Kertas Putih
Pelan MHIT Asas



Januari 2026

Kertas Putih
Pelan MHIT Asas

Pelan insurans/takaful perubatan dan kesihatan (*medical and health insurance/takaful*, MHIT) asas merupakan komponen utama Strategi RESET, iaitu usaha kolaboratif oleh Kementerian Kewangan, Kementerian Kesihatan Malaysia, Bank Negara Malaysia dan pihak berkepentingan utama untuk menangani inflasi perubatan dan memperkukuh sistem penjagaan kesihatan Malaysia.

Kertas Putih ini menggariskan perincian mengenai pelan MHIT asas, berdasarkan maklum balas dan input daripada lebih 60 sesi libat urus dengan pihak berkepentingan utama dan kumpulan pengguna serta analisis terperinci ke atas set data yang tersedia bagi memastikan produk ini selaras dengan matlamat pembaharuan dan keperluan pasaran.

Kandungan

Ringkasan Eksekutif 2

Latar Belakang 4

A. Matlamat dasar awam dan pertimbangan reka bentuk utama 7

B. Mengenai pelan MHIT asas 9

Segmen sasaran 9

Manfaat yang diseragamkan 10

Had tahunan setara dengan perlindungan yang sewajarnya untuk kebanyakan keadaan yang paling lazim 11

Pelan Standard-plus ditawarkan sebagai pilihan berkos lebih rendah 12

Premium yang lebih stabil 13

Pembayaran bersama yang dibezakan 15

Akses kepada pakej pilihan penjagaan kesihatan dan pencegahan 16

Bukan produk berkaitan pelaburan 17

Bukan skim insurans sosial 17

C. Ciri reka bentuk pelan MHIT asas yang ditambah baik berlandaskan ketetapan insurans/takaful kesihatan swasta semasa 18

Menaikkan standard penawaran pelan MHIT 18

Perlindungan untuk rawatan pesakit luar dengan lebih banyak laluan penjagaan yang bersepadu 18

Pendekatan yang konsisten dan telus untuk perlindungan nyawa dengan keadaan perubatan sedia ada 19

Pelaksanaan pembayaran berdasarkan DRG secara berperingkat 20

Halangan yang lebih rendah untuk peralihan 20

Menambah baik ketelusan untuk pembayar, penyedia dan pesakit 21

KERTAS PUTIH PELAN MHIT ASAS

Januari 2026

Ringkasan Eksekutif

Insurans/takaful perubatan dan kesihatan (*medical and health insurance/takaful,* MHIT) memainkan peranan penting dalam usaha membiayai penjagaan kesihatan swasta. Namun, sumbangannya terhadap pendanaan penjagaan kesihatan swasta masih rendah. Kos lebih tinggi yang dikaitkan dengan akses kepada penjagaan kesihatan swasta juga boleh mengehadkan pilihan orang ramai serta meningkatkan ketidaksaksamaan penyampaian perkhidmatan dan hasil kesihatan. Peningkatan premium[1] beberapa tahun kebelakangan ini telah menambahkan lagi cabaran kemampuan untuk mendapatkan akses kepada penjagaan kesihatan swasta. Sebagai tindak balas, Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), Kementerian Kewangan (Ministry of Finance, MOF) dan Bank Negara Malaysia (BNM) telah memperkenalkan Strategi RESET yang menggariskan inisiatif terselaras yang memberikan tumpuan pada usaha menangani kos penjagaan kesihatan swasta.

Salah satu inisiatif utama dalam strategi ini ialah pembangunan pelan MHIT asas yang diseragamkan. Pelan ini bertujuan untuk memperluas perlindungan kewangan untuk menghadapi keperluan penjagaan kesihatan penting, menyalurkan perbelanjaan kesihatan swasta dengan lebih cekap serta memperkukuh persekitaran ke arah menyokong pembaharuan sistem kesihatan yang lebih menyeluruh selaras dengan penjagaan berasaskan nilai yang meningkatkan hasil kesihatan melalui pengurusan kos yang berdisiplin.

Pelan MHIT asas direka bentuk bagi memberikan perlindungan yang mampu milik, bermakna dan mampan melalui:

- Perlindungan bersasar untuk individu yang pada masa ini tidak mempunyai perlindungan insurans atau sedang mencari alternatif yang mampu milik

[1] Bagi tujuan kertas ini, mana-mana rujukan kepada "premium" termasuk kedua-dua premium insurans dan sumbangan takaful.

berbanding dengan produk MHIT sedia ada;

- Manfaat yang diseragamkan bagi menyediakan perlindungan yang bermakna terhadap episod perubatan yang lazim dan yang berimpak tinggi berdasarkan trend tuntutan perubatan;
- Sebagai pilihan alternatif iaitu pelan asas yang mempunyai premium lebih rendah serta menyediakan had perlindungan tahunan lebih tinggi bersama deduktibel yang lebih tinggi untuk mereka yang memilih perlindungan terutamanya terhadap perbelanjaan yang sangat tinggi dan mampu menanggung kos pendahuluan yang lebih tinggi sekiranya berlaku kemasukan ke hospital;
- Pendekatan penarafan risiko yang lebih saksama berserta mekanisme pengumpulan risiko yang lebih luas untuk melancarkan keseluruhan pengalaman tuntutan dan pelarasan premium;
- Struktur pembayaran secara bersama yang berbeza untuk menggalakkan pemilihan penyedia perkhidmatan yang menjimatkan kos, lantas mengekalkan pilihan dan pada masa yang sama mengiktiraf hospital yang komited terhadap kualiti, ketelusan serta penjagaan berasaskan nilai; dan
- Akses kepada perkhidmatan pencegahan dan kesejahteraan berbentuk pilihan, yang ditawarkan pada kadar yang telah dirunding untuk menyokong hasil yang lebih sihat.

Pelan asas akan ditawarkan sebagai pelan perlindungan perubatan kendiri dan tidak akan dikaitkan dengan produk pelaburan. Pelan ini ditawarkan bersama-sama dengan produk MHIT secara kompetitif oleh sesebuah penanggung insurans dan pengendali takaful, lantas berfungsi sebagai rujukan asas untuk pembaharuan yang lebih luas terhadap penawaran pasaran sedia ada. Langkah ini dapat mengurangkan kenaikan harga yang tidak wajar, menyokong standard penjagaan kesihatan yang konsisten di samping memastikan penjajaran hasil yang lebih baik antara penyedia, pembayar dan pesakit. Pembaharuan sedemikian merangkumi langkah-langkah pengawalan kos yang diperkukuh, ketelusan yang dipertingkatkan dan peralihan secara berperingkat daripada sistem pembayaran fi berasaskan perkhidmatan kepada pembayaran berdasarkan Kumpulan Berkaitan Diagnosis (Diagnosis-Related Groups, DRG).

