



Организация Объединенных Наций

Обзор качества, эффективности, результативности и устойчивости программ медицинского страхования в организациях системы Организации Объединенных Наций

Доклад Объединенной инспекционной группы

Доклад подготовил Хесус С. Миранда-Ита



Обзор качества, эффективности, результативности и устойчивости программ медицинского страхования в организациях системы Организации Объединенных Наций

Доклад Объединенной инспекционной группы

Доклад подготовил Хесус С. Миранда-Ита



Организация Объединенных Наций • Женева, 2023 год

Над докладом работали:

Хесус С. Миранда-Ита, инспектор

Александра Капелло, специалист по инспекции и оценке (начальный этап)

Камолмас Джайен, специалист по инспекции и оценке

Кэтрин Митчелл, помощник-референт

Патрик Николас Герген, внешний консультант (сравнительный анализ политики в области страхования)

Стажеры-исследователи

Криста Тингбранд (июнь–декабрь 2022 года)

Юэ Су (сентябрь 2022 года — март 2023 года)

Чу Хуэй (Эстер) Хуан (сентябрь 2022 года — март 2023 года)

Ланьси Сунь (март–сентябрь 2023 года)

Риа Октавио (сентябрь–декабрь 2023 года)

Шаоцзе Ма (август 2023 года — январь 2024 года)

Резюме

Обзор качества, эффективности, результативности и устойчивости программ медицинского страхования в организациях системы Организации Объединенных Наций

I. Введение и цели обзора

Обзор качества, эффективности, результативности и устойчивости программ медицинского страхования в организациях системы Организации Объединенных Наций был включен в программу работы Объединенной инспекционной группы (ОИГ) на 2022 год с учетом просьб, давно высказывавшихся Независимым консультативным комитетом по ревизии Секретариата Организации Объединенных Наций, Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ), Международной морской организации (ИМО) и Всемирной метеорологической организации (ВМО). Главной целью обзора является выявление возможностей для улучшения деятельности и полезной практики в вопросах прозрачности, качества услуг, координации, гармонизации, эффективности, действенности и долгосрочной финансовой устойчивости систем медицинского страхования в участвующих в ОИГ организациях в интересах их работающих и вышедших на пенсию сотрудников. В частности, в обзоре проводится анализ политики и управления в области медицинского страхования, включая политику и практику ограничения расходов и изучаются финансовые и бюджетные перспективы и потенциал для укрепления координации действий и сотрудничества между организациями, включая аспект мобильности персонала. В этой связи в обзоре проводится сравнительный анализ всех 25 планов первичного медицинского страхования и одного отдельного плана стоматологического медицинского страхования работающих и вышедших на пенсию сотрудников, которые прямо или косвенно управляются и совместно финансируются участвующими организациями ОИГ (глава II), и рассматриваются отдельные аспекты, касающиеся эффективности и результативности таких планов (глава III), адекватности страхового покрытия и качества административного управления ими (глава IV), а также состояния раскрытия информации и финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию и их бюджетных последствий (глава V).

Медицинское страхование является важной частью пакета вознаграждения, предоставляемого сотрудникам и пенсионерам организаций системы Организации Объединенных Наций. Его покрытие и финансирование — это общесистемные вопросы, которые подлежат постоянной корректировке с учетом демографических тенденций в застрахованных группах и роста расходов, обусловленного научно-техническим прогрессом и другими изменениями в сфере здравоохранения. Число работающих и вышедших на пенсию сотрудников, застрахованных в рамках программ первичного медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций, выросло с 84 000 человек в 2004 году до более чем 160 000 человек к концу 2022 года, а общая численность застрахованных лиц, включая членов семьи и других иждивенцев, превышает 440 000 человек. За тот же период ежегодные расходы увеличились с 296 млн долл. до 1,2 млрд долларов. В целом среднегодовая стоимость медицинского страхования для семьи сотрудника Организации Объединенных Наций в 2022 году возросла с 3536 долл. в 2004 году (что эквивалентно 5478 долл. в 2022 году) до 7259 долл., т. е. в реальном выражении на 32,5 %.

Хотя право на социальное обеспечение является частью пакета вознаграждения сотрудников, сфера его рассмотрения в качестве «общесистемного вопроса» ограничена; это отчасти объясняется недостаточной координацией политики и общего руководства, что обусловило различия путей исторического развития каждого плана медицинского страхования, а также несхожими условиями предоставления медицинских услуг в разных странах и местах службы, что привело к значительным различиям в страховом покрытии, стоимости и степени солидарности и взаимного распределения медицинских рисков, присущих каждому плану.

II. Основные результаты и выводы

Сравнительный анализ программ медицинского страхования для работающих и вышедших на пенсию сотрудников организаций системы Организации Объединенных Наций

Как уже отмечала ОИГ в своем предыдущем докладе по этому вопросу¹, обзор показал, что руководящие и директивные органы по-прежнему в значительной мере не проявляют активности в вопросах разработки политики в области медицинского страхования. Организации системы Организации Объединенных Наций обязаны создать программы социального обеспечения для своих сотрудников, однако во всех случаях, кроме одного, нормативные положения ограничиваются признанием права на социальное обеспечение и передачей административным главам организаций всех полномочий по разработке соответствующей политики в области медицинского страхования. В результате в участвующих организациях существует 26 различных программ медицинского страхования (одна из которых касается стоматологического страхования). Признавая, что создание единой программы медицинского страхования для всех участвующих организаций не представляется возможным, следует отметить, что минимальный набор принципов, требований или стандартов для адекватной программы медицинского страхования облегчал бы разработку политики и способствовал повышению общей слаженности.

