Menjamin Akses yang Berterusan untuk Perlindungan Insurans/ Takaful Perubatan dan Kesihatan

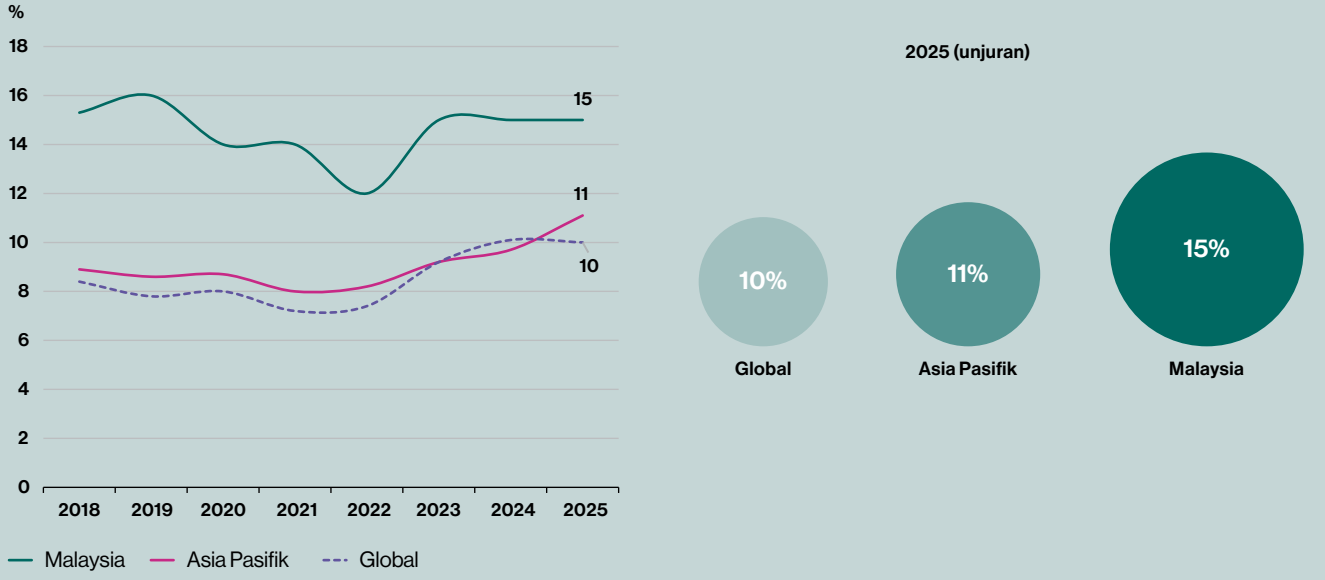
Pengenalan

Tatkala rakyat Malaysia semakin meningkat usia dan berhadapan pula dengan kadar penyakit kronik yang lebih tinggi,[1] perbelanjaan untuk penjagaan kesihatan dijangka akan meningkat. Sebagai langkah persediaan untuk perbelanjaan yang tidak dijangka, lebih ramai rakyat Malaysia telah mula membeli insurans/takaful perubatan dan kesihatan (*medical and health insurance/ takaful*, MHIT). Setakat tahun 2023, terdapat 7.7 juta individu yang mempunyai perlindungan MHIT. Secara keseluruhan, Malaysia membelanjakan RM84.2 bilion[2] untuk penjagaan kesihatan pada tahun 2023. Daripada jumlah keseluruhan ini, jumlah yang dibiayai oleh MHIT telah meningkat enam kali ganda sepanjang tempoh dua dekad yang lalu daripada RM0.96 bilion pada tahun 2003 kepada RM6.75 bilion pada tahun 2023. Rencana ini akan menghuraikan implikasi inflasi perubatan terhadap premium MHIT,[3] strategi untuk mengawal inflasi perubatan dan menjamin akses yang berterusan untuk perlindungan MHIT.