Pelan MHIT asas ini dijangka dilaksanakan secara rintis pada separuh kedua tahun 2026, sebelum diperkenalkan dalam pasaran pada awal tahun 2027. Pelan rintis ini menandakan satu langkah utama ke arah pembinaan ekosistem penjagaan kesihatan swasta yang lebih mampan lagi saksama dari segi kewangan serta didorong nilai yang menyokong matlamat jangka panjang sistem kesihatan Malaysia.

Latar Belakang

Perkhidmatan penjagaan kesihatan swasta telah berkembang dengan pesat sejak sedekad yang lalu sebagai pelengkap kepada perkhidmatan sistem penjagaan kesihatan awam khususnya untuk penduduk yang berpendapatan lebih tinggi di pusat bandar. Kira-kira 56% daripada katil penjagaan kesihatan swasta tertumpu di kawasan ini. Perkhidmatan ini dibiayai terutamanya melalui perbelanjaan penjagaan kesihatan secara langsung (*out-of-pocket*, OOP) isi rumah. Berdasarkan Akaun Kesihatan Kebangsaan Malaysia[2], sebanyak 49% daripada jumlah perbelanjaan untuk penjagaan kesihatan (*total expenditure on healthcare,* TEH) pada tahun 2024 dibiayai menerusi sumber persendirian, terutamanya untuk membayar perkhidmatan dan bekalan yang disediakan oleh hospital swasta (23%) dan penyedia penjagaan melalui klinik bergerak termasuk klinik swasta (14%). Pada paras 39% daripada TEH, perbelanjaan OOP isi rumah terus jauh mengatasi pendanaan insurans swasta untuk penjagaan kesihatan yang mencakupi kurang daripada 8% daripada TEH.

Bahagian pembiayaan OOP isi rumah yang agak besar untuk penjagaan kesihatan menimbulkan kebimbangan berhubung dengan tahap perlindungan kewangan isi rumah, khususnya mereka yang mungkin tidak mempunyai perlindungan yang mencukupi sekiranya memerlukan perbelanjaan perubatan yang besar dan tidak dijangka. Kos lebih tinggi yang dikaitkan dengan akses kepada penjagaan kesihatan swasta juga boleh mengehadkan pilihan orang ramai serta meningkatkan ketidaksaksamaan dalam penyampaian perkhidmatan dan hasil kesihatan. Golongan yang tidak lagi mampu membayar penjagaan kesihatan swasta atau insurans akhirnya akan kembali kepada perkhidmatan penjagaan kesihatan awam, lantas mewujudkan keadaan yang memudaratkan iaitu perbelanjaan penjagaan kesihatan swasta akan terus meningkat namun akses yang saksama kepada perkhidmatan penjagaan terus tidak dipertingkatkan. Tambahan lagi, integrasi yang lemah antara sistem penjagaan

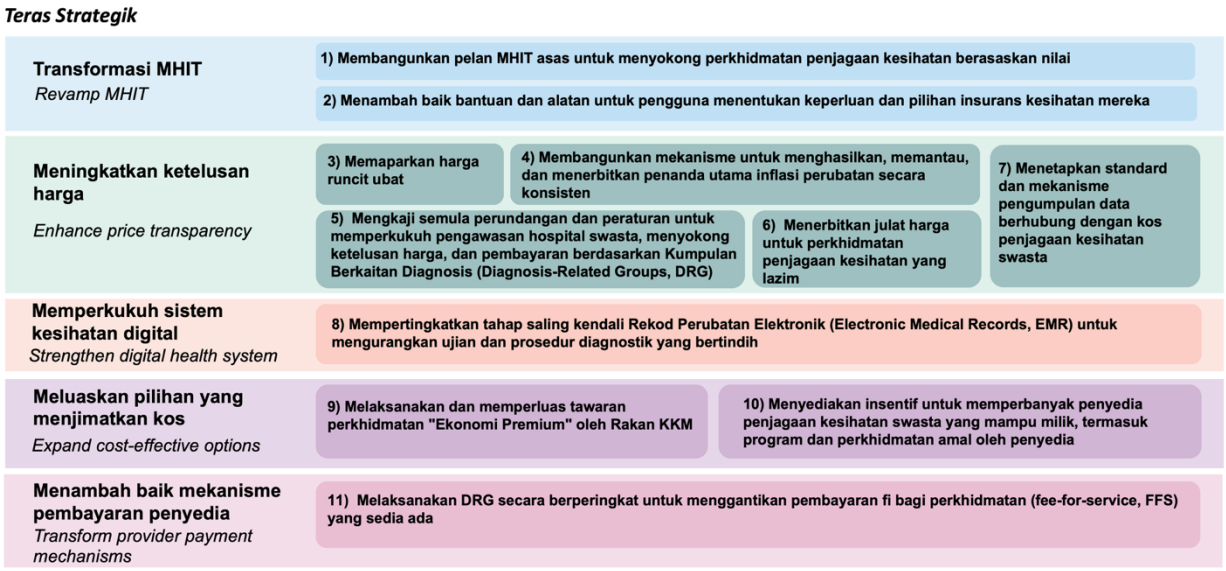
[2] Perbelanjaan Kesihatan Kebangsaan Malaysia 2011-2024

kesihatan awam dengan swasta akan mengakibatkan pertindihan penjagaan yang tidak diperlukan.

Terdapat pelbagai sebab yang menjadikan perbelanjaan penjagaan kesihatan swasta meningkat. Puncanya termasuk beban penyakit yang kian meningkat, teknologi perubatan yang semakin maju serta kos bekalan dan perkhidmatan hospital yang tinggi. Beberapa aspek reka bentuk produk MHIT semasa juga telah menyumbang kepada penggunaan dan kos perkhidmatan penjagaan kesihatan swasta yang lebih tinggi. Khususnya, model pembayaran fi berasaskan perkhidmatan yang sedia ada dan persaingan yang tidak sihat telah mendorong kepada had polisi yang berlebihan, pembayaran bersama yang rendah serta struktur produk yang kompleks. Hal ini kurang memberikan insentif kepada penyedia perkhidmatan untuk mengembangkan model penjagaan kesihatan yang lebih cekap. Pesakit juga tidak diperkasakan untuk membuat pilihan kewangan dan penjagaan kesihatan yang berhemat.

