

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального директора
АО «Группа Ренессанс Страхование»

от 12 сентября 2018 г. № 001
(Приложение № 43.2 к Приказу)

Расчет и экономическое обоснование страховых тарифов к Правилам добровольного медицинского страхования (редакция 7.0)

Предлагаемая методика создана на основе методик расчета тарифных ставок по рисковым видам страхования, утвержденных Распоряжением Федеральной службы Российской Федерации по надзору за страховой деятельностью от 8 июля 1993 г. № 02-03-36.

Данные, необходимые для расчета страхового тарифа:

- n – планируемое число договоров;
- q – вероятность наступления страхового случая;
- S – средний размер страховой суммы по одному договору страхования;
- S_b – среднее страховое возмещение по одному договору страхования при наступлении страхового случая;
- γ – гарантия требуемой вероятности, с которой собранных взносов должно хватить на выплату возмещения по страховым случаям;
- $\alpha(\gamma)$ – коэффициент, который зависит от гарантии безопасности гамма. Его значение может быть взято из таблицы:

γ	0,84	0,9	0,95	0,98	0,9986
$\alpha(\gamma)$	1,0	1,3	1,645	2,0	3,0

Нетто-ставка T_n состоит из двух частей – основной части T_o и рискованной надбавки T_r :

$$T_n = T_o + T_r.$$

Основная часть нетто-ставки T_o соответствует средним выплатам страховщика, зависящим от вероятности наступления страхового случая q , средней страховой суммы S и среднего возмещения ставки S_b . Основная часть нетто-ставки рассчитывается по формуле:

$$T_o = 100 \times \frac{S_b}{S} \times q.$$

Рискованная надбавка T_r вводится для того, чтобы учесть вероятные превышения количества страховых случаев относительно их среднего значения. Рискованная надбавка рассчитывается по формуле:

$$T_r = 1,2 \times T_o \times \alpha(\gamma) \times \sqrt{\frac{1-q}{nq}}.$$

Брутто-ставка определяется по формуле:

$$T_b = \frac{T_n \times 100}{100 - f},$$

где f (%) – доля нагрузки в общей тарифной ставке.

Для всех расчетов гарантия безопасности взята равной 0,9986, то есть $\alpha(\gamma) = 3$.

В соответствии с правилами договор страхования может включать страховое покрытие следующих видов медицинской помощи:

1. **Амбулаторно-поликлиническая помощь** (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара), в том числе в дистанционном формате.
2. **Медицинская помощь на дому.**
3. **Стационарная помощь.**
4. **Стоматологическая помощь.**
5. **Скорая и неотложная медицинская помощь.**
6. **Реабилитационно-восстановительное лечение.**
7. **Дородовое наблюдение беременных.**
8. **Ведение родов и послеродового периода.**
9. **Лекарственная помощь** (обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения).
10. **Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации.**

Структура тарифной ставки: 30% – нетто-ставка, 70% – нагрузка.

В основу исходных данных для расчета страховых тарифов положена собственная статистика страховщика и экспертные оценки.

Расчет тарифных ставок по страховым рискам:

Страховой риск	Планируемое число договоров n	Вероятность наступления страхового случая q	Средняя страховая сумма S (тыс. руб.)	Среднее страховое возмещение Sb (тыс. руб.)	Основная часть нетто-ставки To (в % от страховой суммы)	Рисковая надбавка Tr (в % от страховой суммы)	Нетто-ставка Tn (в % от страховой суммы)	Брутто-ставка Tb (в % от страховой суммы)
1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара), в том числе в дистанционном формате	70 000	0,5000	3 000	5	0,0833	0,0011	0,0845	0,2816
2. Медицинская помощь на дому	50 000	0,39	300	1	0,1300	0,0026	0,1326	0,4421
3. Стационарная помощь	50 000	0,1700	6 000	40	0,1133	0,0040	0,1174	0,3912
4. Стоматологическая помощь	50 000	0,67	600	15,5	1,731	0,020	1,750	5,834
5. Скорая и неотложная медицинская помощь	50 000	0,30	500	7	0,420	0,010	0,430	1,434
6. Реабилитационно-восстановительное лечение	200	0,75	9 000	65	0,542	0,080	0,621	2,071
7. Дородовое наблюдение беременных	500	0,95	3 000	40,3	1,276	0,047	1,323	4,411
8. Ведение родов и послеродового периода	500	0,95	6 500	57	0,829	0,032	0,861	2,870

