

## МЕТОДИКА РАСЧЕТА СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с п. 4.1.1 Федерального стандарта актуарной деятельности «Актуарная деятельность при тарификации по видам страхования иным, чем страхование жизни» (утв. Советом по актуарной деятельности 24.06.2019, протокол № САДП-21, согласованный Банком России 18.09.2019г, № 06-52-4/7157) Общество использует актуарные методы расчета технического тарифа.

Условиями применимости Методики являются:

- 1) существование статистики или какой-то другой информации по рассматриваемому виду страхования, что позволяет оценить вероятность наступления страхового случая по одному договору страхования, среднюю страховую сумму по одному договору страхования, среднее возмещение по одному договору страхования;
- 2) предположение, что не будет опустошительных событий, когда одно событие влечет за собой несколько страховых случаев;
- 3) заранее известно число договоров, которые предполагается заключить со страхователями.

Расчет страховых тарифов проводится к «Правилам добровольного медицинского страхования» АО «Зетта Страхование» (далее – Правила ДМС). В соответствии с Правилами объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оплатой организации и оказания предусмотренной Договором страхования Медицинской и Лекарственной помощи (медицинских услуг) и Иных услуг, вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания такой помощи и услуг, а также проведения Профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

Оценки, лежащие в основе приведенных тарифов, приняты на базе оценок, проводимых компанией ООО «Зетта Страхование жизни» на основе фактических данных о договорах и выплатах этой компании.

Страхование производится по страховым программам, разработанным на базе действующих Правил ДМС и включающим покрытие следующих страховых рисков (в различных сочетаниях, в соответствии с назначением конкретной Программы):

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь
  - 1.1. Поликлиническое обслуживание
  - 1.2. Диспансерное наблюдение
  - 1.3. Профилактические осмотры
2. Стоматологическая помощь
3. Помощь на дому
4. Стационарная помощь
5. Скорая и неотложная медицинская помощь
6. Восстановительное лечение
7. Медико-транспортные услуги
8. Медикаментозное лечение
9. Ведение беременности и родовспоможение
10. Дистанционное оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

11. Иные услуги, связанные с оказанием медицинской помощи и не противоречащие законодательству Российской Федерации.

Выделяются следующие основные программы страхования:

- Стандартная программа ДМС
- Расширенная программа ДМС
- Программа ДМС предусматривающая лечение по всему миру
- Программа ДМС критических заболеваний

## 1 Расчет базовых тарифов

### 1.1 Расчет тарифов по стандартной и расширенной программам

Стандартная программа представляет базовый перечень страховых событий, покрываемых в рамках программы ДМС. Расширенная программа дает возможность расширить базовый перечень страховых событий.

Основная часть нетто-ставки на 100 рублей страховой суммы (или, что тоже самое, основная часть нетто-ставки, выраженная в процентах) рассчитывается по формуле:

$$T_0 = 100 \frac{S_b}{S} q, \text{ где}$$

$S_b$  - средняя страховая выплата;

$S$  - средняя страховая сумма;

$q$  – вероятность страхового случая.

Рисковая надбавка рассчитывается по формуле:

$$T_r = T_0 \alpha(\gamma) \sqrt{\frac{1 - q + \left(\frac{\sigma}{S_b}\right)^2}{nq}}, \text{ где}$$

$\sigma$  – стандартное отклонение страховых выплат;

$n$  – планируемое число;

$\alpha(\gamma)$  - коэффициент взят соответствующим гарантии безопасности  $\gamma = 0,95$  и равен 1,645.

Нетто-ставка рассчитывается по формуле:

$$T_n = T_0 + T_r.$$

Брутто-ставка рассчитывается по формуле:

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

где  $f$  - нагрузка в общей тарифной ставке, составляющая 69% по всем видам рисков.

