

**Воронин С.А.,**

главный научный сотрудник Института прогнозирования и макроэкономических исследований при Кабинете Министров Республики Узбекистан, доктор экономических наук;

**Мухитдинов З.Д.,**

руководитель проекта Института прогнозирования и макроэкономических исследований при Кабинете Министров Республики Узбекистан

## ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

---

**ВОРОНИН С.А., МУХИТДИНОВ З.Д. ТИББИЙ СУҒУРТА ТИЗИМИ  
РИВОЖЛАНИШНИНГ ХОРИЖ ТАЖРИБАСИ ВА УНИНГ ЎЗБЕКИСТОН  
РЕСПУБЛИКАСИДА ТАТБИҚ ЭТИШ ИМКОНИАТЛАРИ**

Мақолада тиббий суғурта тизимининг хориж тажрибаси, хусусан, мажбурий ва ихтиёрий шаклларининг ривожланиши кўриб чиқилган. Хориж мамлакатларидаги муваффақиятли тажрибалар асосида Ўзбекистон Республикасида тиббий суғуртанинг самарали тизимини жорий этиш бўйича тавсиялар асосланган.

Таянч иборалар: соғлиқни сақлаш, мажбурий тиббий суғурта, ихтиёрий тиббий суғурта, тиббий хизматлар бозори.

---

**ВОРОНИН С.А., МУХИТДИНОВ З.Д. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ РАЗВИТИЯ  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

В статье рассматривается мировой опыт развития медицинского страхования, в частности в форме обязательного и добровольного страхования. На основе тенденций его развития в успешных странах обоснованы рекомендации по внедрению эффективных форм страхования в Республике Узбекистан.

Ключевые слова: здравоохранение, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, рынок медицинских услуг.

**VORONIN S.A., MUKHITDINOV Z.D. FOREIGN EXPERIENCE OF HEALTH INSURANCE DEVELOPMENT AND THE POSSIBILITY OF IMPLEMENTATION IN UZBEKISTAN**

The article deals with the foreign experience of health insurance, in particular in the form of compulsory and voluntary insurance. On the basis of its development trends in successful countries there is justified recommendations on the implementation of effective forms of insurance in Uzbekistan.

Keywords: health care, compulsory health insurance, voluntary health insurance, the health care market.

***Последние десятилетия функционирования мировой экономики характеризуются замедлением темпов экономического роста и увеличением частоты глобальных кризисов, которые негативно отражаются на странах, не успевших принять профилактические меры. Это, прежде всего, сказывается на потенциале сферы здравоохранения, которая подвергается наиболее существенным воздействиям неблагоприятных факторов. К ним можно отнести снижение уровня государственного и частного финансирования медицинских услуг, ослабление внимания государства к страхованию населения от болезней и несчастных случаев, снижению качества медицинского обслуживания. В конечном счете, все это находит свое отражение на росте числа инфекционных и неинфекционных заболеваний, преждевременной инвалидности и смертности, временной потери трудоспособности.***

В то же время важной особенностью здравоохранения многих стран в настоящее время является все возрастающая социальная значимость, наличие правовых гарантий государства по предоставлению базовых медицинских услуг в условиях ограниченности финансовых ресурсов. Сфера медицинских услуг отличается от других секторов экономики сравнительно высокой себестоимостью предоставляемых услуг, широким распространением такого явления как моральный риск труда медицинского персонала, а также работников страховых и других организаций, вовлеченных в этот процесс. Данные факторы делают актуальными как активное государственное регулирование рынка медицинских услуг, так и необходимость наличия профессиональных посредников, способных, квалифицированно отстаивать права пациентов. В их роли, как правило, выступают страховые организации.

Проблемам развития медицинского страхования посвящены труды многих авторов.

Результаты их исследований свидетельствуют как об общих подходах в оценке тенденций, так и о различных предлагаемых мерах по улучшению ситуации в сфере здравоохранения, и в частности, в медицинском страховании<sup>1</sup>.

