

Развитие добровольного медицинского страхования в Российской Федерации

Евгений Вадимович Арсентьев*

Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

Реферат

Цель. Проанализировать динамику развития добровольного медицинского страхования в Российской Федерации. Выявить факторы, препятствующие развитию данного сектора страхования в современных условиях.

Методы. В ходе исследования был проведён анализ нормативно-правовой базы организации медицинской помощи населению Российской Федерации в системе добровольного медицинского страхования. Использованы следующие методы исследования: проблемно-хронологический, системный, аналитический.

Результаты. Установлено, что, несмотря на развитие системы добровольного медицинского страхования за последние 25 лет, доступность данного вида страховой защиты для граждан Российской Федерации по-прежнему остаётся весьма низкой. Полис добровольного медицинского страхования доступен в основном только работающим гражданам и только на тех крупных предприятиях, где работодатель заинтересован в сохранении и охране здоровья своих сотрудников. Для большинства граждан Российской Федерации полис добровольного медицинского страхования остаётся недоступным в связи с высокой стоимостью полиса, а также с относительно низкими доходами населения. В то же время полис добровольного медицинского страхования обязаны по закону приобретать трудовые мигранты для получения патента на работу в Российской Федерации. Однако в связи с отсутствием нормативно-правовой базы по добровольному медицинскому страхованию организация медицинской помощи трудовым мигрантам не всегда стандартизирована.

Вывод. Для дальнейшего развития добровольного медицинского страхования необходимо на государственном уровне разработать мероприятия по снижению стоимости и повышению доступности полиса для граждан Российской Федерации; с целью оптимизации организации медицинской помощи трудовым мигрантам необходимо в первую очередь разработать нормативно-правовое регулирование организации неотложной медицинской помощи.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, страховая защита, охрана здоровья, медицинская помощь, система здравоохранения.

Для цитирования: Арсентьев Е.В. Развитие добровольного медицинского страхования в Российской Федерации. *Казанский мед. ж.* 2019; 100 (5): 796–801. DOI: 10.17816/KMJ2019-796.

Development of voluntary medical insurance in the Russian Federation

E.V. Arsenyev

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Abstract

Aim. To analyze the dynamics of the development of voluntary medical insurance in the Russian Federation. To identify the factors hindering the development of this insurance sector in modern conditions.

Methods. In the course of the study, analysis was conducted of the legislative framework for organizing medical care for the population of the Russian Federation in the system of voluntary medical insurance. The problem-chronological, systematic, and analytical research methods were used.

Results. It has been established that, despite the development of voluntary medical insurance system over the past 25 years, the availability of this type of insurance for citizens of the Russian Federation still remains very low. The policy of voluntary medical insurance is mainly available only to working citizens, and only in those large enterprises where the employer is interested in preserving and protecting the health of its employees. For most

citizens of the Russian Federation, the voluntary health insurance policy remains inaccessible due to the high cost of the policy, as well as due to relatively low incomes. At the same time, a voluntary health insurance policy is required by law for labor migrants to obtain a patent for employment in the Russian Federation. However due to the absence of legislative framework for voluntary health insurance, organization of medical care for labor migrants is not always standardized.

Conclusion. For the further development of voluntary medical insurance, it is necessary to develop the measures for decreasing the cost and increasing the availability of a voluntary medical insurance policy for citizens of the Russian Federation; to optimize organization of health care for labor migrants it is necessary to primarily develop regulatory framework of emergency health care.

Keywords: voluntary medical insurance, insurance coverage, health protection, medical care, health care system.

For citation: Arsentyev E.V. Development of voluntary medical insurance in the Russian Federation. *Kazan medical journal*. 100 (5): 796–801. DOI: 10.17816/KMJ2019-796.

В настоящее время добровольное медицинское страхование (ДМС) играет важную роль в системе охраны здоровья граждан Российской Федерации (РФ). Оно занимает третье место по объёму финансирования системы здравоохранения [после обязательного медицинского страхования (ОМС) и личных средств граждан]. Согласно статистическому отчёту Центрального банка РФ за 2018 г., сборы страховых компаний составили 151,8 млрд руб., в то же время страховые выплаты по договорам ДМС — 111,9 млрд руб., при этом вознаграждения посредникам за 2018 г. — 10,2 млрд руб. [1]. В 2018 г. совокупные расходы средств ОМС медицинскими организациями исчислялись в объёме 1908,4 млрд руб. [2].

