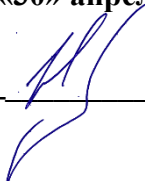


**УТВЕРЖДЕНО**  
**приказом Генерального директора**  
**ООО СК «Эверия Лайф»**  
**от «30» апреля 2025 г. № 80**

  
\_\_\_\_\_ **Е.А. Щекланов**

**МЕТОДИКА РАСЧЕТА СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ**  
**к ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО**  
**МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Расчет страховых тарифов производится в соответствии с Федеральным стандартом актуарной деятельности «Актуарная деятельность при тарификации по видам страхования иным, чем страхование жизни», утвержденным советом по актуарной деятельности 24 июня 2019 года, протокол № САДП-21.

Настоящим документом определяется методика расчета страховых тарифов по договорам страхования, заключенным в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования по следующим программам:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь (кроме стоматологии);
- Стационарная помощь;
- Экстренная медицинская помощь (Скорая помощь);
- Стоматологическая помощь;
- Сервисная помощь;
- Лекарственная помощь;
- Медицинские консультационные услуги;
- Диагностическая помощь.

Страховой тариф равен техническому брутто-тарифу. Расчет технического брутто-тарифа проводится на основе технического нетто-тарифа в соответствии со структурой тарифной ставки.

В основу исходных данных для расчета технических нетто-тарифов положены данные Госкомстата РФ (сборник «Здравоохранение в Российской Федерации»), статистики ВСС, собственной статистики, данные перестраховочной компании, а также экспертные оценки.

Технические нетто-тарифы указаны в Приложении 1 к Методике.

Технический брутто-тариф для срока страхования равному одному году равен:

$$GT = \frac{NT}{1 - \gamma},$$

где  $\gamma$  - нагрузка, NT – технический нетто-тариф.

К техническому брутто-тарифу страховщик имеет право применять повышающие от 1,0 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99 коэффициенты, исходя из обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска (рода деятельности застрахованного, профессиональной деятельности, возраста и пола застрахованного, состояния здоровья застрахованного, отсутствие в договоре каких-либо исключений, территории действия страховой защиты, порядка расчета страховой выплаты, применения периода ожидания, численности Застрахованных лиц в договоре страхования, наличия (отсутствия) элементов селекции (антиселекции) при принятии на страхование, периодичности оплаты, время действия, ценовой категории медицинского учреждения (стоимость медицинских услуг), перечня страховых рисков по программе ДМС (оплачиваемые и неоплачиваемые страховщиком заболевания/состояния и медицинские услуги и другие, имеющие существенное значение для определения степени риска) и др.).

При этом коэффициенты для каждого из таких обстоятельств применяются последовательно.

При сроке страхования менее одного года, а также за неполный год страхования при сроке страхования более одного года к тарифу применяются поправочные коэффициенты от 0,1 до 1.

При сроке страхования более одного года тариф за полное число лет страхования получается умножением годового тарифа на число полных лет страхования, общий тариф получается суммированием тарифов за полное число лет страхования и неполный год страхования.

Приложение 1 к Методике расчета страховых тарифов  
к Правилам добровольного медицинского страхования

|                                                         |          |
|---------------------------------------------------------|----------|
| Амбулаторно-поликлиническая помощь (кроме стоматологии) | 0,00805  |
| Стационарная помощь                                     | 0,001053 |
| Экстренная медицинская помощь (Скорая помощь)           | 0,01941  |
| Стоматологическая помощь                                | 0,06703  |
| Сервисная помощь                                        | 0,000221 |
| Лекарственная помощь                                    | 0,28115  |
| Медицинские консультационные услуги                     | 0,00207  |
| Диагностическая помощь                                  | 0,00592  |