9. Лекарственная помощь (обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения)	10 000	0,20	7	6	16,785	1,225	18,010	60,032
10.Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации	100 000	0,01	30	11,1	0,405	0,044	0,449	1,122

Так как комплексная программа страхования включает в себя такие виды помощи, как амбулаторная помощь, стационарная помощь, стоматологическая помощь, восстановление и реабилитация, то страховой тариф по комплексной программе произведен с использованием брутто-ставок по составляющим программам с учетом соотношения страховых сумм для данных программ:

$$T = (3000000 * 1,567 + 6000000 * 0,391 + 600000 * 5,834 + 9000000 * 2,071) / (3000000 + 6000000 + 600000 + 9000000) = 1,569\%$$

РАСЧЕТ ПОПРАВОЧНЫХ КОЭФФИЦИЕНТОВ К ТАРИФНЫМ СТАВКАМ

1. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по ДМС в зависимости от пола и возраста.

Для стационара

Возраст (AGE)	Ж	М
0<=AGE<=5	1,03	0,88
6<=AGE<=10	1,18	0,98
11<=AGE<=15	1,19	1,32
16<=AGE<=20	1,04	1,31
21<=AGE<=25	0,77	1,10
26<=AGE<=30	0,59	0,65
31<=AGE<=35	0,54	0,76
36<=AGE<=40	0,66	0,83
41<=AGE<=45	0,86	1,01
46<=AGE<=50	1,04	1,24
51<=AGE<=55	1,22	1,51
56<=AGE<=60	1,83	1,73
> 60	2,24	1,81

Для стоматологии

Возраст	Ж	М	Возраст	Ж	М	Возраст	Ж	М
1	0,22	0,08	32	1,42	0,79	63	0,95	0,95
2	0,29	0,11	33	1,38	0,78	64	0,97	0,97
3	0,36	0,14	34	1,35	0,77	65	0,99	0,99
4	0,43	0,18	35	1,32	0,76	66	1,02	1,02
5	0,50	0,21	36	1,28	0,75	67	1,05	1,05
6	0,57	0,25	37	1,25	0,74	68	1,10	1,10
7	0,64	0,28	38	1,21	0,73	69	1,12	1,12
8	0,71	0,31	39	1,18	0,71	70	1,14	1,14
9	0,78	0,35	40	1,14	0,70	71	1,29	1,29
10	0,85	0,38	41	1,11	0,69	72	1,35	1,35
11	0,92	0,41	42	1,08	0,68	73	1,38	1,38
12	0,99	0,45	43	1,04	0,67	74	1,41	1,41
13	1,06	0,48	44	1,01	0,66	75	1,39	1,39

14	1,13	0,51	45	0,97	0,65	76	1,43	1,43
15	1,20	0,55	46	0,94	0,63	77	1,47	1,47
16	1,27	0,58	47	0,91	0,62	78	1,50	1,50
17	1,34	0,61	48	0,87	0,61	79	1,50	1,50
18	1,41	0,65	49	0,84	0,60	80	1,50	1,50
19	1,48	0,68	50	0,80	0,59	81	1,50	1,50
20	1,55	0,72	51	0,77	0,58	82	1,50	1,50
21	1,62	0,75	52	0,73	0,56	83	1,50	1,50
22	1,69	0,78	53	0,70	0,55	84	1,50	1,50
23	1,72	0,82	54	0,67	0,54	85	1,50	1,50
24	1,69	0,85	55	0,63	0,53	86	1,50	1,50
25	1,66	0,88	56	0,72	0,72	87	1,50	1,50
26	1,62	0,86	57	0,75	0,75	90	1,50	1,50
27	1,59	0,85	58	0,83	0,83	91	1,50	1,50
28	1,55	0,84	59	0,86	0,86	92	1,50	1,50
29	1,52	0,83	60	0,88	0,88	93	1,50	1,50
30	1,49	0,82	61	0,89	0,89	95	1,50	1,50
31	1,45	0,81	62	0,90	0,90	96	1,50	1,50

