

Приложение №2 к Приказу
№ 081 от 11 июля 2017 года

Утверждаю
Генеральный директор
Гадлиба Ю.О.

Расчет и экономическое обоснование тарифной ставки к Правилам добровольного медицинского страхования (редакция 6.0)

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 ставка 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 помощи:

1. Амбулаторная помощь
2. Плановая медицинская помощь в стационарных условиях
3. Экстренная медицинская помощь в стационарных условиях
4. Стоматологическая помощь
5. Скорая и неотложная медицинская помощь
6. Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации
7. Экстренная амбулаторная помощь
8. Экстренная стоматологическая помощь
9. Педиатрическая медицинская помощь
10. Дородовое наблюдение беременных женщин в амбулаторных условиях
11. Комплексное дородовое наблюдение беременных женщин
12. Ведение родов и послеродовой период
13. Восстановление и реабилитация
14. Программа «Забота и внимание»
15. Программа «Личный врач»
16. Программа «Медицинский адвокат»
17. Программа «VIP»
18. Программа «Офисный врач»
19. Программа «Малыш»
20. Программа «Доктор Айболит»
21. Программа «Здоровый ребенок»
22. Программа «ЛЮКС» (детская 0–17)
23. Программа «Комплексная» (детская 0–17)
24. Программа «Комплексная» (взрослые)
25. Программа «Антиклещ»»
26. Обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения (медикаментозное обеспечение)

Структура тарифной ставки: 40% – нетто-ставка, 60% – 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 S_b (тыс. руб.)	Основная часть нетто-ставки T_0 (в % от страховой суммы)	Рисковая надбавка T_r (в % от страховой суммы)	Нетто-ставка T_n (в % от страховой суммы)	Брутто-ставка T_b (в % от страховой суммы)
1. Амбулаторная помощь	70 000	0,70	3 000	20,0	0,466	0,004	0,470	1,175
2. Плановая медицинская помощь в стационарных условиях	50 000	0,17	6 000	40,0	0,113	0,004	0,117	0,293
3. Экстренная медицинская помощь в стационарных условиях	50 000	0,16	6 000	40,0	0,106	0,004	0,110	0,275
4. Стоматологическая помощь	50 000	0,67	600	15,5	1,731	0,020	1,750	4,375
5. Скорая и неотложная медицинская помощь	50 000	0,30	500	7,0	0,420	0,010	0,430	1,075

6. Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации	100 000	0,01	30	11,1	0,405	0,044	0,449	1,122
7. Экстренная амбулаторная помощь	100 000	0,07	20	5,9	2,065	0,086	2,151	5,377
8. Экстренная стоматологическая помощь	100 000	0,07	20	5,3	1,776	0,075	1,851	4,627
9. Педиатрическая медицинская помощь	50 000	0,09	1 100	64,0	0,512	0,027	0,539	1,346
10. Дородовое наблюдение беременных женщин в амбулаторных условиях	500	0,95	3 000	40,3	1,276	0,047	1,323	3,308
11. Комплексное дородовое наблюдение беременных женщин	500	1,00	9 500	45,0	0,471	0,005	0,477	1,192
12. Ведение родов и послеродовой период	500	0,95	6 500	57,0	0,829	0,032	0,861	2,152
13. Восстановление и реабилитация	200	0,75	9 000	65,0	0,542	0,080	0,621	1,553
14. Программа «Забота и внимание»	200	0,87	3 000	55,0	1,592	0,158	1,750	4,375
15. Программа «Личный врач»	15 000	0,62	3 000	14,0	0,289	0,007	0,296	0,740
16. Программа «Медицинский адвокат»	500	0,65	3 000	15,0	0,325	0,038	0,363	0,908
17. Программа «VIP»	9 000	0,68	3 000	40,0	0,907	0,024	0,930	2,325
18. Программа «Офисный врач»	20 000	0,39	3 000	2,4	0,031	0,001	0,032	0,080
19. Программа «Малыш»	5 000	0,89	3 000	48,0	1,425	0,025	1,450	3,625
20. Программа «Доктор Айболит»	10 000	0,59	3 000	24,0	0,468	0,014	0,482	1,205
21. Программа «Здоровый ребенок»	11 000	0,62	3 000	30,0	0,620	0,017	0,637	1,593
22. Программа «ЛЮКС» (детская 0–17)	5 000	0,80	10 100	65,0	0,517	0,013	0,530	1,325
23. Программа «Комплексная» (детская 0–17)	5 000	0,79	10 100	67,0	0,527	0,014	0,540	1,351
24. Программа «Комплексная» (взрослые)	10 000	0,95	10 100	67,0	0,630	0,005	0,635	1,588
25. Программа «Антиклещ»	5 000	0,03	100	3,0	0,094	0,027	0,120	0,300
26. Обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения (медикаментозное обеспечение)	10 000	0,20	7	6,0	16,785	1,225	18,010	45,024

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:

$$T = (3000000 * 1,175 + 6000000 * 0,293 + 600000 * 4,375 + 9000000 * 1,553) / (3000000 + 6000000 + 600000 + 9000000) = 1,177\%.$$