26 программ медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций можно распределить по категориям в разбивке по структурам, которые страхуют риски, и структурам, которые осуществляют административное управление этими планами страхования. Первые упомянутые структуры используются для проведения различия между программами самострахования и внешнего страхования, а вторые касаются программ с самостоятельным управлением, в которых управление всей службой медицинского страхования осуществляется самими организациями, и программ с внешним управлением, в которых для предоставления административных услуг привлекается внешняя компания. Половину программ медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций составляют программы самострахования или кэптивные программы. Они охватывают 82 % от числа всех застрахованных участников.

В административном управлении преобладает внешний подряд, причем даже в случае программ самострахования: программами с внешним управлением охвачены 72 % бенефициаров. В противоположность этому, чуть более четверти застрахованных являются участниками одного из четырех существующих самоуправляемых (и, соответственно, самостраховуемых) планов, все из которых базируются в Женеве и имеют широкую клиентуру — от почти 13 000 бенефициаров в Международной организации труда (МОТ) до свыше 41 000 во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Самой крупной по численности лиц, застрахованных в соответствии с действующими планами, структурой является Секретариат Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке, где действует пять планов, обеспечивающих охрану интересов почти 150 000 человек.

¹ JIU/REP/2007/2.

Управление программами медицинского страхования и привлечение участников планов страхования

Крайне важно привлекать бенефициаров к разработке политики и управлению планами медицинского страхования. В большинстве программ представители работающих и вышедших на пенсию участников плана официально участвуют в разработке политики медицинского страхования, однако набранные на местах сотрудники и пенсионеры за пределами штаб-квартир недостаточно представлены в соответствующих комитетах.

Квалификационные критерии

Содержание пакета медицинского страхования часто зависит от контракта и места службы сотрудников. Большинство участвующих организаций предлагают действующим сотрудникам конкретный пакет медицинского страхования в зависимости от их контрактного статуса, того, набраны ли они на международной или местной основе, и того, работают ли они в штаб-квартире (например, в Нью-Йорке, Женеве или Вене).

В 26 программах медицинского страхования применяются различные квалификационные критерии для сотрудников, пенсионеров, членов их семей и связанных с ними защищенных лиц. Несогласованные квалификационные критерии, особенно в случае лиц, для которых их организациями установлены субсидированные ставки страховых взносов, порождают неравный доступ к медицинскому страхованию для работающих и вышедших на пенсию сотрудников и членов их семей и свидетельствуют о несправедливом использовании общественных средств.

В рамках всей системы не всегда безоговорочно признается стаж предыдущего участия в программах медицинского страхования. Хотя стаж долевого участия сотрудников в планах медицинского страхования в других организациях системы Организации Объединенных Наций признается во всех программах, в МОТ и ВОЗ требуется, чтобы в течение пяти из десяти лет, необходимых для получения права на медицинское страхование после выхода на пенсию, сотрудник участвовал в их плане медицинского страхования.

Ставки страховых взносов и их доленое распределение между организациями и участниками плана

В большинстве программ распределение страховых взносов между бенефициарами производится на основе платежеспособности и принципа солидарности поколений, заложенного в понятие социального обеспечения; таким образом, сотрудникам с более низким вознаграждением или большими семьями организации, как правило, датируют более значительную долю взносов, в то время как вышедшие на пенсию сотрудники и их иждивенцы вносят меньше взносов, получают более высокие субсидии и потенциально влекут более значительные суммы возмещения расходов по линии медицинского страхования. В свою очередь, принцип эквивалентности или причинности затрат, который обычно характерен для страховых премий коммерческого страхования в частном секторе, также присутствует в некоторых программах в форме единых ставок страховых взносов, фиксированных в абсолютных размерах, как, например, в базовых планах медицинского страхования Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО) и Всемирной продовольственной программы (ВПП). Единая шкала взносов, размер которых зависит исключительно от возраста участника, установлена только в плане медицинского страхования Всемирного почтового союза (ВПС).

Уровень субсидирования организациями взносов на медицинское страхование составляет от 50 % до 75 % по всем планам, при этом в половине программ предусматривается более высокий уровень субсидирования для вышедших на пенсию сотрудников по сравнению с работающим персоналом, что усиливает принцип солидарности поколений, заложенный в идее страхования или взаимного

распределения рисков для здоровья. Однако в некоторых организациях сотрудники в целом несут более значительную долю расходов на страхование, чем сама организация, как, например, в случае программы медицинского страхования/медицинского страхования после выхода на пенсию ФАО, Всемирного плана Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций для работающих сотрудников и двух программ Организации Объединенных Наций по промышленному развитию (ЮНИДО) для пенсионеров.

Что касается различий во взносах сотрудников, то на основе сравнительного тематического исследования, проведенного в шести местах службы, в ходе обзора выяснилось, что в одном и том же месте службы стоимость медицинского страхования для набираемых на международной основе сотрудников одной и той же категории может различаться в зависимости от плана в два с половиной раза, а для набираемых на местной основе — в четыре раза, т. е. для сотрудников, работающих в одинаковых условиях, установлен разный режим, определяемый исключительно или главным образом их участием в той или иной программе медицинского страхования. Эта ситуация, наряду с другими факторами, такими как различия в охвате, явно противоречит цели создания общей системы, позволяющей избежать пагубной конкуренции между организациями системы при наборе персонала, а также обеспечивающей равные условия труда для сотрудников в одном и том же месте службы, независимо от конкретного работодателя.

