АНАЛІЗ РИНКУ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Суспільні трансформації в Україні, що спостерігались протягом останніх років, спрямовані на запровадження принципів ринкової економіки, не призвели до адекватних перетворень у системі охорони здоров'я, діяльність якої і далі здійснюється на засадах адміністративних господарських відносин, що супроводжується незадовільним рівнем суспільного здоров'я, неефективністю механізмів фінансового захисту громадян у разі захворювання, низькою економічною ефективністю діяльності галузі та якістю медичної допомоги, відсутністю задоволення потреб громадян в охороні здоров'я та медичній допомозі. Перехід до соціально орієнтованих та ринкових принципів в охороні здоров'я на основі різних форм власності, а також пошук шляхів подолання основних проблем галузі в Україні, зокрема браку фінансових ресурсів та незадовільної якості медичного забезпечення населення, вимагають нового підходу до формування товарно-ринкових відносин у галузі та спонукають переходити до системи, що базується на поширенні добровільного медичного страхування.

Звісно, грунтовне дослідження цієї проблеми не могло залишитись поза увагою наукових кіл. Тому, проблемам теорії та практики організації добровільного медичного страхування присвячена достатня кількість робіт. Зокрема, у науковій та фаховій літературі з цього питання значну увагу приділено саме особливостям, функціям, тенденціям та закономірностям розвитку даного виду страхування. Так, цим питанням присвячували роботи такі вітчизняні науковці, як: Єрмілов В.С., Колоденко В.О., Москаленко В.Ф., Макомела Р.П., Пономаренко В.М., Гоцуляк С.А., Черешнюк Г.С., Сергета І.В., Пилипчук В.Л., Краснова Л.І., Боровський Б.Р., Окунський А.Р., Пащенко В.М., Капшук О.Г., Ситник А.П. та ін. Також дана проблематика неодноразово розглядалися і у спеціальних публікаціях директорів та менеджерів самих страхових компаній, що працюють на ринку добровільного медичного страхування України: Згоняйко В., Гузек А., Сірахова І., Дольника В., Дробязко О. та ін. Разом з тим, економічні умови розвитку ринку добровільного медичного страхування коригуються із розвитком економіки, зміною рівня життя громадян, появою на ринку добровільного медичного страхування нових гравців і тому потребують адекватної оцінки та теоретичного осмислення сучасних основних проблем та перспектив поширення даного виду страхування, що головним чином визначені реаліями вітчизняних економічних умов.

Добровільне медичне страхування є соціальним видом страхування, мета якого – організація та фінансування наданих застрахованим медичних послуг (допомоги) відповідного обсягу та якості, обумовлених програмами добровільного медичного страхування. Це недержавний вид страхування, який вирізняється формою власності й організаційно-правовими формами страхових організацій, що задіяні у процесі соціального страхування.

У 1996 році в Україні було прийнято Закон «Про страхування», яким передбачено можливості розвитку добровільного медичного страхування [1].

Згідно з інструкцією «Про порядок видачі суб’єктами підприємницької діяльності ліцензій на здійснення страхової діяльності на території України. Умови і правила її здійснення та контроль за їх дотриманням» від 15 липня 1996 року було визначено, що страховики України можуть отримати ліцензію на два види страхування, які проводяться в добровільній формі за напрямом медичного страхування: страхування здоров’я на випадок хвороби та безперервне страхування здоров’я.

Страхування здоров’я на випадок хвороби передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби (однієї або декількох), про що зазначається в договорі страхування (інфекційних хвороб, хвороб серцево-судинної системи, систем дихання тощо). У разі настання страхового випадку страхова сума або її частина має бути виплачена застрахованій особі. Якщо правила страхування передбачають оплату страховиком наданих застрахованому медичних послуг, то така оплата здійснюється за його розпорядженням.

Безперервне страхування здоров’я має на меті поліклінічне обслуговування застрахованого, у т.ч. аптечне, стаціонарне, послуги невідкладної медичної допомоги, а також стоматологічну допомогу. Воно проводиться на випадок захворювання, яке триває не менш як два тижні, а договори страхування укладаються на строк не менш як три роки. У разі настання страхового випадку здійснюються послідовні виплати застрахованому в межах терміну та місця дії договору страхування протягом періоду захворювання.