После 1991 г. в связи с изменением общественно-политического устройства государства у населения появился спрос на платные медицинские услуги [3]. Система ДМС в РФ в её современном виде появилась с принятием закона РФ от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Закон определил понятие медицинского страхования как форму социальной защиты интересов населения в охране здоровья, он сформулировал две формы медицинского страхования (ДМС и ОМС) и два его вида (личное и имущественное). В РФ ДМС стали сразу осуществлять коммерческие страховые организации. Вопреки международному опыту в настоящее время ДМС в РФ не может осуществляться обществами взаимного страхования.

В первые годы своего существования страховые компании не несли на себе никаких рисков, поскольку страхователи полностью оплачивали лечение застрахованных, а также расходы на ведение дела страховщику, который выступал в качестве посредника между страхователем и медицинской организацией. Лечение сверх страхового взноса страхователь оплачивал самостоятельно. Если страховой взнос не

был потрачен на лечение застрахованных, то он возвращался обратно страхователю (работодателю). Данная схема позволяла работодателям уклоняться от уплаты налогов [4].

В середине 1990-х годов на фоне роста конкуренции между страховыми организациями на рынке ДМС стали появляться договоры, по условиям которых размер выплат на медицинские услуги превышал размер страховой премии. Страховщики уже несли определённые финансовые риски, связанные с обязательствами по организации медицинских услуг до конца действия периода страхования, вне зависимости от суммы страховой премии. Данный вид договоров принято называть рисковыми [4].

В этот период на фоне ужесточения законодательства было запрещено возвращать неизрасходованные денежные средства, что лишило возможности недобросовестных работодателей уклоняться от уплаты налогов (за исключением случаев преждевременного расторжения договора страхования) [5]. Однако неизрасходованные средства по депозитным договорам по-прежнему можно было «перенести» на следующий период страхования [6].

Вплоть до настоящего времени на рынке ДМС возможно заключение как рискового, так и депозитного договора страхования. Однако с юридической точки зрения разделение договоров на «рисковые» и «депозитные» неправомерно. В обоих случаях страховщик и страхователь заключают стандартный договор, но при депозитном варианте страхователь перечисляет страховщику определённую сумму денег, которая становится своего рода «счётом» страхователя, а также расходов на ведение дела [7].

При необходимости получения медицинских услуг страхователь самостоятельно распоряжается расходом средств депозита.

Помимо этого, на рынке ДМС в РФ широко представлены страховые продукты, при которых страховщик выступает только в роли

посредника между пациентом и медицинской организацией (например, программы диспансеризации, реабилитационно-восстановительное лечение, ведение беременности и родовспоможение). В данных продуктах страховая премия эквивалента стоимости медицинской услуги. При этом страховщик получает прибыль за счёт взимания со страхователя расходов на ведение дела. В данном случае подобные продукты на рынке ДМС противоречат фундаментальным принципам страхования [6], поскольку страховая компания иногда вообще не несёт рисков, связанных с неопределённостью (когда необходимость в получении медицинской услуги наступила до момента заключения договора страхования). Более того, данная деятельность, приводит к проблемам статистического учёта, поскольку учитывается в статистике как страховая, повышая общую убыточность сектора ДМС [8].

Отличительная особенность программ ДМС в РФ — практически полное дублирование объёма медицинских услуг, предусмотренных в рамках базовой программы ОМС — составной части программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Исключение составляют стоматологические услуги. Поскольку объём программ ДМС в РФ формируется рыночными механизмами на основе потребностей населения в медицинских услугах, это можно объяснить тем, что система ОМС не удовлетворяет потребности населения РФ в доступной и качественной медицинской помощи [9].