Antara tahun 2021 hingga 2024, tindakan penanggung insurans dan pengendali takaful untuk menyambung semula pelarasan premium berkala yang telah dihentikan sementara semasa musim COVID telah mencetuskan perhatian baharu terhadap kos penjagaan kesihatan swasta. Sebagai tindak balas kepada pelarasan premium secara ketara yang mencerminkan peningkatan berpanjangan dalam keseluruhan kos tuntutan perubatan, langkah-langkah interim telah diperkenalkan oleh BNM pada bulan Disember 2024 untuk menyokong pemegang polisi sedia ada. Langkah ini diikuti pantas oleh pengumuman inisiatif khusus di bawah Strategi RESET (Gambar Rajah 1) pada bulan Mac 2025, yang dirangka secara kolaboratif oleh KKM, MOF dan BNM, untuk menangani kos penjagaan kesihatan swasta.

Gambar Rajah 1: Lima Teras Strategik dan 11 Inisiatif untuk Menangani Inflasi Perubatan



Sumber: Kementerian Kesihatan Malaysia, Kementerian Kewangan dan Bank Negara Malaysia

Strategi RESET ini mencerminkan komitmen kepada tindak balas "seluruh negara" yang diperlukan dalam usaha menangani isu yang melibatkan pelbagai aspek demi memberikan hasil kesihatan yang lebih baik kepada semua rakyat Malaysia. Inisiatif di bawah Strategi RESET tidak menyeluruh. Inisiatif ini bertujuan untuk memberikan panduan tentang keutamaan jangka pendek yang akan memperkukuh penetapan penjagaan kesihatan semasa di samping menyediakan asas yang lebih kukuh untuk tonggak serta strategi pembaharuan kesihatan jangka panjang yang digariskan dalam Kertas Putih Kesihatan Malaysia[3].

Salah satu komponen penting Strategi RESET ialah pembangunan pelan MHIT asas yang bertujuan untuk mengubah penawaran insurans kesihatan swasta dalam pasaran. Kertas Putih ini menggariskan butiran selanjutnya mengenai pelan MHIT asas, termasuk pertimbangan reka bentuk utamanya yang akan menyokong pembaharuan sistem kesihatan pada masa ini dan juga untuk masa hadapan.

Kertas ini disusun seperti yang berikut:

A. Matlamat dasar dan pertimbangan reka bentuk utama
B. Mengenai pelan MHIT asas

[3] Sila baca Kertas Putih Kesihatan Malaysia.

C. Ciri reka bentuk pelan MHIT asas yang ditambah baik daripada tetapan insurans/takaful kesihatan swasta semasa

Kertas Putih ini merangkumkan maklumat yang diperoleh menerusi lebih 60 sesi libat urus dengan pelbagai pihak berkepentingan[4] yang dijalankan selama beberapa bulan sejak pengumuman langkah-langkah interim, serta analisis sejumlah besar set data yang sedia ada. Kumpulan sasaran umum dan ujian lapangan untuk ciri-ciri utama produk juga telah dijalankan pada bulan September dan November 2025. Input bernilai yang diperoleh daripada sesi libat urus dan perbincangan ini amat dihargai. Usaha sedang dijalankan pada masa ini untuk menyediakan dasar, sistem dan proses bagi pelaksanaan produk rintis pada separuh kedua tahun 2026 dan seterusnya pelancaran pelan MHIT asas pada awal tahun 2027.

[4] Termasuk Persatuan Hospital Swasta Malaysia (Association of Private Hospital Malaysia, APHM), Persatuan Perubatan Malaysia (Malaysian Medical Association, MMA), pelbagai persatuan insurans dan takaful, Gabungan Persatuan-Persatuan Pengguna Malaysia (Federation of Malaysian Consumer Association, FOMCA), Persatuan Kebangsaan Penasihat Insurans Hayat dan Takaful Keluarga Malaysia (National Association of Malaysian Life and Insurance and Family Takaful Advisors, NAMLIFA), Persatuan Farmaseutikal Malaysia (Pharmaceutical Association of Malaysia, PhAMA), Pertubuhan Kesihatan Sedunia (World Health Organization, WHO), Bank Dunia, Kumpulan Wang Simpanan Pekerja (KWSP), pengawal selia daripada bidang kuasa lain dan pakar bidang.

A. Matlamat dasar awam dan pertimbangan reka bentuk utama

Pelan MHIT asas ini dirangka dengan sokongan KKM, MOF dan BNM untuk mencapai matlamat dasar awam yang berikut:

- membolehkan lebih banyak rakyat Malaysia mendapatkan tahap perlindungan kewangan asas terhadap perbelanjaan penjagaan kesihatan yang penting dan berimpak tinggi melalui pelan insurans dan takaful sukarela yang diseragamkan, mampu milik, mampan, bermakna dan mudah difahami;
- menyalurkan perbelanjaan penjagaan kesihatan swasta dengan lebih cekap untuk melengkapi akses sejagat kepada perkhidmatan penjagaan kesihatan awam dengan lebih baik[5]; dan
- mempercepat kemajuan ke arah penjagaan kesihatan berasaskan nilai dengan memanfaatkan pembelian strategik dan mewujudkan keadaan struktur yang menggalakkan standard penjagaan berkualiti tinggi yang konsisten dan pengurusan kos yang berdisiplin.

Berpandukan matlamat dasar ini, pertimbangan reka bentuk utama untuk pelan MHIT asas ditumpukan pada soalan-soalan yang berikut:

- apakah segmen sasaran untuk pelan MHIT asas, dengan mengambil kira keseimbangan antara kemampuan dengan rangkuman?
- apakah manfaat yang perlu dilindungi oleh pelan MHIT asas untuk tahap premium tertentu yang dianggap mampu dimiliki oleh segmen sasaran?
- apakah strategi utama yang diperlukan untuk mengawal kos bagi memastikan premium akan kekal mampu milik selaras dengan penambahbaikan ke arah model penjagaan berasaskan nilai?
- apakah peluang yang boleh dimanfaatkan melalui pelan MHIT asas untuk lebih telus kepada pesakit, pembayar dan penyedia perkhidmatan?
- bagaimanakah kadar premium ditetapkan untuk memastikan perlindungan dapat dikekalkan sambil menambah baik kesaksamaan?
- apakah standard minimum yang perlu ITO penuhi untuk menyokong kemampanan jangka panjang pelan MHIT asas dan merealisasikan pembaharuan pasaran yang lebih luas bagi penawaran MHIT swasta?

[5] Melalui penembusan insurans/takaful yang lebih tinggi, pengurangan pemecahan dalam pengurusan kumpulan insurans serta pengurusan yang lebih berkesan terhadap penipuan, pembaziran dan penyalahgunaan.