Для поликлиники

Возраст	Ж	М	Возраст	Ж	М	Возраст	Ж	М
1	1,54	1,63	32	1,27	0,62	63	1,36	1,05
2	1,49	1,57	33	1,21	0,62	64	1,39	1,08
3	1,45	1,52	34	1,14	0,63	65	1,41	1,11
4	1,41	1,47	35	1,07	0,63	66	1,43	1,14
5	1,36	1,41	36	1,01	0,63	67	1,46	1,17
6	1,32	1,36	37	1,04	0,63	68	1,48	1,20
7	1,28	1,31	38	1,07	0,63	69	1,50	1,23
8	1,24	1,25	39	1,10	0,64	70	1,53	1,26
9	1,19	1,20	40	1,14	0,64	71	1,55	1,29
10	1,15	1,15	41	1,17	0,64	72	1,57	1,32
11	1,11	1,09	42	1,21	0,64	73	1,59	1,35
12	1,06	1,04	43	1,24	0,65	74	1,62	1,38
13	1,02	0,99	44	1,28	0,65	75	1,64	1,41
14	0,98	0,93	45	1,31	0,65	76	1,66	1,44
15	0,93	0,88	46	1,35	0,65	77	1,69	1,47
16	0,86	0,81	47	1,38	0,66	78	1,71	1,50
17	0,93	0,75	48	1,42	0,66	79	1,73	1,53
18	0,99	0,69	49	1,45	0,66	80	1,76	1,56
19	1,05	0,63	50	1,48	0,66	81		
20	1,11	0,57	51	1,42	0,70	82		
21	1,21	0,57	52	1,40	0,74	83		
22	1,28	0,57	53	1,39	0,78	84		
23	1,34	0,57	54	1,37	0,82	85		
24	1,49	0,58	55	1,36	0,86	86		
25	1,46	0,58	56	1,35	0,89	87		
26	1,44	0,58	57	1,33	0,93	90		
27	1,41	0,59	58	1,32	0,97	91		
28	1,38	0,59	59	1,30	1,01	92		
29	1,35	0,59	60	1,29	1,05	93		
30	1,32	0,59	61	1,32	0,99	95		
31	1,29	0,60	62	1,34	1,02	96		

Если в коллективе несколько человек, то в качестве коэффициента выбирается средний коэффициент по всему коллективу.

2. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС в результате хронических заболеваний, инвалидности, в зависимости от тарифов медицинских организаций, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования, от срока (периода) страхования:

Факторы, влияющие на базовые тарифные ставки	Значение поправочного коэффициента	
	Мин.	Макс.
Хронические заболевания (определяет врач-эксперт)	1	5
Инвалидность III группы (определяет врач-эксперт), инвалидность I и II группы исключается из страхования	1	5
Тарифы* на услуги медицинских организаций, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования	0,05	5
Программы** медицинских организаций, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования	1	5
Регионы пребывания застрахованных, зоны страхового покрытия	0,5	2,5
Характер производственной деятельности	0,5	3
Наличие у Страховщика информации о медицинских затратах Застрахованных лиц	0,5	3
Срок (период) страхования меньше года (поправка к годовому тарифу)		
Для договоров длительностью до 3 месяцев	0,3	0,5
Для договоров длительностью от 3 месяцев до 6 месяцев	0,5	0,70
Для договоров длительностью от 6 месяцев до 9 месяцев	0,70	0,85
Для договоров длительностью от 9 месяцев до 1 года	0,85	1
Срок (период) страхования больше года (поправка к годовому тарифу)		
Для договоров длительностью от 1 до 1,5 года	1	1,8
Для договоров длительностью от 1,5 до 2 лет	1,1	2,3
Для договоров длительностью от 2 до 3 лет	2	3,5
Удаленность от медицинских организаций, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования	1	1,25

* Тарифы на одни и те же услуги в разных медицинских организациях, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования, могут быть разными и меняться в течение текущего финансового года.

** Программы медицинских организаций, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования, могут меняться в течение текущего финансового года, стоимость программы определяется по прейскуранту по добровольному медицинскому страхованию и зависит от стоимости услуг, входящих в программу.

№	Заболевание	Коэффициент*		
		стабильное течение обострения (1 раз в год)	рецидивирующее течение (обострение 2–3 раза в год)	непрерывно рецидивирующее течение или наличие недостаточности