Все расчеты приведены в Приложениях 1 и 2 к данной методике. Рассчитанные тарифные ставки, используемые в качестве базовых страховых тарифов с округлением до третьего знака:

БАЗОВЫЙ ТАРИФ	СТАНДАРТНАЯ ПРОГРАММА	РАСШИРЕННАЯ ПРОГРАММА
Комплексная программа	3,369%	2,633%

<b>Амбулаторно-поликлиническая помощь<sup>1</sup></b>	<b>3,115%</b>	<b>2,216%</b>
Поликлиническое обслуживание	2,198%	1,491%
Стоматологическая помощь	0,715%	0,513%
Помощь на дому	0,202%	0,212%
<b>Стационарная помощь<sup>2</sup></b>	<b>0,186%</b>	<b>0,155%</b>
<b>Скорая и неотложная медицинская помощь</b>	<b>0,068%</b>	<b>0,262%</b>
<b>Медикаментозное лечение</b>	<b>76,5630%</b>	

## 1.2 Расчет тарифов по программе ДМС, предусматривающей лечение по всему миру

Программа ДМС, предусматривающая лечение по всему миру отличается от стандартной и расширенной программ добровольного медицинского страхования:

- 1) Высокой страховой суммой (обусловлено расширением территории страхового покрытия, расширением перечня страховых заболеваний (состояний), при которых вероятность применения высокотехнологичных дорогостоящих видов медицинской помощи значительно возрастает);
- 2) Расчет по договору в иностранной валюте, в частности евро;
- 3) Низкой вероятностью наступления страхового события (обусловлено особенностью проведения медицинского андеррайтинга с последующим формированием индивидуальных исключений из программы);
- 4) Дополнительным механизмом урегулирования убытков: наличие безусловной франшизы и лимитов на отдельные страховые случаи.

Программа ДМС предусматривающая лечение по всему миру отличается высокой долей перестрахования, поэтому основой тарифной ставки служит статистика и модель, построенная на данных перестраховщика.

<b>БАЗОВЫЙ ТАРИФ</b>	<b>НЕТТО-СТАВКА</b>	<b>БРУТТО-СТАВКА</b>
<b>Амбулаторно-поликлиническая помощь</b>	17,067%	21,333%
<b>Стоматологическая помощь</b>	33,600%	42,000%
<b>Стационарная помощь</b>		
<b>Скорая и неотложная медицинская помощь</b>	0,118%	0,147%
<b>Репатриация</b>	85,60€	107,00€

## 1.3 Расчет тарифов для страхования критических заболеваний

Страхование критических заболеваний отличается от стандартной и расширенной программ добровольного медицинского страхования:

- 1) Покрытием страховых случаев по узкому перечню диагнозов
- 2) Высокой страховой суммой (обусловлено длительностью и стоимостью лечения критических заболеваний, а также возможностью расширения географии покрытия);

<sup>1</sup> В базовый тариф амбулаторно-поликлинической помощи входят риски поликлиника, диспансерное наблюдение, профилактические осмотры, стоматологическая помощь, помощь на дому, дистанционное оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, а также ведение беременности. Конечная стоимость программы формируется с учетом индивидуальных коэффициентов, определяемых андеррайтером на основе индивидуального покрытия программы и накопленной статистики по схожим программам страхования.

<sup>2</sup> В базовый тариф стационарной помощи входят риски плановой и экстренной госпитализации, восстановительное лечение, а также ведение беременности и роды. Конечная стоимость программы формируется с учетом индивидуальных коэффициентов, определяемых андеррайтером на основе индивидуального покрытия программы и накопленной статистики по схожим программам страхования.

- 3) Низкой вероятностью наступления страхового события (обусловлено низкой частотой возникновения страхового события, временной франшизой, а также исключением уже диагностированного заболевания из покрытия по средствам медицинского анкетирования).

Программа страхования критических заболеваний отличается высокой долей перестрахования, а также сложностью моделирования в связи с редкостью возникновения страховых случаев и их неоднородностью. Поэтому основой тарифной ставки служит статистика и модель, построенная перестраховщиком.