- bagaimanakah pelan MHIT asas boleh memainkan peranan dalam membentuk pilihan yang lebih mampan dan lancar untuk pengguna berasaskan pada keperluan dan keadaan kewangan mereka secara individu?

Bahagian yang berikutnya dalam Kertas ini menghuraikan hala tuju yang dicadangkan untuk pelan MHIT asas, yang mencerminkan pertimbangan yang teliti terhadap semua soalan ini.

B. Mengenai pelan MHIT asas

Segmen sasaran

Pelan MHIT asas menawarkan pelan pelindungan MHIT asas dengan tumpuan diberikan kepada dua segmen sasaran utama:

- Segmen sasaran pertama ialah individu yang pada masa ini tidak mempunyai perlindungan insurans/takaful bagi perbelanjaan penjagaan kesihatan yang besar tetapi berkemampuan untuk menanggung kos perlindungan kesihatan swasta secara berterusan. Pada masa ini, kira-kira 22% daripada penduduk di Malaysia[6] dilindungi oleh pelan MHIT individu. Keadaan ini meletakkan Malaysia pada kedudukan yang lebih rendah dalam kalangan negara yang mempunyai sistem insurans kesihatan swasta yang agak maju[7]. Hal ini juga menjelaskan bahagian pendanaan untuk insurans swasta yang secara relatif rendah bagi penjagaan kesihatan berbanding OOP isi rumah. Selain itu, pemegang polisi sedia ada lebih banyak terdiri daripada segmen berpendapatan tinggi berikutan cabaran dari segi kemampuan. Strategi perniagaan ITO yang lebih besar juga mungkin menyasarkan segmen pasaran yang lebih berkemampuan. Sehubungan dengan itu, terdapat keperluan yang lebih besar untuk memperkukuh perlindungan kewangan bagi isi rumah berpendapatan sederhana yang mungkin bersedia dan berupaya untuk membeli pelan insurans dan takaful yang lebih mampu milik;

- Segmen sasaran kedua ialah individu yang sedang mencari pilihan alternatif yang lebih mampu milik bagi pelan MHIT mereka yang sedia ada. Hal ini berikutan kenaikan premium yang ketara seiring peredaran masa, khususnya pada usia yang lebih tua. Sebelum pelaksanaan langkah-langkah interim pada tahun 2025 untuk mengehadkan kenaikan premium oleh ITO buat sementara, peningkatan inflasi tuntutan perubatan telah menyebabkan premium kebanyakan pemegang polisi naik sehingga 40% bagi mencerminkan kos tuntutan yang lebih tinggi (Jadual 1). Antara bulan Januari 2024 hingga Jun 2025, ITO melaporkan sekitar 340,000[8] polisi MHIT (mewakili 5.2% polisi yang premiumnya dilaraskan) telah ditamatkan oleh pemegang polisi berikutan

[6] Tidak termasuk individu yang dilindungi di bawah polisi kumpulan seperti skim manfaat pekerja.
[7] Antara 18% - 45%
[8] Bersih daripada pernyataan semula.

pelaksanaan penetapan semula premium secara berkala untuk mencerminkan inflasi perubatan. Pada masa ini, pemegang polisi yang sedemikian tidak mempunyai pelan alternatif yang berdaya maju yang sesuai untuk mereka beralih bagi mengekalkan perlindungan mereka.

Jadual 1: Pengagihan kenaikan premium di bawah penetapan semula premium yang dilaksanakan oleh ITO pada tahun 2024

Julat kenaikan premium	**<10%**	**11%-20%**	**21%-40%**	**41%-60%**	**>60%**
% polisi yang dilaraskan	**21%**	**40%**	**30%**	**5%**	**4%**

Pelan MHIT asas akan menyediakan perlindungan untuk individu hingga umur 85 tahun. Umur maksimum untuk pendaftaran dalam pelan ini ialah 70 tahun.

Kemampuan membayar merupakan pertimbangan utama dalam reka bentuk pelan MHIT asas untuk mencapai tahap premium yang berada dalam nilai ambang kemampuan membayar yang wajar bagi segmen pasaran sasaran. Hal ini melibatkan keseimbangan yang sewajarnya antara merasionalisasikan perlindungan dengan mengutamakan model penyampaian penjagaan kesihatan yang lebih menjimatkan kos (huraian lanjut pada bahagian seterusnya).

Manfaat yang diseragamkan

Pelan MHIT asas menyediakan pakej manfaat yang diseragamkan terutamanya untuk membantu urusan pembayaran perkhidmatan penjagaan kesihatan yang diterima di hospital swasta. Manfaat yang disediakan ini termasuk kos yang berkaitan dengan:

- penginapan dan penjagaan di wad hospital
- bekalan dan perkhidmatan hospital
- fi pembedahan
- fi pakar bius
- lawatan doktor di hospital
- ubat-ubatan berkaitan episod rawatan
- ubat-ubatan pesakit luar berkos tinggi terpilih untuk penyakit serius (contohnya kanser) yang disenaraikan oleh KKM

- fi perkhidmatan ambulans
- penjagaan intensif
- fi dewan pembedahan
- pembedahan jagaan harian
- perkhidmatan segera sebelum dan selepas kemasukan ke hospital, termasuk kos konsultasi, ujian diagnostik dan ubat-ubatan

Memandangkan hospital swasta merangkumi pelbagai kemudahan peringkat rendah, sederhana dan tinggi yang menawarkan tahap perkhidmatan yang berbeza, had perlindungan di bawah pelan MHIT asas ini ditetapkan dengan merujuk kos penanda aras hospital swasta peringkat lebih rendah dan pertengahan. Langkah ini bertujuan untuk memastikan tahap premium berada dalam jangkauan kemampuan lebih banyak individu. Individu yang mendapatkan rawatan di hospital peringkat lebih tinggi masih akan dilindungi di bawah pelan MHIT asas, tetapi had tahunan yang berkenaan dan pembayaran bersama yang lebih tinggi bermakna bahagian bil hospital yang lebih kecil akan dibayar oleh pelan tersebut.

Individu yang memerlukan perlindungan tambahan melebihi perlindungan yang disediakan di bawah pelan MHIT asas akan dapat memilih daripada pelbagai pelan perubatan dan takaful yang ditawarkan oleh ITO. Pelan sedemikian perlu menyediakan manfaat minimum pelan MHIT asas berserta manfaat tambahan yang bermakna yang mungkin termasuk had perlindungan yang lebih tinggi atau pilihan rawatan yang tidak termasuk di bawah pelan MHIT asas. Memandangkan pelan ini akan berbeza antara ITO, individu perlu membuat perbandingan harga untuk mendapatkan pelan yang paling sesuai dengan keperluan serta keadaan kewangan mereka.