При этом в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) программы ДМС дополняют гарантии ОМС (либо государственной системы здравоохранения) в медицинских услугах. В основном потребность в ДМС в странах ОЭСР обусловлена наличием платежеспособного спроса у населения на медицинские и сервисные услуги сверх программ ОМС в частях, касающихся объёма, качества, периода ожидания и территориальной доступности. Таким образом, даже относительно высокая сбалансированность государственных гарантий медицинской помощи и их финансового обеспечения в странах ОЭСР не привела к исчезновению потребности населения в ДМС, а только изменила объём наполнения программ на рынке ДМС. Это обусловлено в первую очередь тем, что ресурсы системы ОМС (государственных гарантий) конечны, а потребительский спрос на медицинские услуги (в том числе связанные с ними сервисные услуги) со стороны населения неуклонно растёт [10].

До 2016 г. на рынке ДМС в РФ преобладали корпоративные договоры (около 95% всего рынка ДМС). Однако в 2018 г. среди всех заключённых договоров по ДМС (12 317 853 ед.) основную долю занимали договоры с физическими лицами (84%, или 10 373 366 ед.). Доля корпоративных договоров составляла всего 16% (1 944 487 ед.). При этом количество страховых выплат по корпоративным договорам составило 33,9 млн ед., а по договорам с физическими лицами — 2,1 млн ед., что свидетельствует о фактической неизменности доминирования корпоративного сектора ДМС в РФ [1]. Это обусловлено тем обстоятельством, что в рамках одного корпоративного договора могут быть застрахованы несколько тысяч сотрудников предприятия.

Изменение в соотношении количества договоров в 2016–2018 гг. обусловлено не увеличением спроса или доступности полиса ДМС для граждан РФ, а изменением нормативно-правовой базы в части, касающейся трудоустройства трудовых мигрантов. В конце 2014 г. были внесены поправки в Трудовой кодекс (ТК) РФ, согласно которым для заключения трудового договора мигранты обязаны приобретать полис ДМС, обеспечивающий оказание работнику первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме (ст. 327.2. и 327.3) [11].

На основе поправок в ТК РФ в 2015 г. было разработано указание Банка РФ от 13 сентября 2015 г. №3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

Данным указанием были установлены минимальные требования к условиям и порядку осуществления ДМС в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в РФ для осуществления трудовой деятельности.

Документ установил минимальные требования к объёму программ страхования для трудовых мигрантов, среди которых принципиальна необходимость оплаты страховщиком расходов при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

Не менее важное требование — необходимость оплаты страховщиком лекарственных препаратов, включённых в утверждаемый Пра-

вительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий (включённых в утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), лечебного питания в стационаре, а также донорской крови и её компонентов. Кроме того, указанием Банка РФ была установлена минимальная страховая сумма по полису ДМС для трудовых мигрантов в размере не менее 100 000 руб. на каждого застрахованного на весь период договора страхования.

Как было упомянуто выше, неотложную медицинскую помощь трудовым мигрантам, согласно текущему законодательству, должны оказывать по полису ДМС. Экстренную медицинскую помощь трудовым мигрантам в соответствии с п. 3 постановления Правительства РФ от 6 марта 2013 г. №186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации» формально оказывают бесплатно, за счёт территориального фонда ОМС (средства которого формируются в конечном итоге за счёт налогоплательщиков РФ).

Необходимо отметить, что, согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, экстренная медицинская помощь отличается от неотложной наличием «явных признаков угрозы жизни». Однако в законодательстве отсутствует конкретное определение данного понятия, а также механизм определения «признаков угрозы жизни». Отсутствие практического разграничения между экстренной и неотложной медицинской помощью в некоторых случаях может затруднять определение источника финансирования медицинских услуг, оказанных лечебным учреждением трудовому мигранту, имеющему полис ДМС, поскольку страховые компании вправе определять наличие страхового случая (в данном случае «признаки угрозы жизни») по-своему. Таким образом, с целью стандартизации процесса организации медицинской помощи трудовым мигрантам необходимо в первую очередь определить перечень заболеваний и состояний здоровья, при которых наступает ответственность страховщика произвести оплату лечения застрахованного.

Низкий спрос на продукты ДМС среди граждан РФ обусловлен, в первую очередь, высокой

стоимостью полиса для физических лиц. Так, полис ДМС, включающий амбулаторно-поликлиническую помощь, стоматологию и экстренную госпитализацию, стоит в среднем 50 000–70 000 руб. [12], а средний доход на душу населения в РФ за 2018 г., согласно данным Росстата, составил 32 609,3 руб. в месяц [13].