Обидва два види добровільного медичного страхування не передбачають будь-якої виплати після закінчення строку дії договору страхування.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним і колективним. При індивідуальному страхуванні страхувальниками виступають окремі громадяни, які уклали договір із страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок своїх власних доходів.

При колективному страхуванні страхувальником є підприємство, організація, установа, яка уклала договір із страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо). Юридичні особи сплачують страхові внески з одержаного прибутку.

Добровільне страхування передбачає страхування витрат на лікування застрахованих та витрат, не пов’язаних з лікуванням. Страхування витрат, які не пов’язані з лікуванням, є більш простим видом, оскільки його здійснення не потребує узгодження вартості медичних витрат. Виплата за такими договорами може відбутися у вигляді певної страхової суми, обумовленої в договорі страхування, або у вигляді добових виплат. При здійснення видів страхування, які передбачають відшкодування витрат на лікування застрахованого, виникають значні труднощі, пов’язані з установленням обсягу відповідальності, розрахунком тарифних ставок та розміру страхової суми тощо, які вказані у страховому полісі. Крім того, у ньому зазначаються [6]:

1) обсяги надання медичних послуг;

2) можливість вибору умов отримання медичної допомоги;

3) економічність і якість послуг, що надаються;

4) вид і розмір оплати;

5) порядок виставлення рахунків і контролю за звітністю;

6) забезпечення медичного обслуговування по всій території країни тощо.

Програми добровільного медичного страхування розширюють можливості громадян та поліпшують умови надання їм профілактичної, лікувально-діагностичної чи реабілітаційної допомоги. Страховим полісом також передбачається, що у разі втрати здоров’я застрахованим у зв’язку із захворюванням або нещасним випадком страхова організація оплачує рахунки лікувального закладу, виходячи з фактичної кількості днів лікування застрахованого за встановленими у договорі щоденними нормативами вартості лікування.

Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування встановлюються за згодою страховика і медичної установи, що обслуговує застрахованих. Розміри страхових внесків визначаються на договірній основі страховиком і страхувальником з урахуванням оцінки ймовірності захворювання страхувальника у зв’язку з віком, професією, станом здоров’я тощо.

Добровільне медичне страхування має на меті забезпечити страхувальникові (застрахованому) гарантії повної або часткової компенсації страховиком додаткових витрат, пов’язані із зверненням до медичної установи за послугою, яка надається згідно з програмою добровільного медичного страхування, - оплати вартості медичної допомоги (послуг) за рахунок коштів страхових резервів, а також фінансування профілактичних заходів.

Основними завданнями, які вирішуються у процесі застосування добровільного медичного страхування, є [4]:

1) забезпечення охорони здоров’я та відтворення населення;

2) розвиток медичного обслуговування;

3) фінансування системи охорони здоров’я;

4) перерозподіл коштів, що використовуються на оплату медичних послуг між різними верствами населення.

Програми добровільного медичного страхування обираються за бажанням страхувальника і залежать від його платоспроможності. Крім того, такий вид медичного страхування ґрунтується на принципі страхової солідарності, коли застрахована особа отримує медичну допомогу у випадках та в обсягах, що визначаються страховим договором згідно зі сплаченим страховим платежем.

Ринок добровільного медичного страхування ми розглядаємо як економічні відносини, що виникають при страховому захисті здоров’я між страховиками, медичними установами, страхувальниками, застрахованими особами, в яких у процесі обміну через механізм ринкових цін здійснюється узгодження та реалізація їх економічних інтересів щодо надання та отримання послуг з медичного страхування. „Економічний інтерес” – це реальний, зумовлений відносинами власності мотив і стимул соціальних дій щодо задоволення динамічних систем індивідуальних потреб [4]. Отже, економічні інтереси – це причина та умова взаємодії й саморозвитку економічних суб’єктів, які знаходять своє вираження у здійснюваних діях, спрямованих на задоволення потреб суб’єктів ринку.