Мировой опыт показывает, что медицинское страхование (как добровольное, так и обязательное) имеет положительную роль в повышении качества предоставляемых медицинских услуг, привлечении в отрасль здравоохранения дополнительных ресурсов,

<sup>1</sup> Scawthorn. C. Asian Catastrophe Insurance / C. Scawthorn, K. Kobayashi. 2008. -April; Thoys R. Insurance theory and practice / R. Thoys. 2010; «Медицинское страхование: возможности развития в Узбекистане». / Проект при поддержке ПРООН Ташкент, 2009; Каримова К. Платите на здоровье! Как сектор частных медуслуг превратился в индустрию. / «Экономическое обозрение», №7, 2015; Добровольное медицинское страхование: корпоративный уклон. / «Экономическое обозрение», №2, 2011; Каримова Н. Медстрахование: за и против? - Обращение от 4.05.2016 г. <http://sugurta.uz/publish/doc> и другие исследования.

защите интересов и прав граждан страны. Зарубежной практикой накоплен богатый опыт использования механизмов финансирования здравоохранения и организации системы медицинского страхования. Существуют различные модели инвестирования в данную сферу экономики, которые учитывают особенности развития страны и общества в целом. В то же время, в мире сложились два принципиально разных механизма финансирования медицинских услуг.

В зависимости от того, предоставляются ли они учреждениями, финансируемыми государством или осуществляющими свою деятельность на коммерческой основе. Первые должны финансироваться преимущественно через систему обязательного медицинского страхования (ОМС). В отдельных случаях они частично могут и напрямую оплачиваться пациентами, либо финансироваться через инструменты добровольного медицинского страхования (ДМС). Вторые должны финансироваться преимущественно самими пациентами и их работодателями, в том числе и через различные программы ДМС. При этом государство может косвенным образом поддерживать коммерческое здравоохранение и ДМС, посредством предоставления налоговых льгот, поддержки инфраструктуры и реализации иных мер.

В развитых странах добровольное медицинское страхование имеет дополнительный характер и реализуется наряду с государственным финансированием данного сектора и обязательным медицинским страхованием. Государственное финансирование и ОМС охватывают базовые медицинские услуги, предоставляемые всем застрахованным лицам. ДМС покрывает дополнительные медицинские услуги, за которые государство не может гарантировать своим гражданам оплату из средств бюджета или ОМС.

Мировой опыт показывает, что самые значительные расходы на здравоохранение сложились в США – 17,1 %, Швейцарии – 11,7 %, Франции – 11,5 %, Германии – 11,3 %, Голландии – 11,0 % от ВВП (Табл. 1). В расчете на одного жителя больше всего расходы на здравоохранение составляют в Швейцарии – 9673,5 долл., США – 9402,5 долл., Голландии

– 5693,9 долл. США. Самая значительная доля охвата населения обязательным медицинским страхованием имеют место в Японии (100%), Швейцарии (99,5%), Бельгии (99-100 %). При этом страховщиками в системе ОМС являются: в Швейцарии, Бельгии, России, Франции и Японии – государство, в Германии – больничные кассы, Голландии – медицинские фонды, США – страховые компании.

Анализ основных принципов медицинского страхования, применяемых в большинстве зарубежных стран, показывает, что повсюду применяется частичная оплата застрахованными лицами определенных медицинских услуг. Механизм совместной оплаты сдерживает пациентов от малоэффективных расходов, так как часть этих расходов идет непосредственно из их личных средств. Другими отличительными признаками систем страхования здоровья является наличие «периода ожидания», предшествующего выплате оговоренного договором страхования пособия по нетрудоспособности или применение франшизы.

Для американской системы здравоохранения, в которой расходы на оказание медицинской помощи в пересчете на душу населения являются одними из самых высоких в мире, характерен принцип свободного выбора в отношении врача, медицинского учреждения, порядка страхования. Тем не менее, в настоящее время растет недовольство американцев существующей системой здравоохранения ввиду больших затрат работодателей на покрытие расходов в случае болезни работников.

