等において様々な方策を講じ、調査手法によるバイアスを最小限に留めるよう努めた。以上のことから、調査の制限事項は考えられるものの、本デマンドサイド調査では、カンボジア住民の保健医療サービス及び医療保障に関する幅広い情報を収集することができ、同調査結果は、今後のカンボジアの医療保障制度にかかる政策及び戦略策定において、有益な情報になると思料する。

第4章 カンボジア社会医療保障制度構築にかかる方向性

4-1 社会保障政策枠組み策定に向けた取り組み

20 余年続いた内戦が終結した 1990 年代のカンボジアでは、貧困層、弱者に対する社会保護（Social Protection）が急務であり、世界各地から多様な援助が大量に投入された。2004 年からは 14 の政府機関から成る農業・農村開発評議会（以下、「CARD」という。）が社会保護（Social Protection）の分野でコア・グループ会合を開催し、開発パートナーと政府機関の間で、医療、食糧保障、教育など、セクター横断的な議論を展開してきた。JICA もコア・グループのメンバーである。CARD の議長は、2008 年まではフン・セン首相、それ以降はイム・チャイリー副首相が務めている。一方、順調な経済発展を遂げるカンボジアで、近年新たに必要性が問われているのが社会保障（Social Security）であり、現在これら 2 つの動きが融合し、社会保護（Social Protection）は社会保障（Social Security）の中の社会扶助（Social Assistance）として整理されつつある。現在 CARD は、Social Assistance Policy Paper を策定している。

一方、年金や医療保険を含む社会保障の国家枠組みを中心的に策定しているのは経済財政省である。2015 年、同省を中心に、社会保障政策枠組み策定に向けた関係省庁間の政策対話の場としてテクニカル・ワーキング・グループ（以下、「TWG」という。）が結成された。TWG は不定期に会合（月に 1～2 回）を開催しており、必要に応じて開発パートナーも交えた協議を行っている。経済財政次官の H.E. Nguon Sokha が議長、労働職業訓練次官の H.E. Kan Moan と社会問題・退役軍人・青少年更正副次官の H.E. Samheng Boros が 2 名体制で副議長を務めている。メンバーは計 14 名、うち 8 名が経済財政省に所属しており、それぞれ税務、予算、経済政策、金融業、保険・年金の部署を代表しており、金融業の部署からは 2 名が参加している。TWG のメンバー機関は図 4-1 の通りである。TWG には、各省庁の次官や次官補レベルが参加しており、本件は国家の最重要課題のひとつとして取り組まれている。TWG 議長の Sokha 次官は、本調査の一環で実施した本邦招聘、ASEAN 域内第三国スタディーツアーに参加しており、同イベントを通じて学んだこと、カンボジアで活かしていきたいことは TWG 会合で他のメンバーと共有したいとしている。



図 4-1 社会保障政策枠組策定のための TWG メンバー機関

出所：経済財政省からの聞き取りを基に調査団作成

経済財政省は、社会保障政策枠組みに係る「Policy Frame Work Paper（ホワイトペーパー）」の策定をコンサルタント会社 Ernst & Young（EY）に委託し、2015 年 10 月上旬に調査が開始された。同年 12 月末にはドラフトが回覧され、開発パートナーを含む関係者からコメントが寄せられた。それらコメントを基に現在報告書の最終化が行われている。同報告書では、雇用、教育、産休等を含む包括的な社会保障の政策枠組みに係る現状分析と提言、年金と医療保障分野のロードマップ、スキーム統合の可能性等が提示される予定である。TWG 会合では、この「ホワイトペーパー」を基に詳細計画の策定を行う予定である。また、開発パートナーの多くは、この結果を基に今後の支援方針を考えると共に、社会保障制度構築に向けた取り組みに対して積極的に関わる姿勢を示している。

4-2 本調査を通じてカンボジア関係者が得た教訓

カンボジア政府が、社会医療保障制度構築に向けて本格的に着手した重要なタイミングに、本調査の一環で、同制度構築に携わる関係省庁の行政官を我が国とタイに招き、両国の社会医療保障制度の視察を行ったことは意義深い。これら 2 カ国からの学びの中で、彼らが特にカンボジアの社会医療保障制度構築に活かしたいとした点は以下の通りである。

(1) 両国の経験から得られた教訓

日本とタイで共通していた点は、UHC 達成の背景に政治的コミットメントと経済成長があったということである。カンボジアは、近年平均 7%の経済成長を維持しており、上記の通り、政府のコミットメントも強固になりつつあるため、正に現在が導入のタイミングだと考えられる。一方、医療の近代化に伴い医療費が増大し、高齢化が始まると長期療養費等の医療費が更に膨らむため、社会医療保障制度構築は早急に進めた方が良いということも両国から学んだ。

2 国間で異なるのがインフォーマル・セクターへの対応である。特にインフォーマル・セクターが全体の約 8 割を占めるカンボジアにおいて、この層への対応は重要な課題である。人口構成が類似しているタイでは、前述の通り、インフォーマル・セクターは税でカバーしている。一方、日本では税で補てんを行うものの、基本的に社会保険制度を導入している。これらの方式には、それぞれ以下のメリットとデメリットがある。いずれを選択するにしても、持続的な財源をどこに求めるかをよく見極める必要がある。

表 4-1 カンボジアで導入可能な医療保障方式のメリットとデメリット

	メリット	デメリット
社会保険方式	・ 政府の財政負担が軽減できる。	・ 人口の特定、所得・支払い能力の把握が困難。 ・ 保険運営機関等、関係組織の能力向上に向けた初期投資が必要。
税方式	・ 組織の能力向上に係る初期投資が軽減できる。	・ 政府の恒常的な財政負担が大きい（タイでは医療コストの 80%以上を税でカバー）。

出所：本邦招聘及び ASEAN 域内第三国スタディーツアーの記録を基に調査団作成

両国には複数の保険者が存在する。多数の保険者と審査機関が存在すると、その分管理費は増大する。また、特にタイの医療保障三制度、Civil Servant Medical Benefit Scheme（以下、「CSMBS」という。）、Social Security Scheme (SSS)の Social Health Insurance (SHI)、Universal Coverage System（以下、「UCS」という。）にはそれぞれに給付金、診療費支払い、資金管理等のシステムが存在し、CSMBS とその他の保障制度の給付内容に大きな差が生じている。そして、一旦これらの複数の保障制度が成立すると、その後で統合することは非常に困難となる。なぜなら、財政が相対的に豊かで給付内容も手厚い保障スキームおよびその対象者は保障制度の統合に強く反対するためである。

日本は被用者保険と国民健康保険の二本建てで国民皆保険が成り立っており、しかも、被用者保険は、①公務員が加入する各種共済組合、②大企業の従業員が加入する健康保険組合、③中小企業の従業員が加入する政府管掌健康保険（2008年10月以降は協会けんぽ）に分かれ、国民健康保険もその保険者は市町村単位であるため、各保険者の医療費の構造（特に老人加入率の相違）や被保険者の所得水準等は大きく異なっている。こうした制度分立に伴う保険者間の負担の不均衡については、1982年に老人保健法が制定され（施行は翌年）、財政力が脆弱な国民健康保険や政府管掌健康保険に所要の国庫負担・補助を行うことにより調整が行われてきた。しかし、オイルショックを経て、「増税なき財政再建」が至上命題となるなかで、老人保健法の制定により、老人加入率の相違に着目した保険者間の財政調整（すべての保険者が全国平均の老人加入率であるとみなして老人保健拠出金を支払う）が行われることとなった。そして、その後さまざまな改正を経て、2008年度からは、75歳以上の者が加入する後期高齢者医療制度が独立するとともに、65歳から74歳の前期高齢者に関しては老人保健制度と類似した仕組みにより保険者間の財政調整が行われることとされた。

これら2カ国の経験を踏まえ、カンボジアの医療制度については、構造的な部分を含め、慎重に検討したいとしている。タイ政府からは、医療保障制度の統合（単一制度）を実現するためには、医療機関への支払いの仕組みを統一しなければならないため、将来的に単一制度を考えるならば、制度構築を開始する時点から支払いの仕組みの統一化を念頭に置く必要があるという助言も得た。

(2) 参考にしたい日本の制度

カンボジア政府が特に参考にしたいとした日本の制度は以下の通りである。

【効果的な法規制】

カンボジアでは民間医療機関が増加し、民間保険も進出する中、提供される医療の格差が広がっている。日本では医療機関の民間医療機関の非営利化を含む、効果的な法規制（国民健康保険法、医療法、老人福祉法、高額療養費還付制度、医療費控除など）によって公平な医療提供を維持しているため、その制度を参考にしたいとした。

【医療サービスの価格統制と保険適用サービスの制限】

日本の診療報酬制度と保険適用サービス範囲の設定を参考にしたいが、カンボジアでは、外来では薬の処方も含め、よりシンプルな制度にすることが現実的だとした。

【国民健康保険制度】

大きなインフォーマル・セクター人口を抱えるカンボジアが特に関心を示したのが、地方自治体が保険者となり、自営業者や退職者等も社会保険でカバーしている日本の国民健康保険制度¹⁰¹である。中でも、特にカンボジアにおいて有効だとされた点は以下の通りである。

- 被保険者の負担能力に応じた保険料の設定 但し、これを実現させるためにはインフォーマル・セクターの経済能力を把握する方法を考案しなければならない。
- 政府と保険者による医療保険の共同財政負担 少なくとも保健省は、日本のように、社会保険方式でも保険料と公費で折半できるような制度にしたいとしている。
- 受診時の患者自己負担 これも保険者の負担を軽減するための方策として関心が寄せられた。但し、関係者間において、負担の割合等に関する交渉が必要である。また、タイでは 30 バーツ制度において患者の自己負担を行っていたものの、民主党政権時代に医療費の完全無料化へと変更されて以来、再度導入することには踏み切れないでいる。このため、この制度を導入するにはタイミングを見誤らないことが肝要であるとした。
- 地方行政組織による保険事業運営 カンボジアでも地方分権化が進み、地方行政官の能力が向上すれば導入したいとしている。
- 役所における保険加入、所得調査、保険料決定のワンストップ・サービス これも地方行政官の能力が一定の水準以上になることが条件とされる。

(3) 参考にしたいタイの制度

カンボジア政府が特に参考にしたいとしたタイの制度は以下の通りである。

【医療費削減のための健康増進と疾病予防への働きかけ】

一次医療機関が積極的に行っているタイの健康増進や疾病予防活動をカンボジアでも取り入れ、医療費削減に努めたいとした。

【診断群別分類(DRG)を活用した医療機関の経営にかかる費用のコントロール】

情報システムが整備されれば、カンボジアでも取り入れたい制度だとした。

¹⁰¹ 日本の制度をモデルにした韓国や台湾の制度も日本の制度に類似する。

【包括払いと人頭払いの併用】

上記同様、情報システム管理ができれば、タイのように診断群別分類（以下、「DRG」という。）に基づく包括払いと人頭払いを、目的に合わせて併用させるということも考えられると関心を示した。

【独立機関による持続的な資金運用】

資金を持続させるためには適切な運用が不可欠であるため、タイでの実践方法が参考になるとした。

(4) 参考にしたい両国の制度

カンボジア政府が参考にしたいとした両国の制度は以下の通りである。

【IT システムの効果的活用】

効率的且つ効果的な保険運営のためには情報の集約化が重要であるとの考えの下、カンボジアでも積極的に IT 化を図りたいとした。

【第三者機関による支払い審査】

日本では、職域保険に一機関、地域保険には各都道府県に一つの審査支払機関が存在する。医療機関が保険者に医療費を請求すると、保険者に請求書（レセプト）が送られる前に、審査支払機関によってレセプトの内容が審査される。審査支払機関は、レセプトに記された治療や処方薬が診療報酬制度に則ったものであるかを審査し、問題がなければ医療機関に対して診療報酬を支払う¹⁰²。

タイの CSMBS、SSS、UCS には、それぞれ独自の支払い制度存在する。CSMBS には財務省の傘下に Comptroller General's Department があり、医療機関からの請求書を審査し、医療機関に対する支払い及び患者への払い戻しを行う。SSS の支払いは Social Security Fund (SSF) とその運営母体である Socail Security Office (SSO) が担っている。UCS に関しては、National Health Security Office (NHSO) が外来診療には人頭払い、入院診療には、医療機関からの請求を審査した後、DRG-Related Weight を活用した包括払いを行っている^{103, 104}。

現在、カンボジアで保険を運営している NSSF では、組織内で審査を行っているが、透明な支払い管理を行うためには第三者機関の設立が不可欠だとした。

【住民登録と保険情報の連携】

¹⁰² 星田淳也. (2015) . National Health Insurance, and Other Insurers.

¹⁰³ JICA & 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 (2012) . 「アジア地域 社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書」

¹⁰⁴ International Labor Organization Subregional Office for East Asia. (2006) . Thailand: Universal Health Care Coverage Through Pluralistic Approaches.

今後カンボジアで社会保険を導入するのであれば、住民登録との連携は不可欠である。両国が行っている取組みは、現在カンボジアで進められている出生届の義務化、住民登録・統計情報システム（以下、「CRVR」という。）、貧困者リスト、社会保険等の情報統合に大いに役立てられるとした。

4-3 社会医療保障制度構築への方向性

2016年2月18日に開催された社会保障 TWG 会合では、以下の3点にかかる今後の基本方針と2016年から2025年以降にかけてのロードマップ案が発表された（図4-2参照）。

- 【基本方針1】 目標はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ¹⁰⁵とする
- 【基本方針2】 社会保障運営機関は単一支払者とする
- 【基本方針3】 給付パッケージを統一する

今後の社会医療保障の運営体制の構築について、TWG は NSSF を National Insurance Fund（以下、「NIF」という。）と改名し、すべての社会医療保障スキームをカバーする単一支払者として発表した。また、NIF の役割や責任を定めた法律の草案を策定し、新たなガバナンス構造、政策、規定者、管理者等を取り決める必要があるとした。

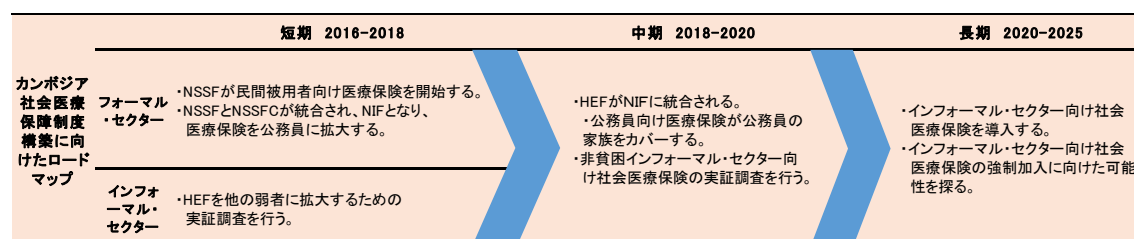


図4-2 カンボジアの社会医療保障制度構築に向けたロードマップ案

これまでの関係省庁間における協議を通じて、カンボジア政府は、貧困層に対しては完全税方式で対応するものの、税収には限界があり、カンボジアには社会保障以外にも優先すべき開発課題が数多く存在するため、非貧困インフォーマル・セクターに対しては、社会保険方式を導入するという意見で一致している。但し、保健省は、社会保険方式であっても国庫負担が必要だと主張する一方で、経済財政省は、政府の負担を軽減する方策を考えるべきだとしている。

4-4 開発パートナーによる支援の現状と今後の支援計画

(1) 社会医療保障分野における主要開発パートナーの支援状況

現在、カンボジアの社会医療保障分野において、支援を行っている主要な開発パートナー及びその支援内容は以下の通りである。

¹⁰⁵ TWG 事務局によると、ここで言う「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」は、人口カバー率の向上、患者の自己負担低減及び及び給付対象の医療サービス・パッケージの拡大を指すということである（2016年4月7日）。

① フランス(AFD)¹⁰⁶

AFD は、フランスの NGO、GRET を通じて、NSSF の医療保険プログラム HiP に対し、強制加入スキームの策定、人材育成等の技術協力を行い、10 カ所の工場においてパイロット・プログラムを実施した。他方、同じく GRET を通じて、タケオ州の HEF、CBHI を包括的に支援し、現場レベルのエビデンスを政策レベルに反映させるべく取り組んだ。また、CBHI の草分けである SKY の支援も行っていた。保健省に対しては、GIZ、欧州連合（EU）と共に保健財政政策（案）策定支援を行ったほか、保健省計画・保健情報局（以下、「DPHI」という。）の IT ソフトウェア・システムに関する支援を行い、HEF、CBHI、診療費全般に関する情報の一元化に取り組んだ。

しかしながら、2010 年にフランス政府が対カンボジア援助を有償化させると表明してからは、保健セクターにおける AFD の支援が限定的になっている。

一方、ILO と共に NSSF の年金分野の調査を行う予定だが、NSSF の優先課題は医療保険であり、医療保険が軌道に乗るまでは年金に取り掛かることができないため、今後の医療保険の進捗を注視し、年金分野への支援を実施するということである。

② オーストラリア(DFAT)¹⁰⁷

オーストラリア政府の外務貿易省（以下、「DFAT」という。）は前期まで HSSP2 の議長を務めてきたが、今期、KfW、韓国国際協力団（以下、「KOICA」という。）と交代した。一方、DFAT は ID Poor 認定制度強化のため、GIZ と共に計画省に対して技術支援を行っている。現在の支援は 2016 年 2 月に終了するが、来期以降も継続し、都市部の貧困層に ID Poor 認定を拡大させていく予定である。また、HSSP2 の後継案件である Health Equity and Quality Improvement Project（以下、「H-EQIP」という。）にも参加予定である。

③ ドイツ(GIZ、KfW、ドイツ大使館)¹⁰⁸

ドイツは KfW が財政支援、GIZ が技術支援を行っており、カンボジアの社会医療保障分野を最も包括的に支援している開発パートナーである。KfW は HSSP2 に参加しており、GIZ は保健省の DPHI、計画省の ID Poor プログラムに専門家を派遣している。昨年まではフォーマル・セクターとインフォーマル・セクターの両方を支援してきたが、ドイツの支援は貧困層・弱者に焦点を当てる方針となったため、今年からはインフォーマル・セクターに支援を集中させている。

KfW は 2011 年から VMA を通じて Voucher Scheme を実施しており、コンボントム州では、この Voucher Scheme と HEF、CBHI を統合した Integrated Program を試行している。他方、母子保健分野（妊婦健診、子供の健康等）において、条件付き現金給付（Conditional Cash Transfer）も実施している。

¹⁰⁶ AFD からの聞き取りによる（2015 年 10 月 23 日）。

¹⁰⁷ DFAT での聞き取りによる（2015 年 10 月 28 日）。

¹⁰⁸ GIZ、KfW からの聞き取りによる（2015 年 11 月 13 日）。

④ ILO¹⁰⁹

ILO はフォーマル・セクター及びインフォーマル・セクターの社会医療保障に関する支援を行っている。インフォーマル・セクターへの支援としては、1 年前よりシェムリアップ州の 2 郡において、社会サービスの総合窓口となる Social Service Delivery Mechanism (SSDM) のパイロット事業を実施している。政府側のカウンターパートは、保健省、教育省、計画省、労働職業訓練省であり、2011 年に制定された National Social Protection Strategy for the Poor and Vulnerable (NSPS) に準拠するものである。

特定の受益者を追跡するデータベースの構築も行う予定である。ID-Poor のデータベースは既存のデータベースの中で最も有用であると考えられているが、ID-Poor の情報のみでは、今後必要となる情報の全てを収集することができないため、将来的には、このデータベースを国の個人情報システムに発展させたいとしている。

2010 年に Social Protection Expenditure and Performance Review を実施した。また、保健省から要請を受け、GIZ と共同で Financial Assessment of National Social Protection Strategy を実施し、特定のターゲット（5 歳未満児と高齢者）に対するサービスを拡大するために必要なコスト計算を行った。現在この調査を再度実施するか検討中である。経済財政省からは、公務員、警察官と軍人を対象とした医療保障に関する調査も依頼されている。また、AFD と共に NSSF の年金に関する調査を実施することも検討している。

⑤ 韓国(KOICA)¹¹⁰

韓国政府は、NSSF の労災保険制度立ち上げの際、2003 年より ILO を通じて資金援助を行うと共に、数理専門家を派遣していた¹¹¹。

KOICA は現在 HSSP2 の Co-Chair を務めており、H-EQIP にも参加する意向を示している。保健省と開発パートナーの間では、韓国の健康保険審査評価院¹¹²（以下、「HIRA」という。）をカンボジアのモデルにすることが検討されており、KOICA は継続して HIRA に関する情報を提供していく意向である。

KOICA は以前 HSSP2 に対して専門家を配置していたが、契約期間が終了したため、今後は新たな専門家を配置する予定であるということである。

⑥ スイス(SDC)¹¹³

SDC は、1974 年にスイス赤十字からカンボジアに派遣されたスイス人小児科医 Dr. Beat Richner とスイスの民間人からの寄付によって設立された非営利小児病院、Kantha Bopha

¹⁰⁹ ILO での聞き取りによる（2015 年 10 月 27 日）。

¹¹⁰ KOICA での聞き取りによる（2015 年 10 月 28 日）。

¹¹¹ ILO Sub-regional Office for East Asia. 2005. Report to the Government on Employment Injury Insurance in Cambodia: Legislation, Financing and Administration.

¹¹² 韓国では 2000 年代初頭に大統領の強力なリーダーシップのもと、短期間で医療保障制度の整備が進められ、2003 年に皆保険制度を達成した。大幅な医療改革を行い、約 350 あった保険者の統一、レセプトの電子化 100%を達成し、支払い・審査・評価を行うための組織、健康保険審査評価院（Health Insurance Review Agency [HIRA]）を設立した。

¹¹³ SDC での聞き取りによる（2015 年 11 月 4 日）。

Hospital への支援を継続して行っている。その一方で、2015 年より医療財政分野の調査を実施している。

⑦ 国連人口基金(UNFPA)¹¹⁴

UNFPA は現在 HSSP2 に拠出しており、17 カ月間議長を務めた。HSSP2 の枠組みの中で、保健システムに関する調査や産婦人科の専門的なアドバイスを行っている。

⑧ UNICEF¹¹⁵

UNICEF カンボジア事務所では、生後 1,000 日が人間の健康維持のため最も重要な期間であるとの考えの下、0～2 歳の子供の医療を保障するためのパッケージを考案している。パッケージには 20 程度の子供がかかりやすい疾患（下痢症、肺炎、栄養失調等）を含める予定である。サービス提供にかかる経費と世帯の医療費支出に関するコスト計算を行い、2016 年中にはパッケージの内容を確定させたいとしている。その後、1～2 州でパイロットを実施し、軌道に乗れば徐々にカバー範囲を広げていくことを考えている。

UNICEF は KfW/VMA が実施している Voucher Scheme にも関心を寄せている。妊婦と 2 歳以下の子供のための医療保障パッケージと Voucher Scheme を併せて、現行の HEF やその他保険プログラムと相互補完できるような仕組みにしたいと考えている。UNICEF の支援スキームでは、家庭の所得レベルに関係なく、すべての子供をカバーしたいと考えているため、彼らが適切に出生登録されるよう、内務省に対する支援も行う意向である。

⑨ 米国(USAID)¹¹⁶

USAID は、現在、医療保障分野の支払い提供システムと情報システムに対して支援を行っている。また、URC を通して HEF の第三者モニタリングを行っている。今後は、経済財政省に対して技術協力を行うと共に、H-EQIP に技術協力のプールを新たに設置して参加したいとしている。

USAID は経済財政省との政策対話を基に、フォーマル・セクター向け、公務員向け、インフォーマル・セクター向けの社会保障 3 スキームを統合させるための計画策定を支援している。また、世界的に実施している保健財政とガバナンスに関するプロジェクト（Health Finance and Governance: HFG）の一環で、民間コンサルタント会社 Action-Based Thoughts（ABT）Consulting Firm を通じてカンボジアの保健財政に関する現状調査を実施している。現在、USAID は自身の 2018 年～2020 年の対カンボジア支援計画を策定している。

⑩ WHO¹¹⁷

WHO は保健分野の開発パートナー月例会合を主催しているほか、保健システムや保健財政管理にかかる各種会合をコーディネートしている。また、WHO は National Health Account

¹¹⁴ UNFPA での聞き取りによる（2015 年 11 月 6 日）。

¹¹⁵ UNICEF での聞き取りによる（2015 年 11 月 5 日）。

¹¹⁶ USAID での聞き取りによる（2015 年 11 月 12 日）。

¹¹⁷ WHO での聞き取りによる（2015 年 10 月 26 日）。

という医療費の年間支出データのタイムリーな収集を可能にする会計枠組みシステムに関する技術支援を行っている。他方、主に P4H¹¹⁸の枠組みの中で、医療保障のロードマップ作成やコスト計算等の調査も実施している。

⑪ 世界銀行¹¹⁹

世銀は HSSP のプールファンドの管理者である。現在、2016 年 6 月に終了する HSSP2 の後継プロジェクト H-EQIP の準備を行っている。2015 年 12 月上旬には評価ミッションがカンボジアを訪れ、最終確認を行い、世銀理事会で承認を得た。

他方、世銀はローカルコンサルタント会社、Angkor Consultant に委託し、Voucher Scheme と CBHI に関する調査を実施している。また、2015 年 11 月 2 日から 13 日には、経済財政省、保健省等を対象に公共財政管理（PFM）の調査も行っている。2014 年には、GIZ と共に保健省、経済財政省、計画省のインドネシア視察を支援した。