Страхование и выплаты

Для целей обзора были выбраны 11 ключевых параметров, позволяющих сравнить уровень страхового покрытия и выплат различных программ: а) выбор поставщиков медицинских услуг и географический охват; б) финансовое покрытие и защита от непомерных расходов с помощью мер по ограничению потерь и положений о трудных условиях; в) общее амбулаторно-поликлиническое обслуживание и фармацевтическая продукция; г) госпитализация; д) физиотерапия; е) профилактическое обслуживание взрослых; ж) офтальмологическая и стоматологическая помощь; з) охрана психического здоровья; и) репродуктивное здоровье, планирование семьи и лечение бесплодия; л) регулярный контроль состояния здоровья ребенка; и к) долговременный уход.

В рамках всех программ участникам плана предоставлено право свободного выбора поставщиков медицинских услуг, но по линии некоторых программ, особенно предназначенных для участников плана в Северной Америке, предлагаются значительные льготы от сетевых поставщиков услуг. Что касается географического охвата, то планы, разработанные для работающих и вышедших на пенсию сотрудников по всему миру, независимо от статуса найма, обеспечивают покрытие по всему миру, но многие из них предусматривают ограниченное покрытие в Соединенных Штатах Америки из-за высоких медицинских расходов. Программы, разработанные специально для сотрудников, набираемых на местной основе, например планы медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций, Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), УВКБ и Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), при обычных обстоятельствах предусматривают ограниченное покрытие или вообще не предусматривают покрытия за пределами мест службы или мест проживания участников плана.

Между планами в одном месте службы и даже в одной организации для разных бенефициаров имеются значительные различия по предельным уровням годового возмещения расходов. В случае расходов, связанных с госпитализацией, большинство программ покрывают 100 % стоимости размещения в двухместной или общей палате, однако в некоторых местах службы, особенно в Европе и Северной Америке, в качестве меры по ограничению расходов может устанавливаться предельный размер возмещения.

Программы медицинского страхования существенно различаются по размерам погашения расходов на физиотерапию и, в частности, по покрытию таких услуг.

Что касается профилактики, то в четырех программах покрытие таких услуг вообще не предусмотрено, либо предусмотрено только для иждивенцев, или же нет специальных положений о плановых медосмотрах; в программах, где такие процедуры покрываются, уровень покрытия сильно различается, хотя профилактическая медицина не только целесообразна с медицинской точки зрения, но и является неотъемлемой частью права на здоровье в самом широком смысле и одним из способом сдерживания роста расходов в долгосрочной перспективе.

Программы существенно различаются и по страховому покрытию оптики и стоматологических услуг. Еще одной областью, в которой между разными планами существуют значительные различия в размерах страхового покрытия, является психическое здоровье. В отношении амбулаторного психиатрического лечения и психотерапии в программах медицинского страхования Международного агентства по атомной энергии (МАГАТЭ), Отделения Организации Объединенных Наций в Вене, Секретариата Организации Объединенных Наций (план «Этна»), ЮНИДО и Всемирной туристской организации (ЮНВТО) для работающих и вышедших на пенсию сотрудников не установлено верхнего предела суммы возмещения и их планы не предусматривают общих финансовых ограничений. В двух программах ФАО и ВПП для сотрудников, набираемых на местах за пределами штаб-квартиры, установлен самый низкий уровень финансового покрытия — годовой лимит расходов на амбулаторное психиатрическое лечение и психотерапию составляет 800 долларов.

Двадцать пять программ с таким покрытием обеспечивают аналогичное возмещение расходов, связанных с беременностью и родами, в большинстве случаев в размере 80 %, однако услуги по планированию семьи также покрываются неравномерно и было бы полезно добиться более тесной гармонизации положений в этой области. Необходимые с медицинской точки зрения услуги по лечению бесплодия в той или иной степени покрываются в 17 планах, а в 8 планах не покрываются вообще.

Долговременный уход, как правило, не покрывается медицинской страховкой, и потребности в этой области по-прежнему не удовлетворяются. Обычно такая помощь покрывается отдельным страховым полисом и не входит в пакет медицинского страхования. Из 25 рассмотренных программ медицинского страхования только восемь в той или иной степени включают покрытие долговременного ухода.

В ходе обзора не было обнаружено конкретных ограничений покрытия или исключений из него по признаку возраста, расы, пола, сексуальной ориентации или каких-либо иных личных характеристик.

Защита данных о здоровье сотрудников

Все внешние администраторы и коммерческие страховщики, услугами которых пользуются планы медицинского страхования, базируются либо в США, либо в Европе, что требует от них соблюдения Закона о праве сохранения и защите данных медицинского страхования в первом случае и Общего регламента по защите данных во втором. Однако политика участвующих организаций по защите данных сильно различается по уровню зрелости.

Эффективность и результативность программ медицинского страхования

Финансовые показатели программ медицинского страхования

В среднем взносы, вносимые организациями-работодателями за работающих сотрудников, превышали взносы самих бенефициаров на 17 %, а взносы пенсионеров — на 83 %. В сумме взносы на одного застрахованного, включая выплаты бенефициаров и их работодателей или бывших работодателей, составили в 2022 году 3079 долларов. Для работающих сотрудников и их иждивенцев сумма взносов в общей

сложности составила 845,7 млн долл., а для пенсионеров и их иждивенцев — 367,5 млн долларов. Таким образом, общая сумма взносов за год составила 1,2 млрд долларов.

По всем планам, по которым были предоставлены данные, полный коэффициент убыточности² в 2022 году составил в среднем 88,1 %, что свидетельствует о неплохом балансе взносов и расходов. Коэффициент убыточности³ 25 планов, по которым представлена полная информация, составляет в среднем 83,1 %.