Частная модель страхования может носить и обязательный характер, как это имеет место во Франции. Она реализуется через сбор взносов посредством государственной страховой организации, которая возмещает пациентам их расходы на медицинскую помощь. Французская модель медицинского страхования характеризуется эффективной интеграцией со всей системой социального страхования, где кроме обязательного государственного страхования существует сеть дополнительного страхования и местные фонды социальной помощи. Обязательное страхование связано с тем, что врачи и ме-

**Таблица 1. Сравнительная характеристика существующих систем обязательного медицинского страхования (ОМС)<sup>1</sup>**

Страна	Расходы на здравоохранение		Охват населения ОМС, %	Страховщики в системе ОМС	Страховой взнос, в % от фонда оплаты труда	Распределение страхового взноса между работодателем и работником
	% от ВВП	в расчете на 1 жителя, долл. США				
Бельгия	10,6	4884,1	99-100	Государство	7,4	52/48
Германия	11,3	5410,6	92	Больничные кассы	9-15	50/50
Голландия	11,0	5693,9	ОМС 100/ ОМС для низкооплачиваемых работников - 64	Медицинские фонды	10,3/8,1	0:100 / 80:20 для моряков 50/50
Россия	7,1	892,8	90	Государство	5,1	100/0
США	17,1	9402,5	90	Страховые компании	3-9,5	в зависимости от места работы
Франция	11,5	4958,9	80	Государство	13,6	66/34
Швейцария	11,7	9673,5	99,5	Государственный фонд	10,1	50/50
Япония	10,2	3702,9	100	Государство	8,2	50/50

дицинские учреждения отделены от покупателя медицинских услуг и работают с ним по договорам. Такая система может существовать как в государственной системе, так и в системе обязательного медицинского страхования.

В Великобритании все работники подлежат обязательному страхованию здоровья (за исключением замужних женщин, которые могут присоединиться к страхованию добровольно). Из суммы страховых взносов, которая зависит от величины дохода работника, частично финансируются денежные пособия по временной нетрудоспособности в связи с болезнью. Оплата самих медицинских услуг производится за счет пациента.

К данной модели можно отнести систему здравоохранения Канады, где средства на здравоохранение формируются за счёт взносов на обязательное медицинское страхование из средств госбюджета, при этом государственный страховщик работает по договорам с врачами частной практики. Обязательное медицинское страхование предо-

ставляет возможности для конкуренции страховщиков и производителей, работающих по контрактам между собой, при этом взносы собираются тем страховщиком, которого выбрал страхователь.

Для Германии характерной особенностью является то, что страховщик, имея договоры с медицинскими учреждениями, обеспечивает застрахованному лицу бесплатную медицинскую помощь или с частичной ее оплатой. Немецкая система гарантирует равный доступ к медицинским услугам всему населению за счет ее полной оплаты в форме страхового возмещения. Представители частной медицинской практики предоставляют высокопрофессиональные медицинские услуги, а уровень затрат регулируется более плавно, чем в большинстве развитых стран.

Японская система сочетает в себе частное здравоохранение и жесткое государственное регулирование тарифов на медицинские услуги. Это своеобразная государственная система с целевыми налогами и экономическими отношениями в сочетании с системой страховых обществ, имеющих значительные льготы.

В Швейцарии все лица, независимо от их гражданства, должны быть застрахованы в

<sup>1</sup> Данные Мирового Банка, Индикаторы Мирового Развития, По состоянию на 2014г., <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>, <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>, дата обращения 15.09.2016 г.

системе обязательного медицинского страхования. Страховые взносы не зависят от дохода конкретного лица, четко определен набор медицинских услуг и больничная касса покрывает расходы на все основные виды лечения.

Система обязательного медицинского страхования, как модель регулируемой конкуренции, является новейшей как по срокам, так и по степени реализации. В связи с этим, система ОМС полностью пока еще нигде не реализована. В настоящее время обязательное медицинское страхование в различных вариантах внедряется в Голландии, Израиле, Чехии и России.<sup>1</sup> В то же время, опыт Российской Федерации показывает, что формальная замена прямого государственного финансирования системой ОМС без существенного изменения механизмов финансирования медицинских заведений, развития конкуренции среди медицинских заведений и страховщиков не способна дать импульса развитию системы здравоохранения. Переход к эффективной модели ОМС – сложный и длительный процесс, предполагающий наличие ряда предпосылок и условий.

Независимо от применяемых механизмов финансирования медицинских услуг, предоставление которых гарантировано государством, общество всегда заинтересованно в развитии частных медицинских организаций и добровольного медицинского страхования. Это позволяет максимально расширять ассортимент оказываемых услуг, улучшать их качество, в том числе и в государственном секторе, за счет активизации конкуренции и частной инициативы, а также привлечения дополнительных средств в систему здравоохранения.