(2) 開発パートナーのプールファンド型支援プログラム(HSSP2)の動向

2003 年、カンボジア保健セクターに HSSP が導入された。2008 年からは第二フェーズ（以下、「HSSP2」という。）となり、現在その延長期間中である（2016 年 6 月まで）。拠出開発パートナーは世銀、DFAT、UNFPA、UNICEF、KOICA、KfW である。HSSP 開始当初は、開発パートナーの資金が 90%であったが、現在では 60%に減少している。今後は更に毎年 10%ずつ減少させ、政府負担を増加させる予定である¹²⁰。

HSSP 開発パートナーは合同で事業計画を行い、年に 2 度合同で事業実施と財政の両面からのレビューを行い、Aide Memoire を締結する。HSSP2 では、デマンドサイドの財政支援である HEF とサプライサイドの財政支援である SOA の支援を行っている。開発パートナーの HSSP2 への拠出方法としては、すべての資金を共通ファンドに拠出する方法と、一部用途を特定して独自に執行する方法がある。

HSSP2 の後継プロジェクトとして、現在、H-EQIP が計画されている。世銀が中心となり計画を策定し、2015 年 12 月上旬には世銀の事前評価ミッションが派遣された。評価ミッションの結果を受け、世銀の理事会審議の審議により 2016 年 7 月から 2021 年 6 月までの 5 年間の実施が決定する。カンボジア保健セクターの財政支援としては、この H-EQIP が最後となる予定であり、その後は 100%政府予算による運営が期待されている。5 カ年計画であるが、資金の目途が立っているのは 3 年間分のみであるため、他の開発パートナーも参加することが奨励されている。現在、世銀の他に参加への関心を表明しているのは、DFAT（オーストラリア）、KfW（ドイツ）、KOICA（韓国）である。また、日本政府も H-EQIP への参加を検討している。

¹¹⁸ 2007 年の G8 ハイリゲンダム・サミットにおいて提唱された社会医療保障に関する政治イニシアティブ。その後、P4H はマルチバイ協力体制の下、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・社会医療保障の革新的なサポートネットワークに発展した。現在、P4H に加盟している国際機関は WHO、世銀、ILO、アフリカ開発銀行、二国間開発パートナーはフランス、ドイツ、スペイン、スイス、アメリカ。

¹¹⁹ 世銀での聞き取りによる（2015 年 10 月 26 日）。

¹²⁰ MOH の Dr. Kanha からの聞き取りによる（2015 年 10 月 27 日）。

事前評価ミッション時に提案されたプロジェクト目標及びコンポーネントは以下の通りである。

【H-EQIP の目標】

- Quality Assessment (質の評価)¹²¹において合格スコア以上を獲得する医療機関が増加する。
- 医療費の支払いによって困窮化する家族が減少する。
- 総医療費に占める患者の自己負担率が軽減する。
- Health Equity Fundによる医療サービスの利用が増加する。

【H-EQIP のコンポーネント】

- 医療サービス提供の強化
- 家計の財政的保護と公正さの向上
- 持続的且つ患者のニーズに対応したヘルス・システムの維持
- 適切な救急医療の提供

H-EQIP では、医療保障を担う独立機関、Public Administration Enterprise（以下、「PAE」という。）の設立が大きな目標となっている。SDG と HEF を直接支払いする Payment Agency である。PAE に関しては、現在 URC が行っている機能（HEF の管理、モニタリング等）及び HEFO の機能を移管したものにすることが想定されている。また、SDG についても PAE が独立して Verification（審査）を行う機関になることが期待されている。これまで PAE の具体的な組織設計は行われていないが、韓国の HIRA のようなものが想定されている。また、PAE の設置にはカンボジアの勅令（Royal Decree）が必要になるが、それがいつ得られるのかの目途は未だ立っていない。

この新たな援助枠組みの中では、プールファンドのみならず、技術協力のプーリングについても検討されており、USAID と GIZ が参加への関心を表明している。この技術協力のプーリングについては GIZ がコーディネートを行うとされている。

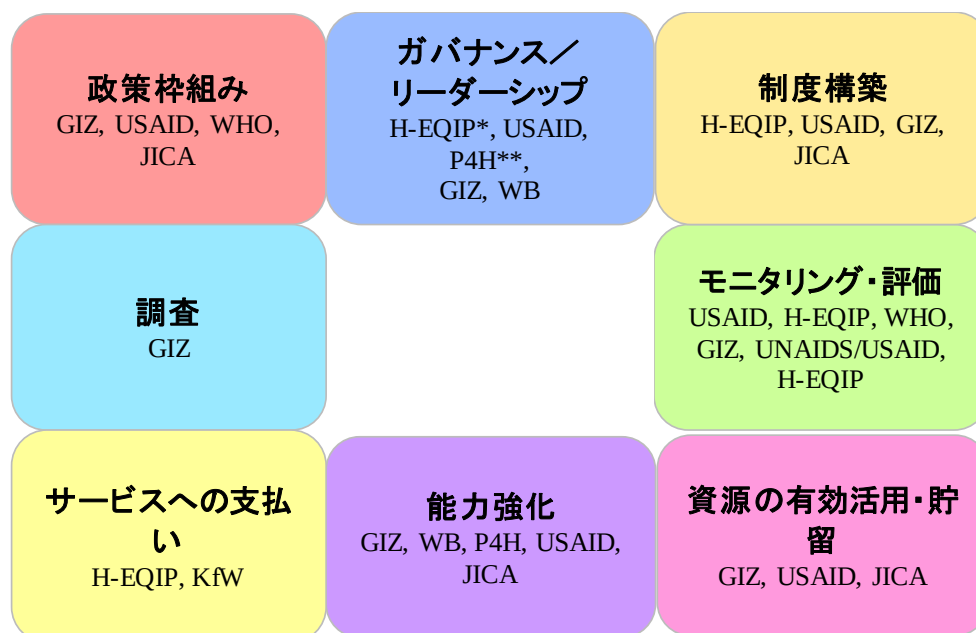
(3) P4HC⁺の動向

カンボジアにおいて、P4H は、これまで社会保障分野における開発パートナー間のコーディネーション・メカニズムとして機能しており、GIZ、WHO、ILO、AFD の 4 機関が隔週の定期会合及び特別な議題が挙げたときには臨時会合を開催してきた¹²²。しかし昨今、P4H はメンバー枠を従来より広げ、医療財政分野に特化したコーディネーション・メカニズムとして新たに発足した。名称を P4HC⁺に改めた第 1 回会合は、2016 年 3 月 4 日に開催された。参加したのは、従来のメンバーである GIZ、WHO、ILO、AFD の他、世界銀行、UNICEF、USAID、SDC、JICA 等である。今後、P4HC⁺は、医療財政分野を支援する開発パートナー間の情報共有の場として機能する予定である。この新たな枠組みは、GIZ のアドバイザーが取りまとめている。現在 P4HC⁺では、医療保障分野における開発パートナーの支

¹²¹ 保健省 Hospital Department の職員と州保健局の職員から成る Quality Assessment Team が医療機関の質を評価している。評価ツールは 2 種類あり、レベル 1 はある特定の期間における施設、機材、人材を描写し、レベル 2 では、臨床ケア、臨床の基本という本質的な部分に焦点を当て、患者と医療従事者との関係における適切性を測定する。

¹²² ILO での聞き取りによる（2015 年 10 月 27 日）。

援計画のマッピングを行っており、支援の重複、不足がないかを確認している。現時点において、P4HC⁺開発パートナーが支援を検討している分野は図 4-3 の通りである。



*H-EQIP への参加を予定しているのは世銀, KfW, DFAT、KOICAと日本である。

**カンボジアにおけるP4Hの公式メンバーはWHO, 世銀, ILO, GIZ, AFD, USAIDとSDCである。

図 4-3 UHC 達成に向けた医療財政分野における P4HC⁺開発パートナーの支援分野

第5章 カンボジア社会医療保障制度構築における JICA の今後の支援 に対する提案

コンポンチャム州とシェムリアップ州で実施した世帯サンプル調査結果からは、同地域の住民は、公立医療機関におけるサービスはニーズを満たしており、同サービスを信頼していることが示唆された。一方で、同地域の住民にとって、「費用」が医療サービス、特に高次医療サービスへのアクセスに係る主要な課題であることも併せて提示された。この 2 州における調査結果からは、カンボジア全土における状況も推察できる。カンボジアの総医療費の 6 割は患者の自己負担となっており、その結果、貧困に陥る住民や家族が少なくない。現在のカンボジアでは、すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられると定義される UHC に向けた取り組みが必要である。

今日、カンボジアの人口構成は未だ若い、15～20 年後には高齢化が進展することが予測されている。一方、産業構造及び労働市場の構造は大きく変化し、農業中心であったカンボジア経済は、工業・建設業を軸とするものへと変化する。また、これに伴い、家族経営の非賃金労働から賃金労働へと変化し、従来家族が担ってきた社会セーフティネットの機能が低下することが想定されるため、カンボジアでは今後数十年内に社会医療保障の制度を整備すべきであると考えられる。

民間被用者に対する社会医療保障は NSSF がカバーしており、今後は更に公務員にも適用される。貧困層に対する医療保障である HEF は、未だ利用率が低いという問題はあるものの¹²³、そのカバー率はほぼ 100%に到達しようとしている。前述の通り、HEF は世銀、USAID、DFAT、KOICA、KfW、GIZ、UNICEF 及び UNFPA が支援している。従って、民間被用者や公務員というフォーマル・セクター及び貧困層に対して、日本が新たに支援を行う必要性は見られない。一方、その他の人口、非貧困インフォーマル・セクターに対しては、未だ支援が限定的である。

UHC 達成の手段には 2 つのモデル、社会保険方式と税方式がある。カンボジア政府は、今日までに社会保険モデルによって非貧困インフォーマル・セクターをカバーし、UHC 達成を目指すという方針を打ち出している。

島崎¹²⁴は、社会保険には主に以下の 3 点においてメリットがあるとしている。

- 1) 社会保険においては、加入者が保険料を支払うことによって、加入者自身の中に「将来のリスクに対して備えるという自立心」と「自助努力という概念」が組み込まれる。
- 2) 社会保険の保険料は収入と支出とのバランスを考えて決定され、また医療費は原則として、収入の範囲内でコントロールされるため、財政規律を維持することができる。

¹²³ Health Equity Fund Utilization Survey: Are Beneficiaries Enjoying Their Benefits?

¹²⁴ Shimazaki, Kenji. (2013). The Path to Universal Health Coverage -Experiences and Lessons from Japan for Policy Actions-.

- 3) 税方式とは異なり、社会保険方式では、保険料と引き換えで医療が提供されるため、被保険者は、医療を受ける権利をより強く主張することができる。

ドイツは 1880 年代に世界で初めて社会保険制度を導入した。ドイツの疾病保険法は労働立法として発足しており、今日に至るまで自営業者や高所得者は公的医療保険の強制加入の対象ではない。現在、人口の 85%ほどが公的保険でカバーされており、残りは民間保険に加入しているか無保険である¹²⁵。フランスでは、2000 年 1 月に普遍的医療給付制度 (CMU) が導入され、未就業者も商工労働者とその家族向け公的保険に加入できるようになったため、人口の 99%が公的職域保険でカバーされることになった¹²⁶。オーストラリアは基本的にすべて税収でカバーする税方式であり、アメリカには公的保険制度が存在しない。日本では、被用者保険に属さない者は地域保険（地方行政が運営する国民健康保険）が「受け皿」になっている。地域保険は、健康や衛生状態の悪い農民や自営業者をカバーするため日本で考案された。インフォーマル・セクター人口から保険料を徴収することは困難であったが、それ以上に、日本政府は前述の社会保険におけるメリットを重視し、同セクターの人口をカバーするため、地域保険制度を構築した¹²⁷。

カンボジアの人口の 8 割程度はインフォーマル・セクターが占めるため、同セクターを職域保険でカバーすることは現実的ではない。日本を含む多くの国で行われているように、十分な資本を確保するため、国庫負担は必要であると考えられるが、社会保険を導入するのであれば、地域保険がより適切であろう。従って、カンボジアのインフォーマル・セクター向け社会医療保障制度構築にかかる支援については、地域保険を開発した日本が比較優位性を有すると結論づけられる。

カンボジアには、これまでも非貧困インフォーマル・セクター向け CBHI が存在しているが、その多くがリスク分配メカニズムの欠如によって、現在、財政危機に直面している。従って、今後、新たに CBHI を設計する際には、現在のような状況に陥らないよう留意することが極めて重要である。また、新たな CBHI は、非感染性疾患の増加や医療の近代化に伴って増幅している医療費にも対応しなければならない。

日本では、1938 年に国民健康保険法が制定されると、地域保険が導入され、速やかに普及した。島崎¹²⁸はこの達成に寄与した要因として、以下の 7 点を挙げている。

- 1) 政策を支持する強力な政治的バックアップが存在した。
- 2) マスメディアと地方行政が保険に関する啓発を実施した。
- 3) 特に農村において社会的結束力が強かった。
- 4) 保険制度が構築される前に、パイロット調査や地方行政官へのインタビューを含む実行可能性調査を実施した。

¹²⁵ 島崎謙治. (2011). 日本の医療 制度と政策. p24, p148-149

¹²⁶ 各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向 (フランス). 「2009-2010 海外情勢報告」. p. 309-319.

¹²⁷ Shimazaki, Kenji. (2013). The Path to Universal Health Coverage -Experiences and Lessons from Japan for Policy Actions-.

¹²⁸ Shimazaki, Kenji. (2013). The Path to Universal Health Coverage -Experiences and Lessons from Japan for Policy Actions-.

- 5) 農民向け医療サービスに関するキャンペーン等、多くの草の根活動を行った。
- 6) インフォーマル・セクターに関する正確な情報システム管理と効果的な保険料の徴収システム（税徴収システム）が存在した。
- 7) 地域保険を設計する際、既に存在していた職域保険のマネージメント・メカニズムを活用した。

カンボジアには政治的意志があり、職域保険である NSSF は、地域保険の管理メカニズムの基盤として活用できる。しかし、現在のところ、加入者に関する正確な情報システムや効果的な保険料徴収の方法は存在しておらず、人々の意識を高めるための啓発や草の根活動、実行可能性調査は、カンボジアで社会医療保険制度を構築する過程で必要とされるであろう。今後、JICA がカンボジアの社会医療保険制度構築のための支援プログラムを策定する際には、これらの点に留意する必要がある。

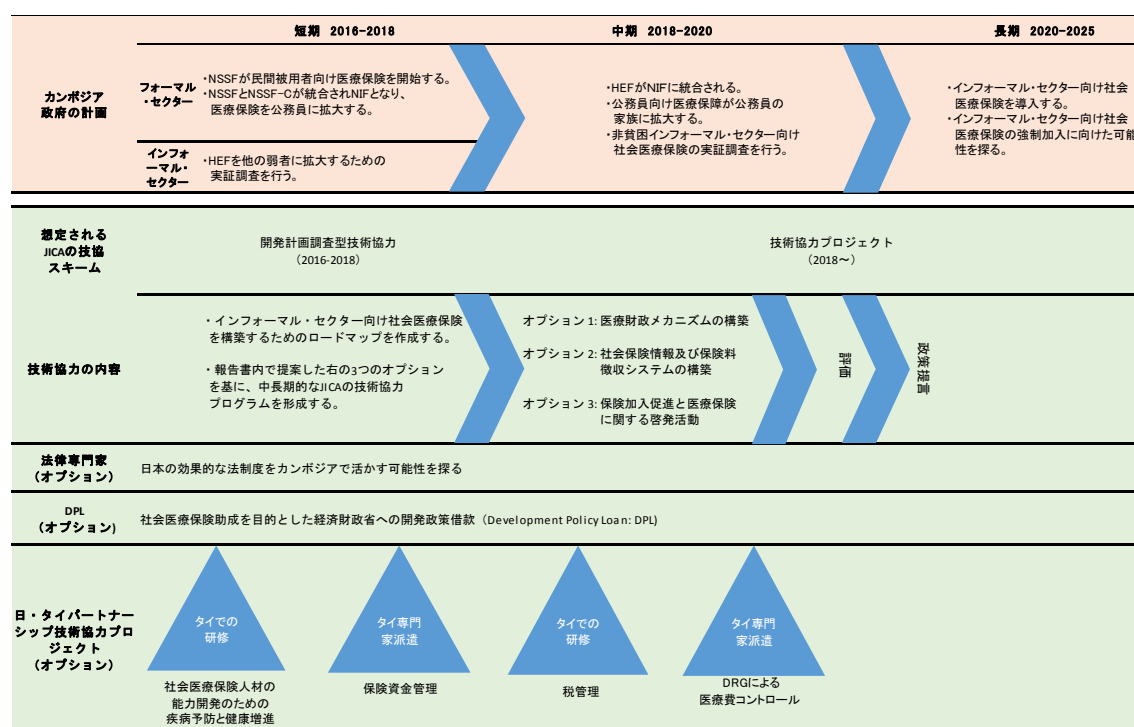


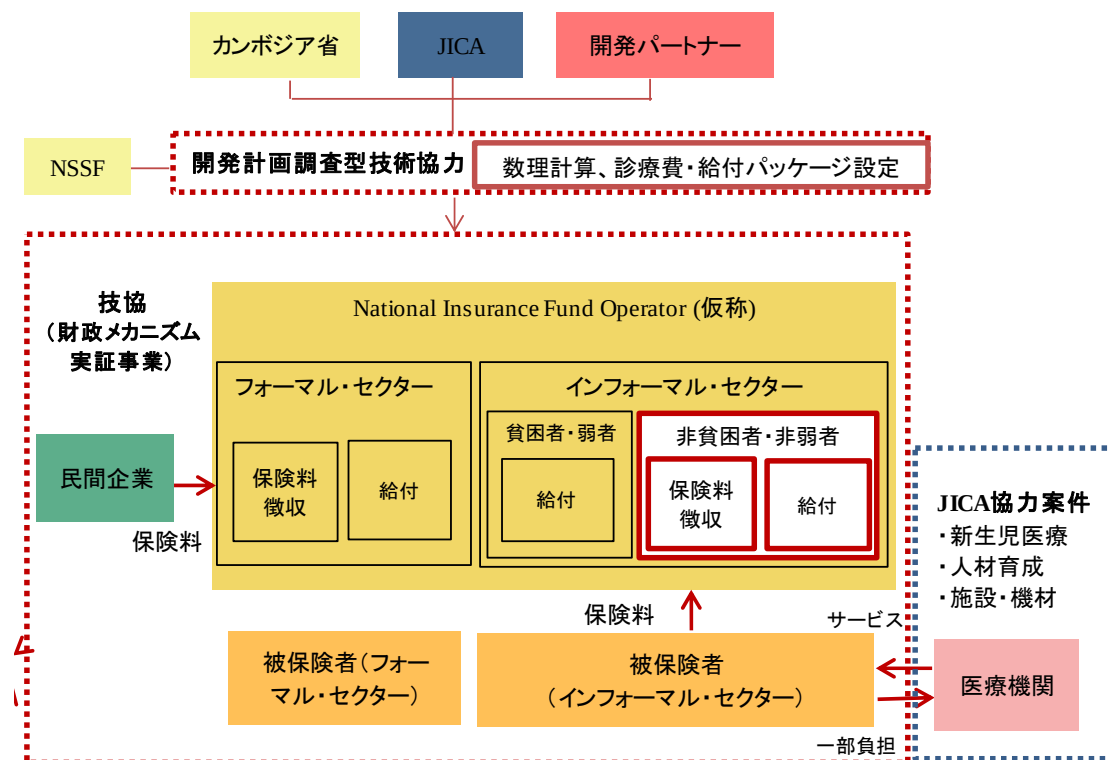
図5-1 カンボジアの社会医療保障制度構築に向けたロードマップとJICAの協力にかかる提案

図5-1は、国家社会医療保障政策枠組み策定のためのTWGが提案するカンボジアの社会医療保障制度構築に向けたロードマップ案と、その活動に対するJICAの協力案である。図5-1に見られるように、カンボジア政府には、インフォーマル・セクター向け社会医療保険を構築する計画はあるが、その活動は未だ具体化されていないようである。よって、JICAは初期（2016-2018）において、同セクター向け社会医療保険を構築するにあたってのロードマップを策定することと、中期以降におけるJICAの協力プログラムに関する入念な計画を行うことを提案する。また、中長期における協力プログラムとして、以下の3つのオプションを提案する。いずれのオプションにおいても、将来的にNIFがフォーマル・セク

ターとインフォーマル・セクターの両セクターをカバーする計画であるため、インフォーマル・セクター向け社会医療保険制度を構築する際には、NIF の前身である NSSF が現在有するリソースを有効活用することが効率的な進め方であると考える。

オプション1：医療財政メカニズムの構築

カンボジアでは、診療費が各医療機関によって設定され、また診療費が医療機関の重要な財源になっているため、医療機関の間には、診療費による格差が存在し、その格差は医療機関の提供する医療サービスの質の格差にも繋がっている。また、この格差は公立医療機関の間においても存在する。実際、医療の価格調整は、本邦招聘を通じて、カンボジア行政官が最も関心を示した事項であった。保険診療における医療の価格、つまり診療費を設定する際には、保険料の設定及び給付パッケージの内容についても、同時に考慮する必要がある。従って、これらの要素を含む医療財政メカニズムの構築を、JICA の協力に係る第一のオプションとして提案する。



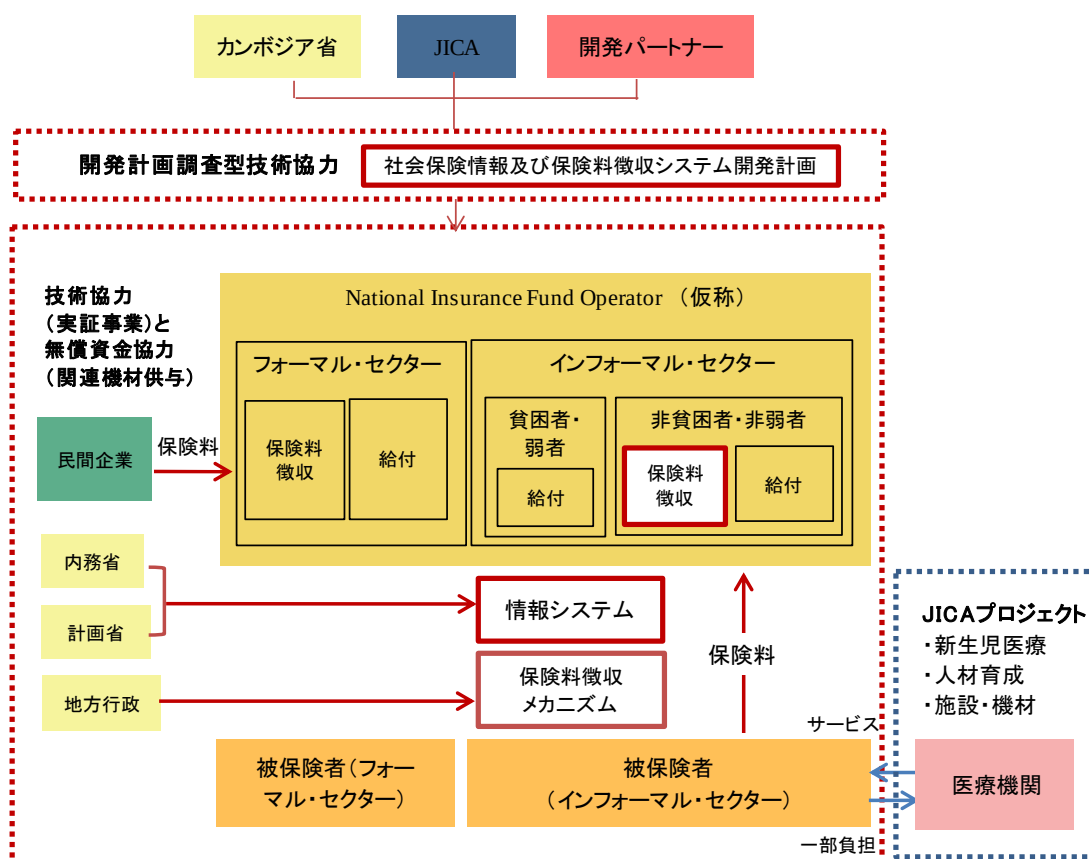
RGC: Royal Government of Cambodia; JICA: Japan International Cooperation Agency; NSSF: National Social Security Fund

- 社会医療保障分野における JICA の協力枠組み案
- 社会医療保障分野における JICA の活動内容案
- 現行の JICA 協力案件

図 5-2 オプション 1：医療財政メカニズムの構築

図 5-2 は、TWG の計画に基づく JICA の協力オプション 1 における活動範囲の概念図である。2016 年から 2018 年にかけて、診療費、保険料率及び給付パッケージを算定するため、開発調査型技術協力プロジェクトを実施する。このフェーズでプロジェクトチームは、ま

ず NSSF に協力を仰ぎ、NSSF の現行の保険料率及び給付パッケージについて学ぶ。次に、NSSF の労災保険及び医療保険の設計のため数理計算を行った ILO から情報提供を仰ぎ、可能であれば、ILO と共同でインフォーマル・セクター向け社会保険の数理計算を実施する。他方、プロジェクトチームは、最新の疾病構造と経済に与えるインパクトを考慮して NSSF の現行給付パッケージを調整し、診療費、保険料率及び給付パッケージ案を決定する。この期間に決定した上記要素を含む医療財政メカニズム案については、2018 年以降に実施するプロジェクトチームが特定の地域において実証事業を実施する。実証事業については、現在 JICA が他の保健医療分野の事業を実施している地域で行うことで、相乗効果が期待できる。医療保険の実証事業により、多くのインフォーマル・セクター人口が保険に加入することで、JICA が支援している医療サービスの利用を促進でき、また JICA の支援により医療の質が改善すれば、インフォーマル・セクター人口の保険への加入も同時に促進することができる。数年後、この実証事業を評価し、その結果を受けて必要な調整を行う。この事業で実証した医療財政メカニズムが、後に国家の制度として採用されることを期待する。