Had tahunan setara dengan perlindungan yang sewajarnya untuk kebanyakan keadaan yang paling lazim

Bagi memastikan pelan MHIT asas dapat dikekalkan pada kadar premium yang mampu dibayar dan pada masa yang sama menawarkan perlindungan yang bermakna terhadap kemungkinan menghadapi perbelanjaan penjagaan kesihatan, had polisi tahunan disesuaikan untuk merangkumi prosedur rawatan yang kerap (*high-volume*) dan kemasukan untuk rawatan kompleks yang lazim di hospital swasta. Rawatan yang sangat kompleks dan berkos tinggi, yang dijangka mungkin melebihi

had polisi, akan terus diuruskan dalam sistem penjagaan kesihatan awam kerana pelan MHIT asas merupakan pelengkap dan bukan pengganti sistem penjagaan kesihatan awam. Berpandukan pertimbangan ini, had polisi tahunan ditetapkan pada RM100,000. Had ini disokong oleh taburan dan trend tuntutan perubatan terkini (Jadual 2), yang menunjukkan bahawa had tersebut memadai untuk menampung 99% episod rawatan merangkumi pelbagai keadaan perubatan lazim, walaupun setelah mengambil kira kemungkinan berlakunya kemasukan berulang.

Jadual 2: Taburan tuntutan perubatan berdasarkan data Perkhidmatan Insurans Malaysia (Insurance Services Malaysia, ISM) pada tahun 2024

Persentil	ke-25	ke-50 (Median)	ke-75	ke-90	ke-95	ke-99
Tahun 2024: Kos tuntutan individu yang dibayar (dalam RM)	3,393	5,695	10,069	20,412	29,744	55,225

Menyedari individu yang lebih berumur mungkin lebih cenderung mengalami berbilang keadaan perubatan yang lebih kompleks dan seterusnya mendorong kepada kos rawatan yang lebih tinggi, had polisi tahunan akan dinaikkan secara automatik kepada RM150,000 untuk individu berumur melebihi 60 tahun. Langkah ini memberikan tahap perlindungan tambahan yang memastikan had tahunan kekal relevan sepanjang hayat seseorang.

Pelan standard-plus ditawarkan sebagai pilihan berkos lebih rendah

Individu juga akan mempunyai pilihan untuk membeli pelan MHIT asas *standard-plus* yang menyediakan jumlah perlindungan yang lebih tinggi dengan had polisi tahunan sebanyak RM300,000, pada premium yang jauh lebih rendah. Di bawah pelan ini, individu akan menanggung kos bil hospital sehingga jumlah deduktibel bagi episod kemasukan ke hospital, dan pelan tersebut akan membayar sebarang kos melebihi jumlah tersebut. Bagi pelan *standard-plus*, tahap deduktibel antara RM10,000 hingga

RM15,000 sedang dipertimbangkan, selaras dengan produk yang setanding di pasaran.

Pelan sedemikian memenuhi keperluan individu yang mungkin sudah pun dilindungi di bawah pelan manfaat perubatan yang disediakan oleh majikan mereka, atau mampu untuk menanggung bahagian yang lebih besar daripada jumlah pembayaran bil hospital dan hanya berhasrat untuk melindungi diri mereka daripada perbelanjaan yang terlampau tinggi. Premium bagi pelan *standard-plus* dijangka antara 15% hingga 70% lebih rendah merentas julat umur yang berbeza disebabkan oleh tuntutan keseluruhan yang lebih rendah yang akan ditanggung oleh kumpulan insurans/takaful.

Premium yang lebih stabil

Premium dan sumbangan untuk pelan MHIT asas akan ditetapkan oleh pihak berkuasa berdasarkan prinsip aktuari yang mantap serta merujuk nisbah kerugian sasaran dengan margin yang wajar untuk menampung perbelanjaan. Nilai premium akan berdasarkan penarafan risiko (*risk rating*), dengan mengambil kira faktor umur, jantina dan status kesihatan individu bagi memastikan kemampanan pengumpulan risiko untuk memenuhi tuntutan.

Penggunaan penarafan risiko mengambil kira semua cabaran yang didokumentasikan dengan baik berhubung dengan penarafan komuniti (*community rating*)[9] di bawah sistem kesihatan sukarela yang terdapat di negara lain. Walaupun penarafan komuniti penuh boleh meningkatkan kesaksamaan melalui kaedah subsidi bersilang daripada kumpulan yang mengamalkan gaya hidup berisiko lebih tinggi, kaedah ini boleh menyebabkan premium yang jauh lebih tinggi ditanggung oleh kumpulan yang mengamalkan gaya hidup sihat. Di bawah sistem sukarela, hal ini meningkatkan pemilihan yang buruk iaitu kumpulan yang mengamalkan gaya hidup yang lebih sihat menangguhkan atau menghentikan pembelian insurans/takaful sehingga mereka sakit, lantas menyebabkan pengalaman kumpulan secara keseluruhan mengalami kemerosotan dan akhirnya menjadi tidak mampu milik serta tidak mampan.

Walau bagaimanapun, pendekatan penarafan yang berikut akan diterapkan untuk meningkatkan kesaksamaan dan keadilan:

[9] Premium yang sama dikenakan ke atas semua individu tanpa mengambil kira tahap kesihatan, umur atau jantina.

- menggunakan nisbah premium yang munasabah yang dikenakan antara jangka hayat yang lebih tua dengan yang lebih muda, sekali gus "melandaikan" keluk risiko;
- mengumpulkan risiko secara lebih meluas merangkumi semua ITO peserta dengan pengaturan penyetaraan risiko, yang membantu mengurangkan volatiliti tuntutan dalam kumpulan dan menyokong premium yang lebih stabil bagi pelan MHIT asas dari semasa ke semasa; dan
- mengenakan had terhadap caj tambahan individu berdasarkan status kesihatan.

Kesemua pendekatan ini membantu mengagihkan risiko kewangan dengan lebih baik ke seluruh sistem bagi memastikan segmen yang lebih mudah terjejas akan terus mempunyai akses yang adil dan mampu milik kepada perlindungan kewangan.