В связи с этим, любому государству необходимо четко определить свои обязательства в сфере оказания медицинских услуг исходя из потребностей населения, приоритетов социально-экономической политики и возможностей реального финансирования сферы здравоохранения (как за счет средств бюджета, так и посредством взносов в фонд

обязательного страхования). Если государство берет на себя завышенные обязательства, то это чревато как чрезмерной нагрузкой на государственный бюджет и работодателей, а, следовательно, на экономику в целом, так и распространением неофициальных схем оплаты пациентами якобы бесплатных медицинских услуг. Поэтому очень важно четко определиться с объемом и составом гарантированных государством услуг, с составом лиц, на которых эти услуги распространяются, а также с условиями, при которых эти лица могут пользоваться бесплатными услугами.

Использование мирового опыта полезно и для развития рынка медицинского страхования в Республике Узбекистан. Необходимо отметить, что в Республике данный сектор пока еще находится на начальной стадии своего развития. Постановление Президента Республики Узбекистан от 10 апреля 2007 года № ПП-618 «О мерах по дальнейшему реформированию и развитию рынка страховых услуг» в определенной степени способствовало расширению масштабов и повышению качества оказываемых населению страховых услуг, в том числе – в сфере медицинского страхования. После выхода Постановления количество заключенных договоров страхования на случай болезни (класс 2) возросло в Узбекистане с 27578 в 2011 г. до 32401 – в 2014 г. За тот же период общая страховая сумма в целом по стране увеличилась с 3,3 до 5,0 трлн. сумов, поступление страховых премий возросло с 4,4 до 10,0 миллиардов сумов, страховых выплат – с 2,8 до 5,8 миллиардов сумов, что свидетельствует о расширении деятельности страховых компаний и повышении их устойчивости.

Как следует из постановления Кабинета Министров РУз от 26 февраля 2016 года №55 «О программе развития сферы услуг на 2016-2020 годы», рост страховых услуг, в том числе добровольного медицинского страхования, будет происходить за счет увеличения уставного капитала и привлечения инвестиций в страховые организации. По данным Министерства финансов страны, в настоящее время страховой рынок Узбекистана представлен 31 страховой организацией. В пер-

<sup>1</sup> Каримова Н. Медстрахование: За и Против? - Обращение от 4.05.2016 г. <http://sugurta.uz/public/doc>.

вую тройку входят АО «Uzagrosug'urta» с долей рынка 19,9%, НКЭИС «O'zbekinvest» (14,6%) и АО «Страховая компания Кафолат» (10,5%). В 2015 году страховые компании республики собрали 551,5 миллиардов сумов страховых премий. Объем страховых выплат достиг 111 миллиардов сумов, а текущий размер инвестиций страховых компаний страны составил 758,1 миллиардов сумов.<sup>1</sup> В инвестициях страховщиков основная доля приходится на депозиты (46,8%) и ценные бумаги (39,6%). Доля остальных объектов инвестиций в совокупности составляет 13,6%.

Наиболее крупными отечественными страховыми компаниями, доминирующими в сфере медицинского страхования Узбекистана, являются ДСК «O'zbekinvest-Hayot», СК ООО «Asia Inshurans», сервисное агентство «Узбекивест Ассистанс», НКЭИС «O'zbekinvest», АО «Kapital Sug'urta» и другие. Первой страховой компанией, оказывающая услуги по медицинскому страхованию, стала НКЭИС «O'zbekinvest» (с 1995 г.). В 2005 г. уже было три компании, предоставляющими услуги по медицинскому страхованию, а в настоящее время – их уже более 15. Необходимо отметить, что все программы ДМС, а также условия и механизмы их применения у этих компаний, практически одинаковые.

Особенностями развития рынка ДМС Узбекистана является существенное преобладание страхования экстренной медицинской помощи (так, не признаются страховыми случаи вызовы «скорой помощи» по инфекционным, онкологическим и некоторым другим болезням, услуги по которым оказываются государственными лечебными учреждениями на безвозмездной основе); доминирование корпоративного страхования (по оценкам экспертов – от 80 до 90 %); имиджевый характер (эти услуги для страховых компаний либо малорентабельны, либо убыточны).