В табл. 1.1 в якості ринкових суб’єктів, інтереси яких є первинними, виступають не лише страховики і страхувальники, а й медичні установи. Хоча страхова компанія є виробником страхової послуги з ДМС, вона виступає в ролі посередника між своїм клієнтом і ЛПЗ, а медична послуга лікувального закладу є основою страхової послуги. Тобто, якщо не відбувається погодження та реалізація інтересів між:

1) страховою компанією та медичним закладом;

2) між страхувальником та медичним закладом;

3) між страхувальником та страховою компанією, то ринок ДМС не може бути сформований.

На сьогоднішній день в Україні сформулювалась певна структура ринку ДМС Даний ринок можна розглядати як багаторівневу структуру зі складним механізмом взаємозалежних зв’язків між усіма структурними одиницями (рис. 1)[4].

Таблиця 1.1 - Економічні інтереси суб’єктів ринку медичного страхування

|  |  |
| --- | --- |
| Суб’єкт | Економічні інтереси |
| Страхова компанія | Отримання прибутку шляхом збільшення обсягів надходжень страхових платежів; формування повноцінного страхового портфеля |
| Медичний заклад | Отримання сталого потоку клієнтів, медична допомога яким гарантовано оплачується; утворення додаткового джерела фінансування; підвищення престижу медичного закладу; |
| Споживачі медичних послуг |  |
| Фізичні особи | Гарантія надання і оплати медичної допомоги;  оптимізація витрат на медичне обслуговування;  отримання комплексної страхової послуги, яка забезпечує все необхідне для відновлення і підтримки фахового та біологічного довголіття;  отримання превентивного лікування в рамках послуг з ДМС;  забезпечення захисту прав застрахованої особи |
| Юридичні особи | Стабілізація процесу відтворення робочої сили;  формування заохочувального соціального пакету;  можливість віднесення внесків з ДМС до валових витрат |

У Законі „Про страхування” сформульовані загальні вимоги до страхових організацій, у т.ч. тих, що здійснюють ДМС. Проте існує проблема підвищення надійності страхових медичних організацій, що беруть участь у ДМС.

Основною вимогою до страхової компанії, що займається ДМС, має бути забезпечення її фінансової стабільності, яка визначається не тільки розміром основного капіталу та співвідношенням власних і залучених коштів. Фінансова стабільність страховика значною мірою залежить від надійності банків, із якими він має договірні відносини; структури розміщення вільних коштів; інвестиційної діяльності; наявності договорів перестрахування тощо. Іншою важливою умовою для страхової компанії є рівень забезпечення захисту прав застрахованого при одержанні ним медичної допомоги. Насамперед, це експертиза якості надання медичної допомоги за програмами ДМС, наявність кваліфікованого персоналу, досвід роботи з ДМС, достатній обсяг зібраної страхової премії.



Рисунок 1. 1. - Структура ринку ДМС

Добровільне медичне страхування можна вважати повноцінним сегментом національного страхового ринку, і ми маємо всі підстави стверджувати, що його становлення відбулось. На сьогодні воно посідає своє місце у структурі страхового ринку України. Проте динаміка його розвитку є дещо суперечливою.

Так, за показниками вітчизняного страхового ринку добровільного медичного страхування за період 2006-2009 років простежується приріст валових страхових премій з 326396,7 тис. грн. у 2006 році, до 433118,6 тис. грн. у 2007 році, до 578254,5 тис. грн. у 2008 році та до 762352,4 у 2009 році. Проте, така тенденція зростання страхових платежів по добровільному медичному страхуванню одночасно простежується на ряду із зростанням валових страхових виплат: з 211448,2 тис. грн. у 2006 році, до 297184,4 тис. грн. у 2007 році, до 408819,76 тис. грн. у 2008 році та до 551421,3 у 2009 році [8,5]. Зростання страхових премій, а також страхових виплат за даним видом страхування зумовлене погіршенням рівня суспільного здоров’я, відсутністю задоволення потреб громадян в охороні здоров’я та медичній допомозі, низькою економічною ефективністю діяльності галузі та якістю медичної допомоги.

