

نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن

الجزء الثاني: الخيارات والتوصيات

1- الخلفية والتقدير

1-1 مدخل

إن أكثر من نصف السكان اليمنيين لا يحصلون على رعاية صحية. وهذا جزئياً بسبب الحاجة إلى منشآت تقديم الخدمة تكون في متناول اليد وخصوصاً في المناطق الريفية حيث أن اثنين من بين كل ثلاثة من المواطنين مستثنين من الرعاية الصحية. إن العامل الآخر الذي له صلة هو عدم قدرة السكان الفقراء في المساهمة في دفع قيمة الرعاية الصحية. إن تغطية التأمين الصحي غير موجودة عملياً وبرامج الدفع المسبق نادرة جداً وبالكاد تكون محتملة. إن على الناس تغطية معظم الصريفات من أموالهم الخاصة ولذلك فإن الكثير من الناس غير قادرين على دفع قيمة الرعاية الصحية التي يحتاجونها والكافية في وقت الحاجة.

لقد أثرت بعض المبادرات السياسية في الماضي من أجل التغلب على هذا الوضع بتنفيذ حماية اجتماعية في الصحة. إن التأمين الصحي بصورة خاصة لديه إمكانية في التقليل من حواجز الحصول على الرعاية الصحية وللمنع الإفقار الذي سببه المرض وللتغلب على استثناء الكثير من المواطنين من الصحة. إن الصناديق الجماعية هي الأفضل بالنسبة لتمويل صحي عادل لأن الأفراد أو المجموعات يمكنهم تخصيص مبلغ من المال يحتملوه للحصول على الحق في تلقي الدعم المالي عند حدوث مخاطرة صحية مؤمن عليها. يجعل التأمين الصحي الدفع عن الصحة مستقلاً عن استخدام العيادات والمستشفيات أو الصيدليات لأن الناس يدفعون قبل أن يمرضوا وليس فقط عندما يكونوا مرضى حيث أن معظم الناس عليهم أن يحصلوا على الخدمات الآن بجزء كبير جداً من المصروفات المنفقة. وهي تسهم في مخاطر مختلفة لأن كل شخص يدفع وليس المرضى فقط أو المعرضين للمرض. إن حالات المرض الخطير والمكلف التي لا تحدث في أحيان كثيرة يمكن الدفع عنها بواسطة صندوق تأمين صحي وخصوصاً الأغنياء والأصحاء وعندها يستطيع جميع المواطنين أن يتمتعوا بفوائد التأمين الصحي. نحن نتحدث عن نظام تأمين صحي وطني عندما تجمع جميع أشكال التمويل الصحي لتوفير الرعاية الصحية في حالة الحاجة وليس فقط بحسب القدرة على الدفع.

1-2 الشروط المرجعية

في يونيو 2005م تم التعاقد مع فريق دراسة من التعاون الفني الألماني (GTZ) من قبل الجمهورية اليمنية وذلك للقيام بدراسة حول تقدير الوضع ومقترحات من أجل نظام تأمين صحي وطني. والشروط المرجعية هي التالية:

- 1- جمع وتلخيص وسبك كل الوثائق ذات الصلة وقواعد البيانات المعدة لليمن وتقديم صورة للتحليل المقارن للوضع في اليمن مع بلدان مختارة في المنطقة والعالم.
- 2- تحديد برامج التضامن الهامة الموجودة في اليمن وتحليل هيكلها وتأثيرها وأدائها.
- 3- مراجعة برامج التأمين الصحي الحالي في اليمن بما في ذلك برامج القطاع الخاص والتأمين الصحي الخاص والتأمين الصحي الاجتماعي وبرامج التأمين الصحي الجماعية.
- 4- القيام بمسح وتحليل لرأي التمويل الصحي للسياسيين والقادة الإسلاميين والمواطنين وشركاء التنمية والسلطات المحلية والمسؤولين في الوزارات وشركات التأمين ومقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة والمنظمات الغير حكومية ونقابات العمال والجمعيات الطبية.
- 5- القيام بزيارات ومقابلات في الوزارات والمؤسسات المركزية الأخرى ومع مقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة والمجالس المحلية في المديرية والمكاتب الصحية على مستوى المحافظات والمديريات.
- 6- مقارنة الوضع الحالي في اليمن مع تجارب بلدان مماثلة في المنطقة وفي العالم من أجل تحديد ما هي الشروط المسبقة المطلوبة لبدء نظام تأمين صحي وطني.