Inflasi perubatan dan implikasinya terhadap premium MHIT

Malaysia mengalami kadar inflasi perubatan dua digit, iaitu jumlah yang lebih tinggi daripada purata global dan purata Asia Pasifik (Rajah 1). Antara faktor penyumbang kepada inflasi perubatan yang tinggi di Malaysia ialah peningkatan penyakit-penyakit tidak berjangkit (*non-communicable diseases*, NCD), penuaan populasi, peningkatan kos tenaga kerja dalam sektor penjagaan kesihatan serta kemajuan dalam teknologi perubatan. Perkembangan ini telah menyebabkan bayaran tuntutan yang lebih tinggi oleh penanggung insurans dan pengendali takaful (*insurers and takaful operators*, ITO). Untuk mengekalkan kemampanan jangka panjang perlindungan MHIT, ITO akan menyemak dan melaraskan harga produk MHIT secara berkala untuk memastikan premium yang dikumpul adalah mencukupi bagi menampung kos tuntutan oleh pemegang polisi.

Rajah 1: Inflasi Perubatan di Malaysia Berbanding Purata Serantau dan Global



Sumber: AON Global Medical Trend Rates Report

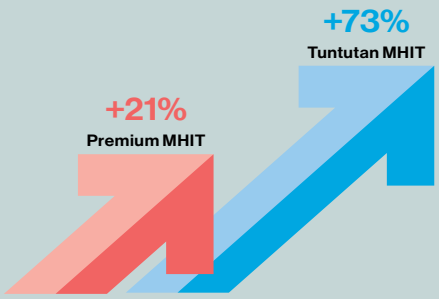
[1] Hasil Tinjauan Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi 2023 menunjukkan bahawa sebanyak 15.6% daripada individu dewasa di Malaysia menghidap diabetes, 29.2% menghidap hipertensi dan 33.3% mempunyai tahap kolesterol yang tinggi.

[2] Termasuk jumlah perbelanjaan yang dibiayai oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), perbelanjaan yang dibayar sendiri oleh isi rumah, MHIT, kementerian lain, agensi dan pihak berkuasa tempatan, syarikat swasta dan institusi bukan berasaskan keuntungan. Perbelanjaan ini termasuk kos rawatan kuratif, pemulihan dan penjagaan kejururawatan jangka panjang, promosi dan pencegahan kesihatan, barangan perubatan dan pentadbiran program kesihatan. Sumber: Akaun Kesihatan Nasional Malaysia: Laporan Perbelanjaan Kesihatan, KKM.

[3] Sebarang rujukan kepada polisi insurans/premium insurans/pemegang polisi juga termasuk sijil takaful/sumbangan takaful/peserta takaful untuk produk MHIT kendiri serta kos insurans (*cost of insurance*, COI)/*tabarru'* bagi produk MHIT yang dibiayai oleh akaun unit.

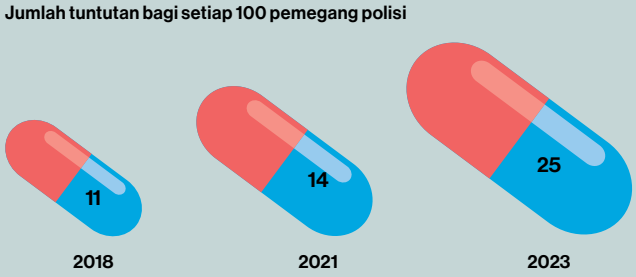
Antara tahun 2021 dan 2023, jumlah kos tuntutan MHIT meningkat sebanyak 73%, jauh melebihi pertumbuhan bayaran premium MHIT sebanyak 21% (Rajah 2). Selain daripada purata kos rawatan yang lebih tinggi, peningkatan ini juga didorong oleh penggunaan perkhidmatan perubatan yang lebih kerap seperti yang dicerminkan oleh peningkatan insiden tuntutan. Pada tahun 2018, 11 tuntutan dibuat bagi setiap 100 pemegang polisi. Namun, pada tahun 2023, bilangan tuntutan telah meningkat lebih sekali ganda kepada 25 tuntutan (Rajah 3). Isu ini ditambah lagi dengan kos bekalan dan perkhidmatan hospital (*hospital supplies and services*, HSS) yang tinggi seperti ubat-ubatan, fi makmal dan bahan guna habis (contohnya sarung tangan). Pada masa ini, kos HSS tidak dikawal dan menunjukkan perbezaan yang ketara antara hospital. Memandangkan komponen HSS mewakili 59% hingga 70% daripada keseluruhan bil hospital swasta, bergantung pada jenis rawatan (iaitu bukan pembedahan atau pembedahan), kesannya terhadap keseluruhan kos tuntutan adalah signifikan.