								функции органов		
		Поли клини ка	Стаци онар	Стом атоло гия	Поли клини ка	Стаци онар	Стом атоло гия	Поли клини ка	Стаци онар	Стом атоло гия
1.	Гипертоническая болезнь	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
2.	ИБС	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
3.	Распространенный атеросклероз	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
4.	Ревматизм	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
5.	Приобретенные пороки сердца	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
6.	Нейроциркулятор ная дистония	1,5	1,5	1,5	2,3	3	3	3	4,5	4,5
7.	Хронический бронхит	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
8.	Бронхиальная астма	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
9.	Хронический гастрит	1,5	1,5	1,5	2,3	3	3	3	4,5	4,5
10.	Язвенная болезнь	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,8	3,6	6,3	5,4
11.	Хронический холецистит	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
12.	Желчнокаменная болезнь	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,8	3,6	8,3	5,4
13.	Хронический панкреатит	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	8,3	5,4
14.	Хронический гепатит	2,2	2,2	2,2	3,3	4,4	4,4	4,4	6,6	6,6
15.	Цирроз печени	2,4	2,4	2,4	3,6	4,8	4,8	4,8	7,2	7,2
16.	хронический пиелонефрит	1,8	1,8	1,8	2,7	3,6	3,6	3,6	5,4	5,4
17.	Хронический простатит	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
18.	Аденома предстательной железы	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
19.	Хронический гломерулонефрит	1,8	1,8	1,8	2,7	3,6	3,6	3,6	5,4	5,4
20.	Мочекаменная болезнь	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
21.	Миома матки	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
22.	Хронический аднексит	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
23.	Дисфункция яичников	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
24.	Остеохондроз позвоночника	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
25.	Заболевания щитовидной железы	1,7	2,1	1,7	2,6	4,2	3,4	3,4	6,3	5,1

26.	Геморрой	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
27.	Нейродермит	1,5	1,5	1,5	2,3	3	3	3	4,5	4,5
28.	Поллиноз	1,8	1,8	1,8	2,7	3,6	3,6	3,6	5,4	5,4
29.	Фиброзно-кистозная мастопатия	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
30.	Хронический колит	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
31.	Гипотрофия, недоношенность	1,5			2,3			3		
32.	Гипертонус (педиатр.)	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
33.	Первая беременность в возрасте > 35 лет	1,5								

* При наличии двух и более заболеваний коэффициент рассчитывается по следующей формуле: $K = A + 0,75B + 0,5C + 0,25D$,

где К – общий коэффициент, А, В, С, D – коэффициенты заболеваний. При этом $A > B > C > D$.

3. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС в зависимости от численности застрахованных сотрудников одного юридического лица (страхователя):

Для амбулаторной помощи

Численность	1–5	6–10	11–25	26–50	51–100	>100
Мин.	1,1	1,05	0,95	0,8	0,6	0,5
Макс.	1,5	1,25	1,1	1	0,95	1

Для стоматологической помощи

Численность	1–5	6–10	11–25	26–50	51–100	>100
Мин.	1,2	1,05	0,95	0,8	0,7	0,65
Макс.	1,6	1,2	1,1	1	1	1

Для стационарной помощи

Численность	6–10	11–20	21–30	31–50	51–100	>100
Мин.	1,2	0,9	0,7	0,6	0,55	0,5
Макс.	1,6	1,2	0,95	0,8	0,75	0,7

Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС к дополнительным программам для группы застрахованных сотрудников одного юридического лица (страхователя):

Факторы, влияющие на базовые тарифные ставки	Значение поправочного коэффициента	
	Мин.	Макс.
Дополнительные программы для группы застрахованных в зависимости от соотношения численности застрахованных и общей численности сотрудников	1	4

При расчете численности застрахованных учитываются только сотрудники страхователя. В случае принятия на страхование аффилированных организаций численности суммируются. Коэффициент каждого вида медицинской помощи определяется исходя из числа сотрудников, имеющих этот вид в своей программе.

4. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС в зависимости от средних выплат медицинских организаций на одного обратившегося за медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях, и стоматологической помощью, в которых планируется осуществлять

медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования, применяются для новых клиентов.

Тарифы по амбулаторной помощи корректируются в зависимости от средних выплат на одного обратившегося в медицинскую организацию, согласно таблице:

Средние выплаты на обратившегося**		Поправочный коэффициент*
От	До	
1 000	3 000	0,05–0,17
3 000	5 000	0,15–0,28
5 000	6 000	0,25–0,34
6 000	7 000	0,3–0,39
7 000	8 000	0,35–0,45
8 000	9 000	0,41–0,51
9 000	10 000	0,46–0,57
10 000	11 000	0,51–0,62
11 000	12 000	0,56–0,68
12 000	13 000	0,61–0,74
13 000	14 000	0,66–0,79
14 000	15 000	0,71–0,85
15 000	16 000	0,77–0,91
16 000	17 000	0,82–0,97
17 000	18 000	0,87–1,02
18 000	19 000	0,92–1,08
19 000	20 000	0,97–1,14
20 000	21 000	1,02–1,19
21 000	22 000	1,07–1,25
22 000	23 000	1,13–1,31
23 000	24 000	1,18–1,37
24 000	25 000	1,23–1,42
25 000	26 000	1,28–1,48
26 000	27 000	1,33–1,54
27 000	28 000	1,38–1,59
28 000	29 000	1,43–1,65
29 000	30 000	1,49–1,71
30 000	31 000	1,54–1,76
31 000	35 000	1,63–2,11
35 000	40 000	2,09–2,56
40 000	45 000	2,49–2,98
45 000	50 000	2,91–3,37
50 000	55 000	3,33–3,79
55 000	60 000	3,72–4,21
60 000	65 000	4,19–4,65
65 000	70 000	4,61–5,09

70 000	75 000	5,07–5,55
75 000	80 000	5,46–5,88
80 000	85 000	5,86–6,31
85 000	90 000	6,29–6,77
90 000	95 000	6,72–7,29
95 000	100 000	7,27–7,73
100 000	105 000	7,71–8,18
105 000	110 000	8,14–8,61
110 000	115 000	8,58–9,05
115 000	120 000	9,01–9,48
120 000	125 000	9,44–9,87
125 000	130 000	9,79–10,15
130 000	135 000	10,07–10,43
135 000	140 000	10,32–10,79
140 000	145 000	10,71–11,06
145 000	150 000	10,95–11,43
Более 150 000		11,43–14

* Поправочные коэффициенты зависят от средних выплат на одного обратившегося и конкретную медицинскую организацию.

** Средние выплаты на одного обратившегося рассчитываются на основе имеющихся у страховщика данных по выплатам. В случае если число обратившихся в данную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составило менее тридцати человек за двухлетний период, предшествующий расчету, то используется методика на основе преискуранта медицинской организации. Применяется методика, в основе которой лежит линейная регрессионная модель зависимости стоимости страхования в медицинской организации и стоимости выделенных услуг:

1. Прием врача терапевта: лечение/диагностирование, первичное, амбулаторное.
2. Прием акушера-гинеколога: лечение/диагностирование, первичное, амбулаторное.
3. Прием врача-офтальмолога: лечение/диагностирование, первичное, амбулаторное.
4. Прием отоларинголога: лечение/диагностирование, первичное, амбулаторное.
5. Общий анализ крови.
6. Общий анализ мочи.
7. Исследование методом ПЦР (соскоб_мазок_Chlamydia).
8. УЗИ почек и надпочечников.
9. УЗИ вагинальным датчиком.
10. УЗИ щитовидной железы.
11. ЭКГ в 12 отв.
12. РГ грудной клетки(2 снимка).
13. Массаж шейно-воротниковой зоны.
14. Мануальная терапия (общая).
15. Магнитотерапия (1 поле).

Тарифы по стоматологической помощи корректируются в зависимости от выплат на одного обратившегося, согласно таблице:

Средние выплаты на обратившегося**		Поправочный коэффициент*
От	До	
1 000	3 000	0,07–0,24
3 000	5 000	0,22–0,41
5 000	6 000	0,37–0,49
6 000	7 000	0,44–0,57
7 000	8 000	0,51–0,65
8 000	9 000	0,59–0,74
9 000	10 000	0,66–0,82
10 000	11 000	0,74–0,9
11 000	12 000	0,81–0,98
12 000	13 000	0,89–1,07
13 000	14 000	0,96–1,15
14 000	15 000	1,03–1,23
15 000	16 000	1,11–1,31
16 000	17 000	1,18–1,4
17 000	18 000	1,26–1,48
18 000	19 000	1,33–1,56
19 000	20 000	1,4–1,64
20 000	21 000	1,48–1,73
21 000	22 000	1,55–1,81
22 000	23 000	1,63–1,89
23 000	24 000	1,7–1,97
24 000	25 000	1,78–2,06
25 000	26 000	1,85–2,14
26 000	27 000	1,92–2,22
27 000	28 000	2–2,3
28 000	29 000	2,07–2,39
29 000	30 000	2,15–2,47
30 000	31 000	2,22–2,55
31 000	33 000	2,49–2,91
33 000	35 000	2,87–3,15
35 000	37 000	3,11–3,59
37 000	39 000	3,56–4,03
39 000	41 000	3,98–4,44
41 000	43 000	4,42–4,87
43 000	45 000	4,83–5,26
45 000	47 000	5,15–5,49
47 000	49 000	5,44–5,92
49 000	51 000	5,89–6,41
51 000	53 000	6,37–6,75
53 000	55 000	6,71–7,13