- 7- تحليل ومناقشة في ورشة / ورشات عمل لكل الاستنتاجات وخيارات تمويل الرعاية الصحية البديلة المقترحة مع المساهمين الرئيسيين واستخلاص استنتاجات مقابل خلفية الحقائق في اليمن.
- 8- إعداد ثلاثة مقترحات تمويل صحي بديلة على الأقل والتي تضمن عدالة تقديم الرعاية الصحية. وينبغي أن يغطي كل مقترح قضايا تتعلق بتحصيل الإيرادات والدفع لمقدم الخدمة والاختيار ووحدة التسجيل ورمز المنفعة وترتيبات الإسهام وجدول المساهمة والطريقة والشراء.
- 9- اقتراح خطة تنفيذ ذات مراحل للتوسع الإقليمي والاجتماعي والتنظيمي بحسب أولويات وقدرات إدارة وجودة الخدمات الصحية الحالية واستعداد المجموعات السكانية.
- 10- إعداد إطار عمل تمويل تأمين صحي وطني لكل مقترح وكذلك توقعات أولية مالية كلية للعشر سنوات الأولى.
- 11- تحديد مجالات الطلب للمساعدة الفنية المستقبلية لإنشاء نظام تأمين صحي وطني في اليمن.

1-3 المنهاجية

أكمل فريق الدراسة الألماني بتعاون وثيق مع شركاء من وزارة الصحة العامة والسكان. وقد شارك مهنيون يمنيون في كل مراحل جمع البيانات والتحليل كـ "توأم" للخبراء الدوليين بروح التعلم المشترك وبناء القدرة. وقد أسكنم الفريق باستشاريين أخصائيين من منظمة الصحة العالمية ومن مكتب العمل الدولي. تم القيام باستكشاف ومراجعة شاملة لما كتب حول الموضوع وقد ترجمت الوثائق الهامة إلى اللغة الإنجليزية. أجريت مقابلات مع أكثر من 230 شريك من السلطات الوطنية والمحلية والبرلمان ومجلس الشورى (الغرفة الثانية) وأصحاب العمل والاتحادات وبرامج التأمين الصحي وصناديق التقاعد ومنظمات المجتمع المدني والوكالات المانحة. وقد شارك أكثر من 20 مجموعة من قادة الرأي بوجهات نظرهم حول التأمين الصحي الاجتماعي في استبيان اختيار متعدد. أجابت أكثر من 30 شركة عامة على الاستبيان حول تكاليف ومناقصات برامجها الصحية لموظفيها وأسرها. وقد ألقى مسح آخر الضوء على الوظائف المساندة لموظفي الخدمة المدنية ورغبتهم في الالتحاق بالتأمين الصحي. لقد أضافت الزيارات الميدانية في أربع محافظات إلى المعرفة المكتسبة. وفي سلسلة من ورشات العمل نُقشت الاستنتاجات المؤقتة وقد تم بناء إجماع لفريق الدراسة وشركائهم اليمنيين من أجل تقديم تقديرات وخيارات في ورشة عمل أكبر في 11 - 2005/9/12م مع أكثر من 80 مشاركاً. وفي 3 أكتوبر 2005م نُقشت خيارات وتوصيات مع أعضاء من البرلمان ومجلس الشورى والأحزاب السياسية ووزارة الصحة ومن المقرر أن يقدم عرض إلى مجلس الوزراء.

1-4 الخلفية

يعيش معظم سكان اليمن الـ 20 مليون في فقر شامل ويفتقرون إلى الخدمات الحكومية. يتجاوز نمو السكان التنمية الاقتصادية وسوف تتضاءل الاحتياطات النفطية في المستقبل المنظور. ينبغي تصميم والبدء في سياسة تنمية مستدامة ويجب أن يكون تكوين رأس المال البشري أحد الاهتمامات الكبرى مع الصحة والتربية والتعليم كدافعين للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. إن الصحة هي استثمار اقتصادي كلي وينبغي تنمية الموارد البشرية بإستراتيجية إنتاج متنوعة وتحويل التدهور البيئي المتزايد.