Rajah 2: Trend Premium dan Tuntutan MHIT, Tahun 2021–2023



Sumber: Bank Negara Malaysia dan Insurance Services Malaysia

Rajah 3: Kekerapan Tuntutan MHIT, Tahun 2018–2023



Sumber: Bank Negara Malaysia dan Insurance Services Malaysia

Reka bentuk produk MHIT juga memainkan peranan dalam isu ini. Produk MHIT dengan had penggunaan yang tinggi, seperti sehingga RM8 juta setiap tahun dan tanpa had seumur hidup, secara amnya dikaitkan dengan penggunaan penjagaan kesihatan yang lebih tinggi. Selain itu, berdasarkan pemerhatian, terdapat perbezaan jumlah caj rawatan untuk pemegang polisi yang menerima rawatan melalui kemudahan tanpa tunai, iaitu ITO mengeluarkan surat jaminan (*guarantee letter*) dan membuat bayaran terus kepada penyedia penjagaan kesihatan berbanding dengan pemegang polisi yang membuat bayaran dengan wang sendiri terlebih dahulu dan kemudiannya mendapat bayaran balik daripada ITO.

Jumlah tuntutan yang meningkat secara berterusan, didorong oleh peningkatan dalam purata kos rawatan perubatan dan penggunaan perkhidmatan penjagaan kesihatan selama beberapa tahun ini, telah menyebabkan ITO menyemak semula tahap premium sedia ada dan melaraskan premium untuk mencerminkan jangkaan tuntutan pada masa hadapan dengan lebih baik. Walaupun pelarasan sedemikian merupakan amalan lazim ITO, pelarasan premium di Malaysia adalah lebih ketara selepas tempoh COVID-19. Hal ini sebahagiannya disebabkan oleh penangguhan pelarasan oleh ITO semasa pandemik pada tahun 2020, bagi meringankan beban kewangan pemegang polisi pada masa itu. Selain itu, tuntutan perubatan juga meningkat selepas pandemik berikutan penyambungan semula rawatan dan prosedur perubatan yang tertangguh serta peningkatan penyakit berjangkit. Pada tahun 2024, terdapat beberapa pelarasan premium yang ketara. Meskipun 61% daripada polisi yang terjejas mengalami kenaikan premium kurang daripada 20%, kira-kira 9% daripada polisi yang terjejas mengalami kenaikan premium lebih daripada 40%.

Bagi mengurangkan impak semasa pelarasan premium terhadap pemegang polisi, Bank Negara Malaysia (BNM) telah memperkenalkan beberapa langkah interim[4] pada bulan Disember 2024 (Gambar Rajah 1). Langkah-langkah ini bersifat sementara untuk memberikan masa bagi pelaksanaan pembaharuan kesihatan yang lebih meluas dan sangat penting untuk membendung inflasi perubatan. Langkah-langkah interim ini tidak akan dapat dikekalkan jika inflasi perubatan yang tinggi terus berlarutan. Oleh itu, pelaksanaan pembaharuan kesihatan yang lebih holistik dan berkesan oleh pihak berkepentingan utama adalah sangat penting bagi menangani inflasi perubatan. Hal ini akan dihuraikan dengan lebih lanjut dalam bahagian yang bertajuk "Mempercepat pembaharuan untuk menangani inflasi perubatan dengan berkesan" dalam rencana ini.

