

カンボジア国
保健省

カンボジア国
インフォーマルセクター向け
医療保険導入計画策定
プロジェクト

ファイナルレポート

平成 30 年 10 月
(2018 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

グローバルリンクマネージメント株式会社

人間
JR
18-059

外国為替交換レート

1 米ドル=113.029 円

1 カンボジア・リエル=0.02796 円

(2018 年 10 月 JICA 換算レート)

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
AD	Administrative District	行政区、郡
CARD	Council for Agriculture and Rural Development	農業・農村開発評議会
CBHI	Community-based Health Insurance	コミュニティー医療保険
CPA	Complementary Package of Activities	包括的サービスパッケージ
CRS	Catholic Relief Services	カトリック系国際 NGO
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	計画保健情報局
FGD	Focus Group Discussion	フォーカス・グループ・ディスカッション（調査手法）
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit /German Corporation for International Cooperation	ドイツ国際協力公社
GRET	Group de Recherche et Déchanges Technologiques	フランスの NGO
HEF	Health Equity Fund	貧困層向け医療扶助制度
H-EQIP	Health Equity and Quality Improvement Project	医療の公平性と質の向上のためのプロジェクト
HIP	Health Insurance Project	NSSF の医療保険パイロット事業
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
JCC	Joint Coordinating Committee	JICA のプロジェクト合同調整委員会
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力機構
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau Bankengruppe/German Development Bank	ドイツ復興金融公社
KHANA	Khmer HIV/AIDS NGO Alliance	カンボジアの NGO
KII	Key Informant Interview	聞き取り調査
L4UHC	Leaders for Universal Health Coverage	P4H 主催の UHC 達成のためのリーダー養成ワークショップ
MEF	Ministry of Economy and Finance	経済財政省
MOH	Ministry of Health	保健省
MOI	Ministry of Interior	内務省
MOLVT	Ministry of Labour and Vocational Training	労働職業訓練省
MOSVY	Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation	社会問題・退役軍人・青少年厚生省
MOP	Ministry of Planning	計画省
MPA	Minimum Package of Activities	基本サービスパッケージ
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
NSPC	National Social Protection Council	国家社会保障評議会
NSPPF	National Social Protection Policy Framework	国家社会保障政策枠組み
NSSF	National Social Security Fund	国家社会保障基金
OD	Operational District	保健行政区
PCA	Payment Certification Agency	医療費請求審査機関
P4H	Providing for Health	社会保障分野におけるドナー協調枠組み

略語	原語／英語	日本語／解説
PHD	Provincial Health Department	州保健局
PPMC	Provider Payment Mechanism Committee	医療費支払い委員会
R/D	Record of Discussion	基本合意文書
SDG	Service Delivery Grant	医療提供報奨金
SHIP	Social Health Insurance for the Informal Sector Population	インフォーマルセクター向け医療保険
SHPA	Social Health Protection Association	社会保障協会
SOA	Special Operating Agency	公共サービスの質と供給の向上を目的とした制度
SPTWG	Social Protection Technical Working Group	社会保障テクニカル・ワーキング・グループ
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的産婆
TWG	Technical Working Group	テクニカル・ワーキング・グループ
TWG-SHIP	Technical Working Group for Social Health Insurance for the Informal Sector Population	インフォーマルセクター向け医療保険テクニカル・ワーキング・グループ
UHC	Universal Health Coverage	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
USAID	United States Agency for International Development	アメリカ合衆国国際開発庁
WHO	World Health Organization	世界保健機関

カンボジア国
インフォーマルセクター向け医療保険導入計画策定プロジェクト
ファイナルレポート

目次

略語・用語集.....	i
目次.....	iii
図表 BOX.....	v
別添資料.....	vii
第1章 プロジェクトの概要.....	1
1-1 プロジェクトの背景.....	1
1-2 プロジェクトの目的.....	1
1-3 プロジェクトの対象地域.....	2
1-4 協力相手国機関.....	2
1-5 プロジェクトの主な活動内容.....	2
(1) テクニカル・ワーキング・グループの形成.....	3
(2) TWG-SHIP メンバーの能力開発.....	4
(3) 医療保険制度の受益者に関する調査.....	5
(4) インフォーマルセクター向け医療保険制度（案）設計のためのコスト調査.....	5
(5) インフォーマルセクター向け医療保険制度（案）設計.....	5
(6) 実証調査実施枠組み（案）の策定.....	6
(7) Joint Coordinating Committee（JCC）会合の開催.....	6
第2章 カンボジア医療保障の現状.....	7
2-1 カンボジアの医療制度.....	7
(1) 医療提供.....	7
(2) 医療の利用状況.....	11
(3) 医療の質の向上のための取り組み.....	13
(4) 医療財政.....	14
2-2 カンボジアの医療保障制度.....	16
(1) 社会保障法.....	16
(2) 国家社会保障政策枠組み（NSPPF）.....	17
(3) 国家社会保障評議会（NSPC）.....	19
(4) 国家社会保障基金（NSSF）.....	22
(5) Health Equity Fund（HEF）.....	24
2-3 医療保障分野における開発パートナーの動向.....	25
(1) 世界銀行.....	25
(2) 国際労働機関（ILO）.....	26
(3) ドイツ政府.....	27
(4) アメリカ合衆国国際開発庁（USAID）.....	27
(5) 世界保健機関（WHO）.....	27
(6) フランス開発庁.....	28
(7) オーストラリア外務貿易省（DFAT）.....	28
(8) スイス開発協力庁.....	28
(9) 社会保障協会（SHPA）.....	28
(10) Group de Recherche et Déchanges Technologiques（GRET）.....	28
(11) カトリック救援事業会（CRS）.....	29

第 3 章	医療保険制度の受給者にかかる定性・定量分析調査	30
3-1	聞き取り調査及びフォーカス・グループ・ディスカッション	30
3-2	世帯調査	31
(1)	目的	31
(2)	実施期間	32
(3)	調査対象地域と対象世帯数	32
(4)	サンプリング方法	32
(5)	データ収集チームとトレーニング	33
(6)	調査ツール	33
(7)	データ入力と分析	33
(8)	倫理的配慮	33
(9)	結果	34
(10)	考察	52
(11)	調査の限界	53
(12)	結論	53
第 4 章	インフォーマルセクター向け医療保険制度詳細設計のためのコスト調査	55
4-1	利用データと方法	55
4-2	保険料額試算結果	60
(1)	オプション A	60
(2)	オプション B	61
4-3	政府補助金の試算	62
第 5 章	インフォーマルセクター向け医療保険制度（案）	66
5-1	基本理念	66
5-2	対象人口	66
5-3	保険加入と登録	67
5-4	法整備	69
5-5	保険制度の統制の仕組み（Governance Structure）	70
5-6	診療報酬と給付パッケージ	72
5-7	診療報酬の審査・支払い	74
5-8	保険料の設定	75
(1)	オプション A	75
(2)	オプション B	76
5-9	加入者管理	77
5-10	保険料の徴収法	79
5-11	苦情処理	80
5-12	保険加入促進	80
第 6 章	インフォーマルセクター向け医療保険制度実証調査の実施枠組み（案）	83
6-1	対象地域	83
(1)	対象州の選定	83
(2)	対象 OD の選定	87
6-2	対象人口	88
6-3	実施期間	89
6-4	カンボジア政府における担当機関	89
6-5	実証調査活動	89
(1)	SHIP モデル試行（対象 3OD）	90
(2)	登録システム・人材育成（全国）	90
(3)	広報活動（全国）	90
(4)	事業管理	91
6-6	実証調査予算概算	93
参考資料		94

図表 BOX

図 1-1	プロジェクト活動の流れ	2
表 1-1	TWG-SHIP メンバーリスト (2017 年 3 月時点)	3
図 2-1	カンボジア保健省 公的医療・公衆衛生施設の組織図	7
図 2-2	廊下にベッドを並べて患者を収容する病院	12
図 2-3	SOA 契約と報奨金の支払い	13
図 2-4	家計を破綻させる医療支出の発生率	15
図 2-5	医療費の自己負担による貧困の発生率	16
図 2-6	カンボジアの公的医療保険構想	19
図 2-7	国家社会保障評議会 (NSPC) の組織図	19
表 2-1	カンボジアの公的医療サービスのレベルと機能	8
表 2-2	カンボジア各州の OD 及び公的医療・公衆衛生施設数 (2017 年 12 月)	9
表 2-3	カンボジアの民間医療施設数 (2017 年 12 月)	10
表 2-4	カンボジアの医療人材 (2016 年)	11
表 2-5	カンボジア医療提供の国際比較	11
表 2-6	カンボジアの都市部・農村部における医療の利用状況* (%)	12
表 2-7	カンボジアの医療財政 (2012-2016 年)	14
表 2-8	医療支出が家計に与える影響：国際比較	15
表 2-9	国家社会保障評議会 (NSPC) 構成メンバー	20
表 2-10	NSPC 執行委員会メンバー	21
表 2-11	NSSF 医療保険加入対象者 (2018 年 1 月)	24
表 2-12	カンボジア貧困 (ID Poor) 認定	25
BOX 2-1	カンボジア王国憲法における医療保障に関する規定	17
図 3-1	FGD (小規模ビジネス経営者)	30
図 3-2	KII (僧侶)	30
図 3-3	稼得者の雇用形態 (N=2,150)	36
図 3-4	稼得者の職業 (N=2,150)	36
図 3-5	州別の富の分布 (N=1,033)	38
図 3-6	富の 5 分位階級別医療費の財源 (N=1,033)	39
図 3-7	富の 5 分位階級別医療施設の利用状況 (N=2,687)	40
図 3-8	公的医療施設のサービスに対する OD 別満足度 (N=803)	40
図 3-9	医療施設に関する州別嗜好 (N=1,035)	41
図 3-10	受給資格のある医療保障の種類 (N=335)	42
図 3-11	NSSF と HEF の利用満足度 (N=119)	42
図 3-12	医療保険に関する知識 (N=1032)	43
図 3-13	加入したい医療保険制度 (N=1,035)	44
図 3-14	医療保険強制登録への意向 (N=1,033)	45
図 3-15	医療保険強制加入への意向 (N=1,033)	45
図 3-16	医療保険への加入意思 (N=1,034)	47
図 3-17	医療保険料が月額 14,000 リエルである場合の全世帯構成員分の支払い能力 (N=1,033)	48
図 3-18	公的医療保険料を支払う意思とその金額 (N=1,034)	49
図 3-19	保険料徴収頻度の希望 (N=1,032)	50

図 3-20	主な稼得者の一人以上が自営農業従事者である世帯の保険料徴収頻度の希望 (N=451) ..	50
図 3-21	保険料徴収の手段 (N=1,582) ..	51
図 3-22	保険加入促進活動の適任者 (N=1,033) ..	51
図 3-23	日常生活における情報メディア (N=1,033) ..	52
表 3-1	KII 対象者 ..	30
表 3-2	FGD 対象者 ..	30
表 3-3	世帯調査の対象世帯数 ..	32
表 3-4	世帯及び稼得者の特性 ..	35
表 3-5	主成分分析に用いた変数 ..	37
表 3-6	富の 5 分位階級 ..	38
表 3-7	過去 12 カ月間の OD 別医療サービスの利用状況 (N=1,036) ..	39
表 3-8	OD 別医療施設に関する嗜好 (N=1,035) ..	41
表 3-9	世帯構成員の医療保障受給状況と医療保障・保険に関する知識 (N=1,032) ..	43
表 3-10	民間医療保険への加入と医療保障・保険に関する知識 (N=318) ..	43
表 3-11	加入したい医療保障制度と経済レベル (N=1,033) ..	45
表 3-12	医療保険強制加入に対する州別意向 (N=1,033) ..	46
表 3-13	医療保険強制加入に対する OD 別意向 (N=1,033) ..	46
表 3-14	NSSF への加入と医療保険強制加入への同意 (N=1,033) ..	46
表 3-15	HEF の受給と医療保険強制加入への同意 (N=1,033) ..	47
表 3-16	医療保険への州別加入意思 (N=1,034) ..	47
表 3-17	医療保険料の支払い能力と経済レベル (N=1,033) ..	48
表 3-18	公的医療保険料を支払う州別意思とその金額 (N=1,034) ..	49
BOX 3-1	KII 及び FGD の結果概要 ..	31
図 4-1	東南アジア諸国の GDP におけるシャドーエコノミー生産量の割合 ..	64
表 4-1	NSSF 民間被用者向け医療保険包括払い診療報酬額 (リエル) ..	56
表 4-2	医療提供者レベル別・診療部門別給付比率 ..	57
表 4-3	診療部門別医療施設の利用比率 ..	57
表 4-4	診療部門別診療部門別保険給付額単価の加重平均 (リエル) ..	58
表 4-5	診療部門別・性別サービス利用率 ..	58
表 4-6	一人当たり保険給付額 (リエル) ..	58
表 4-7	一人当たり医療移送費 (リエル) ..	59
表 4-8	出来高払い給付の一人当たり平均単価 (リエル) ..	59
表 4-9	SHIP モデル 一人当たり医療保険料額 (リエル) ..	60
表 4-10	オプション A 一人当たりの保険料額 ..	60
表 4-11	オプション B 一人当たりの保険料額 ..	61
表 4-12	5 分位階級別に見た平均可処分所得に占めるオプション A・B の保険料の割合 ..	61
表 4-13	保険料の応能負担シミュレーション ..	62
表 4-14	実証調査及び全国展開時に必要となる補助金額 ..	63
表 4-15	2018 年のマクロ経済指標 (100 万米ドル) ..	64
図 5-1	雇用状況の動向 (2006/7 年と 2016 年) ..	67
図 5-2	韓国と台湾のインフォーマルセクター向け社会保険加入政策と保険加入率 (1980-1999) ..	68
図 5-3	一人ひとりのライフスタイルに合わせた柔軟な医療保障制度 ..	68
図 5-4	カンボジア法の序列 ..	70

図 5-5	SHIP 医療保険統制の仕組み案	71
図 5-6	SHIP モデルで提案するオプション A と B の給付パッケージ	73
図 5-7	SHIP モデル審査・支払い概念図	75
図 5-8	カンボジアの行政区分（2016 年 1 月現在）	78
図 5-9	被保険者管理のコンセプト	78
図 5-10	SHIP コミュニケーション戦略概念図	80
図 5-11	コミュニケーション/アドボカシー実施概念図	81
表 5-1	インフォーマルセクター向け社会保険の加入政策と現在の社会保障カバー率	67
表 5-2	国家社会保障基金 民間被用者向け医療保険 出来高払い項目	72
表 5-3	保険適用外の 14 の傷病	72
表 5-4	民間医療施設（CPA2）における被保険者の窓口負担額の例（リエル）	73
表 5-5	一人当たり保険料 オプション A	76
表 5-6	オプション B 一人当たりの保険料額	76
表 5-7	加入促進活性化のためのコミュニケーションの対象	81
BOX 5-1	カンボジアの租税制度	77
BOX 5-2	カンボジアの地方行政	78
BOX 5-3	SHIP コミュニケーション戦略	80
図 6-1	カンボジア国インフォーマルセクター向け医療保険導入に向けた活動	83
図 6-2	実証調査の対象地域候補	85
図 6-3	カンボジア各州の公的医療施設利用率（2016 年）	86
図 6-4	2017 年にカンボジア保健省に登録された民間医療施設数	87
図 6-5	SHIP モデル実証調査の実施枠組み（案）概念図	90
図 6-6	実証調査実施スケジュール（案）	92
表 6-1	カンボジア各州の人口（2013 年）	84
表 6-2	中・大規模 7 州における収入 5 分位階級の世帯数（2014 年）	84
表 6-3	選定された 4 州の都市・農村世帯の主な稼得者の職種とその世帯数（2014 年）	85
表 6-4	実証調査対象候補 3 州の OD とその人口	88
表 6-5	実証調査対象 OD 候補	89
表 6-6	インフォーマルセクター向け医療保険導入実証調査予算概算	93

別添資料

1.	世帯調査質問票	A-1
2.	SHIP（NSSF）登録申請用紙（案）	A-15
3.	SHIP（NSSF）診療報酬請求用紙（案）	A-16
4.	SHIP モデル・コンセプトノート及び実証調査実施枠組み（案）	A-17
5.	SHIP モデル PPT 発表資料	A-52

第1章 プロジェクトの概要

1-1 プロジェクトの背景

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage。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（World Health Organization。以下「WHO」という。）によって定義されている。カンボジアでは、国の総保健支出のうち患者の自己負担が占める割合が6割を超えており、国民の深刻な経済的負担となっている。かかる状況下、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency。以下「JICA」という。）はカンボジアの医療保障の現状を明らかにするため、2015年10月から2016年5月にかけて「医療保障制度にかかる情報収集・確認調査」を実施した。

上記調査の結果、カンボジアでは民間被用者及び公務員については国家社会保障基金（National Social Security Fund。以下「NSSF」という。）による医療保険が導入される計画であったが、人口に占める割合が大きいインフォーマルセクター¹は、不安定な雇用形態の下、健康を阻害しやすい脆弱な立場であるにもかかわらず、貧困層向け医療扶助制度である Health Equity Fund（以下「HEF」という。）のほかは特に制度が整備されていないことが判明した。

カンボジア政府は、国家社会保障政策枠組み（National Social Protection Policy Framework。以下「NSPPF」という。）の中で2025年までにインフォーマルセクター向け医療保険を導入したいという意向を示しており、この保険導入に向けて準備をすべく、同国保健省は活動計画（アクション・プラン）及び制度の詳細設計に係る技術支援を我が国に要請した。これを受け、JICAは2016年6月に本件に係る詳細計画策定調査を実施し、基本合意文書（Record of Discussion。以下「R/D」という。）を締結した。本案件は、そのR/Dに基づく開発計画調査型技術協力プロジェクトである。

1-2 プロジェクトの目的

インフォーマルセクター向け医療保険制度（案）の導入に向けた活動計画、制度の詳細設計及び実証調査の実施枠組みを策定することにより、同制度の本格導入に向けた体制・制度の整備に寄与する。

¹ 国際労働機関（ILO）は「法または実務上、公式の取り決めの対象となっていないか、公式の取り決めが十分に適用されていない労働者及び経済単位の行うあらゆる経済活動（不正な活動は含まない）」と定義している。本報告書においては、ILOの定義を踏まえつつ、「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 プロジェクトの対象地域

カンボジア全域

1-4 協力相手国機関

保健省 計画・保健情報局 (Department of Planning and Health Information)

1-5 プロジェクトの主な活動内容

本プロジェクトの活動は図 1-1 の計画に沿って遂行された。

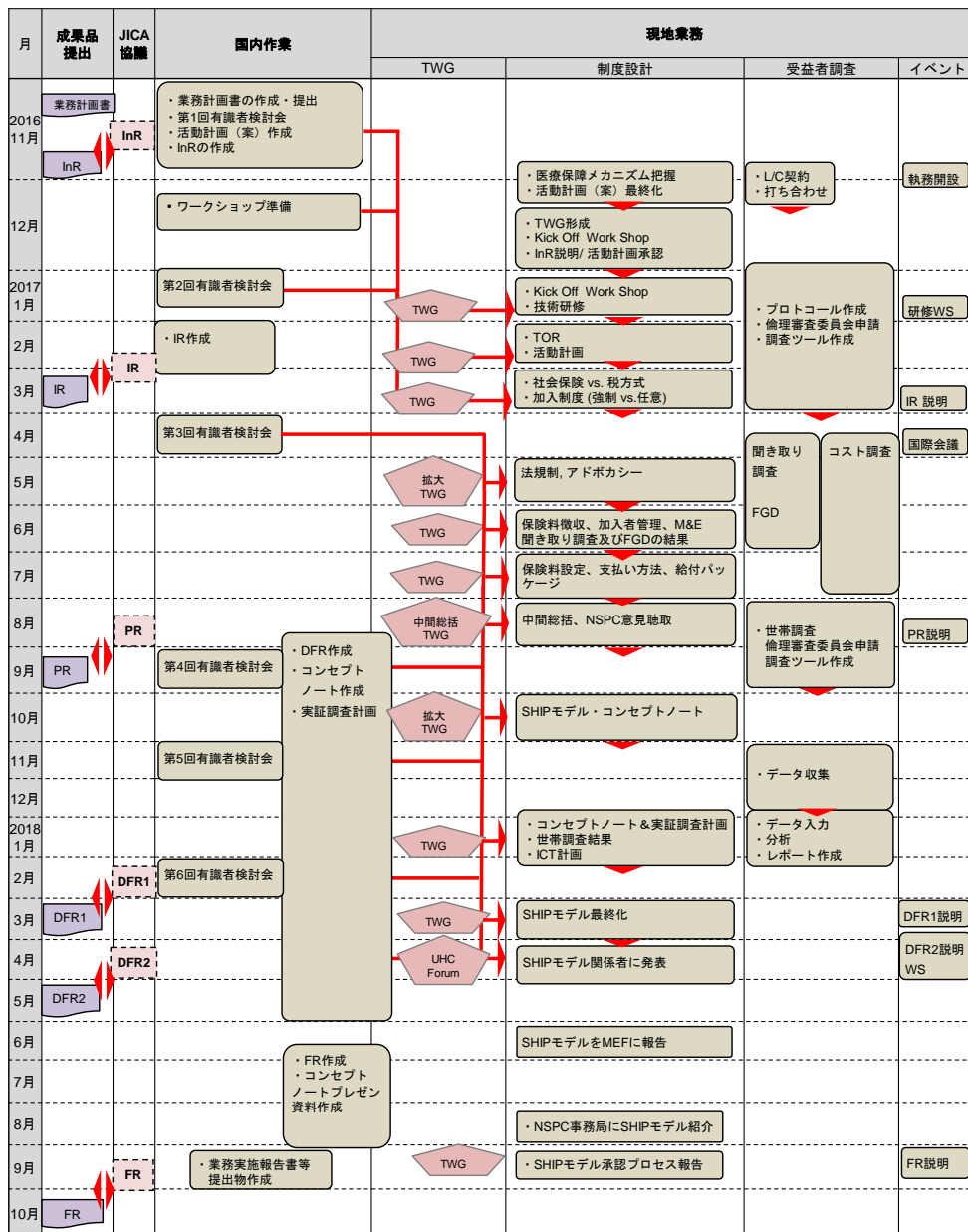


図 1-1 プロジェクト活動の流れ

(1) テクニカル・ワーキング・グループの形成

保健省計画・保健情報局のカウンターパートと協議のうえ、2016年12月にインフォーマルセクター向け医療保険制度の設計を行うため、テクニカル・ワーキング・グループ（Technical Working Group for Social Health Insurance for the Informal Sector Population。以下「TWG-SHIP」という。）を形成した。TWG-SHIPは、本プロジェクトの前身である情報収集・確認調査のスタディツアー（日本、タイ訪問）に参加した保健省（Ministry of Health。以下「MOH」という。）、経済財政省（Ministry of Economy and Finance。以下「MEF」という。）、労働職業訓練省（Ministry of Labour and Vocational Training。以下「MOLVT」という。）／NSSF、内務省（Ministry of Interior。以下「MOI」という。）、社会問題・退役軍人・青少年更生省（Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation。以下「MOSVY」という。）、計画省（Ministry of Planning。「MOP」という。）、農業・農村開発評議会（Council for Agriculture and Rural Development。以下「CARD」という。）の行政官を中心としたメンバーで構成されている（表1-1参照）。これらの行政機関が選定された理由は以下の通りである。

表 1-1 TWG-SHIP メンバーリスト（2017年3月時点）

	氏名	省庁	役職	
1	Dr. Lo Veasnakiry	MOH	Director of Department of Planning and Health Information (DPHI)	Chair
2	Dr. Sok Kanha	MOH	Deputy Director of DPHI	
3	Mr. Ros Chhun Eang	MOH/ PCA	Deputy Director of Payment Certification Agency	
4	Dr. Loun Mondol	MOH	Chief of Bureau of Policy, Planning and Health Sector Reform, DPHI	
5	Dr. Bun Samnang	MOH	Vice Chief of Bureau of Health Economics and Financing, DPHI	Secretary
6	Mr. Phu Sphea	MOH	Officer of Health Economics and Financing, DPHI	
7	Mr. Chab Sath	MOH	Officer of Health Information, DPHI	
8	Mr. Pheakdey Sambo	MEF	Deputy Director General of Insurance and Pension Department	
9	Mr. Heng Sophannarith	NSSF/ MOLVT	Deputy Director of Health Insurance Division	
10	Mr. Meas Vou	MOSVY	Deputy Director of National Social Security Fund for Civil Servants	
11	Mr. Kamphorn Sathya	MOI	Deputy Director of Management Information System Department	
12	Mr. Keo Ouly	MOP	Director of Identification of Poor Household Department	
13	Mr. Maun Chansarak	MOP	Director of Social Plan Department and Deputy Program Manager of ID Poor	
14	Dr. Say Ung	CARD	Director of Department, Health, Food Security and Nutrition	

- MOH：医療提供を所管しており、インフォーマルセクター向け医療保障担当省庁であること。
- MEF：カンボジアの財政にかかる統括省庁であり、国家社会保障評議会（National Social Protection Council。以下「NSPC」という。）の中核であること。
- NSSF/MOLVT：民間被用者向け社会保障の業務運営をしており、インフォーマルセクター向け医療保険の運営機関であること。
- MOI：インフォーマルセクター向け医療保険制度の加入者特定、加入促進、保険料徴収及び加入者管理に必要な情報及び業務実施の基盤となる地方行政機関を所管していること。
- MOSVY：現在、公務員及び退役軍人向け社会保障を所管していること。
- MOP：インフォーマルセクターの一部である貧困層向け医療扶助制度、HEFにおいて、給付対象者の特定及び情報管理を所管していること。
- CARD：カンボジアの社会福祉（Social Assistance）に関する事業を総合的に所管する政府機関であること。

(2) TWG-SHIP メンバーの能力開発

TWG-SHIP 形成後の 2017 年 1 月、チーム・ビルディング、JICA プロジェクトへの理解促進、今後の活動計画等を目的としてキックオフ・ワークショップを開催した。同ワークショップには、保健財政／公共財政の専門家として神戸大学の内田康雄氏及び組織形成の専門家として東京女子医科大学の杉下智彦氏を派遣し、医療保険制度（案）設計に向けた技術研修も同時に実施した。また、2 月からは概ね 1 カ月ごとに TWG-SHIP 会合を開催し、JICA 専門家チームが作成した資料に基づき TWG-SHIP メンバーが協議を行い、段階的に合意形成を図った。

同年 4 月には世界銀行、ドイツ国際協力公社（The Deutsche Gesellschaft für Internationale。以下「GIZ」という。）及び Providing for Health²（以下「P4H」という。）によるアジア地域ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・リーダー養成会合（Leaders for Universal Health Coverage in Asia。以下「L4UHC in Asia」という。）の第 3 回ワークショップが東京で開催され、本プロジェクトではカンボジアの行政官 9 名（うち 3 名が TWG-SHIP メンバー）の参加を支援した。L4UHC in Asia は全 3 回の医療保障制度

² 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、世界銀行、ILO、アフリカ開発銀行、アジア開発銀行、グローバル・ファンズ、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、モロッコ、カザフスタン。JICA はカンボジアで発展した P4HC+ のメンバーである。

構築にかかるリーダー養成のためのワークショップと視察から成る約 1 年間のプログラムであり、ネパール、ラオス、カンボジアの 3 カ国が参加した。

(3) 医療保険制度の受益者に関する調査

インフォーマルセクター向け医療保険制度（Social Health Insurance for the Informal Sector Population。以下「SHIP モデル」という。）（案）を設計する上で、潜在的受益者のニーズと意見を参考にすべく、ローカル・コンサルタントの Khmer HIV/AIDS NGO Alliance（以下「KHANA」という。）リサーチセンターに再委託し、2017 年 4 月から 6 月にかけて、Phnom Penh 特別市と Kampong Speu 州において、主要情報提供者への聞き取り調査（Key Informant Interview。以下「KII」という。）及びフォーカス・グループ・ディスカッション（Focus Group Discussion。以下「FGD」という。）を実施した。また、同年 10 月から 2018 年 1 月にかけて、Battambang 州と Kampong Speu 州の 1,036 世帯を対象に世帯調査を行った。調査結果の詳細については第 3 章を参照されたい。

(4) インフォーマルセクター向け医療保険制度（案）設計のためのコスト調査

SHIP モデル（案）における保険料設定の過程において、保険給付額、保険料及び被保険者の支払能力を推定すべく、2017 年 4 月から 7 月にかけてコスト調査を実施した。調査結果の詳細については第 4 章を参照されたい。

(5) インフォーマルセクター向け医療保険制度（案）設計

上述の TWG-SHIP 定期会合において、SHIP モデル（案）の各構成要素について討議を行い、段階的に同モデル（案）を設計した。2017 年 5 月、10 月は拡大会合と称し、開発パートナーから意見を聴取すると共に、関連調査の結果を発表する等、インフォーマルセクター向け医療保障のあり方について広く議論した。他方、2017 年 8 月の会合では、それまでの定期会合で設計した SHIP モデルの総括を行い、NSPC の執行委員長候補にその報告を行うと共に、意見を聴取した。また、2017 年 10 月、2018 年 1 月と 3 月には SHIP モデルのコンセプトノートと実証調査計画について協議を行った。4 月 5 日、6 日に WHO、GIZ と共催した World Health Day and Cambodia UHC Forum では、カンボジア政府関係者及び開発パートナーに対して SHIP モデル（案）を紹介した。また、2018 年 8 月 23 日には、同モデルのコンセプトノートに関し、TWG-SHIP 議長が NSPC 事務局に対して説明を行った。NSPC 事務局は、補助金等、細部に関しては更なる情報を求める一方、SHIP モデルの設計については概ね了承した。特に、全国民をひとつの登録システムで管理するという提案は、NSPPF で掲げる目標を達成するために非常に有用であり、実証ではなく、全国を視野に入れて展開してほしいとコメントした。他方、強制加入に関しては、その必要性は十分理解

するものの、開始当初は国民の理解を促すための期間を設けたいとした。TWG-SHIP は、現在 NSPC 執行委員会への発表準備を行っている。SHIP モデルの詳細については第 5 章を参照されたい。

(6) 実証調査実施枠組み（案）の策定

SHIP モデルの形成後、同モデルを実証するための実施枠組み（案）を策定した。同実施枠組み（案）の詳細については第 6 章を参照されたい。

(7) Joint Coordinating Committee (JCC) 会合の開催

プロジェクトのカウンターパート、JICA 関係者及び JICA プロジェクトメンバーの間で活動計画とその進捗について確認するため、2017 年 6 月に第 1 回 Joint Coordinating Committee（以下「JCC」という。）会合を開催した。カンボジア側からは同国における社会保障制度構築の進捗について共有され、プロジェクト・チームからは本プロジェクトの概要及び進捗について報告を行った。更に、カンボジア側は、本案件で構築される医療保険モデルの実証調査を軸とした技術協力プロジェクトを次期協力案件として JICA に要請した。

2018 年 4 月に第 2 回 JCC 会合を開催した。プロジェクト・チームがプロジェクトの活動及び成果について振り返り、続いてカンボジア側がプロジェクトの成果品である SHIP モデルについて発表した。さらに、プロジェクト・チームは SHIP モデルの実証調査の計画について会合に参加した関係者と共有した。JICA カンボジア事務所は、これまでカウンターパート機関より得られた協力に対して謝意の辞を述べ、引き続き医療保障分野においてカンボジア政府に協力する意思を表明した。

第2章 カンボジア医療保障の現状

2-1 カンボジアの医療制度

(1) 医療提供

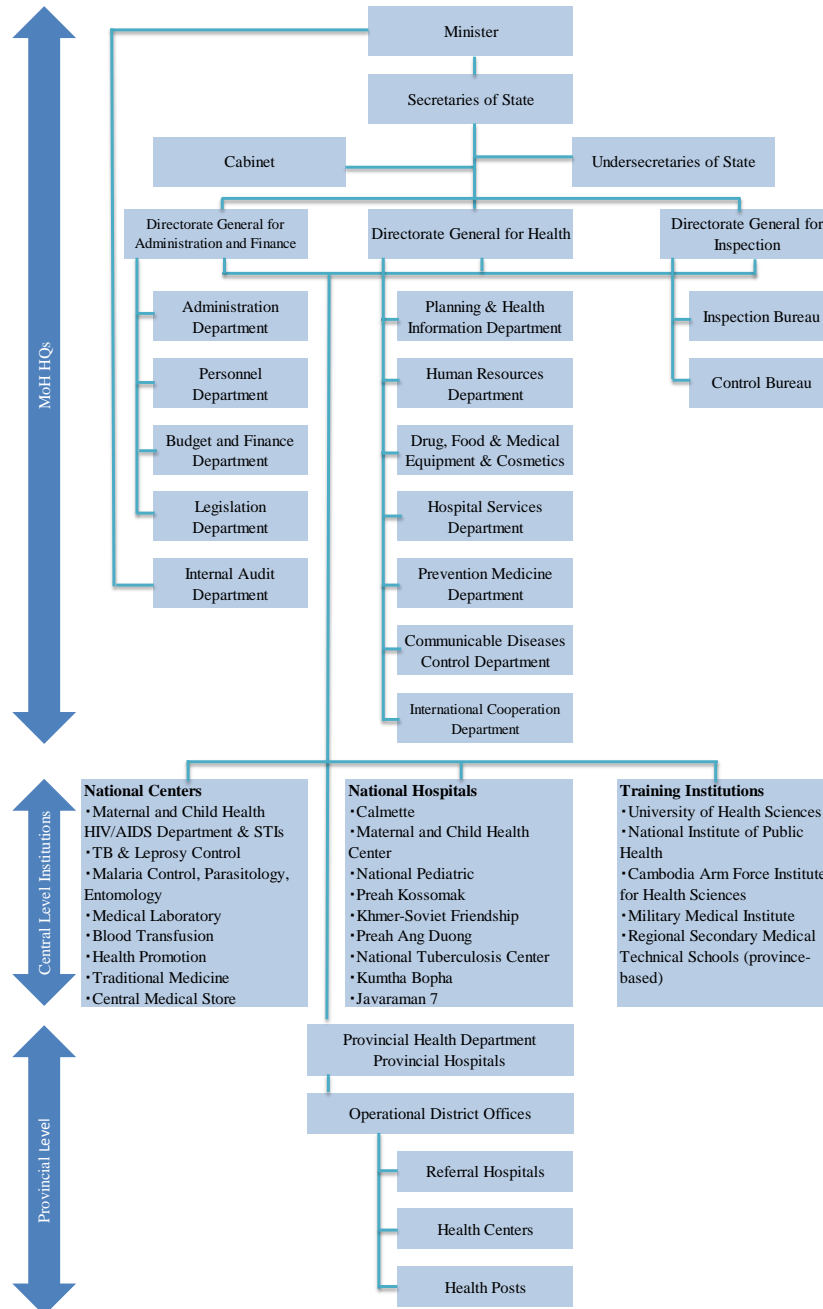


図 2-1 カンボジア保健省 公的医療・公衆衛生施設の組織図

出所：The Kingdom of Cambodia Health Systems Review、Annual Health Financing Report 及び Health Sector Progress in 2017 を基にプロジェクト・チームが作成

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を基に、オペレーショナル・ディストリクト（Operational District、以下「OD」という。）という保健行政区単位で提供されている（図 2-1 参照）。OD は人口 10～20 万人をカバーし、最低 1 カ所のリファラル病院と人口 1～2 万人毎に 1 カ所の保健センターを設置することが義務付けられている。保健ポストは最寄りの保健センターから 15km 以上離れた地域に設置された公衆衛生施設であり、1 保健ポストあたり 2,000～3,000 人をカバーしている。カンボジア政府は、2001 年より地方分権化に取り組んでいるが、医療提供の執行責任は未だ中央省庁にある。

公的医療施設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する。基本サービスパッケージ（Minimum Package of Activities、以下「MPA」という。）は保健センターと保健ポスト、包括的サービスパッケージ（Complementary Package of Activities、以下「CPA」という。）はリファラル病院以上の医療施設が提供している。CPA は中央病院³、州病院、リファラル病院といった施設のレベルではなく、各施設が提供する医療サービスのレベルに対応しており、そのレベルに応じて更に CPA1 から CPA3 に分かれる（表 2-1 参照）。

表 2-1 カンボジアの公的医療サービスのレベルと機能

医療サービスのレベル	求められる医療サービス
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 基本的な産科医療サービス
CPA 2	60～100床 CPA 1のサービス、麻酔科、血液バンクを必要とする難易度の高い外科手術、輸血等の特殊サービス
CPA 3	100～250床 CPA 2以上の高難度外科手術、特殊医療サービス

出所：Health System Review を基にプロジェクト・チーム作成

公的医療施設の新設は村からの要請に基づき検討される。公的医療施設の新設を望む村は管轄のコミュン・サンカット評議会に申請する。コムユーン・サンカット評議会における決議後、OD、州保健局（Provincial Health Department、以下「PHD」という。）、保健省の順に決裁手続きが進められ、最終的に保健省が決定する。民間医療施設の場合、外来のみであれば州政府、入院施設も含む場合は保健省への申請が必要である。各地域における医療提供については PHD、OD、保健センターが検討

³ カンボジアの National Hospital は「国立病院」と訳されることが多いが、カンボジアの公立病院はすべて国立病院であるため、本報告書では「中央病院」と訳すこととする。

委員会を設置し、医療施設の活動状況や課題について話し合うと共に、州・郡政府、他のセクターの行政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 は保健センター、保健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の整備を行っている。また、PHD は民間医療施設にも赴き、モニタリング等の技術支援を行っており、必要に応じて民間医療施設と連携して医療を提供している。

2017年12月時点のカンボジア各州におけるOD及び公的医療・公衆衛生施設数は表2-2に示す通りである。

表 2-2 カンボジア各州のOD及び公的医療・公衆衛生施設数（2017年12月）

州	OD	中央病院	州病院	リファラル病院	保健センター (ハット有)	保健センター (ハット無)	保健ポスト
Banteay Meanchey	4	0	1	6	3	62	11
Battambang	5	0	1	5	6	71	6
Kampong Cham	9	0	1	6	1	87	0
Kampong Chhnang	3	0	1	2	3	39	1
Kampong Speu	4	0	1	3	3	52	4
Kampong Thom	3	0	1	2	5	47	4
Kampot	4	0	1	4	3	59	0
Kandal	10	0	1	10	9	90	2
Koh Kong	2	0	1	1	4	9	8
Kratie	2	0	1	2	2	28	14
Mondul Kiri	1	0	1	1	4	7	15
Phnom Penh	7	9	1	6	0	39	9
Preah Vihear	1	0	1	0	9	19	17
Prey Veng	12	0	1	11	2	111	4
Pursat	4	0	1	3	0	40	2
Ratanakiri	2	0	1	1	7	18	7
Siem Reap	4	0	1	4	3	88	2
Sihanoukville	1	0	1	0	0	14	2
Stung Treng	1	0	1	0	2	10	1
Svay Rieng	4	0	1	4	2	41	2
Takeo	6	0	1	6	1	77	4
Oddar Meanchey	2	0	1	1	0	34	2
Kep	1	0	1	0	0	5	0
Paillin	1	0	1	0	0	6	2
Tbong Khmum	7	0	0	6	0	68	0
合計	100	9	24	84	69	1,121	119

出所：Department of Planning and Health Information, MOH

表 2-3 は 2017 年 12 月までに開業許可が下りたカンボジアの各種民間医療施設数である。総合病院から診療所まで、その数は 10,191 にも上り、公的医療施設の数が 1,426 であることに鑑みると、カンボジアにおいて、民間医療施設の数がいかに多く、また住民にとって身近な存在であるかがわかる。民間医療施設数は年々増加傾向にあり、2016 年には 1,577、2017 年には 1,569 の医療施設が新たに開業免許を取得した。

しかし、保健省による民間医療施設の管理は未だ十分に行われておらず、同施設に関する情報は未整理のままである。国民への医療提供を充実させるためには、民間施設を含む医療施設の管理体制を構築することが望ましい。

表 2-3 カンボジアの民間医療施設数（2017 年 12 月）

医療施設の種類	施設数
Hospital	16
Polyclinic	56
Clinic	281
Maternity clinic	11
Dental clinic	47
Medical laboratory	54
Esthetic center	10
Medical communication office	7
Pregnancy care room	1,156
Nursing care room	3,959
Kinotherapy room	19
Consultation cabinet	3,695
Dental cabinet	760
Ophthalmic cabinet	24
Ear-Nose-Throat cabinet	28
Dermatology cabinet	23
Mental health cabinet	11
Medical laboratory room	34
合計	10,191

出所：Department of Planning and Health Information, MOH.