RGC: Royal Government of Cambodia; JICA: Japan International Cooperation Agency; TC: Technical Cooperation; MOI: Ministry of Interior; MOP: Ministry of Planning;

- 社会医療保障分野における JICA の協力枠組み案
- 社会医療保障分野における JICA の活動内容案
- 現行の JICA 協力案件

図 5-3 オプション 2: 社会保険情報及び保険料徴収システムの構築

オプション 2: 社会保険情報及び保険料徴収システムの構築

社会保険では、所得に応じて保険料を設定するなどの仕組みが求められるため、インフォーマル・セクターを取り込むことは容易ではない。実際、前述の通り、日本がインフォーマル・セクター向けに地域保険を導入できた理由のひとつが、日本にはインフォーマル・セクターに関する正確な情報管理と効果的な保険料徴収システムがすでに存在していたという事実が挙げられている。従って、JICA の協力プログラムの第二のオプションとしては、インフォーマル・セクター向け社会医療保険導入の前提条件とも考えられる、インフォーマル・セクター住民の住所と経済能力に関する正確な情報システムと保険料徴収メカニズムの開発を提案する。

図 5-3 は TWG の計画における JICA の協力オプション 2 の活動範囲を示している。2016 年から 2018 年の間、カンボジアの関係省庁、開発パートナー及び JICA と協議のうえ、社会保険情報システム及び保険料徴収システムの構築にかかる基本計画を策定すべく、JICA は開発調査型技術協力プロジェクトを実施する。2018 年以降に続くプロジェクトでは、実際に情報システムを構築する。情報システムに関連した施設や機材については JICA の無償資金協力で供与することも検討する。社会保険情報システムが開発された後、プロジェクトチームは、その情報システムを使用して保険料を徴収するメカニズムを考案する。その後、情報システムと保険料徴収メカニズムの機能に係る実証事業を行う。オプション 1 同様、オプション 2 の実証事業においても、JICA の他案件との相乗効果を期待すべく、JICA がカンボジアの医療サービス改善のために支援している地域を選定することを推奨する。このオプションについては、特に新生児医療に関するプロジェクトが実施されている地域で行うことが有効だと考えられる。同プロジェクトには出生届を促進する活動が含まれるため、社会保険情報システムの基となる住民登録情報構築も同時に支援できると考えられるためである。

このオプションにおいて、社会保険情報システムは住民登録システムを基に作成されることが想定されるため、JICA は住民登録システムを所管する内務省と密に連携すべきである。また、現在のところ、貧困層に関する情報システムが独自に作成されているが、貧困層が非貧困になることも、非貧困層が貧困に陥ることも想定されるため、JICA がインフォーマル・セクターの情報システムを構築する際には、将来的に統一することを念頭に置き、貧困層の情報システムを管理している計画省とも連携すべきである。他方、ILO や UNICEF 等、情報システム構築に関心を寄せる開発パートナーは多数存在するため、資源の有効活用のためにも、彼等とは密に情報交換を行い、可能な限り連携して支援を行うことを提案する。保険料の徴収においては、OD、コミュニオン、村等、コミュニティの中で保険料を徴収するのに最も相応しいと考えられるカウンターパートを選定することが重要である。

オプション 3: 保険加入への促進と医療保険に関する啓発活動

前述の通り、日本のインフォーマル・セクター向け社会医療保険の導入と迅速な普及に対して、マスメディアと地方行政の啓発活動が果たした役割は大きい。また、日本で保険を普及させる過程では、農民に対する医療サービス・キャンペーンなど、多くの草の根活動

The diagram illustrates the development strategy for health insurance promotion and medical insurance-related activities, structured as follows:

- Top Level (Partners):**
 - カンボジア省 (Cambodia Ministry)
 - JICA
 - 開発パートナー (Development Partner)
- Development Strategy (開発計画調査型技術協力):**
 - 保険加入促進・医療保険に関する啓発戦略 (Insurance Enrollment Promotion and Medical Insurance-related Publicity Strategy)
- Technical Cooperation (技術協力):** (Insurance Enrollment Promotion and Medical Insurance-related Publicity Activity Implementation Project)
 - Path 1:** 保健省 (Ministry of Health) → HEF / NIF → テレビ、ラジオ、フェースブック (TV, Radio, Facebook) → 全国民 (All Citizens)
 - Path 2:** 州保健局 (State Health Bureau) → OD → HEFO / NIFO → 寺院、コミュニティー会合 (Temples, Community Meetings) → コミュニティー (Community)
 - Path 3:** コミュニ (Community) → 学校、医療機関 (Schools, Medical Institutions) → 家族(個人) (Family/Individual)
 - External Interaction:** 医療機関 (Medical Institution) → JICAプロジェクト (JICA Project) → 新生児医療 (Newborn Medical Care), 人材育成 (Human Resource Development), 施設・機材 (Facilities and Equipment)

- 社会医療保障分野における JICA の協力枠組み案
- 社会医療保障分野における JICA の活動内容案
- 現行の JICA 協力案件

保険加入への促進と医療保険に関する啓発にかかる戦略策定のため、2016年から2018年の間、開発調査型技術協力プロジェクトを実施する。プロジェクトチームは、カンボジアの関係省庁、開発パートナー及びJICAと協議のうえ、ターゲット人口毎に、情報伝達のための媒体と実施パートナーを決定する。例えば、一般市民向けの場合、テレビ、ラジオ、Facebookなどのソーシャル・ネットワーキング・サービスが有効な媒体だと考えられ、この戦略については、保健省や保険者であるNIFと話し合い、更に深めることが可能であろう。他方、コミュニティを対象とした場合、寺院で開催される宗教の式典や、ヘルスセンター・マネジメント委員会のようなコミュニティ内で開催される会合をコミュニティ住民に向けた情報発信の場として活用することが可能である。このレベルにおける情報伝達には、ODやHEFO若しくはNational Insurance Fund Operator (NIFO)〔仮称〕がカウンターパート

候補であろう。各家族や個人を対象とした場合、学校で子供たちに情報を提供することで、子供たちが家庭で家族を啓発することが期待できる。また、妊娠中の女性が、医療機関において妊婦健診や母親学級で子育てに関する情報を得る際に、医療保険への加入を促進することも考えられる。JICA の新生児医療に関するプロジェクトには母親学級への支援という活動が含まれるため、このプロジェクトとの連携が可能であろう。子供の誕生を機に、生まれてくる子供のために医療保険に加入するという家族も多いと考えられる。2016 年から 2018 年の間に、保険加入への促進と医療保険に関する啓発戦略の策定と活動準備を行った後、2018 年以降のプロジェクトにおいては、対象地域を選定し、活動を開始する。活動の効果については、加入者の増減によって評価することが可能である。同プロジェクトにおいて、加入促進及び啓発活動の効果が実証できれば、カンボジア政府と共同で同活動を全国に展開する。

追加的支援

以上のすべてのオプションに加え、国民健康保険法、医療法、老人福祉法等、日本の効果的な法制度をカンボジアで活かす可能性を探るべく、法律専門家を派遣することを提案する。

一方、日タイ・パートナーシップによる UHC 推進技術協力プロジェクトを通じて、タイの社会医療保障制度の中で、カンボジア政府が特に学びたいとしている側面（1）ヘルスセンターが行う医療費節減のための疾病予防・健康増進に向けた活動、（2）社会医療保険マネージメントのための人材育成、（3）有効な資金運用、（4）社会医療保障に特化した課税による増資、（5）医療提供者の支払い方法のための DRG の活用等について技術支援を行うことも併せて提案する。JICA は、このプロジェクトの枠組みの中で、目的に合わせて、タイにおける研修、タイ専門家のカンボジア派遣、若しくはこれらの組み合わせ等を行うことが考えられる。例えば、タイの医療機関や保険事務所で効果的な研修プログラムが実施されているのであれば、タイ国内において、講義、視察、実地訓練の組み合わせによる研修を実施することが効果的であろう。一方、社会医療保険のための増税や情報システムの改善という課題に対応する場合、タイの専門家がカンボジアを訪れ、カンボジアにおける特定分野の状況を観察し、理解した上で、同専門家がその状況に即した研修を行うことがより効果的だと考えられる。

最後に、どのような社会医療保障の制度を導入するとしても、インフォーマル・セクターの社会医療保障には国庫負担が不可欠である。従って、カンボジアの経済財政省が要請すれば、JICA の追加的支援として、開発政策借款（以下、「DPL」という。）¹²⁹を実施することを提案する。DPL はカンボジア政府に融資を行うと同時に、同国に社会医療保障制度を構築するための政策策定準備を可能にするスキームである。

¹²⁹ 開発政策借款（Development Policy Loan: DPL）とは、政策改善と制度全般の改革を目指している開発途上国を支援するための円借款。制度改革の方向性に沿った項目が設定され、項目が達成される毎に資金を供与する仕組み。

参考文献

- Annear, P. L. et al. (2015). The Kingdom of Cambodia Health System Review. (WHO Health Systems in Transition, Vol. 5, No.2). Geneva: WHO Press.
- Asian Development Bank. (2015). Key Indicators for Asia and the Pacific 2015. Retrieved March 16, 2016, from <http://www.adb.org/sites/default/files/publication/175162/cam.pdf>
- Barnum, H., Kutzin, J. & Saxenian, H. (1995), Incentives and provider payment methods. *Int. J. Health Plann. Mgmt.*, 10: 23–45. doi: 10.1002/hpm.4740100104
- Cadungog-Uy, J. and Reproductive and Child Health Alliance (RACHA) Team. (2007). Assessment of the Community-based Health Insurance (CBHI) in Pursat Province, Cambodia.
- Cambodian Industrial Development Policy 2015-2025. Market Orientation and Enabling Environment for Industrial Development (unofficially translated version). (2015). Approved by Council of Ministers at its Plenary Meeting on 06 March, 2015.
- Danish Trade Union, Council for International Development Cooperation. (2014). Cambodia Labor Market Profile 2014.
- Health Equity Fund System Technical Brief. (2015).
- Hoshida, J. (December, 2015). National Health Insurance, and Other Insurers. Material presented on the Study Tour to Japan.
- Ir P. et al. (2012). Toward a typology of health-related informal credit: an exploration of borrowing practices for paying for health care by the poor in Cambodia. *BMC Health Serv. Res.* Nov. 7; 12: 383.
- International Labor Organization Subregional Office for East Asia. (2006). Thailand: Universal Health Care Coverage Through Pluralistic Approaches.
- (2005). Report to the Government on Employment Injury Insurance in Cambodia: Legislation, Financing and Administration.
- International Labor Organization & Economic Institute of Cambodia (2006). Handbook on Decent Work in the Informal Economy in Cambodia.
- Jordanwood, T. (March, 2015). Independent Verification of the Health Equity Fund System Discussion Paper. USAID Social Health Protection Project implemented by University Research Co., LLC.
- Jordanwood, T. & Grundmann C. (August, 2015). Health Equity Fund System Technical Brief. USAID Social Health Protection Project implemented by University Research Co., LLC.

- Lo, Veasnakiry. (February, 2016). SOCIAL HEALTH PROTECTION IN CAMBODIA: WAYS MOVING FORWARD. Material presented at the Meeting of TWG for Developing National Social Protection Policy Framework.
- Ministry of Health. (2015). Department of Planning and Health Information. Bureau of Health Economics and Financing. Annual Health Financing Report 2015.
- (2014). Department of Planning and Health Information, Bureau of Health Economics and Financing. Measuring Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report 2012.
- (2008). Department of Planning and Health Information. Service Delivery Grants — Operational Manual.
- (2008). Department of Hospital Services. Health Center Assessment Tool
- Ministry of Planning, National Institute of Statistics. (2015). Cambodia Socio-economic Survey 2014. Retrieved March 14, 2016, from http://www.nis.gov.kh/nis/CSES/CSES_2014_Report.pdf
- (2013). National Institute of Statistics. Cambodia Inter-Censal Population Survey 2013 Final Report.
- National Institute of Statistics, Directorate General for Health, and ICF International. (2015). Cambodia Demographic and Health Survey 2014.
- Shimazaki, K. (2014). (2013). The Path to Universal Health Coverage- Experiences and Lessons from Japan for Policy Activities-. Tokyo: Japan International Cooperation Agency.
- Social Health Protection Association. (2015). Coverage of Social Health Protection (SHP) for Informal Sector. The coverage of SHP schemes by May 2015.
- Truy, T. (2014). Cambodia-Quality Improvement at National Level.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: the 2015 Revision. Volume II: Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/380).
- Van Damme W. et al. (2004). Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. Trop Med Int Health. Feb. 9(2): 273-80.
- World Health Organization Western Pacific Region. (2014). Human Resources for Health Country Profiles: Cambodia. Geneva: WHO Press.
- World Bank. (2016). World Bank Open Data. Retrieved March 14, 2016, from <http://data.worldbank.org/>

- , (2016). World Development Indicators. Retrieved March 14, 2016, from <http://data.worldbank.org/country/cambodia>
- , (2013). Human Development Unit. East Asia and Pacific Region. Cambodia's Quality of Care Study.
- , (2011). Cambodia More Efficient Government Spending for Strong and Inclusive Growth Integrated Fiduciary Assessment and Public Expenditure Review (IFAPER). (Report No. 61694-KH, November 30, 2011).
- World Bank & Economic Institute of Cambodia. (2008). Cambodia's Labor Market and Employment.
- カンボジア HHRD プロジェクトコンソーシアム. (2013). 『日本の医療サービスの海外展開に関する調査事業 カンボジア HHRD プロジェクト事前調査報告書』.
- 厚生労働省. (2010). 各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（フランス）. 2009-2010 海外情勢報告. p.309-319.
- <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/11/pdf/teirei/t309~319.pdf>
- 島崎謙治 (2014). 「日本の国民皆保険の実現プロセスと開発途上国への政策的示唆」. 『早稲田商学』 第 439 号, p.100, 早稲田大学.
- 島崎謙治. (2011). 『日本の医療 制度と政策』 東京大学出版会.
- 菅谷広宣. (2013). 『ASEAN 諸国の社会保障』 日本評論社.
- 総務省統計局. (2016). 日本の統計 2016. Retrieved March 17 - 2016, from <http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.htm>.
- 独立行政法人国際協力機構 & 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社. (2012). 『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』.
- 中村治代. (2015). 『カンボジア社会保障プログラム導入の現状について』 業務報告書.

現地サブライサイド調査 面談者リスト(第一次現地調査)

月日		時間	活動／訪問先	面談者
10/19.	月	10:00	Business meeting with KHANA Research Center	Dr. Siyan Yi, Research Director
10/20.	火	15:00	Courtesy call to JICA Cambodia Office	Mr. Adachi, Chief Representative, Mr. Kojima, Deputy Chief Representative, Mr. Iguchi and Ms. Mizusawa
10/21.	水	9:50	Ministry of Health, Department of Planning and Health Information	Dr. Lo Veasnakiry, Director, Department of Planning and Health Information
		15:20	University Research Co. (URC)	Dr. Christophe Grudman, Country Director Mr. Tapley Jordanwood, Chief of Party, USAID Social Health Protection Project
10/22.	木	9:00	Ministry of Economy and Finance	H.E. Ngoun Sokha, Secretary of State Mr. Pheakdey Sambo, Head of Pension Division, Insurance and Pension Department Ms. Kennariot Than, Deputy Head of Pension Division Mr. Touch Mengleang, Officer of Pension Division
		10:30	Ministry of Health	Professor Eng Huot, Secretary of State for Health
		14:10	WHO	Mr. Eijiro Murakoshi, WHO Consultant for Health Financing
		16:00	Business Meeting with KHANA Research Center	Dr. Siyan Yi, Research Director
10/23.	金	9:00	Agence Francaise de Developpement (AFD)	Ms. Ninel Ulloa Maureira, Program Officer Ms. Chan Sorya, Project Officer
10/24.	土		Report writing	
10/25.	日			
10/26.	月	15:00	World Bank	Ms. Laura L. Rose, Senior Health Economist
		16:50	Social Health Protection Association (SHPA)	Mr. Sao Chhorn, Executive Director Mr. Nuon Seila, Program Manager
10/27.	火	9:00	The Khmer-Soviet Friendship Hospital	Dr. Chan Vicheth, Deputy Director Professor Chak Thida, Deputy Director Dr. Choung Sopha, Chief of the Technical Bureau Dr. Hul Vanthonn, Assistant to Director, Administrative Advisor Ms. Kong Kunthea, Family Health Development Executive Director (HEFO) Mr. Chhon Hok, SHP Program Officer, Family Health Development (HEFO) Ms. Ky Canary, Health Financing Technical Officer(URC)
		14:00	Ministry of Health, Department of Planning and Health Information	Dr. Sok Kanha, Deputy Director
		16:15	ILO	Ms. Ok Malika, National Programme Officer Ms. Betina Ramirez Lopez, Social Protection Technical Officer

10/28.	水	9:15	Ministry of Interior	Mr. Yim Sam Oi, Deputy Director, Department of Civil Registration, General Department of Immigration Mr. Oeung Kim Unn, Deputy Director, Department of Civil Registration, General Department of Immigration Mr. Heng Sophat, Deputy Director, Department of Civil Registration, General Department of Immigration Mr. Nic Borgese, Knowledge sharing & Communication, Post-Trauma Community Approaches
		11:15	GRET	Mr. Phoung Pheakdey, Social Health Protection Technical Advisor Mr. Aing Poro, Project Manager, Nutrikumer Project
		14:00	DFAT(Australian Embassy)	Ms. Benita Sommerville, First Secretary, Development Cooperation Dr. Premprey Suos, Senior Program Manager - Health, Development Cooperation
		16:30	KOICA	Ms. Kim Song Joo, Deputy Country Director Mr. Sangbaek Park, Aid Effectiveness Advisor Mr. Mao Dina, Program Officer, Project Team (Health Sector)
10/29.	木		To Takeo province	
		10:20	Buddism for Health	Mr. Sam Sam Oeun Managing Director Mr. An Sochet, Program officer Mr. Yann Chamrouen, field coordinator Mr. Ses Soeung, Admin/HR manager
			To Phnom Penh	
		15:30	Voucher Management Agency (VMA)	Ms. Vera Minnik, Project Director
			To Kampong Cham province	
10/30.	金	9:00	Kampong Cham Provincial Department	Dr. Men Bunnan, Deputy Public Health Director Dr. Ty Chantha, Health Financing Technical Officer, USAID Social Health Protection Project, URC
		10:20	Kampong Cham Provincial Hospital	Prof. Sinath, Director of the hospital Dr. Ty Chantha, Health Financing Technical Officer, USAID, Social Health Protection Project, URC Mr. Arb Sokhum, Action for Health (HEFO)
		14:20	Kampong Cham OD	Dr. Seng DaraKrapum, Deputy Director Dr. Ty Chantha, Health Financing Technical Officer, USAID Social Health Protection Project, URC
		15:30	Kampong Cham Health Center	Ms. Ieng Sokhary, Midwife Ms. Nuth Dang, Midwife Ms. Huy Ranait, Nurse Dr. Ty Chantha, Health Financing Technical Officer, USAID Social Health Protection Project, URC
			To Phnom Penh	
10/31.	土		Team Meeting	
11/1.	日		To Kampong Cham	

11/2.	月	9:00	Kor Health Center	Mr. Por Kim Phal, Chief of KOR Health Center Dr. Phem Sokkay, HEF-Cluster Manager (HEFO) Mr. Yang Sopheap, Health Financing Coordinator (AFH) Dr. Ty Chantha, Health Financing Technical Officer, USAID, Social Health Protection Project (URC)
		10:30	Chrey Vean Health Center	Mr. Lun Bunly, Chief of Chrey Vean, Health Center Mr. Som Sreng, Department of Drug and IMCI Mr. Phat Sophal, HC Staff Mr. Yem Saro, HC Staff Mr. Sot Sokhorn, HC Staff Dr. Ty Chantha, Health Financing Technical Officer, USAID, Social Health Protection Project, URC Dr. Phem Sokkay, HEF-Cluster Manager (HEFO) Mr. Yang Sopheap, Health Financing Coordinator (AFH)
		11:15	Prey Chhor Referral Hospital	Mr. Chhoeun Vanthan, Chief of Referral Hospital Mr. Loung Savu, Deputy Chief of Referral Hospital Dr. Ty Chantha, Health Financing Technical Officer, USAID Social Health Protection Project, URC
		14:00	Prey Chhor Referral Hospital Health Equity Fund Operator's Office	Dr. Phem Sokkay, HEF-Cluster Manager Dr. Ty Chantha, Health Financing Technical Officer, USAID, Social Health Protection Project, URC Mr. Yang Sopheap, Health Financing Coordinator (AFH)
		15:15	Prey Chhor Kang Meas OD	Mr. Bouth Toum, OD Director Mr. Lung Sarou, Deputy District Governor Dr. Ty Chantha, Health Financing Technical Officer, USAID Social Health Protection Project, URC Dr. Phem Sokkay, HEF-Cluster Manager (HEFO) Mr. Yang Sopheap, Health Financing Coordinator (AFH)
11/3.	火		To Kampong Thom province	
		11:00	Kampong Thom AFH: Action for Health (AFH: Action for Health)	Dr. Chhiay Song, Social Health Protection Programme Advisor -Health Financing (GIZ) Mr. Ieng Theang, Health Financing Program Manager (AFH) Mr. Yang Sopheap, Health Financing Coordinator (AFH) Mr. Chhan Dara, HEF-Cluster Manager/SHP Project Manager (AFH)
		13:30	HEFO in Kampong Thom Referral Hospital	HEFO Staff
			To Phnom Penh	
11/4.	水	8:30	Interim report to JICA Cambodia Office	Mr. Kojima, Deputy Chief Representative Ms. Mizusawa
		11:00	Meeting at KHANA Research Center	Dr. Siyan Yi, Research Director

11/4.	水	14:00	Swiss Agency for Development and Cooperation (ADC)	Dr. Jacqueline Jakob, Programme Manager Dr. Kouland Thin, Consultant in Health and Development Economics
11/5.	木	10:00	National Social Security Fund (NSSF)	Mr. Heng Sophannarith, Deputy Director of Health Insurance Division
		14:00	UNICEF	Ms. Maki Kato, Chief of Social Policy Mr. Etienne Poirot, Chief, Health and Nutrition
11/6.	金	8:30	Ministry of Planning, Identification of Poor Household Department	Mr. Keo Ouly, Director of Identification of Poor Household Department Mr. Maun Chansarak, Director of Social Planning Department and Deputy Director of the ID Poor Program
		10:00	UNFPA	Dr. Derveeuw Marc G.L., Representative
		14:00	Ministry of Economy and Finance, Macroeconomic and Fiscal Policy Department	Mr. Chamnan Sieng, Deputy Director, Macroeconomic and Fiscal Policy Department Mr. Sim Piseth, National Economist, Macroeconomic and Fiscal Policy Department Mr. Mak Vichetsackda, National Economist, Macroeconomic and Fiscal Policy Department
		15:00	Ministry of Economy and Finance, Insurance and Pension Department	Mr. Chhay Rattanak, Director, Insurance and Pension Department Mr. Tep Sopheak, Deputy Head of Supervision Division Ms. Kennariot Than, Deputy Head of Pension Division
11/7.	土		Report writing	
11/8.	日	10:05	To Siam Reap	
11/9.	月	8:30	CBHI Program in Angkor Chum OD at STSA URC Office	Mr. Phuong Sam On, Director of STSA (CBHI in Angkor Chum OD) Mr. Kong Chhenglee, Health Financing Technical Officer (URC)
		10:20	CBHI Program in Siem Reap OD at CHC Office	Dr. Chheout Sarun, CGHI-SRP Program Manager Mr. Ly Vandy, CBHI Programme Manager/Team Leader Ms. Seng Channeang, Admin/Accountant Officer Mr. Kong Chhenglee, Health Financing Technical Officer (URC)
		11:30	HEFO Office at Siem Reap Provincial Hospital	Mr. Nhep Oeurt, Cluster Manager (Poor Family Development) Ms. Than Konthea, HEF Officer (Poor Family Development) Mr. Kong Chhenglee, Health Financing Technical Officer (URC)
11/10.	火	8:00	Yeang Health Center in Angkor Chum OD	Mr. Soeun Sokny, Chief of Yeang Health Center in Angkor Chum OD Mr. Phuong Sam On, Head of STSA (CBHI in Angkor Chum OD)
		14:00	Moang Commune (SSDM Office)	Mr. Tin Ty, Commune Chief Ms. Ran Rany, SSDM assistant Mr. Sarom Ros, SSDM Officer
		15:00	Chhrouy Nenag Ngoun commune (SSDM Office)	Mr. Keo Ky, Commune Council Chief Mr. Kan Sokea, SSDM assistant Mr. Sarom Ros, SSDM Officer

11/10.	火	15:45	Srei Snam district office (SSDM Office)	Mr. Kheap Pouleu, SSDM assistant Mr. Sarom Ros, SSDM Officer
		19:15	To Phnom Penh	
11/11.	水	9:00	Social Protection Core Group meeting at UNICEF	MEF, CARD, MEF, WFP, ILO, GIZ, AFD, UNICEF, JPIG
11/12.	木	13:30	USAID	Ms. Sheri-Nouane Duncan-Jones, Director, Office of Public Health and Education Dr. Chantha Chak, Health Systems Strengthening Team Leader, Office of Public Health and Education
		16:00	National Social Security Fund for Civil Servants (NSSF-C)	Mr. Chhour Sopannha, Deputy Director in Charge of Administration and Staff Mr. Hok Vichet, Deputy Director of National Security Fund For Civil Servants Mr. Sieng Sokkhundy, Accountant of National Security Fund For Civil Servants Mr. Kong Ny deputy head division of Inspection office Mr. Hak Chanraksmeay officer of Allowance office
11/13.	金	9:00	GIZ, KfW, German Embassy	Dr. Bart Jacobs, Social Health Protection, Policy Advisor, GIZ Mr. Kob Math, KfW Project Coordinator Ms. Priya Agarwal-Harding, Program Facilitator, Second Health Sector Support Program, Joint Partnership Arrangement Development Partner Interface Group (JPIG)
		10:50	Ministry of Economy and Finance General Department of Financial Industry	H.E. Mr. Mey Vann, Director General Ms. Hor Sovathana, Deputy Director of Insurance and Pension Department Ms. Kennariot Than, Deputy Head of Pension Division
		11:45	Ministry of Health Department of Planning and Health Information Reporting and Data Collection	Dr. Lo Veasnakiry, Director, Department of Planning and Health Information
		14:00	Report to Embassy of Japan	Mr. Yonamine, Second Secretary
		16:45	Report to JICA Cambodia Office	Mr. Adachi, Chief Representative Mr. Kojima, Deputy Chief Representative Ms. Mizusawa

現地サブライサイド調査 面談者リスト(第二次現地調査)

月日		時間	活動／訪問先	面談者
12/8.	火	8:30	Interview with regard to health financing at JICA Cambodia Office	Dr. Bart Jacobs, GIZ
		10:00	Interview with JICA officer with regard to JICA's assistance in Cambodia's health sector at JICA Cambodia Office	Ms. Mizusawa
		14:00	Visit to Royal Phnom Penh Hospital	
		16:30	Courtesy Call & Discussion／Ministry of Health, Department of Planning and Health Information	Dr. Lo Veasnakiry, Director, Department
		19:00	Business meeting	Dr. Siyan Yi, KHANA Research Director
12/9.	水	8:00	Visit to the Khmer-Soviet Friendship Hospital	Dr. Hul Vanthonn, Assistant to Director, Administrative Advisor
		10:00	Follow-up of the Field Demand-side Survey with KHANA Research Center	Dr. Siyan Yi, KHANA Research Director Mr. Ong Seyha Mr. Kuo Chak Mr. Sam Usphea Ms. Chhour Sovann Mollika Mr. Lmot Samkol
		14:00	Discussion over the Study Tour to Thailand	Dr. Kouland Thin, Consultant in Health Economy of Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC)
		16:00	Hearing from World Bank	Ms. Nareth LY, Health Operations Officer
		18:30	Business meeting	Mr. Eijiro Murakoshi, WHO Consultant for Health Financing
12/10.	木	9:00	Hearing from University Research Corporation (URC)	Mr. Tapley Jordanwood, Chief of Party, USAID Social Health Protection Project
		11:00	Hearing from Council for Agricultural and Rural Development (CARD)	Dr. Chea Samnang, Director of Cabinet Mr. Sok Silo, Deputy Secretary General, CARD
		17:30	Hearing about NCD programs in Cambodia	Mr. Maurits van Pelt, Executive Director of Patient Information Center, Mo Po Tsyo
		17:00	Business meeting	Dr. Momoe Takeuchi, Health System Development Advisor
12/11.	金	15:00	Report to JICA Cambodia Office	Mr. Kojima, Deputy Chief Representative Ms. Mizusawa
		16:30	Hearing from PKMI(Private Micro Insurance	Mr. David Koy, Corporate manager Ms. Nhim Sorida, Chief of Partnership
12/12.	土	15:30	Hearing from National Institute of Public Health	Dr. Ir Por, Head of Health System, Development Support Unit

現地デマンドサイド調査 質問票 DEMAND-SIDE SURVEY QUESTIONNAIRE
A) Interview Identification

No.	Questions	Coding Categories	Skip To
1	Questionnaire No.		
2	District name		
3	Community name		
4	Date of interview	Day____, Month____, 2015 Start time_____ End time_____	
5	Interviewer's full name		
6	Supervisor's full name		
7	Checked by (full name)		
8	Results	Completed No household members at home Refused Dwelling not found Other _____ (Specify)	1 2 3 4 5

Informed Consent

Greetings!