[4] Sumber: https://www.bnm.gov.my/-/mhit-pr

Gambar Rajah 1: Langkah-langkah Interim bagi Pelarasan Premium untuk Tahun 2024–2026

1. Pengagihan kadar pelarasan premium* sekurang-kurangnya tiga tahun.
2. Penangguhan sementara pelarasan premium* bagi pemegang polisi dengan pelan minimum yang berumur 60 tahun dan ke atas.
3. Pengaktifan semula polisi tanpa keperluan pengunderaitan untuk pemegang polisi yang telah menyerahkan polisi atau polisi telah luput pada tahun 2024 disebabkan pelarasan premium.
4. Penyediaan produk alternatif pada premium yang sama atau lebih rendah.

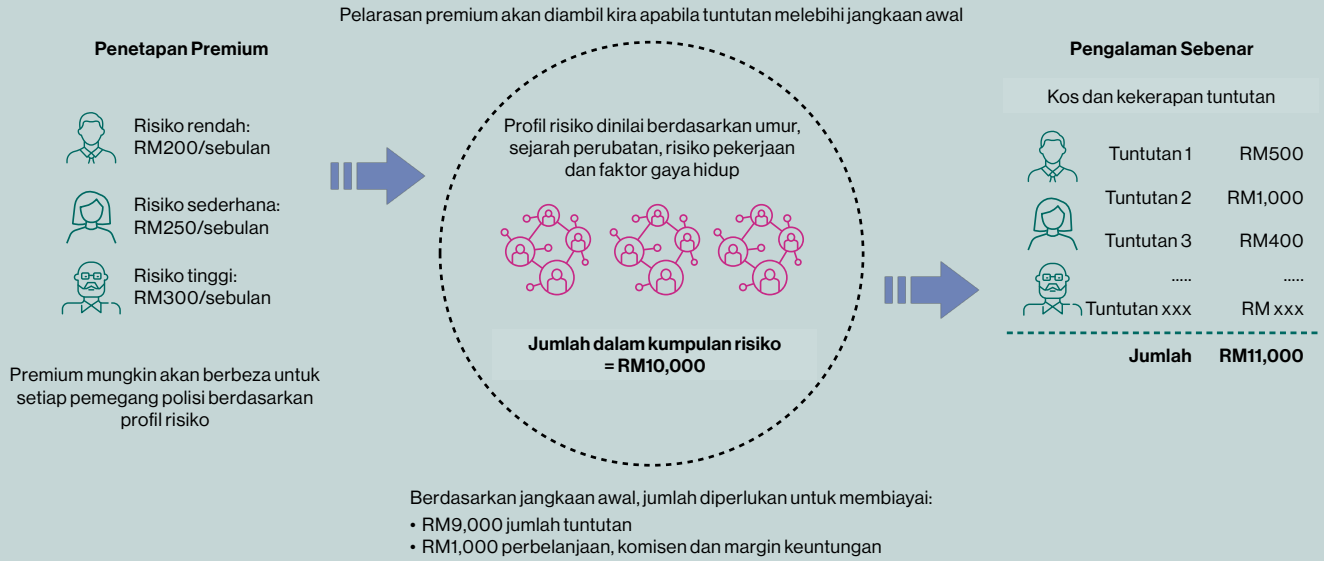
* Terpakai pada pelarasan premium disebabkan oleh inflasi perubatan sahaja

Sumber: Bank Negara Malaysia

Pelarasan premium bergantung pada pengalaman tuntutan kumpulan risiko dan kekerapan ITO melaksanakan penetapan semula harga

Produk MHIT direka berdasarkan prinsip pengumpulan risiko antara individu yang berbeza untuk mengagihkan kos tuntutan dan mengurangkan beban kewangan bagi setiap individu (Gambar Rajah 2). Produk MHIT yang memberikan bayaran balik terhadap perbelanjaan perubatan secara amnya direka dengan premium tidak dijamin yang tertakluk pada pelarasan premium secara berkala. Oleh itu, premium ditetapkan dengan sedikit peruntukan untuk unjuran inflasi sehingga semakan tahap premium yang seterusnya. Jika inflasi perubatan yang dialami oleh kumpulan risiko adalah lebih tinggi daripada jangkaan, premium yang dibayar oleh pemegang polisi pada masa hadapan perlu diselaraskan untuk mencerminkan inflasi yang lebih tinggi ini bagi memastikan kumpulan tersebut mempunyai sumber yang mencukupi untuk melunaskan tuntutan. Hal ini akan menjejaskan semua pemegang polisi dalam kumpulan tersebut, meskipun seseorang pemegang polisi itu belum membuat tuntutan atau baru sahaja menyertai kumpulan tersebut.