В 14 из 21 плана с имеющейся соответствующей информацией эффективный коэффициент возмещения (доля медицинских расходов, фактически покрываемая страховщиком) превышает 80 %. Выше всего этот показатель в плане Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС) (88,8 %). Что касается коэффициента покрытия из собственных средств (доля расходов на медицинское обслуживание, включая страховые взносы, которую несут сами бенефициары), то в семи планах этот показатель ниже 50 %, т. е. из средств этих программ покрывается более половины фактической стоимости медицинских услуг, требующихся в течение года. Субсидии для пенсионеров (в размере 61 % от суммы их расходов на медицинское страхование и лечение) вдвое превышали уровень субсидирования аналогичных расходов работающих сотрудников.

Предотвращение и пресечение мошенничества

Участвующие организации ОИГ представили данные о 226 предполагаемых и рассмотренных случаях мошенничества в сфере медицинского страхования в период с 2019 по 2022 год на общую сумму в 2,2 млн долл., из которых на сегодняшний день было возмещено около 142 000 долларов. Судя по имеющимся данным во всем мире в системах здравоохранения на мошеннические действия приходится от 3,3 % до 10 % расходов на охрану здоровья. В случае планов медицинского страхования в организациях системы Организации Объединенных Наций, общая сумма возмещения по которым в 2022 году составила 1,05 млрд долл., зарегистрированный объем мошенничества в сравнении с другими планами был гораздо ниже.

Для выявления и предотвращения мошенничества администраторы программ медицинского страхования Организации Объединенных Наций применяют множество инструментов: от лимитов на оплату наличными до выборочной проверки требований о возмещении расходов и использования указателей, сигнализирующих о возможном мошенничестве. В четырех планах, управление которыми осуществляется самостоятельно, страхователями создана собственная система мониторинга потенциального мошенничества и разработаны меры по сведению к минимуму рисков мошенничества, в то время как в программах с внешним управлением такая работа проводится внешним администратором или страховщиком.

В отношении действующих сотрудников, уличенных в мошенничестве с медицинской страховкой занимающимися расследованиями службами их организаций, в разных организациях применяются различные дисциплинарные меры, причем не всегда на основе принципа соразмерности тяжести проступка.

Сдерживание роста расходов

У большинства администраторов планов нет четкого плана действий по сдерживанию роста расходов. Обычно внешние администраторы или страховщики не представляют данных об экономии финансовых средств (или предотвращении затрат) в результате принятых ими мер по сдерживанию роста расходов. Кроме того, в ходе обзора не было обнаружено свидетельств достижения сколь-либо ощутимых результатов выполнения рекомендации межучрежденческой Рабочей группы по медицинскому страхованию после выхода на пенсию от 2018 года, согласно которой «в контексте межучрежденческих обсуждений под эгидой Комитета высокого уровня

² [(медицинские расходы + административные расходы) x 100/взносы].

³ [медицинские расходы x 100/взносы].

по вопросам управления [должны] изучаться все пути сдерживания расходов на медицинское страхование», или даже осуществления такого межучрежденческого сотрудничества в рамках всей системы.

Ввиду необходимости более активного участия организаций-спонсоров предлагается усилить роль их ревизионных подразделений в работе по сдерживанию роста расходов, выявлению случаев мошенничества и общему улучшению политики и практики медицинского страхования.

Закупки

Помимо существующего и исторически сложившегося межучрежденческого сотрудничества в области совместных закупок, например сотрудничества администраторов планов медицинского страхования, с тех пор как Рабочая группа по медицинскому страхованию после выхода на пенсию рекомендовала организациям системы Организации Объединенных Наций проводить коллективные переговоры с поставщиками таких услуг и рассмотреть возможность приведения своих требований к внешним администраторам в соответствие с передовой практикой, межучрежденческое сотрудничество и обмен информацией о передовой практике и извлеченных уроках в области закупок в сфере медицинского страхования и административного управления носят ограниченный характер; такая практика охватывала, в частности, унификацию по различным ключевым аспектам, таким как ключевые показатели эффективности, методология ценообразования, представление отчетности и контроль и ревизии. В ходе бесед ряд администраторов планов отметили трудности, возникающие при проведении такой деятельности из-за отсутствия собственных специалистов и доступа к информации о положительных примерах в работе других организаций.

Адекватность и качество услуг

В рамках обзора в период с 4 мая по 20 июня 2023 года был проведен масштабный онлайн-опрос, в ходе которого были получены ответы от 23 163 респондентов, что составляет 14,7 % от общего числа застрахованных работающих и вышедших на пенсию сотрудников. В ходе опроса респондентам предлагалось высказать свое мнение по следующим вопросам: а) в какой степени их программа медицинского страхования удовлетворяет их потребности в медицинском обслуживании; б) доступ к медицинским и другим связанным с ними услугам в месте службы или в месте проживания; и с) качество и эффективность административного управления их программой медицинского страхования.

Из 11 видов медицинского страхования, охваченных в ходе опроса, самую высокую оценку получили госпитализация, амбулаторное лечение и профилактическое обслуживание, которые чаще всего «полностью» или «в основном» удовлетворяют потребности респондентов. С другой стороны, хуже всего оценивались долговременный уход, охрана психического здоровья⁴ и офтальмологические услуги, а также другие заслуживающие особого внимания области, такие как амбулаторное обслуживание для сотрудников, набранных на местах, условия, связанные с физической инвалидностью и оплатой лекарств при наличии хронических заболеваний, физиотерапия, плановые медицинские осмотры, стоматологическая помощь и охрана репродуктивного здоровья.