55 000	57 000	7,08–7,52
57 000	59 000	7,47–7,95
59 000	61 000	7,89–8,33
61 000	63 000	8,31–8,77
63 000	65 000	8,75–9,11
65 000	67 000	9,06–9,48
67 000	69 000	9,43–9,86
69 000	71 000	9,81–10,25
71 000	73 000	10,19–10,67
73 000	75 000	10,62–11,09
75 000	80 000	11,04–11,51
80 000	85 000	11,49–11,93
85 000	90 000	11,88–12,30
90 000	95 000	12,24–12,49
95 000	100 000	12,46–12,91
100 000	105 000	12,87–13,32
105 000	110 000	13,29–13,73
Более 110 000		13,73–14

* Поправочные коэффициенты зависят от средних выплат на одного обратившегося и конкретной медицинской организации.

** Средние выплаты на одного обратившегося рассчитываются на основе имеющихся у страховщика данных по выплатам. В случае если число обратившихся в данную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составило менее тридцати человек за двухлетний период, предшествующий расчету, то используется методика на основе преискуранта медицинской организации. Применяется методика, в основе которой лежит линейная регрессионная модель зависимости стоимости страхования в медицинской организации и стоимости выделенных услуг:

1. Пломба светового отверждения (2-плоскостная, 2-поверх.).
2. Изолирующая прокл.
3. Лечебная прокл.
4. Снятие старой пломбы/формирование кариозной полости.
5. Снятие зубных отложений (1 зуб).
6. Медикаментозная обработка пародонтального кармана (1 зуб).
7. Анестезия инфильтрационная.
8. Удаление зуба сложное.

Тарифы по скорой помощи корректируются в зависимости от выплат на одного обратившегося, согласно таблице:

Средние выплаты на обратившегося**		Поправочный коэффициент*
От	До	
200	300	0,05–0,17
300	500	0,15–0,28
500	600	0,25–0,34
600	700	0,3–0,39
700	800	0,35–0,45

800	900	0,41–0,51
900	1 000	0,46–0,57
1 000	1 100	0,51–0,62
1 100	1 200	0,56–0,68
1 200	1 300	0,61–0,74
1 300	1 400	0,66–0,79
1 400	1 500	0,71–0,85
1 500	1 600	0,77–0,91
1 600	1 700	0,82–0,97
1 700	1 800	0,87–1,02
1 800	1 900	0,92–1,08
1 900	2 000	0,97–1,14
2 000	2 100	1,02–1,19
2 100	2 200	1,07–1,25
2 200	2 300	1,13–1,31
2 300	2 400	1,18–1,37
2 400	2 500	1,23–1,42
2 500	2 600	1,28–1,48
2 600	2 700	1,33–1,54
2 700	2 800	1,38–1,59
2 800	2 900	1,43–1,65
2 900	3 000	1,49–1,71
3 000	3 100	1,54–1,76
3 100	3 500	1,63–2,11
3 500	4 000	2,09–2,56
3 900	4 500	2,49–2,98
4 300	5 000	2,91–3,37
4 700	5 500	3,33–3,79
5 100	6 000	3,72–4,21
Более 6 000		4,21–5

* Поправочные коэффициенты зависят от средних выплат на одного обратившегося и конкретную медицинскую организацию.

** Средние выплаты на одного обратившегося рассчитываются на основе имеющихся у страховщика данных по выплатам.

Тарифы по экстренной и плановой медицинской помощи в стационарных условиях корректируются в зависимости от выплат на одного обратившегося, согласно таблице:

Средние выплаты на обратившегося**		Поправочный коэффициент*
От	До	
1 000	1 500	0,05–0,35
1 500	2 000	0,28–0,53
2 000	2 500	0,49–0,61