Gambar Rajah 2: Pengumpulan Risiko



Sumber: Bank Negara Malaysia

Ciri-ciri kumpulan risiko akan mempengaruhi premium yang dibayar oleh pemegang polisi sepanjang tempoh perlindungan mereka. Dalam sesebuah kumpulan risiko, premium mungkin berbeza-beza antara individu berdasarkan faktor yang boleh mempengaruhi tuntutan keseluruhan bagi kumpulan tersebut seperti umur, jantina, sejarah perubatan, risiko pekerjaan, faktor gaya hidup dan jenis pelan. Faktor yang lazimnya digunakan untuk menentukan premium MHIT adalah umur. Secara amnya, premium meningkat dengan umur, sejajar dengan peningkatan dalam risiko kesihatan dan kemungkinan untuk mendapatkan rawatan perubatan. Contohnya, data daripada sampel produk menunjukkan bahawa terdapat 30 tuntutan bagi setiap 100 pemegang polisi berumur 70 hingga 79 tahun. Angka ini jauh lebih tinggi berbanding dengan tujuh tuntutan bagi setiap 100 pemegang polisi berumur 20 hingga 29 tahun (Rajah 4). Premium yang dibezakan membantu untuk mencapai pengagihan sumbangan kewangan yang lebih adil kepada kumpulan, selaras dengan profil risiko individu. Walau bagaimanapun, perkara ini boleh menimbulkan isu berkaitan kemampuan dan akses bagi pemegang polisi yang lebih berumur, termasuk pesara terutamanya pada usia yang mereka lebih memerlukan perlindungan. Model berasaskan penarafan komuniti (*community-rated model*), yang melibatkan semua individu membayar tahap premium yang sama tanpa mengira umur serta faktor risiko lain, merupakan alternatif bagi model berasaskan penarafan risiko (*risk-rating model*) yang digunakan oleh ITO di Malaysia pada masa ini. Namun, tanpa skala yang mencukupi, insentif yang sewajarnya dan sokongan dasar awam (contohnya penyertaan mandatori), model alternatif ini boleh menyebabkan kesukaran lain seperti pemilihan yang tidak wajar (*adverse selection*), kadar inovasi yang rendah dan premium yang tidak mampan.

Rajah 4: Purata Tuntutan Mengikut Kumpulan Umur



Sumber: Sampel produk MHIT daripada ITO

Saiz kumpulan risiko juga mempengaruhi tahap premium semasa tempoh perlindungan. Kumpulan risiko yang lebih besar bermakna ITO boleh mengagihkan risiko kewangan kepada lebih ramai pemegang polisi. Bilangan pemegang polisi yang besar juga lazimnya menawarkan gabungan yang lebih seimbang antara individu berisiko rendah dan individu berisiko tinggi dalam kumpulan risiko. Keseimbangan ini membantu mengawal kos dan mengekalkan kestabilan premium untuk tempoh yang lebih lama. Pemegang polisi dalam kumpulan yang lebih kecil berkemungkinan mengalami ketidakstabilan yang lebih ketara dalam pengalaman tuntutan. Peka dengan risiko terhadap kumpulan risiko yang kecil dan menyusut, BNM membenarkan ITO untuk meningkatkan kepelbagaian risiko dalam kumpulan risiko (contohnya dengan menggabungkan kumpulan yang mempunyai ciri yang sama) bagi memastikan pengalaman tuntutan yang lebih stabil dalam kumpulan risiko tersebut pada masa hadapan.