إن معظم الأمراض والوفيات في اليمن ممكن تجنبها بتكلفة أقل. ومع ذلك فإن الوقاية وتشجيع سلوكيات طلب الصحة المناسبة للأسر ليست أولوية في قرارات تخصيص الموارد للرعاية الصحية. في المجتمع اليمني المطببق بقوة فإن الرعاية الأولية لها وضع متدني على الرغم من أنها اقتصادية الكلفة بالنسبة للأمراض الممكن تجنبها وكذلك الأمراض المزمنة والحديثة المتزايدة. إن أكثر من نصف السكان لا يحصلون مطلقاً على الرعاية الصحية وخصوصاً النساء المستننات والمهمشات. وقد تفاقم هذا الوضع عن طريق التوزيع الغير عادل لمنشآت الصحة العامة وبقلة التمويل بصورة ملحوظة لتكاليف تشغيل المنشآت الصحية العامة. إن المستشفيات في القطاع العام بصورة عامة يستفاد منها بشكل أقل عموماً وجودة خدماتها مشكوك فيها. وأما القطاع الخاص فإنه غير منظم بصورة صحيحة وجودة خدماته غير مؤكدة. هناك طلب كبير جداً على العلاج في الخارج في حالة الأمراض الخطيرة.

إن ما يقارب 29% من إجمالي الإنفاق الصحي في اليمن من أموال القطاع الخاص والأموال العامة يستخدم للعلاج في الخارج. إن حوالي 2 من كل 3 ريالات تنفق على الرعاية الصحية من قبل الأسر هي مدفوعات منقفة في حالة المرض. إن تكاليف الرعاية الصحية الكبيرة للغاية تمس فقط عدد قليل من الناس والأمراض غير متوقعة والأسعار في الحالة الفردية غير معروفة بشكل واسع. وحيث أن الحماية الاجتماعية في الصحة مفقودة فإن هذه الظروف تجعل عدد كبير من الأسر في

حالة إفقار بالعلاج الغالي والأمراض الكارثية ووفاة أفراد الأسرة. وحتى بالنسبة للأمراض العادية فإن عليهم إنفاق الكثير من المال. وعلى الرغم من القرارات الرئاسية ذات الصلة وقواعد الإعفاء الحالية للفقراء فإن الرعاية الصحية العامة لا تعطي بأي حال مجاناً. إن تقاسم التكلفة من قبل المرضى يمول 45% من التكاليف في المستشفى الحكومي الأكبر وهو مستشفى الثورة. وعلى رأس هذا فإن معظم مقدمي الخدمات يحصلون على مدفوعات غير رسمية. يقول 84% من قادة الرأي بأن تقاسم التكلفة غير منظم بصورة جيدة ويؤكد 91% أن تقاسم التكلفة يؤدي إلى تأجيل العلاج. إن الاعفاءات للفقراء تعطي فقط إلى فئة صغيرة جداً. وهذا بسبب قلة التمويل للمنشآت العامة وتدني معنوية الموظفين التي لم تزداد برفع رواتبهم من دخل تقاسم التكلفة. وفي المساء فإن نفس الموظف يكسب في السوق السوداء أو اقتصاد الظل للرعاية الصحية. إن البرنامج الممتاز لاستعادة تكاليف الأدوية عن طريق صندوق الدواء بالنسبة للأدوية الأساسية قد وقع في فخ سوء الإدارة والفساد. إن البرنامج الحكومي الجيد جداً للإعفاء من التكلفة بالنسبة للأمراض المزمنة والكارثية لم ينفذ بصورة سليمة. وكانت النتيجة إنفاق خاص كبير وقت الاستخدام.

- إنفاق كبير للأمراض الممكن تجنبها.
- إنفاق كبير للحالات الكارثية.
- إنفاق كبير للعلاج في الخارج.
- إنفاق كبير للأدوية.
- إنفاق كبير للمدفوعات الغير رسمية والمدفوعات تحت الطاولة.