Наблюдается большой разброс оценок эффективности механизма разрешения споров по заявлениям об оплате медицинских расходов в зависимости от программ. С тем, что предусмотренные механизмы разрешения споров по заявлениям о возмещении медицинских расходов являются эффективными, согласились только 43–51 % респондентов, застрахованных по планам Секретариата Организации

⁴ См. также «Обзор политики и практики поддержания психического здоровья и благополучия сотрудников в организациях системы Организации Объединенных Наций», где представлено всеобъемлющее исследование политики и практики по этим вопросам (JIU/REP/2023/4).

Объединенных Наций, базирующимся в Соединенных Штатах, планам медицинского страхования УВКБ и Управления Организации Объединенных Наций по обслуживанию проектов (ЮНОПС) и плану Общества взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций от болезней и несчастных случаев Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве⁵, в то время как в случае респондентов, застрахованных по плану ЮНВТО и по плану МАГАТЭ, этот показатель составил соответственно 94 % и 83 %. Более 80 % респондентов были удовлетворены простой процедурой подачи заявлений, однако уровень удовлетворенности точностью их обработки различался между планами, даже если разными планами занимался один и тот же внешний администратор.

Оперативностью получения возмещения были удовлетворены около 67 % респондентов, при этом уровень удовлетворенности респондентов, набранных на местной основе, был значительно ниже (63 %) по сравнению с коллегами, набранными на международной основе (73 %). Сравнение планов показывает, что в наименьшей степени были удовлетворены респонденты, застрахованные по плану медицинского страхования УВКБ (34 %).

Представление информации, финансирование и бюджетные последствия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию

Введение международных стандартов учета в государственном секторе (МСУГС) в качестве стандарта учета для организаций системы Организации Объединенных Наций стало важным шагом вперед в плане обеспечения полноты и прозрачности их финансовой отчетности и, в частности, наглядности обязательств, связанных с правом сотрудников на медицинское обслуживание после выхода на пенсию, которое приобретает постепенно в процессе трудовой жизни. Однако при всей важности признания обязательств его недостаточно ввиду сохраняющейся нехватки финансирования.

В 2018 году была разработана общесистемная концепция стоимостной оценки для обеспечения согласованности между организациями при определении долгосрочных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию. В дополнение к некоторым допущениям по конкретным планам большинство участвующих организаций ОИГ используют для определения своих обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию один и тот же набор основных актуарных предположений, что позволяет проводить значимое сравнение при учете обязательств в рамках всей системы и за ее пределами.

По состоянию на декабрь 2021 года обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию составляли 20,3 млрд долл., причем на 5 участвующих организаций приходилось две трети от общей суммы, а на 11 — 90 %. Более четверти от общего объема обязательств относится к Секретариату Организации Объединенных Наций.

Хотя обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию фигурируют в повестке дня руководящих органов, Координационного совета руководителей системы Организации Объединенных Наций (КСР) и внешних ревизоров в качестве общесистемного вопроса с 1990-х годов, цель финансирования этих обязательств по-прежнему не достигнута, поскольку эти обязательства профинансированы только на 31 %. На Секретариат Организации Объединенных Наций, МОТ и ВОЗ приходится 61 % от общего объема непрофинансированных обязательств (14 млрд долл.), в то время как ПРООН, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), ЮНОПС, Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин («ООН-женщины») и ВПП полностью или частично

⁵ Всесторонний анализ официальных механизмов разрешения споров в участвующих организациях ОИГ, см. в документе «Обзор внутренних механизмов обжалования на предшествующем судебному разбирательству этапе, которые имеются в распоряжении сотрудников организаций системы Организации Объединенных Наций» (JIU/REP/2023/2).

финансируют свои обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию на уровне около или более 85 %; пять организаций (Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), ЮНИСЕФ, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН), ВОЗ и ФАО) накопили резерв в размере 40–60 % от объема своих обязательств; а четыре организации (ИМО, Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде (ЮНЕП), УВКБ и ВОИС) — в пределах от 20 % до 40 %. Остальные 13 участвующих организаций не выделяют значительных средств на эти цели.

Выбор метода накопительного финансирования — это вопрос не только рационального финансового управления или долгосрочной финансовой устойчивости, но и прозрачности и эффективности обсуждения бюджета в директивных органах. Этому имеется два объяснения: а) невключение в бюджет новых долгосрочных расходов на медицинское страхование после выхода на пенсию, которые будут возникать каждый год, равнозначно исключению неизбежных расходов из предлагаемого бюджета и соответствующих обсуждений; и б) при такой непрозрачности и несоответствии между расходами и программными мероприятиями создается бюджетная иллюзия высвобождения ресурсов для других программ бюджета, смещаются бюджетные приоритеты или потребности с настоящего на будущее или наоборот, или просто взносы остаются ниже уровня, который соответствовал бы реальным расходам (в отсутствие смещения приоритетов).

III. Рекомендации

A. Официальные рекомендации

Ниже приводится перечень рекомендаций с указанием номера соответствующего пункта в настоящем докладе.

Рекомендация 1

Административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, управляющих планом медицинского страхования, следует обеспечить, чтобы к концу 2026 года были приняты меры по обеспечению представленности всех групп участников плана, включая набираемых на местах сотрудников и пенсионеров, в их комитете по управлению планом медицинского страхования, комитете по надзору за планом медицинского страхования или консультативном комитете по плану медицинского страхования (пункт 43).