Kadar pelarasan premium juga dipengaruhi oleh kekerapan[5] penetapan semula harga. ITO lazimnya melaksanakan penetapan semula harga pada setiap satu hingga tiga tahun. Semakan semula premium yang kurang kerap dan jarak masa yang lebih panjang antara pelaksanaan penetapan semula harga boleh menyebabkan kenaikan premium yang lebih tinggi kerana pelarasan premium perlu mengambil kira jangkaan inflasi perubatan pada masa hadapan untuk tempoh masa yang lebih panjang.

[5] Untuk maklumat lanjut, rujuk rencana "Menilai Kesan Penangguhan bagi Penetapan Semula Harga Pelan Perubatan ke atas Penanggung Insurans Hayat dan Pengendali Takaful Keluarga", Tinjauan Kestabilan Kewangan – Separuh Pertama 2021 https://www.bnm.gov.my/documents/20124/4782528/fsr2021h1_bm_wb4_medical.pdf

Ciri-ciri Produk Berkaitan Pelaburan

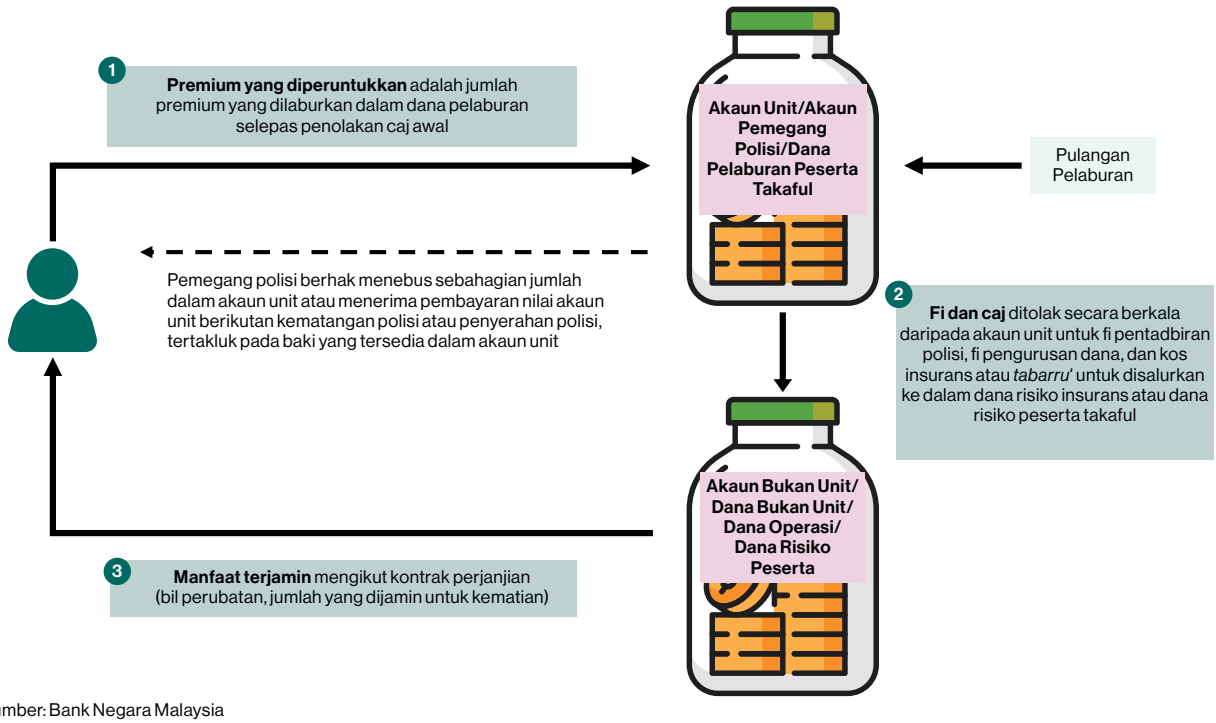
Produk berkaitan pelaburan (*investment-linked products*, ILP) secara amnya direka dengan premium tetap (*level premium*) sepanjang tempoh polisi. Premium tetap bermaksud pemegang polisi membayar premium yang sama sepanjang tempoh perlindungan mereka. Premium tetap tidak akan dinaikkan mengikut usia. Walau bagaimanapun, premium masih boleh berubah sebagai contoh disebabkan oleh inflasi perubatan seperti yang telah dijelaskan pada awal rencana ini. Selepas ditolak caj pendahuluan, premium akan dilaburkan dalam dana pelaburan yang dipilih oleh pemegang polisi. Selepas itu, kos insurans (*cost of insurance*, COI) dan fi lain seperti fi pengurusan dana akan ditolak daripada akaun unit (atau akaun pelaburan) pemegang polisi secara berkala.