My name is _____. I work at the Center for Population Health Research, Khmer HIV/AIDS NGO Alliance (KHANA) as a data collector. We regularly conduct health surveys in different parts of Cambodia. We are currently covering about 300 households (total) in 6 Operational Health Districts (ODs) in Kampong Cham and Siem Reap districts under an important social health protection survey. We would ask you about health seeking behavior, utilization of health facilities, out of pocket expenditure on health and expectation for health insurance system. It will take approximately 30 minutes.

Your participation in this survey is voluntary. There is no direct benefit or payment to you for taking part in this survey. You do not have to participate, if you do not want to, and even if you agree to participate, you can stop the interview at any time. Everything reported during the interview will remain confidential to the extent allowed by law. Your name or other identification will not be reported to government bodies. Your honest answers may help in improving the public health system in Cambodia. We would also like to inform you that the survey is funded by Japan International Cooperation Agency (JICA). Any anonymous datasets developed using information from this survey will be given to JICA for use by authorized researchers. We would greatly appreciate your help in responding to this survey.

Would you be willing to participate in the survey?

Yes----1	PROCEED WITH THE INTERVIEW
No-----2	THANK AND MOVE TO NEXT HOUSEHOLD

B) Household Profile/ Respondent Identification/ Socio-Economic Status				
No.	Question	Coding Categories		Skip To
INSTRUCTION: Q1-Q6 are asking about the respondent. If the respondent is the household head, please skip to Q7.				
1	What is your relationship with the household head?	Parent	1	
		Spouse	2	
		Daughter/ Son	3	
		Sister/ Brother	4	
		Other (Specify) _____	5	
2	What is your sex?	Male	1	
		Female	2	
3	How old are you? (Please state number for the age. The date of birth is also acceptable.)	_____		
4	What is your occupation, that is, what kind of work do you mainly do?	Professional/technical/managerial	1	
		Clerical	2	
		Sales and services	3	
		Skilled manual	4	
		Unskilled manual	5	
		Agriculture	6	
		Other (Specify) _____	7	
5	Can you speak, read and write in Khmer?	Yes	1	
		No	2	
6	What level of education did you achieve? [Note: Education categories refer to the highest level of education attended, whether or not that level was completed.]	None	1	
		Up to primary	2	
		Up to secondary	3	
		Up to higher secondary	4	
		Colleges & Universities	5	
		Don't know	88	
INSTRUCTION: Q7-Q11 are asking about the household head.				
7	What is the sex of the household?	Male	1	
		Female	2	
8	How old is the household head? [Please state number for the age. The date of birth is also acceptable.]	_____		
9	What is the occupation of the household head, that is, what kind of work does he/she mainly do?	Professional/technical/managerial	1	
		Clerical	2	
		Sales and services	3	
		Skilled manual	4	
		Unskilled manual	5	
		Agriculture	6	
		Other (Specify) _____	7	
10	What is the religion of the household head?	Buddhism	1	
		Islam	2	
		Christianity	3	
		Animism	4	
		None	5	
		Other (Specify) _____	6	

11	Can the household head speak, read and write in Khmer?	Yes	1	
		No	2	
		Don't know	88	
12	What level of education did the household head achieve? Note: Education categories refer to the highest level of education attended, whether or not that level was completed.	None	1	
		Up to primary	2	
		Up to secondary	3	
		Up to higher secondary	4	
		Colleges & universities	5	
		Don't know	88	
INSTRUCTION: Q12-Q26 are asking about the household.				
13	Please state the sex and age of your family members [Except you and your household head] [Sex: Please state M for male and F for female] [Age: Please state number for the age. The date of birth is also acceptable.]	① Sex: _____ Age: _____		
		② Sex: _____ Age: _____		
		③ Sex: _____ Age: _____		
		④ Sex: _____ Age: _____		
		⑤ Sex: _____ Age: _____		
		⑥ Sex: _____ Age: _____		
		⑦ Sex: _____ Age: _____		
		⑧ Sex: _____ Age: _____		
		⑨ Sex: _____ Age: _____		
		⑩ Sex: _____ Age: _____		
14	Approximately how much is the household's average income per month? [Please circle Rs or US\$]	_____ RsUS\$		
15	In the household, how often is money put aside for savings?	Daily	1	
		2-3 times a week	2	
		Weekly	3	
		Monthly	4	
		Yearly	5	
		No fixed pattern	6	
		Never	7	
		Other	8	
		(specify) _____		
		Don't know	88	
16	Has your household ever had a loan or sold your valuable goods like jewelries, TV, etc.?	Yes	1	2-88
		No	2	→Q18
		Don't know	88	
17	What did you have the loan or sell your valuable goods for? PLEASE ASK FOR THE BIGGEST LOAN IF MULTIPLE LOANS WERE TAKEN	Food	1	
		Rent, water, electricity	2	
		Children's education	3	
		Health expense	4	
		Marriage	5	
		Funeral	6	
		House/land	7	
		Equipment/materials for work	8	
		Other	9	
		(Specify) _____		
		Don't know	88	
18	Does anyone in your family belong to a community organization?	Yes	1	2-88
		No	2	→Section C
		Don't know	88	

19	What is the type of the organization?	Community development	1	
		Agriculture	2	
		Health financing	3	
		Religion	4	
		Business	5	
		Other	6	
		(Specify) _____		
		Don't know	88	
20	Approximately how many people belong to the organization?	Specify the number: _____		

C) Utilization of Health Services

No.	Question	Coding Categories		Skip to
INSTRUCTION: Q21-Q32 are asking about the most recent illness episode in your family.				
21	Did you/your family member seek care from a health facility/ personnel?	Yes	1	2→Q23 88→Q33
		No	2	
		Don't know	88	
22	When was the most recent illness episode about? [In days, weeks, months or years]	_____ ago		All→Q24
23	Why did you/your family member <u>not</u> seek care from a health facility/ personnel? [PROBE: Any other reason?] [RECORD ALL MENTIONED]	Don't know where to go/ whom to ask	1	All→Q33
		Too far	2	
		Too expensive	3	
		No time	4	
		Fear of being rejected	5	
		Not allowed by family/ relatives	6	
		Poor quality of care	7	
		Not felt the need	8	
		Have heard that people there are not well behaved	9	
		Others	10	
		(Specify) _____		
24	Where did you/your family member go for the health services? If you/your family member went to more than one health facility, please check all and place the number in order besides the name of the health facility. IF UNABLE TO DETERMINE WHETHER THE FACILITY IS PUBLIC OR PRIVATE, WRITE THE NAME OF THE FACILITY/ PLACE BELOW. _____ (Name of the facility) _____ (Place)	Public medical sector:		11-22 →Q26
		Central hospital (in Phnom Penh)	1	
		Provincial hospital	2	
		District hospital	3	
		Health center	4	
		Health post	5	
		Government dispensary	6	
		Other public sector health facility	7	
		Private medical sector:		
		Private hospital – tertiary to secondary	11	
		Private clinic	12	
		Private paramedic	13	
		Traditional healer	14	
		Pharmacy/drugstore	15	
		Traditional birth attendant (TBA)	16	
		NGO or Trust hospital/clinic	17	
		Other private sector facility	18	
		Home treatment	21	
		Other (Specify) _____	22	

25	If you/your family member mainly used the government facility, what is the impression about the service?	Highly satisfied	1	All→Q27
		Partially satisfied	2	
		Unsatisfied	3	
		Highly unsatisfied	4	
		Don't know	88	
26	If you/your family member did not use the government facility, why did you/your family member <u>not</u> go to a government facility? [PROBE: Any other reason?] [RECORD ALL MENTIONED]	No nearby government facility	1	
		Government facility's business hours/service time not convenient	2	
		Health personnel often absent	3	
		Fear of being rejected	4	
		Health personnel's attitude rude/not kind	5	
		Waiting time too long	6	
		Not clean	7	
		Poor quality of care	8	
		No drugs/medication	9	
		Non availability of bed	10	
		Other (Specify) _____	11	
		Don't know	88	
27	Did you/your family member need to be referred to another hospital?	Yes	1	2-88 →Q31
		No	2	
		Don't know	88	
28	Were you/your family member referred to another hospital?	Yes	1	2→Q30 88→Q31
		No	2	
		Don't know	88	
29	How did you/your family member go to the referral hospital?	Family member sent to the hospital	1	All→Q31
		Relative or friend sent to the hospital	2	
		Was referred by the ambulance	3	
		Other (Specify) _____	4	
		Don't know	88	
30	Why did you/your family member <u>not</u> seek care from the referred health facility? [PROBE: Any other reason?] [RECORD ALL MENTIONED]	Don't know where to go/ whom to ask	1	
		Too far	2	
		Too expensive	3	
		No time	4	
		Fear of being rejected	5	
		Not allowed by family/ relatives	6	
		Poor quality of care	7	
		Not felt the need	8	
		Have heard that people there are not well behaved	9	
		Others (Specify) _____	10	
31	Did you/your family member have experience of not being able to receive health service in the most recent illness episode?	Yes	1	2→Q33
		No	2	
32	Why were you/your family member not able to receive it? [PROBE: Any other reason?] [RECORD ALL MENTIONED]	No personnel	1	
		No drugs/medication	2	
		Personnel's attitude was rude/not kind	3	
		Could not pay for the fee	4	
		Took long time affecting work	5	
		Others (Specify) _____	6	
		Don't know	88	

INSTRUCTION: Q33-Q36 are general questions on health service utilization of your family.				
33	What is your general impression on the health care at a government facility?	High quality and trustworthy	1	
		Satisfactory	2	
		Acceptable	3	
		Low quality	4	
		Other	5	
		(Specify) _____	88	
34	How far is the nearest health facility from your house? [Time and means are also accepted] e.g. 20 minutes by motorcycle	Within 1 km	1	
		1-2 km	2	
		2-5 km	3	
		More than 5 km	4	
		Not sure	88	
35	What is the nearest public health facility?	Provincial hospital	1	
		District hospital	2	
		Health center	3	
		Health post	4	
		Other _____	5	
		Don't know	88	
36	What are the main problems in relation to the access to health care of your family members? [MULTIPLE RESPONSES POSSIBLE]	Expenses	1	
		No facilities nearby	2	
		Do not know where to go	3	
		Taking long time	4	
		Poor quality of care	5	
		Attitude of health workers not good	6	
		Fear for health care	7	
		No problems	8	

E) Social health protection system

No.	Question	Coding Categories		Skip to
37	Is anyone in this household covered by a social health protection scheme?	Yes	1	2-88 →Q51
		No	2	
		Don't know	88	
38	What type of social health protection scheme? [PROBE: Any other type?] [RECORD ALL MENTIONED] [HAVE THEM SHOW THEIR INSURANCE CARD]	National Social Security Fund (NSSF)	1	1-4, 6-88 →Q41
		National Social Security Fund for Civil Servants (NSSF-C)	2	
		Health Equity Fund (HEF)	3	
		Community Based Health Insurance (CBHI)	4	
		Private Insurance	5	
		Others	6	
		(Specify) _____	88	
39	What is the name of the private insurance company?	Don't know		
		Specify _____		

40	What is the social health protection about?	Health insurance	1	
		Work injury	2	
		Pension	3	
		Other _____	4	
		Don't know	88	
41	Do you have an ID Poor card? [HAVE THEM SHOW THEIR ID POOR CARD]	Yes	1	1 or 88 →Q44
		No	2	
		Don't know	88	
42	Have you ever applied for ID Poor card, but not received it, yet?	Yes	1	2→Q44
		No	2	
43	How long have you been waiting for?	Less than 3 months	1	
		3-6 months	2	
		6-12 months	3	
		More than 1 year	4	
		Don't know	88	
44	Have you/your family member made use of the health insurance scheme to get any service so far?	Yes	1	2-88 →Q48
		No	2	
		Don't know	88	
45	What illness/condition did you or your family member use it for the most recent illness?	Fever, diarrhea, cough	1	
		Injuries	2	
		Tuberculosis	3	
		Diabetes, hypertension	4	
		Other chronic conditions	5	
		Pregnancy/child-birth related	6	
		Hospitalization	7	
		Surgery	8	
		Accident/emergency	9	
		Traditional medicine and homoeopathy	10	
		Others _____ (Specify)	11	
		Don't know	88	
46	When was the most recent episode about? [In days, weeks, months or years]	_____ ago		
47	How did you feel when you/your family member used the health insurance scheme?	Grateful and necessary for our lives	1	
		Complicated	2	
		Inconvenient	3	
		Other _____	4	
48	Do you know which hospitals you/your family member are eligible to use the insurance scheme? [YES→PROVE: LET THEM TELL]	Yes	1	
		No	2	
49	Have you/your family member ever failed to use health insurance at a health facility?	Yes	1	2→Q51
		No	2	

50	What were the reasons that you/your family member could not use the health insurance?	Not aware of the coverage at that time	1	
		Did not bring the card	2	
		Told ineligible	3	
		Personnel refused for some reason	4	
		Told that the specific service was not covered under this scheme	5	
		Payment was anyway requested	6	
		Others	7	
	(Specify) _____			
	Don't know	88		
INSTRUCTION: Q51-56 are only for those who answered 2 or 88 for Q37. Those who answered 1 for Q37 should skip to Q57.				
51	Do you know what health insurance is? [HAVE THEM EXPLAIN ABOUT INSURANCE.] POINTS: Words to be mentioned: "premium," "benefit," and "co-payment."	Yes, I know what health insurance is	1	1, 4→Q53
		I know something about health insurance scheme	2	
		I don't know much about health insurance	3	
		I know nothing about health insurance.	4	
52	What do you not know about health insurance?	Specify _____		
53	Would you like to join a health insurance scheme?	Yes	1	2→Q56 88→Q57
		No	2	
		Don't know	88	
54	What kind of health insurance scheme would you like to join?	Government health insurance	1	88→Q57
		Community health insurance	2	
		Private health insurance	3	
		Don't know	88	
		Other	4	
55	Why would you like to join the above health insurance scheme?	Good reputation	1	All→Q57
		No premium	2	
		Can receive better health service	3	
		Others (Specify) _____	4	
		Don't know	88	
56	Why would you not like to join any health insurance scheme?	Don't understand	1	
		Don't trust	2	
		Don't use health service	3	
		Others	4	
		(Specify) _____		
		Don't know	88	
INSTRUCTION: Q57-64 are general questions on social health protection.				
57	Has anyone in your family ever joined any informal health insurance group?	Yes	1	2-88 →Q59
		No	2	
		Don't know	88	
58	What is the system of the health insurance?	Specify _____		

59	Government Health insurance provides you free medical treatment at a health facility, free medicine, and free transportation to go to the hospital. How much would you be willing to pay for the health insurance per person per year?	Not willing to pay	1	
		Up to 10,000 Rs	2	
		Up to 30,000 Rs	3	
		Up to 50,000 Rs	4	
		Up to 80,000 Rs	5	
		Over 80,000	6	
60	If a pagoda operated the health insurance with the same benefit as the one mentioned above, would you be willing to join?	Yes	1	2→Q62
		No	2	
61	How much would you be willing to pay for the pagoda insurance per person per year?	Not willing to pay	1	
		Up to 10,000 Rs	2	
		Up to 30,000 Rs	3	
		Up to 50,000 Rs	4	
		Up to 80,000 Rs	5	
		Over 80,000	6	
62	Is there any other association that you wish to see operating a health insurance scheme?	Yes	1	2→Q64
		No	2	
63	What is the association?	Women's association	1	
		Agriculture association	2	
		Business association	3	
		Friends' circle	4	
		Others	5	
		(Specify) _____	88	
64	If the government requires civil registration for the purpose of health insurance, would you be willing to?	Yes	1	
		No	2	
		Don't know	88	

END OF THE QUESTIONNAIRE

本邦招聘参加者リスト
Japan Study Tour Participants

No.	Name & Title	Ministry
1	H.E. Prof. Oum Samol, Under Secretary of State	Ministry of Health
2	Dr. Lo Veasnakiry, Director of Department of Planning and Health Information	Ministry of Health
3	Dr. Chon Sinoun, Chief of Quality Assurance Office, Hospital Service Department	Ministry of Health
4	H.E. Nguon Sokha, Secretary of State	Ministry of Economy and Finance
5	Mr. Pheakdey Sambo, Head of Pension Division, Insurance and Pension Department	Ministry of Economy and Finance
6	Mr. Mak Vichetsackda, National Economist, Macroeconomic and Fiscal Policy Department	Ministry of Economy and Finance
7	Mr. Oeung Kim Unn, Deputy Director of Department of Civil Registration	Ministry of Interior
8	Mr. Heng Sophannarith, Deputy Director of Health Insurance Division	Ministry of Labour and Vocational Training
9	Mr. Maun Chansarak, Director of Social Planning Department and Deputy Director of the ID Poor Programme	Ministry of Planning
10	Mr. Tan Veng Thieng, Deputy Director of Identification of Poor Households Department	Ministry of Planning
11	Mr. Meas Vou, Deputy Director of National Social Security Fund for Civil Servants	Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation

本邦招聘プログラム Japan Study Tour Program

Date	Time	Programme	Lecturer	Venue
14 Dec. (Mon)	10:30～11:45	Courtesy call to JICA HQ	JICA (Human Development Dep.)	JICA HQ (Room111)
	11:45～12:45	(Lunch)		
	12:45～13:15	(JICA HQ→Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW))		
	13:30～17:00	Lecture : Social Security System and Health Care / Insurance System in Japan	Ministry of Health, Labour and Welfare Dr. Tanimura	MHLW
15 Dec. (Tue)	9:30～12:00	Lecture : Path to Universal Health Coverage (Experiences and Lessons from Japan)	National Graduate Institute for Policy Studies (GRIPS) Prof. Shimazaki	GRIPS (Meeting room 1A)
	12:00～13:00	(Lunch)		
	13:00～14:00	Lecture : Conditions of UHC and Japan's success	GRIPS Prof. Shimazaki	GRIPS (Meeting room 1A)
	13:00～16:30	Lecture : National Health Insurance, and Other Insurers	GRIPS Prof. Hoshida	
	16:30～17:00	Question and Answer	GRIPS Prof. Shimazaki Prof. Hoshida	
16 Dec. (Wed)	10:00～12:00	Field visit : Operation of National Health Insurance at Local Government office	Tax and Citizen Service Division, Kyonan Town, Chiba Prefecture	Kyonan Town, Chiba Prefecture
	12:00～13:00	(Lunch)		
	13:00～15:30	Field visit : Operation of health service delivery in the remote area	Kyonan Town Hospital, Chiba Prefecture	Kyonan Town Hospital, Chiba Prefecture
17 Dec. (Thu)	10:00～12:00	Lecture : Health service delivery in the remote area	GRIPS Prof. Hoshida	JICA HQ (Room229)
	12:00～13:00	(Lunch)		
	13:00～15:00	Lecture : IT System for Social Health Protection	Hitachi, Ltd.	JICA HQ (Room229)
	15:00～17:00	Preparation for tomorrow's presentation by each Ministry	—	
18 Dec. (Fri)	9:30～12:00	Presentation : Lesson learned by each Ministries	Survey team	JICA Tokyo International Center (TIC)
	12:00～13:00	(Lunch)		
	13:00～17:00	Discussion : Lessons from Japan's experience and application of the lessons to Cambodia	Survey team	JICA Tokyo International Center (TIC)

ASEAN 域内第三国スタディーツアー参加者リスト
Thailand Study Tour Participants

No.	Name & Title	Organization
1	H.E. Prof. Oum Samol, Under Secretary of State	Ministry of Health
2	Dr. Lo Veasnakiry, Director of Department of Planning and Health Information	Ministry of Health
3	Dr. Chon Sinoun, Chief of Quality Assurance Office, Hospital Service Department	Ministry of Health
4	H.E. Nguon Sokha, Secretary of State	Ministry of Economy and Finance
5	Mr. Pheakdey Sambo, Head of Pension Division, Insurance and Pension Department	Ministry of Economy and Finance
6	Mr. Mak Vichetsackda, National Economist, Macroeconomic and Fiscal Policy Department	Ministry of Economy and Finance
7	Mr. Oeung Kim Unn, Deputy Director of Department of Civil Registration	Ministry of Interior
8	Mr. Heng Sophannarith, Deputy Director of Health Insurance Division	Ministry of Labor and Vocational Training
9	Mr. Tan Veng Thieng, Deputy Director of Identification of Poor Households Department	Ministry of Planning
10	Mr. Sar Kosal, Deputy Director of Identification of Poor Households Department	Ministry of Planning
11	Mr. Meas Vou, Deputy Director of National Social Security Fund for Civil Servants	Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation
12	Dr. Say Ung, Director of Food Security and Nutrition and Health Department	Council for Agriculture and Rural Development (CARD)