Как правило, основными продуктами для физических лиц бывают страховая защита от укуса клеща и авансовые программы лечебных учреждений (в части амбулаторно-поликлинической и стоматологической помощи), где страховщик выступает только в роли финансового посредника. При необходимости есть возможность купить полис с экстренной стационарной помощью. Плановая стационарная помощь физическим лицам в системе ДМС доступна только через депозитную программу страхования, в которой страховщик не несёт никаких рисков, поскольку застрахованный полностью оплачивает страховщику плановое стационарное лечение, а также расходы на ведение дела. Страховая программа ДМС остаётся недоступной за счёт личных средств большинству граждан, прежде всего из-за её высокой стоимости [12].

Для большинства граждан РФ полис ДМС по-прежнему доступен только в рамках корпоративного страхования. Ключевым стимулом развития корпоративного ДМС, по мнению автора данной работы, по-прежнему остаются налоговые льготы для работодателя (страховые взносы на ДМС не облагаются налогом на доходы физических лиц, согласно п. 3 ст. 213 Налогового кодекса РФ). При этом работодателю не обязательно страховать всех работников организации. Недостаточная нормативно-правовая база в регулировании ДМС позволяет работодателю получить налоговые льготы, застраховав, например, только руководителя организации и членов его семьи. Более того, при депозитном договоре страхования средствами депозита страхователь распоряжается самостоятельно, получая возможность через посредника (в лице страховой организации) «покупать» любые медицинские услуги для любого застрахованного [14].

Отдельно следует отметить, что оплата санаторно-курортного лечения облагается налогом на доходы физических лиц (согласно п. 1.3 ст. 213 Налогового кодекса РФ). При этом практически идентичные по факту медицинские услуги можно получить без уплаты налогов, оплатив путёвку на реабилитационно-восстановительное лечение, которое не облагается налогом на доходы физических лиц.

Помимо недостаточного нормативно-правового регулирования, развитию ДМС препятству-

ет неуклонный рост стоимости медицинских услуг, связанный как с «медицинской инфляцией», так и с высокой степенью монополизации рынка медицинских услуг в РФ. Внедрение в практику современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения, а также расходных материалов существенно повышает стоимость медицинских услуг во всём мире.

В конечном счёте «медицинская инфляция» и монополизация рынка платных медицинских услуг в РФ приводят к росту убыточности договоров ДМС. Страховщики, борясь с убыточностью, вынуждены различными способами снижать расходы на медицинские услуги для застрахованных. Традиционным способом сдерживания убыточности по договорам ДМС служит переориентация застрахованных на более «выгодные» для страховщика лечебные учреждения, с которыми у него есть определённые договорённости в части финансовых обязательств.

Современным и перспективным методом, позволяющим снизить обращаемость застрахованных в медицинские учреждения, служит франшиза (когда застрахованный несёт частичные обязательства по оплате медицинских услуг). Многие страховые компании разработали данную опцию, когда по факту выставления счёта страховщику застрахованный обязан частично оплатить полученные медицинские услуги. Механизм работы данного инструмента у каждого страховщика свой.

Размер финансовой ответственности у каждого договора страхования индивидуален, но, как правило, не превышает 10–20%. Кроме того, к франшизе можно подключить не все лечебные учреждения программы страхования, а только некоторые (наиболее дорогие или с высоким уровнем обращаемости) [15].

Подобный инструмент позволяет снизить расходы страховщика на медицинские услуги и убыточность по договорам ДМС, что в итоге приводит к снижению стоимости полиса ДМС как для страхователя, так и для застрахованного. Более того, финансовая ответственность за медицинские услуги повышает ответственность застрахованного гражданина за своё здоровье [16].

Несмотря на снижение доступности медицинской помощи при франшизных договорах, разделение финансовой ответственности между страховщиком и застрахованным за медицинские услуги в перспективе может стать ведущим инструментом, который повысит доступность полиса ДМС для граждан РФ путём снижения его стоимости.

Таким образом, можно сделать вывод, что почти через 30 лет после образования системы ДМС в РФ актуальной проблемой остаётся разработка нормативно-правовой базы данного сегмента страхования, так как в отличие от ОМС закона, регулирующего ДМС, в настоящее время не существует.