Premium tetap, ditambah dengan sebarang pulangan pelaburan yang diperoleh, membolehkan pemegang polisi meningkatkan akaun unit mereka daripada tahun-tahun awal pelaburan apabila COI lebih rendah. Baki yang terkumpul dalam akaun unit digunakan untuk menampung kenaikan COI pada masa hadapan. Walau bagaimanapun, jika inflasi perubatan melebihi jangkaan awal, COI akan dilaraskan semula dan dinaikkan, lantas memerlukan bayaran premium yang lebih tinggi bagi mengekalkan tahap perlindungan, sama seperti jenis produk MHIT yang lain.

Dengan struktur ini, kecukupan akaun unit untuk menampung COI pada masa hadapan boleh dipengaruhi oleh faktor-faktor yang berikut:

a) **aliran masuk tunai yang lebih rendah daripada jangkaan** berikutan pulangan pelaburan yang tidak memberangsangkan, pemegang polisi mempunyai bayaran premium tertunggak atau pemegang polisi tidak membayar premium baharu berikutan pelarasan premium; atau
b) **aliran keluar tunai yang lebih tinggi daripada jangkaan** berikutan pengeluaran sebahagian daripada dana unit oleh pemegang polisi dan kenaikan COI yang disebabkan oleh inflasi perubatan atau apabila pemegang polisi meningkatkan perlindungan tanpa premium tambahan.

Gambar Rajah 3: Produk Berkaitan Pelaburan



Sumber: Bank Negara Malaysia

Untuk meningkatkan ketelusan kepada pemegang polisi, BNM menghendaki[6] ITO untuk menzahirkan kemampanan polisi ILP kepada pemegang polisi pada setiap tahun. Maklumat penting yang perlu diberikan termasuk prestasi pelaburan dan sama ada tahap premium semasa adalah mencukupi untuk memberikan perlindungan sehingga akhir tempoh perlindungan polisi.

[6] Sumber: https://www.bnm.gov.my/documents/20124/948107/PD-Investment-Linked-Business-2023.pdf

Mempercepat pembaharuan untuk menangani inflasi perubatan dengan berkesan

Bagi memastikan MHIT boleh terus diakses pada jangka masa yang lebih panjang, punca utama kenaikan inflasi perubatan perlu ditangani. Hal ini adalah penting untuk memastikan produk MHIT kekal mampan dan pemegang polisi boleh terus mengakses perkhidmatan penjagaan kesihatan yang diperlukan bagi mengelakkan bebanan selanjutnya terhadap sistem penjagaan kesihatan awam. Untuk tujuan ini, BNM bekerjasama dengan pihak berkepentingan utama termasuk Kementerian Kewangan, Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), ITO, hospital dan klinik swasta serta kumpulan pengguna bagi melaksanakan sembilan inisiatif utama untuk mengurangkan kadar kenaikan inflasi perubatan. Semua inisiatif ini akan dilaksanakan berpandukan lima teras strategik (Gambar Rajah 4).

Gambar Rajah 4: Lima Teras Strategik dan Sembilan Inisiatif untuk Menangani Inflasi Perubatan



Sumber: Bank Negara Malaysia dan Kementerian Kesihatan Malaysia

Teras strategik pertama adalah untuk menyokong **ketelusan harga yang lebih meluas**. Inisiatif di bawah teras ini termasuk mempamerkan harga ubat-ubatan serta penerbitan julat harga untuk perkhidmatan kesihatan lazim. Penerbitan ini membolehkan pemegang polisi dan ITO membandingkan kos antara penyedia penjagaan kesihatan yang berbeza dan pada masa yang sama, menggalakkan daya saing yang lebih baik. Selain itu, mekanisme yang boleh menghasilkan, memantau dan menerbitkan anggaran kadar inflasi perubatan secara konsisten akan dibangunkan. Ini termasuk menyelaraskan metodologi dengan kaedah pengiraan inflasi am dengan lebih baik. Bagi menyokong inisiatif-inisiatif ini, KKM juga akan mengkaji semula peraturan dan perundangan terhadap pengaturan pengawasan semasa hospital swasta.