ASEAN 域内第三国スタディーツアー・プログラム Thailand Study Tour Program

Date	Time	Session	Lecturer	Venue
1 Feb (Mon)	9:00 ~ 9:30	Courtesy Call (Ministry of Public Health)	Dr. Somsak Akksilp, Deputy Permanent Secretary, Ministry of Public Health (MoPH)	MoPH
	9:30 ~ 10:30	Historical Development of Social Health Protection System and Health Policies in Thailand - Country profile (Health status) - Three public health protection schemes (CSMBS, SHI, UCS) - System design of Thai UHC - Benefit package development - Achievement of Thai UHC - Contributing factors - Key challenges	Dr. Phusit Prakongsai, Director, Bureau of International Health, MoPH	
	10:30 ~ 12:00	Health Service Delivery System in Thailand - Evolution of modern health system - Health service system - Health finance management of hospital in MoPH - Service plan	Dr. Pornpet Panjapiyakul, Deputy Director, Bureau of Health Administration, MoPH	
		(Lunch)		
	13:00 ~ 15:00	Collaboration and Cooperation among Ministries and/or Sectors - Institutional arrangement of UHC - Governance structure of UHC - Participation in UHC	Ms. Wilailuk Wisasa, Manager, Bureau of International Affairs for Universal Health Coverage National Health Security Office (NHSO)	MoPH
	15:00 ~ 16:30	Financing for health promotion and disease prevention in Thailand - Background of innovative financing for health promotion - Financing health care and health promotion - Innovative financing for health promotion - Thailand case study	Ms. Shaheda Viriyathorn, Research Assistant, International Health Policy Programme	
2 Feb (Tue)	9:00 ~ 9:30	Courtesy Call (National Health Security Office)	Ms. Netnapis Suchonwanich, Deputy Secretary General, NHSO	NHSO
	9:30 ~ 10:30	Overview of Universal Health Coverage : Thailand Experience - Background for UHC in Thailand - System design and Governance structure of NHSO - Benefit package development - Managing providers and protecting UCS - Budgeting and payment methods of the UCS - IT system in NHSO	Ms. Netnapis Suchonwanich, Deputy Secretary General, NHSO	
	10:30 ~ 12:00	Achieving Universal Health Coverage - Lesson learned from Thailand - Strategic planning - Health service provider registration - Beneficiary enrolment - Fund management - Health service quality control - Consumer protection	Ms. Netnapis Suchonwanich, Deputy Secretary General, NHSO	
		(Lunch)		
	13:00 ~ 14:00	Health Technology Assessment (HTA) in Thailand - Using Health Technology Assessment (HTA) in Thailand - Role of HTA on the development of essential medicine list - Case studies on drugs, medical devices, and public health program assessment	Ms. Inthira Yamabhai, Senior Researcher, Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), MoPH	NHSO
	14:00 ~ 15:00	UCS Fund Management - Fund Allocation and Reimbursement - E-Claim system - Payment & Reimbursement method	Col. Panomwan Bunyamanop, Director, Bureau of Fund Allocation and Reimbursement, NHSO	

2 Feb (Tue)	15:00 ~ 16:00	Monitoring & Evaluation of UCS - Evaluation system on UCS - Source of data for M&E - Example of UCS Monitoring - Patient utilization and health service result	Ms. Kanjana Sirikomol, Director, Bureau of Health Information and Outcome Evaluation, NHSO	NHSO
3 Feb (Wed)	9:00 ~ 10:30	Compulsory Social Security Scheme - Introduction and Historical Background - Social Security Act - Administration - Coverage - Source of Fund - Contribution rates - Current benefits - Medical care provision	Ms. Rangsim Preechachard, Labour Specialist (Senior Professional Level), Social Security Office, Ministry of Labour	MoPH
	10:30 ~ 12:00	Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) - Background - Principle - Reimbursement - Problem - Solutions/Policy recommendations	Ms. Monnaporn Benjaporn, Fiscal Analyst, Medical Welfare Division, The Comptroller General's Department, Ministry of Finance	
		(Lunch)		
	13:00 ~ 15:30	Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth) - Overview - Budget, Revenue, Expenditure - Governance structure - Funding strategy - Monitoring mechanism - Activities	Dr. Supreda Adulyanon, Chief Executive Officer, ThaiHealth, Mr. Rungsun Munkong , International Relations Officer, Senior Professional Level, Partnership and International Relations Section, ThaiHealth	ThaiHealth
4 Feb (Thu)	9:30 ~ 12:00	Samut Songkram Hospital (Provincial Hospital) - General Information - Health Service - Hospital profile - Primary care unit profile	Dr. Suttipong Sirimai, Hospital Director	Samut Songkram Hospital
		(Lunch)		
	13:00 ~ 15:00	Amphawa Hospital (Community Hospital) - General Information - Health resource - Financial - Hospital profile - Chronic disease management	Dr. Vararn Wangjitchien, Hospital Director	Amphawa Hospital
5 Feb (Fri)	9:00 ~ 10:00	Sight-seeing at NHSO (Call Centre, Pharmacy, etc.)	Ms. Wilailuk Wisasa, Manager, Bureau of International Affairs for Universal Health Coverage, NHSO	NHSO
	10:00 ~ 12:00	Wrap-up Meeting - Presentation by the study team on what they learnt from this study visit and how to utilize/apply the gain knowledge for Cambodia	Dr. Phusit Prakongsai, Director, Bureau of International Health, MoPH Ms. Wilailuk Wisasa, Manager, Bureau of International Affairs for Universal Health Coverage	

カンボジア国内ワークショップ参加者リスト Cambodia Workshop Participants

No.	Name	Organization	Position
Government			
1	H.E. Prof. Eng Huot	Ministry of Health	Secretary of State
2	H.E. Prof. Oum Samol	Ministry of Health	Under Secretary of State
3	Dr. Lo Veasnakiry	Ministry of Health	Director of Department of Planning and Health Information
4	Dr. Sok Kanha	Ministry of Health	Deputy Director of Department of Planning & Health Information
5	Dr. Chon Sinoun	Ministry of Health	Chief of Quality Assurance Office, Hospital Service Department
6	Mr. Chan Sayn	Ministry of Health	Director, Legislation Department
7	H.E. Nguon Sokha	Ministry of Economy and Finance	Secretary of State
8	Mr. Pheakdey Sambo	Ministry of Economy and Finance	Head of Pension Division, Insurance and Pension Department
9	Mr. Mak Vichetsackda	Ministry of Economy and Finance	National Economist, Macroeconomic and Fiscal Policy Department
10	Mr. Keo Ouly	Ministry of Planning	Director of Identification of Poor Household Department
11	Mr. Sar Kosal	Ministry of Planning	Deputy Director (ID Poor Programme)
12	H.E. Samheng Boros	Ministry of Social Affairs, Veteran, and Youth Rehabilitation	Under Secretary of State
13	Mr. Meas Vou	Ministry of Social Affairs, Veteran, and Youth Rehabilitation	Deputy Director of National Social Security Fund for Civil servants (NSSF-C)
14	Mr. Chea Sokha	Ministry of Social Affairs, Veteran, and Youth Rehabilitation	Officer, National Social Security Fund for Civil servants (NSSF-C)
15	Mr. Heng Sophannarith	Ministry of Labour and Vocational Training	Deputy Director of Health Insurance Division NSSF
16	Mr. Oeung Kim Unn	Ministry of Interior	Deputy Director of Department of Civil Registration
17	Dr. Say Ung	Council for Agriculture and Rural Development (CARD)	Director of Food Security and Nutrition and Health Department
Development Partners			
18	Dr. Somil Nagpal	World Bank	Senior Health Specialist
19	Ms. Nareth LY	World Bank	Health Operations Officer
20	Dr. Etienne Poirot	UNICEF	Chief of Health
21	Pauline Ye Ahn	UNICEF	Consultant
22	Ms. Priya Agarwal-Harding	Joint Programme Interface Group (JPIG)	Program Facilitator, Second Health Sector Support Program
23	Mr. Ejiro Murakoshi	WHO	Consultant for Health Financing
24	Mr. Mo Mai	WHO	WHO country office national consultant
25	Mr. Bernd Schramm	GIZ	Social Health Protection Programme, Manager
26	Dr. Bart Jacobs	GIZ	Social Health Protection Programme, Policy Advisor
27	Song Chhiay	GIZ	Advisor
28	Prof. Dr. Staffer Flend	GIZ	Professor
29	Ms. Vera Minnik	Voucher Management Agency	Project Director
30	Dr. Chantha Chak	USAID	Health Systems Strengthening Team Leader, Office of Public Health and Education
31	Mr. Tapley Jordanwood	University Research Co., LLC (URC)	Chief of Party, USAID Social Health Protection Project
32	Ms. Hasselmann Viviane	Swiss International Development Agency	Program Officer - Health and Governance
33	Dr. Koulant Thin	Swiss International Development Agency	Consultant in Health and Development Economics
34	Ms. Chan Sorya	Agence Francaise de Development (AFD)	Project Officer
35	Ms. Ok Malika	ILO	National Programme Officer
36	Mr. Mao Dina	KOICA	Program officer

NGOs			
37	Mr. Nuon Seila	Social Health Protection Association (SHPA)	Acting Executive Director
38	Ms. Luy Theary	Social Health Protection Association (SHPA)	Training Coordinator
39	Dr. Long Leng	Action For Health (AFH)	Executive Director
40	Mr. Ieng Theang	Action For Health (AFH)	Program Coordinator
41	Mr. Phuong Sam On	Sahakum Theanea Rab Rong Sokhapheap Srok Pratekbat Angkor Chum (STSA) , Siem Reap	Director
42	Mr. Ly Vandy	Cambodian Health Committee (CHC), Siem Reap	Team Leader - Siem Reap Scheme
43	Thoung Visal	Cambodian Health Committee (CHC)	SHO - PM
44	Mr. Mut Nin	Cambodian Health Organization (CHO),	Executive Director
45	Mr. Sam Oeun	Buddhism For Health (BFH), Takeo	Managing Director
46	Mr. Phoung Pheakdey	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques (GRET)	Social Health Protection Technical Advisor
47	Mr. Chhon Hok	Family Health Development (FHD)	SHP Program Manager
48	Mr. Ouch Sokly	Pursat Community Health Support Fund Association (PCHSFA)	Executive Director
49	Mr. Vang Sovann	Poor Family Development (PFD)	Program Manager
50	Ham Hak	Women Organization for Modern Economy and Nursing (WOMEN)	TA
51	Dr. Moul Vanna	Action for Health Development (AHEAD)	Executive Director
52	Bou Saleen	Action for Health Development (AHEAD)	OD Coordinator
53	Ms. Bunnmey Yat	Population Council	Senior Manager - Policy
JICA and EoJ			
54	Mr. Yonamine Moriyasu	Embassy of Japan in Cambodia	Second Secretary
55	Mr. Itsu Adachi	JICA Cambodia Office	Chief Representative
56	Ms. Aya Mizusawa	JICA Cambodia office	Senior Program Officer
57	Mr. In Sophearun	JICA Cambodia Office	Program Officer
58	Ms. Kyoko Sakurai	JICA HQ	Human Development Department, Health Group 2, Health Division 3
59	Dr. Makoto Tobe	JICA HQ	Senior Advisor (Health Financing / Health Systems)
60	Ms. Haruyo Nakamura	Global Link Management (GLM)	Resercher
61	Mr. Yasuo Sumita	Global Link Management (GLM)	Resercher
62	Associate Proffesor. Junya Hoshida	National Graduate Institute for Policy Studies (GRIPS)	Associate Professor
63	Dr. Siyan Yi	Khmer HIV/AIDS NGO Alliance (KHANA)	Director

カンボジア国内ワークショップ Cambodia Workshop Program

Day 1 International and Cambodian Experiences on Social Health Insurance		
8:30 – 9:00	Registration	–
9:00 – 9:30	Opening Remarks	H.E. Prof. Oum Samol, Unser Secretary of State, MOH, Mr. Adachi Itsu, Chief Representative, JICA Cambodia Office
9:30 – 9:45	Introduction	Ms. Haruyo Nakamura, JICA Survey Team
9:45 – 10:30	Japan's Informal Sector Social Health Insurance	Profesor Junya Hoshida, GRIPS
10:00 – 10:15	(Tea break)	–
10:45 – 11:45	• Overview of “Going Universal” – How 24 developing countries are covering people from the bottom up • Japan-World Bank Partnership Program	Dr. Somil Nagpal, Senior Health Specialist, World Bank
11:45 – 12:45	Lessons learnt from the Study Tours to Japan and Thailand. 15 minutes (+Q&A 5 min) for each presentation:	(1) Dr. Lo Veasnakiry, MoH (2) Mr. Mak Vichetsackda, MEF (3) Dr. Kouland Thin, SDC
12:00 – 13:00	(Lunch)	–
13:45 – 14:30	JICA's assistance in increasing social health insurance coverage of the informal sector	Dr. Makoto Tobe, Senior Advisor in Health Financing/Health Systems, JICA
14:30 – 17:00 (Tea Break)	Cambodian experience: Success factors and challenges experienced with the schemes in terms of population coverage, drop-outs, financial protection, operations of the schemes, etc. (1) Health Equity Funds (2) Health Insurance (3) Community-based health insurance	(1) Dr. Sok Kanha, MoH (2) Mr. Heng Sophannarith, NSSF (3) SHPA (Social Health Protection Association), AFH, CHC & STAT Facilitated by Dr. Bart Jakobs, GIZ
Day 2 Informal Sector Social Health Insurance in Cambodia		
8:30 – 9:00	Registration	–
9:00 – 10:00	“Survey of People's Attitude/Perception toward Health Services and Health Protection/Insurance in Kampong Cham and Siem Reap, Cambodia”	Ms. Haruyo Nakamura, JICA Survey Team
10:00 – 10:15	(Tea break)	–
10:15 – 12:00	Small Group discussions: Requirements for Cambodia: - what are the gaps in Cambodia to make Informal Sector Social Health Insurance operational ? (1) Target groups (2) Stakeholders/ Inventory of actors (3) Financial sources (4) Means of promotion (5) Linkage between HEF and the insurance/ Integration of voucher scheme (6) Institutional Arrangement (7) Policy, legal requirement	All participants
12:00 – 13:00	(Lunch)	–
13:00 – 16:00 (Tea Break)	Presentations and Discussions - Presentations from each group - Way-forwards - Role of Development Partners	All participants Wrap-up by Dr. Lo Veasnakiry, MoH
16:00	Closing Remarks	H.E Prof. Eng Huot, Secretary of State for Health, Ministry of Health

*All programs were facilitated by Dr. Siyan, Yi

LOGO
Ministry of Health

Hospital Name:.....

QUESTIONNAIRES FOR PATIENT

Date-Month-Year:...../.....20.....

Name of Interviewer:.....

1. Profile of Patient

-Name:age.....sex.....nickname.....marriage status.....

-In case patient unable for interview, interviewee name iswho is a relative of patient

-Date-Month-Year of Hospitalizations...../...../.....Type.....Bed#.....code of patient.....

-Current address of patient:village/group.....community.....commune/sangkat.....district.....
province/city.....Tel (if available)..... Name owner of telephone.....

For migrant population /or who have two different addresses please fill in an additional form below:

-Address of household/clients: village/group.....community.....commune/sangkat.....district.....
province/city.....Tel (if available)..... Name owner of telephone.....

☞ Do you know the sponsor principle for poor patient by the Government prior any of your hospitalization Yes ☐ No ☐

☞ Do you hope to get benefits from this principle prior any of your hospitalization Yes ☐ No ☐

2. Family Economic Situation

1. Family Member								
N	Name	Nickname	Age	Sex	What are you in family	Career	Education	Remark
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

2. House	Description	Point
a/roof	leaf, thatch, patent fabric	0
	Tile, Zinc, Fibre Cement	1
b/Wall	leaf, thatch, bamboo, no wall, scirpus	0
	Wood	1
	Brick, Cement	2
c/Floor	Not available	0
	Trellis	1
	Plank	2
	Ciment/Sanitary Ware	3
d/condition	Shabby	0
	Average	1
	Good/Better	2

3. Electronic Material Available	Point
a/Radio (N/A)	0
b/Disc cassette player, tv (white /black)	1
c/TV (color)	2
d/High radio frequency	3

4. Electric Energy	Point
a/ N/A /or Lamp Kerosene	0
b/Battery lower or equal 50mah	1
c/Battery higher 50mah /purchase electricity	2
d/Own electric generator	3

5. Transportation mean/available of transportation	Point
a/N/A	0
b/small bicycle – small boat	1
c/horse carriage – cow carriage	2
d/boat with moto engine	3
e/vehicle – two wheel tractor	4
7. Agricultural Materials	
a/N/A	0
b/plough	1
c/cow/buffalo/horse for drag	2
d/Pumps	3
e/tractor/plowing machine	4
9. Daily Income	Point
a/under 2,000 riels	0
b/from 2,000 – 4.000 riels	1
c/from 4,100 – 8,000 riels	2
d/from 8,100 – 16,000 riels	3
e/over 16,000 riels	4
10. Family Situation	Point
a/old age/disabled/orphanage from 02 persons	0
b/old age/disabled/orphanage from 01 person	1
c/N/A	2
12. Expenditure on treatment over the last 1 year	Point
a/over 500,000 riels	0
b/from 200,000 riels	1
c/from 200,000 riels	2

6. Land Production	Point
6.1 Size	
a/N/A	0
b/less than 1ha	1
c/from 1 – 2ha	2
d/from 2 – 5ha	3
e/Over 5ha	4
6.2 Quality	
a/quality type 3	0
b/quality type 2	1
c/quality type 1	2
8. Livestock	Point
a/N/A	0
b/1 big pig or chicken/duck less than 30unit	1
c/2 big pig or chicken/duck less than 30 unit	2
d/goat/sheep from 2units/cow/buffalo/horse 1unit	3
e/cow/buffalo/horse from 02 units	4
11. Final Illness	Point
a/over 30 days	0
b/from 15 days to 30 days	1
c/from 5 days to 15 days	2
d/less than 5 days	
13. Does your family ever borrow money when the family or household member is sick	Point
a/Yes ever borrowed	0
b/never	1

3/ Evaluation sheet of interviewer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4/ Total Score

The result upon interview shown that the patient

Pro-Poor ☐ Poor ☐

.....date...../.....20

Signature of Interviewer

Remark:

- a/ Score point from 0 – 10 : Pro-Poor
- b/ Score point from 11 – 18: Poor
- c/ Score point over or equal 19 : Reject

I declar that the answers given above are correct if those answers are different from the fact, the organization/or NGO have the right to freeze all aid, and I guarentee to pay all costs since organization/or NGO that have been supported.

Finger Print / Signature of patient/relatives



អង្គការអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពគ្រួសារ

Family Health Development

"ធ្វើការប្រកួតប្រជែងគ្នាសម្រាប់ការអភិវឌ្ឍន៍សុខភាពគ្រួសារ និង ជីវភាពរស់នៅរបស់ប្រជាជន"



អាសយដ្ឋាន: ៣៦A ផ្លូវ ៤៧៦ សង្កាត់ទួលទំពូង ខណ្ឌចំការមន
រាជធានីភ្នំពេញ ប្រទេសកម្ពុជា

ទូរស័ព្ទ: ០២៣ ៩៩៦ ៨៥៦/០៩២ ៧៤៦ ០០៤

អ៊ីម៉ែល: info@fhd-cambodia.org

គេហទំព័រ: www.fhd-cambodia.org

កម្មវិធីគាំពារសុខភាពសង្គមគាំទ្រដោយ:



GRET

file 7

អង្គការ អ.ស.គ ជាអង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាលក្នុងស្រុកដែលបានបង្កើតឡើងក្នុងឆ្នាំ២០០២ និង ចុះ បញ្ជីនៅក្រសួងមហាផ្ទៃនៅឆ្នាំ២០០៨។ ឆ្នាំ ២០០២ អង្គការ អ.ស.គ បានធ្វើការជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល អាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន សហគមន៍ និង ដៃគូនានា ដើម្បីផ្តល់សេវាមូលនិធិសមធម៌ដល់ជនក្រីក្រក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ ។

ទស្សនវិស័យ និង គុណតម្លៃស្នូល



សព្វថ្ងៃនេះ អង្គការ អ.ស.គ កំពុងប្រតិបត្តិ កម្មវិធីគាំពារសុខភាពសង្គម ដែលមានគម្រោងមូលនិធិសមធម៌សុខភាព និង គម្រោងធានាសុខភាព ទូទាំងរាជធានីភ្នំពេញ។

កម្មវិធីគាំពារសុខភាពសង្គម បានសហការជាមួយមន្ទីរពេទ្យ ដៃគូក្នុងការអនុវត្តគម្រោង ដូចជា មន្ទីរពេទ្យភ្នាក់ងារតំបន់ ០២ មន្ទីរពេទ្យបង្អែកចំនួន ០២ និង មណ្ឌលសុខភាពចំនួន ២២ កន្លែង ដូចខាងក្រោម៖

別添資料10

១. មន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរ-សូវៀត
២. មន្ទីរពេទ្យព្រះកុសុមៈ
៣. មន្ទីរពេទ្យបង្អែកពោធិ៍សាត់
៤. មន្ទីរពេទ្យបង្អែកសម្តេចឪ
៥. មន្ទីរពេទ្យបង្អែករាជធានីភ្នំពេញ
៦. មន្ទីរពេទ្យបង្អែកមានជ័យ
៧. គ្រប់មណ្ឌលសុខភាពក្នុងរាជធានីភ្នំពេញ

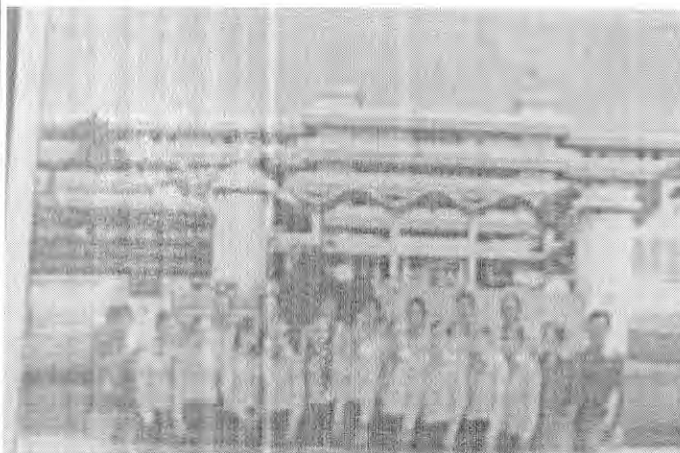
ដើម្បីឆ្លើយតបនឹងគោលដៅ និងគុណតម្លៃស្នូលរបស់ខ្លួន អង្គការ អ.ស.គ ប្តេជ្ញាថា គ្រប់អតិថិជនរបស់គម្រោងមូលនិធិសមធម៌សុខភាព និង ធានាសុខភាព នឹងទទួលបានការសម្របសម្រួល និងយកចិត្តទុកដាក់ពីបុគ្គលិករបស់ខ្លួន ដែលប្រចាំនៅមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗ ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។



ទទួលបានការគាំទ្រក្នុងការស្វែងរកសេវាសុខភាព និង ពេលមានបញ្ហាទំនាក់ទំនង ពីបុគ្គលិកអង្គការ នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ

Family Health Development

“Together enhancing better live for poor people and poverty line”



Address: 36A Street 476 Sangkat Tuol Tom Pong2, Khan Chamcarmorn, Phnom Penh
Tel: 023 996 856/092 746 004
Email: info@fhd-cambodia.org
website: www.fhd-cambodia.org

Social Health Protection Project is supported by:

Logo MoH

Logo GRET

Family Health Development (FHD) is local non-governmental organization established in 2022 and registration at Ministry of Interior in 2008. In 2002 FHD has in collaboration work with the Ministry of Health, local authority, community and other development partners to provide the equity fund services for poor people in Cambodia.

Vision and core value:

- Good relationship
- Clear objective
- Commitment
- Respectful
- Loyalty



Currently FHD is operating Social Health Project such as Health Equity Fund and Health Insurance in Cambodia.

Social Health Protection project is collaborate with partners hospital to implementing program such as 2 national hospital, 4 referral hospitals and 26 health centers in the following:

1. Khmer Soviet Friendship Hospital
2. Preh Kosmak Hospital
3. Pochentong referral hospital
4. Norodom Sihanouk referral hospital
5. Phnom Penh referral hospital
6. Mean Chey referral hospital
7. All operational districts in Phnom Penh

To response our vision and its core value, FHD commit that all clients/patients of health equity fund and health insurance will benefit from organization's staff in term of good collaboration and effective at each of hospital



Receiving the support in seeking health service and correspondence from organization's staff in the hospital

Need to know Health Equity Fund



What does the project objective?

Provide free access with its quality to public service (health system), for people who has ID-poor and equity fund.

What are the benefits of equity fund project?

- Get a support for all access to health service and once having trouble in communication.
- Free of charge for care and medical service once any relative being used a treatment service at health center and national hospital
- Support :



Transportation fee Care giver get 5000 riels per day

- Funeral contribution (60000 riels)

Who is the client of health equity fund project?

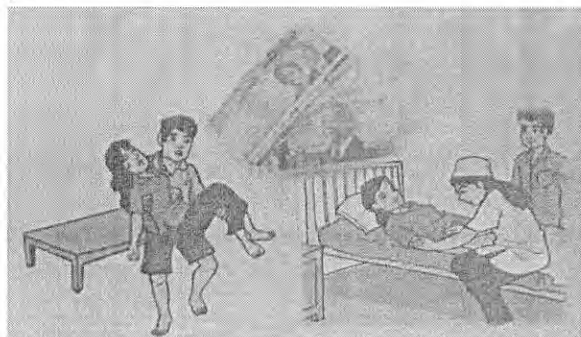
- Poor people who have ID poor and equity fund's ID
- Poor people who do not have their own financial to cover the treatment fee in hospital

Need to know the Health Insurance Project

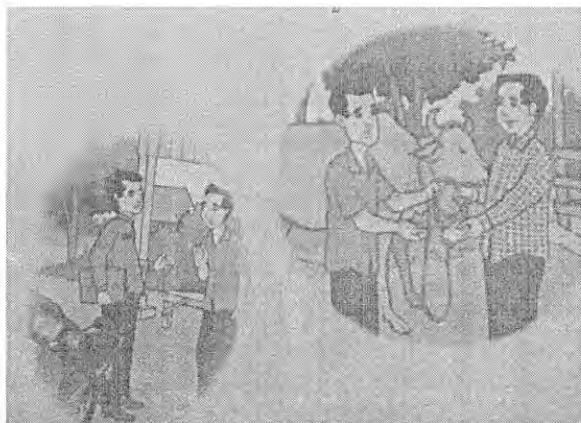
Health Insurance Project is to protect patients through high expenditure on treatment service and receive better health service with quality

Why need to have the health insurance?

We're all folks does not know in advance if you will have the sickness or accident and whether it would be taken place within how much amount of budget we will spend.