Julat premium sasaran bagi pelan MHIT asas mengambil kira input daripada kumpulan fokus pengguna yang ditubuhkan serta penilaian pendapatan boleh guna isi rumah untuk mencapai keseimbangan yang sesuai antara pertimbangan mengenai kemampuan dengan perlindungan yang bermakna. Pencapaian tahap yang seimbang ini amat bergantung pada strategi pengawalan kos yang berdisiplin merangkumi penggunaan pembayaran bersama, langkah berperingkat ke arah pembayaran berasaskan DRG serta penggunaan analitik data yang lebih baik bagi penetapan produk berdasarkan maklumat, pengurusan tuntutan dan pemerolehan perkhidmatan penjagaan kesihatan. Salah satu penunjuk julat premium mampu milik untuk pelan MHIT asas disediakan dalam Jadual 3. Penunjuk ini akan berfungsi sebagai panduan bagi menentukan premium akhir pelan MHIT asas yang akan diumumkan menjelang pelancarannya pada tahun 2027.

Jadual 3: Penunjuk julat premium sasaran[10]

Umur (tahun)	Premium bulanan (RM)	
	Pelan standard	**Pelan *standard-plus***
31 hingga 35	80 hingga 120	50 hingga 70
61 hingga 65	280 hingga 350	220 hingga 280
Melebihi 75	500 hingga 780	400 hingga 660

Premium untuk pelan MHIT asas akan tertakluk pada semakan berkala oleh pihak berkuasa bagi memastikan tahap premium kekal mencukupi untuk membayar tuntutan. Semakan semula tahap premium akan mengambil kira pengalaman tuntutan daripada kumpulan risiko, inflasi perubatan serta sebarang semakan ke atas manfaat yang diliputi.

Pembayaran bersama yang dibezakan

Pembayaran bersama (dalam bentuk deduktibel atau peratusan daripada kos rawatan yang ditanggung secara langsung oleh individu) merupakan ciri utama pelan MHIT asas untuk mengawal penggunaan perkhidmatan penjagaan kesihatan yang mahal dan kurang cekap yang tidak perlu lantas meningkatkan kos keseluruhan penyediaan insurans. Kos sedemikian akhirnya perlu dibayar melalui premium yang lebih tinggi yang dikenakan ke atas semua pemegang polisi.

Pelan MHIT asas akan menggunakan struktur pembayaran bersama dua peringkat (Gambar Rajah 2) yang dibezakan melalui penyedia penjagaan kesihatan. Struktur ini direka bentuk untuk menggalakkan individu mengoptimumkan pilihan penjagaan kesihatan mereka dan menggalakkan kemampanan kumpulan risiko:

1. Peringkat 1 (Hospital “dalam rangkaian”):
   1.1 Deduktibel: RM500 deduktibel untuk setiap kehilangan upaya[11] dan dinaikkan kepada RM1,000 pada umur 61 tahun selaras dengan had

[10] Penunjuk julat premium sasaran merupakan penunjuk awalan dan bertujuan untuk menjadi panduan kepada tahap premium yang mampu milik. Kadar premium akhir akan menggabungkan trend tuntutan perubatan yang dikemas kini dan penentu utama penetapan premium (contohnya rundingan dengan hospital swasta mengenai caj untuk perkhidmatan yang dilindungi). Butiran penuh kadar premium akhir untuk semua kumpulan peringkat umur akan diterbitkan sebelum pelancaran pelan MHIT asas pada tahun 2027.

[11] Meliputi kemasukan tunggal atau berbilang yang berpunca daripada sebab yang sama atau berkaitan, atau apa-apa komplikasi yang disebabkan olehnya.

tahunan yang lebih tinggi.

1.2 Pembayaran bersama: Sifar.

2. Peringkat 2 (Hospital “luar rangkaian"):

2.1. Deduktibel: RM500 deduktibel untuk setiap kehilangan upaya[11] dan dinaikkan kepada RM1,000 pada umur 61 tahun selaras dengan had tahunan yang lebih tinggi.

2.2. Pembayaran bersama: sebanyak 20% dan dihadkan pada RM3,000 bagi setiap kehilangan upaya[11].

Hospital dalam rangkaian ialah hospital yang menunjukkan penggunaan sumber yang wajar selaras dengan amalan terbaik, model penjagaan yang cekap daripada segi kos dan komited terhadap standard minimum ketelusan kos dan tahap perkhidmatan. Pemilihan hospital dalam rangkaian juga akan mempertimbangkan faktor-faktor bagi memastikan akses yang mencukupi (dari segi lokasi dan keupayaan[12]) untuk individu yang dilindungi di bawah pelan MHIT asas.

Gambar Rajah 2: Contoh Struktur Pembayaran Bersama Dua Peringkat



Akses kepada pilihan pakej penjagaan kesihatan dan pencegahan

Selaras dengan usaha untuk menggalakkan tumpuan yang lebih besar terhadap pencegahan bagi mengurangkan kos penjagaan kesihatan secara langsung dan tidak langsung, perkhidmatan penjagaan kesihatan dan pencegahan akan ditawarkan kepada individu yang dilindungi di bawah pelan MHIT asas sebagai pembelian pilihan pada kadar diskaun. Individu boleh mendapatkan manfaat tambahan ini dengan membayar sendiri untuk vaksinasi terpilih, perkhidmatan pemeriksaan kesihatan umum dan pakej kesihatan lain yang menggalakkan pengesanan awal, menggalakkan gaya hidup yang lebih sihat serta menyokong pengurusan kesihatan yang proaktif. Pendekatan ini memastikan individu boleh mendapat manfaat daripada penjagaan

[12] Kapasiti katil, dewan bedah dan kemudahan diagnostik untuk menampung jumlah pesakit.

pencegahan tanpa meningkatkan premium untuk semua ahli, dan pada masa yang sama menggalakkan hasil kesihatan yang lebih baik yang dapat mengurangkan kos penjagaan kesihatan jangka panjang serta menyokong kemampanan premium pelan MHIT asas.

Perkhidmatan yang termasuk dalam pakej penjagaan pilihan telah dibangunkan berdasarkan penilaian berasaskan bukti dan nilai yang dijalankan selaras dengan Penilaian Teknologi Kesihatan (Health Technology Assessment, HTA)[13] oleh KKM. Proses serupa yang memanfaatkan HTA akan dipantau untuk sebarang pengembangan dalam perkhidmatan yang ditawarkan pada masa hadapan. Seiring peredaran masa, apabila kaedah untuk mengurangkan perbelanjaan penjagaan kesihatan secara langsung diketahui dengan jelas, perlindungan di bawah pelan asas boleh dikaji semula untuk merangkumkan perkhidmatan pencegahan yang berkaitan ke dalam pakej manfaat.