カンボジアでは、2013 年より医療従事者の国家卒業試験制度が段階的に導入されている。また、2016 年からは、医療従事者養成機関の卒業試験に合格した医師、歯科医師、看護師、助産師、薬剤師には専門の評議会（Council）に所属することを義務付けている。

表 2-4 は 2016 年のカンボジア医療人材の概要である。2016 年にカンボジアの公的医療施設に勤務する医師は 3,995 人、看護師は 11,211 人、助産師は 6,475 人であった。これら医療職の総数は増加しているものの、人口 1,000 人当たり 1.2 人であり、WHO カンボジアが 2020 年までの目標として掲げる人口 1,000 人当たり 2.0 人に達するには一層の努力が必要である。看護師と助産師については首都への偏在は見られないが、医師、特に専門医は首都に集中する傾向が見られる。また、大半の医師は病院（CPA1-3）に勤務しており、多くの保健センターでは看護師と助産師が対応している。そのため、本来保健センターで提供されるべき治療の一部が提供されていない。また、公的医療施設の勤務医が民間医療施設でも勤務しているという状況も注視すべきである。

表 2-4 カンボジアの医療人材（2016 年）

	首都		地方		合計	人口1,000 当たり的人数
	人数（人）	割合（%）	人数（人）	割合（%）		
医師	1,619		2,376		3,995	0.2
専門医	566	82.0	124	18.0		
総合医	836	31.5	1,819	68.5		
医師助手	217	33.4	433	66.6		
看護師	2,636	23.5	8,575	76.5	11,211	0.6
助産師	404	6.2	6,071	93.8	6,475	0.4
合計						1.2

出所：カンボジア国保健人材及び保健施設に係る情報収集・確認調査報告書を基にプロジェクト・チーム作成

医療提供にかかる国際比較の結果は表 2- 5 の通りである。医療の普及度を示すサービス・カバレッジ・インデックスに関し、カンボジアは東南アジアで平均値だが、インドネシアやラオスよりも高い。ただし、医療規制の機能は同地域で最も低い水準である。

表 2-5 カンボジア医療提供の国際比較

	SDG-UHC指標 3.8.1 サービス・カバレッジ・ インデックス(2015)	人口10,000人当たり の病床数	人口1,000人当たり の医師数	国際医療規制の主要 機能インデックス(%)
カンボジア	55	8.3	0.2	51
インドネシア	49	12.1	0.2	96
タイ	75	21.0	0.4	98
フィリピン	58	5.0	1.1	84
ベトナム	73	25.6	1.2	99
マレーシア	70	18.6	1.3	99
ミャンマー	60	9.0	0.6	86
ラオス	48	15.0	0.2	74
世界平均	64	—	—	—
東南アジア平均	55	—	—	—

出所：グローバル・モニタリング・レポート 2017

(2) 医療の利用状況

カンボジアの医療は基本的にフリーアクセスであり、受診する医療施設を自由に選択することができる。また、保健センターや保健ポストは、上述の通り、医師が不在である場合が多く、治療が必要な患者はリファラル病院に直接かかる傾向にある。その結果、評判の良い病院には患者が集中し、廊下にベッドを並べるなどして収容能力以上の入院患者を受け入れている（図 2-2 参照）。一方、HEF の利用者は、最寄りの保健センター／保健ポストにかかり、そこでは対応できない場合に高次医療施設に紹介するというリファラルのプロセスを経る必要がある。緊急搬送の場合は、

地域の拠点医療施設（例：Phnom Penh 特別市ではカルメット病院）に連絡が入り、そこから各医療施設に振り分けられる。



図 2-2 廊下にベッドを並べて患者を収容する病院
(シェムリアップ州アンコールチュム・リファラル病院)

カンボジアの医療施設では終日診療を行っているが、外来患者は午前中に集中する。遠隔の村にはアウトリーチ・サービスを提供する保健センターもある。カンボジアでは 2009 年に伝統的産婆（Traditional Birth Attendant。以下「TBA」という。）が廃止され、施設分娩が全国平均 83%になっている^{4,5}。

表 2-6 カンボジアの都市部・農村部における医療の利用状況* (%)

利用した医療	都市部	農村部
医療を利用しなかった	3.9	5.1
公的医療	14.9	23.5
中央病院	6.5	3.6
州病院	2.2	3.1
リファラル病院	0.5	2.9
保健センター	0.0	12.8
保健ポスト	0.0	0.2
その他	0.7	0.2
民間医療	78.1	64.7
病院	3.3	3.6
クリニック	22.6	17.2
薬局	40.6	12.7
トレーニングを受けた看護師／医療職のオフィス／自宅	5.4	14.4
トレーニングを受けた看護師／医療職個人	4.7	15.0
その他	1.5	1.7
非医療セクター	1.0	5.3
合計	100.0	100.0

* 調査日から過去 30 日の間に傷病のため家族が最初に利用した医療施設
出所：Demographic and Health Survey 2014

⁴ カンボジアでは TBA や住民が妊婦を医療施設に連れて行くと 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。

⁵ Cambodia Demographic and Health Survey (2014)

2014年のDemographic and Health Surveyにおいて、過去30日間に病気や怪我をした都市部の住民が初めに利用した医療施設として最も頻度が高かったのは民間薬局で40.6%、続いて民間クリニックが22.6%、中央病院は6.5%であった。一方、農村部の住民が最も多く利用したのは民間クリニックで17.2%、トレーニングを受けた医療職は15.0%、トレーニングを受けた医療職のオフィス/自宅は14.4%であった(表2-6参照)。

(3) 医療の質の向上のための取り組み

保健省は医療の質の向上のため、スペシャル・オペレーティング・エージェンシー(Special Operating Agency。以下「SOA」という。)制度を採用している。SOAは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ているが、保健省では保健省が所管する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。

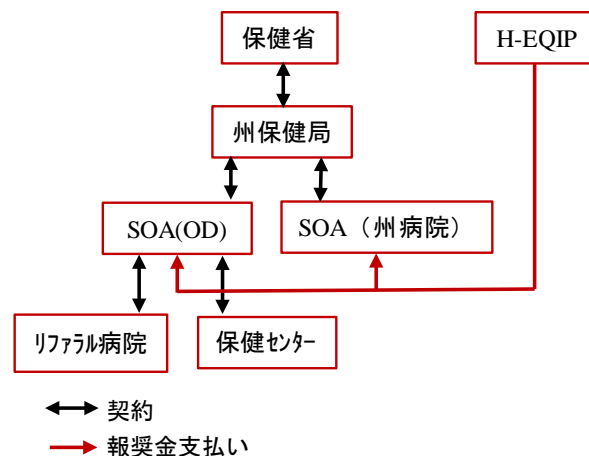


図 2-3 SOA 契約と報奨金の支払い

出所：Health System Review, Service Delivery Grants – Operational Manual を基にプロジェクト・チーム作成

OD や州病院は、SOA になるため、PHD を通じて保健省と内部契約を締結する。SOA となった OD は、更に域内のリファラル病院、保健センター、保健ポストと再契約する(図 2-3 参照)。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。

PHD は SOA となる OD や州病院とサービス提供マネジメント契約(Service Delivery Management Contracts)を締結する。SOA はプログラム毎の予算及び自由裁量の医療提供報奨金(Service Delivery Grant。以下「SDG」という。)を受け取ることができる。SDG の財源は、保健省と開発パートナーが共同で運営・管理する医療の

公平性と質の向上のためのプロジェクト（Health Equity and Quality Improvement Project。以下「H-EQIP」という。）のプールファンド資金である。SDGの金額は当該地域の人口、補助金等による歳入、地理的要件、医療施設の数やレベル等に応じて保健省が決定する。総額の80%が基本配分として前払いされ、20%が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（給与）とすることができ、残りは運営費となる。このパフォーマンスに応じたインセンティブ制度によって、医療サービスを提供するスタッフのオーナーシップと責任感が向上したと評価されている⁶。

(4) 医療財政

表2-7は2012年から2016年までの5年間におけるカンボジア医療財政の状況の推移を示している。政府保健予算は2012年の199.3百万米ドルから2016年には268.6百万米ドルに増加しているが、国内総生産（Gross Domestic Product。以下「GDP」という。）に占める割合及び国家予算比としては横ばいである。また、医療費における政府負担の割合は2012年の19.4%から2016年までに22.3%に増加したものの、同期間、開発パートナーの支援が19.4%から16.7%に減少しているため、患者の自己負担率には改善が見られない。一人当たり医療費の自己負担額は、この5年間で6.2米ドル増加している。

表2-7 カンボジアの医療財政（2012-2016年）

	2012	2013	2014	2015	2016					
1 マクロ経済指標*										
GDP（百万米ドル）	14,054	15,228	16,703	18,050	20,017					
人口（百万人）	14.8	15.0	15.3	15.5	15.8					
一人当たりGDP（米ドル）	951	1014	1094	1163	1270					
2 政府の保健予算**										
保健予算（百万米ドル）	199.3	216.2	209.0	245.5	268.6					
同GDP比（%）	1.4	1.4	1.2	1.3	1.3					
同国家予算比（%）	6.4	6.4	5.9	6.3	6.4					
3 医療費**										
総医療費（百万米ドル）	1028.9	1060.1	1049.9	1115.8	1207.0					
同GDP比（%）	7.3	7.0	6.3	6.1	6.0					
4 医療費の内訳（百万米ドル）**										
		割合	割合	割合	割合					
政府	199.3	19.4%	216.2	20.4%	209.0	19.9%	245.5	22.1%	268.6	22.4%
開発パートナー	199.8	19.4%	180.8	17.1%	176.7	16.8%	210.3	19.0%	200.1	16.7%
自己負担	629.8	61.2%	663.1	62.5%	664.2	63.3%	653.3	58.9%	728.5	60.9%
5 財源別一人当たり医療費（米ドル）**										
政府	14.2	14.8	14.1	16.4	17.7					
開発パートナー	14.3	12.3	12.0	14.5	13.8					
自己負担	44.9	45.4	44.9	43.6	48.1					
一人当たり医療費合計	73.4	72.5	71.0	74.5	79.6					

* World Development Indicators

** Estimating Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report (2012-2016 Data). *Unpublished*

出所：Annual Health Financing Report, MOH を基にプロジェクト・チーム作成

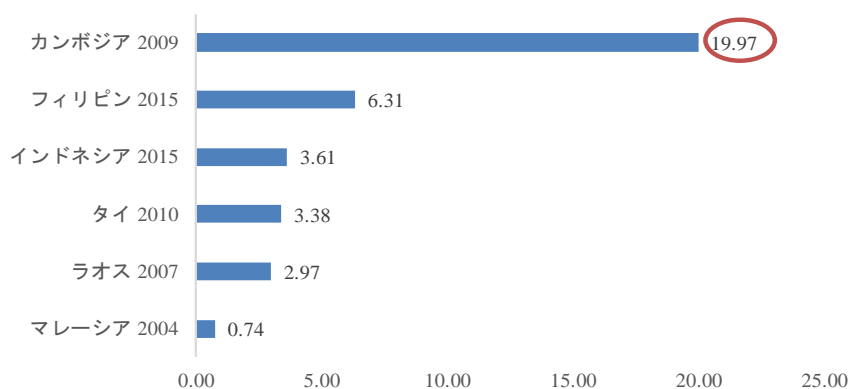
⁶ Khim K. & Annear P. L. (2013). "Strengthening district health service management and delivery through internal contracting: Lessons from pilot projects in Cambodia." *Social Science & Medicine*, Volume 96 (November 2013), pp. 241-249.

表 2-8 医療支出が家計に与える影響：国際比較

	データ年	SDG 3.8.2 家計を破綻させる医療支出の発生率 (%)		医療費の自己負担による貧困の発生率 (%)		医療費の自己負担による貧困ギャップ (e: 2011年購買力平価に基づく国際ドル)	
		医療支出が家計の総消費/収入の10%以上	医療支出が家計の総消費/収入の25%以上	2011年購買力平価に基づく貧困ライン - \$1.90/日	2012年購買力平価に基づく貧困ライン - \$3.10/日	2011年購買力平価に基づく貧困ライン - \$1.90/日	2011年購買力平価に基づく貧困ライン - \$3.10/日
カンボジア	2009	19.97	5.64	2.99	6.15	8.19	13.94
インドネシア	2015	3.61	0.41	0.07	0.66	0.01	0.39
ラオス	2007	2.98	0.26	0.40	0.99	0.18	1.21
マレーシア	2004	0.74	0.04	0.09	0.23	0.02	0.13
フィリピン	2015	6.31	1.41	0.83	1.44	0.41	1.86
タイ	2010	3.38	0.68	0.12	0.34	0.83	1.09
ベトナム	2014	9.81	2.07	—	—	—	—
世界平均	2010	11.70	2.60	1.40	1.80	—	—
東南アジア平均	2010	12.80	2.90	3.10	3.40	—	—

出所：グローバル・モニタリング・レポート 2017

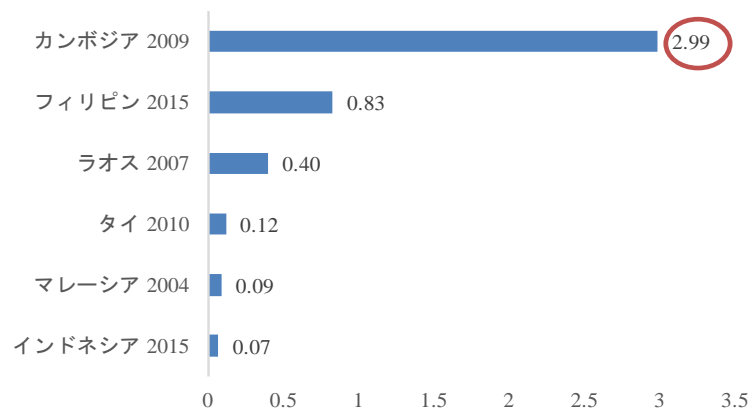
表 2-8 は医療支出が家計に与える影響の国際比較である。2009 年にはカンボジア国民の約 20% が家計の総消費若しくは総収入の 10%、5% 強が 25% 以上を医療費として支出している。カンボジアは、家計を破綻させるほどの医療費を支出している人口の割合が他の東南アジア諸国と比較して格段に高い（図 2-4 参照）。また、医療費の自己負担に起因する貧困の発生率（図 2-5 参照）及びその貧困度合いを示す貧困ギャップについても同地域では突出している。カンボジアにおいて医療費の自己負担が家計に与える影響は大きく且つ深刻なものであることがわかる。



* 医療支出が家計の総消費/収入の 10% 以上である世帯の割合

図 2-4 家計を破綻させる医療支出の発生率

出所：グローバル・モニタリング・レポート 2017



* 2011 年購買力平価に基づく貧困ライン\$3.10/日

図 2-5 医療費の自己負担による貧困の発生率

出所：グローバル・モニタリング・レポート 2017

2018 年のカンボジア保健予算は、2017 年から 16%増の 4 億 8,500 万米ドルであると発表された。教育予算の 25%増、農林水産予算の 3 倍増に比べ、その伸びは限定的だが、国家予算全体の平均増加率 15%を上回っており、保健予算の国家予算比は 8.1%に及ぶ。これは 2012 年から 2016 年の平均国家予算比である 6.3%を大きく上回る⁷。

2-2 カンボジアの医療保障制度

(1) 社会保障法

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による暫定統治が開始した 1993 年 9 月に「カンボジア王国憲法」⁸が公布された。医療保障については、第 3 章第 36 条及び第 6 章第 72 条で BOX 2-1 のように規定している。

⁷ カンボジア閣僚評議会にて承認された 2018 年度予算案. Phnom Penh Post (2017 年 10 月 30 日)。

⁸ カンボジア王国憲法 (2010)。

BOX 2-1 カンボジア王国憲法における医療保障に関する規定

第3章 クメール人民の権利及び義務について

第36条 両性のクメール国民は、法律で定められた社会保障及び社会的恩恵を享受する権利を有する。

第6章 教育、文化、社会関係について

第72条 国民の健康は、保証される。国家は、病気の予防及び医療に十分考慮しなければならない。貧しい国民は、公立の病院、診療所及び産院において無料の診療を受けられる。国家は、診療所及び産院を農村部に設置する。

2002年9月には、カンボジアで初めての社会保障法⁹ (Social Security Law) が制定された。この法律では、主に労働者の年金保険と災害保障保険（以下「労災保険」という。）に関する社会保障の指針を示している。また、その他の社会保障制度については閣僚会議令 (Sub-Decree) によって追加することが明記されている。

2018年9月現在、国際労働機関 (International Labour Organization。以下「ILO」という。) の技術支援の下、NSSF が社会保障法 (Social Security Law) の改正手続きを進めている。これは、昨今適用範囲が拡大しつつある労働者向け社会保障を法制化するためのものである。この原案には、インフォーマルセクター労働者は任意で医療保険に加入すると書かれていたが、本プロジェクトで提案している強制加入制度との整合性を取るため、NSPC の法務部門は「任意加入」という記載を削除するよう求めている。新社会保障法 (Social Security Law) は今年中の制定が予定されている。

他方、NSPC は全国民を対象とした社会保障法 (Social Protection Law) 案を GIZ の支援を受けて起草しており、2019 年中の制定を目指している。この法律は社会福祉も含む包括的な社会保障法であり、すべての社会保障制度の基礎となる。この中で、社会保障 (Social Protection) の強制化が実現できるよう GIZ のアドバイザーが腐心している。

(2) 国家社会保障政策枠組み (NSPPF)

MEF を中心に形成された社会保障テクニカル・ワーキング・グループ (Social Protection Technical Working Group。以下「SPTWG」という。) が2015年にカンボジアの社会保障制度の原案を策定した。原案では外部コンサルタントより民間保険を最大限に活用することが提案されていたが、開発パートナーを含む関係者が SPTWG 議長に公的社会保障の重要性について繰り返し説明した結果、現在のような公的社

⁹ Social Security Law (2002).

会保障制度を基本とする NSPPF¹⁰が完成した。2017年3月に議会で承認された NSPPF は現在カンボジアの社会保障制度構築にかかる基本方針となっている。

カンボジア政府は2030年までに高中所得国（Upper-middle Income Country）、2050年までに高所得国（High Income Country）入りを目指しており、社会保障制度は貧困や所得格差を軽減し、人材開発を促進するため、経済成長に大いに貢献する有用なツールであるとしている。また、NSPPFの中で、すべての国民を対象とした医療保障制度を構築し、UHCを目指すと言明している。

NSPPFは社会福祉（Social Assistance）と社会保障（Social Security）の政策枠組みから構成されており、社会福祉には（1）緊急支援、（2）人的資源開発、（3）職業訓練、（4）社会的弱者支援、社会保障には（1）年金保険、（2）医療保険、（3）労災保険、（4）失業保険、（5）障がい者保険が含まれる。カンボジアは社会福祉を社会保障の一部と位置付けている。

年金保険については、現在、公務員向け国家社会保障基金と退役軍人向け国家基金が存在し、2018年中に NSSF が民間被用者向けに導入する予定である。労災保険に関しては、NSSF が民間被用者を対象に運営しているが、今後公務員も対象となる。医療保障には HEF、コミュニティー医療保険（Community-based Health Insurance。以下「CBHI」という。）、民間医療保険等が存在し、2016年からは NSSF が民間被用者向けに公的保険を導入しているが、いずれも一部の対象人口に限定されている。

NSPPF では、年金保険と医療保険については NSSF が単一支払い機関となり、民間被用者のみならず、公務員、退役軍人・公務員退職者、インフォーマルセクター及び被扶養者を段階的にカバーしていく方針を打ち出している（図 2-6 参照）。カンボジア政府は、貧困層と社会的弱者の保険料は補てんするが、その他の国民には適切な保険料を納付するよう求めている。インフォーマルセクター向け医療保険に関しては、2018年から2020年にかけてフィージビリティ・スタディを行い、2020年から2025年にかけて任意加入で試行すると共に、強制加入への移行を模索する計画である。

¹⁰ National Social Protection Policy Framework (2016).

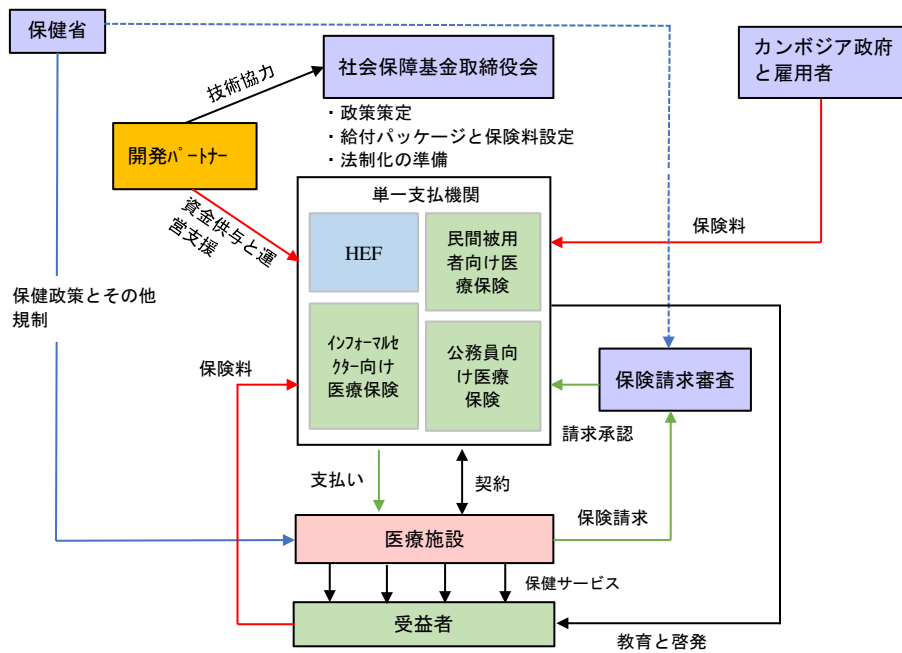
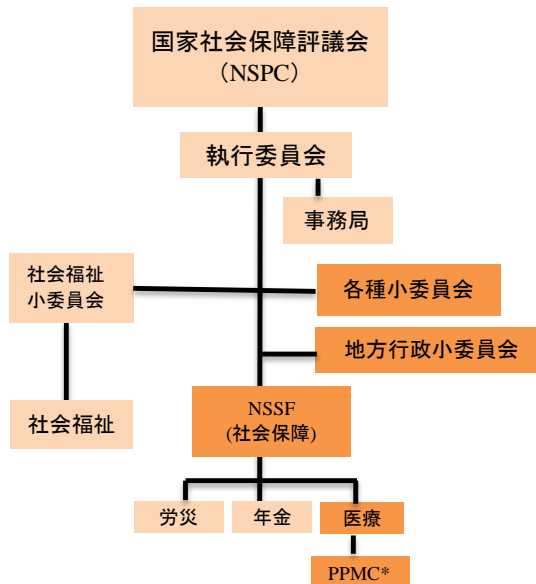


図 2-6 カンボジアの公的医療保険構想

出所：National Social Protection Policy Framework

(3) 国家社会保障評議会 (NSPC)

2017年7月にNSPC(図2-7参照)設立にかかる勅許(Royal-Decree)が成立した。



*MOHとMOLVTから成る医療費支払い委員会(詳細については5-5参照)
濃色は、SHIP運営に関係が深い部署

図 2-7 国家社会保障評議会 (NSPC) の組織図

出所：The Roles and Functions of the National Council for Social Protection (NSPC) を基にプロジェクト・チーム作成

上記勅許の中で NSPC の構成メンバーは表 2-9 のとおり定められている。ただし、閣僚会議令 (Sub-Decree) によって構成メンバーの増員は可能である。

表 2-9 国家社会保障評議会 (NSPC) 構成メンバー

構成メンバー		役職
1	首相	名誉議長
2	経済財政大臣	議長
3	労働職業訓練大臣	副議長
4	社会問題・退役軍人・青少年更正大臣	副議長
5	保健大臣	副議長
6	農業・農村開発評議会副会長	副議長
7	教育青年スポーツ大臣	
8	閣僚評議会次官	
9	公務大臣／次官	
10	女性問題大臣／次官	
11	計画大臣／次官	
12	内務次官	
13	防衛次官	

出所：The Roles and Functions of the National Council for Social Protection (NSPC)を基にプロジェクト・チーム作成

NSPC の主な役割・機能は、以下のとおりである。

1. NSPPF の社会保障政策実行にかかる意思決定
2. 社会保障制度にかかる長期戦略の詳細策定
3. 社会保障の優先プログラム／プロジェクトの選定と担当省庁への予算配分
4. 社会保障業務運営機関の取締役会における政府代表者の選出と任命
5. 社会保障業務運営機関のパフォーマンス測定システムの構築
6. すべての社会保障業務運営機関のパフォーマンスのモニタリング
7. 州・郡レベルの社会保障プラットフォームの設置
8. 社会保障の業務運営にかかる具体的な方針の策定
9. 執行委員会への権限の委譲

他方、NSPC を機能させ、社会保障政策の策定と執行業務の指揮・調整を目的として 2018 年 4 月に執行委員会が設置された。執行委員は表 2-10 のメンバーである。

表 2-10 NSPC 執行委員会メンバー

構成メンバー		役職
1	経済財政省次官	議長
2	労働職業訓練省次官／次官補	副議長
3	社会問題・退役軍人・青少年更正省次官／次官補	副議長
4	保健省次官／次官補	副議長
5	農業・農村開発評議会事務総長	副議長
6	閣僚評議会代表	副議長
7	内務省代表	委員
8	防衛省代表	委員
9	計画省代表	委員
10	法務省代表	委員
11	女性問題省代表	委員
12	教育青少スポーツ省代表	委員
13	公務省代表	委員
14	経済財政省・租税総局長	委員
15	経済財政省・政策局長	委員
16	経済財政省・予算局長	委員
17	経済財政省・金融局長	委員
18	NSPC 事務局長	永久委員

出所：The Roles and Functions of the National Council for Social Protection (NSPC)を基にプロジェクト・チーム作成

NSPC 執行委員会は、政策と実務を結ぶ中枢的なコーディネーション・メカニズムとして機能しており、NSPC の業務補佐を行う。具体的な役割・機能は以下のとおりである。

1. 社会保障の長期戦略、業務運営機関の報酬体系、業務運営機関の取締役会メンバー選定及び業務運営方針等にかかる NSPC への提案
2. 社会保障にかかる政策・戦略の調整及びモニタリング・評価
3. 小委員会（社会福祉、社会保障、開発パートナー、地方行政等）・タスクフォース（年金、インフォーマルセクター、情報システム等）の設置及び各代表者の執行委員会会合への招集
4. 社会保障の現状把握と国民の意見聴取のための年次調査
5. 国民の社会保障にかかる意識向上のための広報活動
6. パフォーマンス評価システムとリスク・マトリックスに基づいた業務運営機関のパフォーマンス監督
7. NSPC 事務局への指揮

上述の通り、NSPC には執行委員会の補佐を目的として、小委員会が設置される。小委員会の主な機能は、各分野における様々な活動の調整及び活動計画の策定であり、執行委員会が活動計画の内容を承認すれば同計画の実施・モニタリングを行う。

カンボジア政府は、NSPPF の中で、社会保障制度は同国の社会経済の発展度合いに応じて段階的に導入するとしている。将来的には、社会福祉関連の事業はすべて MOSVY に、社会保障関連の事業はすべて MOLVT/NSSF に統合されることが提案されている。しかし、医療保険に関しては、MOLVT/NSSF に統合させるという案と MOLVT/NSSF から独立させ、技術的には保健省が所管し、運営は執行委員会が担うという案が併存する。後者は医療保険が短期保険であることと、医療施設との密接なコーディネーションを要するという特性に鑑みた提案である。後者が選択された場合、MOLVT/NSSF は年金保険と労災保険に特化することになる。

2018 年、NSPC 及び同執行委員会を補佐するため、事務局 (Secretariat) が設置された。事務局には、約 20 名のフルタイム人員が配置される。また、社会福祉、社会保障、総務及び法務部門が置かれる。MEF を代表して TWG-SHIP に参加していたメンバーは、それぞれ副総長と法務部門長に就任することが決定した。現在、MEF の敷地内に新たな建物が建設されており、NSPC の本部となる予定である。

(4) 国家社会保障基金 (NSSF)

カンボジア社会問題・労働職業訓練・青少年省 (現労働職業訓練省) は、2003 年より ILO、韓国政府をはじめとする開発パートナーから技術支援を受け、2007 年に NSSF を設立した。

NSSF の本部は首都 Phnom Penh にあり、Kep 州 (人口 4 万人強の最小州) と 2013 年に新設された Tboung Khmum 州を除き、すべての州に支所がある。また、Kampong Cham 州、Kampong Speu 州、Kandal 州には支所が 2 カ所ずつあり、その他の州においても支所を増設していく方針である。本部には、アドミニストレーション、財務／会計、IT、登録／徴収、給付、検査・法律、内部監査、政策、医療保険、年金保険、リハビリの 11 の部門が置かれている¹¹。NSSF 支所では加入者登録、労災保険の給付手続き、企業登録勸奨、企業登録情報の確認等を行っている¹²。2018 年 3 月 6 日時点の NSSF スタッフは計 1,306 名、うち 193 名が公務員、その他は契約職員であった¹³。

¹¹ NSSF 発足当初、運営の対象が労災保険のみであったため、労災保険の部門は存在しない。多様な保険を運営するようになった現在、労災保険局の必要性が問われている。

¹² International Labour Organization (2017).

¹³ NSSF (2018). Achievement over the period of 10 years (2008-2017) And Direction for 2018.

NSSFは2008年12月より民間被用者向けに労災保険を導入している。経済開発の先行する Phnom Penh 特別市、Kandal 州、Kampong Speu 州から着手し、3年かけて段階的に全国展開した。労災保険料として、被用者の給与の0.8%が雇用者側から支払われている。2018年1月時点で11,778の企業・事業所に勤める民間被用者1,470,842名（全国民の約9.8%）がNSSFの被保険者であった¹⁴。

医療保険については、2009年よりフランスの支援を受け、MOLVTとGarment Manufacturers Association in Cambodiaが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。その後HIPはNSSFに引き継がれ、2016年に制度化された。保険料については、導入当初、被用者の給与の1.3%ずつを被用者と雇用者から徴収していたが、2018年1月からはすべて雇用者負担となっている。上記NSSFの加入者はすべて医療保険の対象であるが、2017年に医療保険の保険料を支払ったのは608,965名、徴収額は計1,547億5千万リエル（約3,869万米ドル）、平均月額は5.29米ドルであった¹⁵。NSSFは基本医療¹⁶を包括払い、9項目の高額医療¹⁷を出来高払いで給付している。また、医療移送費、傷病・出産時の給与補てん、必須医薬品（Essential Drug）も給付対象である。

NSSFの対象は、2017年12月まで8名以上を雇用する民間企業において契約に基づき就労する被用者であったが、2018年1月より1名以上を雇用する民間企業が対象となっている。また、公務員、同退職者及び退役軍人も医療保険の対象となった。他方、週8時間までの雇用契約の下で就労する労働者、村長、副村長、村長補佐、コミュン・サンカット議員、公務員アスリート、地雷除去作業員、シクロ（三輪タクシー）運転手もNSSFに登録し、後述のHEFの医療給付及び出産一時金を受けられるようになった（表2-11参照）¹⁸。2018年2月22日時点でNSSFに登録してHEFの医療給付及び出産一時金を受けている国民は205,721名（全国民の約1.4%）であった¹⁹。貧困層向けHEFは開発パートナーとカンボジア政府の共同プールファンドが財源である一方、非貧困HEF受給者の給付は政府が全額負担している。カンボジアでは、被保険者の窓口負担はなく、10割給付である。

¹⁴ NSSF (2018). Achievement over the period of 10 years (2008-2017) And Direction for 2018.

¹⁵ NSSF (2018). Achievement over the period of 10 years (2008-2017) And Direction for 2018.

¹⁶ 基本医療は診察、家族計画、内科診療、外科診療、結核治療、分娩、婦人科診療、救急救命／移送を含む。

¹⁷ 保険給付対象の高額医療は、血液透析、MRI、CT スキャン、放射線治療、がん細胞スキャン、金属骨結合術、頭蓋開口術、心臓血管手術、心臓疾患における緊急処置の9項目。

¹⁸ 労働職業訓練省文書（2017年12月31日）及び保健省令 MOH001（2018年1月3日）。

¹⁹ NSSF (2018). Achievement over the period of 10 years (2008-2017) And Direction for 2018.

表 2-11 NSSF 医療保険加入対象者（2018 年 1 月）

対象者	給付パッケージ	
公務員	NSSF	出産一時金 (100米ドル)
民間被用者（契約に基づいて週8時間を超える労働を提供する者）		
民間被用者（契約に基づいて週8時間までの労働を提供する者）	HEF 医療給付のみ	
村長、副村長、村長補佐		
コミュニケーション議員		
公務員アスリート		
地雷除去作業員		
自転車タクシー（シクロ）運転手		

出所：保健省令及び労働職業訓練省文書を基にプロジェクト・チーム作成

2018 年 2 月時点で、1,295 の公的施設（全体の約 90.8%）及び 15 の民間施設（全体の約 0.1%）が NSSF の保険医療施設であった^{20,21}。NSSF の保険が適用されるのは基本的に公的施設であるが、被保険者にとって公的施設へのアクセスが困難、公的施設では特定の医療サービスを受けられない、公的施設が常に混雑している等の理由がある場合、民間施設を保険医療施設として指定している。

(5) Health Equity Fund (HEF)

貧困層の医療扶助を目的としたプログラムは、開発パートナーの支援の下、各地で試行されてきたが、全国展開しているのは HEF のみである。HEF は 2000 年に試行的に導入されて以来、医療サービス及び必須医薬品、医療施設への交通費の払い戻し、介護者の食費、葬儀費用等の給付を行っている²²。

HEF の裨益人口は約 300 万人、総人口の約 20%であると推定されている。HEF を受給するためには、原則として計画省が実施している事前貧困認定（Pre-ID Poor）を受ける必要がある。事前貧困認定は年間 8 州で実施されるため、全国 25 州をカバーするには 3 年かかり、結果として、各州における事前貧困認定は 3 年に 1 度行われている。事前貧困認定では、各村の 5~7 名から成るボランティア・グループが貧困世帯候補を訪問し、質問票に基づいてアンケート調査を行う。その結果を点数評価して貧困認定がなされる。点数が付された ID Poor 世帯のリストは、村内でその妥当性について検討・議論が行われ、最終的に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掲示される。掲示されたリストについて特に村民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、ID Poor 世帯

²⁰ NSSF (2018). Achievement over the period of 10 years (2008-2017) And Direction for 2018.

²¹ MPA, CPA1-3 ガイドラインで保健省が定める医療施設のサービス基準に基づき認証される。

²² Jordanwood, T., Grundmann C. (2015). "Health Equity Fund System Technical Brief" USAID Social Health Protection Project implemented by University Research Co., LLC. August 2015.

は3年間有効の Equity Card を受け取る。一方、事前貧困認定は受けられなかったが困窮している者は、医療サービスを受ける際に、医療施設における簡易アンケート調査を通じて1年間有効の事後貧困認定（Post-ID Poor）を受けられる（表2-12参照）。その後、事後貧困認定者は、事前貧困認定者と共通の貧困認定システムに登録される。

表 2-12 カンボジア貧困（ID Poor）認定

	事前貧困認定（Pre-ID Poor）	事後貧困認定（Post-ID Poor）
実施場所	コミュニティー	医療施設
認定頻度	3年毎	随時
発行カード	Equity Card	Priority Access Card
有効期限	3年間	1年間

出所：プロジェクト・チーム作成

上述の通り、世帯所得のレベルは3年毎に見直されるが、3年に1度の見直しでは、3年の間に困窮した世帯を掌握することができない。また、認定時に世帯主が不在である場合、調査対象にならないこともある。さらに事後貧困認定を受けた世帯がその後貧困登録されていないなどの問題が顕在化したため、計画省は、コミュニティーにおいて随時申請ベースで ID Poor 認定ができるよう制度を改正すべく、現在パイロット調査を実施している。

HEF の財源は、後述の医療の公平性と質の向上のためのプロジェクト（H-EQIP）のプールファンドである。

2-3 医療保障分野における開発パートナーの動向²³

(1) 世界銀行²⁴

世界銀行は、2016年7月より5年間の計画で、カンボジア保健セクターへのプールファンド型支援枠組み、H-EQIP を実施している。カンボジア保健セクターへのプールファンド型支援は2003年からこれまで実施されているが、この H-EQIP が最後になる予定である。H-EQIP には、世界銀行のほか、ドイツ復興金融公社（Kreditanstalt für Wiederaufbau。以下「KfW」という。）、オーストラリア外務貿易省（Department of Foreign Affairs and Trade。以下「DFAT」という。）及び韓国国際協力団が拠出している。また、アメリカ合衆国国際開発庁（United States Agency for International Development。以下「USAID」という。）は用途を限定した資金、日本政

²³ Overview Health Care Financing Activities 2017 (updated October 2017)

²⁴ 世界銀行からの聞き取りによる（2018年3月1日）。

府は日本開発政策・人材育成基金²⁵を通じて、モニタリング・評価の能力向上のための活動に対して 100 万米ドル（約 1.11 億円）を拠出している²⁶。プールファンドへの拠出額の割合は、2018 年現在、開発パートナーが 40%、カンボジア政府が 60%である²⁷。開発パートナーの拠出の割合は今後徐々に逡減され、H-EQIP 終了時にはすべてカンボジア政府が負担する計画である。

H-EQIP では、HEF の運営を支援する一方で、アウトプット・ベースで契約した HEF 医療施設については医療の質の評価 (Quality Assessment)、医療提供報奨金 (SDG) の効果に関する評価、患者の登録情報システム (Patient Management Registration System) の改善にかかる支援等も行っている。また、2017 年には、H-EQIP の一環で HEF の医療費請求審査を担う独立機関、Payment Certification Agency (以下「PCA」という。) を設立した。2019 年からは、HEF 受給者を対象にした栄養改善プログラム及び医療財政の評価支援プログラム (Health Financing Assessment) を実施する予定である。

世界銀行は H-EQIP のほか、カンボジアを含む複数国を対象とした援助協調促進、医療保障にかかる財政管理、社会経済調査 (Socio-Economic Survey) 実施支援、UHC 研修・分析等を行っている。

(2) 国際労働機関 (ILO)²⁸

ILO はカンボジア社会問題・労働職業訓練・青少年省 (Minister for Social Affairs, Labour, Vocational Training and Youth Rehabilitation : 現労働職業訓練省) から要請を受け、2003 年より NSSF の設立・運営のための技術協力を行っているほか、労働者保護、年金保険にかかる法整備等、幅広い支援を行っている。2018 年には NSSF の予算 (約 10 万米ドル) で 17 Triggers というマーケティング会社と契約し、医療保険に関する啓発用資材 (Communication kits) を作成することを決定した。

ILO は、インフォーマルセクター労働者の一部に民間被用者向け医療保険を適用させるべく、現在様々な調査を行っている。2017 年には日雇い建設労働者の雇用の仕組みと労働者の置かれた状況に関する調査を行った。これに続き、2018 年には個人経営のトゥクトゥク (バイク・タクシー) 運転手と家庭内で雇用された労働者 (家政婦・運転手等) を対象に同様の調査を行っている。

²⁵ 日本政府と世界銀行のパートナーシップの下、途上国への資金協力の効果を高めるためには途上国の人材育成、適切な政策の立案・実施等が不可欠であるとの認識に基づき、1990 年 7 月に設立された。

²⁶ JICA カンボジア提供資料 (2017 年 4 月 4 日)。

²⁷ Bureau of Health Economics and Financing of the Department of Planning and Health Information, MOH with support from the World Health Organization. (2018). Estimating Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report (2012-2016 Data).

²⁸ ILO への聞き取りによる (2018 年 2 月 22 日)。

(3) ドイツ政府²⁹

ドイツ政府は、KfW 及び GIZ を通じて長期に亘りカンボジアの社会保障分野における支援を行っており、特に貧困層以外のインフォーマルセクターを支援する数少ない開発パートナーである。

KfW は H-EQIP に資金を拠出しているほか、2017 年には PCA への技術支援を開始した。一方、コミュニティに配布したバウチャーと引き換えに母子保健等、特定の医療サービスを無料で提供するバウチャー・スキームを長年支援してきたが、2018 年 2 月で終了した³⁰。GIZ は保健省にアドバイザーを派遣しているほか、NSSF の能力強化（医療保険運営、広報、IT システム等）、NSPC の設立、貧困認定、医療施設のコスト情報システム強化、医療の質に関する管理システムの統合、給付パッケージ及び医療費の自己負担にかかる分析、社会経済調査（Socio-Economic Survey）、法整備等、幅広い分野において支援を行っている。2018 年 9 月には、新たに社会保険のアドバイザーを MEF に配置する予定である。

(4) アメリカ合衆国国際開発庁（USAID）³¹

USAID は HEF の設立を支援しており、その一環で PCA の設立、HEF 分析調査、コミュニティを基盤とした HEF 管理強化、HEF のインフォーマルセクター適用の可能性の模索等の支援を行っている。また、NSSF の能力強化（人材育成、医療保険運営、広報、IT システム等）、医療財政・医療情報システムに関する様々な支援、HIV/エイズ・結核プログラムの財政管理分析等も行っている。

カンボジアで 2017 年 8 月に開始した USAID のプロジェクト、Health Policy Plus（以下「HP+」という。2020 年 9 月まで実施予定。）では、重点支援分野の柱の一つが社会保障であるが、特に USAID のこれまでの支援内容との相乗効果を期待し、（1）民間セクターを含む医療施設の認証にかかる法整備、（2）HEF への支援、（3）NSSF の持続的経営に向けた支援を行うと共に、（4）医療財政分野のアドバイザーを MEF に派遣している。

(5) 世界保健機関（WHO）³²

WHO はこれまで保健省に対して様々な技術支援を行ってきた。具体的には、国民保健医療勘定（National Health Accounts）、公共／医療財政管理、ニーズに対応した予算配分、社会経済調査（Socio-Economic Survey）分析、保健管理情報システム、戦略

²⁹ GIZ への開き取りによる（2018 年 2 月 23 日）。

³⁰ バウチャー・スキームは Health Equity Fund（HEF）に統合される。

³¹ USAID コンサルタントへの開き取りによる（2018 年 2 月 22 日）。

³² WHO への開き取りによる（2018 年 2 月 27 日）。

的医療財政管理、リハビリのコスト調査等である。2018年8月には医療経済の専門家が着任し、今後は医療保険分野にも積極的に協力していきたいとしている。

(6) フランス開発庁³³

フランス開発庁は NSSF の設立当初より主に医療保険にかかる技術支援を行ってきたが、近年フランス政府がカンボジアに対する援助を有償にシフトしたため、現在では、NSSFの州オフィス設立の資金提供等の活動に限定されるようになった。

(7) オーストラリア外務貿易省 (DFAT)³⁴

DFAT は世界銀行と共にカンボジアを含む複数国を対象とした援助協調促進、医療保障にかかる財政管理支援を行っているほか、GIZ と共に貧困認定にかかる支援を行っている。今後は、H-EQIP を通じて、障がい者や家庭内暴力で苦しむ等脆弱な立場に置かれた女性が HEF の対象になるよう支援していく予定である。

(8) スイス開発協力庁

スイス開発協力庁は、スイス人医師が無償で医療サービスを提供すべく設立したカンタボパ (Kantha Bopha) 小児病院に対して資金援助を行ってきたが、同病院が国営化されることが決定したため、現在移行にかかる支援を行っている。

(9) 社会保障協会 (SHPA)³⁵

社会保障協会 (Social Health Protection Association。以下「SHPA」という。) は CBHI が破綻した非政府組織 (Non-Governmental Organization。以下「NGO」という。) の立て直しにかかる財政マネジメントや啓発活動に関する支援を行っている。また、UHC に向けた取り組みに貢献するため、CBHI の経験を通じてこれまで蓄積した教訓をカンボジア政府に伝える活動を行っている。

(10) Group de Recherche et Déchanges Technologiques (GRET)³⁶

GRET (フランスの NGO) は、ILO の上記調査の結果を踏まえ、個人経営のトゥクトゥク (バイク・タクシー) 運転手、約 9,000 人と家庭内労働者 (家政婦・運転手等) 約 400 人を対象に、2018年11月より3年間、プノンペンで医療保険の実証調査を行う。予算は3年間で最高 800,000 ユーロを見積もっている。予算の 90% は AFD より、10% は NSSF のコールセンター支援に関心のある民間企業から募る予定である。

³³ フランス開発庁への聞き取りによる (2018年2月22日)。

³⁴ DFAT への聞き取りによる (2018年2月28日)。

³⁵ SHPA への聞き取りによる (2018年3月2日)。

³⁶ GRET への聞き取りによる (2018年6月1日)。

GRET の実証調査では、トゥクトゥク運転手組合 (Association) と家庭内労働者 (家政婦・運転手等) の労働組合 (Union) に対して働きかけ、NSSF への加入を促進するが、加えて労働者個人へのアプローチも検討する。基本的に NSSF の民間被用者と同様の給付パッケージを考えているが、対象人口の支払い能力に鑑み、調整する予定である。他方、ILO の支援で NSSF が開発したメディア・ツール (ビデオ・SNS 等) を最大限活用し、啓発活動も行う。また、第三者機関 (SHPA を想定) による加入者の満足度調査を行うことも提案している。

GRET は年に一度ワークショップを開催し、関係者 (政府関係者・ドナー等) とプロジェクトの進捗を確認したいとしている。また、この実証調査の結果を広くインフォーマル・ワーカーにも活用することを望んでおり、JICA とも共有したいとしている。

GRET は、約 11,000 人の工場労働者が加入していた NSSF の医療保険の前身、Health Insurance Project (HIP) を実施しており、NSSF の構造、カンボジアの医療サービス、医療保険、保健情報システム等に関する知見を有する。また近年、NSSF のコールセンター設置も支援している。

(11) カトリック救援事業会 (CRS) ³⁷

カトリック救援事業会 (Catholic Relief Services。以下「CRS」という。) は 2017 年 7 月より、Pursat 州 Bakan OD において、3 年間の予定で CBHI のパイロット・プロジェクトを実施している。同プロジェクトでは、先行する CBHI から得た教訓を活かし、世帯全員の加入を条件としている。保険料は一律で一人当たり月額 2,500 リエル (0.6 USD) であるが、契約期間が 6 カ月のものと 1 年のものがある。1 年契約の保険は手術と出産にかかる医療サービスにも適用されるが、6 カ月毎に更新される保険では、基本的な怪我や病気にかかる医療のみが給付対象となっている。プロジェクト開始から 1 年で対象 OD 人口の 10% が加入することを目標としている。

³⁷ CRS への聞き取りによる (2018 年 2 月 1 日)。

第3章 医療保険制度の受給者にかかる定性・定量分析調査

SHIP モデルを設計する上で、受益者となるインフォーマルセクター人口の社会経済状況、医療サービスの利用状況、保険に関する知識や期待等における情報を参考にすべく、KHANA リサーチセンターに再委託し、2017年4月から6月にかけて主要情報提供者からの聞き取り調査（Key Informant Interview。以下「KII」という。）及びフォーカス・グループ・ディスカッション（Focus Group Discussion。以下「FGD」という。）、また同年10月から2018年2月にかけて世帯調査を実施した。

3-1 聞き取り調査及びフォーカス・グループ・ディスカッション

Phnom Penh 特別市と Kampong Speu 州において、KII 及び FGD を実施した。非確率抽出法³⁸によって、Phnom Penh 特別市、Por Sen Chey 郡 Chom Chau コミューン Prey Speu 村、Kampong Speu 州 Kong Pisey 郡 Chhung Rok コミューン Na 村の2カ所を抽出し、インフォーマルセクターのサブグループを対象とした（表3-1及び表3-2参照）。

表 3-1 KII 対象者

対象グループ	対象サブグループ	人数
コミュニティー・リーダー	長老、校長、教師、保健センター長、僧侶、尼僧	13
コミュニティー組織	共同貯金グループ・リーダー、若者グループ・リーダー、寺委員	7
地域有力者	コミュニティ／サンカット長、村長、安全管理組織長	9
合計		29

表 3-2 FGD 対象者

対象グループ	人数
高所得者	11
農民・漁民	10
小規模ビジネス経営者	12
自営業者	11
地主	12
移民労働者	12
女性	12
準貧困層	12
合計	92



図 3-1 FGD（小規模ビジネス経営者）



図 3-2 KII（僧侶）

³⁸ Phnom Penh 特別市からは都市郡、Kampong Speu 州からは農村郡、インフォーマルセクターの多様なサブグループ（農民、漁民、小売業者、女性、準貧困層、富裕層等）が多く居住する地域を選定した。

調査への参加は任意とし、調査対象者候補にはインタビューを行う前に調査の目的、リスク及び利益について説明した。また、インタビュー内容は録音し、主要テーマごとに内容を整理したうえで調査目的に沿って分析した。主な調査結果はBOX 3-1の通りである。

BOX 3-1 KII 及び FGD の結果概要

- ◆ 調査対象人口は、公立若しくは民間医療施設から半径5キロ以内に居住している。
- ◆ 公立医療施設は民間医療施設に比べて、一般的に診療費は安価だが、スタッフの対応、サービスや機材の質が良くないと考えられている。
- ◆ 利用される医療施設（薬局から病院まで）は、傷病の種類や重度によって決められることが多い。
- ◆ 医療保険に関する知識や経験のある者はいるが、正しい知識を有する者は少ない。
- ◆ 正しい知識がないため、保険への加入を拒む者がいる。
- ◆ 富裕層は診療費（User fee）の支払い能力があるので、保険に加入したがるのではないかとこの意見がある。
- ◆ 保険料の徴収については、月例の方が一度に徴収される金額が少ないので、住民が負担に感じないというメリットがあるが、定期収入がない者にとっては、収穫期や冠婚葬祭の少ない季節にまとめて徴収する方が好都合だと考えられている。
- ◆ 所得レベルではなく、受けられるサービスに応じて保険料を設定すべきだという意見が多い。
- ◆ 電子送金が可能なら、資金管理の透明性という観点から望ましいという者は多いが、訪問型の徴収は、集金者に質問できるというメリットがあると考えられる者もいる。
- ◆ 10世帯を1グループにするなどして、グループ毎に保険料を徴収し、村の代表はそれら集金者を監督し、月例会合などにおいて、保険運営の状況が報告されると管理が容易になるという意見があった。集金者は、文字の読み書きができ、実直で、住民のことをよく理解し、住民から信頼されている人でなければならないと考えられている。
- ◆ 保険料徴収を管理するのは村長かコミュニオン長が良いという意見が多い。
- ◆ 保険加入を促進するためには、保険に関する住民の理解を促進し、かつ保険に対する住民からの信頼を築くことが肝要だと考えられている。また、そのために村レベルで医療保険に関するキャンペーンを行うことを推奨している。キャンペーンには、テレビやラジオ、コンサートやフェイスブックなどのソーシャルメディア、保険プロモーターの活用などが有効だと言われている。
- ◆ 保険料の集金者や保険のプロモーターには報酬もしくはインセンティブとして保険料免除か徴収した保険料の1～10%を与えると良いという意見があった。
- ◆ 医療保険制度を導入する際には、コミュニティーに既に存在する各種サポート・プログラムと統合させると良いという意見が聞かれた。