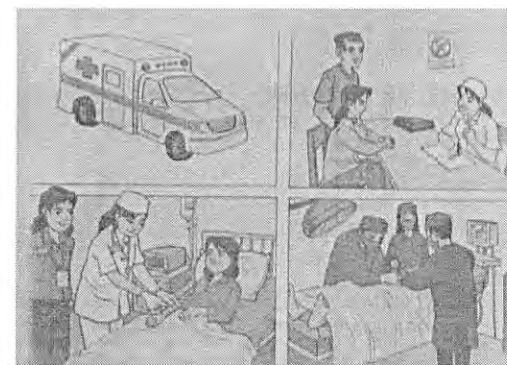


Health care and treatment are high cost and you would face a trouble to lose your property/assets or falling into poverty due to its sickness.



Protect our health, Protect our property/assets.

Health Insurance benefits for members



You will get those services for free of charge

Over thousands family members live in Phnom Penh that enroll as a membership



And you, why waiting for?

HURRY UP!!!

Reasonable of special package based on your demand

For more detail info please contact:

☎ 092 74 60 04

☑ គណ្តាប់អត្ថប្រយោជន៍

❖ ផ្តល់សោហ៊ុយធ្វើដំណើរពីផ្ទះទៅមណ្ឌលសុខភាពនិងត្រលប់ទៅផ្ទះវិញ



☑ អ្នកទទួលបាន

❖ ចាស់ជរា ក្រីក្រ អាយុចាប់ពី ៦០ឆ្នាំ មានប័ណ្ណសមធម៌និងប័ណ្ណដែលផ្តល់ដោយ អង្គការព្រះពុទ្ធសាសនា ដើម្បីសុខភាព



❖ ជនពិការក្រីក្រ (មានកំរិតពិការចាប់ពីពិការដៃ ជើងម្ខាង ពិការភ្នែកម្ខាងឬទាំង២ គឡឹង រីកលចរិត និងគមខ្លង) មានប័ណ្ណសមធម៌ និង ប័ណ្ណដែលផ្តល់ដោយអង្គការព្រះពុទ្ធសាសនាដើម្បីសុខភាព



ការគ្រប់គ្រងគម្រោងមូលនិធិសមធម៌សហគមន៍

* គម្រោងគ្រប់គ្រងផ្ទាល់ដោយសហគមន៍រួមមាន:

- ✓ អាជ្ញាធរដែនដី សាសនា ព្រះសង្ឃ វិហារ ឥស្លាម ប្រជាពលរដ្ឋក្នុងសហគមន៍ និងផ្នែកសុខាភិបាល។



* គម្រោងនេះកៀរគរមូលនិធិតាមរយៈ

- ✓ ដាក់ហិបតាមវត្ត សាលារៀន
- ✓ សាលារៀន និងទីប្រជុំជន
- ✓ ធ្វើបុណ្យឆ្កាំ
- ✓ បដិភាគពីវត្ត/វិហារឥស្លាម
- ✓ សប្បុរសជននានា



Implemented by giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH



កម្មវិធីគាំពារសុខភាពសង្គម

Form with fields for name, address, and other personal information, including a barcode and a photo.

Form titled 'ប័ណ្ណអាទិភាពក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាព (PAC Card)' with various fields for medical and personal data.

អង្គការព្រះពុទ្ធសាសនាដើម្បីសុខភាព ដោយមានការឧបត្ថម្ភពីរាជរដ្ឋាភិបាលកម្ពុជា និង ម្ចាស់ជំនួយនានាតាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាល បាននិងកំពុងអនុវត្តគម្រោង២ រួមមាន: មូលនិធិសមធម៌ថ្នាក់ជាតិ និង មូលនិធិសមធម៌សហគមន៍។

➊ គម្រោងមូលនិធិសមធម៌ថ្នាក់ជាតិ

គាំទ្រគម្រោងដោយ:



ត្រួតពិនិត្យការអនុវត្តគម្រោងដោយ: URC Cambodia

គម្រោងប្រតិបត្តិការនៅក្នុង ខេត្តកំពត និង កែប

2

មូលនិធិសមធម៌សហគមន៍



☑ គោលបំណង:

❖ ជួយប្រជាពលរដ្ឋងាយរងគ្រោះបំផុតដូចជា: **មនុស្សចាស់ជរា** និង **ជនពិការ** អោយទទួលបានការថែទាំសុខភាពបានសមស្របតាម រយៈការផ្តល់នូវកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍បំពេញបន្ថែមលើកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍មូលនិធិថ្នាក់ជាតិខាងលើ។

❖ លើកកម្ពស់ការចូលរួមរបស់សហគមន៍និងគណនេយ្យភាពសង្គមដើម្បីភាពប្រសើរឡើងនៃគុណភាពសេវាសុខាភិបាលសាធារណៈ។

គម្រោងនេះអនុវត្តផ្ទាល់ដោយ: សហគមន៍ក្នុងតំបន់ ព្រមទាំងមានការគាំទ្រផ្នែកបច្ចេកទេស និង ហិរញ្ញវត្ថុ ដោយ អង្គការព្រះពុទ្ធសាសនាដើម្បីសុខភាព និង កិច្ចសហប្រតិបត្តិការកម្ពុជា-អាជ្ញាធរ តាមរយៈ អង្គការ GIZ ។

➢ អ្នកទទួលបាន

ប្រជាពលរដ្ឋក្រីក្រដែលមានប័ណ្ណសមធម៌និងប័ណ្ណដែលផ្តល់ដោយអង្គការព្រះពុទ្ធសាសនាដើម្បីសុខភាព។

➢ កញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍

ប្រជាពលរដ្ឋក្រីក្រដែលមានប័ណ្ណសមធម៌និងប័ណ្ណដែលផ្តល់ដោយអង្គការព្រះពុទ្ធសាសនាដើម្បីសុខភាពនឹងទទួលបានកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ដូចជា:

១. នៅមណ្ឌលសុខភាព

សមាជិកនឹងទទួលបាន:

- ព្យាបាលដោយឥតគិតថ្លៃដោយមូលនិធិសមធម៌ជាអ្នកបង់ជំនួស
- ទទួលបានសោហ៊ុយធ្វើដំណើរសម្រាប់ស្ត្រីសំរាលកូន

៣. នៅមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិ

សមាជិកនឹងទទួលបានសោហ៊ុយធ្វើដំណើរនិងការសម្របសំរួលបញ្ជូនបន្តដើម្បីអោយប្រតិបត្តិការទីនោះជួយគាំទ្របន្តដូចនៅមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ខេត្តដែរ។

បញ្ជាក់: ករណីមិនចាំបាច់មានលិខិតបញ្ជូនពីមណ្ឌលសុខភាពរួមមាន:

- ☑ គ្រោះថ្នាក់ចរាចរ សំរាលពិបាក ការថែទាំក្រោយវេជ្ជ ការបញ្ឈប់កំណើតអចិន្ត្រៃយ៍ ប្រភេទជំងឺមួយចំនួនទៀតដែលមិនអាចព្យាបាលនៅថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព
- ☑ ពីផ្ទះអ្នកជម្ងឺទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាពឆ្ងាយជាង ១០គ.ម ហើយផ្ទះរបស់គាត់មកមន្ទីរពេទ្យបង្អែកមានចម្ងាយជិតជាង
- ☑ ផ្ទះអ្នកជំងឺគ្មានមណ្ឌលសុខភាពគ្រប់ជំនាញ

២. នៅមន្ទីរពេទ្យស្រុក/ខេត្ត

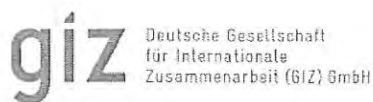
ដោយមានលិខិតបញ្ជូនពីមណ្ឌលសុខភាពសមាជិកនឹងទទួលបាន:

- ព្យាបាលដោយឥតគិតថ្លៃដោយមូលនិធិសមធម៌ជាអ្នកបង់ជំនួស
- របបអាហារ ១ថ្ងៃ ៥,០០០រៀល
- សោហ៊ុយធ្វើដំណើរទៅ-មក

លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង:

☎ ខេត្ត កំពត: ០៣៣ ៦ ៩៤៨ ៨០០

☎ ខេត្ត កែប: ០៣៦ ៦ ៥៤៥ ៧៧៧



SOCIAL HEALTH PROTECTION PROJECT

Kingdom of Cambodia
Nation Religion King
Equity Fund Card

ID Poor Project
This ID is free of charge

Code: 21050312-0286

Province: Takeo District: Kos Andeth
Commune: Prey Kla Village: Banteay Kjay
Family Name: Benh Phom Sex: Male Year Birtl 1943

Data Collection Period 7
Date: 30/05/2014

Category: 2

Description of Equity Fund

Photo

Regconize by Commune Chief

Priority Assess Card for Health Service
(PAC Card)

This ID free of charge

Province: Takeo District: Kos Andeth Village: Ta Hean
Code: 07071603-0902

Issue Date: 1/10/2014
Expire Date: 30/09/2015

Category: Poor I

Family Name: Meas Rotha Sex: Male Year Date: 1963

N	Family Membe	Sex:	Age
1	Un Eang	Male	1966
2	Nganh Veoun	Female	1969
3	Ouch Ngeung	Female	1927
4	Un Chany	Female	1992
5	Un Tom	Female	1997

N	Family Memt	Sex	Age
6	Choa Gnea	Male	1994
7			
8			
9			
10			

Family Finger Print

Equity Fund Implementor

Buddhism for Health received the support from Cambodia Government and donors through Ministry of Health and being implementing two projects including National Equity Fund and Community Equity Fund.

1. National Equity Fund

Supported by:



Project Monitoring by:



Project operate in Kampot and Kep province

2. Community Equity Fund

Photoo

☒ Objective

- ❖ Helping the most vulnerable people such as elderly age and people with disabilities to receive an appropriate health care through providing an additional of package's benefit of national package benefit fund above.
- ❖ Promote community participation and social accountability in order to improve the quality of public health services.

The project is carried out directly by the local community as well as technical and financial support from Buddhism for Health and under Cambodian-German Cooperation through GIZ.

➤ Beneficiaries

Poor people who have an equity fund's ID and voucher provided by Buddhism for Health.

➤ Benefits Packages

Poor people who have an equity fund's ID and voucher provided by Buddhism for Health will receive benefits packages hereby:

1. Health Center

Membership will receive

- Free access for treatment covered by health equity fund
- For pregnancy and delivery women will receive the cost of transportation

2. District/Province Hospital

With a letter referred from health center, membership will get an advantage in the following:

- Free access for treatment covered by health equity fund
- Receive a daily meal allowance 5,000 riels.
- Transportation cost

3. National Hospital

Membership will receive transportation cost and referral fees in order that field operator continue to support as alike as provincial hospital

Remark: In case does not have a letter referred from health center

☒ *Car accidents, difficult in delivery, post-abortion care, permanent tied ovaries and any type of diseases that cannot be treated at health center.*

☒ *From patient home to health center far over 10km while their home close to referral hospital*

☒ *Do not have health center covered in the areas where patient live.*

Contact Number:

☎ Kampot Province: 033 6 948 800

☎ Kep Province: 036 6 545 777

☒ Benefits Package

- ❖ Support round trip of transportation fee from patient house to health center

☒ Beneficiaries

- ❖ Elder age people 60 who has equity fund's ID and voucher provided by Buddhism for Health
- ❖ Poor people with disabilities such as (disabled arm disability, one leg disability, blind eye(s), deaf, psychiatrist and kyphosis) who have equity fund's ID and voucher provided by Buddhism for Health.

Project Management of Community Equity Fund

- ✧ The project is managed directly by community itself such as:

- ✓ local authority, religious, monks, islam church, local community people and health sector

- ✧ The project is mobilized resources through:

- ✓ Display chest to each pagoda and public school
 - ✓ Commune council and public area
 - ✓ Traditional celebration (Bon Pkar event)
 - ✓ Pagoda counterpart / islam church
 - ✓ Charities

Hospital Name:Khmer Soviet Friendship Hospital Prakas No 809 on sponsor prin

QUESTIONNAIRES FOR PATIENT

Date-Month-Year interview :...../...../.....

POST-ID Patient
Verification date:/...../.....

Name of Interviewer:.....

1. Profile of Beneficiaries Households/clients

-Name:age.....sex.....nickname.....family status.....

-In case patient unable for interview, interviewee name iswho is a relative of patient

-Date-Month-Year of Hospitalizations...../...../.....Type.....Bed#.....code of patient.....

-Current address of patient:village/group.....community.....commune/sangkat.....district.....
province/city.....Tel (if available)..... Name owner of telephone.....

For migrant population /or who have two different addresses please fill in an additional form below:

-Address of patient: village/group.....community.....commune/sangkat.....district.....

province/city.....Tel (if available)..... Name owner of telephone.....

☞ Do you know the sponsor principle for poor patient by the Government prior any of your hospitalization Yes ☐ No ☐

☞ Do you hope to get benefits from this principle prior any of your hospitalization Yes ☐ No ☐

2. Family Economic Situation

1. Family Member								
N	Name	Nickname	Age	Sex	What are you in family	Career	Education	Remark
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

2. House	Description	Point
a/roof	leaf, thatch, patent fabric	0

3. Electronic Material Available	Point
a/Radio (N/A)	0

	Tile, Zinc, Fibre Cement	1
b/Wall	leaf, thatch, bamboo, no wall, scirpus	0
	Wood	1
	Brick, Cement	2
c/Floor	Not available	0
	Trellis	1
	Plank	2
	Ciment/Sanitary Ware	3
d/condition	Shabby	0
	Average	1
	Good/Better	2

b/Disc cassette player, tv (white /black)	1
c/TV (color)	2
d/High radio frequency	3

4. Electric Energy	Point
a/ N/A /or Lamp Kerosene	0
b/Battery lower or equal 50mah	1
c/Battery higher 50mah /purchase electricity	2
d/Own electric generator	3

5. Transportation mean/available of transportation	Point
a/N/A	0
b/small bicycle – small boat	1
c/horse carriage – cow carriage	2
d/boat with moto engine	3
e/vehicle – two wheel tractor	4
7. Agricultural Materials	
a/N/A	0
b/plough	1
c/cow/buffalo/horse for drag	2
d/Pumps	3
e/tractor/plowing machine	4
9. Daily Income	Point
a/under 2,000 riels	0
b/from 2,000 – 4.000 riels	1
c/from 4,100 – 8,000 riels	2
d/from 8,100 – 16,000 riels	3
e/over 16,000 riels	4
10. Family Situation	Point
a/old age/disabled/orphanage from 02 persons	0
b/old age/disabled/orphanage from 01 person	1
c/N/A	2
12. Expenditure on treatment over the last 1 year	Point
a/over 500,000 riels	0
b/from 200,000 riels	1
c/from 200,000 riels	2

6. Land Production	Point
6.1 Size	
a/N/A	0
b/less than 1ha	1
c/from 1 – 2ha	2
d/from 2 – 5ha	3
e/Over 5ha	4
6.2 Quality	
a/quality type 3	0
b/quality type 2	1
c/quality type 1	2
8. Livestock	Point
a/N/A	0
b/1 big pig or chicken/duck less than 30unit	1
c/2 big pig or chicken/duck less than 30 unit	2
d/goat/sheep from 2units/cow/buffalo/horse 1unit	3
e/cow/buffalo/horse from 02 units	4
11. Final Illness	Point
a/over 30 days	0
b/from 15 days to 30 days	1
c/from 5 days to 15 days	2
d/less than 5 days	
13. Does your family ever borrow money when the family or household member is sick	Point
a/Yes ever borrowed	0
b/never	1

3/ Evaluation sheet of interviewer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4/ Total Score

The result upon interview shown, beneficiaries/clients

Pro-Poor ☐

Poor ☐

Average Poor ☐

.....date...../.....,20

Signature of Interviewer

Remark:

a/ Score point from 0 – 10 : Pro-Poor

b/ Score point from 11 – 14: Poor

b/ Score point from 15 – 18: Average Poor

c/ Score point over or equal 19 : Reject

I declar that the answers given above are correct if those answers are different from the fact, the organization/or NGO have the right to freeze all aid, and I guarentee to pay all costs since organization/or NGO that have been supported.

Finger Print / Signature of beneficiary/client/relatives

REMINDER FOR THE PATIENTS:

1. Always bring your insurance card whenever you go to Health Center or Referral Hospital.
2. Make sure that insurance card is still valid.
3. Make sure you have referral letter when you go to the hospital.
4. Contact the MHI staff if you have any questions or need clarification.

THINGS THAT ARE NOT COVERED BY MHI

- ☛ Waiting period of 1 year is applied for elective surgery
- ☛ No cosmetic surgery
- ☛ No payment for vertical programs (HIV/ TB/ EPI etc.)
- ☛ No specialized services like eye and dental care, hemodialysis, physical devices (e.g. hearing aids, glasses, crutches etc.)
- ☛ No payment for pre-existing chronic diseases or non communicable diseases.
- ☛ No treatment in private clinics.

HOW TO ENROLL TO MHI?

Type 1: Individual Enrolment

- ☺ CHC promoter and Volunteers (VIV) register clients, take photos, CHC produces insurance card and collects the premium.

Type 2: Group Enrolment

- ☺ One responsible/ focal person for MHI is selected by the group and makes list of MHI clients.
- ☺ Agrees on the date for CHC to take photos of MHI members of the group.
- ☺ CHC takes photos and produces insurance card.
- ☺ The focal person in the group collects money, gives it to CHC and distributes the insurance cards to members.

Be Insured, Be Healthy

Be Insured, Be Healthy

CONTACTS

Dr. SOK THIM

CHC Executive Director

Mobile: 012-952-858

Head Quarter Add: #17, Street 618 Sangkat, Boeung Kok II, Khan Toul Kork, Phnom Penh, Cambodia

Tel: 023-885-169

E-mail: chccambo@chc-ghc.org

www.cambodianhealthcommittee.org

Dr. THOR CHANTHE

Social Health Protection Technical Advisor

Mobile: 011-851-543 or 097-588-9943

Email: tbc@chc-ghc.org

Dr. CHEOUT SARUN

CHC Siem Reap Project Manager

Siem Reap Office: #111 Khmar Village,

Sangkat Chreav, Siem Reap Town,

Siem Reap Province, Cambodia

Tel: 063-640-0673

Mobile: 098-773-281

CHC-MHI Social Worker/Nurse

Mobile: 088-683-0880

*With Micro Health Insurance,
NOTHING to worry about health
expense.
MHI will pay for it...*

Micro Health Insurance

Be Insured, Be Healthy





FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

What is health insurance?

It is a way to make health care predictable and affordable. It is a tool to decrease uncertainty. "We don't know

when we are getting ill, how severe our illness is & how much it will cost".

What is Micro Health Insurance (MHI)

It is a non for profit, voluntary pre-payment schemes that target the people who can afford to pay the insurance premium.

What is the PURPOSE of CHC-MHI?

- To improve equitable access to health care at public health facilities in SRP OD.
- To create a safety net against catastrophic health expenditure.
- To actively participate in improving the quality of services in public health facilities.

Why should we buy MHI?

- High health care costs are the main cause of impoverishment in Cambodia.
- High health care costs force people to borrow money, to sell land or livestock or to take children out of school
- High health care costs are responsible that in Cambodia in each year more than one hundred thousand households are facing impoverishment due to costs of illness. These are 4.3% of the Cambodian population. Another 3.8% of the population got indebted because they had to pay for their medical treatment.
- 60% of farmers who recently lost their land had sold it because of health expenses in their family.

Two types of enrolment into MHI?

Type 1: Individual Enrolment

- All family members must enroll into MHI
- Premium has to be paid according to family size in family book.
- Relatives that lives with the family can also enroll to MHI, as long as they are living in the same house.

Type 2: Group Enrolment (minimum Of 10 members)

- All staff working in NGO/ Hotel or other small business must enroll into MHI.
- All members of associations (e.g. farming cooperatives/ producer groups) must enroll into MHI
- NGOs can select groups of beneficiaries to enroll into MHI.
- Family enrolment is possible depending on discussion within the group.



How much does MHI cost you?

Siem Reap MHI		
Validity	Amount in USD	Amount in Riel
6 months	\$ 4 per person	16,000
12 months	\$ 7.5 per person	30,000
Discount(1year)	\$ 0.5/ person	2,000
Discount(6mos)	\$ 0.25/ person	1,000

What are the BENEFITS of CHC-MHI?

Members can use services at contracted Public Health Facilities without additional payment. The following benefits are included:

A. MEDICAL SUPPORT	
1	HEALTH CENTER SERVICES
2	REFERRAL HOSPITAL SERVICES
B. NON MEDICAL SUPPORT	
3	FUNERAL ASSISTANCE
4	TRANSPORTATION ASSISTANCE

A. MEDICAL SUPPORT

1. HEALTH CENTER SERVICES

- Consultation, Examinations, Procedures with the contracted Health Centers
- Essential Eye Care
- First Aide/simple treatment of Injuries caused by an accident
- Simple test (Dipstick/ Rapid test)
- Clients' referral to Referral Hospital (if needed)
- And all other services that includes in the Guideline Book of the MoH of the Kingdom of Cambodia on the set Minimum Package Activities (MPA)

2. REFERRAL HOSPITAL SERVICES

- Consultation, Examinations, Treatment, Procedures with the Referral Hospital
- Confinement/ Hospitalized
- Diagnostic tests/ Laboratory Test
- Basic Eye & Dental Care
- And all other services that includes in the Guideline Book of the MoH of the Kingdom of Cambodia on the set Complementary Package of Activities (CPA)



B. NON MEDICAL SUPPORT

3. FUNERAL ASSISTANCE

- 50,000Riel for every loss of life of the insured family.



4. TRANSPORTATION ASSISTANCE

- Reimbursement of travel costs for insured clients from Health Center to Referral Hospital (only with referral letter from HC except for emergency cases)
- Reimbursement for travel costs between CPA2 and CPA3 RH (In patient only)
- Round trip transportation support for pregnant women for delivery at contracted Public Health Facilities including Kantha Bopa and Angkor Children Hospital (500R/km)



សេវាសុខភាព ដែលសមាជិកទទួលបានប្រយោជន៍



សូមទំនាក់ទំនងទូរស័ព្ទ

ស្រុកគិរីវង់, ឃុំវីជលសារ, ត្រាំង, រោង: អណ្តូក
0977 403 218, 032 69 00 729

ស្រុកត្រាំកក់: 092 822 284, 032 6500688

ស្រុកបាទី: 012 342 211, 0326 456 111

ស្រុកសំរោង, ព្រែកប្បាស, អង្គរឃុំ
097 222 6662, 032 666 6013

ក្រុងដូនកែវ: 0976 212 122, 032 65 00 913

តារាងប្រាក់ភាគទាន សំរាប់ផលិតផលទី៣

គិតជា(រៀល)

ទំហំគ្រួសារ	បង់៦ខែ	បង់ ១ឆ្នាំ
1	26,400	52,800
2 ទៅ 4	64,800	129,600
5 ទៅ 7	79,800	159,600
8 ឡើង	97,200	194,400

បញ្ជាក់:

- សំរាប់សមាជិកចុះឈ្មោះថ្មី បង់៦ខែនឹងទទួលបានការបញ្ចុះ ៥%។
- សំរាប់សមាជិកចុះឈ្មោះថ្មីបង់១ឆ្នាំនឹងទទួលបានការបញ្ចុះតំលៃ១៥%។
- សំរាប់សមាជិកចាស់ចូលតម្រូវ ផលិតផល បង់៦ខែ នឹងទទួលបានការបញ្ចុះ ១០% បង់ពេញ១ឆ្នាំបញ្ចុះតំលៃ 20%។

រចនាសម្ព័ន្ធ សេវាសុខភាព

សាធារណៈ

មណ្ឌលសុខភាពដែលនៅជិតបំផុត



មន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុក



មានរថយន្តសង្គ្រោះក្នុង
ករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់



មន្ទីរពេទ្យខេត្តតាកែវ



មានរថយន្តសង្គ្រោះក្នុង
ករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់



មន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិ(មិត្តភាពខ្មែរសូវៀត ភ្នំពេញ)



និយ័តបង្គំ

និយ័តបង្គំ

និយ័តបង្គំ



អង្គការព្រះពុទ្ធសាសនា
ដើម្បីសុខភាព



ក្រសួងសុខាភិបាល

គំរោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហគមន៍



ធានារ៉ាប់រងសុខភាពគឺចំណាយតិច

ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើន

ឈប់បារម្ភពីការចំណាយច្រើនលើការព្យាបាលថែទាំសុខភាពឡើយ!



មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព គឺសំរាប់បង្ការនូវហានិភ័យនៃការចំណាយដ៏ច្រើនលើសលប់លើបញ្ហាសុខភាព

ចូលជាសមាជិកធានារ៉ាប់រងសុខភាព

គឺជាការជួយគ្នាទៅវិញទៅមក

ថ្ងៃនេះយើងមិនឈឺ យើងក៏សប្បាយចិត្ត ព្រោះយើងបានជួយ
សមាជិកផ្សេងទៀតដែលជួបគ្រោះភ័យដោយសារជំងឺ
បើថ្ងៃក្រោយ យើងឈឺត្រូវការចំណាយច្រើន
យើងក៏មិនបារម្ភព្រោះមានសមាជិកទាំងអស់ចាំជួយយើងវិញ។

អាសយដ្ឋានស្នាក់ការកណ្តាល: ភូមិ: កំពង់ ឃុំ: បាទចាន់ថុំ ស្រុក: គិរីវង់ ខេត្ត: តាកែវ
ទូរស័ព្ទ: Tel: 032 69 00 729, 032 69 03 630
Email: bfi.pro.mgt@gmail.com

គ្នានិធានារ៉ាប់រងសុខភាព

ចំណាយច្រើនលើសលប់ គិតជាមធ្យមក្នុងម្នាក់ ប្រមាណជា ៩០០,០០០៛ សំរាប់ការព្យាបាលថែទាំសុខភាព ក្នុងមួយឆ្នាំ។ ក្នុងករណីមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬរហូតដល់ការវះកាត់ធំៗ លោកអ្នកនឹងចំណាយអស់ជាច្រើនលានរៀល រហូតអាចលក់ទ្រព្យសម្បត្តិ ដីស្រែចំការ ដែលជាកត្តាប្រឈមនឹងការធ្លាក់ខ្លួនក្នុងភាពក្រីក្រ ។



អ្នកមិនមែនជាសមាជិកធានារ៉ាប់រង



ច្រឡោតក្នុងការចំណាយច្រើនពេលមានជំងឺ

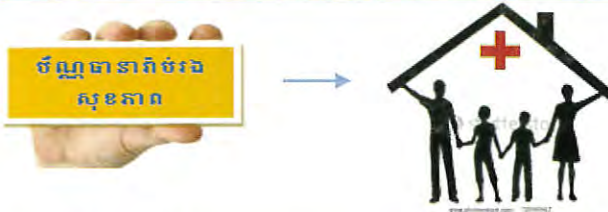


ធ្លាក់ខ្លួនក្រដោយសារជំងឺ

ម៉ានិធានារ៉ាប់រងសុខភាព

ចំណាយតិចតួច ជាមធ្យមក្នុងម្នាក់ត្រឹមតែ ១៦,០០០៛ ទៅ ២៤,០០០៛ សំរាប់ចុះឈ្មោះចូលជាសមាជិក ដើម្បីទទួលសេវាព្យាបាលថែទាំសុខភាពតាំងពីថ្នាក់មណ្ឌលសុខភាព មន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុក មន្ទីរពេទ្យខេត្តតាកែវ រហូតដល់ មន្ទីរពេទ្យជាតិមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត ភ្នំពេញ បានពេញមួយឆ្នាំ ដោយឥតគិតថ្លៃទាំងការធានាជំងឺធ្ងន់ៗស្ទើរតែគ្រប់ប្រភេទ និង ការវះកាត់ធំ ព្រមទាំងសេវាព្យាបាលជាច្រើនទៀតដែលមាននៅតាមមន្ទីរពេទ្យខាងលើ ។

លើសពីនេះទៀត លោកអ្នកនឹងទទួលបាននូវការឧបត្ថម្ភទាំងផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ និង ផ្នែកសង្គមជាច្រើនថែមទៀត ព្រមទាំងមានបុគ្គលិកគ្រូពេទ្យបស់អង្គការនៅចាំជួយសំរេចសំណួរសេវាថែទាំទៀត ដូចដែលមានចែងលំអិតក្នុងកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ ករណីជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ រហូតដល់ វះកាត់ធំៗ លោកអ្នកក៏មិនចាំបាច់ចំណាយអ្វីបន្ថែមទៀតឡើយ។



ចូលជាសមាជិកធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាភារកិច្ចដ៏សំខាន់សម្រាប់អ្នកខ្មែរ

មិនបារម្ភលើការចំណាយថវិកាពេលមានបញ្ហាសុខភាព



សន្សំលុយថវិកាបានច្រើន

លើសពី៥៥៥លើរៀបរៀបទៅនឹង អ្នកគ្មានធានារ៉ាប់រងសុខភាព

កញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍សំរាប់សមាជិក

ធានារ៉ាប់រងសុខភាព

- I-សេវាព្យាបាលថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
 - 1-សេវាសុខភាពនៅមណ្ឌលសុខភាព: សំរាលកូន,ពិគ្រោះ ជំងឺទូទៅ , ពិនិត្យផ្ទៃពោះ, ពន្យារកំណើត,វះកាត់តូចនិងសេវាផ្សេងៗ និងមានថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ស្រុក(ក្នុងករណីបន្ទាន់)
 - 2-សេវានៅមន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុក:ពិគ្រោះផ្នែកក្អែក,ផ្នែកពេជ្ជ, សំរាកពេទ្យវះកាត់ធំ(មន្ទីរពេទ្យ CPA2),សំរាលដោយការវះកាត់,សេវាអមគ្លីនិក(វិភាគឈាមរកមេរោគគ្រប់ប្រភេទ, ថតអេកូសាស្ត្រថតកាំរស្មីអិកដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ) និងមានថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យខេត្តតាកែវ (ក្នុងករណីបន្ទាន់)។
 - 3-សេវានៅមន្ទីរពេទ្យខេត្តតាកែវ: ពិគ្រោះព្យាបាលដោយវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស (ផ្នែកមាត់ធ្មេញ ច្រមុះ បំពង់ក ត្រចៀក និង ផ្នែកបាត) វះកាត់ធំស្ទើរគ្រប់ប្រភេទ (វះកាត់តង្ហឹង, សំរាលដោយការវះកាត់...) និងសេវាអមគ្លីនិក (ស្បែកផ្នែកក្បាល) ដែលពិនិត្យព្យាបាលដោយវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសជំនាញ និង មានថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងករណីគ្រូបញ្ជូនបន្ទាន់ទៅសង្គ្រោះនៅមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិ។
 - 4-សេវានៅមន្ទីរពេទ្យថ្នាក់ជាតិ (មិត្តភាពខ្មែរសូវៀតនៅភ្នំពេញ) ជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការវះកាត់ធំស្ទើរគ្រប់ប្រភេទ ព្យាបាលជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍បាក់ស៊ីវិលធ្ងន់ធ្ងរ និងការព្យាបាល ផ្នែក ប្រព័ន្ធប្រសាទ ព្រមទាំងការព្យាបាល ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និង វិទ្យាសាស្ត្រទំនើបដែលនាំចូលពីបរទេស ។
- II- អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម
 - សមាជិក ទទួលបានសោហ៊ុយធ្វើដំណើរ 20,000 រៀល ករណីសំរាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យខេត្តតាកែវ(លើកលែងសមាជិកក្នុងតំបន់ស្រុកប្រតិបត្តិដូនកែវ)។
 - សមាជិក ទទួលបានសោហ៊ុយធ្វើដំណើរ 80,000 រៀល ករណីសំរាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យគន្ធបុប្ផា សំរាប់កុមារ យុវក្រមា១៥ឆ្នាំ។
 - សមាជិក ទទួលបានសោហ៊ុយធ្វើដំណើរ 80,000 រៀល ករណីសំរាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមិត្តភាពខ្មែរសូវៀត(ក្នុងករណីបន្ទាន់មានថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ដឹកអ្នកជំងឺដោយឥតគិតថ្លៃ) ។
 - មានបុគ្គលិក គ្រូពេទ្យបស់អង្គការនៅចាំជួយសំរេចសំណួរសេវា។
 - បង្ខំបុណ្យសព(ចូលរួមលើកទុក្ខក្នុងករណីអស់សង្ឃឹម)។

Health Services that members receiving 24 hours



Contact

Kirivong District, Borey Chul sar, Treng, Kos Andeth
Tel: 097 7 403 218, 032 69 00 729

Srok Fram Kok: Tel 092 822 284, 032 6500688

Batie District: Tel: 342 211, 032645611

Samrong District, Prey Kabas, Angkor Borey
Tel: 097 222 6662, 032 666 6013

Daun Keo City: 097 6 212 122, 032 6500913

Table contribution product 3 (in riels)

Size in family	6 months	1 Year
1	26,400	52,800
2 to 4	64,800	129,600
5 – 7	79,800	159,600
From 8 up	97,200	194,400

Remark:

- New member enrollment pay for 6 month plan will get 5% discount
- New member enrollment pay for 1 year plan will get 15 discount

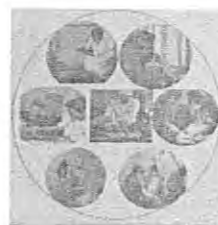
Existing member renew a plan by pay for 6 month plan will get 10% discount and 1 year plan will get 20% discount

Organizational Structure of Public Health Service

Health Center nearby



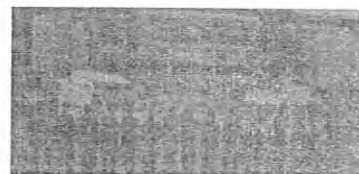
Referral Hospital



Takeo Hospital



National Hospital (Khmer Soviet Friendship Hospital)



Refer letter

Refer letter

Refer letter



COMMUNITY HEALTH INSURANCE PROJECT



Having the health insurance is less expense and receives more benefits

No longer to worry for the expanse on health care and treatment



Health Insurance is to prevent the risk of a multitude of spending on health issues

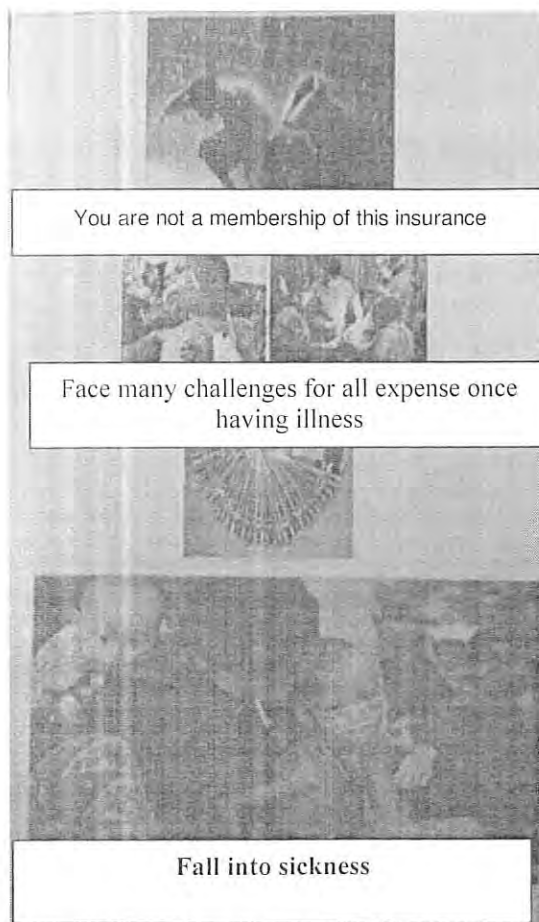
Membership is mutual health insurance
Today we are not sick, we are happy because we can help other members who are at risk from diseases
Later, once we are sick, we are not to worry much since having other members help us back

Address: Kampong Village, Preh Bat Chorn Chom, Kirivong, Takeo

Tel: 032 69 00729, 0326903630

Without Insurance

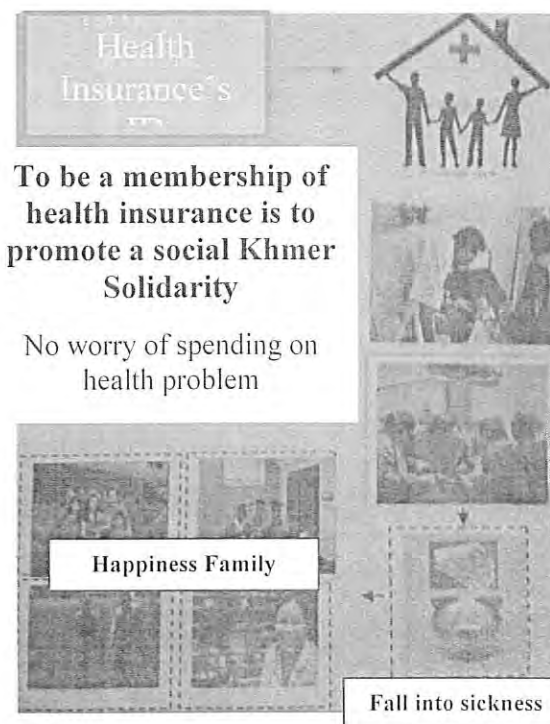
Overwhelming of expenditure in average cost around 100,000 riels each year on health care and treatment and for some case of serious illness or major surgery, you would spend over million riels force to get your farmland property to be sold, those are the risk factors that will fall into poverty



With Insurance

Less expenditure in average cost around 16,000 – 24,000 riels for membership enrollment to access on free health care and treatment from health center, district referral hospital, Takeo provincial hospital to Khmer Soviet Friendship Hospital in Phnom Penh for one year including different type of serious illness, and major surgery together with other kind of service from the above hospital.

Moreover, you will get a support in term of financial care together with social contribution, and also availability of the organization's medical staff remembers ready to help and coordinate services as stated in detail on health insurance benefit package



Health Insurance Benefits Package for membership

I-Medical care and treatment services

1. Health service at health center: maternity, general counseling, pregnancy service, contraception, small surgical and available of ambulance to district hospital (emergency)
2. District referral hospital: counseling section on eyes, dentists, surgery (hospital PAC2) delivery birth by surgical services at the clinic (blood test for all type of viruses, echography and X-Ray), and available of ambulance transport to hospital in Takeo (in case of emergency).
- 3 Hospital in Takeo
Treatment by expert of medical doctor including (dental, ear, nose, throat and bottom section) large surgery in all most of categories such as (bone surgery, and delivery by surgery), following services at the clinic such as (head scanning), those are examined by medical experts and the availability of ambulance in case of emergency immediately sent to national hospital.
- 4 National Hospital Services (Khmer Soviet Friendship Hospital)
The services such as an emergency case, a large scale of surgeries, serious of traffic accidents and physiological treatment within the use of medical devices and modern science facilities that imported from abroad.

II – The additional benefits

- Members are able to get transportation fees 20,000 riels once having stayed at Takeo Hospital (excluded member in Daun Keo Operational District)
- Members are able to get transportation fees 80,000 riels once having stayed at Kunthakbopha Hospital for children under ages 14.
- Members are able to get transportation fees 80,000 riels once having stayed at Khmer Soviet Friendship Hospital (Case of emergency, there is available of ambulance to be transported for free)
- We have hospital and NGO's staff ready to support for those services.
- Funeral contribution (sharing condolence)



គំរោងប័ណ្ណសុខភាពភូមិ

កម្មវិធីអភិវឌ្ឍន៍បណ្ណប្រជាជនស្រីក្រហម ជាមួយការគាំទ្រពីអង្គការអភិវឌ្ឍន៍អន្តរជាតិ KfW
អាជ្ញាធរ: គណៈកម្មាធិការជាតិរៀបចំការបោះឆ្នោត

Voucher Management Agency

EPOS
Health Management

អង្គការសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ
AFH



គំរោងប័ណ្ណសុខភាពជួយស្ត្រីក្រីក្រដោយពុំគិតថ្លៃ

គោលបំណងសំខាន់នៃគំរោងប័ណ្ណសុខភាព

- ជួយប្រជាជនពិសេសស្ត្រីក្រីក្រអោយមានលទ្ធភាពប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពមាតានិងកុមារដោយពុំគិតថ្លៃ
- កាត់បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់ម្តាយនិងកុមារ

តើគំរោងប័ណ្ណសុខភាពជួយសំគ្រាន់និងឧបត្ថម្ភអ្វីខ្លះដល់ស្ត្រីនិងក្រុមគ្រួសាររបស់គាត់?

១-ជួយចេញថ្លៃសេវាសុខភាព

ក).មាតុភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់-ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ:

- ការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល លើកទី១ លើកទី ២ លើកទី ៣ និងលើកទី៤
- ការសំរាលកូនធម្មតានៅមណ្ឌលសុខភាព-ការសំរាលកូនលំបាកនៅមន្ទីរពេទ្យ រួមទាំងការសំរាលកូនដោយការវះកាត់
- ការថែទាំក្រោយការសំរាលនិងការថែទាំក្រោយការរលូត

ខ).ការពន្យារកំណើត

- ការផ្តល់ប្រឹក្សាផែនការគ្រួសារនិងការពន្យារកំណើត
- ការដាក់ (ឬ ដក) កងក្រោមស្បែកនិងកងក្នុងស្បូន
- ការវះកាត់ចងបំពង់បង្ហូរមេជីវិតបុរសនិងចងដៃស្បូនស្ត្រី

គ).ការរំលូតដោយសុវត្ថិភាព និងដាក់កងក្រោយរំលូត
(ទាំងអ្នកមាននិងអ្នកក្រីក្រអាចទទួលសេវានេះដោយឥតគិតថ្លៃ)

**២-ជួយចេញថ្លៃធ្វើដំណើរ: គ្រប់សេវាទាំងអស់
៣-ជួយឧបត្ថម្ភថ្លៃអាហារ និងការគាំទ្រផ្នែកសង្គម
ផ្សេងៗទៀត**

សារអប់រំសុខភាពស្ត្រីមានផ្ទៃពោះស្តីពីការថែទាំមុនសំរាល ការសំរាល និងការថែទាំក្រោយសំរាល
គ្រប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ គួរទៅពិនិត្យផ្ទៃពោះនៅមណ្ឌលសុខភាពយ៉ាងហោចអោយបាន៤ដងមុនពេលសំរាល: តើពេលណាគួរទៅពិនិត្យផ្ទៃពោះ?



ក្រោយការបាត់ដូវចុង
ក្រោយភ្លាម (បាត់ដូវភ្លាមទៅមណ្ឌលសុខភាព!) ឬ ប្រាកដថាខ្លួន មានផ្ទៃពោះ បើពុំ

មានបញ្ហាអ្វី ជាចំបងទេ គ្រប់ស្ត្រី មានផ្ទៃពោះ គួរទៅមណ្ឌលសុខភាពរៀងរាល់បីខែម្តងចាប់ពីបាត់ដូវ។

ផលប្រយោជន៍នៃការពិនិត្យផ្ទៃពោះមុនសំរាល:

- ស្ត្រីទទួលបានថ្នាំជាតិដែកការចាក់ថ្នាំបង្ការការពិនិត្យឈាមដែលមានសារៈសំខាន់ចំពោះសុខភាពម្តាយនិងទារក។

- អាចអោយគ្រូពេទ្យឬ ឆ្មបរកឃើញនូវរោគសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ដូចជាជម្ងឺបំរុង



ក្រឡាភ្លើង ជម្ងឺស្លេកស្លាំង ជម្ងឺកង្វះជីវៈជាតិ និងជម្ងឺផ្សេងៗទៀត ហើយធ្វើការព្យាបាលបានទាន់ពេលវេលា
- កាត់បន្ថយការឈឺនិងស្លាប់របស់ម្តាយនិងទារកពេលសំរាល

រោគសញ្ញាគ្រោះថ្នាក់ពេលមានផ្ទៃពោះ:

ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះគួរទៅមណ្ឌលសុខភាព ឬ មន្ទីរពេទ្យ អោយបានឆាប់ បើមានរោគសញ្ញាដូចខាងក្រោម:



ហើមជើងខ្លាំង ឈឺក្បាល-ស្រវាំងភ្នែក



ក្តៅខ្លួនខ្លាំង ធ្លាក់ឈាម ឬ បែកទឹកភ្លោះមុនពេលឈឺពោះសំរាល

គ្រប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទាំងអស់ គួរទៅពិនិត្យផ្ទៃពោះសំរាល និងថែទាំក្រោយសំរាលនៅមណ្ឌលសុខភាព!

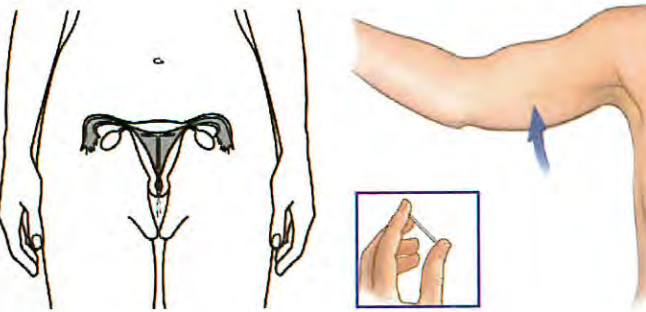
សារអប់រំសុខភាពស្តីពីផែនការគ្រួសារ និង ការពន្យារកំណើត

តើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតមានអ្វីខ្លះ?

១).មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលខ្លី៖ ស្រោមអនាម័យ ថ្នាំគ្រាប់ និង ថ្នាំចាក់វាមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់បើលេប ឬ ចាក់ ទៀងទាត់តាមការកំណត់របស់គ្រូពេទ្យ



២).មធ្យោបាយពន្យារកំណើតរយៈពេលវែង៖ កងដាក់ក្រោមស្បែកនិងកងដាក់ក្នុងស្បូន វាមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពី ៣ ទៅ ១០ ឆ្នាំ



៣).ការបញ្ឈប់កំណើតជាអចិន្ត្រៃយ៍៖ ការចងបំពង់បង្ហូរមេជីវិតបុរស និង ការចងដៃស្បូនស្រ្តីក្រោយការវះកាត់ស្រ្តីនិងបុរសមិនអាចមានកូនទៀតទេ!

ផលប្រយោជន៍នៃការពន្យារកំណើត៖

- អាចអោយស្រ្តីមានកូនតាមការចង់បានមិនមែនដោយចៃដន្យ
- ធ្វើអោយម្តាយមានសុខភាពគ្រប់គ្រាន់៖ ការមានកូនរង្វើលធ្វើអោយម្តាយមានសុខភាពល្អ និងមានលទ្ធភាពគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចិញ្ចឹមកូនអោយមានសុខភាពល្អ
- ការមានកូនតិចធ្វើអោយកូនមានឱកាសក្នុងការរៀនសូត្របានច្រើននិង ខ្ពង់ខ្ពស់
- អាចជួយបង្កើនប្រាក់ចំណូលនិងប្រាក់សន្សំសំរាប់គ្រួសារ

ព័ត៌មានសំខាន់ដែលស្រ្តីគ្រប់រូបគួរយល់ដឹងពីការពន្យារកំណើត!

- សឹងតែគ្រប់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតទំនើបទាំងអស់មានប្រសិទ្ធភាព សុវត្ថិភាព និងសមស្របចំពោះស្រ្តីក្នុងវ័យបន្តពូជ!
- ការពន្យារកំណើតគ្មានគ្រោះថ្នាក់ គ្មានផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពម្តាយនិងផលប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពនៃការមានកូននៅពេលអនាគតទេ!
- ស្រ្តីគ្រប់រូបនឹងមានកូនឡើងវិញពេលឈប់ប្រើប្រាស់មធ្យោបាយពន្យារកំណើតមិនអចិន្ត្រៃយ៍ដូចជាថ្នាំលេប ថ្នាំចាក់កងដាក់ក្រោមស្បែកនិងកងដាក់ក្នុងស្បូន លើកលែងតែការបញ្ឈប់កំណើតជាអចិន្ត្រៃយ៍
- ផលប៉ះពាល់នៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំលេប-ចាក់-កងដាក់ក្រោមស្បែក-កងដាក់ក្នុងស្បូនអាចមានតិចតួច

និងបាត់ទៅវិញក្រោយការប្រើប្រាស់មួយរយៈពេលខ្លីក្រោយមកដូចជា៖

- រដូវផ្លាស់ប្តូរតិចតួច (មិនទៀងទាត់ គ្មានរដូវ ឬ ធ្លាក់ឈាមតិចតួច)
- ឈឺក្បាល-វិលមុខ

ព័ត៌មានលំអិតសូមពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យ ឬ ឆ្មប ជំនាញនៅមណ្ឌលសុខភាព

សារអប់រំស្តីពីការរំលូតកូនដោយសុវត្ថិភាព

- ការរំលូតកូនដែលស្រ្តីនិងក្រុមគ្រួសារមិនចង់បានពេលកូនក្នុងផ្ទៃ (គភ៌) មានអាយុក្រោម១២អាទិត្យ ជាការស្របច្បាប់យោងតាមច្បាប់នៃការរំលូតកូនរបស់ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
- ការរំលូតកូនដោយខ្លួនឯង ឬ ដោយគ្រូពេទ្យគ្មានជំនាញជាប្រការគ្រោះថ្នាក់បំផុត និង គួរចៀសវាង!
- ស្រ្តីគ្រប់រូបគួរចៀងសាងការរំលូតកូនច្រើនដងដូចនេះសូមប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើតភ្លាមៗក្រោយការរំលូត!
- ស្រ្តីនិងក្រុមគ្រួសារ គួរទៅពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យ ឬ ឆ្មប ជំនាញមុននឹងធ្វើការសំរេចចិត្តធ្វើការរំលូតកូន

លេខទូរស័ព្ទ៖.....

Project: Health sheet to poor women with free of charge

Objectives:

- Help people especially poor women for ability utility service maternal and child with free of charge
- Reduce illness and mortality of mother and child

What is the project support and provide assistance to women and their families?

1- Pay for service fee

A/ Safe motherhood-pregnant women

- Antennal care 1 (ANC1), ANC2, ANC3, ANC4
- Normal delivery at health center-complexity delivery at hospital including surgical

- postnatal and post abortion care

B/ Family planning counselling and birth spacing

- Insert or remove: implant and Intra-uterus device (IUD)
- Sterilization: men and women

C/ Safe abortion and inserting (implant and IUD) after abortion-fee both poor and rich persons

2- Transportation fee: All services

3- Food support and other social support

Message health education with pregnant women on ANC, delivery, and PNC

All pregnant women should get ANC at health center at least 4 times before delivery



When should to get ANC?

After absent menstruation (absent menstruation th sure has pregnancy. If no pregnancy, should go HC in regular 3 months after absent menstruation

Advantage of ANC:



- Women can get iron tablet, vaccination, blood control that are useful for pregnancy women and fetus

-Physicians or midwife can detect dangerous signs like pre-eclamsia, pale, malnourish, and other diseases then can provide treatment on time.
-Reduce illness and mobility of mother and child

Signs of dangerous during pregnancy

Pregnant women go to health center or hospital while have the below signs



Swollen at leg

Headache, Visual problem



High fever

bleeding or rupture before labor

All pregnant women should go to HC for ANC, deliver, and PNC

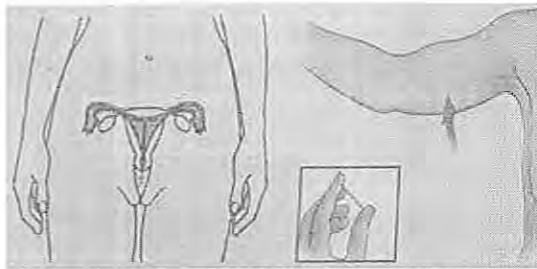
Message for family planning and birth spacing

What are methods of birth spacing?