<b>БАЗОВЫЙ ТАРИФ</b>	<b>НЕТТО-СТАВКА</b>	<b>БРУТТО-СТАВКА</b>
<b>Злокачественные новообразования</b>	0,022%	0,072%
<b>Плановая хирургия</b>	0,034%	0,109%
Кардиохирургия	0,009%	0,030%
Нейрохирургия	0,005%	0,017%
<b>Реабилитация</b>	0,026%	0,085%
<b>Трансплантация</b>	0,002%	0,008%
Трансплантация костного мозга	0,001%	0,005%

## 2 Поправочные коэффициенты к базовым тарифам

### 2.1 Индивидуальные поправочные коэффициенты

При заключении договоров страхования по решению андеррайтеров в зависимости от факторов, влияющих на степень риска, к базовым тарифам возможно применение понижающих и/или повышающих поправочных коэффициентов. В соответствии с Правилами ДМС поправочные коэффициенты рассчитываются исходя из срока действия договора страхования, результатов медицинского анкетирования, пола, возраста Застрахованного, стоимости медицинских услуг ЛПУ и др. существенных обстоятельств. Индивидуальный понижающий поправочный коэффициент также может применяться при установлении страховой суммы выше средней страховой суммы по портфелю, так как увеличение страховой суммы не приводит к росту абсолютной величины страховой премии.

Значение итогового поправочного коэффициента к базовым тарифам может меняться от 0,01 до 35.

Итоговый тариф по договору определяется путем умножения базового тарифа на поправочные коэффициенты, зависящие от степени риска и условий страхования.

### 2.2 Рекомендуемые поправочные коэффициенты по отдельным факторам риска к стандартной и расширенной программам ДМС

С целью оптимизации процедур индивидуального медицинского андеррайтинга в Методику введены рекомендуемые поправочные коэффициенты.

Поправочные коэффициенты определялись по результатам анализа статистических данных, регрессионного моделирования, а также опыта проведения индивидуального андеррайтинга по договорам добровольного медицинского страхования за период с 2018 года до 2021 года.

Величины рекомендуемых поправочных коэффициентов зависят от определенных характеристик лечебно-профилактических учреждений (далее – ЛПУ), с которыми сотрудничает Группа Зетта в рамках добровольного медицинского страхования, в том числе:

- тип собственности - коммерческое или государственное, в том числе уровень подчинения: федеральное, муниципальное и пр.;
- объем и вид медицинской помощи в рамках действующей лицензии;
- уровень и качество материально-технической базы ЛПУ;
- ценовая категория ЛПУ (каким образом конкретное лечебное учреждение позиционирует себя на рынке платных медицинских услуг на территории своего региона);

- условия взаимодействия ЛПУ и Группа Зетта в рамках договора на предоставление лечебно-профилактической помощи застрахованным;
- уровня развития инфраструктуры здравоохранения конкретного субъекта РФ.

Вне зависимости от примененных рекомендованных поправочных коэффициентов при расчете размера страховой премии по конкретному Договору добровольного медицинского страхования, андеррайтер имеет право применения индивидуального поправочного коэффициента на основе индивидуальной оценки риска, с учетом предшествующего опыта страхования, специфических особенностей программы страхования, формы организации медицинской помощи, характеристик ЛПУ региона обслуживания и пр.

Значение итогового поправочного коэффициента к базовым тарифам может меняться от 0,01 до 35.

**Таблица.** Рекомендуемые поправочные коэффициенты по фактору риска «Возраст лица, принимаемого на страхование».

ВОЗРАСТ ЛИЦА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ	КОЭФФИЦИЕНТ
От 0 до 1 года	2,00
От 1 года до 3 лет	1,50
От 3 лет до 5 лет	1,30
От 5 лет до 7 лет	1,15
От 7 лет до 17 лет	1,00
От 18 лет до 60 лет	1,00
От 60 лет до 70 лет	индивидуальный андеррайтинг*

\* Согласно п.2.1

Методики

**Таблица.** Рекомендуемые поправочные коэффициенты по фактору риска «Численность застрахованных по Договору страхования».

«ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ»	КОЭФФИЦИЕНТ
Физическое лицо (фл)	Индивидуальный андеррайтинг*
Юридическое лицо (юл)	
1-5	1,500
6-10	1,200
11-25	1,100
26-50	1,020
51-100	1,000
101-200	0,980
101-300	0,965
301-500	0,950
501-1000	0,900
1001-5000	0,830
Свыше 5000	0,800

\* Согласно п.2.1 Методики

**Таблица.** Рекомендуемые поправочные коэффициенты по фактору риска «Территориальный<sup>3</sup>».

КОЭФФИЦИЕНТ «ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ»	МОСКВА И МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ	ВСЕ СУБЪЕКТЫ РФ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ МОСКВЫ, МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ И СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА	СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ
До 10 км	1,0 – 1,5	1,0 – 1,5	1,0 – 1,2
До 20 км	1,5 – 2,0	1,0 – 1,5	1,0 – 1,2

<sup>3</sup> Территория покрытия для организации обслуживания Застрахованного от административных границ города.

До 30 км	1,5 – 3,0	1,0 – 1,5	1,5 – 2,0
До 40 км	2,0 – 4,0	1,5 – 2,0	2,0 – 2,5
До 50 км	2,0 – 5,0	1,5 – 2,0	2,5 – 3,0

**Таблица.** Рекомендуемые поправочные коэффициенты по фактору риска «Гражданство».

КОЭФФИЦИЕНТ «ГРАЖДАНСТВО»	МОСКВА И МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ	ВСЕ СУБЪЕКТЫ РФ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ МОСКВЫ, МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ И СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА	СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ
РФ	1,0	1,0	1,0
СНГ	1,0 – 2,0	1,0 – 2,0	1,0 – 2,0
ИНОСТРАННОЕ ГРАЖДАНСТВО	1,0 – 3,0	1,0 – 3,0	1,0 – 3,0

### 2.3 Срок страхования

Базовые тарифы рассчитаны при условии, что продолжительность договора страхования составляет 1 год.

При страховании на срок более одного года страховая премия уплачивается в размерах от исчисленной суммы годовой страховой премии пропорционально продолжительности периода страхования (с некоторой корректировкой, связанной с изменением стоимости медицинских услуг – средний рост цен на медицинские услуги за год от 5 процентов).

**Таблица.** Поправочные коэффициенты при заключении договора на срок более года, связанные с ростом цен на медицинские услуги

СРОК ДЕЙСТВИЯ Т ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	ПОПРАВочный КОЭФФИЦИЕНТ К ТАРИФУ $k_{\text{мед услуги}}$
До 15 месяцев	от 12-го месяца до 15-го месяца	1,0
До 18 месяцев	от 12-го месяца до 15-го месяца	1,0
	от 15-го месяца до 18-го месяца	1,05 - 1,1
До 24 месяцев	от 12-го месяца до 15-го месяца	1,0
	от 15-го месяца до 18-го месяца	1,05 - 1,1
	от 18-го месяца до 24-го месяца	1,1 – 1,2

В соответствии с таблицей «Поправочные коэффициенты при заключении договора на срок более года, связанные с ростом цен на медицинские услуги» поправочный коэффициент в зависимости от срока страхования от 12 до 24 месяцев вычисляется следующим образом.

1. Срок действия Т (в месяцах) договора страхования от 12 до 15 месяцев. Поправочный коэффициент

$$k_T = \frac{T}{12}.$$

2. Срок действия Т (в месяцах) договора страхования от 15 до 18 месяцев. Поправочный коэффициент

$$k_T = \frac{15}{12} + k_{\text{мед услуги}}^1 \cdot \frac{(T-15)}{12},$$

где коэффициент  $k_{мед\ услуги}^1$  меняется в пределах от 1,05 до 1,1.

3. Срок действия  $T$  (в месяцах) договора страхования от 18 до 24 месяцев. Поправочный коэффициент

$$k_T = \frac{15}{12} + \frac{3}{12} \cdot k_{мед\ услуги}^1 + k_{мед\ услуги}^2 \cdot \frac{(T-18)}{12},$$

где коэффициент  $k_{мед\ услуги}^2$  меняется в пределах от 1,1 до 1,2.