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 3-й группы (определяет врач-эксперт), инвалидность 1-й и 2-й 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 клин ика	Стаци онар	Стома тологи я	Полик линик а	Стац иона р	Стом атол огия	Поли клин ика	Стац иона р	Стомато логия
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	Нейроциркуляторная 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	1,5	1,5	1,5	2,3	3	3	3	4,5	4,5

	гастрит										
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	Перв. беременность в возр. > 35 лет	1,5									

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

где: K – общий коэффициент, A, B, C, 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, применяется 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
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	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	0,5–1

7. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Антиклещ» в зависимости от численности:

Численность	< 50	50–100	100–200	> 200
Мин.	0,9	0,8	0,85	0,7
Макс.	1,5	1,3	1,05	1

8. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Антиклещ» в зависимости от региона:

Регион	Мин.	Макс.
Новосибирск	1	2
Иркутск	0,45	1
Кемерово	1	2
Барнаул	1	2
Красноярск	1	2
Омск	1	2
Челябинск	1	2
Тюмень	0,5	1
Екатеринбург	0,5	1

9. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Антиклещ» в зависимости от возраста:

Возраст	Дети	Взрослые
Мин.	0,4	0,8
Макс.	0,95	1,5

10. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Медикаментозное обеспечение» в зависимости от региона:

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

11. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Медикаментозное обеспечение» 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

12. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Медикаментозное обеспечение» 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

13. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Медикаментозное обеспечение» 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.

14. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Медикаментозное обеспечение» 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.

Приложение №4 к Приказу
№ 081 от 11 июля 2017 года

Утверждаю
Генеральный директор
Гадлиба Ю.О.

Страховые тарифы к Правилам добровольного медицинского страхования (редакция 6.0)

Виды медицинской и иной помощи	Тариф (в %)
1. Амбулаторная помощь	1,175
2. Плановая медицинская помощь в стационарных условиях	0,293
3. Экстренная медицинская помощь в стационарных условиях	0,275
4. Стоматологическая помощь	4,375
5. Скорая и неотложная медицинская помощь	1,075
6. Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации	1,122
7. Экстренная амбулаторная помощь	5,377
8. Экстренная стоматологическая помощь	4,627
9. Педиатрическая медицинская помощь	1,346
10. Дородовое наблюдение беременных женщин в амбулаторных условиях	3,308
11. Комплексное дородовое наблюдение беременных женщин	1,192
12. Ведение родов и послеродовой период	2,152
13. Восстановление и реабилитация	1,553
14. Программа «Забота и внимание»	4,375
15. Программа «Личный врач»	0,740
16. Программа «Медицинский адвокат»	0,908
17. Программа «VIP»	2,325
18. Программа «Офисный врач»	0,080
19. Программа «Малыш»	3,625
20. Программа «Доктор Айболит»	1,205
21. Программа «Здоровый ребенок»	1,593
22. Программа «ЛЮКС» (детская 0–17)	1,325
23. Программа «Комплексная» (детская 0–17)	1,351
24. Программа «Комплексная» (взрослые)	1,588
25. Программа «Антиклещ»	0,300
26. Обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения (медикаментозное обеспечение)	45,024

Тариф по добровольному медицинскому страхованию представлен для средней страховой суммы:

Страховой риск	Средняя страховая сумма S (тыс. руб.)
1. Амбулаторная помощь	3 000
2. Плановая медицинская помощь в стационарных условиях	6 000
3. Экстренная медицинская помощь в стационарных условиях	6 000
4. Стоматологическая помощь	600
5. Скорая и неотложная медицинская помощь	500
6. Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации	30

7. Экстренная амбулаторная помощь	20
8. Экстренная стоматологическая помощь	20
9. Педиатрическая медицинская помощь	1 100
10. Дородовое наблюдение беременных женщин в амбулаторных условиях	3 000
11. Комплексное дородовое наблюдение беременных женщин	9 500
12. Ведение родов и послеродовой период	6 500
13. Восстановление и реабилитация	9 000
14. Программа «Забота и внимание»	3 000
15. Программа «Личный врач»	3 000
16. Программа «Медицинский адвокат»	3 000
17. Программа «VIP»	3 000
18. Программа «Офисный врач»	3 000
19. Программа «Малыш»	3 000
20. Программа «Доктор Айболит»	3 000
21. Программа «Здоровый ребенок»	3 000
22. Программа «ЛЮКС» (детская 0–17)	10 100
23. Программа «Комплексная» (детская 0–17)	10 100
24. Программа «Комплексная» (взрослые)	10 100
25. Программа «Антиклещ»	100
26. Обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения (медикаментозное обеспечение)	7

Страховщик имеет право применять к настоящим тарифным ставкам повышающие от 1 до 14 или понижающие от 0,01 до 0,99 коэффициенты исходя из половозрастного состава застрахованных (коллектива), принимаемых на страхование, численности коллектива (застрахованных), состояния здоровья застрахованных (наличие у них хронических заболеваний и инвалидности), тарифов медицинских учреждений, включенных в программу страхования, срока страхования, удаленности от медицинских учреждений, наличия у страховщика информации о медицинских расходах застрахованных, а также условий программы страхования.