3-2 世帯調査

(1) 目的

KII 及び FGD の定性分析調査の結果を踏まえ、以下4点を目的として世帯調査を実施した。

1. インフォーマルセクター人口の健康状態、医療サービス利用状況、医療保障に関する知識・加入状況について理解する。
2. 医療保障制度に対する人々の要望について理解する。
3. SHIP モデルがカンボジア国民の期待に沿うものか確認する。
4. 保険料徴収及び医療保険の促進者として実施可能なメカニズムをコミュニティーが有しているか確認する。

(2) 実施期間

2017年10月より調査ツールを開発し、調査員の研修、プレテストを経て11月から12月にかけてデータ収集を行った。2017年12月から2018年1月にかけてデータ入力及び分析を行い、1月から2月にかけて調査結果を報告書にまとめた。

(3) 調査対象地域と対象世帯数

比較的豊かな農村地帯である Battambang 州と、Phnom Penh 特別市近郊の準都市部である Kampong Speu 州を本調査の対象とした。これら2地域は SHIP モデル実証調査の対象候補地でもある。各州においては、それぞれ3カ所の OD を選定した。各 OD の対象世帯数は、確率比例抽出法に基づき、人口規模に比例したサンプルサイズとし、10%の回答拒否率を想定して表 3-3 の通り決定した。

表 3-3 世帯調査の対象世帯数

調査対象地		世帯数
Battambang州		537
OD	Battambang	154
	Sangke	248
	Tmar Kaul	135
Kampong Speu州		499
OD	Kampong Speu	228
	Kong Pesey	184
	Oudong	87
合計		1,036

(4) サンプリング方法

可能な限り代表性のあるサンプルを抽出し、且つ費用対効果を向上させるため、多段階抽出法を用いて対象世帯を選定した。まず、州都のある都市 OD (Battambang OD 及び Kampong Speu OD) を意図的に対象とし、各州の OD リストを基に、2カ所の農村 OD を無作為に抽出した。次に各 OD のコミュニーリストを使用し、対象コミュニーを3カ所無作為に抽出した。ただし、都市部のコミュニーは都市 OD から抽出

したため、農村 OD からは農村部のコミュニティのみをサンプリングの対象とした。続いて、各コミュニティの村リストを基にそれぞれ 2 カ所の村を無作為に抽出した。最後に、村長または地域保健ワーカーから得られた村の地図を用いて、系統的無作為抽出法を用いて対象世帯を選定した。各村における調査対象世帯数は人口規模を考慮して決定した。

(5) データ収集チームとトレーニング

ジェンダー・バランスを考慮してデータ収集チームを結成した。KHANA リサーチセンター長が研究責任者、JICA SHIP 保健システム専門家が共同研究責任者となり、データ収集監督者 2 名を指導した。6 名の調査員がデータ収集監督者の指示の下、業務に従事した。

データ収集監督者及び調査員を対象に 2 日間のトレーニングを実施した。トレーニングでは、調査プロトコール、データ収集の手順、研究倫理及びインタビューの実施方法について説明した。プレテストは調査対象地域で 1 日行った。

(6) 調査ツール

先行する調査研究、既存のポリシー、ガイドライン及び関連するプロジェクト文書を参考に、また本調査で形成した SHIP モデルと定性分析調査の結果を基に構造化された質問票を作成した。質問票には、対象世帯の社会経済的背景、医療サービスの利用状況、医療保障・医療保険に関する知識及び経験、医療保険制度に加入する意欲や期待等に関する質問を含めた。調査票の作成過程では、TWG-SHIP メンバー、カンボジアの保健システムや医療財政に携わる専門家等と協議を行った。質問票は、約 30 分間の対面インタビューを行う際に用いた。質問票の詳細については別添資料 1 を参照されたい。

(7) データ入力と分析

Epi-Data Version 3 (EpiData Association, Odense, Denmark) を用いて調査票データを二重入力した。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、医療サービスの利用状況、医療保障に関する知識及び経験、医療保険制度に加入する意欲と期待等について分析した。他方、対象世帯の経済レベルによる格差分析を行うため、主成分分析を実施し、調査対象世帯を階層別 5 分位に分類した。統計解析には Stata13 (StataCorp, Texas, USA) を用いた。

(8) 倫理的配慮

調査プロトコールとツールはカンボジア保健省の健康に関する研究の国家倫理委員会によって承認された (258NECHR)。フィールド調査開始前に各州の PHD に協力

依頼文書を送付し、承諾を得た。インタビュー調査前には各対象者に対し、調査の内容や目的について説明し、同意が得られた対象者に対して調査を行った。データ収集終了後、調査対象者を特定できる情報はすべて削除し、各参加者にコードを割り当てることによって個人情報を保護した。

(9) 結果

調査対象世帯及び各世帯の稼得者の社会経済的特性は表 3- 4 の通りである。回答拒否率 10%を想定してサンプルサイズを決定したが、結果として回答率は 100%であった。

調査対象世帯の特性

平均世帯人数は 4.73 人（稼得者数と被扶養者数の合計）であった。世帯あたりの平均稼得者数は 2.08 人、被扶養者の平均人数は 18 歳未満が 1.67 人、18 歳から 64 歳が 0.77 人、65 歳以上が 0.22 人であった。少なくとも稼得者の一人が自営業である世帯は全体の 71.0%、3 名までの稼得者がすべて自営業である世帯は全体の 37.1%であった。平均世帯月収に基づいて推定した世帯一人当たりの年収は、1,008.66 米ドルであった。これは 2015 年の CEIC³⁹によるカンボジアの一人当たり平均年収、1,093.46 米ドルに近似している。調査対象世帯の 45.7%が都市部に居住しており、91.7%が電気を利用、19.4%が銀行口座を保有していた。

³⁹ <https://www.ceicdata.com/en/indicator/cambodia/annual-household-income-per-capita>

CEIC は、ユーロマネー・インスティテュート・インベスター（Euromoney Institutional Investor）による 195 以上の国々のマクロ・マイクロ経済データを集計・分析した情報源である。

表 3-4 世帯及び稼得者の特性

世帯の特性	全国 (N = 1,036)	Battambang (N = 537)	Kampong Speu (N = 499)	都市OD (N = 475)	農村OD (N = 561)
1世帯当たりの稼得者数* (標準偏差)	2.08 (0.74)	1.96(0.74)	2.19(0.71)	2.09(0.73)	2.07(0.74)
世帯当たり平均被扶養者数 [18歳未満] (標準偏差)	1.67 (1.34)	1.81(1.38)	1.52(1.27)	1.71(1.40)	1.64(1.29)
世帯当たり平均被扶養者数 [18歳から64歳まで] (標準偏差)	0.77 (0.95)	0.93(1.02)	0.59(0.82)	0.72(0.90)	0.80(0.98)
世帯当たり平均被扶養者数 [65歳以上] (標準偏差)	0.22 (0.49)	0.25(0.52)	0.19(0.46)	0.24(0.49)	0.21(0.49)
少なくとも1人の稼得者が自営業者である世帯数 (割合)	735 (71.0%)	386(71.88)	349(69.94)	316(66.53)	419(74.69)
すべての稼得者が自営業者である世帯数 (割合)	384 (37.1%)	257(47.86)	127(25.45)	153(32.21)	231(41.18)
世帯人数の平均 (標準偏差)	4.73 (1.78)	4.96(1.91)	4.49(1.61)	4.75(1.85)	4.72(1.73)
1人当たり平均世帯収入 (標準偏差)	US\$ 1,008.66 (1,213.72)	878.62(1,298.61)	1,148.63(1,099.38)	1,195.71(1,176.60)	850.96(1,223.14)
電力へのアクセスのある世帯数 (割合)	950 (91.7%)	484(90.13)	466(93.39)	458(96.42)	492(87.70)
都市在住世帯数 (割合)	473 (45.7%)	471(46.00)	684(45.69)	475(100.00)	0(0.00)
銀行口座を所有する世帯数 (割合)	201 (19.4%)	90(16.76)	111(22.24)	143(30.11)	58(10.34)
稼得者の特性	(N = 2,150)	(N = 1,055)	(N = 1,095)	(N = 991)	(N = 1,159)
女性稼得者数 (割合)	1,026 (47.7%)	448(42.46)	578(52.79)	493(49.75)	533(45.99)
稼得者の平均年齢 (標準偏差)	37.92 (13.95)	39.12(14.15)	36.76(13.66)	38.11(13.92)	37.75(13.97)
既婚で配偶者と同居している稼得者数 (割合)	1,510 (70.2%)	752(71.28)	758(69.22)	651(65.69)	859(74.12)
最終学歴が小学校以下である稼得者数 (割合)	2,135 (99.3%)	1,028(98.67)	1,049(99.90)	938(99.79)	1,139(98.87)

*稼得者への聞き取りは世帯あたり3名まで実施

調査対象稼得者の特性

本調査では、各世帯3名までの稼得者を対象とした結果、2,150名の稼得者が調査対象となった。稼得者の半数以上が自営業者であり、残りは民間団体（民間企業、事業所、NGOを含む）または政府に雇用されていた（図3-3参照）。Battambang州（58.2%）はKampong Speu州（45.4%）に比べて自営業者の割合が大きかった。

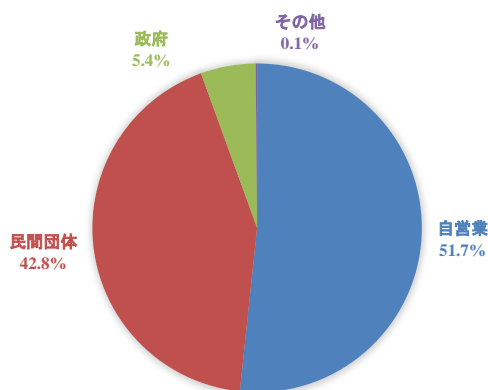


図3-3 稼得者の雇用形態 (N = 2,150)

稼得者の主な職業については、自営農業従事者（25.1%）、その他労働者（18.1%）、販売員（16.4%）、工場労働者（16.2%）、サービス業（9.4%）、公務員（5.2%）、農業労働者（5.0%）などであった（図3-4参照）。サービス業には、ホテル、観光、飲食業、タクシードライバー、美容師、整備工員などが含まれる。農業労働者と販売員の大半は自営業、労働者の大半は民間団体に分類されている。農業労働者の大半がBattambang州在住であるのに対し、工場労働者の大半はKampong Speu州在住であった。

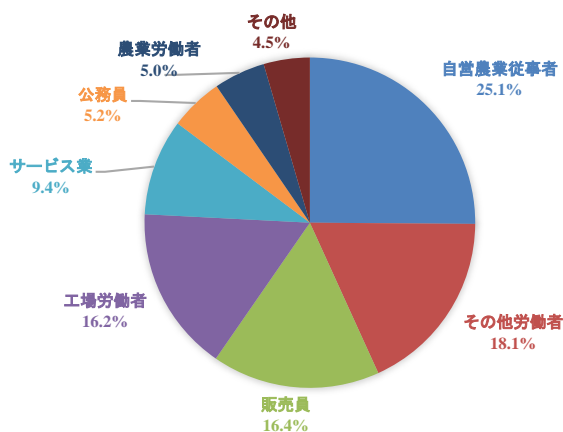


図3-4 稼得者の職業 (N = 2,150)

世帯における職業の特性

少なくとも稼得者の一人が工場労働者である世帯は 263 世帯 (25.4%) であり、その大部分 (96.2%) が Kampong Speu 州在住の世帯であった。一方、少なくとも稼得者の一人が自営農業従事者である世帯は 392 世帯 (37.8%) であった。その割合は Battambang 州で 34.5% であったのに対し、Kampong Speu 州では 41.5% であった。すべての稼得者が自営農業従事者である世帯は全体の 13.8% を占め、Battambang 州では 19.6%、Kampong Speu 州では 7.6% であった。

世帯の経済レベル

調査対象世帯の経済格差分析を行うため、先行研究^{40, 41}を参考に、電力、飲料水、トイレ設備、家屋用資材、オートバイ、テレビ、冷蔵庫、などの所有状況や調理用燃料の種類等に関する 14 の質問⁴²に基づく 26 の二値変数 (表 3-5 参照) を用いて主成分分析を行い、富指標を作成した。また、富指標と世帯構成員の総数に基づいて表 3-6 の通り富の 5 分位階級を形成した。

表 3-5 主成分分析に用いた変数

変数	説明	平均値	標準偏差
c9electricity	世帯に電気がある	0.917	0.28
c10tv	世帯にテレビがある	0.817	0.39
c11fridge	世帯に冷蔵庫がある	0.124	0.33
c12cd	世帯にCD / DVDプレーヤーがある	0.187	0.39
c13wardrobe	世帯に洋服ダンスがある	0.557	0.50
c14generator	世帯に発電機/バッテリー/ソーラーパネルがある	0.198	0.40
c15moto	世帯員がオートバイを所有している	0.819	0.39
c16watch	世帯員が時計を所有している	0.277	0.45
c17bank	世帯員が銀行口座を所有している	0.194	0.40
c18piped	飲料水の主な供給源：住居への配管式水道	0.226	0.42
c18rain	飲料水の主な供給源：雨	0.404	0.49
c18mineral	飲料水の主な供給源：ミネラルウォーターの購入	0.127	0.33
c18well	飲料水の主な供給源：井戸	0.221	0.42
c19ceramic	床の主材料：陶器タイル	0.218	0.41
c19wood	床の主材料：木製の厚板	0.509	0.50
c19cement	床の主材料：セメント	0.174	0.38
c20cement	外壁の主材料：セメントブロック	0.234	0.42
c20thatch	外壁の主材料：ヤシ/竹/わら	0.058	0.23
c20wood	外壁の主材料：木材	0.511	0.50
c20zinc	外壁の主材料：亜鉛	0.188	0.39
c21LPG	主な調理燃料の種類：LPG	0.207	0.41
c21wood	主な調理燃料の種類：木材	0.778	0.42
c21elec	主な調理燃料の種類：電気	0.014	0.12
c22notoilet	家庭用トイレ施設：施設なし/野外	0.159	0.37
c22flushpipe	家庭用トイレ設備：配管式下水道に流す	0.018	0.13
c22flushseptic	家庭用トイレ施設：浄化槽に流す	0.785	0.41

⁴⁰ Chakraborty NM, Fry K, Behl R, Longfield K. Simplified Asset Indices to Measure Wealth and Equity in Health Programs: A Reliability and Validity Analysis Using Survey Data From 16 Countries. *Global Health: Science and Practice*. 2016; 4(1):141-154. doi:10.9745/GHSP-D-15-00384.

⁴¹ Seema Vyas, Lilani Kumaranayake; Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis, *Health Policy and Planning*, Volume 21, Issue 6, 1 November 2006, Pages 459–468, <https://doi.org/10.1093/heapol/czl029>

⁴² <http://www.equitytool.org/cambodia/>

表 3-6 富の5分位階級

	N	%
Q1	222	21.43
Q2	202	19.5
Q3	203	19.59
Q4	207	19.98
Q5	202	19.5
合計	1,036	100

※Q1が最貧でQ5が最富

Battambang 州と Kampong Speu 州における富の分布については図3-5を参照されたい。Battambang 州の方が貧しい世帯の割合が大きいことがわかる。

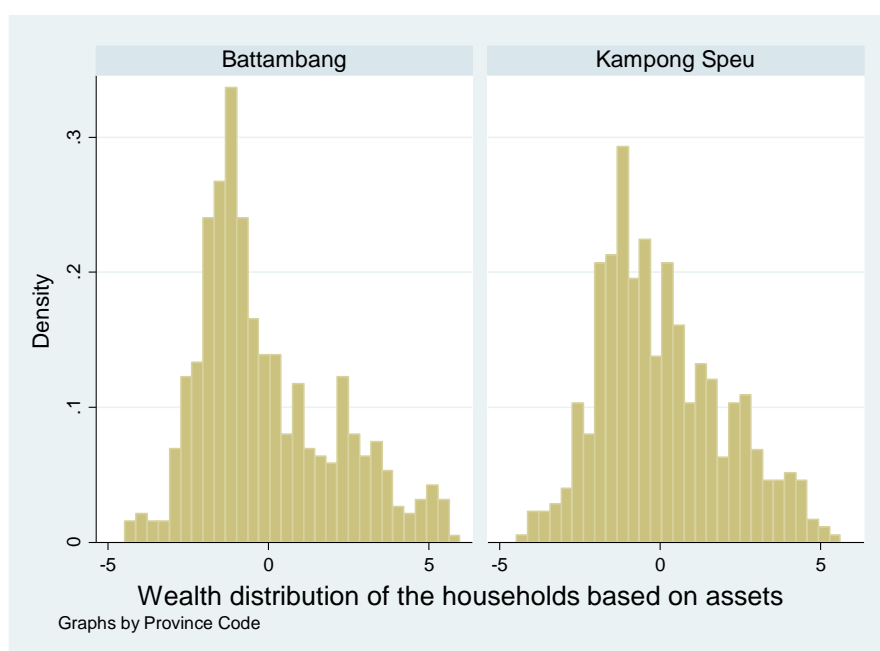


図 3-5 州別の富の分布 (N=1,033)

医療費の財源

医療サービスを利用する際の財源に関しては、調査対象世帯の大部分が収入に依存していた (図 3-6 参照)。また、富裕な世帯ほど貯蓄を利用する傾向があり、貧困世帯ほど借金をして医療を受ける傾向が見られた。

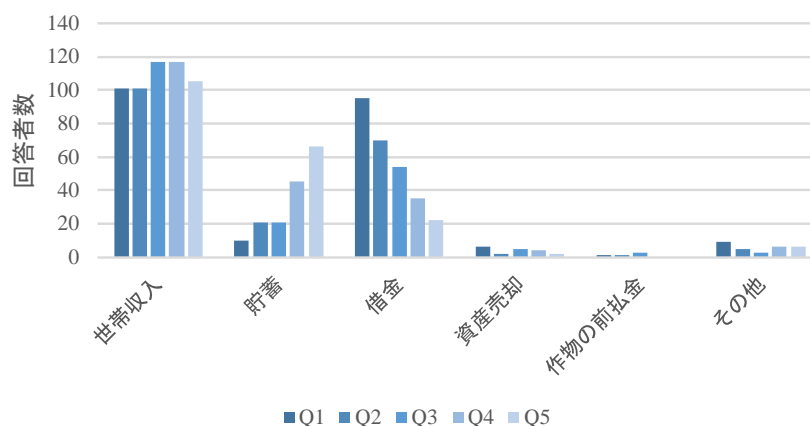


図 3-6 富の 5 分位階級別医療費の財源 (N=1,033)

医療施設の利用状況と満足度

世帯構成員が過去 12 カ月間に病気や怪我をした際、医療サービスを受けたと回答したのは 1,036 世帯中、897 世帯 (86.58%) であった。医療サービスの利用率に関しては OD 間で有意差が見られ、Kampong Speu OD (92.1%) で特に高く、Oudong OD (77.0%) で特に低かった (表 3-7 参照)。

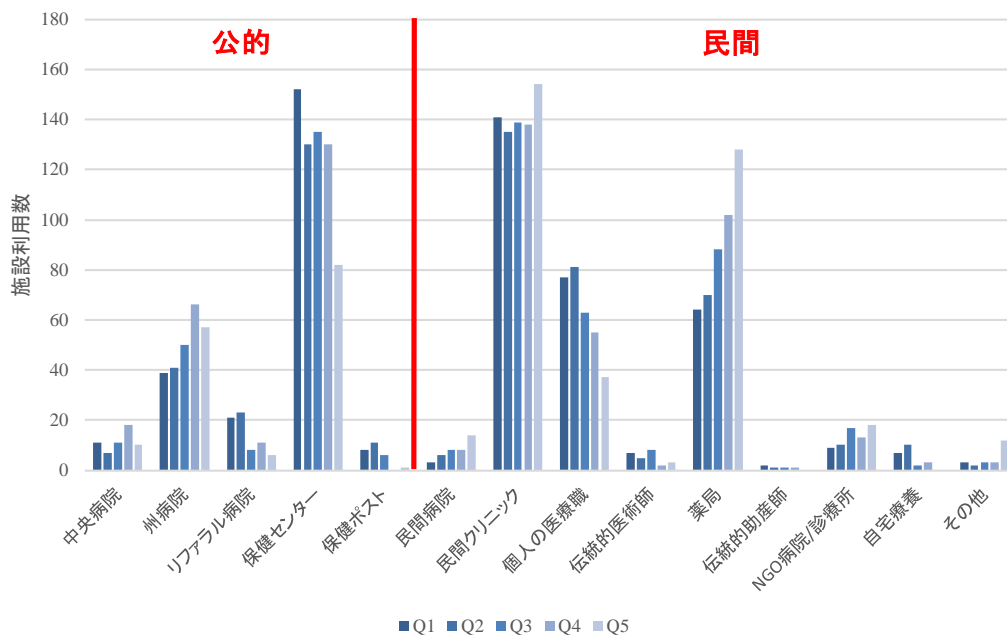
表 3-7 過去 12 カ月間の OD 別医療サービスの利用状況 (N=1,036)

	Tmar Kaul	BTB	Sangke	Kg Speu	Kong Pesey	Oudong	合計
利用した	139(89.7)	216(87.5)	112(83.0)	210(92.1)*	153(83.2)	67(77.0)*	139
利用しなかった	16(10.3)	31(12.5)	23(17.0)	18(7.9)*	31(16.8)	20(23.0)*	897
合計	155	247	135	228	184	87	1,036

度数 (割合) を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

どこで医療サービスを受けたかという質問に対しては、民間医療施設と回答したのが 61.5%、公的医療施設は 38.5% であった。公的医療施設の中では保健センターの利用が最も頻度が高く (60.8%)、続いて州病院 (24.5%) を利用した世帯が多かった。民間医療施設の中ではクリニックの利用が最も多く (42.8%)、続いて薬局 (27.3%)、個人の医療職 (18.9%) の順が多かった。富裕層は貧困層に比べ、州病院や薬局をより多く利用する傾向にあり、貧困層は保健センターや個人の医療職のサービスを利用する傾向が見られた (図 3-7 参照)。過去 12 カ月間に医療サービスを利用した 897 世帯のうち、55 世帯が 2 種類以上の医療サービスを利用しており、そのうち 10 世帯は 2 種類以上の公的医療施設を利用していた。



※複数回答可

図 3-7 富の 5 分位階級別医療施設の利用状況 (N=2,687)

過去 12 カ月間に公的医療施設を利用した 803 世帯 (89.5%) の医療サービスに対する満足度は概して高かった (図 3-8 参照)。公的医療施設を利用しなかった世帯 (10.5%) は、その主な理由として、待ち時間が長い、アクセスが悪い、医療の質が低い等を挙げた。

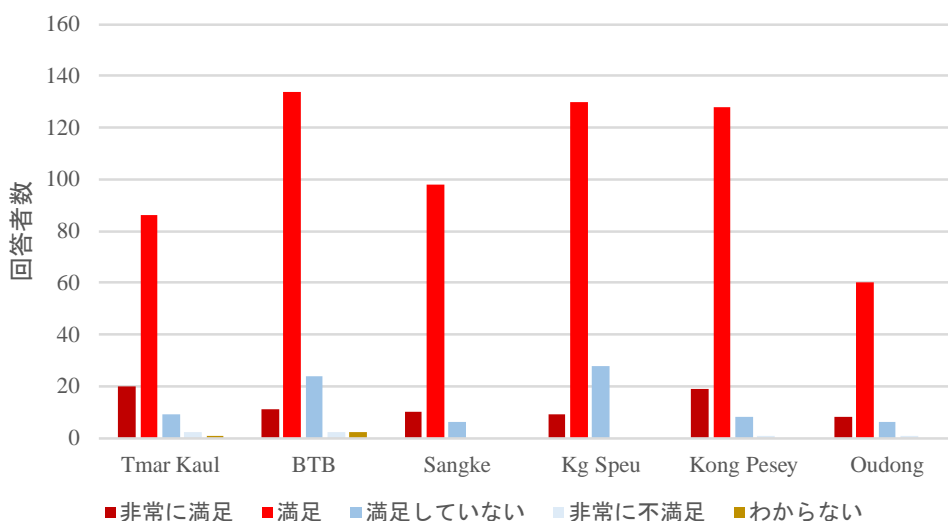


図 3-8 公的医療施設のサービスに対する OD 別満足度 (N=803)

一方、調査対象世帯回答者の 63.4%（656 人）が公的医療施設より民間医療施設の利用を好むと回答した。この傾向は Battambang 州（59.0%）より Kampong Speu 州（68.1%）の方が顕著であった（図 3-9 参照）。

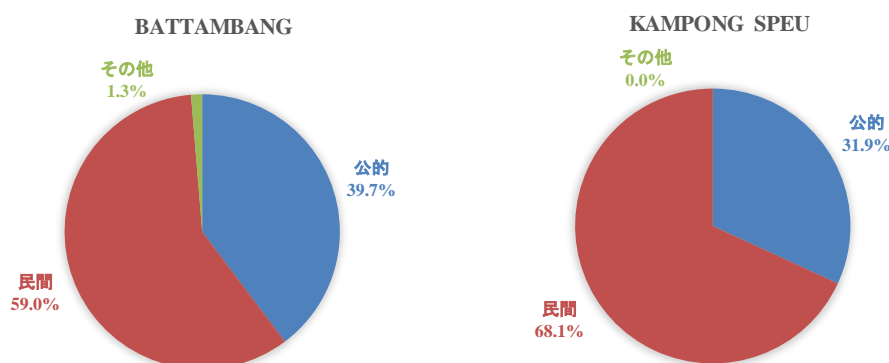


図 3-9 医療施設に関する州別嗜好 (N=1,035)

更に、医療施設の嗜好は居住する OD によっても有意差が見られた。公的医療施設を好む世帯は Battambang OD に多く（43.5%）、Kong Pesey OD では少なかった（29.4%）。他方、民間医療施設を好む世帯は Kong Pesey OD で特に多く（70.6%）、Battambang OD（56.5%）と Sangke OD（56.6%）では少なかった。民間医療施設を好む主な理由は、その利便性と医療サービスの質であった一方で、公的医療施設を好む主な理由は安価であることであった。

表 3-8 OD 別医療施設に関する嗜好 (N=1,035)

	Tmar Kaul	BTB	Sangke	Kg Speu	Kong Pesey	Oudong	合計
公的施設	52(33.6)	107(43.5)*	54(40.0)	79(34.6)	54(29.4)*	26(29.9)	372(35.9)
民間施設	102(65.8)	139(56.5)*	75(55.6)*	149(65.4)	130(70.6)*	61(70.1)	656(63.4)
その他	1(0.6)	0(0.0)	6(4.4)*	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7(0.7)
合計	155	246	135	228	184	87	1,035

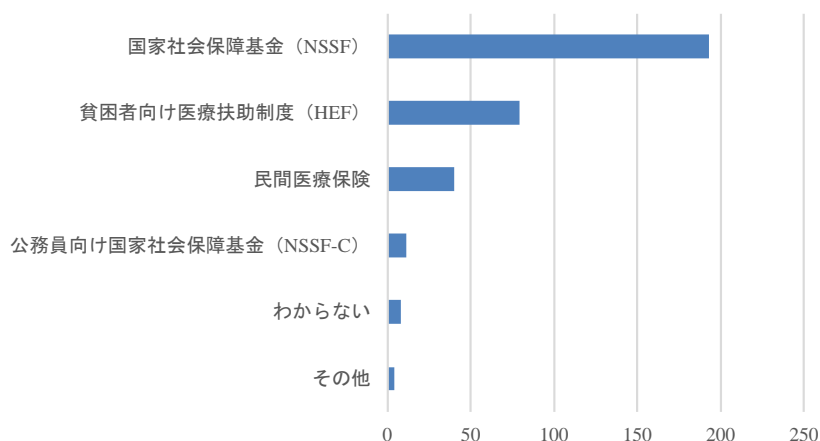
度数（割合）を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

医療保障の加入状況と満足度

調査対象世帯の 30.9%（320 世帯）が、少なくとも世帯構成員の一人が何らかの医療保障を受けていると回答した。このうち 57.6%（193 世帯）が NSSF、23.6%（79 世帯）が HEF、11.9%（37 世帯）が民間保険の受給対象であった（図 3-10 参照）。州別では Battambang 州が 15.3%、Kampong Speu 州では 47.7%の世帯が少なくとも世帯構成員の一人が何らかの医療保障を受けていると回答した。HEF の受給者は貧困世帯が多く、民間医療保険の加入者は高所得者が多いという傾向は見られるものの、概して経済レベルと医療保障受給率について特別な関連は見られなかった。稼得者

すべてが自営業者である世帯（384 世帯）では、世帯構成員の一人以上が医療保障の受給資格がある割合が 10.4%であったのに対し、稼得者の一人以上が工場労働者である世帯（263 世帯）の 86.1%が世帯構成員の一人以上が NSSF の受給対象であると回答した。



※複数回答可

図 3-10 受給資格のある医療保障の種類 (N=335)

NSSF もしくは HEF の受給資格を有し、過去 12 カ月間にそれらの制度を利用した者 (NSSF 62 世帯、HEF 57 世帯) の満足度は全般に高かった (図 3-11 参照)。

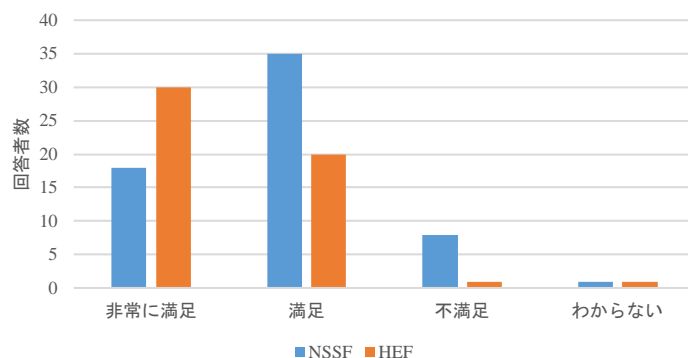


図 3-11 NSSF と HEF の利用満足度 (N=119)

医療保障・医療保険に関する知識

本調査では、調査対象世帯の医療保障・医療保険に関する知識レベルを測定するため、調査員が「保険料」、「保険給付」、「医療施設での窓口負担」などのキーワードについて説明するよう回答者に求めた。その結果、医療保険について十分理解していた世帯は 14.3%、多少理解していたのが 32.4%、残りの 53.3%は医療保障について全く理解していなかった。回答者が医療保険についてほとんど理解していなかつ

た場合、後続の質問をするため、調査員が医療保険について簡単な説明を行った。Battambang 州の回答者に比べ、Kampong Speu 州の回答者は医療保険についてより多くの知識を有していた（図 3-12 参照）。

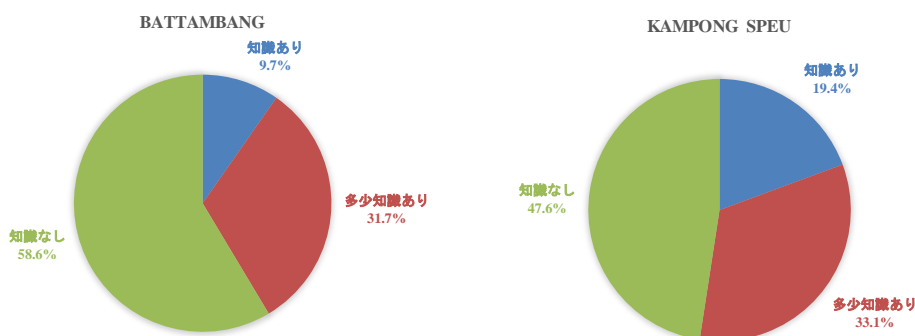


図 3-12 医療保険に関する知識 (N=1032)

世帯構成員が医療保障を受けていない世帯では、医療保障・医療保険について十分理解していたのが 6.4%、多少理解していたのが 29.3%、理解していなかったのが 64.3%であったのに対し、世帯構成員が何らかの医療保障を受けている世帯では 32.4%が十分理解し、39.6%が多少理解しており、理解していなかったのは 28.0%であった（表 3-9 参照）。

表 3-9 世帯構成員の医療保障受給状況と医療保障・保険に関する知識 (N=1,032)

	加入している	加入していない	わからない	合計
知識あり	103(32.4)*	45(6.4)*	0(0.0)	148
多少知識あり	126(39.6)*	205(29.3)*	3(21.4)	334
知識なし	89(28.0)*	450(64.3)*	11(78.6)*	550
合計	700	318	14	1,032

度数（割合）を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

医療保障の種類別で医療保障受給状況と医療保障・医療保険に関する知識に有意差が見られたのは民間医療保険のみであった。民間医療保険の加入者がいない世帯で医療保障・医療保険に関する知識がなかったのが 30.5%であったのに対し、民間医療保険の加入者がいる世帯で知識がなかったのは僅か 8.3%であった（表 3-10 参照）。

表 3-10 民間医療保険への加入と医療保障・保険に関する知識 (N=318)

	加入している	加入していない	合計
知識あり	16(44.4)	87(30.9)	103
多少知識あり	17(47.2)	109(38.6)	126
知識なし	3(8.3)*	86(30.5)*	89
合計	36	282	318

度数（割合）を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

調査対象世帯の医療保障・医療保険に関する知識が限定的であることを表す回答が見られた。どの医療保障の受給資格を有するかという質問に対し、教育保険のような医療保険ではない回答があった。また、Equity カードを保有する世帯構成員は全員 HEF を通して医療サービスを受けられるが、Equity カード保有世帯（調査対象世帯の 15.2%）のうち 59.2%が医療保障の受給資格はないと回答した。

医療保険への加入と保険料の支払い意思

どの医療保険に加入したいか尋ねたところ、49.7%が公的医療保険、18.9%がコミュニティー医療保険、12.9%が民間医療保険と回答した（図 3-13 参照）。公的保険を選んだ主な理由としては、保険料を払う必要がないと思った、評判が良い、質の良い医療サービスを受けられる、民間保険よりも保険料が安いということが挙げられた。民間保険については、より良い医療サービスを受けられると思ったというのが主な理由であった。回答者の 13.4%が医療保険には加入したくないとし、その主な理由として、保険料が支払えない、医療保険を信用していない、医療保険について理解していないと回答した。

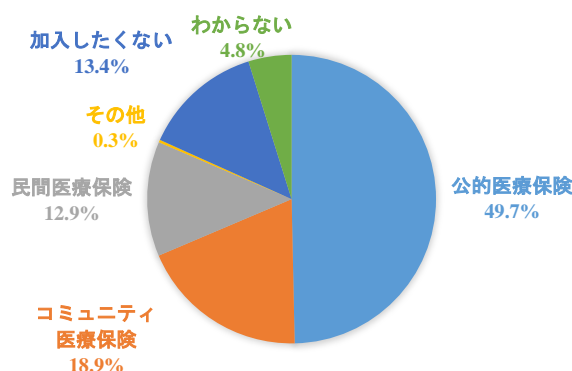


図 3-13 加入したい医療保険制度 (N=1,035)

公的保険とコミュニティー医療保険への加入意思と経済レベルには関連が見られなかったものの、民間保険に加入したいと回答した世帯は富階級の第Ⅲ階級から第Ⅴ階級で有意に多かった。また、保険には加入したくないと回答した世帯は、第Ⅱ階級と第Ⅴ階級で有意に多かった（表 3-11 参照）。

表 3-11 加入したい医療保障制度と経済レベル (N=1,033)

	富階級					合計
	I	II	III	IV	V	
公的保険	113(47.9)	81(45.3)	109(52.9)	105(50.7)	106(51.2)	514
コミュニティ保険	52(22.0)	29(16.2)	41(19.9)	34(16.4)	40(19.3)	196
民間保険	22(9.3)	19(10.6)	18(8.7)*	36(17.4)*	38(18.4)*	133
その他の保険	1(0.4)	0(0.0)	1(0.5)	1(0.5)	0(0.0)	3
保険には加入したくない	39(16.5)	41(22.9)*	22(10.7)	20(9.7)	17(8.2)*	139
わからない	9(3.8)	9(5.0)	15(7.3)	11(5.3)	6(2.9)	50
合計	236(100.0)	179(100.0)	206(100.0)	207(100.0)	207(100.0)	1,033

度数 (割合) を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

公的医療保険制度により強制登録となった場合（保険料の支払いは要求されない）、同意するか尋ねると、93.1%が登録に同意すると回答した（図 3-14 参照）。

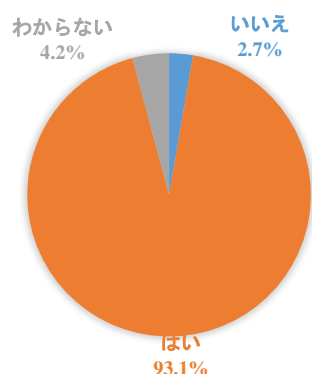


図 3-14 医療保険強制登録への意向 (N=1,033)

公的医療保険制度により強制加入となった場合（保険料の支払いが要求される）、同意するか尋ねると、68.9%が同意し、15.0%が同意しない、12.0%はどちらともいえないと回答した（図 3-15 参照）。

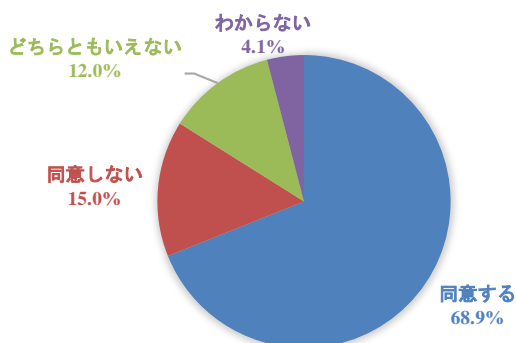


図 3-15 医療保険強制加入への意向 (N=1,033)

強制加入に対する意向には地域間で有意差が見られ、強制加入に同意した世帯は Battambang 州で 60.4%であったのに対し、Kampong Speu 州では 78.1%であった。

表 3-12 医療保険強制加入に対する州別意向 (N=1,033)

	Battambang	Kampong Speu	合計
同意する	323(60.4)*	389(78.1)*	712
同意しない	98(18.3)*	57(11.5)*	124
どちらともいえない	83(15.5)*	41(8.2)*	155
わからない	31(5.8)*	11(2.2)*	42
合計	36(100.0)	282(100.0)	1,033

度数 (割合) を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

また、OD 間でも有意差が見られ、Kong Pesey OD で特に同意する世帯が多く 85.3%であったのに対し、Bttambang OD では 59.2%、Sangke OD では 59.3%と少なかった。同様に、強制加入に同意しない世帯は Tmar Kaul OD (23.2%) で多く、Kong Pesey OD (8.2%) で少なかった (表 3-13 参照)。

表 3-13 医療保険強制加入に対する OD 別意向 (N=1,033)

	Battambang			Kampong Speu			合計
	Tmar Kaul	BTB	Sangke	Kg Speu	Kong Pesey	Oudong	
同意する	98(63.2)	145(59.2)*	80(59.3)*	167(73.6)	157(85.3)*	65(74.7)	712
同意しない	36(23.2)*	38(15.5)	24(17.8)	26(11.5)	15(8.2)*	16(18.4)	124
どちらともいえない	18(11.6)	47(19.2)*	18(13.3)	34(15.0)	4(2.2)*	3(3.5)*	155
わからない	3(1.9)	15(6.1)	13(9.6)*	0(0.0)*	8(4.4)	3(3.5)	42
合計	155(100.0)	245(100.0)	135(100.0)	227(100.0)	184(100.0)	87(100.0)	1,033

度数 (割合) を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

医療保険強制加入への意向は、NSSF と HEF の受給世帯と非受給世帯との間に有意差が見られた。世帯構成員が NSSF に加入していない世帯のうち医療保険強制加入に同意したのは 66.0%であったのに対し、世帯構成員が NSSF に加入している世帯の 82.3%が強制加入に同意した。また、世帯構成員が NSSF に加入していない世帯の 16.2%が医療保険強制加入に同意しなかったのに対し、世帯構成員が NSSF に加入している世帯で強制加入に同意しなかったのは僅か 9.9%であった。

表 3-14 NSSF への加入と医療保険強制加入への同意 (N=1,033)

	NSSF			合計
	加入している	加入していない	わからない	
同意する	158(82.3)*	546(66.0)*	8(57.1)	712
同意しない	19(9.9)*	134(16.2)*	2(14.3)	155
どちらともいえない	15(7.8)*	106(12.8)	3(21.4)	124
わからない	0(0.0)*	41(5.0)*	1(7.1)	42
合計	192(100.0)	827(100.0)	14(100.0)	1,033

度数 (割合) を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

一方、世帯構成員が HEF を受給している世帯の 51.9%が医療保険強制加入に同意する、22.8%が同意しない、15.2%がわからないと回答したのに対し、世帯構成員が HEF を受給していない世帯では、70.5%が同意する、3.1%がわからないと回答した。NSSF-C 及び民間医療保険に加入する世帯構成員のいる世帯とそうでない世帯の間には、医療保険強制加入への意向に関する有意差は見られなかった。

表 3-15 HEF の受給と医療保険強制加入への同意 (N=1,033)

	HEF			合計
	受給している	受給していない	わからない	
同意する	41(51.9)*	663(70.5)*	8(57.1)	712
同意しない	18(22.8)*	135(14.4)	2(14.3)	155
どちらともいえない	8(10.1)	113(12.0)	3(21.4)	124
わからない	12(15.2)*	29(3.1)*	1(7.1)	42
合計	79(100.0)	940(100.0)	14(100.0)	1,033

度数 (割合) を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

医療保険とは、保険料を平時に少しずつ支払う必要があるが、病気や怪我をしたときには医療費を肩代わりしてくれる制度であると説明したうえで、医療保険への加入を希望するか尋ねると、78.3%が希望すると回答した (図 3-16 参照)。

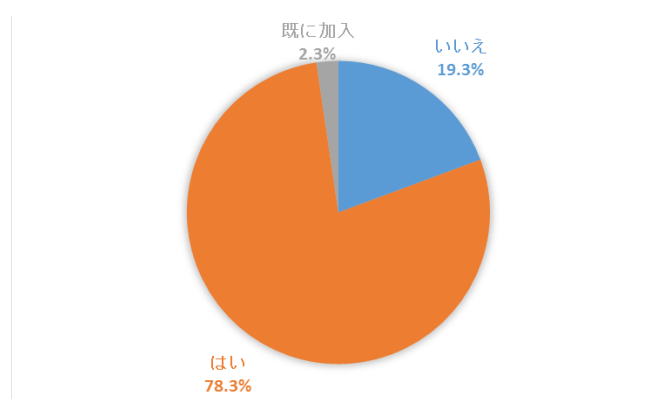


図 3-16 医療保険への加入意思 (N=1,034)

加入を希望すると回答した割合は Battambang 州で 71.1%、Kampong Speu 州では 86.1%であり、州の間に有意差が見られた。

表 3-16 医療保険への州別加入意思 (N=1,034)

	Battambang	Kampong Speu	合計
加入したい	318(71.1)*	429(86.1)*	810
加入したくない	149(27.8)*	51(10.2)*	200
加入済み	6(1.1)*	18(3.6)*	24
合計	536(100.0)	498(100.0)	1,034

度数 (割合) を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

公的医療施設では医療費が全額保険適用、民間医療施設では医療費補助を行う医療保険の保険料が一人当たり月額 14,000 リエル（約 3.5 米ドル）⁴³である場合、世帯構成員の保険料を支払うことができるか尋ねると、支払うことができると回答したのは 29.3%、世帯構成員の一部であれば支払うことができると回答したのが 16.2%、53.2%は支払うことができないと回答した（図 3-17 参照）。

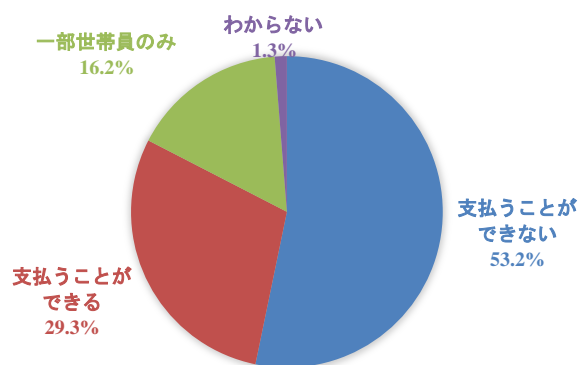


図 3-17 医療保険料が月額 14,000 リエルである場合の全世帯構成員分の支払い能力 (N=1,033)

上記保険料を全世帯構成員分支払うことができると回答した世帯は、富階級の第 V 階級では 47.6%であったのに対し、最貧困の第 I 階級では 21.6%であった。また、支払うことができないと回答したのは第 V 階級では 34.0%であったのに対し、第 I 階級では 64.8%であった（表 3-17 参照）。

表 3-17 医療保険料の支払い能力と経済レベル (N=1,033)