2 500	3 000	0,55–0,79
3 000	3 500	0,71–0,85
3 500	4 000	0,77–0,91
4 000	4 500	0,82–0,97
4 500	5 000	0,87–1,02
5 000	5 500	0,92–1,08
5 500	6 000	0,97–1,14
6 000	6 500	1,02–1,19
6 500	7 000	1,07–1,25
7 000	7 500	1,13–1,31
7 500	8 000	1,18–1,37
8 000	8 500	1,23–1,42
8 500	9 000	1,28–1,48
9 000	9 500	1,33–1,54
9 500	10 000	1,38–1,59
10 000	12 000	1,43–1,65
12 000	14 000	1,49–1,71
14 000	16 000	1,54–1,76
16 000	18 000	1,63–2,11
18 000	20 000	2,09–2,56
20 000	22 000	2,49–2,98
22 000	24 000	2,91–3,37
24 000	26 000	3,33–3,79
26 000	28 000	3,72–4,21
28 000	30 000	4,19–4,65
30 000	35 000	4,61–5,09
35 000	40 000	5,07–5,55
40 000	45 000	5,46–5,88
45 000	50 000	5,86–6,31
50 000	55 000	6,29–6,77
55 000	60 000	6,72–7,29
60 000	65 000	7,27–7,73
65 000	70 000	7,71–8,18
70 000	75 000	8,14–8,61
75 000	80 000	8,58–9,05
80 000	85 000	9,01–9,48
85 000	90 000	9,44–9,87
Более 90 000		9,87–11

* Поправочные коэффициенты зависят от средних выплат на одного обратившегося и конкретную медицинскую организацию.

** Средние выплаты на одного обратившегося рассчитываются на основе имеющихся у страховщика данных по выплатам.

Тарифы по дородовому наблюдению беременных женщин в амбулаторных условиях и комплексному дородовому наблюдению беременных женщин корректируются в зависимости от выплат на одного обратившегося, согласно таблице:

Средние выплаты на обратившегося**		Поправочный коэффициент*
От	До	
1 000	4 000	0,10–0,24
4 000	6 000	0,22–0,41
6 000	8 000	0,37–0,49
8 000	10 000	0,44–0,57
10 000	12 000	0,51–0,65
12 000	14 000	0,59–0,74
14 000	16 000	0,66–0,82
16 000	18 000	0,74–0,9
18 000	20 000	0,81–0,98
20 000	22 000	0,89–1,07
22 000	24 000	0,96–1,15
24 000	26 000	1,03–1,23
26 000	28 000	1,11–1,31
28 000	30 000	1,18–1,4
30 000	35 000	1,26–1,48
35 000	40 000	1,33–1,56
40 000	45 000	1,4–1,64
45 000	50 000	1,48–1,73
50 000	55 000	1,55–1,81
55 000	60 000	1,63–1,89
60 000	65 000	1,7–1,97
65 000	70 000	1,78–2,06
70 000	75 000	1,85–2,14
75 000	80 000	1,92–2,22
80 000	85 000	2–2,3
85 000	90 000	2,07–2,39
90 000	100 000	2,15–2,47
100 000	110 000	2,22–2,55
110 000	120 000	2,55–5
120 000	130 000	2,49–2,91
130 000	140 000	2,87–3,15
140 000	150 000	3,11–3,59
150 000	165 000	3,56–4,03
165 000	180 000	3,98–4,44
180 000	195 000	4,42–4,87
195 000	210 000	4,83–5,26
210 000	225 000	5,15–5,49
225 000	240 000	5,44–5,92

240 000	255 000	5,89–6,41
255 000	270 000	6,37–6,75
270 000	285 000	6,71–7,13
285 000	300 000	7,08–7,52
300 000	315 000	7,47–7,95
315 000	330 000	7,89–8,33
Более 330 000		8,33–10

* Поправочные коэффициенты зависят от средних выплат на одного обратившегося и конкретной медицинской организации.

** Средние выплаты на одного обратившегося рассчитываются на основе имеющихся у страховщика данных по выплатам.

В случае если в программу страхования включено несколько медицинских организаций с разными поправочными коэффициентами, то применяется наибольший из них. При этом к тарифам по стоматологической и амбулаторной помощи дополнительно применяются понижающие коэффициенты от 0,85 до 1.

5. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС, основанные на данных о фактических страховых выплатах для данного застрахованного – физического лица или страхователя – юридического лица, используемые при пролонгации договора:

	Улучшение убыточности			Ухудшение убыточности		
	–15% и более ⁷	от –10% до –5%	от –5% до 0%	от 0% до 5%	от 5% до 10 %	15% и более
ФЛ мин.	0,2	0,2	0,2	1	1	1
макс.	1	1	1	5	5	5
ЮЛ мин.	0,2	0,2	0,2	1	1	1
макс.	1	1	1	5	5	5

6. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС в зависимости от региона продажи полиса:

Регион продажи полиса	Поправочный коэффициент
Москва	1–5
Московская область	0,8–4,5
Санкт-Петербург	1–5
Ленинградская область	0,8–4,5
Другие регионы	0,2–5

7. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ» в зависимости от региона:

Регион	Мин.	Макс.
Москва	0,8	1,1
Остальные регионы	1	1,5

8. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ» в зависимости от наличия франшизы:

Наличие франшизы	Мин.	Макс.
Без франшизы	1	1,5
Франшиза 10%	0,7	1
Франшиза 20%	0,5	0,8

9. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ» в зависимости от численности застрахованных сотрудников одного юридического лица (страхователя):

Численность	1–5	6–10	11–25	26–50	51–100	> 100
Мин.	1,1	1,05	0,95	0,8	0,6	0,5
Макс.	1,5	1,25	1,1	1	0,95	1

10. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ» в зависимости от пола и возраста:

Возраст	Ж	М	Возраст	Ж	М	Возраст	Ж	М
1	1,54	1,63	32	1,27	0,62	63	1,36	1,05
2	1,49	1,57	33	1,21	0,62	64	1,39	1,08
3	1,45	1,52	34	1,14	0,63	65	1,41	1,11
4	1,41	1,47	35	1,07	0,63	66	1,43	1,14
5	1,36	1,41	36	1,01	0,63	67	1,46	1,17
6	1,32	1,36	37	1,04	0,63	68	1,48	1,20
7	1,28	1,31	38	1,07	0,63	69	1,50	1,23
8	1,24	1,25	39	1,10	0,64	70	1,53	1,26
9	1,19	1,20	40	1,14	0,64	71	1,55	1,29
10	1,15	1,15	41	1,17	0,64	72	1,57	1,32
11	1,11	1,09	42	1,21	0,64	73	1,59	1,35
12	1,06	1,04	43	1,24	0,65	74	1,62	1,38
13	1,02	0,99	44	1,28	0,65	75	1,64	1,41
14	0,98	0,93	45	1,31	0,65	76	1,66	1,44
15	0,93	0,88	46	1,35	0,65	77	1,69	1,47
16	0,86	0,81	47	1,38	0,66	78	1,71	1,50
17	0,93	0,75	48	1,42	0,66	79	1,73	1,53
18	0,99	0,69	49	1,45	0,66	80	1,76	1,56
19	1,05	0,63	50	1,48	0,66	81		
20	1,11	0,57	51	1,42	0,70	82		
21	1,21	0,57	52	1,40	0,74	83		
22	1,28	0,57	53	1,39	0,78	84		
23	1,34	0,57	54	1,37	0,82	85		
24	1,49	0,58	55	1,36	0,86	86		
25	1,46	0,58	56	1,35	0,89	87		
26	1,44	0,58	57	1,33	0,93	90		
27	1,41	0,59	58	1,32	0,97	91		
28	1,38	0,59	59	1,30	1,01	92		
29	1,35	0,59	60	1,29	1,05	93		
30	1,32	0,59	61	1,32	0,99	95		
31	1,29	0,60	62	1,34	1,02	96		

Если в коллективе несколько человек, то в качестве коэффициента выбирается средний коэффициент по всему коллективу.

11. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ» в зависимости от страховой суммы:

Страховая сумма, руб.	Мин.	Макс.
3 000	1	1,1
7 000	0,9	1
10 000	0,7	0,8
20 000	0,45	0,55
30 000	0,4	0,5

50 000	0,3	0,4
--------	-----	-----

Примечание

К указанным тарифным ставкам страховщик имеет право применять повышающие, от 1,0 до 14,0, или понижающие, от 0,01 до 0,99, коэффициенты исходя из обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска (рода деятельности застрахованного, возраста и пола застрахованного, состояния здоровья застрахованного и прочих факторов).

Страховщик вправе не применять один или несколько вышеуказанных поправочных коэффициентов. Минимальное значение поправочного коэффициента (соответствует наилучшему состоянию конкретного фактора риска) или его максимальное значение (соответствует наихудшему состоянию конкретного фактора риска) определяется андеррайтером или врачом экспертом при проведении оценки риска и расчете страхового тарифа. Все особенности применения поправочных коэффициентов находят отражение в действующей андеррайтерской политике компании за период.

Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС в зависимости от валюты страхования не применяются, так как стоимость услуг и взаиморасчет с медицинской организацией установлены в рублях.