**Таблица. Поправочные коэффициенты при заключении договора на срок более года**

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	МИНИМАЛЬНЫЙ ПОПРАВОЧНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ	МАКСИМАЛЬНЫЙ ПОПРАВОЧНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ
13 месяцев		1,083
14 месяцев		1,167
15 месяцев		1,250
16 месяцев	1,338	1,342
17 месяцев	1,425	1,433
18 месяцев	1,513	1,525
19 месяцев	1,604	1,625
20 месяцев	1,696	1,725
21 месяц	1,788	1,825
22 месяца	1,879	1,925
23 месяца	1,971	2,025
24 месяца	2,063	2,125

При заключении Договора страхования на срок более 24 месяцев, расчет суммы страховой премии производится индивидуально, если в Договоре не предусмотрено иное.

При заключении договора на срок менее года страховая премия уплачивается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии.

**Таблица. Поправочные коэффициенты при заключении договора на срок менее года**

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	ПОПРАВОЧНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ К ТАРИФУ
От 1 месяца до 3 месяцев	0,45 – 1,0
До 6 месяцев	0,65 – 1,0
До 9 месяцев	0,85 – 1,0
До 12 месяцев	1,0

Поправочные коэффициенты определяются как отношения оценки величины брутто-ставки для соответствующего периода страхования к базовой, округленные с точностью до 0,05. При этом предполагается, что отношение  $S_p/S$  не меняется относительно базового расчета. Планируемое число договоров относительно базового расчета выбирается в соответствии со статистикой.

### 3 Поправочные коэффициенты к программе ДМС, предусматривающей лечение по всему миру

В рамках программы ДМС, предусматривающей лечение по всему миру к базовому тарифу применяются поправочные коэффициенты по возрасту застрахованного. Поправочные коэффициенты, приведенные в этой таблице, основаны на данных перестраховщика.

**Таблица. Типовые поправочные коэффициенты по возрасту:**

	АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ	СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
0 - 17	0,47	0,31	0,52	0,52
18 - 20	0,56	0,73	0,66	0,66
21 - 24	0,62	1,00	0,76	0,76
25 - 29	0,72	1,00	0,83	0,83
30 - 34	0,90	1,00	0,89	0,89
35 - 39	0,97	1,00	0,96	0,96
40 - 44	1,02	1,00	1,04	1,04
45 - 49	1,12	1,00	1,13	1,13
50 - 54	1,19	1,00	1,32	1,32
55 - 59	1,39	1,00	1,71	1,71
60 - 64	1,94	1,00	2,16	2,16
65 - 69	2,60	1,00	3,00	3,00
70 - 74	3,21	1,00	3,82	3,82
75 - 79	3,93	1,00	4,68	4,68
80+	6,57	1,00	7,21	7,21

Страховые тарифы устанавливаются индивидуально специалистами АО «Зетта Страхование» на основе рассчитанной в данной Методике базовой тарифной ставки и с учетом конкретных условий договора страхования, учитывающихся с помощью поправочного коэффициента по возрасту застрахованных, результатов анкетирования и предварительного обследования застрахованных. Итоговый результирующий поправочный коэффициент в любом случае не может быть менее 0,01 и более 35.

#### 4 Поправочные коэффициенты для страхования критических заболеваний

В рамках страхования критических заболеваний к базовому тарифу применяются поправочные коэффициенты по возрасту застрахованного и численности. Поправочные коэффициенты, приведенные в таблицах ниже, основаны на данных перестраховщика. В зависимости от условий страхования, коэффициенты варьируются в указанных пределах. В итоговом поправочном коэффициенте учитывается как коэффициенты возрастного состава и численности, так и результаты индивидуального андеррайтинга. Итоговый результирующий поправочный коэффициент в любом случае не может быть менее 0,01 и более 35.