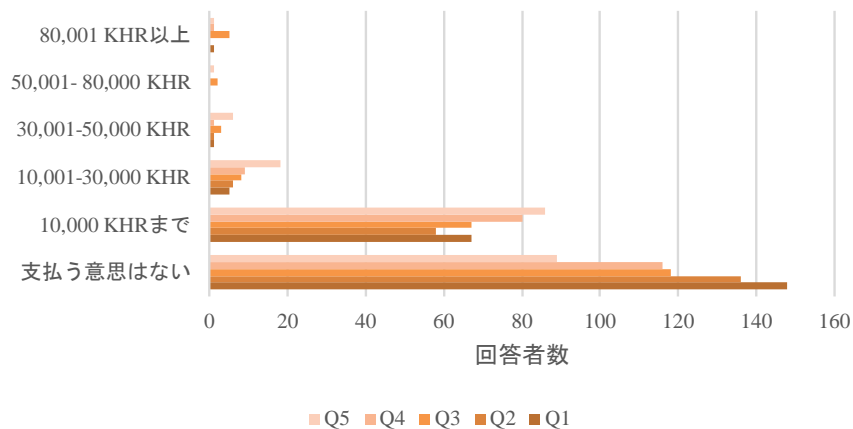
	富階級					合計
	I	II	III	IV	V	
支払うことができる	51(21.6)*	44(24.7)	52(25.2)	58(28.0)	98(47.6)*	550
支払うことができない	153(64.8)*	103(57.9)	122(59.2)	102(49.3)	70(34.0)*	303
世帯の一部であれば可能	26(11.0)*	31(17.4)	31(15.1)	43(20.8)*	36(17.5)	167
わからない	6(2.5)*	0(0.0)	1(0.5)	4(1.9)	2(1.0)	13
合計	236(100.0)	178(100.0)	206(100.0)	207	206	1,033

度数（割合）を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

公的医療施設では医療費が全額保険適用となるが、民間医療施設の場合、診療費が保険給付額を上回る場合、その差額を被保険者が負担しなければならないという制度である場合、それでも民間医療施設を利用するか尋ねると、51.9%がその場合には民間医療施設は利用しないと回答した。

⁴³ 第 4 章コスト調査で算定した一人当たり保険料オプション A とオプション B の月額平均



※月額1人あたりの金額、KHR (カンボジア・リエル)

図 3-18 公的医療保険料を支払う意思とその金額 (N=1,034)

民間医療保険に対して保険料を払う意思があったとした世帯代表者は 37.3%であったのに対し、公的医療保険に対しては 41.3%が支払う意思があると回答した。ただし、公的医療保険に保険料を払う意思があったとした者の多くは、公的保険の保険料は民間保険の保険料よりも低く設定されていることを期待していた。富裕層ほど多くの保険料を支払う意思を表明したが、最富裕層を含め、大多数が支払う意思があったとしたのは1人あたり月額 30,000 リエル (7.5 米ドル) までであった (図 3-18 参照)。Kampong Speu 州では 40.2%の世帯が一人あたり月額 10,000 リエルまで、5.8%が 30,000 リエルまでであれば公的保険の保険料を払っても良いと回答し、Battambang 州を有意に上回った。一方、公的医療保険の保険料を支払う意思はないと回答した世帯は Battambang 州では 64.6%であり、Kampong Speu 州の 52.4%を有意に上回った (表 3-18 参照)。

表 3-18 公的医療保険料を支払う州別意思とその金額 (N=1,034)

	Battmbang	Kampong Speu	合計
80,001 KHR以上	5(0.9)	3(0.6)	8
50,001-80,000 KHR	1(0.2)	2(0.4)	3
30,001-50,000 KHR	9(1.7)	3(0.6)	12
10,001-30,000 KHR	17(3.2)*	29(5.8)*	46
10,000まで	158(29.5)*	200(40.2)*	358
支払う意思はない	346(64.6)*	261(52.4)*	607
合計	536(100.0)	498(100.0)	1,034

度数 (割合) を記載

* 調整化残差が±1.96 以上

保険料の設定と徴収

保険料をどのように設定すべきかという質問に対しては、55.8%が全世界帯一律の保険料にすべきだと回答した。保険料は一律にすべきではないと回答した者のうち、86.8%が世帯収入を考慮する必要がある、31.1%が世帯の被扶養者数を考慮すべきだと回答した。保険料徴収の頻度に関しては、回答者の63.7%が毎月徴収してほしいと回答した（図3-19参照）。

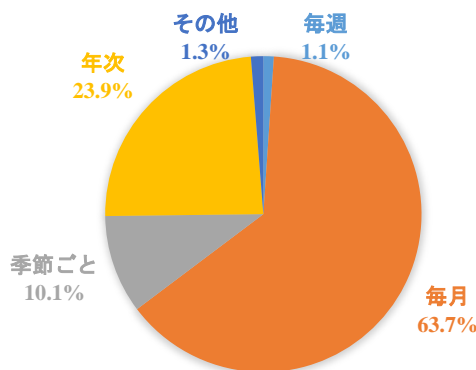


図3-19 保険料徴収頻度の希望 (N=1,032)

収穫期のみ収入がある農業従事者にもこの傾向は見られた。主な稼得者の一人以上が自営農業従事者である世帯の54.5%が保険料は毎月支払う方が良いとし、収穫期などの季節ごと（14.4%）、年に一度（29.9%）を上回った（図3-20参照）。

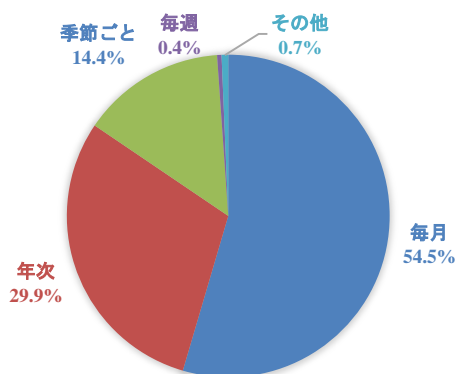
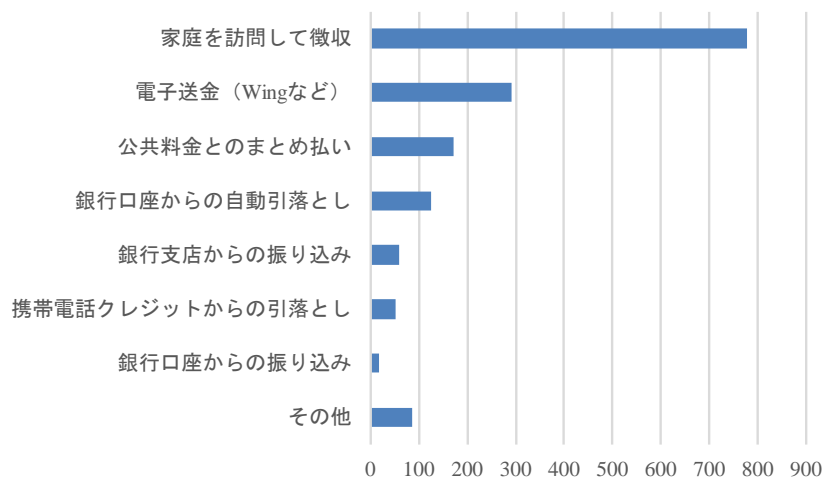


図3-20 主な稼得者の一人以上が自営農業従事者⁴⁴である世帯の保険料徴収頻度の希望 (N=451)

保険料を徴収する手段に関しては、家庭を訪問して徴収するという方法を好む世帯が最も多く、続いて電子送金システムの利用、公共料金とのまとめ払いが多かつ

⁴⁴ 自営農業従事者、農業労働者及び漁業・畜産農業従事者を含む

た。調査対象世帯のうち、銀行口座を保有していたのはわずか 19.4%であったため、銀行を介する支払いはあまり好まれなかった。しかし、銀行口座からの自動引き落としが可能であれば、大多数がそれを希望すると回答した。銀行口座からの自動引き落としを望まないとした者の主な理由は、手続きが煩雑だと考えているからであった（図 3-21 参照）。



※複数回答可

図 3-21 保険料徴収の手段 (N=1,582)

保険加入促進に適した人物

地域で医療保険加入と保険料の支払いについて広報活動を行うのに最も適した人物は誰か尋ねると、49.8%が村長と回答した（図 3-22 参照）。この割合は特に農村部において大きく、52.2%であった。一方、都市部では 19.4%が医療施設の事務職員を挙げ、農村部の 3.7%を大きく上回った。

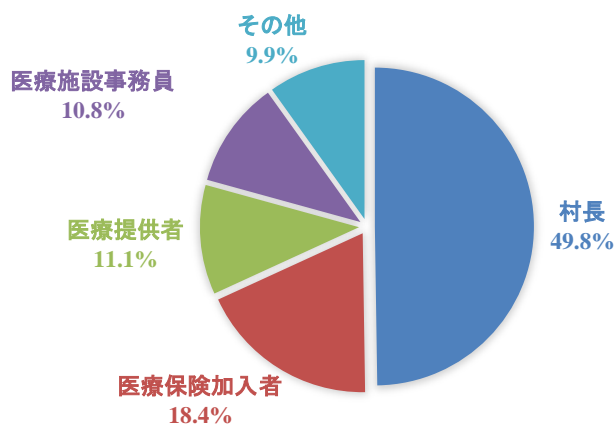


図 3-22 保険加入促進活動の適任者 (N=1,033)

情報メディア

調査対象世帯において、日常的に必要な情報は主にテレビ（63.1%）、ソーシャルメディア（21.2%）、ラジオ（15.2%）から得ていた（図 3-23 参照）。医療保険について知識のある回答者のソーシャルメディア利用率は比較的高く、対照的に、医療保険について知識のない回答者の間ではラジオの利用率が比較的高かった。

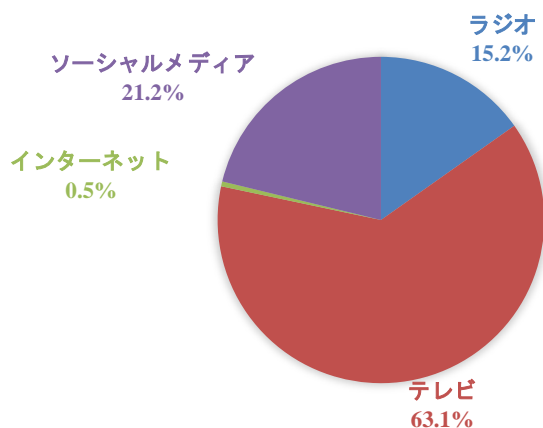


図 3-23 日常生活における情報メディア (N=1,033)

(10) 考察

本世帯調査から、インフォーマルセクター向け医療保険制度（SHIP モデル）設計及びカンボジアの医療保障の構築に関し、以下の有益な情報が得られた。

SHIP モデルの対象者

世帯構成員の一人以上が医療保障の受給資格を有する世帯は全体の 30.9%であり、稼得者すべてが自営業者である世帯では 10.4%と特に低かった。この受給率は個人レベルではさらに低いことが予想される。Kampong Speu 州の工場労働者など、民間被用者の医療保険受給率が上昇している一方で、自営業者の脆弱性が顕著になってきており、SHIP モデルはカンボジアのニーズを的確に捉えていると考えられる。

医療サービスの利用状況と満足度

大半の回答者が民間の医療サービスを好むと回答したが、地域によっては公的医療施設を好む者も多く、実際に公的医療施設を利用した者の満足度は全般に高い。この場合、公的医療施設では窓口負担はなく、民間医療施設では一部窓口負担を求める医療保険が導入されれば、公的医療施設を利用する者が増加する可能性もある。医療保険制度は、その設計次第で被保険者の医療サービス利用傾向、ひいては医療の質にも影響を与えることができる。

医療保険の需要

本世帯調査を通して、国民の医療保険に関する知識が非常に限定的であることが判明した。一方、Battambang 州と比較して、医療保険受給者が多い Kampong Speu 州では、より多くの世帯が医療保険について理解し、医療保険に加入したいと考え、保険料を払う意思表示をした。また、医療保険の仕組みについて説明すると、多数の回答者が加入への意欲を見せ、保険料の設定次第では、支払う意思のある者が増えることも確認できた。以上のことから、適切な広報活動及び保険料の設定によって、医療保険の需要が増大すると考えられる。

強制登録と強制加入

TWG-SHIP 会合では、医療保険の強制加入に対しては国民からの強い抵抗が予想されると繰り返し指摘された。しかし、本世帯調査の結果からは、その抵抗は強くない可能性があることが示唆された。このことから、SHIP モデルの実証調査プロジェクトでは、強制登録や強制加入を試みる価値があると考えられる。

(11) 調査の限界

本世帯調査は、SHIP モデルのコンセプトノート及び実証調査実施計画（案）の策定と同時並行で実施され、時間的制限がある中で質問票を作成したため、質問の順序、質問の明確さ、情報の欠如（世帯代表回答者の社会経済的背景や稼得者との紐づけ及び個人レベルの医療保険加入状況）等の課題が残ったと考えられる。一方、大多数の回答者が医療保険について理解していないにもかかわらず医療保険に関する質問をしたため、調査員が回答者に医療保険について簡単に説明を行った。この説明の内容や方法を統一していなかったため、回答にバイアスが生じた可能性がある。

(12) 結論

本世帯調査から導出される結論は以下の通りである。

国民の医療保険に関する理解促進は最重要

- 国民の医療保険に関する知識は限定的だが、実際に保険に加入する、若しくは周囲の人間を通じて保険に接する機会があると理解は深まり、加入意欲も高まる。

カンボジアにおける公的サービスは一定の信頼を得ている

- 多くの国民が公的医療サービスや公的医療保険を好み、満足している。

数理分析と公費投入に基づく適正な保険料の設定は成功の鍵

- 適正な保険料を設定することは、加入促進と制度の維持に繋がる。

医療施設の利用状況とサービスの質のモニタリング・評価をすべき

- 保険制度は被保険者の医療サービス利用傾向に影響を与えるため、実証調査プロジェクトでは、医療施設の利用状況とサービスの質もモニタリングし、保険の与えるインパクトを測定すべきである。

強制登録と強制加入を再検討すべき

- 医療保険の強制登録、強制加入に対する国民の抵抗は大きくないと考えられるため、SHIPモデルが最終的に強制加入を目指すのであれば、実証調査プロジェクトにおいて強制登録・強制加入の導入を検討すべきである。

第4章 インフォーマルセクター向け医療保険制度詳細設計のためのコスト調査

SHIP モデルはインフォーマルセクター向け医療保険制度案であるが、将来的には現行の公的医療保険と統合させることを想定しているため、2016年3月 MOLVT の省令で定められた民間被用者向け医療保険制度（NO. 109 LV/PrK.）に則り、医療の現物給付を行い、加入者から徴収する保険料を主な財源とする。また、診療報酬及び医療施設への支払い方法についても、原則として NSSF の医療保険に準ずる。一方、保険料に関しては、現状 NSSF では給与の 2.6%と設定されているが、インフォーマルセクター人口の場合、定期収入があることは少なく、収入を把握することが困難であるため、本プロジェクトでは 2 種類の給付パッケージに基づく一律の保険料額を算定した。また、インフォーマルセクターの場合、加入率や保険料の徴収率が上がらず、保険料の徴収が十分できないことも予想されるため、SHIP モデルでは公費補てんを推奨し、その公費補てんが政府にとってどれほどの負担になるかも試算した。なお、保険料の計算は、2015年に ILO が民間被用者向け医療保険の保険料を算定した際の方法を参考に行った⁴⁵。

4-1 利用データと方法

SHIP モデルにおける一人当たりの保険料額の試算では、まず一人当たりの医療給付額を推計し、そこに運営費及び保険料の徴収が不完全であることを想定した緩衝を加算した。保険料の算定には以下 7 種類のデータを用いた。

1) NSSF 民間被用者向け医療保険包括払い診療報酬額

NSSF 民間被用者向け医療保険包括払い診療報酬額は 2017 年 8 月に MOLVT 及び MOH の省令（NO. 327 LV/PrK.NSSF）で定められた現行の NSSF 民間被用者向け医療保険の包括払い診療報酬額

2) 医療提供者レベル別・診療部門別給付比率

医療提供者レベル別・診療部門別給付比率は、先行研究結果に基づき、ILO が NSSF 民間被用者向け医療保険料率算定時に推計したもの

3) 診療部門別医療施設の利用比率

2009 年より縫製工場の工員を対象に行った NSSF 医療保険のパイロット・プロジェクト、HIP で収集したデータに基づいた推計

⁴⁵ International Labour Organization (2015). CAMBODIA Technical Note Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of the National Social Security Fund (NSSF).

4) 診療部門別・性別サービス利用率

同上

5) 一人当たり医療移送費

入院患者の1割が移送を必要とし、そのうち1割が州を越える移送であると仮定し、また州内移送は1回20km、州を越える移送は1回400kmとして算出

6) 出来高払い給付9項目の一人当たり平均単価

NSSFの民間被用者向け医療保険において、包括払い給付のフォローアップとして必要であった場合に限り、出来高払いの給付が受けられる項目の一人当たりの平均診療単価

7) 2009年から2016年までの5分位階級別平均可処分所得

カンボジア社会経済調査 (Cambodia Socio-Economic Survey 2009-2016) より引用

なお、1) から 6) は NSSF 民間被用者向け医療保険料率の算定時に使用されたデータであるが、1) に関しては、本調査では 2017 年に更新された最新のものを使用した。

SHIP モデルにおける一人当たり保険料額は以下の手順で試算した。

1. 表 4-1 は医療提供者レベル別に設定された NSSF 民間被用者向け医療保険の包括払い診療報酬額である。この診療報酬額と表 4-2 の医療提供者レベル別・診療部門別給付比率を基に、想定される包括払い項目の保険給付額単価を算出する。

表 4-1 NSSF 民間被用者向け医療保険包括払い診療報酬額 (リアル)

包括払い項目	MPA	CPA1	CPA2	CPA3	中央病院
診察	6,000	12,000	16,000	24,000	60,000
家族計画 (短期)	10,000				
家族計画 (長期)	30,000			400,000	600,000
簡易外科手術	12,000	20,000	24,000	40,000	100,000
低難度外科治療			150,000	200,000	600,000
中難度外科治療				600,000	1,000,000
高難度外科治療			400,000	1,000,000	1,500,000
救急救命/紹介	20,000	120,000	240,000	320,000	800,000
内科診療		100,000	120,000	160,000	400,000
小児科診療		92,000	108,000	128,000	350,000
結核治療		160,000	180,000	200,000	300,000
分娩	80,000	100,000	120,000	160,000	400,000
婦人科診療		100,000	150,000	200,000	400,000
流産/墮胎処置		100,000	120,000	150,000	400,000

出所：NSSF

表 4-2 医療提供者レベル別・診療部門別給付比率

	MPA	CPA1	CPA2	CPA3	中央病院
外来診療					
診察	95%	96%	92%	88%	90%
簡易外科手術	2%	4%	8%	12%	10%
救急救命 (MPA)	3%				
合計	100%	100%	100%	100%	100%
入院診療					
救急救命 (CPA)		2%	2%	2%	2%
低難度外科治療			5%	15%	10%
高難度外科治療			10%	30%	50%
内科診療		97%	82%	52%	37%
結核治療		1%	1%	1%	1%
合計		100%	100%	100%	100%
産婦人科診療					
分娩	100%	60%	60%	60%	60%
婦人科診療		20%	20%	20%	20%
流産/墮胎処置		20%	20%	20%	20%
合計	100%	100%	100%	100%	100%
その他					
家族計画 (短期)	100%				
合計	100%				
家族計画 (長期)	100%			100%	100%
合計	100%			100%	100%
中難度外科治療				100%	100%
合計				100%	100%
小児科診療		100%	100%	100%	100%
合計		100%	100%	100%	100%

出所：Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF
を参考にプロジェクト・チーム作成

2. 保険給付額単価の診療部門別の和を求める。

表 4-3 診療部門別医療施設の利用比率

	MPA	CPA1	CPA2	CPA3	中央病院	合計
外来診療	10%	10%	10%	20%	50%	100%
入院診療		5%	10%	15%	70%	100%
産婦人科診療	25%	5%	5%	5%	60%	100%

出所：ILO

3. 表 4-3 の診療部門別医療施設の利用比率を基に、診療部門別保険給付額単価の加重平均を算出する (表 4-4 参照)。

表 4-4 診療部門別診療部門別保険給付額単価の加重平均（リエル）

	MPA	CPA1	CPA2	CPA3	中央病院	加重平均
外来診療	6,540	12,320	16,640	25,920	64,000	40,734
入院診療		101,000	152,500	421,600	977,000	767,440
産婦人科診療	80,000	100,000	126,000	166,000	400,000	279,600
小児科診療		92,000	108,000	128,000	350,000	279,600
家族計画（短期）	10000					10,000
家族計画（長期）	30,000			400,000	600,000	387,500
中難度外科治療				600,000	1,000,000	790,000

出所：Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF を参考にプロジェクト・チーム作成

表 4-5 診療部門別・性別サービス利用率⁴⁶

診療部門	利用率	
	男性	女性
外来診療	1.5	1.5
入院診療	0.06	0.06
産婦人科診療		0.03

出所：ILO

4. 表 4-5 診療部門別・性別サービス利用率の診療部門別・性別サービス利用率を基に、一人当たりの年間医療保険給付額を試算し、男女比⁴⁷を考慮して加重平均を算出する（表 4-6 参照）。

表 4-6 一人当たり保険給付額（リエル）

	診療単価 （リエル）	利用率（回）		一人当たり 保険給付額 （リエル）	
		男性	女性	男性	女性
外来診療	40,734	1.50	1.50	61,101	61,101
入院診療	767,440	0.06	0.06	46,046	46,046
産婦人科診療	279,600		0.03		8,388
小児科診療	279,600	0.06	0.06	7,381	7,381
家族計画（短期）	10,000		0.03		300
家族計画（長期）	11,625		0.03		349
中難度外科治療	47,400	0.06	0.06	2,844	2,844
小計				117,372	126,409
加重平均				122,018	

出所：Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF を参考にプロジェクト・チーム作成

⁴⁶ カンボジアで診療部門別医療サービスを一人が1年間に利用する回数

⁴⁷ 2008年カンボジア国勢調査

5. 想定される一人当たり保険給付額に高次医療施設への搬送や遺体の移送にかかる一人当たり医療移送費を算定する（表 4-7 参照）。

表 4-7 一人当たり医療移送費（リエル）

	想定価格	発生率	一人当たり年間移送費
州内移送	80,000	0.0054	432
州間移送	1,600,000	0.0006	960
合計			1,392

出所：ILO

6. 出来高払い給付 9 項目の一人当たり平均単価を算出する（表 4-8 参照）。

表 4-8 出来高払い給付の一人当たり平均単価（リエル）

	推定診療費	発生率	一人当たり医療費
血液透析	320,000	0.00028	90
MRI	600,000	0.00200	1,200
CTスキャン	480,000	0.00400	1,920
放射線治療	60,000	0.00341	205
がん細胞解析	100,000	0.00100	100
頭蓋開口	2,800,000	0.00018	492
心臓血管手術	16,000,000	0.00020	3,200
心臓疾患の救急治療	600,000	0.00050	300
合計			7,507
金属骨結合術 (+20%)			9,008

出所：Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF を参考にプロジェクト・チーム作成

7. オプション A には包括払い医療給付と医療移送費（高次医療施設への搬送及び遺体の移送）、オプション B にはオプション A に出来高払い給付を加え、それぞれ給付総額の 10% を運営費として加算する⁴⁸（表 4-9 参照）。
8. 保険料の徴収率 95% で必要給付額をカバーできるように保険料額を割増する（表 4-9 参照）。
9. 被保険者の納付期間は通常加入期間よりも短くなるという事実に基づき⁴⁹、密度係数 90% を考慮する（表 4-9 参照）。

⁴⁸ 2002 年に制定されたカンボジア社会保障法では、運営費は給付額の 10% を超えてはならないと定めている。

⁴⁹ Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF (2015).

表 4-9 SHIP モデル 一人当たり医療保険料額（リエル）

給付部門	オプションA	オプションB
包括払い医療給付	122,018	122,018
移送費給付	1,392	1,392
出来高払い給付		9,008
給付額合計	123,410	132,418
運営費 (10%)	12,341	13,242
合計	135,751	145,660
保険料徴収率(95%)	142,896	153,326
密度係数(90%)	158,773	170,362

出所：Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF を参考にプロジェクト・チーム作成

4-2 保険料額試算結果

SHIP モデルでは、世帯ごとに加入し、世帯主が世帯の人数分の保険料を納付することを想定している。つまり、世帯の中で扶養者を決め、扶養者は被扶養者の保険料も負担する。しかしこの場合、子どもの多い家庭の負担が大きくなる。その結果、子どもに労働を強いるようなことを避けるため、18歳以下の子どもの保険料額は被保険者の保険料額の80%と設定した。

保険料額は給付内容に応じてオプションAとオプションBを提案する。

(1) オプションA

給付パッケージ：包括払い医療給付と医療移送費

保険料：表4-10はSHIPモデルで提案するオプションAの一人当たり保険料額である。被保険者及び成人被扶養者の保険料は年間174,100リエル（43.53米ドル）、月額にすると15,000リエル（3.63米ドル）である。一方、子ども被扶養者の保険料は年間139,300リエル（34.83米ドル）、月額にすると11,000リエル（2.90米ドル）になる。カンボジアの平均世帯である夫婦と子供3人の場合⁵⁰、月63,000リエル（15.75米ドル）ずつ保険料を納付することになる。

表 4-10 オプションA 一人当たりの保険料額

SHIPモデル		年額		月額	
		リエル	米ドル	リエル	米ドル
保険料額	成人加入者、成人被扶養者	174,100	43.53	15,000	3.63
	子ども被扶養者	139,300	34.83	11,000	2.90

出所：プロジェクト・チーム作成

⁵⁰ 2013年中間年人口調査では、カンボジアの平均世帯人数は4.6人であった。

(2) オプション B

給付パッケージ：包括払い医療給付、医療移送費及び出来高払い 9 項目の給付

保険料：表 4-11 は SHIP モデルで提案するオプション B の一人当たり保険料額である。被保険者及び成人被扶養者の保険料は年間 186,900 リエル（46.73 米ドル）、月額にすると 16,000 リエル（3.89 米ドル）である。一方、子ども被扶養者の保険料は年間 149,500 リエル（37.38 米ドル）、月額にすると 12,000 リエル（3.11 米ドル）になる。カンボジアの平均世帯である夫婦と子供 3 人の場合、月 68,000 リエル（17.00 米ドル）ずつ保険料を納付することになる。

表 4-11 オプション B 一人当たりの保険料額

SHIPモデル	加入者、成人被扶養者	年額		月額	
		リエル	米ドル	リエル	米ドル
保険料額		186,900	46.73	16,000	3.89
	子ども被扶養者	149,500	37.38	12,000	3.11

出所：プロジェクト・チーム作成

表 4-12 は 5 分位階級別（第 I 分位が最貧困層、第 V 分位が最富裕層）に見た可処分所得に占めるオプション A とオプション B の保険料の割合である。SHIP モデルの実証調査開始予定である 2019 年の平均可処分所得を 2009 年から 2016 年のカンボジア社会経済調査（Socio-Economic Survey）の結果を基に算出した。また、第 I 分位については HEF でカバーされることになっているため、社会保険料は支払わないと仮定した。民間被用者の医療保険料率である給与の 2.6% と比較し、ここで提案しているオプション A もオプション B も、第 II 分位と第 III 分位に関しては若干負担が重いことが、第 IV 分位及び第 V 分位に関しては、民間被用者医療保険料よりも負担が軽いことがわかる。

表 4-12 5 分位階級別に見た平均可処分所得に占めるオプション A・B の保険料の割合⁵¹

	2016年平均可処分所得月額 (千リエル)	2009-2016 平均収入増 加率	2019年可処分所得月額予測 (千リエル)	2019年可処分所得平均月額に占める Option A 保険料の割合	2019年可処分所得平均月額に占める Option B 保険料の割合
I	251.0	9.5%	327.6	—	—
II	812.7	17.3%	1,310.5	4.8%	5.2%
III	1,289.3	16.0%	2,012.6	3.1%	3.4%
IV	1,910.5	14.6%	2,876.4	2.2%	2.4%
V	4,569.9	9.9%	6,067.6	1.0%	1.1%

出所：Cambodia Socio-Economic Survey 2009-2016 を基にプロジェクト・チーム作成

⁵¹ Cambodia Socio-Economic Survey 2016 では、カンボジアの平均世帯人数は 4.255 人であった。

表 4-13 は 2019 年の予測される可処分世帯所得を基に、5 分位階級別に応能負担ができた場合、各世帯の家計に与える負担はどのように変わるかを試算したものである。その結果、オプション A では可処分所得の 1.9%、オプション B では 2.1%となり、現行の民間被用者医療保険料の 2.6%よりも負担は軽くなることわかる。このことから、医療支出による家計の破綻を防止し、且つ十分な医療財源を確保するためには、平時より資金をプールして有事に備えるという保険の仕組みを確立するだけでなく、公平且つ家計への負担が最小限に抑えられるよう各家庭の所得レベルを測定する方法を確立することが望ましいと考えられる。将来的にカンボジアで広く所得税が徴収できるようになれば、このようなことは可能になるが、そのような仕組みがなくとも、保険が先行して所得レベルを推定する方法を見出すことができれば応能負担も可能だと考える。

表 4-13 保険料の応能負担シミュレーション

	2019年可処分 所得月額予測 (千リエル)	応能負担 割合	オプションA		オプションB	
			5人世帯保険料 (大人2, 子ども3) 応能負担額 (千リエル)	可処分所得に 占める 保険料の割合	5人世帯保険料 (大人2, 子ども3) 応能負担額 (千リエル)	可処分所得に 占める 保険料の割合
I	354.2	—	—	—	—	—
II	1,416.8	11%	26.9	1.9%	29.1	2.1%
III	2,175.8	16%	41.3	1.9%	44.6	2.1%
IV	3,109.6	23%	59.1	1.9%	63.8	2.1%
V	6,559.6	49%	124.6	1.9%	134.5	2.1%

出所：Cambodia Socio-Economic Survey 2016 を基にプロジェクト・チーム作成

4-3 政府補助金の試算

他国における経験上、インフォーマルセクター人口を社会保険でカバーする場合、政府の補助金は不可欠であると考えられる。特に、加入率が低い間は、一人当たりの医療給付額が算定額より高くなり、貧困に近い層は支払えなくなる可能性がある。Cambodian Association for Assistance to Families and Widows は、Banteay Meanchey におけるプロジェクトで保険料の 50%を補てんしたところ、加入率が 10%から 20%に上昇したと報告している⁵²。補助金の割合や支給期間については、MEF と TWG-SHIP の間の交渉によって決められる。表 4-14 は、3カ所の OD で実施される実証調査と全国展開した際に必要となる年間の補助金額を補助金の割合が 15%、30%、50%である場合、加入率が 20%、50%、100%である場合で試算したものである。

⁵² Osawa, S., & Walker DG. Trust in the context of community-based health insurance schemes in Cambodia: villagers' trust in health insurers. *Advances in Health Economics and Health Services Research*. 21:107-32.

表 4-14 実証調査及び全国展開時に必要となる補助金額

オプション	補助金の割合 (%)	夫婦と子供三人家族の保険料月額 (USD)	加入率 (%)	実証調査で必要な補助金年額 (million USD)	全国展開に必要な補助金年額 (million USD)
オプション A	0	15.75	20	0	0
			50		
			100		
	15	13.90	20	0.33	10.73
			50	0.82	26.80
			100	1.64	53.60
	30	11.03	20	0.65	21.44
			50	1.64	53.60
			100	3.27	107.20
	50	7.88	20	1.09	35.73
			50	2.73	89.33
			100	5.45	178.66
オプション B	0	17.00	20	0	0
			50		
			100		
	15	14.45	20	0.35	11.51
			50	0.88	28.77
			100	1.76	57.53
	30	11.90	20	0.70	23.01
			50	1.76	57.53
			100	3.51	115.06
	50	8.50	20	1.17	38.35
			50	2.93	95.89
			100	5.85	191.77

出所：プロジェクト・チーム作成

現在 HEF の対象者が人口の約 20%、NSSF に登録済みである人口が 13%、2018 年 1 月より新たに医療保障の対象となった人口が約 7%と仮定し、SHIP モデルの対象者を人口の約 60%とした場合、実証調査プロジェクトの対象地域の SHIP 加入者数は 274,568 人、そのうち 44%が 18 歳以下と仮定している。

表 4-15 は 2018 年の国家総予算、保健セクター予算および GDP 予測に占める政府補助金の割合を示している。GDP に占める保健セクター予算は現在およそ 2.12%であり、実証調査において、対象地域 3 カ所の OD でオプション B の保険料の 50%を政府が補助した場合、これが 2.15%になる。SHIP を全国展開した際にオプション B の保険料の 50%を政府が補助した場合、この割合が 2.96%になる。しかし、この割合も、WHO が保険セクターに充当すべきであると推奨する 5%よりはるかに低い⁵³。

⁵³ World Health Organization (2003). How Much Should Countries Spend on Health? DISCUSSION PAPER NUMBER 2.

表 4-15 2018 年のマクロ経済指標 (100 万米ドル)

2018年保健セクター予算 (百万米ドル)*	485					
2018年国家総予算 (百万米ドル)*	6,018					
2018年GDP予測 (百万米ドル)**	22,853					
オプションA						
補助金の割合	50%	30%	15%	50%	30%	15%
実証調査／全国展開	実証調査			全国展開		
政府補助金 (百万米ドル)	5.45	3.27	1.64	178.66	107.20	53.60
保健セクター予算に占める政府補助金 (%)	1.12	0.67	0.34	36.84	22.10	11.05
国家総予算に占める政府補助金 (%)	0.09	0.05	0.03	2.97	1.78	0.89
GDPに占める政府補助金 (%)	0.02	0.01	0.01	0.78	0.47	0.23
オプションB						
補助金の割合	50%	30%	15%	50%	30%	15%
実証調査／全国展開	実証調査			全国展開		
政府補助金 (百万米ドル)	5.85	3.51	1.76	191.77	115.06	57.53
保健セクター予算に占める政府補助金 (%)	1.21	0.72	0.36	39.54	23.72	11.86
国家総予算に占める政府補助金 (%)	0.10	0.06	0.03	3.19	1.91	0.96
GDPに占める政府補助金 (%)	0.03	0.02	0.01	0.84	0.50	0.25

* Draft budget for 2018 approved by the Council of Ministers. 30 October, 2017. Phnom Penh Post.

** World Bank

出所：カンボジア政府及び世界銀行のデータを基にプロジェクト・チーム作成

カンボジアは 1994 年から 2016 年の間 7.6%の平均経済成長率を維持した。この平均経済成長率は世界第 6 位に位置付けられる。更に、観光業の回復と衣料品の輸出や建設業の成長により、2017 年には 6.8%、2018 年には 6.9%の経済成長が見込まれている。

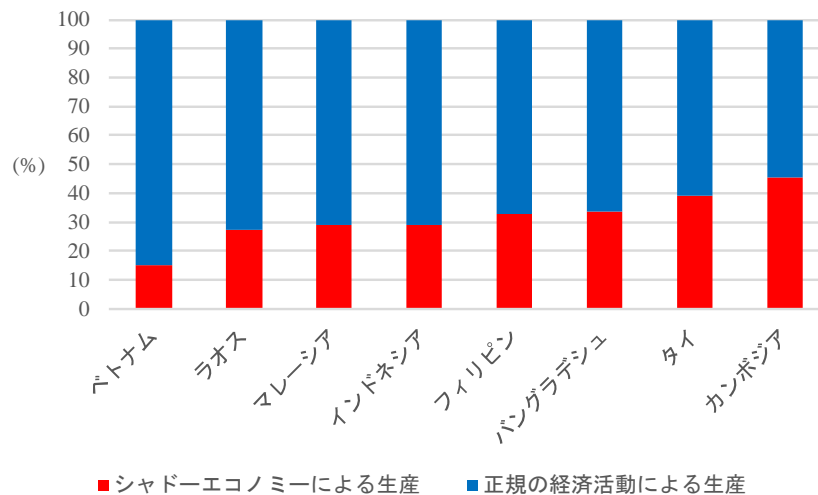


図 4-1 東南アジア諸国の GDP におけるシャドーエコノミー生産量の割合

出所：New Estimation for the Shadow Economies of 11 Asian Countries from 2000-2014, Cash in East Asia (2017).

図 4-1 は東南アジア諸国の GDP に占めるシャドーエコノミー⁵⁴生産割合の 2000 年から 2014 年の平均値を示している。この調査結果によると、カンボジアでは、上記 15 年を通じて、平均して GDP の 45.5% がシャドーエコノミーによる生産から成り、この割合は他の東南アジア諸国と比べても高い。つまり、カンボジア経済はインフォーマルセクター労働者が従事するシャドーエコノミーに依存するところが多い。よって、インフォーマルセクター労働者及びその被扶養者の医療に公費を充てることは、健康で質の高い労働力及び生産力の増強に繋がり、ひいてはカンボジアの更なる経済社会発展への投資だと考えられる。

⁵⁴ GDP 算定の際に含まれるすべての未登録経済活動

第5章 インフォーマルセクター向け医療保険制度（案）

本プロジェクトでは、TWG-SHIP 会合を通じてインフォーマルセクター向け医療保険制度のコンセプトモデル（SHIP モデル）を設計した。2018年8月23日にTWG-SHIP 議長が NSPC 事務局に対して説明を行った同モデルのコンセプトノート（案）については、別添資料4及び5を参照されたい。SHIP モデルの詳細は以下の通りである。

5-1 基本理念

SHIP モデルは NSPPF に則り、保険制度や地方行政等、既存の仕組みを最大限に活用することでコストと時間を節約し、すべての国民が必要な質の高い医療サービスを公平に受けられることを目指す。SHIP モデルでは、CBHI からの教訓を活かし、NSSF が単一支払い機関（Single Payer）として国家レベルで資金をプールすると共に、逆選択⁵⁵を防止すべく、インフォーマルセクター人口を原則として家族単位で強制加入させることを目指す。

5-2 対象人口

SHIP の対象人口は、公的医療保障スキームである NSSF 若しくは HEF でカバーされていないすべての国民である。

2016年のカンボジアの労働力人口（15～64歳）は約10,265千人、労働意欲のある人口は約8,624千人と推定されており、そのうち99.8%が雇用されている⁵⁶。図5-1は2006/7年から2016年のカンボジアの雇用状況の推移を示している。2006/7年から2016年の10年間で、家族経営労働等において無報酬で就労する者は41.0%から5.2%に減少した一方で、賃金労働者が23.0%から50.3%に増加した。他方、インフォーマルセクターである自営業者の割合も36.0%から44.4%に増加している。過去10年余りに及ぶカンボジアの経済発展によって、多くの無報酬労働者が賃金労働者や自営業者に転向している。2016年までに賃金労働者の割合が自営業者の割合を上回っているが、依然インフォーマルセクター労働者の割合は大きく、不安定な雇用形態の下、健康リスクに直面する脆弱な立場であるということが課題となっている。

⁵⁵ 一般的に危険度の高い人、例えば健康に不安のある人や危険な職業に従事している人など、身の回りのリスクが高いほど、自発的に保険に加入しようとする傾向。さらに、病歴や健康状態、家庭環境、職業などの重要な情報を、隠したり虚偽の報告を行い、自分に有利な契約を結ぼうとしたり、保険金や給付金などの不当に得ようとする事。

⁵⁶ アジア開発銀行. (2015). Key Indicators for Asia and the Pacific 2015.

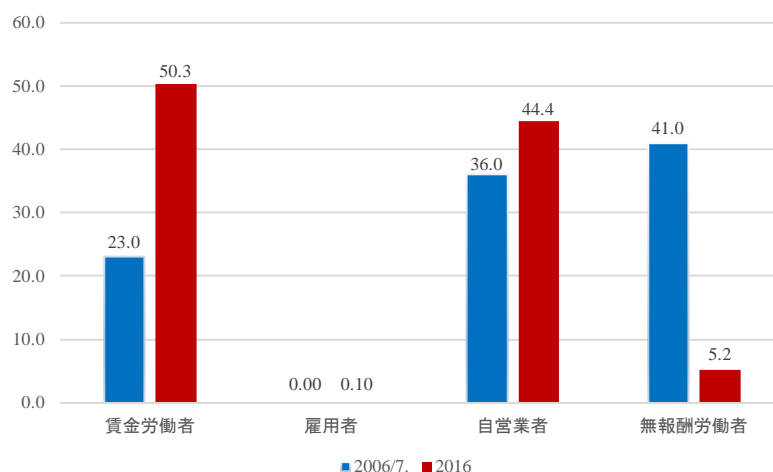


図 5-1 雇用状況の動向（2006/7 年と 2016 年）

出所：CSES2006/7 及び 2016 を基にプロジェクト・チーム作成

5-3 保険加入と登録

SHIP モデルでは、他国における経験及びカンボジアの CBHI での教訓を生かし、原則として、被保険者が自身の被扶養者を特定することで定義される世帯単位の強制加入を目指す⁵⁷。実際、インフォーマルセクター人口を社会保険でカバーしているほとんどの国では、保険財政維持のため、保険の導入時若しくは普及時に加入を強制化している（表 5-1 参照）。

表 5-1 インフォーマルセクター向け社会保険の加入政策と現在の社会保障カバー率

国名	インフォーマルセクター向け社会保険の加入政策	現在の社会保障カバー率
日本	任意 (1938)→強制 (1961)	90-100%
韓国	強制 (1989)	90-100%
台湾	強制 (1995)	90-100%
フィリピン	強制 (1995)	80-90%
ベトナム	任意 (1995)	60-70%
ルワンダ	任意 (2000)→強制 (2008)	90-100%
インドネシア	税方式→社会保険方式: 強制 (2014)	60-70%
カンボジア	50 以上の CBHIs: 任意 (2000~)	30-40%

* 全国民の社会保障カバー率

Source: JICA (2012)⁵⁸、国際労働機関 (2012)⁵⁹、国立国際医療研究センター (2015)⁶⁰、李 (2007)⁶¹

⁵⁷ A cluster randomized trial in Vietnam suggested limited opportunities to raise voluntary health insurance enrolment through information campaigns or subsidies, and that these interventions exacerbate adverse selection. (Encouraging Health Insurance for the Informal Sector: A Cluster Randomized Trial, Policy Research Working Paper 6910. World Bank, 2014).

⁵⁸ 独立行政法人国際協力機構 (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』.

⁵⁹ International Labour Organization (2016). Rwanda: Progress towards Universal Health Coverage. Social Protection in Action: Building Social Protection Floors.

⁶⁰ National Centre for Global Health and Medicine (2015). Health Protection Systems: How can Japan utilize own experience for achieving UHC in developing countries? Symposium conducted in Tokyo.

⁶¹ 李 蓮花. (2007). 韓国と台湾の公的医療保険政策の比較研究—後発国の工業化、民主化と社会政策—. 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科国際関係専攻博士学位論文.