Teras strategik kedua adalah pelaksanaan **mekanisme pembayaran Kumpulan Berkaitan Diagnosis (Diagnosis-Related Groups, DRG)** untuk menggantikan mekanisme sedia ada berdasarkan fi bagi perkhidmatan yang digunakan di hospital. Di bawah DRG, pesakit dikategorikan mengikut kumpulan berdasarkan diagnosis dan keperluan perubatan mereka, dengan penyesuaian mengikut tahap keparahan dan keadaan komorbiditi (*co-morbidities*). Setiap kumpulan kemudiannya akan dikaitkan dengan jumlah pembayaran yang telah ditetapkan. Model ini memberikan insentif dari segi peningkatan kecekapan dan hasil rawatan kesihatan, sambil memberikan jangkaan harga yang lebih baik.

Teras strategik ketiga adalah **mentransformasi penawaran MHIT** melalui pembangunan produk asas MHIT. Pembangunan produk asas MHIT bertujuan untuk menyediakan penyelesaian meluas yang boleh memastikan premium yang lebih mampan pada jangka panjang melalui pengumpulan risiko yang lebih besar. Pembangunan produk asas akan disertakan dengan langkah-langkah pengawalan kos yang wajar. Langkah-langkah tersebut termasuk pelaksanaan DRG, keutamaan bagi manfaat yang berkesan dari segi kos serta pembelian perkhidmatan penjagaan kesihatan yang strategik.

Teras strategik keempat adalah meningkatkan penawaran **bekalan katil hospital yang mampu milik** melalui pelaksanaan dan pengembangan inisiatif Rakan KKM[7] oleh KKM (yang turut berperanan sebagai penanda aras harga) serta menggalakkan pengembangan hospital bukan berasaskan keuntungan. Inisiatif ini akan menawarkan lebih banyak pilihan yang berkesan dari segi kos kepada pemegang polisi.

Teras strategik kelima adalah meningkatkan saling kendali (*interoperability*) **rekod perubatan elektronik (*electronic medical records*, EMR)** di seluruh hospital. EMR akan menangani isu pengasingan rekod kesihatan di klinik dan hospital yang berbeza pada masa ini. Data perubatan pesakit yang lebih mudah diakses dan dipindahkan akan menambah baik kualiti dan kesinambungan penjagaan dan pada masa yang sama akan dapat mengurangkan keperluan untuk mengulang ujian dan prosedur diagnostik. Pada jangka panjang, hal ini akan meningkatkan kecekapan operasi dan mengurangkan kos.

Pelaksanaan lima teras strategik ini dijangka dapat membantu dalam mengurangkan kadar inflasi perubatan, lantas membawa kepada penjimatan kos. Pada masa yang sama, pelaksanaan ini akan memastikan akses kepada penjagaan kesihatan berkualiti yang selaras dengan amalan global terbaik. Hal ini akan membantu dalam menyumbang kepada pelarasan premium yang lebih mampan pada jangka masa yang lebih panjang dan menjamin akses yang berterusan kepada perlindungan MHIT. Kementerian Kesihatan Malaysia dan Kementerian Kewangan menyokong semua inisiatif ini dan tindakan bersepadu daripada semua pihak berkepentingan merentas ekosistem penjagaan kesihatan adalah sangat penting dalam memastikan kejayaan pelaksanaan lima teras strategik ini.

[7] Rakan KKM menawarkan perkhidmatan "ekonomi premium" di hospital awam terpilih untuk perkhidmatan pesakit luar, jagaan harian dan pesakit dalam. Untuk maklumat lanjut, rujuk: https://rakankkm.moh.gov.my/bm/