Одним из важных направлений совершенствования системы управления и финансирования здравоохранения в ближайшей перспективе является развитие в стране ДМС,

осуществляемого на коммерческой основе. В настоящее время, существует ряд проблем, которые препятствуют более широкому распространению данного вида услуг. В республике продолжается реформа системы здравоохранения, направленная, на улучшение качества медицинских услуг и обеспечение бесплатными базовыми услугами населения, прежде всего за счет улучшения материальной базы здравоохранения, повышения уровня подготовки и квалификации медицинских работников, оптимизации системы государственного финансирования отрасли, укрепления первичного звена здравоохранения, развития негосударственного коммерческого сектора здравоохранения и частичной коммерциализации государственных медицинских учреждений, развития рыночной конкуренции в сфере платных медицинских услуг и укрепления механизмов защиты интересов и прав пациентов. Переходное состояние сферы здравоохранения вызывает осторожность в действиях всех участников страхового рынка, в том числе – населения (высокие риски потери части вложенных средств, перспективы закрытия отдельных медицинских учреждений и страховых компаний).

Факторами, сдерживающими дальнейшее развитие рынка ДМС в национальной экономике, также являются: отсутствие нормативно-правовой базы, регулирующей ДМС, включение страховой премии по медицинскому страхованию в налогооблагаемую базу (подходный налог, социальные отчисления), недостаточное финансирование ресурсов, направляемых в здравоохранение и их неэффективное использование, высокая распространенность неформальных платежей медицинским работникам бюджетных учреждений за получение формально бесплатных услуг, недостаточный спрос на услуги по ДМС со стороны населения, затрудненный механизм заключения договоров страховых компаний с медицинскими учреждениями, недостаточный контроль страховых компаний за качеством медицинских услуг, обоснованностью назначений врачей и установленными ценами за услуги из-за отсутствия общепризнанных стандартов предос-

<sup>1</sup> <http://review.uz/index.php/novosti-main/item/6673-v-uzbekinveste-obsuzhdeny-itogi-realizatsii-gosprogrammy-za-2015-god>

тавления медицинских услуг, отсутствует доступ страховых компаний к медицинской статистике, страховые ассистанс компании в большинстве случаев недостаточно отвечают международным стандартам по качеству услуг.

Сфера медицинских услуг является важнейшей для населения любой страны, в том числе и для Узбекистана. На содержание этой сферы расходуется много государственных и частных средств, но качество медицинских услуг, их доступность и своевременность оставляет желать лучшего. Однако, даже в развитых, успешных странах происходит постоянная корректировка механизмов организации, управления, финансирования и мониторинга развития этой сферы (США, Франция, Германия и др.), так как не все госбюджеты могут выдерживать существенные расходы по предоставлению медицинских услуг. Часть их постепенно переносится на физических лиц за счет распространения добровольного страхования.

На наш взгляд, для внедрения полномасштабного обязательного медицинского страхования в Узбекистане время еще не настало. Бюджет государства и средства многих физических лиц (социальных групп) не выдержат широкого внедрения ОМС. Однако отдельные элементы и стимулы ОМС можно внедрить уже в ближайшие годы. Известно, что в Узбекистане каждый занятый работник отчисляет из своей заработной платы в обязательном порядке страховые платежи в размере 7,5% во внебюджетный целевой фонд. Кроме того, каждое предприятия перечисляет определенные средства в целевые социальные фонды (крупные – 25%, малые и микрофирмы – 15% от фонда оплаты труда).

Необходимо отметить, что граждане и фирмы, работающие в неофициальной экономике – ничего не платят в эти общественные целевые фонды, что приводит к проблеме их обеспечения необходимыми средствами. Кроме того, имеются случаи занижения суммы заработной платы и ФОТ, чтобы снизить суммы данных налоговых платежей.

На наш взгляд, можно существенно уменьшить размер уклонений от уплаты этих платежей и одновременно, заинтересовать вла-

дельцев (директоров) предприятий и нанятых работников оплачивать эти средства в полном объеме и одновременно формировать страховой фонд медицинского страхования. Для этого, часть страховых платежей граждан и часть от ЕСП целесообразно перечислять на специальный счет медицинского страхования каждого занятого работника. При этом следует установить правило, что работник может воспользоваться данными средствами только в том случае, если, он заболел (имеется больничный лист и заключение врача районной организации), либо наступил страховой случай, подтвержденный соответствующими документами, либо подошел срок профилактического медицинского осмотра занятого работника.