図 5-2 は、韓国と台湾で強制加入を法制化したことで、社会保険への加入率が著しく加入率が増加したことを示している。

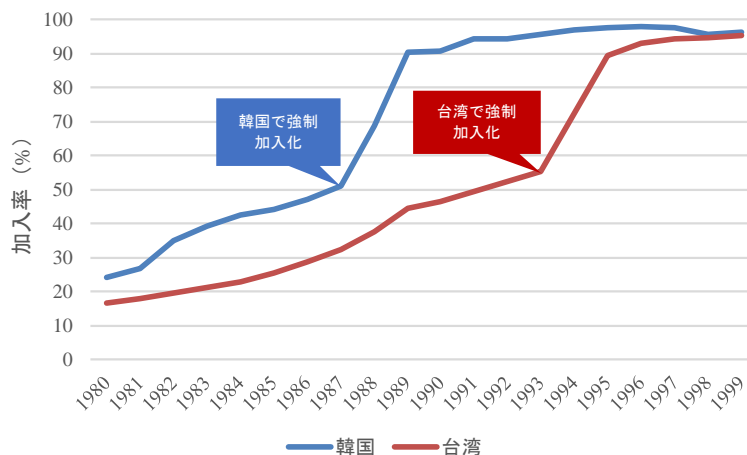


図 5-2 韓国と台湾のインフォーマルセクター向け社会保険加入政策と保険加入率 (1980-1999)

出所 : Korea Health Insurance Association Annual Reports and Republic of China Social Indicators Statistics

Battambang 州と Kampong Speu 州の 1,033 世帯を対象に 2017 年に実施した調査 (第 3 章参照) では、医療保険が強制登録制度 (保険料の支払いは強制ではない) である場合、93%の回答者が登録する意思があるとし、強制加入制度 (保険料の支払いも強制) である場合、70%近くが加入する意思があると回答した。これらの結果から、一般市民の強制加入制度に対する抵抗は強くないと考えられる。

SHIP モデルでは、保険の登録時、インフォーマルセクター住民のみならず、全国民を登録し、医療保障制度の基盤となる登録情報システム若しくは全ての医療保障制度との情報連携を前提とした新たな情報システムを構築することを提案する。これは、インフォーマルセクターからフォーマルセクターの職業に転向する者や、失業などに伴い貧困認定を新たに受ける者を取りこぼしなく且つ重複することなく把握し、常に医療保障を受けられるようにするためである。また、全員登録には、登録時に国民に医療保障の内容について理解してもらい、加入を促進するというもう一つの狙いがある。

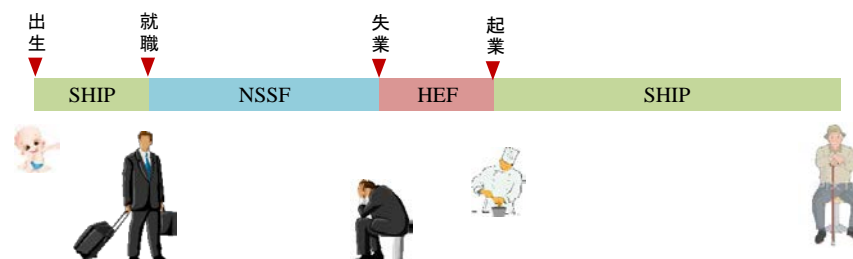


図 5-3 一人ひとりのライフスタイルに合わせた柔軟な医療保障制度

現在、NSSFはHIPで構築された登録情報システムをアップグレードさせて活用している。その一方で、貧困 (ID Poor) 登録システム及びHEF受給者の登録システム (Patient Management and Registration System) も存在する。SHIPの登録情報システムがこれら既存の登録システムと統合され、NSSF本部において一元的に管理されることが想定される。こうすることで、保険者が被保険者の住所、配偶者の有無、職業等、適用される医療保障制度を決定付ける個人情報をも柔軟に更新することができる。また、情報システムを利用する全ての職員が常に更新された同一の情報を参照し、全国で統一されたサービスが提供できる。

登録時に、国民は身分証明書となるクメールID、家族登録簿 (Family Book)、世帯登録簿 (Residential Book) 若しくは出生登録証 (Birth Certificate) を提示し、登録申請用紙 (別添資料2参照) に必要事項を記入する。申請内容に問題がなければデータが電子化され、生涯唯一の保険証番号が付与される。他方、フン・セン首相は、国家戦略計画 2017-2026 (National Strategic Plan of Identification: NSPI) の中で、生涯唯一の個人番号 (Khmer Identification Code: KidC)⁶² を付番し、既存の住民登録システムを改善することを掲げているため、医療保険の登録情報システムを構築する際には、この情報システムとの連携も視野に入れることが望ましい。

膨大な人数のデータを重複することなく一定期間内に登録するためには、医療保険登録情報システムに接続したPCやタブレットを用いてオンラインで作業を進めることが効率的である。医療保障制度の情報システムに、運営に係る情報を集約・管理しておけば、統計分析を基に将来予測を行うことも可能となる。医療財政にかかる将来の見通しがつけば、保険料率の改定や診療報酬の見直しも適切なタイミングで行うことができ、また医療施設の利用率等の地域間格差を参照することで、医療サービスの配分について計画することも可能となる。インターネットを通して保険に関する情報公開を行えば、被保険者の制度に対する理解を促進し、医療サービスへのアクセス改善につながることもできる。

5-4 法整備

カンボジアの主な法律・法規には、憲法 (The Constitution)、法律 (Law)、勅許 (Royal-Decree)、政令 (Sub-Decree)、省令 (Ministerial Order)、告示 (Circular)、条例 (Local Regulation) があり、その序列は図 5-4 の通りである。

⁶² 内務省が National Strategic Plan on Identification 2017-2026 (NSPI) “Guide acceleration of government efforts to increase the birth registration rate and identification in Cambodia” (2016) を策定した。NSPIには、Khmer Identity Code (Kid-C) はすべての国民に発給され、統合された人口IDシステム (Integrated Population Identification System: IPIS) を通じて、医療保険においても活用できると書かれている。

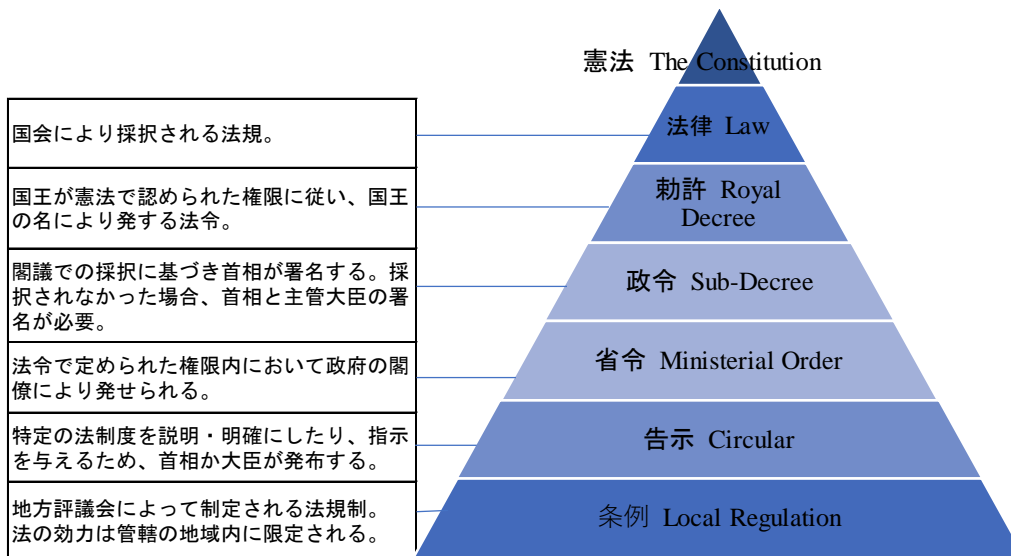


図 5-4 カンボジア法の序列

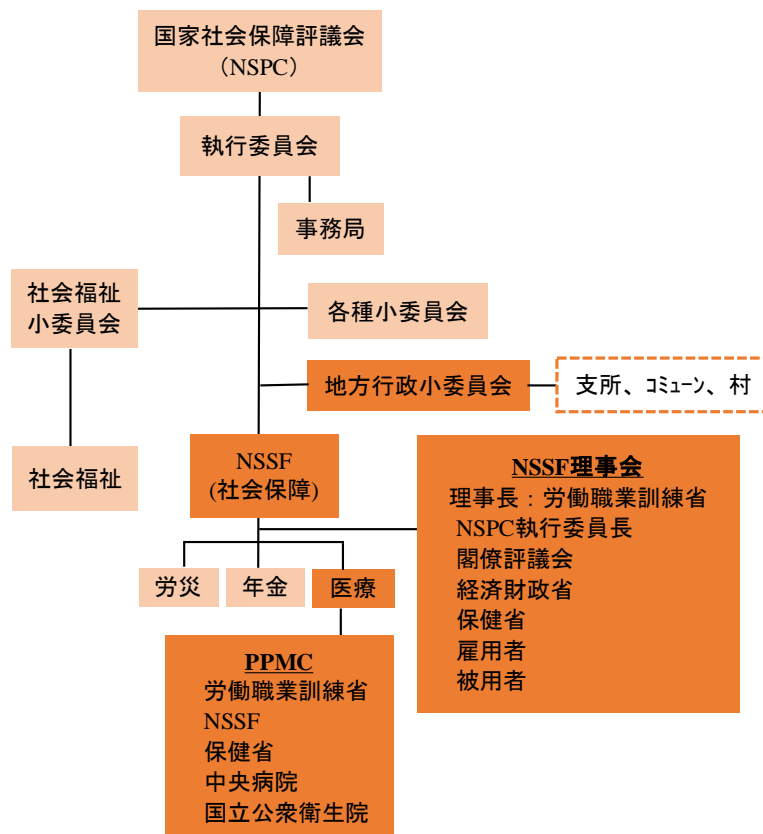
出所：カンボジア法律図書館：http://en.chbab.net/about-cambodian-law

カンボジア法は、通常、一次法（Primary Legislation）と二次法（Secondary Legislation）から構成されるが、インフォーマルセクターの社会保障については、これまで関連する法が存在しなかったため、まずは医療保険の基本概念に関する法律（Law）若しくは勅許（Royal-Decree）が一次法として必要であり、より具体的な内容については二次法として政令（Sub-Decree）もしくは省令（Ministerial Order/Prakas）を制定する必要がある。

SHIP モデルの実証調査プロジェクトの実施にあたり、強制加入を試みる場合は、現在 NSSF が改正手続きを進めている労働者のための社会保障法（Social Security Law）若しくは NSPC が法案を起草している全国民向け社会保障法（Social Protection Law）を一次法とし、政令（Sub-Decree）の制定手続きを経る必要がある。任意加入で開始する場合は、特に法的枠組みを必要としない。

5-5 保険制度の統制の仕組み（Governance Structure）

前述の通り、カンボジアでは、将来的に NSSF が単一支払機関として国民の社会保障を担う方針であるが、社会保険の統制については、技術的には MOLVT、財政的には MEF が責任を負う。NSSF には理事会が設置されており、MOLVT 代表が理事長、MEF、閣僚評議会、MOH、雇用者代表 2 名、労働者代表 2 名、NSPC 執行委員長がメンバーとなっている（図 5-5 参照）。この政府、雇用者、労働者から成る NSSF 理事会では、それぞれの構成員が平等な投票権を有する。理事会の主な機能は、（1）NSSF の各スキームの保険料率承認、（2）基金の投資に関する計画、（3）内規、人事法規及び組織の管理体制に関する取り決めなどである。NSSF は法的、財政的に独立した行政機関である。



※濃色は SHIP に関連する統制部門

図 5-5 SHIP 医療保険統制の仕組み案

出所：The Roles and Functions of the National Council for Social Protection (NSPC) を基にプロジェクト・チーム作成

2012年9月には、省令 (No.194 LV/PrK) によって MOH と MOLVT から成る医療費支払い委員会 (Provider Payment Mechanism Committee。以下「PPMC」という。) が設置された。PPMCは現在 MOLVT 1名、NSSF 4名、MOH 3名、コサマック中央病院 (Kossamak Hospital) 2名、国立公衆衛生院 1名の 11名から構成されている。PPMCの主な役割は以下の通りである。

1. 診療報酬と NSSF 保険医療施設への支払い方法について決定する。
2. 保険医療施設となるための基準、医療サービスの質のモニタリング方法及び NSSF 加入者の医療給付手続き方法について決定する。
3. NSSF 加入者が医療給付を受けるための申請手続きについて決定する。

SHIP モデルでは、上記 NSSF の統制の仕組み及び PPMC を活用するほか、地方行政 (コミュニティ・サンカット、村) の代表が小委員会のメンバーになれるよう働きかける。

5-6 診療報酬と給付パッケージ

前述の通り、医療施設及びNSSFにおける運營業務の煩雑さを回避すべく、SHIPモデルの診療報酬は原則としてNSSFに準ずる。NSSFは基本医療を包括払いで10割給付しており(4章 表4-1参照)、基本医療のフォローアップとして表5-2の医療サービスが必要である場合やリハビリが必要な場合、冷房が完備された病室で療養する必要があると判断された場合の室料については出来高払いで給付している。また、高次医療施設への移送や遺体を搬送する際の交通費(医療移送費)のほか、傷病や出産のため欠勤する場合、基準日当の70%が給付される。公共医療施設においては、必須医薬品(Essential Drug)も給付対象である。ただし、

表5-3の14種の医療サービスについては保険適用外となっている。

表 5-2 国家社会保障基金 民間被用者向け医療保険 出来高払い項目

出来高払い項目	
1	血液透析
2	MRI
3	CTスキャン
4	放射線治療
5	がん細胞スキャン
6	金属骨結合術
7	頭蓋開口術
8	心臓血管手術
9	心臓疾患における緊急処置

出所：NSSF

表 5-3 保険適用外の14の傷病

傷病	
1	公衆衛生政策において無料で提供することが定められている医療サービス
2	歯科治療(歯のクリーニング、詰め物、インプラント)
3	性転換手術とケア
4	臓器移植(骨髄、腎臓、肝臓、心臓、すい臓)
5	人口受精
6	セルフトリートメント
7	美容整形
8	コンタクトレンズ及びレーザー治療
9	薬物乱用治療
10	不妊治療
11	人口グロウ手術
12	心臓手術
13	人工透析、血液透析
14	抗がん剤治療

出所：NSSF

SHIP モデルでは、現行の NSSF 民間被用者向け医療保険の給付パッケージのうち、オプション A では包括払いの医療給付と医療移送費、オプション B ではオプション A に出來高払いの医療サービス 9 項目を追加したものを給付の対象としている（図 5-6 参照）。

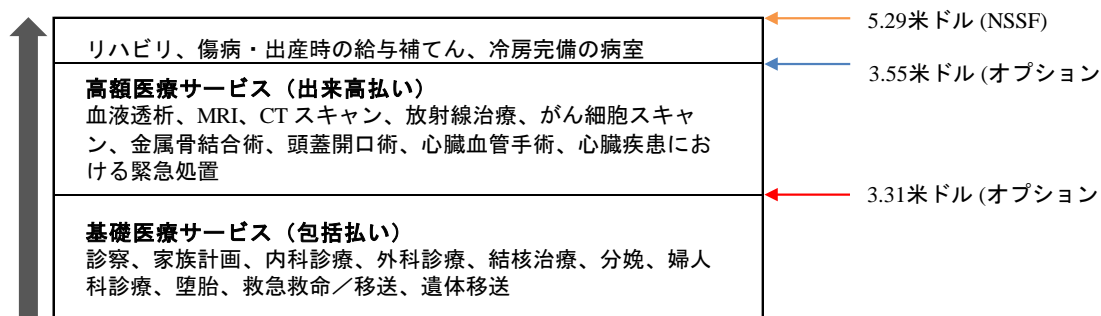


図 5-6 SHIP モデルで提案するオプション A と B の給付パッケージ

SHIP モデルでは、保険医療施設を民間セクターに拡大させることを提案する。これは、カンボジアでは公的医療施設より民間医療施設の方が利用率が高く、保険適用が公的医療施設のみとなると、保険への加入を拒む者が出てくる可能性があるからである。また、保険適用が公的医療施設のみである場合、加入者数が増えるに従い、医療施設が混雑することが予想される。実際、民間被用者向け労災保険及び医療保険の導入後、公的医療施設の混雑が著しい。特に労働者は平日就労しているため、週末は待ち時間が長くなっている。SHIP モデルでは、民間医療施設にも同様の診療報酬制度を導入し、民間医療施設の診療費が公的医療施設より高額である場合、差額は患者が窓口負担することを提案する。

表 5-4 民間医療施設（CPA2）における被保険者の窓口負担額の例（リエル）

医療施設	包括払い項目	給付額	診療費	窓口負担額
民間病院 (CPA2)	外来診察	16,000 (4米ドル)	7,200 (1.8米ドル)	0
	高難度外科治療	400,000 (100米ドル)	800,000 (200米ドル)	400,000 (100米ドル)
	低難度外科治療	240,000 (60米ドル)	300,000 (75米ドル)	60,000 (15米ドル)
	内科診療	120,000 (30米ドル)	100,000 (25米ドル)	0

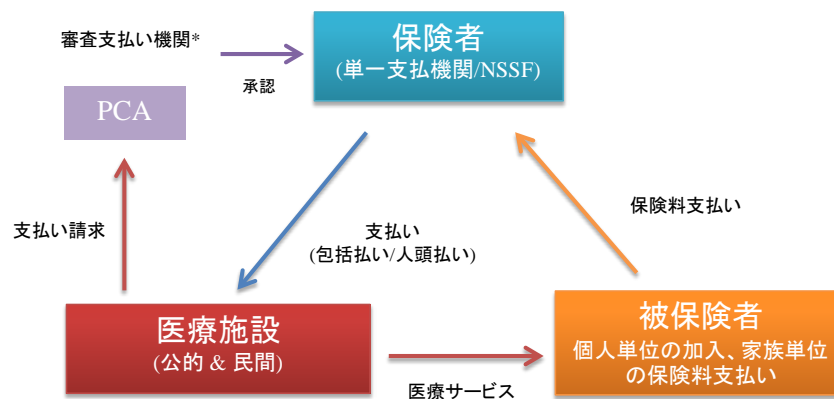
出所：労働職業訓練省令及び民間医療施設資料を基にプロジェクト・チーム作成

表 5-4 は CPA2 レベルの民間保険医療施設における被保険者窓口負担額の例である。この民間医療施設で外来診察を受けた場合、保険未加入の患者は窓口で 7,200 リエル（1.8 米ドル）を支払うが、NSSF の診療報酬がこれを上回るため、被保険者の窓口負担は発生しない。他方、高難度外科治療を受けた場合、保険未加入者は 800,000 リエル（200 米ドル）を支払うが、被保険者は NSSF から 400,000 リエル（100 米ドル）支払われるので、半額の 400,000 リエル（100 米ドル）を窓口で負担する。同様に、簡易外科手術を受けた場合、保険未加入者は窓口で 300,000 リエル（75 米ドル）支払うが、被保険者は 60,000 リエル（15 米ドル）負担するのみとなる。被保険者は上記の診療費を負担して民間医療施設を利用するか、窓口負担のない公的医療施設を利用するかを選択する。その結果、それまで民間医療施設を利用していた者の一部は、窓口負担のない公的医療施設に流れると考えられ、公的医療施設の利用率が増加することが期待できる。また、こうすることで公的医療施設の収入が増え、提供するサービスの質も向上すると考えられる。実際この制度を導入する場合には、民間医療施設の料金基準に関するガイドラインを設けるなどの措置を検討する。

他方、NSSF と契約している民間医療施設には、現在公的医療施設の 1.5 倍を上限に NSSF から診療報酬が支払われている。民間医療施設には公費が補てんされないため、公的医療施設以上の運営資金が必要だという理由である。また、NSSF の民間被用者向け労災保険では、労働者保護の観点から、職場付近に公的医療施設がない場合、公的医療施設を補完するために民間医療施設と契約している。そのため、SHIP モデルで提案しているように、保険の給付額と民間医療施設の診療費の差額を患者（労働者）に負担してもらうということは、スキームの性質上困難だと考えられる。現行の制度を短期間で変更することは現実的ではないため、当面は現行の NSSF スキームに従うものの、長期的には民間医療施設と上記のような契約ができるよう提案していく。

5-7 診療報酬の審査・支払い

診療報酬の審査・支払いについても、基本的に NSSF と同様の方法とする（図 5-7 参照）。NSSF は病院内に保険事務所（Hospital Agent）を設置しており、通常職員が 24 時間勤務している。NSSF 被保険者が医療施設で診療を受けると、医師が診療報酬請求用紙（別添資料 3 参照）に治療内容を記入し、NSSF スタッフに提出する。病院の NSSF スタッフは診療報酬請求用紙を NSSF 本部に回付する。診療報酬請求書は、NSSF 本部に勤務する医師によって審査され、問題が無ければ提出から約 1 カ月で病院の口座に診療報酬が振り込まれる。請求内容に問題があった場合、上述の PPMC メンバーが召集され、対応について審議される。



*PCAはHEFの請求審査のために設立されたが、将来的にはインフォーマルセクター向け医療保険にも活用される可能性がある。

図 5-7 SHIP モデル審査・支払い概念図

出所：プロジェクト・チーム作成

一方、H-EQIPの一環で、2017年にHEFの医療費請求審査機関としてPCAが設立された。HEFの医療費の審査は、それまで保健省内に設けられたH-EQIP事務局が行ってきたが、審査の透明性という観点から、保健省から独立した審査機関の必要性が問われ、今般設立されることになった。NSSFの医療費請求においても、将来的にはPCAを通じて審査を行うことが検討されており、SHIPモデルもこれに準ずることとする。

5-8 保険料の設定

第4章で算定した保険料のオプションは以下の通りである。

(1) オプションA

給付パッケージ：包括払い医療給付と医療移送費（高次医療施設への搬送及び遺体の移送）

保険料：オプションAの一人当たり保険料額は年間174,100リエル(43.53米ドル)、月額にすると15,000リエル(3.63米ドル)である。一方、子ども被扶養者の保険料は年間139,300リエル(34.83米ドル)、月額にすると11,000リエル(2.90米ドル)になる(表5-5参照)。カンボジアの平均的世帯である夫婦と子ども3人の場合、月63,000リエル(15.75米ドル)ずつ保険料を納付することになる。

表 5-5 一人当たり保険料 オプションA

SHIPモデル 保険料額	被保険者、成人被扶養者 子ども被扶養者	年額		月額	
		リエル	米ドル	リエル	米ドル
	被保険者、成人被扶養者	174,100	43.53	15,000	3.63
	子ども被扶養者	139,300	34.83	11,000	2.90

出所：プロジェクト・チーム作成

(2) オプションB

給付パッケージ：包括払い医療給付、医療移送費及び出来高払い9項目の給付（表 5-2 参照）

保険料：オプションBの一人当たり保険料額は年間186,900リエル（46.73米ドル）、月額にすると16,000リエル（3.89米ドル）である。一方、子ども被扶養者の保険料は年間149,500リエル（37.38米ドル）、月額にすると12,000リエル（3.11米ドル）になる（表 5-6 参照）。カンボジアの平均的世帯である夫婦と子ども3人の場合、月68,000リエル（17.00米ドル）ずつ保険料を納付することになる。

表 5-6 オプションB 一人当たりの保険料額

SHIPモデル 保険料額	被保険者、成人被扶養者 子ども被扶養者	年額		月額	
		リエル	米ドル	リエル	米ドル
	被保険者、成人被扶養者	186,900	46.73	16,000	3.89
	子ども被扶養者	149,500	37.38	12,000	3.11

出所：プロジェクト・チーム作成

本プロジェクトの一環で実施した世帯調査（第3章参照）では、Battambang州とKampong Speu州の約半数の世帯にSHIPモデルで提案する保険料を一部の世帯構成員分、3分の1が全世帯構成員分支払う意向があることが示唆された。

SHIPモデルでは以上のような給付パッケージに基づき保険料を提案しているが、運営上の理由でNSSFの現行給付パッケージに合わせるようNSPCより命ぜられた場合は、現在のNSSFの医療保険料一人当たりの月額平均である5.29米ドルを基に、被保険者/成人被扶養者は月額23,200リエル（5.80米ドル）、子ども被扶養者は月額18,600リエル（4.64米ドル）という保険料額とすることも検討する。

前述の通り、他国の経験を踏まえると、インフォーマルセクター人口を社会保険でカバーする場合、補助金の投入は必須だと考えられる。しかし、カンボジアでは未だ税制が未整備であるため（BOX 5-1 参照）、現在の財政余地に鑑み、MEFは公

費の補てんは貧困層や社会的弱者に限定したいとしている。また、Sin-Tax (悪行税)⁶³等による歳入を特定財源として医療保障に充当することにも消極的である。予算が不足しているのは他省庁も同様であり、公平性という観点から説明が困難であるからだという。しかし、然るべき根拠を示すことができれば交渉の可能性は残されている。SHIP モデルでは、コスト計算によるエビデンスを基に、公費補てん及びフォーマルセクター向け保険との財政的相互補助ができるよう段階的に交渉を行う。

BOX 5-1 カンボジアの租税制度⁶⁴

カンボジアにおける主な租税は事業所得税 (Tax on Profit) であり、納税者は以下の3グループに分けられる。年間2億5千万リエル (約65,200米ドル) 未満であれば非課税となる。

- 高額納税者：年間売り上げ20億リエル (約50万米ドル) 以上
- 中規模納税者：年間売り上げ7億リエル (約17万5千米ドル) 以上20億リエル (50万米ドル) 未満
- 小規模納税者：年間売り上げ2億5千万リエル (約65,200米ドル) 以上7億リエル (約17万5千米ドル) 未満

2016年12月時点で150の事業者が高額納税者で、税収全体の7割を納付していた。また、約5,000から6,000の事業者が中規模納税者、約20,000の事業者が少規模納税者であった。税の滞納に関しては罰則はあるものの、実際には適用されていない。

カンボジアでは2016年より小規模納税者に対する課税方法が推計納税制度 (帳簿書類がないために収支の実額が把握できない、帳簿書類の内容が不正確で真実性に乏しい、税務調査に対して非協力であるために収支の実額が把握できないといった場合に税額を推計して課税する方法) から申告納税制度 (納税者自らが税務署へ所得などの申告を行うことにより税額を確定させ、この確定した税額を納税者が自ら納付する方法) に移行した。租税総局 (General Department of Taxation) は、納税者に対して適切な申告納税を行うよう啓発している。

5-9 加入者管理

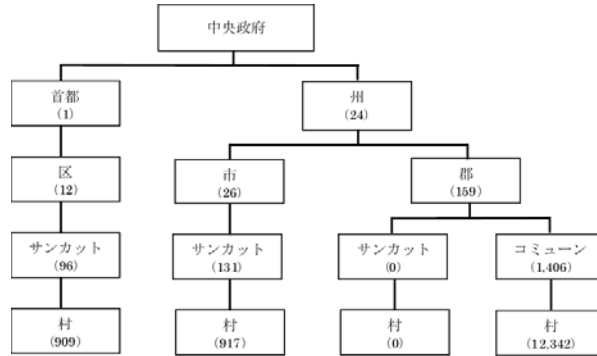
フォーマルセクター向けの保険では、企業や政府機関を通じて加入対象者を特定すれば良いのに対し、インフォーマルセクター向けの保険では、上述の通り、NSSF 若しくは HEF でカバーされていないすべての国民が潜在的加入対象者であるため、全国民を掌握し、そこから NSSF や HEF の加入者を除くことで対象者を把握する方法を確立する必要がある。地方行政 (コミューン・サンカット、村) は定期的に住民情報の登録・更新を行っており、カンボジアの全国民の最新の情報を有する唯一のシステムであるため、SHIP モデルでは、NSSF がコミューン・サンカット、村と共同で運営業務を行うことを想定している (BOX 5-2 参照)。保険の運営主体は NSSF だが、加入促進、登録データ管理、保険料徴収及び保険料未納の場合の督促、保険料徴収等の業務についてはコミューン・サンカットと村が NSSF を補佐する。

⁶³ タバコ、酒、賭博、競馬などに課せられる税。

⁶⁴ 租税総局能力強化プロジェクトフェーズ2 専門家からの聞き取りによる (2016年12月9日)。

BOX 5-2 カンボジアの地方行政

カンボジアの行政区は、①首都・州、②市・郡・区、③コミュニティ・サンカットによる3層構成になっており（図5-6参照）、市・郡・区の評議会議員はコミュニティ・サンカット評議会議員による間接選挙、コミュニティ・サンカットの評議会議員は村民による直接選挙によって選出される。



出所：JICA カンボジア事務所提供資料

図 5-8 カンボジアの行政区分（2016年1月現在）

住民はコミュニティ・サンカットで出生届、死亡届及び住民登録を行う。夫婦とその子供に関する情報は家族登録簿（Family Book）に、世帯構成に関する情報は住民登録簿（Resident Book）に記載され、警察によって管理される。各世帯は、同様の内容の写しを保有している。登録情報は毎月更新されている。コミュニティ・サンカットには評議会（Council）が存在し、コミュニティ・サンカット長（Chief）及び議員のほか、村長、副村長、村長補佐が村の代表として議会に出席する。村長はコミュニティ・サンカット評議会の投票によって決定され、任期は終身である。村長、副村長、村長補佐はコミュニティ・サンカットより毎月手当を受け取っている。

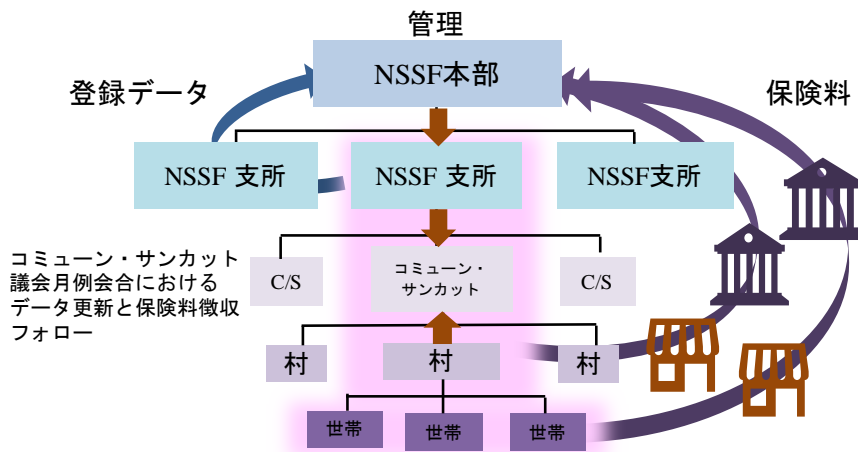


図 5-9 被保険者管理のコンセプト

月例のコミュニティ・サンカット評議会において各村の代表者から村民の保険加入及び保険料の支払い状況に関する報告を求め、これを基に保険登録情報の更新及び医療保障スキームの変更を行う。また、保険料を滞納している者がいる場合、村長と共にNSSF支所が支払いを促すこととする（図5-9参照）。他方、滞りなく保険料が支払われ

た際の保険料の割引きや携帯電話のクレジット提供など、保険料の継続的な支払いを促進する方法も同時に考案していく。

5-10 保険料の徴収法

民間被用者向け保険と異なり、インフォーマルセクターの場合、保険料を個人から徴収し、滞納した場合は追及する必要がある。保険料の適切な納付方法と頻度は居住環境や被保険者の職業の特性等によって異なると考えられるため、SHIP モデルでは複数のオプションを提示し、各村が選択することとする。保険料の納付方法のオプションは以下の通りである。

- 1) 村の代表が村民の保険料を徴収し、まとめて銀行送金する。その後、送金記録を NSSF 支所に提出する。
- 2) 各世帯の銀行口座から保険料を自動引き落としする。
- 3) 村の代表者が村民の保険料納付を促進し、各世帯が銀行若しくは電子送金システム等を利用して納付する。各世帯は送金記録を村の代表に手交し、村の代表者が村民の送金記録をまとめて NSSF 支局に提出する。

現在、NSSF 民間被用者向け医療保険では、雇用者が被用者の保険料を毎月 NSSF 本部に納付している。保険料はアセレダ銀行 (Acleda Bank) を通じて送金し、送金記録を NSSF に提出する。SHIP モデルでは、同様の仕組みで村の代表が村民の保険料を徴収し、まとめて銀行送金するという方法をオプション 1 とする。オプション 1 のような人を介した集金は現金の紛失や横領などの問題を引き起こす可能性があるが、一方で保険料の納付を個人に委ねるのは滞納を招きかねない。そこで、銀行口座からの自動引き落としをオプション 2 とする。コミュニン・サンカット事務所での SHIP 登録時に、最寄りの銀行支店を招き、同時に銀行口座の開設を奨励する。特に農家は不定期収入であるが、作物を収穫した後に銀行口座に預金することで保険料を毎月自動引き落としすることもできるうえ、盗難を防ぎ、また利子で預金を増やすこともできる。アセレダ銀行の普通銀行口座 (Saving Account) は 10,000 リエルを預金すれば開設が可能であるため、世帯にとって負担は重くないと考えられる。しかし、預金の習慣がないため、銀行口座開設を拒む者もいることが予想される。そこで、最寄りの銀行支店や ATM、モバイル送金システムを活用して各世帯が納付する方法をオプション 3 とする。ただし、この場合も村の代表者が村民に対して保険料の納付を促し、啓発を行うことを前提とする。各世帯は自身で送金を行うが、送金記録を村の代表に手交し、村の代表が村民の送金記録をまとめて NSSF 支局に提出する。このほか、携帯電話クレジットからの自動引き落としや公共料金 (水道、電気等) とのまとめ払いの可能性についても模索する。

5-11 苦情処理

NSSF では、2016 年下旬の医療保険導入に伴い、苦情や問い合わせへの対応のためホットラインを設けている。また、頻繁な問い合わせに対応すべく、GIZ と GRET の支援によりコールセンターも設置された。SHIP モデル導入後も、このホットライン及びコールセンターが苦情処理を行うことを想定している。

5-12 保険加入促進

保険加入促進には、パブリック・リーダーや政策決定者を対象としたアドボカシー（政策提言）、個人や小規模グループを対象としたコミュニケーション、地域を対象としたソーシャルモビライゼーション（社会動員）などを包括的に活用する。そのためのコミュニケーション戦略は BOX 5-3 及び図 5-10 の通りである。

BOX 5-3 SHIP コミュニケーション戦略

- コミュニケーションの手段・実施方法・モニタリングにかかる指針の明確化
- 関係組織（政府、開発パートナー等）間における SHIP の認知度向上
- コミュニケーション活動を行う組織・団体間の連携促進
- 各レベルにおけるアドボカシー・コミュニケーション実践者の育成
- 家庭やコミュニティを通じた啓発活動の促進

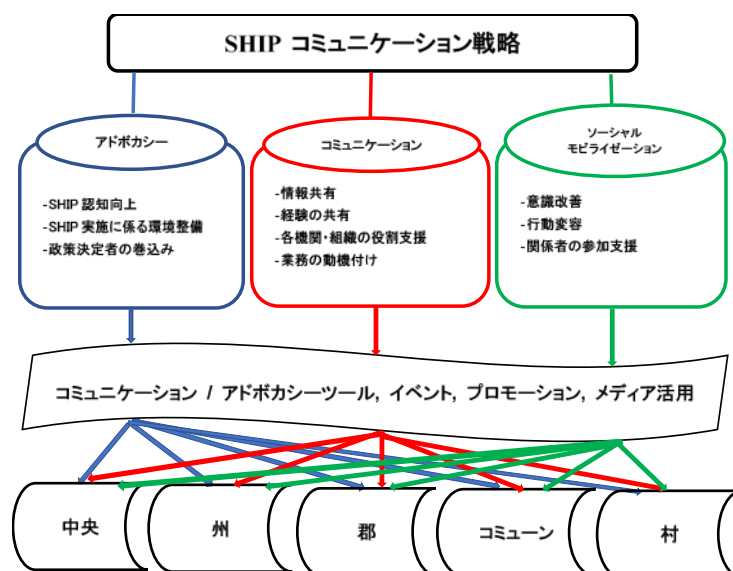


図 5-10 SHIP コミュニケーション戦略概念図

加入促進を活性化させるためのアドボカシー・コミュニケーションの対象は表 5-7 の通りである。コミュニケーション・アドボカシーに際しては、その目的と対象によって、最も有効なメッセージ、媒体、タイミング等を決定する。また、既存のシステム

(コミュニケーション評議会、仏教行事、村ボランティア等)を最大限に活用すると共に関係団体やメディアとの協働も検討する。さらに、コミュニケーション活動を実施するにあたっては、実施者の能力開発を常に念頭に置くこととする。

表 5-7 加入促進活性化のためのコミュニケーションの対象

	対象組織	対象者
中央	NSPC	Executive Committee、事務局メンバー
	関係省庁	MOH、MOLVT、MEF、MOI、MOP等
	NSSF	職員、病院エージェント
	中央病院、民間医療施設	医療従事者、事務スタッフ
	社会保障支援開発パートナー	GIZ、USAID、ILO、WHO等
州	PHD	Director、職員
	関係省庁州事務所	MOLVT、MEF、MOI、MOP、他
	NSSF支所	Director、職員
	州病院、民間医療施設	医療従事者、事務スタッフ
郡	OD	NSSF担当
	NSSF支所	Director、職員
	リファラル病院、民間医療施設	医療従事者、事務スタッフ
コミュニティ・サンカット	コミュニティ・サンカット	コミュニティ・サンカット長、議会議員
	保健センター、民間医療施設	医療従事者、事務スタッフ
村		村長、副村長、村長補佐、村ボランティア

出所：プロジェクト・チーム作成

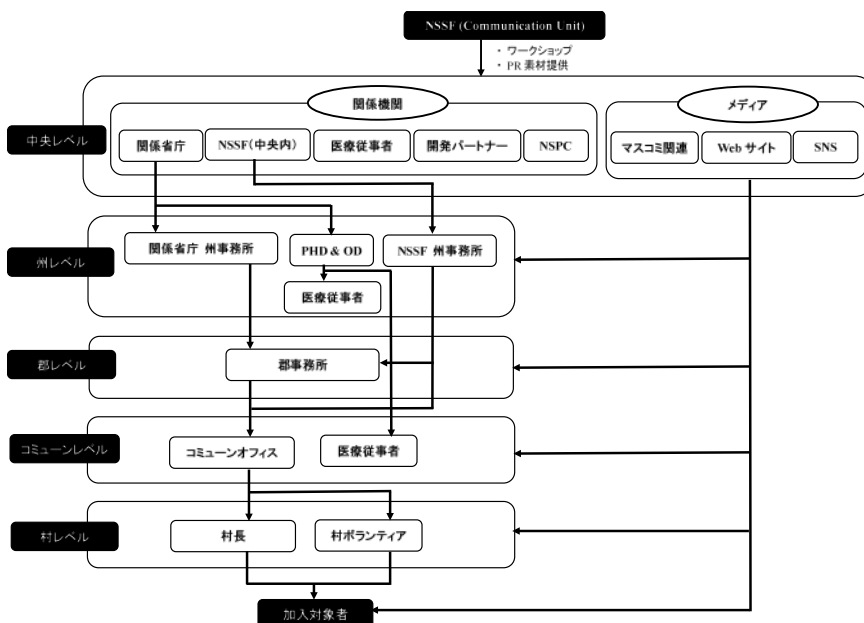


図 5-11 コミュニケーション/アドボカシー実施概念図

現在 NSSF では政策部門 (Policy Division) が広報活動を担当しているが、より効果的なコミュニケーション・アドボカシー実施のため、コミュニケーション・ユニット (Communication Unit) の設置が検討されている。コミュニケーション・ユニットが設

置されれば、開発パートナーと共同で同ユニットのスタッフの能力開発を行う。NSSF コミュニケーション・ユニットが機能するようになれば、基本的には同ユニットから情報を発信し、表 5-7 の対象者に順次コミュニケーション・アドボカシーを実施していく。コミュニケーション・アドボカシーの一環で行うワークショップや研修は、NSSF コミュニケーション・ユニットが NSSF 支所及び地方行政機関と共同で行う。また、マスメディアを活用し、それぞれの対象者への直接的な訴求も図る（図 5-11 参照）。

実証調査時における地域限定の情報発信と、全国に向けた情報発信は、基本的な戦略は同様でも、メディアの活用等、具体的手法は異なる。特に特定の地域を対象とする場合、その地域に即したメッセージや地域限定のメディア・ツールを活用することが有効である。また、民間被用者と公務員向け保険や HEF などが併存する中、SHIP モデルの対象者が混乱することなく、制度の内容を正しく理解できるよう工夫することが肝要である。

第6章 インフォーマルセクター向け医療保険制度実証調査の実施 枠組み（案）

2015年より2016年にかけて実施した情報収集・確認調査の結果を基に、本案件ではインフォーマルセクター人口向け医療保険のコンセプト・モデル（SHIPモデル）を形成した。今後SHIPモデルの実証調査を行い、同モデルが機能し得ると判断される場合は医療保険政策を策定する。その後、全国展開を目指して各地域に医療保険制度を段階的に導入することになる（図6-1参照）。本案件に続く活動では、SHIPモデルの実証調査を行う。その対象地域、対象人口、実施期間、カンボジア政府における担当者、活動及びおおよその予算に関し、以下の通り提案する。



図 6-1 カンボジア国インフォーマルセクター向け医療保険導入に向けた活動

6-1 対象地域

(1) 対象州の選定

SHIPモデルの実証調査については、最大で3州（Battambang州、Kampong Speu州及びPrey Veng州）、各州1カ所のODで試行し、保険登録と広報活動については開始時より全国展開を視野に入れることを提案する。これらの対象地域の選定基準は以下の通りである。

人口規模

実証調査の成果発現をできる限り正確に測定するためには人口が中規模から大規模である州が望ましい。そこで2013年中間年人口調査（Inter-censal Population Survey 2013）の結果を基に、人口750,000人以上の州を選定した。但し、人口密度が極端に高い首都及び新設で情報が限定的であるTboung Khmum州は実証調査対象地域候補から除外した。その結果、表6-1に橙色で着色しているBattambang州、Kampong Cham州、Kampong Speu州、Kandal州、Prey Veng州、Siem Reap州、Takeo州の7州が実証調査の対象地域候補として挙げられた。

表 6-1 カンボジア各州の人口（2013 年）

州	人口	州	人口
1 Banteay Meanchey	729,569	14 Prey Veng	1,156,739
2 Battambang	1,121,019	15 Pursat	435,596
3 Kampong Cham	1,757,223	16 Ratanak Kiri	183,699
4 Kampong Chhnang	523,202	17 Siem Reap	922,982
5 Kampong Speu	755,465	18 Preah Sihanouk	250,180
6 Kampong Thom	690,414	19 Stung Treng	122,791
7 Kampot	611,557	20 Svay Rieng	578,380
8 Kandal	1,115,965	21 Takeo	923,373
9 Koh Kong	122,263	22 Otdar Meanchey	231,390
10 Kratie	344,195	23 Kep	38,701
11 Mondul Kiri	72,680	24 Pailin	65,795
12 Phnom Penh	1,688,044	25 Tboung Khmum*	754,000
13 Preah Vihear	235,370		0

* 新設された Tboung Khmum 州はデータ不足のため、対象から除外した。

出所：Inter-censal Population Survey 2013

経済レベルの多様性

実証調査では、世帯の経済レベルに影響されることなく医療保険導入の可能性を検証する必要がある。表 6- 2 は、人口が大規模から中規模である 7 州における、収入による 5 分位階級⁶⁵の世帯数の分布を示している。標準偏差が低い州は各階級の世帯数にあまり差がない、つまり比較的多様な経済レベルの世帯が居住している地域であると推測できる。この結果を基に、実証調査対象地域候補を表 6- 2 に橙色で着色した Battambang 州、Kampong Cham 州、Kampong Speu 州、Prey Veng 州の 4 州に絞った。

表 6- 2 中・大規模 7 州における収入 5 分位階級の世帯数（2014 年）

	収入による5分位階級					平均	標準偏差
	I	II	III	IV	V		
Kampong Cham	254	208	200	117	186	193	44
Prey Veng	339	434	381	272	253	336	67
Battambang	194	187	299	359	365	281	77
Kandal	84	156	366	438	395	288	141
Takeo	108	340	383	518	189	308	145
Siem Reap	532	404	233	207	448	365	125
Kampong Speu	417	362	453	458	272	392	69

出所：Cambodia Socio-Economic Survey 2014

⁶⁵ I が最貧困の人口 20%、V が最富裕の人口 20%である。

職種の多様性

実証調査では、職種に影響されることなく医療保険導入の可能性を検証できるよう、農業、製造業、サービス業など、多様な職種の住民が居住する地域で行うことが望ましい。表 6-3 は世帯の経済レベルが比較的多様である 4 州における都市部及び農村部の世帯の主な収入源である職種を示している。すべての州において、都市部より農村部の職種に偏りがあることが示唆されるが、州全体では、Battambang 州の住民の職種が最も多様であり、Prey Veng 州、Kampong Speu 州がこれに続く。よって、上記 3 州を実証調査対象地域候補として提案する。

表 6-3 選定された 4 州の都市・農村世帯の主な稼得者の職種とその世帯数（2014 年）

州		選定された4州の都市部・農村部における職種 (2014年)						合計	平均	標準偏差	州全体標準偏差
		賃金労働	農業	漁業	製造業	サービス	その他				
Kampong Cham	都市	73	76	6	1	60	23	239	40	74	285
	農村	342	573	34	8	69	59	1085	181	496	
Prey Veng	都市	13	16	0	0	16	3	48	8	17	189
	農村	147	437	35	4	37	57	717	120	360	
Battambang	都市	69	53	5	1	71	41	240	40	28	67
	農村	122	307	27	0	31	27	514	86	106	
Kampong Speu	都市	90	31	0	4	39	15	179	30	73	246
	農村	258	480	15	6	42	35	836	139	418	

出所：Cambodia Socio-Economic Survey 2014

地理的な多様性

Battambang 州はカンボジア北西部に位置しており、タイと国境を接している。Kampong Speu 州は首都 Phnom Penh の西側、Prey Veng 州は南東部でベトナムと国境を接している。また、いずれも都市部と農村部が存在する（図 6-2 参照）。

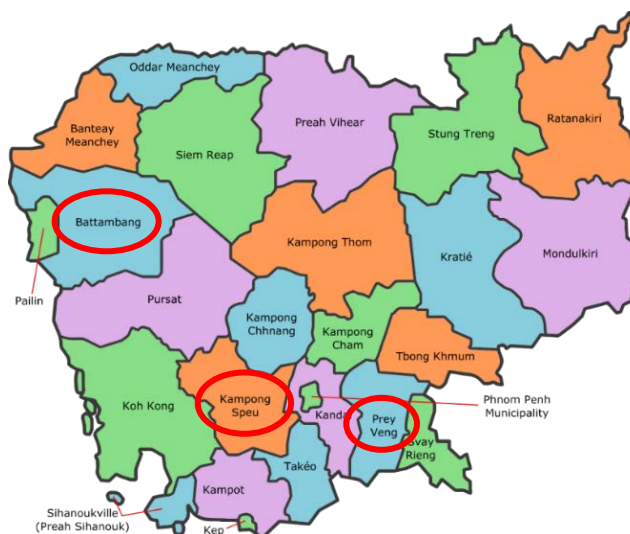


図 6-2 実証調査の対象地域候補

公的医療施設の利用率

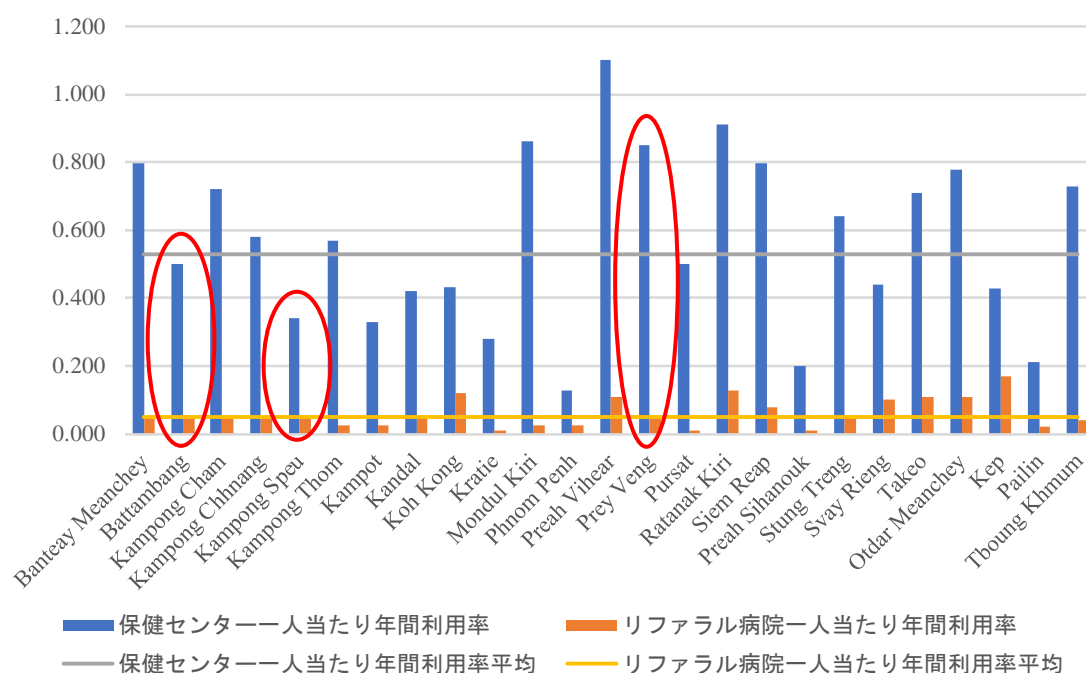


図 6-3 カンボジア各州の公的医療施設利用率（2016 年）

出所：カンボジア保健省のデータを基にプロジェクト・チーム作成

2016 年のカンボジア各州における公的医療施設の利用率は図 6- 3 の通りである。リファラル病院の外来診療の利用率は 3 州すべて国の平均に近い。保健センターの外来診療については多少傾向が異なるが、3 州とも国の平均から離れていない。

医療の質の多様性

患者の満足度に関する調査結果⁶⁶で、Battambang 州は大規模な州⁶⁷のモデルであるとされている。一方、Kampong Speu 州は国の平均を下回り、優先的に改善されるべき 8 州のうちのひとつとされている。Prey Veng 州は国の平均値である。これら 3 州でプロジェクトを実施することで、医療の質に影響されることなく医療保険導入の可能性を検証することができると思われる。

⁶⁶ MSD. Peou E and Depasse J-P. (2012). National Client Satisfaction Survey: Healthcare Services at Public Health Facilities in Cambodia Baseline Report for Ministry of Health.