Рекомендация 2

Административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует до конца 2026 года изучить возможность прекращения практики субсидирования страховых взносов для находящихся на иждивении членов семьи второй степени родства, членов семьи, не находящихся на иждивении, и не связанных с ними членов домохозяйства, а также практики взаимного распределения их рисков вместе с рисками родственников первой очереди (пункт 59).

Рекомендация 3

Административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует до конца 2026 года обеспечить, чтобы право членов семей сотрудников на участие в медицинском страховании после выхода в отставку предоставлялось при условии наличия как минимум пятилетнего стажа в одной из программ медицинского страхования Организации Объединенных Наций с долевым участием, без ущерба для

должным образом обоснованных исключений, обусловленных жизненными обстоятельствами (пункт 68).

Рекомендация 4

Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций следует обратиться к Комиссии по международной гражданской службе с просьбой предложить руководящие принципы для повышения согласованности в применении принципов солидарности поколений, платежеспособности и защиты семьи в программах медицинского страхования, совместно финансируемых организациями общей системы Организации Объединенных Наций (пункт 77).

Рекомендация 5

К концу 2026 года административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует обеспечить высочайший уровень защиты всех данных о медицинском страховании бенефициаров, включая медицинские заключения, рецепты, анализы и возмещенные суммы, а также обеспечить, чтобы раскрытие, передача, обработка и хранение личных данных, связанных с медицинским страхованием, осуществлялись с письменного согласия соответствующего лица и любые возможные исключения были однозначно прописаны в соответствующих правилах (пункт 123).

Рекомендация 6

С 2026 года административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует обеспечить, чтобы добровольные взносы, по мере их накопления, покрывали будущие обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию сотрудников, работающих в рамках программ или проектов, финансируемых за счет таких взносов (пункт 224).

Рекомендация 7

Директивным и/или руководящим органам организаций системы Организации Объединенных Наций, еще не утвердившим план финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию по мере их накопления для должностей, финансируемых за счет начисленных взносов, следует разработать долгосрочную стратегию на этот счет, по крайней мере для покрытия будущих обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию для всех вновь набранных сотрудников (пункт 234).

В. Неофициальные рекомендации

В дополнение к официальным рекомендациям сформулировано 33 неофициальных рекомендаций, которые выделены в докладе жирным шрифтом в качестве предложений, адресованных административным руководителям. Ниже приводится перечень этих факультативных рекомендаций с указанием номера соответствующего пункта в настоящем докладе и, при необходимости, необходимого контекста.

1. (Недостаточное распространение информации об условиях плана усугубляет изначальную сложность медицинского страхования.) **Инспектор предлагает организациям системы Организации Объединенных Наций, осуществляющим административное управление планом медицинского страхования, обеспечить, чтобы информация о страховом покрытии и выплатах плана, включая ограничения и предельные уровни, была общедоступной в режиме онлайн (пункт 31).**
2. (Не всегда в полном объеме безоговорочно признается стаж предыдущего участия в системах медицинского страхования в рамках всей системы. В МОТ и ВОЗ требуется, чтобы в течении пяти из десяти лет, необходимых для получения права на

медицинское страхование после выхода на пенсию, сотрудник участвовал в их плане медицинского страхования.) Инспектор считает, что подобная предосторожность противоречит необходимости соблюдения и укрепления политики межучрежденческой мобильности и борьбы с дискриминацией по возрасту. **Ввиду этого Инспектор рекомендует снять это ограничение (пункт 63).**

3. (Относительно использования для расчета взносов пенсионеров суммы, отличной от фактических пенсий.) **Инспектор предлагает при наличии данных использовать в качестве основы для расчета взносов пенсионеров в их соответствующие программы медицинского страхования не какие-либо приблизительные показатели, а размер фактической пенсии (или единообразно установленную долю такой пенсии) в целях более оптимальной увязки таких взносов с платежеспособностью пенсионеров (пункт 78).**

4. (Унификация количества лет, учитываемых при расчете теоретической пенсии, на основе которой рассчитываются взносы пенсионеров, как способ сокращения доли страховых взносов, которые выплачиваются участвующими организациями за пенсионеров с ограниченным стажем долевого участия в планах медицинского страхования.) **Ввиду этого Инспектор предлагает, чтобы база расчета взносов учитывала, помимо платежеспособности (в идеале — фактической пенсии), необходимость сведения к минимуму чрезмерных субсидий для пенсионеров с незначительным стажем долевого участия в соответствующей программе в период активной службы (пункт 82).**

5. **Кроме того, по мнению Инспектора, право на социальное обеспечение и, в частности, на медицинское страхование предполагает, что, как минимум, организации должны нести не менее половины расходов в рамках этих программ (пункт 88).**

6. (Для сотрудников, работающих в одинаковых условиях, установлен разный режим исключительно или главным образом на основе их принадлежности к той или иной программе страхования.) **Инспектор предлагает организациям системы Организации Объединенных Наций координировать усилия на уровне места службы, чтобы по возможности избегать неравенства во взносах и страховом покрытии (пункт 92).**

7. **Инспектор предлагает участвующим организациям скорректировать политику и договоры медицинского страхования, обеспечив, чтобы в основу положений о мерах по ограничению потерь или трудных условиях был положен принцип эквивалентной финансовой поддержки для всех участников и чтобы поддержка предоставлялась только в случае реальных финансовых трудностей, связанных с платежеспособностью застрахованного лица (пункт 100).**