- 1- Short term methods: condom, pill, injection that have high effective-if take or inject as physician order



- 2- Long term methods: implant and IUD that have effective 3-10 years



- 3- Permanent method: sterilization for men and women. Cannot give birth anymore.

Advantage of birth spacing

- Can help women have wanted pregnancies-not unwanted
- To be enough healthy mother: not often pregnancy then mothers have healthy and have ability to feed child to be healthy
- Not many children then children get higher education
- Can help to increase income and save for family

Important information that all women should know on birth spacing

- Almost modern birth spacing methods have effective, safe, and appropriate for reproductive age women
- Birth spacing has no dangerous, no sever affect to mothers and impact to ability in fecondation in future
- All women will have pregnancies after stop using not-permanent-contraceptive like pill, injection, implant, and IUD-except sterilization.
- Pill, injection, implant, IUD have minor ability affect

and disappear in shortly after start using like

- Menstruation bleeding change to minor (irregular, absent menstruation, or minor bleeding)
- headache

Please contact physician or trained midwife for detail information

Message on safe abortion

- Abortion that woman and family don't want fetus has age less than 12 weeks is legal, according to law on abortion in Cambodia
- Self-abortion or aborted by non-trained provider is higher risky and should avoid
- All women should not get many abortions. So, should suddenly get birth spacing after abortion
- Women and family should go to meet physicians or trained midwife before decide get abortion.

Telephone number:.....

Operate by:  Collaboration support by:  giz Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit Community Equity Fund (pagoda islam church and charity etc.)	Transportation fee For poor elderly ages and disability person by using the service at health center. People use this voucher are able to get some benefits such as: ➤ Free access for treatment and counseling (for those having equity fund's ID and ID poor) at the health center, provincial/district referral hospital and national hospital including Khmer Soviet Friendship Hospital. ➤ Provide transportation cost for treatment at health center ➤ Information related health care in particular chronic disease. This voucher validity until datemonth.....year
--	--

☐ No ID Poor ☐ ID Poor (Card Number.....) ☐ Disability		
Name:(Nick Name).....age.....year From village.....Commune.....District.....Province Health Center.....Operational District..... Distance from village to Health Center.....Km Date.....Month.....Year.....		
Finger print and issuer a voucher	Finger print receiver	
<i>(This form fill in by the issuer)</i>		

Counseling and Treatment at Health Center DD-MM-YY of counseling & treatment Service..... Please asking the allowance for transportation cost <i>(Form fill in by Health Center)</i>	Patient Name.....age.....year..... ☐ Disability Live in village.....commune.....District.....Province..... Health Center.....Operational District..... Type of service..... Distance from village to Health Center.....Km AllowanceRiels Date.....Month.....Year..... Finger Print's patient Signature and name of the offer allowance
--	--

Guideline on using this voucher

- Bring this voucher every time you are access for treatment at Health Center
- Shown this voucher to the health center's staff to check to enable receiving counseling, treatment and support of transportation fees
- This voucher only usable in which health center that have been contracted within Social Health Protection project
- Require to keep safe of this voucher and do not write or delete anything or any other correction over its voucher
- In case loss of the voucher please inform to the project's staff as quickly as possible
- In some reason of voucher holder violate or using this voucher improper, the project have right to revoke accordingly

Remark

Person with disable without having equity fund and ID Poor require to pay service by themselves

The project disburse only both way of the transportation fees.

Further information please contact: Kampot province 033 694 88 00, Kep Province 036 6545 777

PKMI SOLUTIONS

HEALTH INSURANCE

Health Insurance covers your health expenditures from pre-hospitalization consultations to post-hospitalization care in case of illness or accident.

PKMI offers optional coverage for maternity, ambulatory services (OPD) and annual medical check-up.

PERSONAL ACCIDENT INSURANCE

Personal Accident Insurance provides benefits to insured in case of accident. PKMI covers your medical expenses for accidental injury and provides monetary compensation in case of permanent disability or death. PKMI extends its coverage from a nationwide to a worldwide scale and from non-working hours only to 24h/7.

TERM LIFE+ INSURANCE

Term Life+ Insurance provides your family with monetary compensation in case of non-accidental and accidental death. The capital is fixed and defined at the signature of the contract.

CREDIT LIFE INSURANCE

Credit Life Insurance provides families with loan protection and guarantees to settle the loan to the creditor in case of death. PKMI will be responsible for the loan pay-off and the insured's heirs will be debt free.

“ LEADING THE CAMBODIAN MICRO-INSURANCE MARKET BY PROVIDING PRODUCTS ADAPTED TO THE NEEDS, THE UNDERSTANDING AND THE BUDGET OF EVERYONE ”

PKMI STRENGTHS



EXPERTISE

More than 100 years in France
More than 10 years in Cambodia



CUSTOMER-ORIENTED

Staff in 21 provinces in Cambodia
24/7 Free Hotline
Information meeting for clients



SIMPLICITY

No medical test for subscription
Medical treatment without advance payment



EFFICIENCY

Complete solution for Health and Life insurance
Adaptable products and prices
Fast claim settlement

PRÉVOIR GROUP

A CENTURY OF EXPERTISE

Prévoir Group is an independent, privately owned French insurance group founded in 1910. It is specialized in Life and Health insurance targeted to low and middle-income households.

PKMI

1st MICRO-INSURER IN CAMBODIA

Prévoir (Kampuchea) Micro Life Insurance Plc. PKMI, subsidiary of Prévoir Group, is the first Micro Insurance company in the Kingdom of Cambodia.

It was registered as a Public Limited Company on 14 July 2011 with the registration number: Co.1677 E/2011 by the Ministry of Commerce and licensed by the Ministry of Economy and Finance.

PKMI, in line with its mother company's social positioning and origins, is proud to be part of the micro insurance sector's development in Cambodia.

OUR CORE VALUES

- **COMMITMENT:** We strive to educate people on insurance, design products and processes easy to understand and conduct in villages health campaigns on risks prevention.
- **PROXIMITY:** We are present in each province and are organized with the idea of creating a personalized and quality relationship with each of our clients.
- **TRUST:** We believe in our partners and team members as much as they believe in PKMI.
- **COOPERATION:** We build strong and long term relationship with partners: Corporates, MFI and Health Facilities
- **CUSTOMER FOCUS:** We continually monitor and study our client's needs, thus enabling us to create and develop products specifically tailored and adapted to our insured.
- **TEAMWORK:** We are a unified team of professionals and specialists in insurance that ensures PKMI's development and sustainability.

HEALTH & LIFE INSURANCE FOR GROUP

STANDARD BENEFIT SCHEDULE

HEALTH INSURANCE

IN CASE OF HOSPITALIZATION

		Classic	Silver	Gold	Platinum
Pre-hospitalization	Max per event - Max period 10 days before hospitalization	20	40	70	100
Post-hospitalization	Max per event - Max period 90 days	20	30	50	80
Hospital General Fees	Max per event	150	350	500	800
Surgical Fees	Max per event	500	1000	1500	2000
In-hospital Doctor Visits	Max per day - Max period 90 days	10	15	20	40
Daily Cash Allowance (Public Hospitals only)	Max per day - Max period 90 days	5	5	10	10
Ambulance	Max per event	20	30	50	80

ROOM & BOARD

Ordinary Room	Max per day - Max period 90 days	10	20	30	50
Intensive Care Room	Max per day - Max period 21 days	50	75	100	150

IN CASE OF ACCIDENTAL MINOR INJURY

Outpatient Care	Max per event	30	70	150	300
-----------------	---------------	----	----	-----	-----

IN CASE OF BIRTH (BY THE INSURED OR HIS LEGAL SPOUSE)

Birth Benefit	Max per event	150	250	350	450
---------------	---------------	-----	-----	-----	-----

PERSONAL ACCIDENTAL INSURANCE

Accidental Death/Disability	Max per year	2000	3000	4000	5000
-----------------------------	--------------	------	------	------	------

TERM LIFE INSURANCE

Non-Accidental Death	Max per year	250	500	750	1000
----------------------	--------------	-----	-----	-----	------

OPTIONAL COVERAGE (only for group with more than 10 employees)

Option Maternity	Max per year	300	500	700	900
Option Outpatient Care	Max per year	50	100	150	200
Option Medical Check-up	Once per year	Covers Laboratory Tests Physical Examination and Counselling			

WHY CHOOSE PKMI?



EXPERTISE

More than 100 years in France
More than 10 years in Cambodia



CUSTOMER-ORIENTED

Staff in every province
24/7 Free Hotline
Information meeting for clients



SIMPLICITY

No medical test for subscription
Medical treatment without advance payment



EFFICIENCY

Complete solution for Health and Life insurance
Adaptable products and prices
Fast claim settlement



TERM LIFE+ INSURANCE FOR GROUP

STANDARD BENEFIT SCHEDULE

TERM LIFE+ BENEFITS

		Classic	Silver	Gold	Platinum
Non-Accidental Death	Max per year	2000	3000	4000	5000
Accidental Death	Max per year	2000	3000	4000	5000

OPTION BENEFIT

Accidental Death	Max per year	2000	3000	4000	5000
------------------	--------------	------	------	------	------

WHY CHOOSE PKMI?



EXPERTISE

More than 100 years in France
More than 10 years in Cambodia



CUSTOMER-ORIENTED

Staff in every province
24/7 Free Hotline
Information meeting for clients



SIMPLICITY

No medical test for subscription
Medical treatment without advance payment



EFFICIENCY

Complete solution for Health and Life insurance
Adaptable products and prices
Fast claim settlement



PERSONAL ACCIDENT INSURANCE FOR GROUP

STANDARD BENEFIT SCHEDULE

PERSONAL ACCIDENT BENEFITS

		Classic	Silver	Gold	Platinum
Accidental Death and Permanent Disability	Max per year	2000	3000	4000	5000
Medical Expenses linked to the Accident	Max per event	200	300	400	500

OPTION FUNERAL BENEFIT

Capital in case of non-accidental death	Max per year	150	150	150	150
---	--------------	-----	-----	-----	-----

WHY CHOOSE PKMI?



EXPERTISE

More than 100 years in
France
More than 10 years in
Cambodia



CUSTOMER-ORIENTED

Staff in every province
24/7 Free Hotline
Information meeting
for clients



SIMPLICITY

No medical test for
subscription
Medical treatment
without advance
payment



EFFICIENCY

Complete solution for
Health and Life insurance
Adaptable products
and prices
Fast claim settlement

FROM 33 DOLLARS PER YEAR

YOU CAN NOW BENEFIT FROM A COMPLETE HEALTH AND LIFE INSURANCE WITH PKMI

- PRE AND POST HOSPITALIZATION
- MEDICAL EXPENSES IN CASE OF MINOR INJURY
- HOSPITAL GENERAL FEES
- AMBULANCE
- SURGICAL FEES
- CHILD BIRTH (NEW BENEFIT)
- ROOM FEES
- ACCIDENTAL DEATH
- DOCTOR VISITS
- NON-ACCIDENTAL DEATH

ADVANTAGES FOR EMPLOYERS

Improve your performance by protecting your employees
Attract and retain qualified people
Outsource the medical risk and administrative management

ADVANTAGES OF EMPLOYEES

Access to high quality health services
Secure their income and have a peaceful mind

WHY CHOOSE PKMI?



EXPERTISE:

100 years in France
Team with 10 years experience in insurance in Cambodia



CUSTOMER ORIENTED:

Customer support in 25 provinces in Cambodia
Education training for your employees
On-site visits during hospitalization



SIMPLICITY:

No discrimination
No medical test for subscription
Cashless service in more than 100 hospitals everywhere



EFFICIENCY:

Complete solution for Health and Life Insurance
Adaptable products and prices

Last updated 10/05/2012

Form 4**HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE FOR IDENTIFICATION OF POOR HOUSEHOLDS****SECTION A***(INTERVIEWER: Please fill in before going to interview the household)*

1. ID Code:

								—				
Province		District		Commune		Village			Household			

2.	Name of head of household:	
3.	Capital Province:	
4.	Municipality District Khan:	
5.	Commune Sangkat:	
6.	Village:	

(INTERVIEWER: Please fill in just before starting the interview)

7.	Address of interviewee ((house №, street name/№, if exist):	
8.	Name of interviewee (adult):	
9.	Interview date:	____ / ____ / 201__
10.	Interviewer's name:	
11.	Does the head of household have a national ID card? What is the ID number?	ID Card No.

DATA ENTRY TEAM TO FILL IN:

12.	Name of Data Entry Clerk:	
13.	Date of data entry:	____ / ____ / 201__

Poverty Category Calculation:	Poverty Level 1: 59 to 68 points Poverty Level 2: 45 to 58 points Other: 0 to 44 points	Total score from Page 7	
-------------------------------	---	-------------------------	----------------------

NEEDS DISCUSSION BY VILLAGE REPRESENTATIVE GROUP



SECTION B: DETAILED INFORMATION ABOUT HOUSEHOLD MEMBERS

(INTERVIEWER: Please explain that "only people who share meals from the same pot, or share expenses for food, are considered as one household. Please record all details for all household members.)

	a. Name (surname and first name)	b. Nick Name	c. Relationship to head of household (e.g. head of household, husband/wife, child, nephew/niece)	d. Sex	e. Year of birth	f. Age in full years (if less than 1 year, please write "0")	g. Main activity/occupation of each household member
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

SECTION C:

House Situation: (INTERVIEWER: Ask Q1 for information but not for scoring)

Q1. Is this house the property of your household? Or does your household rent it from other people?

(INTERVIEWER: Do not read out)	(INTERVIEWER: Please tick one circle below)
Not own house and pay rent	☐
Not own house but don't pay rent	☐
Own house or live with parents	☐

Q1
NO SCORE

Q2. Main construction material of the house's roof. (INTERVIEWER: Observe—do not ask)

(INTERVIEWER: Do not read out)	POINTS
- Thatch, palm leaves, plastic sheet, tarpaulin or other soft materials - OR not own house (rent-free, or paying rent)	8
Corrugated iron	4
Tiles, fibrous cement, or concrete	0

Q2 SCORE

Q3. Main construction material of the house's exterior walls. (INTERVIEWER: Observe—do not ask)

(INTERVIEWER: Do not read out)	POINTS
- Saplings, bamboo, thatch, palm leaves, or other soft materials - OR not own house (rent-free, or paying rent)	4
Wood, sawn boards, plywood, corrugated iron	2
Cement, bricks, concrete	0

Q3 SCORE

Q4. General condition of the house. (INTERVIEWER: Observe—do not ask)

(INTERVIEWER: Do not read out)	POINTS
- In dilapidated condition - OR not own house (rent-free, or paying rent)	4
In average condition, liveable	2
In good condition and safe	0

Q4 SCORE

Q5. (INTERVIEWER: Ask and observe): How many meters by how many meters is the floor area of your house?

(INTERVIEWER: Do not read out)	POINTS
- 20 meters square or less - OR not own house (rent-free, or paying rent)	4
21-50 meters	2
51 meters or more	0

Q5 SCORE

Q6a. Which activity is the main income source for your household: growing rice or other crops or orchard; fishing; or other activities?

Growing rice or other crops or orchard	☐	→ Ask Q6b	} Ask only one question
Fishing	☐	→ Ask Q6c	
Other activities	☐	→ Ask Q6d	

Q6 SCORE
(Interviewer must write the score for only one question: Q6b, Q6c or Q6d)

(***INTERVIEWER: Ask only households that grow rice, other crops or an orchard as the main source of income)

Q6b How many ar of land does your household use for growing rice, other crops or an orchard? (Please include your own land, land rented from others, and land around the house.)

Unit calculation	NUMBER OF AR	(Interviewer: do not read out)	SCORE
1 kong ≈ 10 ar		From 0 to 20 ar	8
1 ha ≈ 100 ar		From 20 to 50 ar	4
1 ar = 100 m ²		Over 50 ar	0
1 rai ≈ 16 ar			

(***INTERVIEWER: Ask only households for whom fishing is the main source of income)

Q6c. What types of fishing equipment do you have? (not including boats)

(INTERVIEWER: Do not read out)		
Fishing equipment	Quantity	Size and quality
☐ Line hooks		
☐ Throw net		
☐ Set net		
☐ Drag net		
☐ Other (please specify the types of equipment):		

	(INTERVIEWER: Do not read out)	POINTS
(INTERVIEWER: Please make your own judgment of the quantity size and quality of the equipment listed above)	None or very little equipment and in poor condition	8
	Little equipment and in fair condition	4
	Enough equipment and of good quality	0

(***INTERVIEWER: Ask only households for whom "other activities" are the main source of income for the household)

Q6d. What activity provides the main source of income for your household?

(INTERVIEWER: Do not read out)	SCORE
Work as labourer, supported by others, beg, etc	8
Micro business, skilled labourer or job with monthly permanent wage	4
Medium- or large-size business	0

(Interviewer: Ask only one of these three questions)

(Interviewer: Ask only one of these questions, NOT both)

(***INTERVIEWER: Ask only households living on land (not on water)

Q7a. For households living on land. Does your household have pigs? goats? cows? buffaloes? horses? How many..? (count weaners and older). Among these animals, how many do you share (*provas*) with others? (INTERVIEWER: Please write the number of animals in the boxes below. Count any animal which is *provas* as only half an animal.)

Pigs			Cows			Buffaloes		
Goats			Horses					

And does your household raise fish for sale? Yes ☐ No ☐

(INTERVIEWER: Do not read out)	POINTS
☐ No pigs or goats ☐ No cows, buffaloes or horses ☐ NO fish raising for sale	10
☐ 1-3 pigs ☐ OR 1-5 goats ☐ OR 1-2 cows, buffaloes or horses ☐ NO fish raising for sale	5
☐ 4-9 pigs ☐ AND/OR 6-19 goats ☐ AND/OR 3-9 cows, buffaloes or horses ☐ AND/OR does fish raising for sale	0
☐ 10 or more pigs ☐ AND/OR 20 or more goats ☐ AND/OR 10 or more cows, buffaloes or horses (total)	<u>Disqualify</u>

(***INTERVIEWER: Ask only households living on water)

Q7b. For households living on water. Does your household have pigs? How many are weaners and older? Among these pigs, how many do you share (*provas*) with others? (INTERVIEWER: Please write the number of pigs in the boxes below. Count any pig which is *provas* as only half an animal.)

Pigs			
------	----------------------	----------------------	----------------------

And does your household do fish raising for sale? Yes ☐ No ☐

(INTERVIEWER: Do not read out)	POINTS
☐ No pigs ☐ No fish raising for sale	10
☐ 1-3 pigs OR fish raising for sale, but not both	5
☐ 4 or more pigs ☐ AND/OR does fish raising for sale	0

Q7 SCORE
(INTERVIEWER: Write the score for Q7a OR Q7b, NOT BOTH)

Q8. (This question focuss on the Food ability) During the last 12 months, did your household owe rice or borrow rice from other people? For how many months?

Number of months		(INTERVIEWER: Do not read out)	POINTS
	=	8-12 months	8
		3-7 months	4
		0-2 months	0

Q8 SCORE

Q9a. (INTERVIEWER: Please write down the total number of household members by checking the table of all household members in Section B of the questionnaire)

Q9b. How many persons in your household **cannot** produce an income (because of young or old age, school pupil, poor health, disability, looking after children, or any other reasons)?

(INTERVIEWER: Do not read out)	POINTS
More than half of all household members	8
Equal to or less than a half, but more than one quarter of all household members	4
Equal to or less than one quarter of all household members	0

Q9 SCORE

Q10. Does your household have ... ? How many?

(INTERVIEWER: Please write the number of assets in each box below)			
small radio?	stereo?	colour TV?	video camera?
large radio?	B&W TV?	video player/ karaoke machine?	mobile telephone?
water pump?	threshing machine?	rice milling machine?	generator?
battery charger?			

(INTERVIEWER: Do not read out)	POINTS
Nothing or one small radio	6
Large radio OR black and white TV OR mobile telephone	3
Colour TV and/or stereo and/or video player/karaoke machine and/or water pump	0
Video camera or threshing machine or rice milling machine or generator	<u>Disqualify</u>

Q10 SCORE

Q11. Does your household have any means of transport? How many?

<i>(INTERVIEWER: Please write the number of means of transport in each box below)</i>			
bicycle? ☐	horse/oxen cart? ☐	kou yon? ☐	small rowboat or canoe (no motor)? ☐
motorbike? ☐	motorbike remorque? ☐ TUK TUK? ☐	car/van/truck? ☐	boat with motor? ☐
tractor? ☐			

<i>(INTERVIEWER: Please calculate the approximate total value of all forms of transportation)</i>	<i>(INTERVIEWER: Do not read out)</i> <i>(total value less than 150,000 riel)</i> ☐ No means of transportation ☐ OR one old bicycle only ☐ OR one small, old rowboat or canoe	POINTS 8
	<i>(total value from 150,000 to less than 500,000 riel)</i> ☐ Old bicycle ☐ Very old motorbike ☐ Old horse or oxen cart ☐ Old, medium-size rowboat (without motor)	4
	<i>(total value over 500,000 riel)</i> ☐ Bicycle in fair condition ☐ Motorcycle in fair condition ☐ New horse/oxen cart ☐ New, large rowboat or canoe OR boat with motor ☐ Motorbike remorque ☐ Kou yon (hand tractor)	0
	<i>(very high total value)</i> ☐ Tractor ☐ Car/van/truck	<u>Disqualify</u>

Q11 SCORE



*(VILLAGE REPRESENTATIVE GROUP: Please total up all the points from the right-hand column and write the total in the TOTAL SCORE box to the right. **SPECIAL NOTE:** If any household had animals or assets which earned the "Disqualify" score, please write "DISQUALIFIED" in the box to the right. This means that a household will be given a Total Score of zero.)*

**TOTAL
SCORE**

SECTION D: ADDITIONAL HOUSEHOLD INFORMATION FOR CONSIDERATION BY VILLAGE REPRESENTATIVE GROUP

Q12. During the last 12 months, did your household suffer from any major problems or crises that caused your household to lose income, have a shortage of food, sell assets, or borrow money?

YES ☐ (Let respondent describe the situation)

NO ☐ (Interviewer: skip to Q13a)

<i>(INTERVIEWER: Do not read out)</i>	<i>Please describe</i>
Serious illness/death of household member(s) ☐	
Loss of work of household member ☐	
Serious illness/death of animal(s) ☐	
Seriously reduced crop production ☐	
Theft of property ☐	
Other ☐	

Q12

Could this situation cause a reduction in living standard?

YES ☐

NO ☐

If "yes", please also tick at the bottom of the first page of the questionnaire

Q13a. How many children in this household are 6-11 years of age? Please tell their names.

(INTERVIEWER: Please look at Table in Section B and then write the number of children aged 6-11 in the box on the right. If there are no children of aged 6-11, write "00" and go to Q14

Write the names of the children here

.....

Q13b. How many of the children aged 6-11 years that you just mentioned, missed school for at least 1 month in the last 12 months? (except vacations)

(INTERVIEWER: Ask this question if any children missed school in Q13b)

Q13c. For what reason did these children not go to school?

<i>(INTERVIEWER: Do not read out)</i>	<i>Tick in the circle(s)</i>
Serious illness	☐
Work for others for money or for food	☐
Domestic work or taking care of young siblings	☐
Long distance to school	☐
No money for school fees or uniform	☐
Other (please specify).....	☐

Q13

Does this situation show that this household is poor?

YES ☐

NO ☐

If "yes", please also tick at the bottom of the first page of the questionnaire

Q14. SPECIAL HOUSEHOLD CIRCUMSTANCES WHICH CAUSE REDUCTION IN LIVING STANDARD

(INTERVIEWER: Please re-check whether this household has any special circumstances which make them vulnerable)

<i>(INTERVIEWER: Do not read out)</i>	<i>Tick in the circle(s)</i>
Severely disabled head of household or spouse of head of household (unable to earn income, or spends money for treatment)	☐
Head of household or spouse of head of household who is chronically sick (unable to earn income, or spends money for treatment)	☐
All adults of the family are elderly, over 60 years of age and no labour forces	☐
Divorced or widowed head of household with three or more children who are all under 12 years of age and no labour force	☐
No adults (persons aged 18 years or older) living in the household who provide support to the household	☐
Other <i>(INTERVIEWER: Please record the details of the situation)</i>	☐

Q14

Could this situation cause a reduction in living standard?

YES ☐
NO ☐

If "yes", please also tick at the bottom of the first page of the questionnaire

Q15. SPECIAL HOUSEHOLD CIRCUMSTANCES WHICH CAUSE IMPROVEMENT IN LIVING STANDARD

Q15a. In the last 12 months, has your household received assistance from children or other relatives?

NO ☐ YES ☐ What kind of assistance was this?

<i>(INTERVIEWER: Do not read out)</i>		
Food	☐	What is the approximate monetary value per month?
Money	☐	Approximately how much per month?
Other	☐	Please specify.....

Q15b. In the last 12 months, were there any other circumstances that improved the living standard of your household?

<i>(INTERVIEWER: Please probe)</i>		
Sell land	☐	What was the approximate monetary value?
Other	☐	Please specify.....

Q15

Could this situation cause an improvement in living standard?

YES ☐
NO ☐

If "yes", please also tick at the bottom of the first page of the questionnaire

Q16. *(INTERVIEWER: Please consider whether there are any responses or information that is suspicious or untrue?)*

Nothing suspicious ☐

Suspicious ☐ Please specify.....