يقصد بالتأمين الصحي تنظيم وتقليل المدفوعات المنفقة وتحويل العبء الكبير الغير متوقع لبضعة أشخاص في مدفوعات مسبقة منتظمة للجميع بحيث يمكن إعطاء الرعاية الصحية بحسب الحاجة وليس بحسب القدرة على الدفع فقط.

5-1 الأمن الاجتماعي والحماية

إن شبكة أمن اجتماعي لليمنيين هي أولوية إستراتيجية تخفيض الفقر للحكومة. وقد تم إنشاء صندوق التنمية الاجتماعي المشهور لتخفيف آثار برامج الإصلاح الاقتصادي. ويمكنه مواجهة بعض القضايا مثل توفير الحصول على الخدمات الأساسية في التعليم والصحة والمياه والتمويل الصغير وكذلك خلق فرص وظيفية وبناء قدرة الشركاء المحليين غير أن معظم الأسر قد تركت لوحدها في حالة الهزات الهيكلية أو العشوائية مثل الفيضانات والحريق والسطو وهلاك المحاصيل والتضخم وتقلبات العملة وزيادات الأسعار والبطالة والحوادث والمجاعة والإعاقة واحتياجات الرعاية الطويلة أي جميع الكوارث (الصغيرة) التي بإمكانها تدمير وجود الأفراد والأسر وحتى الأسر الموسعة. ولا توجد إدارة كوارث حكومية أيضاً. إن العنصر الوحيد للحماية الاجتماعية الذي تطرقت إليه الحكومة هو برنامج تأمين للوفاة والعجز والتقاعد وهو يغطي العسكريين والشرطة والإدارة الحكومية بصورة جيدة لكن تغطية قطاع الاستخدام الرسمي الخاص متدنية جداً. ومع ذلك فإن تنفيذ تأمين التقاعد لحوالي مليون موظف قد كان إنجازاً هاماً.

6-1 برامج التأمين الصحي الموجودة

إن لدى اليمن تاريخ غني من التضامن ومن مبادرات مساعدة الذات المحلية. إن الكثير منها تغطيات صغيرة ومحدودة وبدون شك فإن هذا كنز من الأفكار الجيدة والممارسات الأفضل. ويجب استكشافها أكثر وتقديرها ونشرها وتكرارها حيثما كان ذلك ممكناً. إن هذا تكليف قوي لنشاطات المتابعة نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن. والأمثلة هي برامج التضامن للمدرسين وموظفي المستشفيات التي تجاوزت الصحة والرعاية الصحية.

لقد نوقشت برامج التأمين الصحي المجتمعية وأوصي بها عالمياً. إنها برامج تطوعية في الغالب مرتبطة بمنشآت الرعاية الصحية العامة أو الخاصة. إن اثنتين من تلك المحاولات يروج لها في اليمن في محافظتي تعز وحضرموت وكلاهما غير جاهزتين للتنفيذ بالكامل وتسود بعض الشكوك فيما يتعلق بقبالية تكرارها في مناطق أخرى.

إن برامج الفوائد الصحية في شركات القطاع العام والخاص تظهر ملامح مختلفة جداً ومفيدة فيما يتعلق بحزم المزايا والعضوية والتعاقد مع مقدم الخدمة والدفع وكذلك إدارة المخاطر والتمويل المشترك. يبدو أن الشفافية المالية والإدارة ضعيفة وهناك مجال واضح لتحسين وتعزيز هذه البرامج والتي متوسط تكلفتها حوالي 45 ألف ريال يمني (تساوي حالياً

234 دولار أمريكي) لكل موظف (وأسرة) في السنة. ربما ينبغي أن يستفيد نظام التأمين الصحي الوطني من عدة تجارب ومن المعرفة المتوفرة في كيفية إدارة تلك الصناديق. يجب إعداد دراسات أكثر عمقاً حول هذه البرامج المماثلة.