Что это даст? Во-первых, работник реально увидит эти средства в деле и может даже воспользоваться ими по целевому назначению. Во-вторых, работник будет заинтересован в легализации своего доходов, так как от этого будут зависеть размер его личных страховых средств (получаемых из средств страхового взноса и ЕСП). В-третьих, восторжествует справедливый принцип, что более лучшие медицинские услуги должны получать прежде всего физические и юридические лица, которые своевременно и в полном объеме оплачивают страховые взносы и др. налоговые платежи. Принцип здесь такой: кто официально работает, получает доходы и оплачивает своевременно обязательные страховые взносы, тот, в первую очередь, получает качественные и своевременные медицинские услуги.

В целом можно согласиться с выводами экспертов, утверждающих, что в настоящее время в Узбекистане правительству необходимо<sup>1</sup>:

- на законодательном уровне утвердить набор базовых услуг, по которым гарантируется бесплатная медицинская помощь с учетом возможностей государственного бюджета;
- способствовать расширению добровольного медицинского страхования при помощи принятия закона о медицинском стра-

<sup>1</sup> Проект ЦЭИ при поддержке ПРООН «Медицинское страхование: возможности развития в Узбекистане». – Т., 2009.

ховании, освобождения от налогообложения части доходов физических лиц, направляемой на медицинское страхование, ввести стандарты медицинских услуг, содействовать открытости учета пациентов и методов их лечения, активизировать пропаганду полезности медицинского страхования, обеспечить доступ страховых компаний к медицинской статистике, оказать содействие в развитии инфраструктуры;

– продолжить реформу системы управления и финансирования государственных медицинских учреждений, расширяя самостоятельность и коммерциализацию деятельности данных организаций;

– формировать сравнительно равные условия для государственных и негосударственных медицинских учреждений на получение бюджетного финансирования базовых услуг и содействовать справедливой конкуренции на данном рынке услуг;

– определиться со стратегией реализации в стране ОМС, предусмотрев, что большинство направлений реформирования здравоохранения можно осуществлять в рамках существующей системы управления отраслью. Замена моделей управления и финанси-

рования данного сектора может привести к существенным издержкам государства, а внедрение ОМС без соответствующей подготовки – к снижению эффективности используемых ресурсов и качества предоставляемых медицинских услуг (например, без отказа государства от избыточных обязательств по предоставлению бесплатных базовых услуг, без внедрения гибких механизмов расширения прозрачности рынка данного рынка и развития конкуренции).

Очень важно обеспечить внедрение модели ОМС, работающей на рыночных принципах, в которой страхованием занимаются коммерческие страховые компании. В этом случае государству необходимо определить минимальный набор услуг, который должен включать страховой полис, и внедрить гибкий механизм оплаты за страховку социально уязвимых групп населения. Пациенты в этой модели должны иметь возможность самостоятельного выбора страховой компании, форму страхования, медицинские заведения, врачей.

---

---

### Литература:

1. Медицинское страхование: возможности развития в Узбекистане. Проект при поддержке ПРООН. – Т., 2009.
2. Каримова К. Платите на здоровье! Как сектор частных медуслуг превратился в индустрию. / «Экономическое обозрение», 2015, №7.
3. Добровольное медицинское страхование: корпоративный уклон. / «Экономическое обозрение», 2011, №2.
4. Каримова Н. Медстрахование: за и против? – Обращение от 4.05.2016 г. <http://sugurta.uz/publish/doc>
5. <http://review.uz/index.php/novosti-main/item/6673-v-uzbekinveste-obsuzhdeny-itogi-realizatsii-gosprogrammy-za-2015-god>
6. Статистические данные Мирового банка: <http://data.worldbank.org/>
7. Scawthorn. C. Asian Catastrophe Insurance / C. Scawthorn, K. Kobayashi. 2008.
8. Thoyts R. Insurance theory and practice / R. Thoyts. 2010.