Кроме того, для развития ДМС необходимо на законодательном уровне запретить открытые в настоящий момент возможности для осуществления «псевдостраховой» деятельности: «депозитные» договоры, а также страховые продукты, в которых страховые компании выступают только в роли посредников и не несут никаких финансовых рисков. Медицинское страхование должно осуществляться только в рамках рискованных договоров, где присутствует принцип неопределённости наступления страхового случая.

Также необходимо разработать меры, регламентирующие принципы корпоративного страхования. Предприятие не должно получать налоговые льготы при страховании только определённой части своих сотрудников (вне зависимости от их положения в компании). Застрахованы должны быть все сотрудники предприятия.

В целях дальнейшего развития корпоративного сектора ДМС и увеличения охвата страховой защитой трудоспособной части населения РФ необходимо на государственном уровне разработать нормативно-правовую базу данного вида медицинского страхования.

Отдельно следует уделить внимание страховой защите трудовых мигрантов, которые вынуждены приобретать полис ДМС для получения разрешения на работу в РФ. Для этой цели необходимо, в первую очередь, провести обновление нормативной базы организации медицинской помощи трудовым мигрантам, а также установить конкретный перечень заболеваний и состояний, по которым страховщик обязан провести оплату лечения данной категории застрахованных. Нормативно-правовое регулирование организации неотложной медицинской помощи данной категории застрахованных, по мнению автора работы, остаётся актуальной проблемой российского здравоохранения в настоящее время.

ВЫВОДЫ

1. Для дальнейшего развития добровольного медицинского страхования необходимо на государственном уровне разработать мероприятия по снижению стоимости и повышению доступности полиса для граждан Российской Федерации.

2. С целью оптимизации организации медицинской помощи трудовым мигрантам необходимо в первую очередь разработать нормативно-правовое регулирование организации неотложной медицинской помощи.