⁶⁷ 人口 100 万人以上の州

民間医療施設の市場

SHIP モデルでは民間医療施設の適用拡大を模索する可能性があるため、実証調査の対象地には民間医療施設の市場があることが望ましい。図 6-4 は 2017 年に保健省に登録された各州の大規模民間医療施設の数である。Battambang 州、Kampong Speu 州及び Prey Veng 州には、いずれも比較的大きな市場が存在すると考えられる。

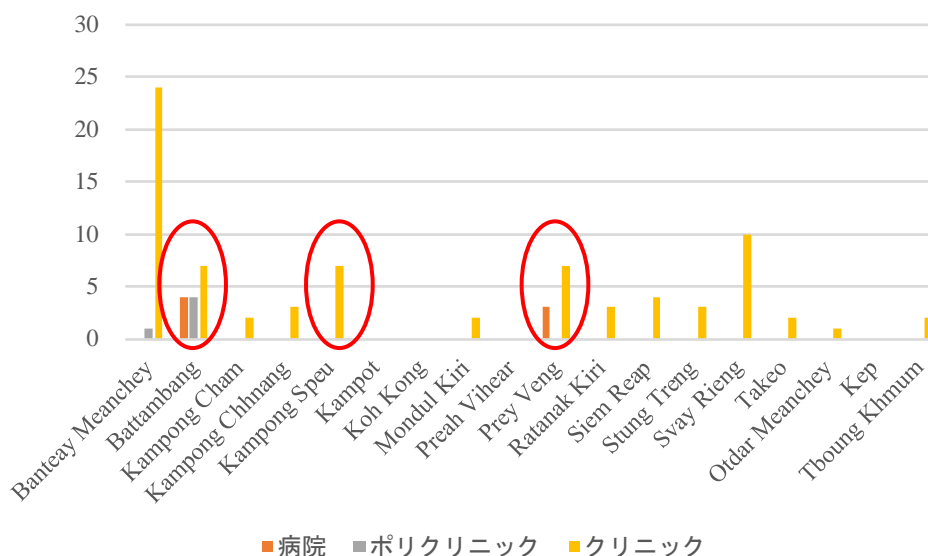


図 6-4 2017 年にカンボジア保健省に登録された民間医療施設数

NSSF 支所の能力

SHIP モデルの運営基盤は NSSF であるため、実証調査の対象州を最終決定する際には、対象州の NSSF 支所が適切に機能していて、インフォーマルセクター人口をカバーするに値する十分な能力とコミットメントをスタッフが有しているか確認する必要がある。

(2) 対象 OD の選定

前述の通り、カンボジアの医療行政単位はオペレーショナル・ディストリクト (OD) であるため、医療保険の実証調査も基本的に OD を単位として実施することを提案する。州と同様の選定基準を参考に TWG-SHIP で話し合い、表 6-4 に橙色で着色した Battambang 州の Maung Russei OD、Kampong Speu 州の Ou Dongk OD 及び Prey Veng 州の Pearaing OD を実証調査対象地域とすることを提案するが、実際には実証調査の準備期間中に、中央、州、郡レベルの関係者と協議のうえ最終決定する必要がある。

表 6-4 実証調査対象候補 3 州の OD とその人口

Province	OD	Population	Province	OD	Population
Battambang	Thmar Koul	235,376	Prey Veng	Kamchay Mear	96,467
	Maung Russei	206,480		Kampong Trabek	139,274
	Sampov Luon	170,735		Mesang	123,585
	Battambang	379,787		Peam Ror	68,785
	Sangkae	208,267		Pearaing	118,063
Kampong Speu	Kampong Speu	347,916		Preah Sdach	131,442
	Kong Pissey	281,617		Svay Antor	118,880
	Ou Dongk	133,071		Sithor Kandal	75,701
	Phnom Srouch	113,753		Krong Prey Veng	82,700
				Baphnom	97,471
				Peam Chor	75,367
				Kanhchriech	72,804

出所：MOH

SHIP モデルでは対象地域の全住民を登録することを想定しているため、かなりの時間と人員の投入を要する。そのため、時間や予算の都合上、3 州 3OD で実施することが困難である場合、保健行政区である OD ではなく、その他のセクターで用いられる行政区（Administrative District。以下「AD」という。）⁶⁸単位で実施することも検討する。ただし、医療提供の観点から、対象 AD の中には少なくともリファラル病院が含まれるよう調整することを推奨する。

コミュニン・サンカット職員及び村の役員の意欲

インフォーマルセクター人口を保険に加入させることは容易なことではないため、保険運営に携わる職員には強い意思と忍耐力が求められる。そのため、地域住民に公平な医療サービスを提供するという使命感と強い意思を有するコミュニン・サンカット職員及び村の役員を募り、プロジェクト対象地域選定のもう一つの基準とすることも一案である。

6-2 対象人口

実証調査対象地域候補として提案した 3OD の推定されるコミュニン・サンカット数、村の数、世帯数及び人口は表 6-5 の通りである。

⁶⁸ 通常、OD より AD の方が小規模であり、一つの OD の中に複数の AD がある場合が多い。

表 6-5 実証調査対象 OD 候補

州 OD	Battambang Maung Russei	Kampong Speu Ou Dongk	Prey Veng Pearaing	計
コミュニン・サンカット	20	15	9	41
村	175	244	74	493
世帯	44,105	28,929	26,236	99,270
人口	206,480	133,071	118,063	457,614

出所：MOH

6-3 実施期間

2019年4月から2022年3月の3年間を実施期間とすることを提案する。

6-4 カンボジア政府における担当機関

SHIP モデルは、インフォーマルセクターの医療保障を担当する保健省と共に形成した。しかし、その過程で SHIP モデルでは社会保険方式を採用し、NSSF がインフォーマルセクターを含むすべてのカンボジア国民の社会保険を運営することが決定した。並行して、2017年には国家社会保障評議会（NSPC）が設立された。かかる状況下、今後 JICA が同分野において支援を継続する際には、保健省のみならず、SHIP の実施機関となる NSSF/MOLVT、医療保障政策の決定機関である NSPC 若しくは NSPC の中核である MEF をカンボジア政府の担当機関とし、密に連絡調整を行うことを提案する。

6-5 実証調査活動

実証調査の活動は、(1) SHIP モデル試行、(2) 登録システム導入・人材育成及び (3) 広報活動の3群から成る。(1) SHIP モデル試行は対象地域において実施した後、政策策定、全国展開に向けた活動に移行する一方で、(2) 登録システム導入・人材育成及び (3) 広報活動は (1) SHIP モデル試行の対象地域より着手するが、開始当初より全国に向けて展開する（図 6-5 参照）。(2) 登録システム導入・人材育成では、社会保障の単一登録システムを NSSF に導入し、全国民を登録する。現在、NSSF の登録システムは、MOLVT と MOI との間で交わされた基本合意書に基づき、国民 ID システムと連携しており、NSSF で加入者登録を行う際には MOI の国民 ID 情報と照合している。しかし、国民 ID システムに登録されているのは 15 歳以上の人口であり、家族情報等は得られない。他方、住民登録台帳は未だ電子化されていない。かかる状況下、本プロジェクトでは、NSSF の単一登録システムで先行して全国民をカバーすることを提案する。その上で、将来的には医療保険と住民登録を関連付け、住民登録をした者は NSSF が把握し、個別に医療保険加入の勧誘ができるようにすることを目指す。

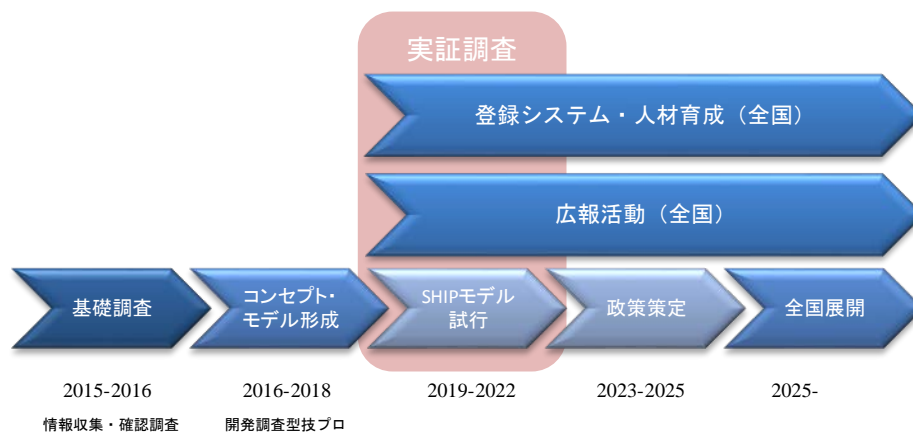


図 6-5 SHIP モデル実証調査の実施枠組み（案）概念図

(1) SHIP モデル試行（対象 3OD）

SHIP モデルが各地域で実際に機能するか対象 OD で検証する。この活動には、実施ガイドラインの作成や被保険者管理の仕組み構築等も含まれる。実施ガイドラインは専門家による数理分析を基に作成する。ガイドラインには、保険料額、給付パッケージ、保険料徴収法の選択肢及びモニタリング評価の枠組み等が含まれる。SHIP 導入にあたっては、SHIP を担当する NSSF 支所職員を雇用し、トレーニングを実施する。また、対象 OD を管轄する NSSF 支所がコミュニケーション・サンカット職員及び村の役員と共同で SHIP 被保険者の管理体制を構築する。

(2) 登録システム・人材育成（全国）

SHIP の対象者はインフォーマルセクター人口であるが、前述の通り、すべての国民が SHIP の潜在的対象者であるため、各地域で住民の保険登録をする際には全員を登録する。プロジェクトの開始と共に、まず IT 情報システム導入の準備と、IT 技術者、IT 利用者のトレーニング・マニュアルを作成する。その後、各地域において住民の保険登録が適切に行われるよう、NSSF 本部、対象地域の NSSF 支所、コミュニケーション・サンカット職員及び村の役員を対象に登録業務にかかるトレーニングを行う。

(3) 広報活動（全国）

保険登録・加入促進及び医療保険への理解促進のため、住民のみならず、医療従事者や医療保険運営職員に対しても広報活動を実施する。この活動は保険登録の促進にも寄与すると考えられるため、登録活動とタイミングを合わせて実施する。

(4) 事業管理

インフォーマルセクター向け医療保険制度実証調査を JICA が実施する場合の運営方法を、以下の通り提案する。

実証調査の進捗や課題の確認及び事業の改善を図ることを目的に TWG-SHIP 会合を四半期に 1 度開催する。同会合には、開発パートナーを含む多様な関係者を招待し、多角的に事業のモニタリングを行う。対象州や郡においても、少なくとも 2 年に 1 度モニタリング会合を開催し、実証調査の進捗確認を行う。NSPC には実証調査プロジェクトの年次報告書を提出する。また、同調査では、3 年の実施期間中、2 度の外部評価を行う。3 年間の SHIP モデル試行の終了時には、その結果を基に SHIP を制度化すべく、活動内容を調整する。

図 6- 6 は実証調査の実施スケジュールである。現在、実証調査の開始は、早くも 2019 年 4 月頃だと言われている。しかし、カンボジア政府は UHC に向けた現在のモメンタムを逃さぬよう、できる限り早期の実施を望んでおり、2018 年度中にも他の開発パートナーの支援を仰いで準備を開始したいとしている。この状況に鑑み、本報告書では、実施スケジュールとして 2 つのオプションを提案する。オプション A は、当初の予定通り 2019 年度開始とし、JICA が単独で実証調査を実施する場合、オプション B は、1.1 実施ガイドライン作成を 2018 年度中に行うこととし、他の開発パートナーに活動の一部を担っていただく場合である。

オプション B で開発パートナーに一部の活動を担っていただく場合、まず当初より外部に委託することを想定していた数理分析の実施を依頼することが考えられる。また、この結果を基に、インフォーマルセクター向け医療保険に対して適切だと考えられる保険料と給付パッケージについて提案していただく（図 6- 6 濃橙色部分）。これに加え、本報告書を基に保険料徴収法オプションを決定し、モニタリング評価の枠組みを作成するところまでの技術支援をお願いすることを更なるオプションとして提案する（図 6- 6 薄橙色部分）。オプション B のうち、開発パートナーに協力を依頼しない活動については、次期プロジェクトの開始を待って着手することになる。

オプション A: JICA が単独で支援する場合

		2018				2019				2020				2021				2022				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
0	段階的導入実施の前提条件																					
0.1	SHIPモデルのコンセプトノートと実施計画の承認																					
0.2	法的文書作成 (NSPCの指示がある場合)																					
1	SHIPモデルの段階的導入																					
1.1	実施ガイドライン作成																					
1.1.1	数理分析																					
1.1.2	保険料設定																					
1.1.3	給付パッケージ設定																					
1.1.4	保険料徴収法オプションの設定																					
1.1.5	モニタリング評価の枠組み作成																					
1.2	SHIP被保険者管理の体制確立																					
1.3	NSSF支所職員雇用・トレーニング																					
1.4	州知事宛に省令及び公式書簡送付																					
1.5	SHIP始動																					
1.6	民間医療施設の保険認証促進																					
2	NSSF登録																					
2.1	NSSF登録用 ITシステム開発																					
2.2	登録トレーニング・マニュアル作成																					
2.3	NSSF、コミュニティ・サンカット職員向け登録業務トレーニング																					
2.4	住民のNSSF登録																					
3	広報活動																					
3.1	登録・加入促進のための広報戦略策定																					
3.2	広報活動実施																					
4	管理・報告																					
4.1	TWG-SHIP会合開催							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.2	州・郡におけるSHIP会合開催							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.3	外部評価												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.4	NSPCに対する年次報告									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.5	SHIPの拡大及び全国展開に向けたモデル再構築																					X

オプション B: JICA が開発パートナーと共同で支援する場合

		2018				2019				2020				2021				2022				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
0	段階的導入実施の前提条件																					
0.1	SHIPモデルのコンセプトノートと実施計画の承認																					
0.2	法的文書作成 (NSPCの指示がある場合)																					
1	SHIPモデルの段階的導入																					
1.1	実施ガイドライン作成																					
1.1.1	数理分析																					
1.1.2	保険料設定																					
1.1.3	給付パッケージ設定																					
1.1.4	保険料徴収法オプションの設定																					
1.1.5	モニタリング評価の枠組み作成																					
1.2	SHIP被保険者管理の体制確立																					
1.3	NSSF支所職員雇用・トレーニング																					
1.4	州知事宛に省令及び公式書簡送付																					
1.5	SHIP始動																					
1.6	民間医療施設の保険認証促進																					
2	NSSF登録																					
2.1	NSSF登録用 ITシステム開発																					
2.2	登録トレーニング・マニュアル作成																					
2.3	NSSF、コミュニティ・サンカット職員向け登録業務トレーニング																					
2.4	住民のNSSF登録																					
3	広報活動																					
3.1	登録・加入促進のための広報戦略策定																					
3.2	広報活動実施																					
4	管理・報告																					
4.1	TWG-SHIP会合開催							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.2	州・郡におけるSHIP会合開催							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.3	外部評価												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.4	NSPCに対する年次報告									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.5	SHIPの拡大及び全国展開に向けたモデル再構築																					X

図 6-6 実証調査実施スケジュール (案)

6-6 実証調査予算概算

上記調査活動にかかるおよその予算は表 6- 6 の通りである。保険の公費補てん予算は、この中に含んでいない。SHIP を公費で補てんする場合、更に最高 5～6 百万米ドルの予算をカンボジア側に計上することになる。

表 6- 6 インフォーマルセクター向け医療保険導入実証調査予算概算

	日本側	カンボジア側
人件費	US\$2,160,000	
SHIPモデルの試行	US\$118,600	US\$61,200
NSSF登録	US\$133,000	US\$60,300
登録システム	US\$34,782,609	
広報活動	US\$185,000	US\$20,000
管理・報告	US\$69,250	
技術協力 計	US\$2,665,850	US\$141,500
	¥306,572,750	¥16,272,500
無償/有償 計	US\$34,782,609	
	¥4,000,000,035	

*登録システムのみ無償・有償、その他は技協の対象。

参考資料

- 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. (2017). Key Indicators for Asia and the Pacific 2017. Retrieved January 30, 2018, from <https://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2017>
- Chakraborty NM, Fry K, Behl R, Longfield K. Simplified Asset Indices to Measure Wealth and Equity in Health Programs: A Reliability and Validity Analysis Using Survey Data From 16 Countries. *Global Health: Science and Practice*. 2016; 4(1):141-154. doi:10.9745/GHSP-D-15-00384.
- De Quiros, Emilio Jr. (2017). Report to the Royal Government of Cambodia The Roles and Functions of the National Council for Social Protection (NSPC), the Executive Committee, Sub-Committees and the Secretariat.
- Equitytool. (2017). Retrieved January 15, 2018, from <http://www.equitytool.org/cambodia/>.
- Euromoney Institutional Investor. (2017). CEIC Database. Retrieved December 10, 2017, from <https://www.ceicdata.com/en/indicator/cambodia/annual-household-income-per-capita>
- Inter-Ministerial Prakas on Revision of Annex I of Inter-Ministerial Prakas No. 173 LV/PRK., DATED 05 May 2016, on Provider Payment Methods for Health Care.
- International Labour Organization (2017). Operational Review of the Cambodian National Social Security Fund - Recommendations for Institutional Reforms.
- International Labour Organization (2016). Rwanda: Progress towards Universal Health Coverage. Social Protection in Action: Building Social Protection Floors.
- International Labour Organization (2015). CAMBODIA Technical Note Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of the National Social Security Fund (NSSF).
- Jordanwood, T., Grundmann C. (2015). "Health Equity Fund System Technical Brief" USAID Social Health Protection Project implemented by University Research Co., LLC. August 2015
- Khim K. & Annear P. L. (2013). "Strengthening district health service management and delivery through internal contracting: Lessons from pilot projects in Cambodia." *Social Science & Medicine*, Volume 96 (November 2013), pp. 241-249.

The Kingdom of Cambodia. (2010). The Constitution of the Kingdom of Cambodia. Unofficial Translation Version Supervised by the Constitutional Council.

Ministry of Health (2018). Health Sector Progress in 2017.

Ministry of Health (2018). Prakas. To provide health insurance to Cyclo workers from Wednesday 03 Jan 2018 for free from Public Health facility according to the word of Hun Sen on 03 Jan 2018.

Ministry of Health (2016). Annual Health Financing Report 2016.

Ministry of Health (2014). Standard Benefit Package and Provider Payment Mechanism for Health Equity Funds, 2014

Ministry of Health (2008). Service Delivery Grant – Operational Manual.

Ministry of Health (2007). Guidelines on Minimum Package of Activities for Health Center Development 2008~2015 (2007)

Ministry of Health, Bureau of Health Economics and Financing of the Department of Planning and Health Information, with support from the World Health Organization. (2018). Estimating Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report (2012-2016 Data). Unpublished manuscript.

Ministry of Interior. (2016). The National Strategic Plan on Identification 2017-2026 (NSPI).

Ministry of Labour and Vocational Training (2016). PRAKAS ON HEALTH CARE BENEFITS. NO. 109 LV/PrK.

Ministry of Labour and Vocational Training and Ministry of Health (2017). Inter-Ministerial Prakas on Revision of Annex I of Inter-Ministerial Prakas No. 173 LV/PRK., DATED 05 May 2016, on Provider Payment Methods for Health Care.

Ministry of Labour and Vocational Training and Ministry of Health (2017). Prakas on Improving the Service for HEF for Informal Workers and Additional USD100 for Delivery According to Prime Minister Hun Sen.

National Centre for Global Health and Medicine (2015). Health Protection Systems: How can Japan utilize own experience for achieving UHC in developing countries? Symposium conducted in Tokyo.

National Institute of Statistics, Ministry of Planning (2013). Cambodia Inter-censal Population Survey 2013 Final Report.

- National Institute of Statistics, Ministry of Planning. (2010-2017). Cambodia Socio-Economic Survey 2009-2016.
- National Institute of Statistics, Ministry of Planning (2009). Cambodia General Population Census of Cambodia 2008.
- National Institute of Statistics, Ministry of Planning. (2008). Cambodia Socio-Economic Survey 2006/7.
- National Institute of Statistics, Ministry of Planning, Directorate General for Health, and ICF International, (2015). Cambodia Demographic and Health Survey 2014. Phnom Penh, Cambodia, and Rockville, Maryland, USA: National
- Osawa, S., & Walker DG. Trust in the context of community-based health insurance schemes in Cambodia: villagers' trust in health insurers. *Advances in Health Economics and Health Services Research*. 21:107-32.
- Peou E. & Depasse J. (2012). National Client Satisfaction Survey: Healthcare Services at Public Health Facilities Baseline Report for Ministry of Health.
- The Phnom Penh Post. (30 October 2017). Draft budget for 2018 approved by the Council of Ministers.
- P4H C+ Overview Health Care Financing Activities 2017 (updated October 2017)
- The Royal Government of Cambodia. (2017). National Social Protection Policy Framework 2016-2025.
- The Royal Government of Cambodia. (2011). Law on Social Security Schemes for Persos Defined by the Provisions of the Labour Law (Royal Kram NS/RKM/0902/018).
- Schneider F. (2017) New Estimates for the Shadow Economies of 11 Asian Countries from 2000 to 2014. In: Rövekamp F., Bälz M., Hilpert H. (eds) *Cash in East Asia. Financial and Monetary Policy Studies*, vol 44. Springer, Cham
- The World Bank. (2018). World Development Indicators. Retrieved September 3, 2018, from <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>
- The World Bank (2014). Encouraging Health Insurance for the Informal Sector: A Cluster Randomized Trial, Policy Research Working Paper 6910.
- World Health Organization & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2017). Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report.

World Health Organization (2003). How Much Should Countries Spend on Health? DISCUSSION PAPER NUMBER 2.

韓国医療保険連合会（1980-1999）. 『医療保険統計年報 1980-1999 年度』.

『カンボジア法律図書館』（2017）. Retrieved June 10, 2017, from <http://en.chbab.net/about-cambodian-law>

中華民国行政院主計處（1980-1999）. 『中華民国社会指標統計 1980-1999 年度』.

独立行政法人国際協力機構（JICA）、グローバルリンクマネージメント株式会社.（2016）. 『カンボジア国医療保障制度に係る情報収集・確認調査』.

独立行政法人国際協力機構（JICA）、公益財団法人結核予防会、株式会社梓設計、有限会社 エストレージャ.（2017）. 『カンボジア国保健人材及び保健施設に係る情報収集・確認調査』.

独立行政法人国際協力機構（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』.

李 蓮花.（2007）. 『韓国と台湾の公的医療保険政策の比較研究—後発国の工業化、民主化と社会政策—』. 早稲田大学大学院 アジア太平洋研究科国際関係専攻博士学位論文.

別添資料

QUESTIONNAIRE FOR HOUSEHOLD SURVEY ON SOCIAL HEALTH PROTECTION SYSTEM IN
CAMBODIA

Informed Consent

Greetings!

My name is _____. I work at the Center for Population Health Research, KHANA as a data collector. We regularly conduct health surveys in different parts of Cambodia. We are currently covering about 1,000 households (total) in Battambang and Kampong Speu 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 will 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.

Do you have any questions for me?

Would you be willing to participate in the survey? 0. No 1. Yes

A) Interview Identification

1.	Questionnaire No.	/...../...../...../...../	
2.	Province Code	/...../...../	
3.	OD code	/...../...../	
4.	AD Code	/...../...../	
5.	Commune Code	/...../...../	
6.	Village Code	/...../...../	
7.	Date of interview	Day _____, Month _____, 2017 Start time _____ End time _____	
8.	Interviewer's ID	/...../...../	
9.	Supervisor's ID	/...../...../	
10.	Checked by (full name)		
11.	Results	Completed	1
		No household members at home	2
		Refused	3
		Dwelling not found	4
		Finish at Q#.....	5
		Other (Specify) _____	6

B) Household Profile/ Respondent Identification/ Socio-Economic Status

Please list up to three people that mainly earn income for the family (ID)	Sex 1: Male 2: Female	Age in completed years Under one year code 0	What is (ID)'s current marital status (if age 13 or above)? Use codes below	Highest education level achieved	Does (name) currently work? 0=No 1=Yes	In what kind of industry/business (economic activity) did ..[ID].. work in his/her main occupation/activity	Under what type of employer did ..[NAME].. work in his/her main occupation/economic activity? 1=Government 2=Private Company/Industrial/Business Owner 3=NGO 4=Self employed 5=Other (Specify).....	Relationship to household head
<p>Q1 CODES: 1= Head, 2 = Spouse, 3 = Son/Daughter, 4 = Stepchild, 5 = Adopted, child/ Foster child, 6 = Parent, 7 = Sibling ,8 = Grandchild, 9 = Nephew/Niece, 10 = Son/Daughter-in-law, 11 = Brother/Sister-in-law, 12 = Parent-in-law, 13 = Other relatives, 14 = Servant, 15 = Other non-relative including boarder</p>								
<p>Q4 CODES: 1= Never married, 2 = married/live together, 3= married/living separated, 4= divorced/ living separated, 5= widowed.</p>								
<p>Q7 CODES: 1= Seller, 2=Product Inventor, 3 = Hotel/Tour/Restaurant, 4= Hair dresser/barber/embellishment , 5 =Mechanic/electrician/technician, 6 = Battery Charger, 7=Factory Worker, 8 =Fish/animal raiser, 9 =Money Lender/money exchange/gold seller, 10 =Moto taxi, 11=Taxi, 12 =Agriculture (Laborer), 13 = Non-Agriculture (Laborer), 14= Civil Servant, 15= Handicraft, 16=Farmer, 17=Fishermen, 18=Company/NGO staff, 19=Bank/Microfinance staff, 20 = Other (Specify).....</p>								

C) Household Characteristic

No.	Question	Coding Categories		Skip To
9	Does your household have electricity?	No	0	
		Yes	1	
10	Does your household have a television?	No	0	
		Yes	1	
11	Does your household have refrigerator?	No	0	
		Yes	1	
12	Does your household have CD/DVD player?	No	0	
		Yes	1	
13	Does your household have wardrobe?	No	0	
		Yes	1	
14	Does your household have generator/battery/solar panel?	No	0	
		Yes	1	
15	Does any member of your household own a motorcycle/scooter?	No	0	
		Yes	1	
16	Does any member of your household own a watch?	No	0	
		Yes	1	
17	Does any member of your household have bank account?	No	0	
		Yes	1	
18	What is the main source of drinking water during the wet season for members of your household?	Pipe in to dwelling	1	
		Other sources of water	2	
19	What is the main material of the floor?	Ceramic tile	1	
		Wood planks	2	
		Other material	3	
20	What is the main material of exterior walls?	Cement block	1	
		Palm/bamboo/ thatch	2	
		Other material	3	
21	What type of fuel does your household mainly use for cooking?	LPG	1	
		Wood	2	
		Other material	3	
22	What kind of toilet facility do member of your household usually use?	No facility/bush/field	1	
		Flush to piped sewer system (not share with other household)	2	
		Flush to septic tank (not share with other household)	3	
		Other type of toilet	4	

23	Approximately how much is the household's average income per month? [Please circle KHR) 1USD=4,000 KHR	_____ KHR		
24	Assume that someone in your household gets into an accident; do you need to borrow money to pay for health care?	No	0	
		Yes	1	
25	Has your household ever had a loan or sold your valuable goods like jewelries, TV, etc. in the last 12 months?	No	0	0→Q30 If 2 do not ask 28&29 88→Q30
		Yes (Loan)	1	
		Yes(Sold)	2	
		Don't know	88	
26	What did you have the loan or sell your valuable goods in the last 12 months for? PLEASE ASK FOR THE BIGGEST LOAN IF MULTIPLE LOANS WERE TAKEN	Food	1	4 ask Q27
		Rent, water, electricity	2	
		Children's education	3	
		Health expense	4	
		Marriage	5	
		Funeral	6	
		House/land	7	
		Equipment/materials for work	8	
		Other (Specify)_____	9	
		Don't know	88	
27	If above Q 26 #4, about how much did you spend? KHR		
28	Who did you borrow it from?	Money lenders	1	
		Friends/Neighbour	2	
		Microfinance institutions	3	
		Banks	4	
		Relatives	5	
		Other (specify.....)	6	
29	Have you paid off this loan yet?	No	0	
		Yes	1	

30	Where does your household seek information necessary for everyday	Listen to radio	1	
		Newspaper	2	
		TV	3	
		Internet	4	
		Social Media (facebook, line, whatsapp..)	5	
31	How many dependents in your family?	Under age 18..... person	1	
		Age 18 to 65.....person	2	
		Over the age of 65..... person	3	
		Total number of dependents	4	

D). Utilization of Health Services

No.	Question	Coding Categories		Skip to
INSTRUCTION: Asking about the most recent illness episode in your family.				
32	Did you/your family member seek care from a health facility/ personnel in the past 12 months?	No	0	0→Q41
		Yes	1	88→Q 42
		Don't know	88	
33	Who was the family member who the most recent care from health facility/personnel?	Household Head	1	
		Spouse	2	
		Family member under the age of 18	3	
		Family member at the age of 18 to 65	4	
		Family member at the age over 65	5	
34	When was the most recent illness episode about? [In days, weeks, months]	_____ ago		
35	Was it IPD or OPD?	Neither	0	
		IPD	1	
		OPD	2	
36	Was this due to chronic illness or disability?	No	0	
		Chronic illness	1	
		Disability	2	
37	Were you/your family member referred to another hospital?	No	0	1→Q 40
		Yes	1	
		Don't know	88	
38	If yes, did you/your family member go to the referred hospital?	No	0	
		Yes	1	

39	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	
40	How was the treatment financed?	Household income	1	All→Q 42
		Savings	2	
		Borrowing	3	
		Selling assets	4	
		Selling household production in advance	5	
41	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	
		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	
	Other sources (specify)	6		

42	<p>Where did you/your family member go for the health services?</p> <p>If you/your family member went to more than one health facility, please choose all, and place the number in order besides the name of the health facility.</p> <p>IF UNABLE TO DETERMINE WHETHER THE FACILITY IS PUBLIC OR PRIVATE, WRITE THE NAME OF THE FACILITY/ PLACE BELOW.</p> <p>_____</p> <p>(Name of the facility)</p> <p>_____</p> <p>(Place)</p>	Public medical sector:		7-16→Q 44
		Central hospital (in Phnom Penh)	1	
		Provincial hospital	2	
		District hospital	3	
		Health center	4	
		Health post	5	
		Other public sector health facility	6	
		Private medical sector:		
		Private hospital – tertiary to secondary	7	
		Private clinic	8	
		Village health practitioner	9	
		Traditional healer	10	
		Pharmacy/drugstore	11	
		Traditional birth attendant (TBA)	12	
		NGO or Trust hospital/clinic	13	
		Other private sector facility	14	
Home treatment	15			
Other (Specify) _____	16			
43	<p>If you/your family member used the government facility, how satisfied were you with the health care received?</p>	Very satisfied	1	All→Q 45
		satisfied	2	
		Unsatisfied	3	
		Very unsatisfied	4	
		Don't know	88	
44	<p>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?</p> <p>[PROBE: Any other reason?]</p> <p>[RECORD ALL MENTIONED]</p>	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			

INSTRUCTION: Q53-Q57 are general questions on health service utilization of your family.				
45	What is your general perception on the health care at a government facility?	Very satisfied	1	
		Satisfied	2	
		Unsatisfied	3	
		Very unsatisfied	4	
		Other (Specify)_____	5	
		Don't know	88	
46	Which facility do you/family prefer to go?	Public	1	
		Private	2	
		Other (specify)_____	5	
47	Why do you choose that facility?	Good quality	1	
		Convenience	2	
		Affordable	3	
		No other choice	4	
		Other (Specify)_____	5	
48	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	
49	What is the nearest public health facility?	Central Hospital (Phnom Penh)	1	
		Provincial hospital	2	
		District hospital	3	
		Health center	4	
		Health post	5	
		Don't know	88	
50	What are the barriers for your family in accessing health care? [MULTIPLE RESPONSES POSSIBLE]	Costs	1	
		No facilities nearby	2	
		Do not know where to go	3	
		Waiting time	4	
		Poor quality of care	5	
		Attitude of health workers not good	6	
		Fear for health care	7	
		Transportation	8	
		No problems		

E). Social Health Protection System

No.	Question	Coding Categories		Skip to
51	Is anyone in this household covered by a social health protection scheme?	No	0	0→Q 61
		Yes	1	
		Don't know	88	88→Q 61
52	What type of social health protection scheme? Multiple answer possible [PROBE: Any other type?] [RECORD ALL MENTIONED] [HAVE THEM SHOW THEIR INSURANCE CARD]	National Social Security Fund (NSSF)	1	88→Q 61
		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 (Specify)_____	6	
		Don't know	88	
53	What is the social health protection about?	Health insurance	1	
		Work injury	2	
		Pension	3	
		Other_____	4	
		Don't know	88	
54	Have you/your family member made use of the health insurance scheme to get any service so far?	No	0	0→Q59
		Yes	1	88→Q59
		Don't know	88	
55	What illness/condition did you or your family member use it for the most recent illness?	Acute illness (Fever, diarrhea, cough, intestine, stomachache)	1	
		Chronic illness (Diabetes, hypertension, heart disease)	2	
		Pregnancy/child-birth related	3	
		Accident/emergency/ Surgery	4	
		Hospitalization	5	
		Others (Specify)_____	6	
Don't know	88			
56	When was the most recent episode about? [In months]	_____ month		
57	How did you feel when you/your family member used the social protection scheme?	Very Satisfied	1	
		Satisfied	2	
		Unsatisfied	3	
		Very unsatisfied	4	
		Don't know	88	

58	Have you/your family member ever failed to use health insurance at a health facility?	No	0	0→Q61
		Yes	1	
59	Do you know which hospitals you/your family member are eligible to use the insurance scheme? [YES→PROVE: LET THEM TELL]	No	0	
		Yes (Specify.....)	1	
60	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 (Specify)_____	7	
		Don't know	88	
61	Do you have an ID Poor card? [HAVE THEM SHOW THEIR ID POOR CARD]	No	0	
		Yes	1	
		Don't know	88	
62	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	
		I know something about health insurance	2	
		I know nothing about health insurance.	3	
63	What kind of health insurance scheme would you like to join?	Government health insurance	1	5 →Q 65
		Community health insurance	2	
		Private health insurance	3	
		Other (Specify) _____	4	
		Don't want to join	5	
		Don't know	88	
64	Why would you like to join the above health insurance scheme?	Good reputation	1	
		No premium	2	
		Can receive better health service	3	
		Others (Specify)_____	4	
		Don't know	88	

65	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 (Specify)_____	4
		Don't know	88
66	If the government insurance requires mandatory enrollment (with the need to pay premiums), would you agreed to join the scheme?	Agree	1
		Neutral	2
		Not agree	3
		Don't know	88
67	If the government insurance requires mandatory registration (not necessarily with the need to pay premiums), would you register?	Yes	1
		No	2
		Not sure	3
68	Who do you think is best suited to communicate about the health insurance and premium payments?	Village chief	1
		member of the health scheme	2
		health care provider	3
		/health facility admin staff/	4
		Others (Specify)_____	5

INSTRUCTION: General questions on social health protection.

69	How many formal association/union in your community?	Fisherman	1
		Factory worker	2
		Famer	3
		Teacher	4
		Police/military	5
		Other (specify.....)	6
		Self-Support Group	7
		Rice Bank	8
		Cow Bank	9
		Microfinance	10
		Aging People	11
		None	12
70	How much would you be willing to pay for the Government health insurance per person per month?	Not willing to pay	1
		Up to 10,000 KHR	2
		Up to 30,000 KHR	3
		Up to 50,000 KHR	4
		Up to 80,000 KHR	5
		Over 80,000 KHR	6

71	How much would you be willing to	Not willing to pay	1
----	----------------------------------	--------------------	---

	pay for the Private health insurance per person per month?	Up to 10,000 KHR	2	
		Up to 30,000 KHR	3	
		Up to 50,000 KHR	4	
		Up to 80,000 KHR	5	
		Over 80,000 KHR	6	
72	What do you value in health insurance?	benefit package	1	
		premiums	2	
		insured institutions	3	
		claim process	4	
		Others (Specify)_____	5	
73	If available, would you like to join a health insurance for which you pay premiums consistently and receive payment support for health care when you fall sick or get injured?	No	0	
		Yes	1	
		Already insured by insurance	3	
74	If a health insurance is offered with a set premium of 14,000 riel per person per month (168,000 riel per person per year) which gives you free access to public facility and also assist in private sector payment , would you be able to pay the premiums?	No	0	
		Yes	1	
		Partly (may be not for all members of the household)	2	
		Not sure	3	
75	Do you think that the premiums should be set equally to all households in community?	Yes	1	1→Q 77
		No	2	88→Q 77
		Don't Know	88	
76	If no to the question above, how do you think that the premiums should be set?	Household income	1	
		Property assets (land, housing, etc.)	2	
		Job types	3	
		Number of household members	4	
		Number of dependents in the household	5	
		Others (Specify)_____	6	
77	What is the most convenient frequency to collect the premium?	Weekly	1	
		Monthly	2	
		Seasonally	3	
		Annual	4	
		Others (Specify)_____	5	
78	If you are to pay premiums, which	Home visit and collection	1	

	method(s) of payment do you prefer?	Money transfer such as Wing	2	
		Through utility bills (e.g. for electricity)	3	
		Bank account automatic debit	4	
		Bank account payment	5	
		Bank payment at a branch	6	
		Mobile phone credit debit	7	
		Others (Specify)_____	8	
79	If you can automatically have the premiums debited from your bank account monthly, would you choose to do so?	No	0	1→Q 81
		Yes	1	
80	If no to the above question, why?	Costly	1	
		Do not trust bank	2	
		Too much work to have this arrangement	3	
		Others (Specify)_____	4	
81	If the insurance allows the members to use private health facility, but the member needs to pay the difference between the medical fee covered by the insurance and the charge from the facility, will you still go to the private sector?	No	0	
		Yes	1	
		Don't Know	88	
82	If the insurance requires the members to first go to primary care level facility, does this affect your access to health care?	No	0	
		Yes	1	
83	What is your source for financing health care?	Household income	1	
		Saving	2	
		Borrowing	3	
		Selling assets	4	
		Selling household production in advance	5	
		Others (Specify.....)	6	

END OF THE QUESTIONNAIRE

Unofficial information

Kingdom of Cambodia
Nation Religious Kind



No.....

EMPLOYEE INFORMATION

Registered number of the Company with NSSF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A. Personal Information

1. Name..... Name in Latin.....
2. Sex.....Nationality.....Date of Birth.....Number of ID card.....
3. Place of birth house No.....Street.....Ville.....Sangkat.....
Khan..... Province/city.....
4. Current address house No.....Street.....Ville.....Sangkat.....
Khan..... Province/city.....

B. Job Information

5. Name of Enterprise.....
Registered number of the Company with the NSSF.....
6. Old ID with NSSF.....Old ID with previous employer.....
7. Position..... Monthly salary.....starting date.....

C. Family Information

8. Single Married widowhood
9. Spouse name.....Nationality.....Date of birth.....
current position.....
10. Number of children.....
 - a) Name..... Sex..... Date of birth.....Position.....
 - b) Name..... Sex..... Date of birth.....Position.....
 - c) Name..... Sex..... Date of birth.....Position.....

Left thumb print	Right thumb print

I undertake that all information provided is true.

Made at Date.....
signature and name of NSSF's official

Made at Date.....
signature or thumb print of employee

Attachment:
- Cambodian ID card
- Passport

Concept Note of the SHIP Model¹

Prepared by
The Technical Working Group for Social Health Insurance for the
Informal Sector Population² (TWG-SHIP³) in Cambodia

PART 1 Background

1-1 Current status of health protection in Cambodia

Achieving universal health coverage (UHC), including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all is one of the sustainable development goals which the United Nations has set for all countries, including Cambodia.

Moving towards UHC requires strengthening health systems which protect the people from catastrophic payment for health care. A study of global data on out of pocket (OOP) payment estimates that one-percent increase in OOP's share of THE is associated with more than 2-percent increase in households facing catastrophic expenditures.⁴ In Cambodia, OOP payment for health care accounts for more than 60% of total health expenditures (THE), which is higher than the average OOP payment as a share of THE for lower-middle income countries, i.e. 40%. OOP health care payment per capita was USD 48 in 2016 in the country, which is also higher than the median OOP payment per capita of lower-middle income countries, i.e. USD 40 (2015).⁵

In 2009, about 20% of Cambodians spent more than 10% of total household consumption or income to cover their health expenses and this is substantially higher than other Southeast Asian countries (see Figure 1).

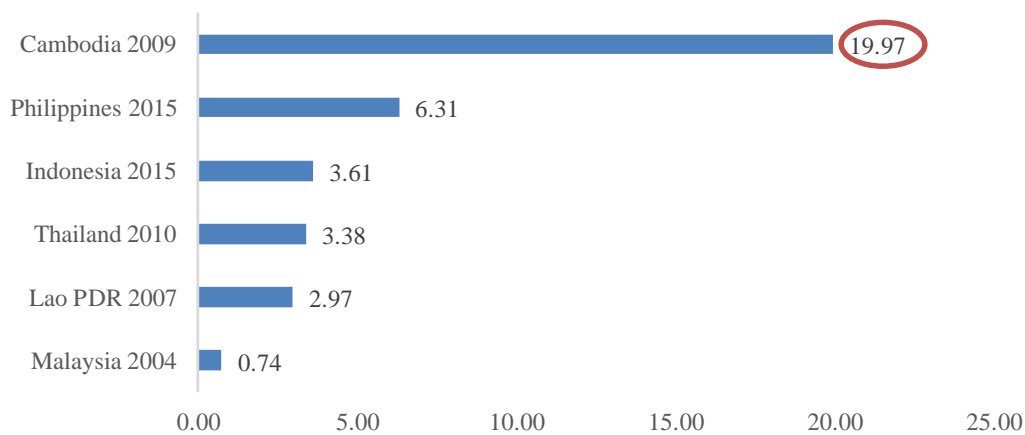
¹ The SHIP Model is a health insurance scheme model designed for the informal sector population in Cambodia.

² Informal Sector Population is defined as all people who are not covered by NSSF or HEF.

³ SHIP stands for Social Health Insurance for the Informal Sector Population.

⁴ Ministry of Health. (March 2016). Estimating Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report (2012-2014 Data).

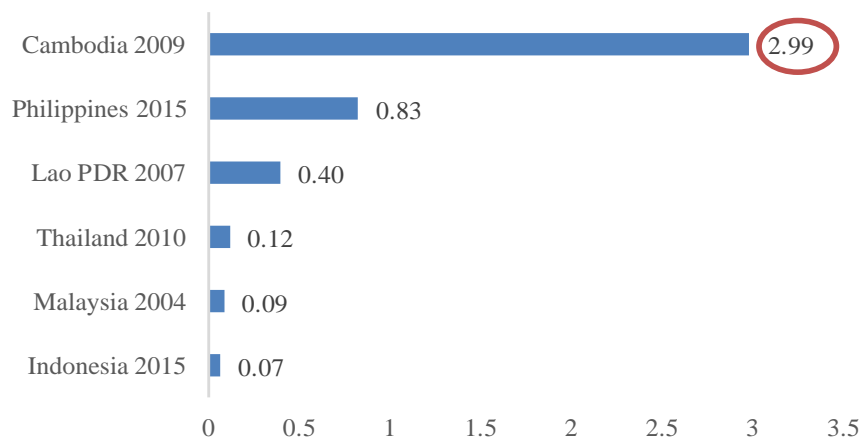
⁵ Ministry of Health. (March 2018). Estimating Health Expenditure in Cambodia: National Health Accounts Report (2012-2016 Data).