8. **Инспектор предлагает, чтобы планы медицинского страхования, финансируемые Организацией Объединенных Наций, предусматривали покрытие профилактических услуг, включая плановые медицинские осмотры (пункт 106).**

9. (В некоторых программах неизрасходованные суммы на оптику разрешается переносить на следующий год.) **По мнению Инспектора, вместо этого следует предусмотреть ежегодное покрытие, достаточное для удовлетворения фактических медицинских потребностей по мере их возникновения, что позволит сохранить корреляцию между взносами и покрытием рисков во времени и избежать ситуации, когда бенефициары вынуждены откладывать покупку необходимых устройств до тех пор, пока не накопится максимальный кредит (пункт 107).**

10. (В одних и тех же местах службы уровень финансового покрытия существенно различается в зависимости от программы.) **Инспектор рекомендует посредством координации и согласования политики в приоритетном порядке постепенно сокращать или устранять различия в предельных уровнях в одном и том же месте службы (пункт 108).**

11. Не рекомендуя включать долговременный уход в полисы или планы медицинского страхования, поскольку они различаются по своему характеру, Инспектор в то же время предлагает организациям системы Организации Объединенных Наций проработать с представителями работающих сотрудников и пенсионеров вопрос создания отдельной программы страхования, охватывающей эти виды рисков и ухода на скоординированной и доступной основе (пункт 116).

12. Инспектор рекомендует обеспечить четкое разделение обязанностей между кадровыми подразделениями и подразделениями по работе с заявлениями о возмещении медицинских расходов и жалобами по медицинскому страхованию, чтобы обеспечить высочайший уровень защиты персональных данных о здоровье и медицинском страховании (пункт 121).

13. Предлагается, что независимо от типа предоставления услуг (самостоятельно или с привлечением внешних подрядчиков), организациям следует тверже контролировать эффективность функционирования службы медицинского страхования и делать это систематически и на основе измеримых показателей (пункт 130).

14. (Документы, определяющие порядок деятельности подразделения по работе с клиентами, выпускаются не администрацией, а страховщиками или внешними администраторами.) Инспектор предлагает, чтобы организации сами составляли и публиковали такие документы независимо от способа предоставления услуг медицинского страхования (пункт 131).

15. (В четырех планах, построенных на принципах самострахования и самостоятельного управления, спектр задач подразделений по работе с клиентами уже по сравнению с планами с внешним управлением.) Хотя все они хорошо отражают цели, ориентированные на клиента, Инспектор предлагает добиваться реализации их на практике на основе соответствующих ключевых показателей эффективности деятельности (пункт 132).

16. (Ключевые показатели эффективности деятельности используются для мониторинга работы, но с разной степенью качества и полноты охвата.) По мнению Инспектора, эти показатели являются полезной практикой, заслуживающей внедрения и, возможно, унификации во всех программах, независимо от используемых моделей, и включения в документы, определяющие порядок работы подразделений по работе с клиентами, если это применимо (пункт 133).

17. С учетом того, что в расходах на медицинское страхование участвуют как работающие, так и вышедшие на пенсию сотрудники и что медицинское страхование является одним из основных элементов их прав на социальное обеспечение, необходимо, чтобы участникам плана предоставлялась периодическая отчетность, независимо от того, какой структурой осуществляется управление планом (пункт 134).

18. Инспектор предлагает организациям системы Организации Объединенных Наций поддерживать контакты с внешними администраторами или страховщиками и регулярно запрашивать информацию о финансовых показателях их планов, чтобы иметь возможность оценивать результаты и использовать их для содействия внесению в необходимых случаях изменений в правила и договоры (пункт 141).

19. (Следует строго ограничивать наличные платежи поставщикам медицинских услуг и аптекам разумными размерами, принятыми в стране проживания, поскольку при увеличении предельных сумм снижается эффективность лимитов в плане предотвращения мошенничества.) Инспектор предлагает обновить и по возможности снизить лимиты наличных платежей для всех видов медицинского страхования (пункт 153).

20. (Произвольная выборка заявлений о возмещении медицинских расходов для выявления случаев мошенничества на основе установленных пороговых значений.) Инспектор предлагает периодически проверять эффективность этих пороговых

значений, убеждаясь, что они обоснованны и дают ожидаемые результаты (пункт 154).

21. Инспектор предлагает использовать показатели для мониторинга риска мошенничества, однако при этом следует отказаться от показателей, в которых вероятность мошенничества увязывается с размером зарплаты бенефициара, заменив их другими показателями, лучше отражающими рассматриваемые риски (пункт 155).

22. Инспектор рекомендует в программах работы систем страхования, управление которыми осуществляется самими организациями, неизменно уделять внимание обучению сотрудников, участвующих в обработке заявлений о возмещении медицинских расходов, методам предотвращения и выявления мошенничества, а также постоянно обновлять или внедрять новейшие технологии выявления мошенничества, в том числе инструменты генеративного искусственного интеллекта (пункт 156).

23. (Дисциплинарные меры должны быть соизмеримы тяжести проступка при сохранении права на социальное обеспечение.) Инспектор рекомендует, чтобы в случае мошенничества в сфере медицинского страхования, как и в случае любого другого мошенничества или проступка, санкции всегда применялись дифференцированно в зависимости от тяжести проступка согласно соответствующим положениям и правилам о персонале (пункт 158).

24. (В 2018 году Рабочая группа по медицинскому страхованию после выхода на пенсию рекомендовала «изучать все возможности для сдерживания роста расходов на медицинское страхование в контексте межучрежденческих обсуждений под эгидой Комитета высокого уровня по вопросам управления».) Инспектор предлагает участвующим организациям активизировать обсуждения на межучрежденческом уровне с целью выполнения этой рекомендации (пункт 159).