При чому, страховики констатують, що структура попиту на добровільне медичне страхування останніми роками зазнала значних змін. По-перше, усе активніше цікавляться цим видом страхування вітчизняні підприємства, що турбуються про соціальний захист своїх працівників, тоді як раніше серед покупців були переважно іноземці. По-друге, медичне страхування перестає бути привілеєм київських підприємств. До процесу страхування енергійно долучаються регіони. Так, у деяких компаніях обсяги регіональних продажів полісів добровільного медичного страхування уже значно перевищують столичні.

Загалом же, нині в Україні оформити поліс добровільного медичного страхування пропонують, за даними журналу “Експерт Україна”, близько 80-и страхових компаній, але по-справжньому зацікавлені в цьому виді страхування і роблять на нього ставку тільки близько двадцяти. Серед них “ПРОСТО-страхування”, “ІНГО-Україна”, “АСКА”, “Інкомстрах”, “PZU Україна”, “Провідна”, “ALLIANZ Україна”, “Алькона”, “Оранта”, “Кредо-Класик”, а також “Нафтагазстрах” [7].

Ринок добровільного медичного страхування в Україні стрімко розвивається. Приємною несподіванкою для страховиків у 2009 році стало те, що ДМС пройшло тест на стресостійкість і в нових економічних умовах стало більш стійким до кризових явищ. Падіння у сегменті добровільного медичного страхування вдалось уникнути — роботодавці платили внески іноді навіть за рахунок прибутку, адже здоров’я і лояльність персоналу — це запорука успішності установи особливо в кризовий час. У реаліях, що склались сьогодні, це єдиний корпоративний вид страхування, який показав позитивну динаміку.

У зв’язку з привабливістю цього сегмента ринку у першому півріччі 2010 року на ньому з’явилися нові страхові компанії, а також пожвавили свою діяльність компанії, які не дуже активно займалися цим видом страхування раніше [7].

На ринку добровільного медичного страхування (ДМС) спостерігалося посилення конкуренції, що спричинило демпінг цін на пропоновані послуги з медстрахування зі сторони деяких страхових компаній. Щоб залучити клієнтів, окремі страхові компанії часто знижують ціни на медичне страхування на 25-35%. Природно, що в умовах, коли вартість медичних препаратів постійно зростає, такий демпінг не може тривати довго. Фактично можливості для політики здешевлення страхових медичних полісів вичерпалися вже в першому півріччі поточного року. Страхові компанії, що раніше залучали клієнтів за допомогою занижених тарифів, зараз починають зазнавати труднощів з виплатами. Вони обмежують обслуговування клієнтів, відмовляють в оплаті медичних послуг і достроково розривають договори, що були укладені за демпінговими тарифами.

На думку експертів, страхові компанії, які пропонували корпоративним клієнтам поліси за заниженими цінами повинні будуть в другому півріччі 2010 року або збільшити ціни, або піти з цього ринку, щоб уникнути банкрутства [7].

Більшість страховиків пропонують страховки тільки для VIP-клієнтів. Враховуючи, що доходи українських громадян падають, можливість для отримання доступного медичного страхування в поточному році буде залишатися низькою.

За оцінками аналітиків, істотне зростання ринку медичного страхування можливе тільки після введення норми обов’язкового медичного страхування, оплачувати яку повинен буде роботодавець. Головною перевагою цієї норми буде масовість, що спричинить зниження тарифів на послуги медичного страхування.

Аналітики вважають, що вітчизняні страхові компанії вийдуть з фінансової кризи з меншими втратами, ніж банки та інші фінансові установи. Однак їм доведеться відновлювати свій капітал, переглянути систему управління ризиками, адаптувати страховий бізнес до змін та агресивно використовувати можливості зростання. За таких умов страховий ринок уже до кінця поточного року буде здатний продемонструвати ознаки свого росту.

Незважаючи на в цілому позитивні тенденції у розвитку добровільного медичного страхування на теренах вітчизняного страхового ринку, даний сегмент поки що є не досить розвиненим. Насамперед, це стосується того, що самі страховики не надто бажають співпрацювати з медициною, оскільки на їх переконання це невиправдано складно і невигідно, з точки зору страхових виплат, рівень яких нижче 45-60% не опускається, зумовлюючи діяльність вітчизняних страховиків практично на межі рентабельності. В свою чергу, українці не поспішають купувати поліси добровільного медичного страхування, тому що, вони, як і раніше, залишаються досить дорогим задоволенням, незважаючи на те, що медичне страхування уже перестало бути ексклюзивною послугою.