Source : WHO & International Bank for Reconstruction and Development/WB (2017)

Figure 1 Incidence of catastrophic health expenditure

In 2013, nearly one million people (6.3% of the population) in Cambodia struggled with catastrophic health care payment, with half falling into debt.⁶ Figure 2 shows incidence rate of poverty due to the high level of OOP health care payment indicating that the impact of OOP payment on households is extremely serious in Cambodia. Thus, improving the social health protection system is an urgent priority in the country.



Source : WHO & International Bank for Reconstruction and Development/WB (2017)

Figure 2 Incidence of impoverishing health expenditure

Progress has been made to address this issue in the recent years: The National Social

⁶ National Institute of Statistics, Ministry of Planning. (2014). Cambodia Socio-Economic Survey 2013.

Security Fund (NSSF) launched health insurance for the private sector employees in 2016 and started covering civil servants and veterans in January 2018. The Health Equity Fund (HEF) has been reinvigorated to ensure access to health care for the poor and the selected groups of people.⁷ However, it was found that approximately 60% of the population is still left out primarily due to the government's limited fiscal space. Taking a holistic approach to fill a critical gap is a key for the government of Cambodia to achieve UHC.

1-2 Objective

The concept note was prepared to present the social health insurance model for the informal sector population in Cambodia (SHIP Model) to the National Social Protection Council (NSPC) and request NSPC to endorse the SHIP pilot project.

1-3 Development process of SHIP Model

The Technical Working Group for Social Health Insurance for the Informal Sector Population (TWG-SHIP) was established in January 2017 as a cross-sectorial task force engaging in overall formulation of the SHIP Model. The TWG-SHIP is comprised of multiple relevant government agencies (see Table 1) and the members are the former participants of the study tours to Japan and Thailand in the course of the JICA Data-collection Survey on Social Health Protection System in Cambodia conducted between 2015 and 2016.

⁷ Since January 2018, workers who sign an employment contract of no more than 8 hours a week, a part-time work, a casual work or a seasonal work, commune council members, village chiefs, deputy village chiefs, village assistants, national athletes, land-mine cleaners and Cyclo drivers have been entitled to fully subsidized health care benefit equivalent to that of Health Equity Fund.

Table 1 List of the TWG-SHIP members

	Name	Ministry	Title in Profession	TWG Title
1	Dr. Lo Veasnakiry	MOH	Director of Department of Planning and Health Information (DPHI)	Chair
2	Dr. Sok Kanha	MOH	Deputy Director of DPHI	
3	Mr. Ros Chhun Eang	MOH	Deputy Director of Payment Certification Agency	
4	Dr. Loun Mondol	MOH	Chief of Bureau of Policy, Planning and Health Sector Reform, DPHI	
5	Dr. Ngin Seila Phiang	MOH	Vice Chief of Planning Bureau, DPHI	
6	Dr. Bun Samnang	MOH	Vice Chief of Bureau of Health Economics and Financing, DPHI	Secretary
7	Mr. Phou Sopheap	MOH	Officer of Health Economics and Financing, DPHI	
8	Mr. Chab Sat	MOH	Officer of Health Information, DPHI	
9	Mr. Pheakdey Sambo	MEF	Deputy Director General of Insurance and Pension Department	
10	Ms. Chhat Lengchanchhaya	MEF	Head of Pension Division, Insurance and Pension Department	
11	Mr. Heng Sophannarith	NSSF/ MOLVT	Deputy Director of Health Insurance Division	
12	Mr. Meas Vou	MOSVY	Deputy Director of National Social Security Fund for Civil Servants	
13	Mr. Kamphorn Sathya	MOI	Deputy Director of Management Information System Department	
14	Mr. Keo Ouly	MOP	Director of Identification of Poor Household Department	
15	Mr. Maun Chansarak	MOP	Director of Social Plan Department and Deputy Program Manager of ID Poor	
16	Dr. Say Ung	CARD	Director of Department, Health, Food Security and Nutrition	

The TWG-SHIP meetings were held 10 times between January 2017 and March 2018 (see Table 2). The TWG-SHIP members discussed the specific issues set for each meeting based on the resource documents prepared by the JICA SHIP project team, and gradually built consensus for the concept and design of the SHIP Model.

Table 2 The schedule and agenda of the TWG-SHIP meetings

	DATE	MEETING	AGENDA
1	30 January 2017	Kick-off Mtg	<ul style="list-style-type: none"> • Team building • TOR development
2	8 February 2017	1 st Business Mtg	<ul style="list-style-type: none"> • Finalization of TOR • Discussion on Roadmap of the TWG-SHIP
3	21 March 2017	2 nd Business Mtg	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion on Enrolment Options
4	19 May 2017	3 rd Business Mtg	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion on Legislation and Advocacy • Dialogue with DPs
5	27 June 2017	4 th Business Mtg	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion on premium collection, management of the insured and M&E • Presentation of preliminary results from the qualitative survey
6	26 July 2017	5 th Business Mtg	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion on premium-setting, benefit package and provider payment mechanism
7	23-25 August 2017	Mid-term Review Mtg	<ul style="list-style-type: none"> • Review of overall design of SHIP model
8	24 October 2017	6 th Business Mtg	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction of the SHIP Model Concept Note (CN) • Dialogue with DPs
9	24 January 2018	7 th Business Mtg	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion on CN and the SHIP Model pilot plan • Presentation of preliminary results of the household survey • Presentation of ICT utilization
10	9 March 2018	8 th Business Mtg	<ul style="list-style-type: none"> • Finalization of CN and the pilot plan
11	5 April 2018	World Health Day UHC Forum	<ul style="list-style-type: none"> • Dissemination of the SHIP Model

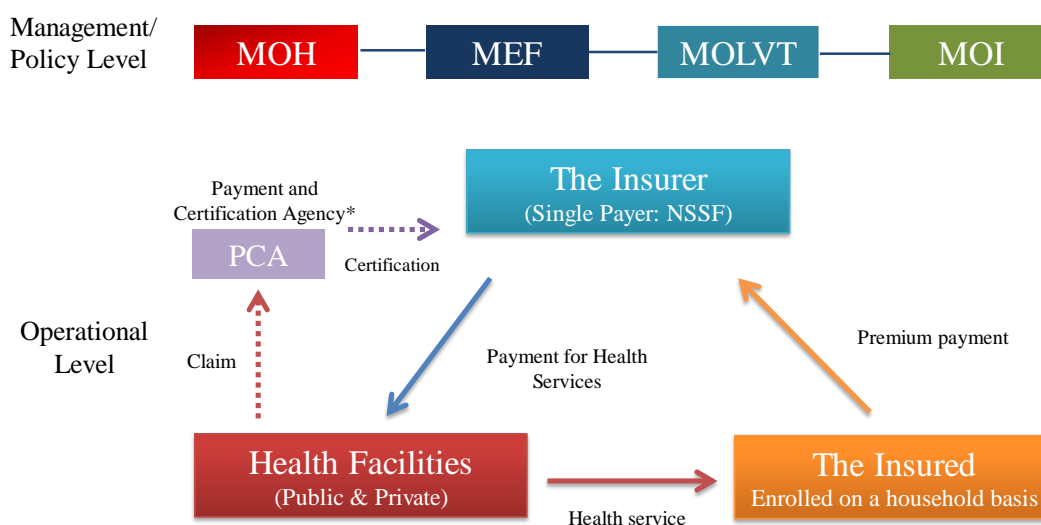
Meanwhile, a key informant interview, a focus group discussion and a household survey were conducted in Phnom Penh, Kampong Speu and Battambang provinces during the period of collecting information and opinions of the potential beneficiaries of the SHIP. A cost analysis was also done to estimate benefit costs, insurance premiums and affordability of the beneficiaries.

The drafted SHIP Model was shared and discussed with the development partners in May and October 2017. In August 2017, the TWG-SHIP conducted a mid-term review of the SHIP Model in Kep and reported the progress to the NSPC Executive Committee chairperson. Finally, the TWG-SHIP disseminated the SHIP Concept Note to the stakeholders at the World Health Day UHC Forum, co-sponsored by WHO, GIZ and JICA, in April 2018.

PART 2 Outline of SHIP Model

2-1 Basic principles

The SHIP Model is a mechanism to enrol the informal sector population in health insurance scheme of the Single Payer, currently NSSF. This model is in line with the National Social Protection Policy Framework (NSPPF), ensuring that all citizens of Cambodia, regardless of one’s employment status, access to essential, quality health services they need while protecting them against financial risk. The SHIP Model also attempts to achieve UHC with minimum cost by using the existing operational and administrative structures, considering the fact that the Cambodian government has limited fiscal space. The SHIP Model aims to have all citizens registered under a unified system. The conceptual framework of the SHIP Model is shown in Figure 3.



*PCA currently serves for HEF claim verification, but its role could be expanded to social health insurance in the future.

Figure 3 Conceptual Framework of SHIP Model

The Community-based Health Insurance (CBHI) served as a health protection scheme for the non-poor informal sector population in various areas in the country since early 2000s. However, in the recent years, the scheme has faced financial difficulties due to its limited risk-pooling mechanism. Reflecting on these lessons, the SHIP Model pools the fund at the national level in the Single Payer and pursues compulsory enrolment to avoid adverse selection.

The SHIP Model has conviction that social insurance managed by NSSF allows the government to maintain fiscal discipline as the contribution level is established in such a way as to balance revenues and expenditures. It would also allow the beneficiaries to claim their rights to health care strongly because the benefits are given in return for paying premiums, and this mechanism itself would improve the quality of health care.

2-2 Registration and enrolment

The SHIP Model pursues compulsory enrolment in response to the lessons learned from other countries as well as CBHI in Cambodia (see Table 3).⁸ In reality, most of the countries that chose social insurance as the health protection system for the informal sector population made the enrolment policy compulsory either at the time of introduction or later to pursue financial sustainability.

Table 3 Enrolment policies of social insurance for the informal sector population and current social protection enrolment rates in eight countries

Country	Enrolment policy of social insurance for the informal sector	Current enrolment rate*
Japan	Voluntary (1938)→Compulsory (1961)	90-100%
South Korea	Compulsory (1989)	90-100%
Taiwan	Compulsory (1995)	90-100%
The Philippines	Compulsory (1995)	80-90%
Vietnam	Voluntary (1995)	60-70%
Rwanda	Voluntary (2000)→Compulsory (2008)	90-100%
Indonesia	Tax-based→Social Insurance: Compulsory (2014)	60-70%
Cambodia	50+ CBHIs: Voluntary (2000~)	30-40%

*Enrolment rates of the total population

Source: JICA (2012),⁹ International Labour Organization (2012),¹⁰ National Centre for Global Health and Medicine (2015)¹¹ and Lee R. (2007)¹²

⁸ A cluster randomized trial in Vietnam suggested limited opportunities to raise voluntary health insurance enrolment through information campaigns or subsidies, and that these interventions exacerbate adverse selection. (Encouraging Health Insurance for the Informal Sector: A Cluster Randomized Trial, Policy Research Working Paper 6910. World Bank, 2014).

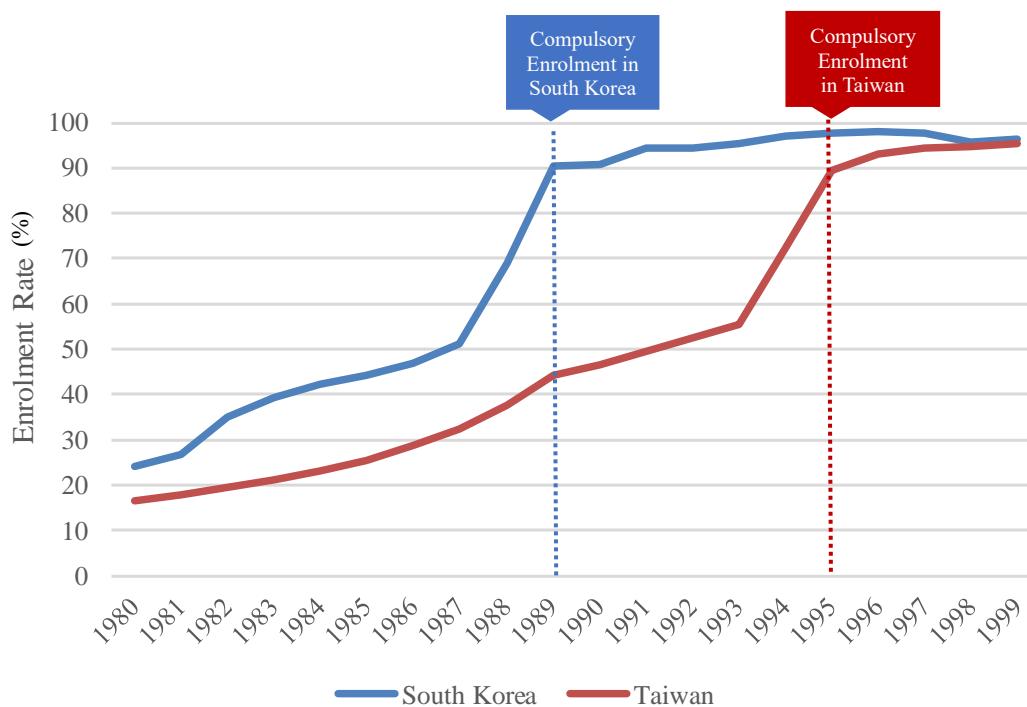
⁹ Japan International Cooperation Agency & Mitsubishi UFJ Research and Consulting Co., Ltd. (2012). Data Collection Survey on social security sector in Asia final report: country report. Tokyo: Japan International Cooperation Agency.

¹⁰ International Labour Organization (2016). Rwanda: Progress towards Universal Health Coverage. Social Protection in Action: Building Social Protection Floors.

¹¹ National Centre for Global Health and Medicine (2015). Health Protection Systems: How can Japan utilize own experience for achieving UHC in developing countries? Symposium conducted in Tokyo.

¹² Lee, R. (2007). Comparative Analysis on the Public Health Insurance Policy in South Korea and Taiwan: Industrialization, Democratization, and Social Policy in Late-comer Societies. Unpublished

Figure 4 shows how legislation of compulsory enrolment sharply increased enrolment rates in South Korea and Taiwan.



Source: Korea Health Insurance Association Annual Reports and Republic of China Social Indicators Statistics

Figure 4 Enrolment policy of social health insurance for the informal sector and the insurance enrolment rates in South Korea and Taiwan (1980-1999)

In Cambodia, legislation of the compulsory enrolment in health insurance is highly recommended. However, the target population will be gradually enrolled in the pilot, while developing the legal instruments and raising people's awareness of the health insurance.

On the other hand, the SHIP Model will register every citizen in the first place regardless of one's willingness to pay premiums or health protection scheme enrolment status. This would enable the insurer to track down the people moving from one scheme to another and to ensure that all is covered by a health protection scheme. There is also an intention to increase enrolment rates through this practice by informing the people of benefits of the health insurance.

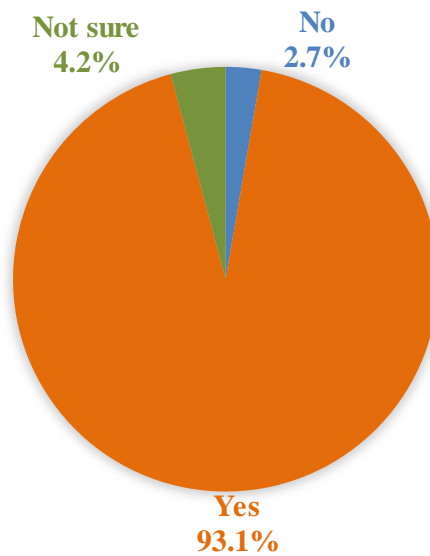


Figure 5 Agree to compulsory registration? (N=1,033)

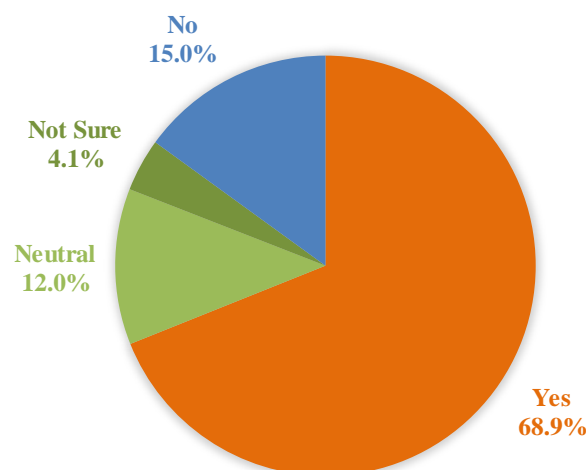


Figure 6 Agree to compulsory enrolment? (N=1,033)

The household survey conducted in Battambang and Kampong Speu provinces for 1,033 households in 2017 found that 93% of the respondents agreed to be registered for the health insurance (without the obligation to pay premiums) if it is compulsory (see Figure 5). Moreover, nearly 70% of them also agreed to compulsory enrolment (with the obligation to pay premiums) while 12% were neutral and 15% did not agree (see Figure 6). This indicates that resistance of the general public against compulsory enrolment is not strong.

In principle, registration unit is a household which is defined by the insured identifying their dependents. For the registration, personal ID, such as Khmer ID, Family Book or Residential Book is required. The insurance database containing personal data is centrally managed at the NSSF headquarters to allow the insurer to flexibly change the member’s status, such as one’s address, marital status and type of work, which determines the type of one’s health protection scheme. Once registered, each individual receives a health insurance number, which is suggested to be replaced by the Khmer Identity Code (Kid-C)¹³ when it becomes available.

The SHIP Model expects the NSSF branch offices to closely collaborate with local administration bodies, i.e. villages and communes/Sangkats under the Ministry of Interior (MOI), for the registration. The NSSF branch office staff registers the villagers at commune/Sangkat offices and update the data at the commune/Sangkat council monthly meetings (see Figure 7).

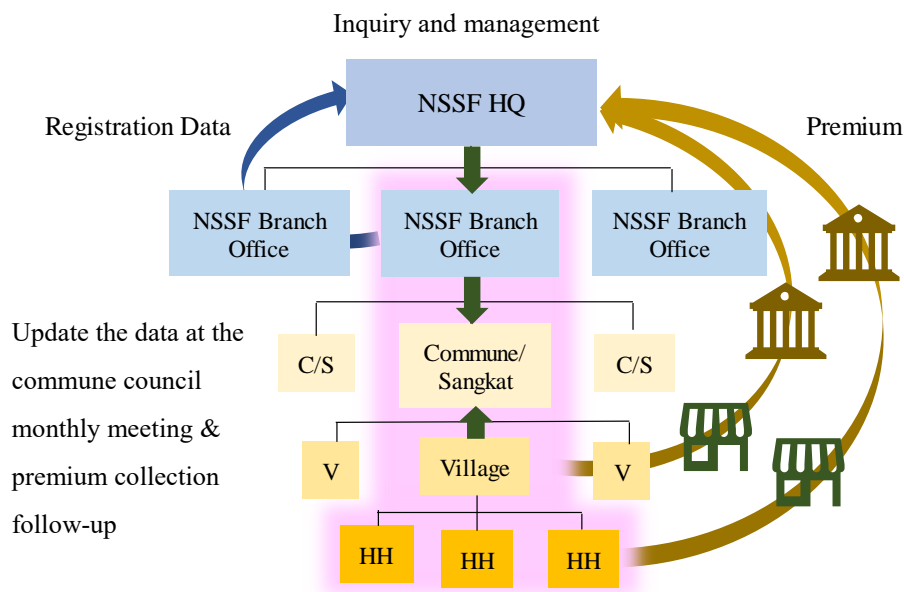


Figure 7 Conceptual framework of registration and premium collection under the SHIP Model

2-3 Premium collection methods and management of the insured

The SHIP Model allows each village to flexibly decide the premium collection method which best suits the local context. The urban population might desire monthly

¹³ In 2015, MOI developed the National Strategic Plan on Identification 2015-2024 (NSPI). The NSPI states that a Khmer Identity Code (Kid-C) is to be distributed to every citizen, which could be utilized for a social health insurance system through the Integrated Population Identification System (IPIS).

collection through direct debit from bank accounts or money transfer system, while house-to-house collection by a village representative after harvesting could be a preferred option for the rural residents. Regardless of the premium collection methods, the money should be transferred to the NSSF headquarters electronically for security reasons (see Figure 7).

The SHIP Model expects the NSSF branch offices to monitor the premium payment records and notify commune/Sangkat and village representatives at a council monthly meeting if someone in their village is not paying premium. The commune/Sangkat mobilizes village representatives to go to the villager’s house and collect premium from him/her.

2-4 Benefit package

The benefit package for the SHIP target population should follow that of the NSSF health insurance. However, it should be adjusted according to the contribution level. It is recommended to start with a minimal package and expand it as the number of the insured increases. There are two recommended benefit package options (see Figure 8). Option A provides case-based medical benefits, and referral and corpse transportation. Option B includes high-cost fee-for-service 9 items in addition to Option A. Rehabilitation, daily allowance and room with AC could be added when the contribution level increases.

NSSF Health Insurance Benefit Package																										
<ul style="list-style-type: none"> Case-based Medical Benefits <table border="1"> <thead> <tr> <th>Case Description</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Consultation</td></tr> <tr><td>Birth Control (short-term)</td></tr> <tr><td>Birth Control (long-term)</td></tr> <tr><td>Minor Surgical Activities</td></tr> <tr><td>Surgery</td></tr> <tr><td>Moderate Suregical Intervention</td></tr> <tr><td>Major Suregical Intervention</td></tr> <tr><td>Emergency/Referral</td></tr> <tr><td>Adult General Medicine</td></tr> <tr><td>Child General Medicine</td></tr> <tr><td>Tuberculosis</td></tr> <tr><td>Delivery</td></tr> <tr><td>Gyneacology</td></tr> <tr><td>Abortion</td></tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Referral & corpse transportation 	Case Description	Consultation	Birth Control (short-term)	Birth Control (long-term)	Minor Surgical Activities	Surgery	Moderate Suregical Intervention	Major Suregical Intervention	Emergency/Referral	Adult General Medicine	Child General Medicine	Tuberculosis	Delivery	Gyneacology	Abortion	<ul style="list-style-type: none"> High-cost fee-for-service 9 items <table border="1"> <thead> <tr> <th>High-cost fee-for-sevice items</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 Hemodialysis</td></tr> <tr><td>2 MRI</td></tr> <tr><td>3 CT Scan</td></tr> <tr><td>4 Radiotherapy</td></tr> <tr><td>5 Cancer Cell Analysis</td></tr> <tr><td>6 Metal osteosynthesis</td></tr> <tr><td>7 Trepanation</td></tr> <tr><td>8 Cardiovascular surgery</td></tr> <tr><td>9 Emergency treatment for heart disease</td></tr> </tbody> </table>	High-cost fee-for-sevice items	1 Hemodialysis	2 MRI	3 CT Scan	4 Radiotherapy	5 Cancer Cell Analysis	6 Metal osteosynthesis	7 Trepanation	8 Cardiovascular surgery	9 Emergency treatment for heart disease
Case Description																										
Consultation																										
Birth Control (short-term)																										
Birth Control (long-term)																										
Minor Surgical Activities																										
Surgery																										
Moderate Suregical Intervention																										
Major Suregical Intervention																										
Emergency/Referral																										
Adult General Medicine																										
Child General Medicine																										
Tuberculosis																										
Delivery																										
Gyneacology																										
Abortion																										
High-cost fee-for-sevice items																										
1 Hemodialysis																										
2 MRI																										
3 CT Scan																										
4 Radiotherapy																										
5 Cancer Cell Analysis																										
6 Metal osteosynthesis																										
7 Trepanation																										
8 Cardiovascular surgery																										
9 Emergency treatment for heart disease																										
<ul style="list-style-type: none"> Rehabilitation Daily allowance Room with AC 	<table border="1"> <tr> <td>SHIP</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Option A</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Option B</td> <td>—</td> </tr> </table>	SHIP		Option A	—	Option B	—																			
SHIP																										
Option A	—																									
Option B	—																									

Figure 8 SHIP suggested benefit packages: Options A and B

2-5 Insurance premiums

Insurance premium should be collected uniformly while assessment of household's ability to pay is not available. The premium was estimated in the same manner as it was done for the private sector employees in 2014.¹⁴ In estimating the per capita premium amount in the SHIP Model, first the medical benefit per capita was estimated and administration costs and capital buffer were added assuming that the premiums collection might be incomplete. The following seven kinds of data were utilized for the estimation.

- ① NSSF case-based fee schedule for the private-sector employees: the current NSSF case-based fee schedule for the health insurance stipulated in the Inter-ministerial Prakas between MOLVT and MOH (NO. 327 LV/PrK. NSSF) in August 2017.
- ② Assumed case-mix, relative share by type of provider and benefit category: the estimation made by the International Labour Organization (ILO) when the NSSF health insurance premium rate was calculated for the private-sector employees.
- ③ Care-seeking behaviour - assumed provider share by benefit category: the estimation made based on the data collected through the Health Insurance Project (HIP), the NSSF health insurance pilot project conducted since 2009 targeting at the garment factory workers.
- ④ Assumed utilization rates: the same as the above.
- ⑤ Assumed transportation costs (referral on health care and corpse transportation): the assumption that 10% of hospitalized patients would need to be transferred and 10% of the referred cases are transfers to other provinces. The distance was assumed to be 20 km at a time if it is within the province, and 400 km for transportation between provinces.
- ⑥ Per capita unit cost of nine high-cost items: the average medical cost per capita of the fee-for-service high-cost nine items. These fee-for-service items are payable only if it is decided as necessary by the designated health facility to be a follow-up case covered with the NSSF case-based payment method.

¹⁴ International Labour Organization (2015). CAMBODIA Technical Note Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of the National Social Security Fund (NSSF).

⑦ Average disposable income by quintile groups from 2009 to 2016: the data obtained from the Cambodia Socio-economic Survey 2009-2016.

① to ⑥ are the data used when calculating the health insurance premium rate for the NSSF health insurance for the private-sector employees.

The per capita premium for the SHIP Model was calculated as follows:

- (1) Table 4 shows NSSF case-based fee schedule for the private-sector employees by the health care provider level. Based on this fee schedule and the assumed case-mix, relative share by type of provider and benefit category shown in Table 5, the assumed unit cost of insurance benefit per capita was calculated.

Table 4 NSSF case-based fee schedule for the private employees

Case Description	MPA	CPA1	CPA2	CPA3	NH
Consultation	6,000	12,000	16,000	24,000	60,000
Birth Control (short-term)	10,000				
Birth Control (long-term)	30,000			400,000	600,000
Minor Surgical Activities	12,000	20,000	240,000	40,000	100,000
Surgery			150,000	200,000	600,000
Moderate Suregical Intervention				600,000	1,000,000
Major Suregical Intervention			400,000	1,000,000	1,500,000
Emergency/Referral	20,000	120,000	240,000	320,000	800,000
Adult General Medicine		100,000	120,000	160,000	400,000
Child General Medicine		92,000	108,000	128,000	350,000
Tuberculosis		160,000	180,000	200,000	300,000
Delivery	80,000	100,000	120,000	160,000	400,000
Gyneacology		100,000	150,000	200,000	400,000
Abortion		100,000	120,000	150,000	400,000

Source : National Social Security Fund

Table 5 Assumed case-mix, relative share by type of provider and benefit category

	MPA	CPA1	CPA2	CPA3	NH
Outpatient care (OPD)					
Consultation	95%	96%	92%	88%	90%
Minor Surgical Activities	2%	4%	8%	12%	10%
Emergency/Referral	3%				
Total	100%	100%	100%	100%	100%
Inpatient Care (IPD)					
Emergency/Referral		2%	2%	2%	2%
Surgery			5%	15%	10%
Major Surgical Activities			10%	30%	50%
Adult general Medicine		97%	82%	52%	37%
Tuberculosis		1%	1%	1%	1%
Total		100%	100%	100%	100%
Maternity-related care (admissions)					
Delivery	100%	60%	60%	60%	60%
Gynecology		20%	20%	20%	20%
Abortion		20%	20%	20%	20%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
Others					
Birth Control (short-term)	100%				
Total	100%				
Birth control (long-term)	100%			100%	100%
Total	100%			100%	100%
Moderate Surgical Intervention				100%	100%
Total				100%	100%
Child General Medicine		100%	100%	100%	100%
Total		100%	100%	100%	100%

Source : Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF

- (2) The sum of the insurance benefit unit cost by type of health provider and benefit category was obtained.

Table 6 Care-seeking behaviour–assumed provider share by benefit category

Service category	MPA	CPA1	CPA2	CPA3	NH	Total
Outpatient care (OPD)	10%	10%	10%	20%	50%	100%
Inpatient care (IPD)		5%	10%	15%	70%	100%
Maternity-related care	25%	5%	5%	5%	60%	100%

Source : International Labour Organization

- (3) Based on the care-seeking behaviour–assumed provider share by benefit category in Table 6, the weighted average of the insurance benefit unit cost by benefit category was calculated (see Table 7).

Table 7 Unit cost of care by type of provider and weighted average

	MPA	CPA1	CPA2	CPA3	NH	Weighted Average
Outpatient care (OPD)	6,540	12,320	16,640	25,920	64,000	40,734
Inpatient care (IPD)		101,000	152,500	421,600	977,000	767,440
Maternity-related care	80,000	100,000	126,000	166,000	400,000	279,600
Child general medicine		92,000	108,000	128,000	350,000	279,600
Birth Control (Short-term)	10,000					10,000
Birth Control (Long-term)	30,000			400,000	600,000	387,500
Moderate surgical intervention				600,000	1,000,000	790,000

Source : Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF

Table 8 Assumed utilization rates

Benefit category	Annual utilization rates (case)	
	Male	Female
Outpatient care (OPD)	1.5	1.5
Inpatient care (IPD)	0.06	0.06
Maternity-related care		0.03

Source : International Labour Organization

- (4) The annual health insurance benefit per capita was calculated by benefit category and gender, based on the assumed utilization rates as shown in Table 8 and the weighted average was estimated considering the sex ratio (see Table 9).

Table 9 Estimated annual cost of care by benefit category

	Unit cost (KHR)	Utilization rates (case)		Annual cost per capita (KHR)	
		Male	Female	Male	Female
Outpatient care (OPD)	40,734	1.50	1.50	61,101	61,101
Inpatient care (IPD)	767,440	0.06	0.06	46,046	46,046
Maternity-related care	279,600		0.03		8,388
Child general medicine	279,600	0.06	0.06	7,381	7,381
Birth Control (Short-term)	10,000		0.03		300
Birth Control (Long-term)	11,625				349
Moderate surgical intervention	47,400	0.06	0.06	2,844	2,844
Total				117,372	126,409
Weighted Average				122,018	

Source : Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF

- (5) Assumed per capita cost on health care referral and corpse transportation (see Table 10) was added to the assumed annual cost of care.

Table 10 Assumed transportation cost

	Estimated cost per case	Annual unit cost	(KHR)
			Annual cost per capita
Local transportation	80,000	0.0054	432
Transfer/referral from province	1,600,000	0.0006	960
All items			1,392

Source : International Labour Organization

- (6) The average per capita unit cost of nine high-cost fee-for-service items was calculated (see Table 11).

Table 11 Per capita unit cost of nine high-cost items

Case description	Estimated cost per case	Annual incidence rate (case)	Cost per capita (KHR)
Hemodialysis	320,000	0.00028	90
MRI	600,000	0.00200	1,200
CT scan	480,000	0.00400	1,920
Raiotherapy	60,000	0.00341	205
Cancer Cell Analysis	100,000	0.00100	100
Trepanation	2,800,000	0.00018	492
Cardiovascular surgery	16,000,000	0.00020	3,200
Emergency treatment for heart disease	600,000	0.00050	300
Total			7,507
Material Osteosynthese (+20%)			9,008

Source : Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF

- (7) The benefit package of Option A was set by including case-based medical benefit and transportation costs, whereas that of Option B was set by adding the unit cost of nine high-cost fee-for-service items to the Option A benefit package. 10% of the total benefit cost was added as administration cost to each option.
- (8) The premium amount was increased, assuming that premium collection rate is 95%.
- (9) The premium amount was further increased by taking density factor into consideration, assuming that the actual collection period is 90% of that is obligated (see Table 12).

Table 12 SHIP Model – health insurance premium per capita

Case description	(KHR)	
	Option A	Option B
Comprehensive payment medical benefit	122,018	122,018
Medical transfer cost	1,392	1,392
Fee-for-service		9,008
Total insurance benefit	123,410	132,418
Administration cost (10%)	12,341	13,242
Collection rate of insurance premiums (95%)	135,731	145,660
Density factor (90%)	142,896	153,326
	158,773	170,362

Source : Technical Note: Estimation of Contribution Rates for the Health Insurance, Maternity, and Sickness benefits' branch of NSSF

In the SHIP Model, it is assumed that enrolment is at the household level. The insured decides one’s dependents and pays premiums for oneself and one’s dependents. The amount of insurance premiums for children under the age of 18 was set at 80% of the insured/adult dependent premium to avoid emerging child labour as a result of financial constraints. Tables 13 and 14 show insurance premiums of individuals and average households for Options A and B.

Table 13 Premiums of Option A

	Annual (KHR)	Annual (USD)	Monthly (KHR)	Monthly (USD)
Insured & adult dependents	174,100	43.53	15,000	3.63
Child dependents	139,300	34.83	11,000	2.93
Premium of average household (a couple with 3 children)			63,000	15.75

Table 14 Premiums of Option B

	Annual (KHR)	Annual (USD)	Monthly (KHR)	Monthly (USD)
Insured & adult dependents	186,900	46.73	16,000	3.89
Child dependents	149,500	37.38	12,000	3.11
Premium of average household (a couple with 3 children)			68,000	17.00

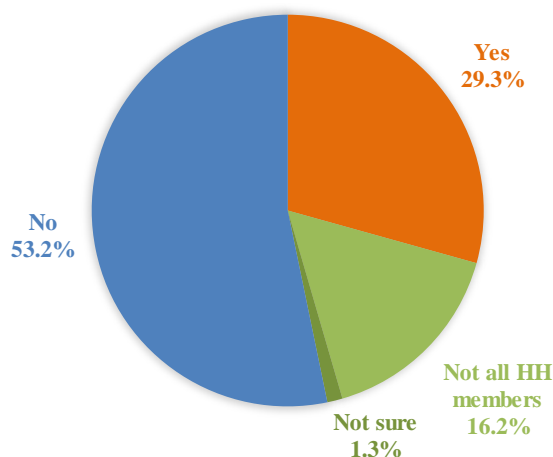


Figure 9 Willing to pay 14,000 riels per person per month for a health insurance? (N=1,033)

The household survey suggested that nearly one half of the population in Battambang and Kampong Speu provinces would be willing to pay the suggested premiums for some household members and one third would pay for all household members (see Figure 9).

The external actuarial analysis is going to be conducted once the pilot starts. The premiums will be periodically reviewed and adjusted based on financial conditions of the insurance fund.

Table 15 shows share of the Option A and B premiums in average disposable income by quintile groups. The average disposable income for each quintile group in 2019, the year the SHIP Model pilot project commences, was projected based on the Cambodia Socio-Economic Survey 2009-2016. It was assumed that the lowest quintile group does not pay premium as this quintile is supposed to be covered by Health Equity Fund. As compared with the premium rate of the private-sector employees: 2.6% of salary, the suggested premiums of both options are somewhat higher for the second lowest and the middle quintiles, but lower for the second highest and the highest quintiles.

Table 15 Share of Option A and B premiums in average household disposable income by quintile groups¹⁵

	Average disposable monthly income in 2016 (Thousand Riels)	2009-2016 average income growth rates	Projected disposable monthly income in 2019 (Thousand Riels)	Share of Option A premium in average disposable income in 2019	Share of Option B premium in average disposable income in 2019
I	251.0	9.5%	327.6	—	—
II	812.7	17.3%	1,310.5	4.8%	5.2%
III	1,289.3	16.0%	2,012.6	3.1%	3.4%
IV	1,910.5	14.6%	2,876.4	2.2%	2.4%
V	4,569.9	9.9%	6,067.6	1.0%	1.1%

Source: Cambodia Socio-economic Survey 2009-2016

2-6 Government Subsidy

The SHIP Model proposes the government to subsidize the health insurance scheme as there is a possibility that per capita benefit cost would go up while the enrolment rate is low and thus the near poor may not be able to pay the premium. The level of subsidy and the subsidization period are subject to negotiation between the Ministry of Economy and Finance (MEF) and the TWG-SHIP. Table 16 shows estimated annual subsidies required for the pilot (3 ODS) and the nation-wide implementation by the subsidy rates 15%, 30% and 50% and the enrolment rates of 20%, 50% and 100%.

¹⁵ The average household size in Cambodia was assumed as 4.255 in accordance with Cambodia Socio-Economic Survey 2016.

Table 16 Estimated annual subsidy

Option	Subsidy rate (%)	Monthly premium of a couple with 3 children (USD)	Enrolment rate (%)	Annual subsidy for the pilot (million USD)	Annual subsidy for the nation-wide implementation (million USD)
Option A	15	13.39	20	0.33	10.73
			50	0.82	26.80
			100	1.64	53.60
	30	11.03	20	0.65	21.44
			50	1.64	53.60
			100	3.27	107.20
	50	7.88	20	1.09	35.73
			50	2.73	89.33
			100	5.45	178.66
Option B	15	14.45	20	0.35	11.51
			50	0.88	28.77
			100	1.76	57.53
	30	11.90	20	0.70	23.01
			50	1.76	57.53
			100	3.51	115.06
	50	8.50	20	1.17	38.35
			50	2.93	95.89
			100	5.85	191.77

*The above estimation was done considering that 100% of the informal sector population is enrolled. When enrolment is lower, the required subsidy would be reduced.

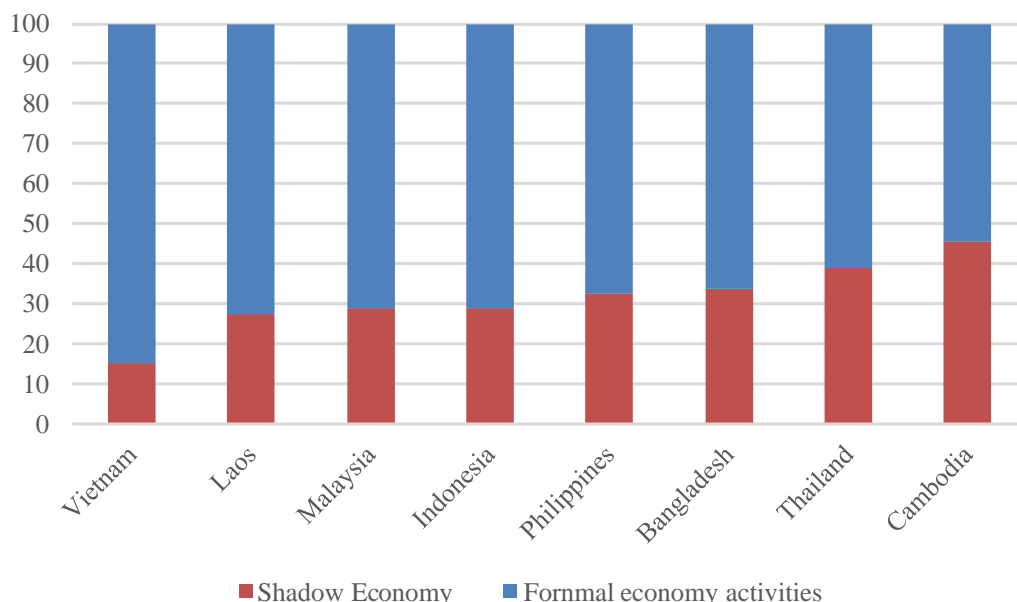
Source: The Royal Government of Cambodia and the World Bank

Table 17 Proportion of subsidy in the national budgets and GDP of 2018

Health sector budget (million USD) in 2018	485					
Total national budget (million USD) in 2018	6,018					
Projected GDP (million USD) in 2018	22,854					
Option A						
Subsidy rate	50%	30%	15%	50%	30%	15%
Pilot / Nation-wide	Pilot			Nation-wide		
Government subsidy (million USD)	5.45	3.27	1.64	178.66	107.20	53.60
Government subsidy in health sector budget (%)	1.12	0.67	0.34	36.84	22.10	11.05
Government subsidy in national budget (%)	0.09	0.05	0.03	2.97	1.78	0.89
Government subsidy in GDP (%)	0.02	0.01	0.01	0.78	0.47	0.23
Option B						
Subsidy rate	50%	30%	15%	50%	30%	15%
Pilot / Nation-wide	Pilot			Nation-wide		
Government subsidy (million USD)	5.85	3.51	1.76	191.77	115.06	57.53
Government subsidy in health sector budget (%)	1.21	0.72	0.36	39.54	23.72	11.86
Government subsidy in national budget (%)	0.10	0.06	0.03	3.19	1.91	0.96
Government subsidy in GDP (%)	0.03	0.02	0.01	0.84	0.50	0.25

Furthermore, Table 17 shows proportion of the estimated subsidies in the national budget, the health sector budget and the gross domestic product (GDP) of the year 2018. Currently the total health sector budget is approximately 2.12% of GDP, and it would be 2.15% if the insurance subsidy of Option B is added for the pilot. The GDP share of the health sector budget would go up to 2.96% if the insurance subsidy of Option B is added for the nation-wide implementation. However, it is still much lower than the WHO’s recommendation that 5% of GDP should be spent on health.¹⁶

Cambodia maintained an average economic growth rate of 7.6% between 1994 and 2016, and this is ranked as the sixth in the world. Furthermore, economic growth of 6.8% is expected in 2017 and 6.9% in 2018 due to the recovery of the tourism industry and growth in export of clothing items and construction industry.



Source: Schneider F. (2017)

Figure 10 Estimation of the average GDP share of shadow economy production for Southeast Asian countries from 2000 to 2014¹⁷

Figure 10 shows the average GDP share of shadow economy¹⁸ production for Southeast Asian countries from 2000 to 2014. According to the estimation, 45.5% of GDP consisted of shadow

¹⁶ World Health Organization (2003). How Much Should Countries Spend on Health? DISCUSSION PAPER NUMBER 2.

¹⁷ Schneider F. (2017) New Estimates for the Shadow Economies of 11 Asian Countries from 2000 to 2014. In: Rövekamp F., Bälz M., Hilpert H. (eds) Cash in East Asia. Financial and Monetary Policy Studies, vol 44. Springer, Cham

¹⁸ All unregistered economic activities that contribute to the officially calculated Gross National Product

economy production over the 15 years in Cambodia, and this proportion is higher than other Southeast Asian countries. In other words, the Cambodian economy is largely dependent on the shadow economy engaged by the informal sector population. Therefore, allocating the national budget for health of the informal sector population leads to the country's healthy and high-quality labour and thus investment in further economic and social development in Cambodia.

2-7 Roles and responsibilities

The following is a brief overview of all actors involved in the SHIP Model implementation at each administrative level and a description of their roles and responsibilities.

National Level: National Social Protection Council (NSPC)

The National Social Protection Council (NSPC), its executive committee, secretariat and other related sub-committees are responsible for the overall coordination and steering on the development of various social protection strategies and policies. Roles and responsibilities of NSPC in the SHIP Model are:

- Endorse the SHIP Model pilot plan
- Revise the policy on the social health insurance based on the pilot evaluation

National Level: Technical Working Group for Social Health Insurance for the Informal Sector Population (TWG-SHIP)

The TWG-SHIP is comprised of Ministry of Health (MOH), Ministry of Economy and Finance (MEF), National Social Security Fund (NSSF)/ Ministry of Labour and Vocational Training (MOLVT), Ministry of Interior (MOI), Ministry of Planning (MOP), Ministry of Social Affairs, Veterans, and Youth Rehabilitation (MOSVY) and Council for Agriculture and Rural Development (CARD). Once the social health insurance system is established, the implementation will be carried out by designated actors. Roles and responsibilities of the TWG-SHIP are:

- Design the SHIP Model
- Organize quarterly reflection meetings on the progress and implementation challenges of the SHIP Model pilot and an evaluation workshop at the end of the pilot

- Disseminate results of the pilot evaluation to the NSPC

National Level: Ministry of Health (MOH)

MOH chairs the TWG-SHIP. Other responsibilities of MOH include:

- Monitor quality of the health care at the national and sub-national levels
- Build capacity of health care providers
- Keep and manage the data of medical costs at health facilities
- Determine fee schedule together with NSSF

National Level: Ministry of Economy and Finance (MEF)

MEF plays the key role in the National Social Protection Council (NSPC). Responsibilities of MEF include:

- Coordinate the SHIP in the context of overall social protection strategies in Cambodia
- Develop and update the policy of the government subsidy for the SHIP

National Level: Ministry of Interior (MOI)

The main role of MOI is to provide the policy on the involvement of the commune/Sangkat staff and local authorities in the SHIP operation. Responsibilities of MOI include:

- Provide directions to the commune/Sangkat staff and local authorities regarding the SHIP registration and social marketing
- Incentivize the commune/Sangkat staff and local authorities to work on the insurance promotion and registration
- Monitor the work of the commune/Sangkat staff and provide them with technical support in response to their requests

National Level: Ministry of Labour and Vocational Training (MOLVT) / National Social Security Fund (NSSF)

As the SHIP Model is going to be incorporated into the NSSF's health insurance system, NSSF will play a major role to implement the SHIP. Responsibilities of NSSF include:

- Contract with health facilities
- Determine benefit package and provider payment mechanism
- Calculate and update premiums
- Verify claims
- Reimburse contracted facilities for health service expenses
- Carry out trainings of trainers for the NSSF branch offices
- Perform advocacy and communication activities
- Monitor quality of the insurance registry data at the national and sub-national levels
- Manage the insurance fund

Provincial and District Level: The NSSF Branch Office

The NSSF branch offices are the closest health insurance agents to the people. Responsibility of the NSSF branch offices include:

- In collaboration with local administrators and authorities, promote and register the people in the health insurance
- Conduct social marketing activities in collaboration with the Commune/Sangkat Council (Office)
- Dispatch the staff to the designated Commune/Sangkat council monthly meetings and update the information of the insured
- Request the NSSF headquarters to issue the insurance cards and deliver them to the insured
- Collect premiums from the insured
- Place the Hospital/NSSF Agents in health facilities to receive claims from the facilities and send them to the NSSF headquarters

Commune/Sangkat Level: The Commune/Sangkat Council (Office)

The Commune/Sangkat Council (Office) plays a significant role in facilitating insurance enrolment and management of the insured. Responsibilities of the Commune/Sangkat Council (Office) include:

- Facilitate insurance registration by inviting the NSSF branch office staff and villagers
- Instruct the village staff to collect insurance premiums from those who did not pay in response to notification from the NSSF, and send the collected premiums to the NSSF headquarters
- Consolidate the residential data submitted from each village and send them to the NSSF branch office

Local Level: Village Chief, Deputy Chief and Assistant

Village Chiefs, Deputy Chiefs and Assistants play important roles to support the Commune/Sangkat Councils (Offices). Responsibilities of Village Chiefs, Deputy-Chiefs and Members include:

- Update the list of the villagers monthly and report it to the designated Commune/Sangkat Office
- Visit each household and explain the people purpose, significance and the function of the health insurance, and tell them to pay premiums as responsibility of the Cambodian citizens
- Collect premiums from the villagers when instructed by the designated Commune/Sangkat Council

All Levels: Health Care Providers

National Hospitals in the capital city, Provincial Hospitals at the provincial level, Referral Hospitals at the district level, Health Centers at the commune/Sangkat level and private health care provides at all levels provide health care to the people. In the context of the health insurance system, responsibilities of Health Care Providers include:

- Obtain a license from MOH to meet the government's requirements, including quality of care
- Provide minimum to complementary package of health care
- Refer patients to higher-level health facilities if necessary
- Claim the medical fees to the NSSF headquarters

Other Actors:

Other actors playing important roles in the SHIP Model include Provincial Health Department (PHD), Operational Department (OD), Banks, Money Transfer and Payment Systems, ICT developers, the media and development partners.