3. Главным препятствием развития добровольного медицинского страхования в Российской Федерации является низкий уровень доходов основной части населения.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Обзор ключевых показателей деятельности страховщиков*. Информационно-аналитический материал. 2018; (4): 20–33. http://www.cbr.ru/content/document/file/71180/review_insure_18q4.pdf (дата обращения: 29.04.2019). [*Obzor klyuchevykh pokazateley deyatel'nosti strakhovshchikov. Informatsionno-analiticheskiy material*. (Overview of key performance indicators of insurers. Information and analytical material.) 2018; (4): 20–33. http://www.cbr.ru/content/document/file/71180/review_insure_18q4.pdf (access date: 29.04.2019). (In Russ.)]
2. *Система ОМС в РФ*. <http://www.ffoms.ru/system-oms> (дата обращения: 01.05.2019). [*The system of compulsory medical insurance in the Russian Federation*. <http://www.ffoms.ru/system-oms> (access date: 01.05.19). (In Russ.)]
3. Решетников В.А., Водяненко И.М., Лавриненко О.В. и др. *Менеджмент в современном здравоохранении*. Саратов — Санкт-Петербург: Полиграфический салон «Бонапарт». 2003; 258 с. [Reshetnikov V.A., Vodyanenko I.M., Lavrinenko O.V. et al. *Menedzhment v sovremennom zdравоохранenii*. (Management in modern healthcare.) Saratov — Sankt-Peterburg: Poligraficheskiy salon «Bonapart». 2003; 258 p. (In Russ.)]
4. *История становления и развития ДМС в России*. <https://insur-portal.ru/dms/istoriya-dms-v-rf> (дата обращения: 01.05.2019) [*The history of the formation and development of voluntary medical insurance in Russia*. <https://insur-portal.ru/dms/istoriya-dms-v-rf> (access date: 02.07.19). (In Russ.)]
5. Закон РФ от 27.11.1992 №4015-1 (ред. от 31.12.1997) «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Редакция от 31.12.1997. <https://zakonbase.ru/content/base/25063> (дата обращения: 01.05.2019). [Law of the Russian Federation of 27.11.1992 No. 4015-1 (rev. from 31.12.1997) "On the organization of insurance business in the Russian Federation". Edition of 31.12.1997. <https://zakonbase.ru/content/base/25063> (access date: 02.07.19). (In Russ.)]
6. Клишина Ю.Е., Овчаренко А.П., Агаркова А.В. и др. *Страхование*. Учебник. Ставрополь: АГРУС. 2017; 433 с. [Klishina Yu.E., Ovcharenko A.P., Agarkova A.V. et al. *Strakhovanie*. Uchebnik. (Insurance. Textbook.) Stavropol': AGRUS. 2017; 433 p. (In Russ.)]
7. *Рисковое и депозитное ДМС — в чём их сходства и различия*. <https://insur-portal.ru/dms/riskovoe-i-depozitnoe> (дата обращения: 01.05.2019). [*Risk and deposit VMI — what are their similarities and differences*. <https://insur-portal.ru/dms/riskovoe-i-depozitnoe> (access date: 02.07.19). (In Russ.)]
8. Баженов А.М. Добровольное медицинское страхование в России, состояние и пути развития. *Сибирский мед. ж.* 2008; (2): 60–61. [Bazhenov A.M. Voluntary medical insurance in Russia, state and ways of development. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2008; (2): 60–61. (In Russ.)]
9. Решетников В.А. *Организация медицинской помощи в Российской Федерации*. М.: МИА. 2018; 432 с. [Reshetnikov V.A. *Organizatsiya meditsinskoй pomoshchi v Rossiyskoy Federatsii*. (Organization of medical care in the Russian Federation.) Moscow: MIA. 2018; 432 p. (In Russ.)]
10. Куликов А.Ю. Роль страховых компаний в развитии рынка медицинских услуг и его социализация. *Фармакоэкономика*. 2010; 3 (2): 44–55. [Kulikov A.Yu. The role of insurance companies in the development of the medical services market and its socialization. *Farmakoeconomika*. 2010; 3 (2): 44–55. (In Russ.)]
11. *Трудовой кодекс Российской Федерации (ред. от 01.04.2019)*. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/d19bd5b2768f6a2a6909730dd0bdb4fda91c42a4/ (дата обращения: 01.05.2019). [*Labor Code of the Russian Federation (ed. 04/01/2019)*. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/d19bd5b2768f6a2a6909730dd0bdb4fda91c42a4/ (access date: 01.05.19). (In Russ.)]
12. *ДМС страхование для взрослых*. <https://davaisravnim.ru/dms/kalkulator/> (дата обращения: 07.07.2019). [*VNI insurance for adults*. <https://davaisravnim.ru/dms/kalkulator/> (access date: 07.07.19). (In Russ.)]
13. *Федеральная служба государственной статистики*. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/level/# (дата обращения: 02.07.2019). [*Federal State Statistics Service*. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/level/# (access date: 02.07.19). (In Russ.)]
14. Орланюк-Малицкая Л.А. *Страхование*. В 2 т. Учебник для академического бакалавриата. М.: Юрайт. 2015; 872 с. [Orlanyuk-Malitskaya L.A. *Strakhovaniye*. V 2 t. Uchebnik dlya akademicheskogo bakalavriata. (Insurance. In 2 vol. Textbook for academic undergraduate.) Moscow: Yurayt. 2015; 872 p. (In Russ.)]
15. Кривошапко Ю. Малый бизнес стал чаще страховать своих сотрудников. *Рос. газета*. Спецвыпуск №92 (7850) <https://rg.ru/2019/04/24/malyj-biznes-stal-chashche-strahovat-svoih-sotrudnikov.html> (дата обращения: 02.07.2019). [Krivoshapko Yu. Small business more rarely insures its employees. Krivoshapko Yu. Small businesses are more likely to insure their employees. *Rossiyskaya gazeta*. Special issue No. 92 (7850) (access date: 02.07.19). (In Russ.)]
16. Фаррахов А.З., Омеляновский В.В., Сисигина Н.Н. Проблемы формирования модели финансового обеспечения национальной системы здравоохранения. *Финансовый ж.* 2015; (1): 5–16. [Farrakhov A.Z., Omelyanovskiy V.V., Sisigina N.N. Problems of forming a model of financial support for the national health system. *Finansovyy zhurnal*. 2015; (1): 5–16. (In Russ.)]