1-7 التوقعات فيما يتعلق بالتأمين الصحي

يناقش التأمين الصحي الوطني والاجتماعي في اليمن منذ الوحدة عام 1990م ولقد تم إدخال استقطاعات الرواتب الخاصة بالتأمين الصحي بوقت قصير بعد ذلك ولكن لم يتبعها تقديم منافع التأمين الصحي. ومنذ العام 1995م تقترح وزارة الدفاع مشروع تأمين صحي للقوات المسلحة ونفس الخطوة توجد الآن لتغطية الشرطة والأمن السياسي وكل هذه القوات تقارب نصف مليون موظف. أما بالنسبة لقطاع الاستخدام المدني العام والخاص الرسمي فقد قدم مقترح قانون وزارة الصحة العامة والسكان عدة مرات إلى مجلس الوزراء الذي قرر في عام 2004م التعاقد على دراسة لتقدير المقترحات والبدائل:

يتوقع المجتمع الدولي تأميناً صحياً اجتماعياً مستداماً وحقيقياً لجميع المواطنين وخصوصاً لاستفادة الفقراء والمجموعات الهشة والمرأة المستثنى منهاجياً من الحصول على تقديم عادل وموثوق به للخدمات العامة المطلوبة. إن تمكين الفقراء والمرأة بصورة خاصة ينبغي تعزيزه في هذا الإطار. وبالنظر إلى الفساد الواسع الانتشار في جميع القطاعات العامة والخاصة تقريباً فإن بناء هيئة تأمين صحي شفافة وذات مصداقية وقابلة للمسائلة سيكون أكثر الشروط المسبقة أهمية للتأمين الصحي الذي يمكن أن يضمن تقديم رعاية صحية قابلة للحصول وعالية الجودة لأولئك المحتاجين.

إن معظم الشركاء الذين تمت مقابلتهم لفريق الدراسة لا يبدو أنهم متحمسين فيما يخص التأمين الصحي وقد أشار معظمهم إلى الصعوبات في إقامة صندوق موثوق به بعد تكرار التجارب السيئة مع الصناديق في مجالات الصحة والمجالات الأخرى. إن معظم من تمت مقابلتهم ذكروا أولويات أخرى تتعلق بالاحتياجات الأساسية التي لازالت غير مشبعة لأغلبية السكان وقد أظهر استبيان أعطي لقادة الرأي في اليمن صورة إيجابية أكثر قليلاً. إنهم منتظمين تماماً في رفض الممارسات الحالية لتقاسم التكلفة في المنشآت الصحية العامة ومعظمهم تقريباً يؤيدون نظام التأمين الصحي الاجتماعي الذي يغطي كل الأسرة. ينبغي أن يكون التأمين الصحي إلزامياً ومن الأفضل أن يكون تنظيمه على المستوى الوطني وأن تعتمد الإدارة على تنظيم تأمين صحي مستقل. إن 77% من قادة الرأي يودون أن يبدأ التأمين الصحي فوراً أو خلال العامين القادمين.

1-8 تجارب البلدان الأخرى

في البلدان المجاورة ضعيفة الدخل فإن مستويات عالية غير مقبولة من المصروفات المنفقة وتضاؤل الإنفاق الحكومي على الصحة شائعة مثلها في اليمن. ففي جيبوتي غطي موظفو الخدمة المدنية والعسكريين والشرطة بمشروع منافع صحية. وفي السودان يغطي التأمين الصحي الاجتماعي 22% بما فيهم موظفو الخدمة المدنية والطلاب وقدماء المحاربين وأسرى الشهداء. وفي باكستان ليس هناك مشروع تأمين صحي رسمي. وفي البلدان ذات الدخل المتوسط في المنطقة تمول الرعاية الصحية من خلال خليط من المشروعات التي تعتمد على الضرائب والتأمين الصحي الاجتماعي والدفع الذاتي. وفي المغرب تصل تغطية التأمين الصحي الاجتماعي إلى 17% وفي لبنان ومصر تغطي حوالي نحو نصف السكان وفي الأردن وسعت الإصلاحات الأخيرة من تغطية التأمين الصحي الاجتماعي إلى 60%.