Bukan produk berkaitan pelaburan

Pelan MHIT asas akan ditawarkan sebagai pelan perlindungan perubatan kendiri dan tidak akan dikaitkan dengan produk pelaburan. Pada masa ini, lebih 70% daripada pelan MHIT dijual sebagai tambahan kepada produk berkaitan pelaburan dan perlindungan MHIT individu mungkin dipengaruhi oleh prestasi akaun pelaburan pemegang polisi, serta keputusan mereka untuk mengeluarkan wang daripada akaun mereka dan/atau menambahkan wang kepadanya. Walaupun produk berkaitan pelaburan boleh memberikan fleksibiliti pengurusan kewangan yang lebih besar kepada pemegang polisi, produk ini tidak begitu difahami oleh kebanyakan pemegang polisi meskipun langkah-langkah telah diambil untuk menambah baik penzahiran produk yang sepatutnya dapat membantu pengguna membuat pilihan kewangan yang bijak. Hal ini telah meningkatkan kebimbangan terhadap individu yang mungkin tanpa disedari mendapati mereka mempunyai perlindungan kewangan yang tidak mencukupi.

[13] Proses pelbagai disiplin yang menggunakan kaedah eksplisit untuk menentukan nilai teknologi kesihatan pada masa yang berbeza dalam kitaran hayatnya. Tujuannya adalah untuk membuat keputusan berdasarkan maklumat bagi menggalakkan sistem kesihatan yang saksama, cekap dan berkualiti tinggi.

Bukan skim insurans sosial

Pelan MHIT asas bukan skim insurans sosial. Pelan ini merupakan inisiatif kebangsaan, namun penyertaan adalah secara sukarela. Premium pelan MHIT asas akan dibayar oleh individu daripada simpanan atau pendapatan mereka sendiri. Pencarum KWSP akan mempunyai pilihan untuk membayar premium menggunakan simpanan dalam Akaun Sejahtera KWSP mereka yang sememangnya telah diperuntukkan untuk perbelanjaan perubatan, pendidikan dan perumahan.[14] Keputusan ini terpulang kepada budi bicara pencarum sepenuhnya tanpa sebarang paksaan untuk menggunakan simpanan KWSP. Bagi membantu individu merancang kewangan mereka, alat dan instrumen bantuan akan dibangunkan untuk memberikan panduan kepada individu mengenai jumlah yang mereka harus agihkan untuk perbelanjaan perubatan, termasuk jumlah untuk memenuhi kenaikan premium yang munasabah sepanjang hayat mereka.

[14] Berbeza daripada Akaun Persaraan, Akaun Sejahtera bertujuan untuk keperluan kitaran hayat sebelum persaraan dan kesejahteraan selepas persaraan.

C. Ciri reka bentuk pelan MHIT asas yang ditambah baik berlandaskan penetapan insurans/takaful kesihatan semasa

Pelan MHIT asas menambah baik penetapan insurans/takaful kesihatan swasta semasa dalam beberapa ciri utama bagi menyediakan perlindungan yang adil, lebih saksama, telus, mampan serta sejajar dengan laluan perkhidmatan penjagaan yang lebih baik.

Meningkatkan standard penawaran pelan MHIT

Pelan MHIT asas direka bentuk untuk ditawarkan oleh ITO bersama-sama dengan produk MHIT individu dalam pasaran menurut syarat-syarat yang berikut:

- ITO peserta[15] hendaklah menunjukkan keupayaan mereka memenuhi kriteria kelayakan untuk menawarkan pelan MHIT asas; dan
- ITO yang ingin menawarkan produk MHIT sendiri perlu menawarkan pelan MHIT asas secara kendiri seiring dengan produk MHIT ITO itu sendiri.

Syarat-syarat ini bertujuan untuk menggalakkan standard serta pendekatan yang lebih konsisten dalam aspek amalan pengunderaitan, jualan dan tuntutan MHIT merentas ITO, dengan pelan MHIT asas menjadi garis dasar untuk reka bentuk manfaat dan penetapan premium produk MHIT lain. Peraturan dan garis panduan tambahan yang terpakai pada produk MHIT yang ditawarkan secara kompetitif oleh ITO akan turut diperkenalkan oleh BNM. Langkah ini bertujuan untuk menyelaraskan penawaran produk dalam pasaran dengan prinsip-prinsip utama yang digunakan untuk pelan asas, mengurangkan peluang untuk arbitraj serta mengurangkan risiko pemindahan yang memudaratkan antara pelan asas dengan produk MHIT lain. ITO peserta juga perlu menunjukkan keupayaan untuk membuat pelaburan dalam skala sistem dan sumber yang diperlukan untuk menguruskan portfolio MHIT secara mampan serta mengekalkan standard perkhidmatan yang tinggi untuk pemegang polisi.

[15] Termasuk ITO hayat/keluarga dan ITO am.

Perlindungan untuk rawatan pesakit luar dengan lebih banyak laluan penjagaan yang bersepadu

Pelan MHIT asas juga meliputi kos untuk rawatan keadaan khusus, yang disediakan melalui perkhidmatan rawatan pesakit luar (iaitu tanpa keperluan klinikal untuk pesakit dimasukkan ke wad untuk bermalam). Tertakluk pada pengesahan muktamad, keadaan kesihatan yang dicadangkan untuk dilindungi di bawah rawatan yang ditetapkan sebagai pesakit luar ialah denggi, influenza A dan B, bronkitis dan pneumonia/bronkopneumonia. Penetapan ini membolehkan pesakit, jika sesuai secara klinikal, untuk pulih dengan lebih selesa di rumah, mengurangkan risiko jangkitan di hospital serta mengelakkan perbelanjaan yang tidak perlu berkaitan dengan penginapan di hospital. Pelan MHIT asas pada mulanya akan merangkumi rawatan pesakit luar yang disediakan di jabatan pesakit luar hospital, dengan tujuan untuk memasukkan panel klinik pengamal perubatan am (General Practitioner, GP) pada masa hadapan, tertakluk pada penilaian prasyarat operasi dan kesan terhadap kemampuan pembayaran premium.

Di samping itu, pelan MHIT asas akan membayar balik kos sebelum dan selepas kemasukan ke hospital yang berkaitan dengan episod rawatan di hospital sehingga had yang ditetapkan. Kos ini termasuk kos rujukan, konsultasi susulan dan ubat-ubatan yang diperoleh di klinik swasta serta kos fisioterapi dan perkhidmatan jururawat di rumah. Langkah ini memperluas pilihan bagi pesakit untuk menerima rawatan berterusan di luar persekitaran hospital yang juga akan menyumbang kepada hasil kesihatan pesakit yang lebih baik.

Selanjutnya, sistem Rekod Perubatan Elektronik (Electronic Medical Record, EMR) yang saling kendali akan dibangunkan bagi membolehkan perkongsian rekod klinikal pesakit dengan persetujuan pesakit, merentas hospital rangkaian dan ITO peserta untuk mengurangkan keperluan diagnostik dan prosedur bertindih yang boleh meningkatkan kos yang tidak perlu.