Так, вартість найдешевших продуктів економ-класу становить близько 300 у.о. на людину на рік, за умови, що до нього увійде повний набір потрібних послуг: лікування в стаціонарі, невідкладна допомога, поліклінічне обслуговування і забезпечення медикаментами на всіх етапах лікування. Але, власники таких дешевих програм можуть розраховувати лише на обслуговування в державних і відомчих клініках. Дорогі програми класу “еліт” коштують приблизно втричі дорожче – близько 1000 у.о. Проте, за ці гроші страхувальник одержує уже не потрібний мінімум, а повний комплекс послуг (звісно ж у комерційних клініках), що передбачає і додаткові програми, серед яких стоматологічне обслуговування, а також профілактичні програми – вакцинація проти грипу, вітамінізація [3].

Важливою проблемою, крім цінового фактора, є те, що на сьогодні ринок добровільного медичного страхування розвивається поки що основним чином за рахунок корпоративного напрямку, завдяки якому він зростає на 20-30% щорічно. Страхування ж фізичних осіб є для страховиків не вигідним, оскільки заплативши за медичну страховку, що є очевидним свідченням наявних або потенційних проблем зі здоров’ям, клієнт прагне по максимуму використовувати поліс. Корпоративні ж клієнти прибутковіші, оскільки компанії страхують відразу 100-500 працівників (часто за найдорожчою програмою з великим набором послуг), багато хто з яких взагалі не ходить до лікарів.

Наступним стримуючим фактором розвитку добровільного медичного страхування, є те, що з точки зору економічного мотиву страхові компанії зацікавлені співпрацювати з державними лікувально-профілактичними установами з притаманною їм бідністю, дешевими і малоефективними ліками, відсутністю уваги персоналу. Але, зважаючи на ряд факторів, наступного разу клієнт страхового полісу в цього страховика не купить.

Не менш важливою проблемою є те, що сьогодні страхові компанії не мають реального механізму контролю за якістю наданих страхувальнику послуг та важелів впливу на поліпшення якості обслуговування саме в закладах охорони здоров’я державної і комунальної форм власності. У зв’язку з цим розвиткові добровільного медичного страхування суттєво перешкоджає проблемний державний медичний сектор. Тому останнім часом спостерігається тенденція до будівництва власних клінік страховиками.

Існують ще й загальнодержавні проблеми, що так чи інакше здійснюють свій коригуючий вплив на розвиток і умови функціонування даного виду страхування. Серед них політична та економічна нестабільність, низький рівень доходів населення, непослідовний підхід до реформування соціального сектора, відсутність оптимальної податкової політики, яка б стимулювала розвиток медичного страхування, недооцінка ролі недержавних фінансових інститутів тощо.

До найважливіших проблем у сфері медичного страхування відносять [3]:

1) забезпечення конкурентного середовища на ринку медичних послуг у разі прийняття законодавчих актів з питань обов’язкового медичного страхування;

2) створення умов розвитку добровільного медичного страхування, яке б забезпечувало покриття витрат за надання медичної допомоги понад обсяг або в його межах і на рівні, визначених програмами обов’язкового медичного страхування, як ефективне доповнення до обов’язкового медичного страхування;

3) здійснення оподаткування сукупного доходу громадян у разі отримання страхових виплат за договорами добровільного медичного страхування відповідно до бази та ставок, передбачених договорами обов’язкового медичного страхування;

4) посилення зацікавленості роботодавців у збереженні здоров’я своїх працівників шляхом установлення економічних стимулів щодо коштів, що виділятимуться підприємствами на добровільне медичне страхування;

5) законодавче врегулювання питання щодо можливості внесення юридичними особами (роботодавцями) до складу собівартості продукції витрат за договорами добровільного медичного страхування на сплату страхових платежів на страхування своїх працівників;

6) підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі добровільного медичного страхування, шляхом установлення вимог до їх ліцензування згідно з чітко встановленими критеріями;

7) забезпечення надходження коштів до установ добровільного медичного страхування, підвищення зацікавленості медичних установ, роботодавців і громадян шляхом створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги;

8) забезпечення контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі добровільного медичного страхування, незалежно від їх відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми .

Нагальним на сьогодні є і вирішення питань щодо підвищення надійності страхових організацій, що працюватимуть у системі добровільного медичного страхування, шляхом встановлення вимог до їхнього ліцензування відповідно до чітко встановлених критеріїв; забезпечення надходження коштів у систему добровільного медичного страхування, підвищення зацікавленості медичних установ, роботодавців і громадян шляхом створення уніфікованої оптимальної системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги; забезпечення контролю за використанням єдиних стандартів усіма медичними установами, що працюють у системі добровільного медичного страхування, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості та організаційно-правової форми.

Необхідно розвивати також і конкуренцію серед страховиків, що спеціалізуються на даному виді страхування, від чого має виграти, насамперед, вітчизняний споживач.

Оскільки конкурентне середовище в перспективі створить умови для зниження ціни купівлі страхового полісу з добровільного медичного страхування, а також підвищення рівня якості медичних послуг, які пропонуватимуться страховиками страхувальникам.

Водночас розвиток добровільного медичного страхування вимагає значного удосконалення нормативно-методичної бази, зміни податкової політики, підвищення фінансової надійності страхових компаній, а також підвищення страхової культури населення, зокрема й медичних працівників.

Така система заходів дозволить створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги, зменшить навантаження на державний та місцеві бюджети та долю тіньової медицини в системі медичного обслуговування, допоможе уникнути необґрунтованих витрат на надання зайвих медичних послуг з метою одержання додаткового прибутку, підвищить фінансовий стан працівників медичних установ.

В Україні крім системи охорони здоров’я, що знаходиться у віданні МОЗ, існує низка паралельних систем міністерств та відомств, які здебільшого дублюють функції територіальних медичних закладів і поглинають значну частину видатків з Державного бюджету на охорону здоров’я.

Для ліквідації дублювання і створення єдиного медичного простору передбачається:

1) сконцентрувати всі кошти з Державного бюджету на рівні МОЗ, прийнявши відповідну державну програму;

2) передати заклади, що знаходяться у відомчому підпорядкуванні, на територіальний рівень, за виключенням медичної служби Міністерства оборони, Служби безпеки України та структур промислової медицини.

Такі кроки ні в якому разі не повинні бути спрямовані на так звану “монополізацію влади” міністерством, а виключно на наведення ладу в галузі.

Для втілення у соціальну практику стратегії “Здоров’я для всіх” національна система охорони здоров’я має спиратися на основні принципи, запропоновані Всесвітньою організацією охорони здоров’я (ВООЗ) – справедливість, солідарність, доступність. Метою політики та діяльності системи охорони здоров’я має бути “досягнення позитивного стану здоров’я”, а не зниження показників захворюваності, інвалідності та смертності.

ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРИ

1. Про страхування: Закон від 07.03.1996 р. № 85/96 – ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.rada.gov.ua.

2. Капшук О.Г. Сучасний стан і перспективи розвитку добровільного медичного страхування в Україні / О.Г. Капшук, А.П. Ситник, В.М. Пащенко // Фінансові послуги. – 2007. – №2. – С.17-21.

3. Кісельов Є.М. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в Україні / Є.М. Кісельов, С.В. Бурлаєнко, І.Г. Кірпа // Фінансові послуги. – 2009. – №1. – С.24-27.

4. Нагайчук Н.Г. Суб’єктна складова добровільного медичного страхування / Н.Г. Нагайчук // Вісник КНТЕУ. – 2006. – № 1. – С. 64 – 69.

5. Стецюк Т.І. Показники розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні / Т. І. Стецюк // . – Наука й економіка. – 2009. - №4 (16), Т.1. – С. 143-147.

6. Черешнюк Г.С. Проблеми впровадження добровільного медичного страхування та шляхи їх розв'язання / Г.С. Черешнюк, І.В. Сергета // Фінансові послуги. – 2006. – №2. – С.22-26

7. Інформаційно-аналітичний портал Українського агентства фінансового розвитку

8. http: //forinsurer.com/