*Таблица. Типовые поправочные коэффициенты по возрасту:*

ВОЗРАСТ	КОЭФФИЦИЕНТ
От 0 до 18	0,16 - 0,55
От 19 до 64	0,17 - 9,5
От 65 до 85	1,75 - 22
Старше 85	Индивидуальный андеррайтинг

*Таблица. Типовые поправочные коэффициенты по численности:*

ЧИСЛЕННОСТЬ	КОЭФФИЦИЕНТ
1 - 24	1
25 - 250	0,95 - 1
251 - 500	0,925 - 1
Свыше 500	Индивидуальный андеррайтинг





Приложение 1 Расчет базовых страховых тарифов по стандартной программе ДМС

	Амбулаторно-поликлиническая помощь			Стационарная помощь	Скорая и неотложная медицинская помощь
	Поликлиническое обслуживание	Стоматологическая помощь	Помощь на дому		
Вероятность страхового случая ( $q$ )	72,47%	45,33%	17,76%	4,66%	1,70%
Средняя страховая выплата ( $S_b$ ), руб.	20 881	10 859	7 678	53 540	7 047
Средняя страховая сумма ( $S$ ), руб.	2250000	2250000	2250000	4500000	600000
Убыточность страховой суммы ( $S_b/S$ )	0,93%	0,48%	0,34%	1,19%	1,17%
Стандартное отклонение страховых выплат ( $\sigma$ )	43 276	13 726	11 761	73 496	4 944
Планируемое число ( $n$ )	100 000,00	75000	50000	100000	75000
Основная часть нетто-ставки ( $T_o$ )	0,6726	0,2188	0,0606	0,0554	0,0200
Рисковая надбавка ( $T_r$ )	0,0088	0,0029	0,0019	0,0022	0,0011
Нетто-ставка ( $T_n$ )	0,6814	0,2216	0,0625	0,0577	0,0211
нагрузка ( $f$ )	69,0%	69,0%	69,0%	69,0%	69,0%
Брутто-ставка ( $T_b$ )	2,1980	0,7150	0,2015	0,1860	0,0681
Округленная брутто-ставка	2,1980	0,7150	0,2020	0,1860	0,0680

Базовый тариф по стандартной программе ДМС рассчитывается как сумма тарифов, входящих в нее видов медицинской помощи и равен 3,369%.

Приложение 2 Расчет базовых страховых тарифов по расширенной программе ДМС

	Амбулаторно-поликлиническая помощь			Стационарная помощь	Скорая и неотложная медицинская помощь
	Поликлиническое обслуживание	Стоматологическая помощь	Помощь на дому		
Вероятность страхового случая ( $q$ )	62,06%	40,08%	17,13%	4,50%	6,20%
Средняя страховая выплата ( $S_b$ ), руб.	16 516	8 833	8 380	45 578	7 643
Средняя страховая сумма ( $S$ ), руб.	2250000	2250000	2250000	4500000	600000
Убыточность страховой суммы ( $S_b/S$ )	0,73%	0,39%	0,37%	1,01%	1,27%
Стандартное отклонение страховых выплат ( $\sigma$ )	34 526	6 797	11 304	88 182	5 602
Планируемое число ( $n$ )	100000	75000	50000	100000	75000
Основная часть нетто-ставки ( $T_o$ )	0,4556	0,1573	0,0638	0,0456	0,0790
Рисковая надбавка ( $T_r$ )	0,0066	0,0016	0,0018	0,0024	0,0023
Нетто-ставка ( $T_n$ )	0,4621	0,1590	0,0657	0,0480	0,0813
нагрузка ( $f$ )	69,0%	69,0%	69,0%	69,0%	69,0%
Брутто-ставка ( $T_b$ )	1,4907	0,5128	0,2118	0,1548	0,2622
Округленная брутто-ставка	1,4910	0,5130	0,2120	0,1550	0,2620

Базовый тариф по расширенной программе ДМС рассчитывается как сумма тарифов, входящих в нее видов медицинской помощи и равен 2,633%.