Pendekatan yang konsisten dan telus untuk perlindungan nyawa dengan keadaan perubatan sedia ada

Pelan MHIT asas akan menerapkan pendekatan pengunderaitan standard yang telus dan mencerminkan pendekatan secara berkadar untuk menguruskan risiko berkaitan keadaan perubatan sedia ada. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan akses kepada

perlindungan insurans/takaful untuk individu yang mempunyai keadaan perubatan sedia ada yang stabil dan diurus dengan baik[16], serta pada masa yang sama menyokong kemampuan pembayaran dan kestabilan premium untuk jangka masa panjang melalui perlindungan yang telus, merangkumi tempoh menunggu yang khusus dan adil. Bagi mengukuhkan lagi perlindungan yang diberikan kepada pemegang polisi, BNM juga sedang mempertimbangkan pelaksanaan moratorium menyeluruh ke atas tuntutan (peruntukan "tanpa semakan semula") yang akan menetapkan suatu tempoh perlindungan insurans/takaful yang berterusan dan selepas itu, ITO tidak boleh menolak tuntutan atas alasan keadaan perubatan yang sedia ada.

Pelaksanaan pembayaran berasaskan DRG secara berperingkat

Pelan MHIT asas akan menyediakan platform standard untuk membolehkan peralihan berperingkat daripada sistem pembayaran berasaskan fi untuk penyedia perkhidmatan sedia ada kepada sistem pembayaran berasaskan DRG. Melalui sistem ini, penyedia perkhidmatan akan menerima bayaran tetap bagi setiap episod rawatan pesakit berdasarkan kod diagnosis dan rawatan yang diseragamkan[17] serta setara daripada aspek klinikal dan penggunaan sumber. Langkah ini bertujuan untuk mengukuhkan tumpuan terhadap hasil kesihatan, meningkatkan kebolehramalan (*predictability*) dan ketelusan bayaran, serta menyelaraskan insentif dengan lebih baik ke arah model penjagaan berasaskan nilai.

Pembayaran berasaskan DRG akan dilaksanakan bagi pelan MHIT asas bersama-sama dengan tadbir urus klinikal dan mekanisme pemantauan yang sesuai bagi memastikan peningkatan kecekapan tidak menjejaskan hasil pesakit. Hal ini merupakan proses yang dinamik iaitu sistem DRG perlu dikemas kini secara berkala bagi mencerminkan perubahan dalam amalan klinikal asas, epidemiologi, teknologi kesihatan dan struktur pasaran bagi memastikan penerimaan teknologi serta inovasi baharu yang sesuai kekal berdaya maju dari segi kewangan.

[16] Termasuk keadaan kesihatan mental.

[17] Dilaraskan mengikut tahap keseriusan, komplikasi dan kerumitan.

Halangan yang lebih rendah untuk peralihan

ITO peserta yang menawarkan pelan MHIT dengan perlindungan tambahan kepada pelan MHIT asas perlu meliputi sekurang-kurangnya pakej manfaat standard yang disediakan di bawah pelan MHIT asas. Dengan menyediakan lapisan asas perlindungan yang bersepadu dan menjadi teras kepada semua pelan MHIT, individu akan dapat beralih dengan lebih lancar:

- antara ITO bagi pelan MHIT asas yang diseragamkan;
- daripada pelan yang lebih mahal yang ditawarkan oleh ITO kepada pelan MHIT asas dengan ITO yang sama; dan
- daripada pelan manfaat berkumpulan/pekerja kepada pelan MHIT asas individu.

Melalui pendekatan ini, pelan MHIT asas akan kekal sebagai satu alternatif yang boleh dipercayai dan menjimatkan kos untuk individu mengekalkan kesinambungan perlindungan sekiranya berlaku perubahan pada penyedia insurans/takaful, keadaan kewangan atau status pekerjaan mereka.

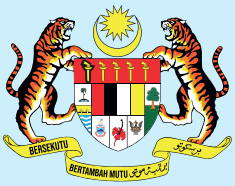
ITO yang menawarkan pelan MHIT juga perlu mematuhi peraturan yang diperkukuh bagi menangani kelemahan berkaitan elemen reka bentuk yang telah menyumbang kepada peningkatan kos tuntutan kos dan premium yang tinggi. Hal ini termasuk keperluan untuk memperkemas pelarasan premium berasaskan umur, melarang amalan yang menggalakkan penggunaan berlebihan dan menyelaraskan model pembayaran dengan pelaksanaan pembayaran berasaskan DRG.

Menambah baik ketelusan untuk pembayar, penyedia dan pesakit

Peraturan tuntutan dan proses penghakiman akan dibangunkan[18] untuk pelan MHIT asas bagi memberikan panduan tentang tuntutan yang sesuai. Langkah ini adalah untuk memastikan pesakit dilindungi berhubung dengan caj yang berkaitan dengan prosedur perubatan yang diperlukan daripada segi perubatan, dan pada masa yang sama menangani tingkah laku seperti pemberian perkhidmatan berlebihan oleh penyedia perkhidmatan yang mendorong premium yang lebih tinggi untuk semua

[18] Langkah ini akan dilaksanakan oleh Jawatankuasa Rakan Kongsi mengenai Protokol dan Penyelesaian Kesihatan (Healthcare Partners Protocol and Solutions Committee atau HPPSC, yang sebelum ini dikenali sebagai Jawatankuasa Mekanisme Aduan). Sila rujuk siaran akhbar LIAM untuk maklumat lanjut.

pemegang polisi. Kesemua peraturan tersebut, yang akan dibangunkan secara bersama oleh pakar perubatan dan pembayar, akan mengurangkan kekaburan berhubung dengan pembayaran insurans/takaful sambil menggalakkan standard penjagaan yang lebih konsisten yang memberikan tumpuan pada hasil pesakit. Peraturan ini juga dijangka berperanan sebagai penanda aras yang berguna untuk ITO, hospital dan pakar memberikan panduan bagi pengurusan tuntutan di bawah pelan MHIT yang lain.





BANK NEGARA MALAYSIA
CENTRAL BANK OF MALAYSIA

Pelan MHIT asas merupakan komponen utama strategi RESET, iaitu usaha kolaboratif oleh Kementerian Kesihatan Malaysia, Kementerian Kewangan, Bank Negara Malaysia dan pihak berkepentingan utama untuk menangani inflasi perubatan dan memperkukuh sistem penjagaan kesihatan Malaysia.

Sebarang pertanyaan dan maklum balas mengenai Pelan MHIT asas boleh disalurkan kepada mhit@bnm.gov.my