2-8 Policy options

There are several policy options remaining in the SHIP Model. Table 18 shows these options and advantages and disadvantages of each option. The highlighted options are recommended by the TWG-SHIP.

Table 18 Policy options and advantages and disadvantages of each option

Issue	Options	Advantages	Disadvantages
Benefit Package	Option A*	Least costly	Uncovers high-cost treatment
	Option B**	Covers basic high-cost treatments	Requires higher premiums than Option A
	Same benefit package as the private-sector employees	Simple in payment	Most costly
Subsidy vs. cross-subsidy	Subsidy	Secures most stable and reliable financial source	Requires budget allocation
	Cross-subsidy	Reduces subsidy	Expects reaction from employers
Voluntary vs. compulsory enrolment	Voluntary by law	Easiest in implementation	Leads to adverse selection and financial unsustainability
	Compulsory by law but gradually implemented in practice	Provide time for people to understand the insurance and for available health care to be increased and improved	Difficult to convince some people to be enrolled in the scheme
	Compulsory in practice	Easy to convince people and able to avoid adverse selection	May face inadequate quality health care necessary for the insured

* Option A provides case-based medical benefits, and referral and corpse transportation.

**Option B includes high-cost fee-for-service 9 items in addition to Option A.

PART 3 Pilot Implementation Plan

3-1 Objective

The objective of the pilot implementation is to test SHIP Model in the selected sites and make the modifications necessary to the model for the eventual roll out at the national level.

3-2 Pilot implementation sites and target population

1) Pilot-implementation sites

The SHIP Model is going to be piloted at most in three health Operational Districts (ODs) from each of the following three provinces: Battambang, Kampong Speu, and Prey Veng. These provinces were selected according to the following criteria:

Population size and density

To measure effectiveness as accurately as possible, it is desirable to select provinces with population size from medium to large. Therefore, based on the Inter-censal Population Survey 2013, provinces with populations over 750,000 were selected.

Table 19 Population in provinces of Cambodia (2013)

	Province	Population		Province	Population
1	Banteay Meanchey	729,569	14	Prey Veng	1,156,739
2	Battambang	1,121,019	15	Pursat	435,596
3	Kampong Cham	1,757,223	16	Ratanak Kiri	183,699
4	Kampong Chhnang	523,202	17	Siem Reap	922,982
5	Kampong Speu	755,465	18	Preah Sihanouk	250,180
6	Kampong Thom	690,414	19	Stung Treng	122,791
7	Kampot	611,557	20	Svay Rieng	578,380
8	Kandal	1,115,965	21	Takeo	923,373
9	Koh Kong	122,263	22	Otdar Meanchey	231,390
10	Kratie	344,195	23	Kep	38,701
11	Mondul Kiri	72,680	24	Pailin	65,795
12	Phnom Penh	1,688,044	25	Tboung Khmum	754,000
13	Preah Vihear	235,370			

Source : Inter-censal Population Survey 2013

The capital city, which has an extremely high population density, and Tboung Khmum, a newly established province with currently limited data, were excluded as

potential candidates. Based on this criterion, Battambang province, Kampong Cham province, Kampong Speu province, Kandal province, Prey Veng province, Siem Reap province and Takeo province, highlighted in Table 19, were identified as candidates.

Variation in income level

In the pilot, it is ideal to introduce health insurance holding aside household income level. Table 20 shows the distribution of households by income quintiles in the selected seven provinces. A province with a low standard deviation (SD) indicates little difference in the number of households in each quintile, that is, an area where households of relatively diverse economic levels reside. Based on this criterion, the possible provinces were narrowed down to Battambang province, Kampong Cham province, Kampong Speu province, and Prey Veng province, highlighted in the Table 20.

Table 20 Number of households in each wealth quintile in the selected seven provinces (2014)

	Wealth Quintiles					mean	SD
	I	II	III	IV	V		
Battambang	194	187	299	359	365	281	77
Kampong Cham	254	208	200	117	186	193	44
Kampong Speu	417	362	453	458	272	392	69
Kandal	84	156	366	438	395	288	141
Prey Veng	339	434	381	272	253	336	67
Siem Reap	532	404	233	207	448	365	125
Takeo	108	340	383	518	189	308	145

Source : Cambodia Socio-Economic Survey 2014

Variation in job types

The pilot should be implemented in provinces with a variety of jobs, such as agriculture, manufacturing and service industries, so that the pilot can test applicability of the scheme for a variety of occupations. Table 21 shows main income sources for urban and rural households in the four provinces with relatively diverse income levels. Jobs in Battambang province are the most diverse followed by Prey Veng province and Kampong Speu province. Therefore, it is proposed to select these provinces as the pilot target sites.

Table 21 Job types of the household main income earners in urban/rural areas of the four provinces (2014)

(the number of households)

		Salaried	Agriculture	Fishing	Manufacture	
Battambang	Urban	69	53	5	1	
	Rural	122	307	27	0	
Kampong Cham	Urban	73	76	6	1	
	Rural	342	573	34	8	
Kampong Speu	Urban	90	31	0	4	
	Rural	258	480	15	6	
Prey Veng	Urban	13	16	0	0	
	Rural	147	437	35	4	
		Service	Others	Total	Mean	SD
Battambang	Urban	71	41	240	40	67
	Rural	31	27	514	86	
Kampong Cham	Urban	60	23	239	40	285
	Rural	69	59	1085	181	
Kampong Speu	Urban	39	15	179	30	246
	Rural	42	35	836	139	
Prey Veng	Urban	16	3	48	8	189
	Rural	37	57	717	120	

Source: Cambodia Socio-Economic Survey 2014

Geographical variation

Battambang province is located in the northwest of Cambodia, close to the Thai border, Kampong Speu is to the west of Phnom Penh, and Prey Veng province is in the southeast of the country, bordering Vietnam. There are urban and rural settings in all three provinces (see Figure 11).

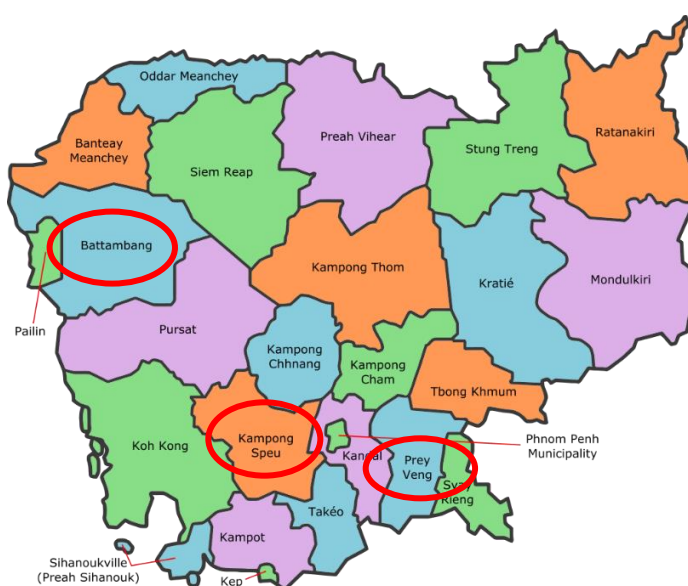


Figure 11 Target area candidates of the pilot

The Utilization rate of the public health facilities

The utilization rate of the public health facilities in Cambodia in 2016 is as shown in Figure 12. Utilization rate of referral hospital outpatient clinics is close to the average of all three provinces. The outpatient clinic at the health centre has a slightly different trend, but all three provinces do not differ much from the average of the country.

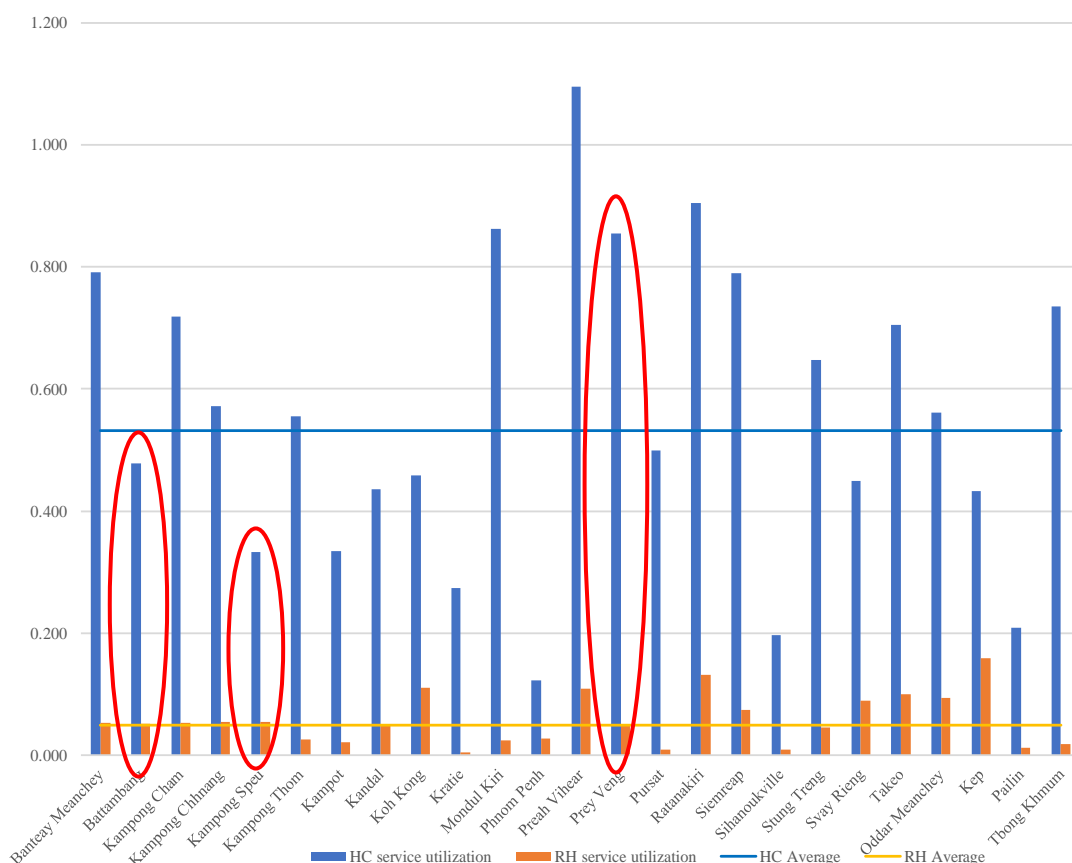


Figure 12 Public medical facility utilization rate¹⁹ in Cambodia (2016)

Source: DPFI, MOH

Variation in quality in public health facilities

Results of the client satisfaction survey²⁰ indicate that Battambang province is a

¹⁹ OPD Service Utilization is defined as number of outpatient department visits to the public health facility, health centre (HC) or referral hospital (RH)) per person per year. The numerator is the total number of OPD visits per year in either all HCs or in all RHs, and the denominator is the total population of the respective province.

²⁰ MSD. Peou E. and Depasse J-P. (2012). National Client Satisfaction Survey: Healthcare Services at

model for large provinces.²¹ Kampong Speu province, on the other hand, scored slightly lower than the national average and was one of the eight provinces recommended for priority improvements. Prey Veng province is in line with the national average. This makes this package of three provinces ideal for the pilot project.

Market for private medical facilities

Since NSSF contracts not only with the public health providers, but also the private health provides, it is desirable that the pilot be implemented in areas where there is an active private health provider market. Figure 13 presents the number of large private health facilities in each province registered at MOH in 2017. In Battambang province, Kampong Speu province and Prey Veng province, it seems that the private health sector market is relatively active.

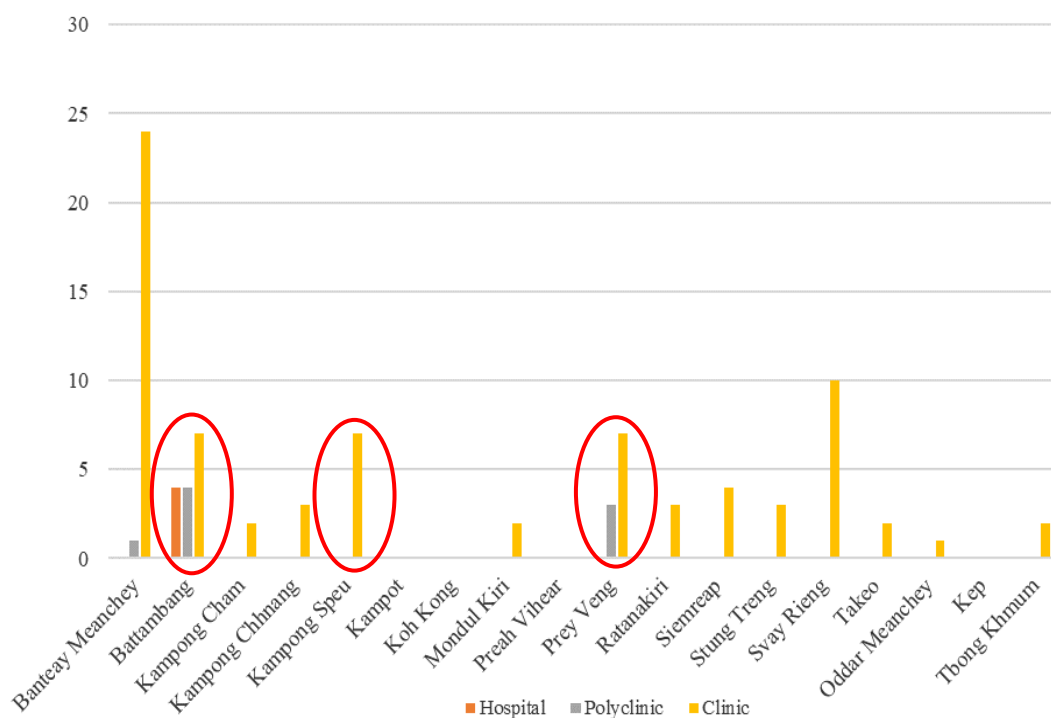


Figure 13 Number of large private health facilities registered by province (2017)

Source: MOH

Public Health Facilities in Cambodia Baseline Report for Ministry of Health.

²¹ A large province is a province whose population is larger than one million.

Capacity of NSSF Branch Office

Since the operational base of the SHIP Model is NSSF, it is essential to confirm that the NSSF branch office in the target provinces are functioning properly and the staff has sufficient capacity and commitment to work with the informal sector population.

As mentioned above, since health care in Cambodia is administered in ODs, it is proposed to conduct the pilot on the ground in ODs. The criteria for selecting ODs in each province are the same as selecting provinces. Maung Russei OD in Battambang province, Ou Dongk OD in Kampong Speu province and Pearaing OD in Prey Veng province are recommended by the TWG-SHIP (see Table 22). However, it will be necessary to make a final decision based on consultations with stakeholders at the central, provincial and district levels during the project preparation period.

Table 22 Three ODs recommended as the pilot sites

Province	OD	Population	Province	OD	Population
Battambang	Thmar Koul	235,376	Prey Veng	Kamchay Mear	96,467
	Maung Russei	206,480		Kampong Trabek	139,274
	Sampov Luon	170,735		Mesang	123,585
	Battambang	379,787		Peam Ror	68,785
	Sangkae	208,267		Pearaing	118,063
Kampong Speu	Kampong Speu	347,916		Preah Sdach	131,442
	Kong Pissey	281,617		Svay Antor	118,880
	Ou Dongk	133,071		Sithor Kandal	75,701
	Phnom Srouch	113,753		Krog Prey Veng	82,700
				Baphnom	97,471
				Peam Chor	75,367
				Kanhchriech	72,804

Source: Ministry of Health in Cambodia

Since it is assumed that all residents in the target areas are to be registered, considerable time and personnel input are required. Therefore, if it is difficult to implement the pilot in all three ODs in three provinces within the timeframe and budget, it is suggested to implement through the Administrative Districts (ADs) which are used by other sectors and usually smaller than ODs. However, it is important to ensure that the target ADs include at least one referral hospital to provide the beneficiaries with necessary health services.

Motivation of commune/Sangkat staff and village representatives

As enrolling the informal sector is a challenge and the local authorities play the significant roles in this effort, it is desirable to choose commune/Sangkats whose officials and village representatives have strong commitment to provide equitable health services to the people in their communities.

2) Target population

Every one of all ages residing in the selected OD/AD will be registered for the SHIP and will be encouraged to be enrolled in the health insurance scheme. Those who are covered by other public health protection schemes, such as the NSSF health insurance or the Health Equity Fund (HEF), will also be registered as they are all potential SHIP members at some point in life.

3-3 Preconditions for the pilot implementation

There are technical and administrative issues that need to be resolved as preconditions for the start of the pilot implementation.

1. The SHIP Model concept note should be approved by the NSPC Secretariat and endorsed by the NSPC Executive Committee.
2. Upon obtaining the endorsement of NSPC, inter-ministerial prakas will be developed as guided by NSPC and sent to target provinces.

3-4 Activities and timeline

A tentative pilot-implementation workplan listing the activities and timeline is provided in Figure 14. The pilot project assisted by JICA will be implemented over the three years, from 2019 Q2 to 2022 Q1. The workplan will be adjusted according to the speed of the implementation, external factors and resource availability.

There are mainly three stages to the pilot implementation: preparation for the phase-in, the NSSF capacity building for the SHIP, and the SHIP implementation in the selected sites.

The first stage of the preparation is expected to take half a year to a year, involving development of the implementation guideline and the SHIP management system for the

insured. The guideline will be based on the actuarial analysis externally conducted for the SHIP, and it contains the information of premium rates, benefit packages, premium collection methods options, monitoring and evaluation framework for the SHIP, and advocacy and communication strategy for registration and enrolment. The formal letters concerning the SHIP Model and the pilot implementation plan will be submitted to the concerned Provincial Governors before the activities begin in the selected ODs.

			2018				2019				2020				2021				2022			
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
1	Preconditions for the phase-in implementation																					
1.1	Endorsement of the SHIP model concept note and implementation plan	NSPC																				
1.2	Development of the legal instrument (if necessary)	MOH																				
2	Preparations for the phase-in implementation																					
2.1	Development of the implementation guideline	MOH and MOLVT/NSSF																				
2.1.1	Actuarial analysis	Outsourced																				
2.1.2	Premium rate adjustment	MOH																				
2.1.3	Benefit package adjustment	MOH																				
2.1.4	Premium collection method options	NSSF, banks, etc.																				
2.1.5	Monitoring and evaluation framework																					
2.1.6	Advocacy and communication strategy for registration and enrolment	NSSF, MOH																				
2.2	Development of the SHIP management system for the insured by NSSF and communes	NSSF, local authority																				
2.3	Submission of the formal letter to the Provincial Governor of the selected ODs	MOH																				
3	NSSF capacity building for the SHIP																					
3.1	NSSF IT system development for registration	NSSF HQ and branch																				
3.2	NSSF training manual development	NSSF HQ and branch																				
3.3	NSSF and commune system establishment for the SHIP management	NSSF branch, commune																				
3.4	NSSF branch office staff hiring and training in the first OD	NSSF branch																				
3.5	NSSF branch office staff hiring and training in the second OD	NSSF branch																				
3.6	NSSF branch office staff hiring and training in the third OD	NSSF branch																				
4	The SHIP implementation																					
4.1	Registration of residents in the first OD	NSSF, communes																				
4.2	Registration of residents in the second OD	NSSF, communes																				
4.3	Registration of residents in the third OD	NSSF, communes																				
4.4	The SHIP takes into effect in the first OD																					
4.5	The SHIP takes into effect in the second OD																					
4.6	The SHIP takes into effect in the third OD																					
4.7	Advocacy, communication, and information provision																					
5	Management and reporting																					
5.1	The TWG-SHIP meetings	TWG-SHIP																				
5.2	Province/OD level SHIP meetings																					
5.3	External evaluations	Outsourced																				
5.4	Annual reports to NSPC																					
5.5	Adjustment of the SHIP Model for the nation-wide implementation																					

Figure 14 Pilot-Implementation Workplan

The second stage of the NSSF capacity building for the SHIP includes IT system development for registration and management, training manual development, NSSF

and commune/Sangkat system establishment for the SHIP management, and the NSSF Branch Office staff hiring and training.

The third stage of the SHIP pilot implementation can be further divided into two phases: 1) registration of all applicable residents by NSSF and the local authority (the Commune/Sangkat Council members and village representatives), and 2) the SHIP taking into effect. Advocacy, communication, and information provision activities will be carried out throughout this stage.

The TWG-SHIP meetings will be held quarterly to review the progress and implementation challenges of SHIP model and to provide inputs to improve the implementation. Province and OD level meetings will also be held at least bi-annually and as required to make decisions, review progress, and resolve any issues. Annual reports on the pilot will be submitted to NSPC. External evaluations of the SHIP pilot will be conducted twice throughout the pilot period. At the end of the 3-year pilot implementation, adjustments will be made to the SHIP Model for the pilot expansion and national-wide implementation.

3-5 Budget

JICA will cover part of the pilot implementation once the intergovernmental agreement between Cambodia and Japan is reached for the new project after the general election in July 2018. JICA will provide technical assistance and financial assistance for trainings, equipment, materials, and operational costs. Cambodian government will cover the cost necessary for the personnel (hiring and salaries) for operating the project, office space, and part of the operational cost. Collected premium will most likely not be sufficient to make the scheme financially sustainable, particularly when enrolment rate is low. Therefore, the government subsidy should be secured.



PART 1 Background

Current Status of Health Protection in Cambodia

Out-of-pocket (OOP) health care payment is higher than other lower-middle income countries and highest in Southeast Asia. Impoverishment due to the high level of OOP health care payment is also highest among Southeast Asian countries.



Source: WHO & International Bank for Reconstruction and Development/WB (2017)

3

Development Process of SHIP Model

- The Technical Working Group for Social Health Insurance for the Informal Sector Population (TWG-SHIP), comprised of multiple relevant government, discussed and gradually developed concept and design of the SHIP Model between January 2017 and March 2018.
- A key informant interview, a focus group discussion and a household survey were conducted to collect information and opinions of the potential beneficiaries of the SHIP.
- Benefit costs, insurance premiums and affordability of the beneficiaries were estimated by a cost analysis.
- Consultations with development partners and a mid-term review with the prospective NSPC Executive Committee chairperson were held.

4

PART 2

Outline of SHIP Model

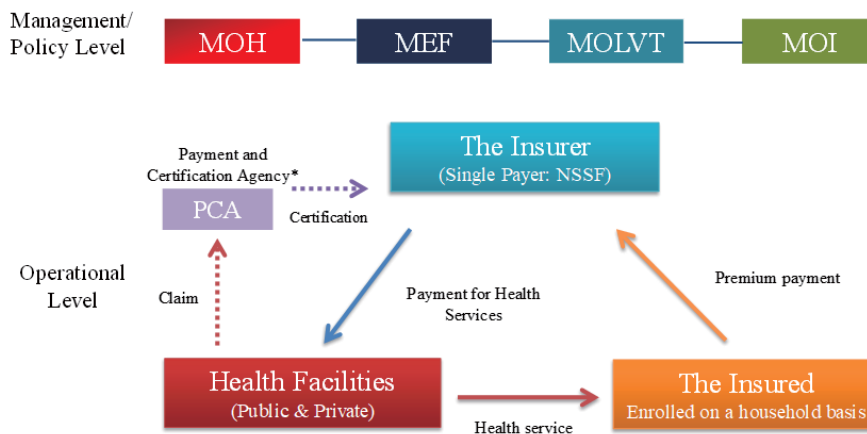
5

Basic principles

- **A mechanism to enroll the informal sector population in health insurance scheme of the Single Payer**
- **Utilization of existing systems:**
 - (1) Operational structure of NSSF and (2) communes and villages as the administrative foundation
 - in line with NSPPF
 - reduces operational costs
- **Utilization of lessons learned from CBHI:**
 - (1) Pool the fund at the national level in the Single Payer and (2) pursue mandatory enrollment on a household basis to avoid adverse selection

6

Conceptual Framework of SHIP Model



*PCA currently serves for HEF claim verification, but its role could be expanded to social health insurance in the future.

7

Target population

Those who are not covered by other public health protection schemes: 6.9 million (43%) to 11.1 million (69%)

	Target population	Number	% of total population	Coverage & Gap	Scheme
Formal sector population	Workers*	1,470,842	9.20%	✓	NSSF
	Workers' dependents**	3,677,105	23.01%	not covered yet	
	Total	5,147,947	32.21%		
	Civil servants	175,000	1.09%	✓	
	Civil servants' dependents	438,000	2.74%	not covered yet	
	Civil service pensioners	36,000	0.23%	✓	
	Pensioners' dependents	90,000	0.56%	not covered yet	
Total	739,000	4.62%			
Informal sector population	Wealth-off	799,090	5.00%	COVERAGE GAP	SHIP
	Middle-class	3,090,000	19.33%		
	Near-poor	3,000,000	18.77%	✓	HEF
	Poor households	3,000,000	18.77%		
	Informal workers* ****	205,721	1.29%	✓	
Total	10,094,811	63.16%			
GRAND TOTAL***		15,981,798	100.00%		

* NSSF (2018). Achievement over the period of 10 years (2008-2017) and Direction for 2018

**The number of dependents was calculated based on the assumption that the worker-dependent ratio is 1:2.5

***Grand total population in 2018 based on the data of the National Institute of Statistics (NIS)

****Informal workers are those who became the health care beneficiaries in January 2018 as the Prime Minister announced, including commune/Sangkat council members, village chiefs, deputy chiefs and assistants, the government-sponsored athletes, land-mine cleaners and cyclo drivers

8

Registration and enrolment

Country	Enrolment Policy of Social Insurance	Enrolment rate
Japan	Voluntary (1938)→Compulsory (1961)	90-100%
South Korea	Pilot (1981~)→Compulsory (1989)	90-100%
Taiwan	Compulsory (1995)	90-100%
The Philippines	Compulsory (1995)→Scale up	80-90%
Vietnam	Voluntary (1995)	60-70%
Rwanda	Voluntary (2000)→Compulsory (2008)	90-100%
Indonesia	Tax-based→Social Insurance: Compulsory (2014)	60-70%
Cambodia	50+ CBHIs: Voluntary (2000~)	30-40%

Table: Enrolment policies of social insurance for the informal sector population

- The SHIP Model pursues compulsory enrolment.
- In practice, the target population will be gradually enrolled in the voluntary basis, while developing the legal instruments and raise people’s awareness of the health insurance.
- Every citizen will be registered in the first place.

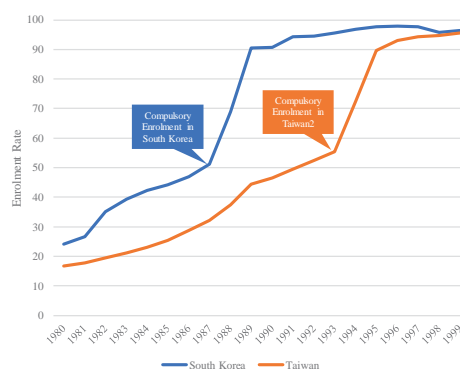
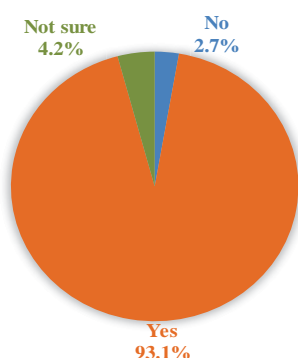


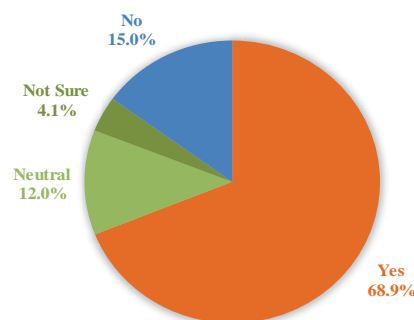
Figure: Enrolment policy and enrolment rates in South Korea and Taiwan (1980-1999)

9

Registration and enrolment



Q) Agree to compulsory registration? (N=1,033)



Q) Agree to compulsory enrolment? (N=1,033)

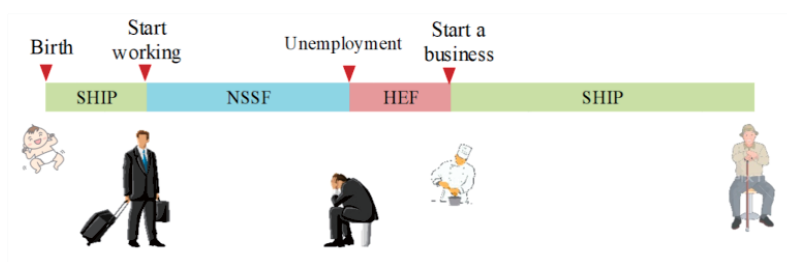
- The household survey conducted in Battambang an Kampong Speu provinces for 1,033 households in 2017 found that 93% of the respondents agreed to be registered for the health insurance (without the obligation to pay premiums) if it is compulsory.
- Nearly 70% of them also agreed to compulsory enrolment (with the obligation to pay premiums).

10

Registration and enrolment

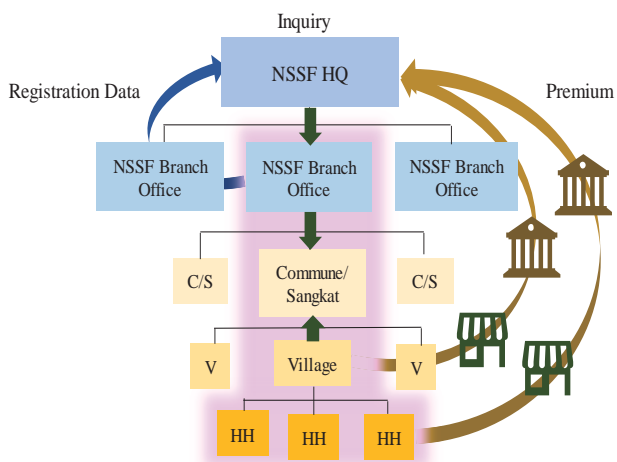
Single registry

- People change jobs from the informal sector to the formal sector and vice versa
- The ID Poor households are not poor forever
- Register ALL residents at commune/Sangkat offices by NSSF branch offices



Flexible health protection system based on the lifestyle of each citizen

11

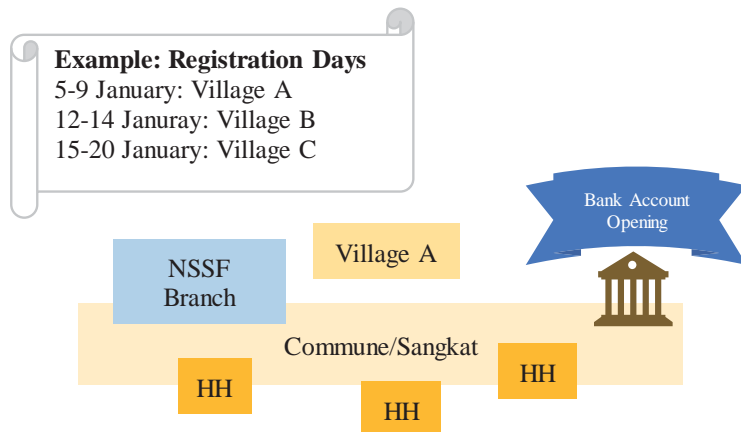


Registration and enrolment

- Registration unit is an individual.
- Each individual receives a health insurance number.
- The insurance database is centrally managed at NSSF
- NSSF branch offices closely collaborate with communes/Sangkat and villages for the registration.
- The NSSF branch office staff updates the information of the villagers at commune/Sangkat at the commune/Sangkat council monthly meetings.

12

Registration and enrolment



Example: Registration Days
 5-9 January: Village A
 12-14 January: Village B
 15-20 January: Village C

Registration Day

- Registration days are decided for each village
- NSSF Branch Office staff come to the commune/Sangkat office to register the residents
- Residents are registered based on the residential registration records
- Bank staff are also present to provide an opportunity for the residents to open a bank account

13

Registration and enrolment

	Name	Personal #	The insured #	Address	Occupation	Social Protection Scheme
1	XXXX	10000000	10000000	PP	Business owener	SHIP
2	XXXX	10000001	10000000	PP	Housewife	SHIP
3	XXXX	10000002	10000000	PP	Student	SHIP
4	XXXX	10000003	—	KC	Unemployed	HEF
5	XXXX	10000004	—	KC	Unemployed	HEF
6	XXXX	10000005	10000005	KS	Factory worker	NSSF
7	XXXX	10000006	10000005	KS	Student	SHIP

Registration Data

- The registration data are centrally managed at NSSF
- The database is integrated with the MOI residential registration system
- It is updated monthly along with the residential registration data
- NSSF branch office staff attend the commune/Sangkat council monthly meetings to be informed

14

Premium collection methods

Flexible choice of a best suited method

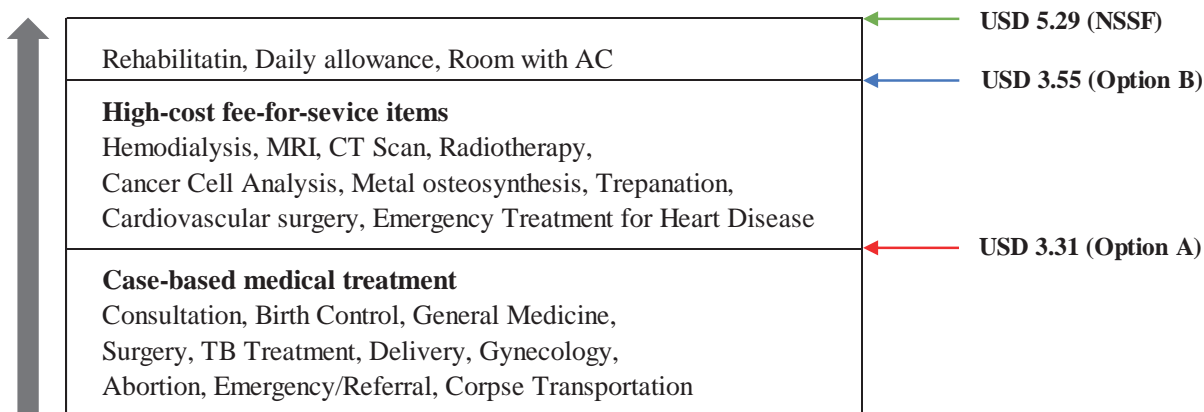
Mode	Frequency			
	Annually	Biannually	Quarterly	Monthly
1) Automatic withdrawal from bank account				
2) Remittance by a bank or a money transfer system			✓	
3) Automatic withdrawal from mobile phone credit				
4) Automatic withdrawal from public utility bills (water/electricity)				
5) Collection and collective remittance by village representative				

- The insured generally not willing to and easily forget to pay premiums
- Money transferred electronically for security reasons
- Use of authority of to make the delinquent pay premium
- Incentives, such as discount in premiums and provision of telephone credit in case of not being delinquent as a way of promoting the premium payment

15

Benefit Package and Average Monthly Premium per Person

SHIP suggested benefit packages: Options A and B



15

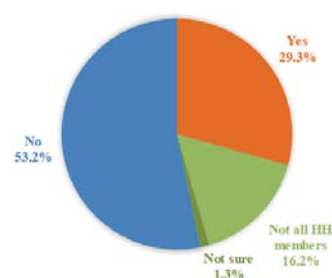
Insurance Premiums

Premiums of Option A

	Annual (KHR)	Annual (USD)	Monthly (KHR)	Monthly (USD)
Insured & adult dependents	174,100	43.53	15,000	3.63
Child dependents	139,300	34.83	11,000	2.93
Premium of average household (a couple with 3 children)			63,000	15.75

Premiums of Option B

	Annual (KHR)	Annual (USD)	Monthly (KHR)	Monthly (USD)
Insured & adult dependents	186,900	46.73	16,000	3.89
Child dependents	149,500	37.38	12,000	3.11
Premium of average household (a couple with 3 children)			68,000	17.00

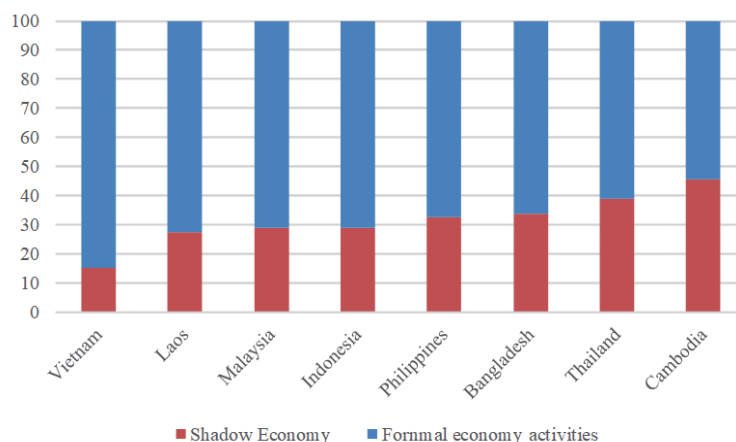


Q) Willing to pay 14,000 riels per person per month for a health insurance? (N=1,033)

17

Government Subsidy

Estimation of the average shadow economy production from 2000 to 2014 for Southeast Asian countries' share of GDP



Source: Schneider F. (2017)

18

Government Subsidy

Estimated annual subsidy

Option	Subsidy rate (%)	Monthly premium of a couple with 3 children (USD)	Enrollment rate (%)	Annual subsidy for the pilot (million USD)	Annual subsidy for the nation-wide implementation (million USD)
Option A	0	15.75	20	0	0
			50		
			100		
	15	13.90	20	0.33	10.73
			50	0.82	26.80
			100	1.64	53.60
	30	11.03	20	0.65	21.44
			50	1.64	53.60
			100	3.27	107.20
	50	7.88	20	1.09	35.73
			50	2.73	89.33
			100	5.45	178.66
Option B	0	17.00	20	0	0
			50		
			100		
	15	14.45	20	0.35	11.51
			50	0.88	28.77
			100	1.76	57.53
	30	11.90	20	0.70	23.01
			50	1.76	57.53
			100	3.51	115.06
	50	8.50	20	1.17	38.35
			50	2.93	95.89
			100	5.85	191.77

19

Government Subsidy

Proportion of subsidy in the national budgets and GDP (2018)

Health sector budget (million USD)	485					
Total national budget (million USD)	6,018					
Projected GDP (million USD)	22,854					
Option A						
Subsidy rate	50%	30%	15%	50%	30%	15%
Pilot / Nation-wide	Pilot			Nation-wide		
Government subsidy (million USD)	5.45	3.27	1.64	178.66	107.20	53.60
Government subsidy in health sector budget (%)	1.12	0.67	0.34	36.84	22.10	11.05
Government subsidy in national budget (%)	0.09	0.05	0.03	2.97	1.78	0.89
Government subsidy in GDP (%)	0.02	0.01	0.01	0.78	0.47	0.23
Option B						
Subsidy rate	50%	30%	15%	50%	30%	15%
Pilot / Nation-wide	Pilot			Nation-wide		
Government subsidy (million USD)	5.85	3.51	1.76	191.77	115.06	57.53
Government subsidy in health sector budget (%)	1.21	0.72	0.36	39.54	23.72	11.86
Government subsidy in national budget (%)	0.10	0.06	0.03	3.19	1.91	0.96
Government subsidy in GDP (%)	0.03	0.02	0.01	0.84	0.50	0.25

*The above estimation was done considering that 100% of the informal sector population is enrolled.

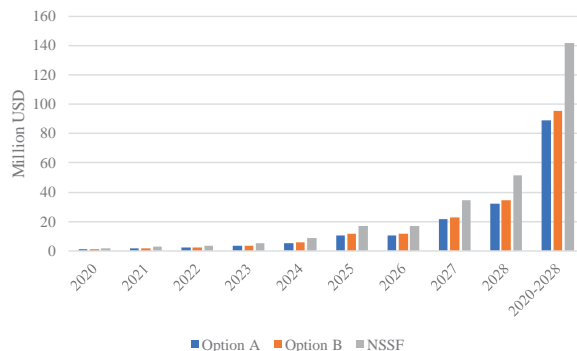
Source: The Royal Government of Cambodia and the World Bank

20

Schedule of Government Subsidy

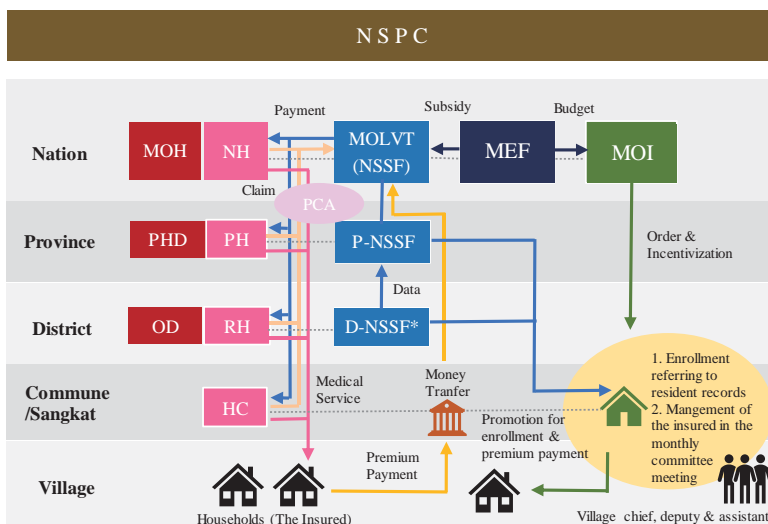
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
	Pilot	Pilot	Pilot	Pilot	Pilot	Nation-wide	Nation-wide	Nation-wide	Nation-wide	Nation-wide	Nation-wide	
Enrolment rate (%)	20	30	40	50	60	10	20	40	60	80	100	
Subsidy rate (%)	50	50	50	30	30	30	15	15	15	0	0	
OptionA (Million USD)	1.1	1.7	2.2	3.2	5.4	10.7	10.7	21.4	32.2	0.0	0.0	88.6
OptionB (Million USD)	1.2	1.8	2.4	3.5	5.8	11.5	11.5	23.0	34.5	0.0	0.0	95.2
NSSF (Million USD)	1.8	2.7	3.6	5.1	8.6	17.1	17.1	34.3	51.4	0.0	0.0	141.7

*Pilot areas are 3 ODs in 3 provinces with total population of 438,296



21

Roles and Responsibilities



*There are only three district offices of NSSF in Kampong Cham, Prey Veng and Kampong Speu as of October 2017. However, it is under preparation in other areas.

*PCA currently serves for HEF, but its role could be expanded to social health insurance.

..... Communication between the SHIP actors

22

Timeline



2019 Preparation
 2020-2022 Implementation
 2022 Evaluation

23

Policy Options

Issue	Options	Advantages	Disadvantages
Benefit Package	Option A*	Least costly	Uncovers high-cost treatment
	Option B**	Covers basic high-cost treatments	Requires higher premiums than Option A
	Same benefit package as the private-sector employees	Simple in payment	Most costly
Subsidy	Equal subsidy for all	Secures most stable and reliable financial source	Requires budget allocation
	Expand HEF for the near poor	Simple in administration	No subsidy for the non-poor
	Cross-subsidy	Reduces burden on the government	Expects reaction from employers
Voluntary vs. compulsory enrolment	Voluntary by law	Easiest in implementation	Leads to adverse selection and financial unsustainability
	Compulsory by law but gradually implemented in practice	Provide time for people to understand the insurance and for available health care to be increased and improved	Difficult to convince some people to be enrolled in the scheme
	Compulsory in practice	Easy to convince people and able to avoid adverse selection	May face inadequate quality health care necessary for the insured

* Option A provides case-based medical benefits, and referral and corpse transportation.
 **Option B includes high-cost fee-for-service 9 items in addition to Option A.

24

អរគុណច្រើនៗ

Thank you

ありがとう

25