أما التجارب من بلدان أخرى فيمكن أن تكون مفيدة لليمن أيضاً. فتجارب بلدان جنوب شرق آسيا تدل على الحاجة إلى برامج خاصة ودعم حكومي لإسهامات الفقراء. وتشير تجارب دول أمريكا اللاتينية أن حزم المنافع المستهدفة ذات جدوى حتى في الظروف الاقتصادية الهشة وهي هامة لضمان أن إسهامات التأمين الصحي توجه حقيقة نحو المنافع الصحية. ويمكن أن تعطي أفريقيا أمثلة جيدة لإستراتيجيات الدعم لمشاريع التأمين الصحي الناشئة في صورة مراكز اختصاص تأمين صحي. واليمن لا تقف لوحدها في محاولة إدخال نظام تأمين صحي وطني واجتماعي فيمكنها الاعتماد على تجارب البلدان الأخرى وينبغي أن تستفيد من شبكة مناسبة لمثل هذه التجارب.

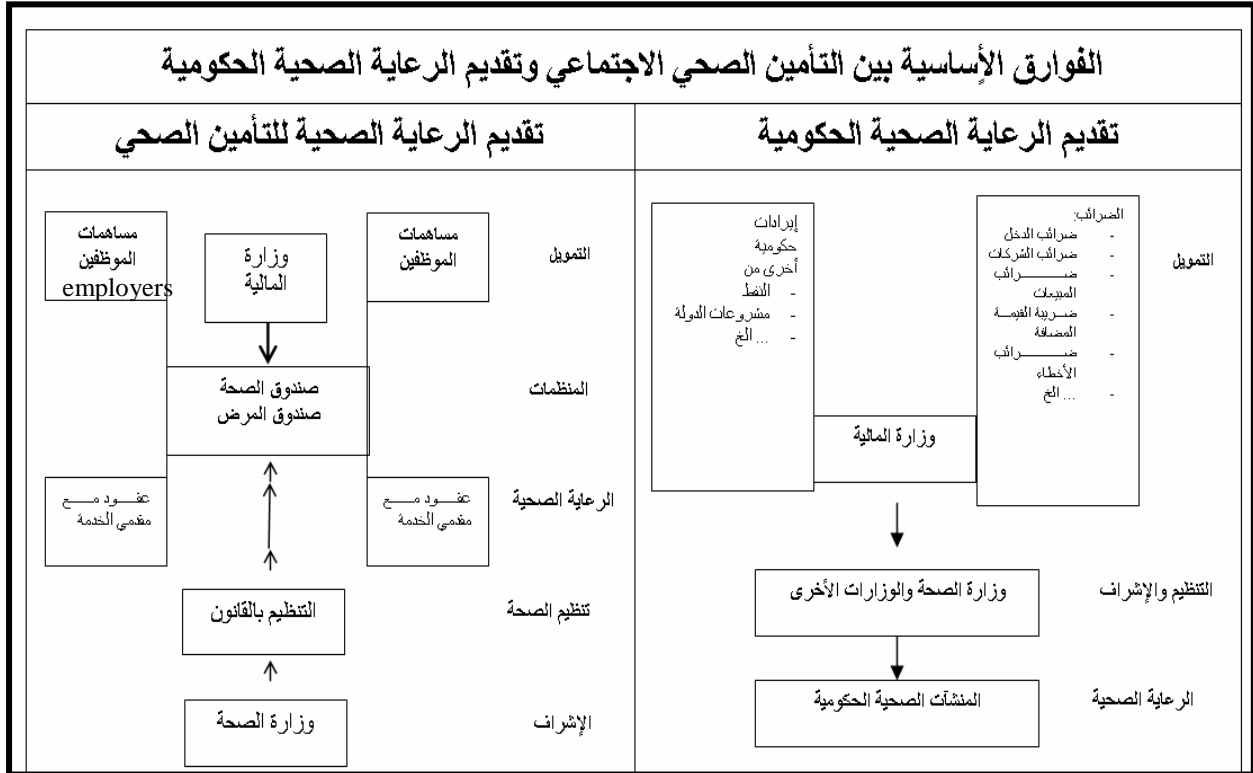
1-9 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن

إن التأمين الصحي ليس مفهوماً سهلاً وخاصة في العالم الإسلامي. فالوعي والفهم ليس منتشرأ والدافع وحملات التعبئة مطلوبة لنشر الأفكار الأساسية للتأمين الصحي الاجتماعي وللتأكيد على ارتباطه بفكرة التكافل التي يتشارك فيها معظم الشعب العربي تقريباً. يجب أن يقتنع صناع القرار النافذين أيضاً وإن القيادة مهمة في عدة مستويات من صنع القرار السياسي. يمكن أن يبقى التأمين الصحي الاجتماعي فقط بشراكة وثيقة وبتقسيم واضح للعمل مع الحكومة وخصوصاً مع وزارة المالية من أجل التمويل وفرض الضرائب التصاعديّة على الأغنياء ومع وزارة الصحة من أجل الإشراف

والوقاية من الأمراض الممكن تجنبها والترويج من خلال التعليم الصحي للجميع. وفي اليمن يمكن أن يكون من الصعب استعادة ثقة قطاع الجمهور وصناع الرأي. لقد أسيئت إدارة أموال الصحة وأسيء استخدامها بالفساد. لم تعطي استقطاعات التأمين الصحي من المرتبات أي عائد في صورة منافع صحية. ومن أجل استعادة الثقة المفقودة يبدو أن أحد الشروط المسبقة الغير قابلة للسكران هو إدارة مستقلة بارزة ملتزمة تماماً بمبادئ الشفافية والمصادقية والمسائلة. هناك حاجة إلى نهج مهني حازم مثله مثل الحاجة إلى موظفين ذوي معرفة في جميع المجالات التخصصية الكثيرة للتأمين الصحي ومتفانين للأخلاقيات الأساسية للخدمة العامة للمصلحة العامة.

2- التمويل الصحي البديل ومقترحات التأمين الصحي لليمن

يختلف التأمين الصحي عن تقديم الرعاية الصحية الحكومية حيث أنه موجود في اليمن. تقدم الأرقام التالية مقارنة مبسطة لكلا النوعين من تقديم الرعاية الصحية.



يبين كلا النوعين من تقديم الرعاية الصحية هناك فوارق مفهومية وعملية أساسية. في حالة الرعاية الصحية الحكومية فإن تنظيم تقديمها والإشراف والتنظيم هي مهمات وزارة الصحة. ويولد هذا نموذجياً تداخل مصالح مختلفة ويقلل من الكفاءة. وفي حالة التأمين الصحي الاجتماعي تنظم وزارة الصحة وتشرف وتعطي الإشراف ولكنها ليست مقدم للرعاية الصحية. إن مقدمي الصحة الأكثر فعالية اقتصادية يتنافسون ويتم التعاقد معهم من قبل التأمين الصحي والذي يحكمه أصحاب العمل والموظفين كدافعين وربما تنضم إليهم الحكومة إذا كانت تعطي دعماً. من الأسهل والأفضل تنظيم التدقيق والموازنة إذا كان هذا النوع من التقسيم الواضح للعمل قد تم ترتيبه. هناك الكثير من الأسباب لاختيار نظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني.

1-2 رؤية نظام التأمين الاجتماعي والصحي الوطني لليمن

1-1-2 ما هو نظام التأمين الاجتماعي أو الصحي الوطني

إن للتأمين الصحي بعض الخواص المعينة التي تميزه عن غيره من أنواع التأمين الأخرى. وهو يختلف عن الخسائر المادية الناتجة عن الحوادث والحريق أو الأضرار الأخرى واعتلال الصحة يؤثر على عناصر أساسية للبشر. تعتبر الصحة عموماً حق إنساني وبضاعة اجتماعية وشرط مسبق للرفاه والعمل والدخل أي أنها عامل إنتاج للتنمية الاجتماعية والاقتصادية على مستوى الأسرة ولكن كذلك على مستوى الاقتصاديات الكلية. وفي الواقع بينما تكون مساهمات أو حدود التغطية للمخاطر المتعلقة بخطط مسؤولية التأمين عن السيارات أو الحرائق مقبولة عموماً فإن استثناء بعض الأمراض أو عقاب حاملي