25. Инспектор рекомендует периодически проводить ревизорские проверки, в частности, для оценки точности информации о соответствии критериям и вынесения решений по заявлениям о возмещении медицинских расходов, а также соответствия работы администратора согласованным стандартам (пункт 166).

26. (Полезной практикой, выявленной в ходе обзора, является включение в некоторые договоры пункта, требующего наличия у подрядчика сертификации в области управления рисками мошенничества, а также положений о проведении ревизий систем внутреннего контроля страховщика или внешнего администратора.) Инспектор предлагает по возможности пересмотреть договорные механизмы планов с внешним управлением или страхованием на предмет введения таких условий и обеспечения эффективного осуществления полномочий по проведению ревизий (пункт 167).

27. Инспектор предлагает участвующим организациям повторно проанализировать покрытие, предусматриваемое их планами медицинского страхования, с целью восполнения наиболее важных пробелов и приведения покрытия в соответствие с существующими основными моделями на поэтапной и устойчивой основе, постоянно активно консультируясь с представителями участников для обеспечения учета их приоритетов и финансовой стабильности программ. Согласно проведенному ОИГ общесистемному опросу, особое внимание следует уделить следующим областям: амбулаторное лечение, особенно для персонала, набранного на местной основе; долговременный уход; условия, связанные с физической инвалидностью и оплатой лекарств при наличии хронических заболеваний; физиотерапия; плановые медицинские осмотры; стоматологическая помощь; оптика; психическое здоровье; охрана репродуктивного здоровья (пункт 187).

28. (Уровень удовлетворенности точностью обработки заявлений о возмещении медицинских расходов внешними администраторами значительно различается между планами, даже при одном и том же внешнем администраторе.) Инспектор предлагает унифицировать в рамках всей системы соглашения об уровне обслуживания,

включая аспекты мониторинга и представления соответствующей отчетности (пункт 195).

29. (Респонденты из числа сотрудников, набранных на местной основе, представившие ответы в рамках проведенного ОИГ общесистемного опроса, в значительно меньшей степени удовлетворены тем, насколько быстро возмещаются понесенные расходы, чем их коллеги, набранные на международной основе.) **Инспектор предлагает соответствующим организациям пересмотреть правила и практику предоставления авансов или осуществления прямых платежей, чтобы ускорить процедуру и не допускать возникновения неоправданных финансовых затруднений у бенефициаров, в частности в чрезвычайных ситуациях и в связи с госпитализацией и долговременным уходом (пункт 196).**

30. (Только 52 % респондентов считают, что администратор их программы медицинского страхования хорошо ориентируется в сфере страхового покрытия, связанного с сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью, гендерным самовыражением и половыми признаками.) **Инспектор полагает, что это указывает на необходимость повышения уровня профессиональной подготовки сотрудников, работающих с клиентами. Ввиду этого он предлагает администраторам регулярно включать такую тематику в свои программы подготовки кадров (пункт 201).**

31. **В этой связи, чтобы заранее не планировалось использование сэкономленных средств в рамках механизма финансирования медицинского страхования после выхода на пенсию, Инспектор рекомендует, чтобы все возможные ассигнования неизрасходованных средств на цели медицинского страхования после выхода на пенсию утверждались соответствующим директивным органом на разовой основе (пункт 222).**

32. (Прозрачность бюджета важна не менее, чем прозрачность финансовой отчетности.) **Рекомендуется представлять информацию о полной и истинной стоимости занятых работников и учитывать ее в каждом бюджетном цикле при определении бюджетных приоритетов (пункт 229).**

33. (Применение метода накопительного финансирования не зависит от каких-либо корректировок в системе медицинского страхования.) **По мнению Инспектора, обеспечение обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию по мере начисления пособий не должно зависеть от разработки и введения каких-либо изменений политики в области медицинского страхования (пункт 233).**

Содержание

Стр.

Резюме.....	iii
А. Официальные рекомендации	xi
В. Неофициальные рекомендации	xii
Аббревиатуры и сокращения	xix
Глоссарий основных терминов	xx
I. Введение	1
А. Общая информация	1
В. Цели и сфера охвата	3
С. Ожидаемый эффект	5
Д. Методология.....	5
II. Сравнительный анализ программ медицинского страхования для работающих и вышедших на пенсию сотрудников.....	8
А. Политика по вопросам медицинского страхования и ее согласование с положениями о персонале	8
В. Модели реализации планов и административное управление и руководство ими	11
С. Квалификационные критерии.....	19
Д. Ставки страховых взносов и их долевое распределение между организациями и участниками плана	28
Е. Страховое покрытие и выплаты	41
Ф. Защита данных о здоровье сотрудников и их медицинских данных	49
III. Эффективность и результативность программ медицинского страхования.....	53
А. Мониторинг и отчетность по вопросам целей и эффективности программ медицинского страхования	53
В. Финансовые показатели программ медицинского страхования.....	57
С. Предотвращение мошенничества, сдерживание роста расходов и закупки.....	66
IV. Адекватность и качество услуг	74
А. Страховое покрытие и соответствующие расходы.....	74
В. Доступ к услугам здравоохранения	81
С. Качество административного управления медицинским страхованием	84
V. Представление информации об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода на пенсию и их финансирование и бюджетные последствия.....	90
А. Представление информации об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода на пенсию	90
В. Финансирование и составление бюджета медицинского страхования после выхода на пенсию	95
Приложение I Право на участие в программах медицинского страхования.....	110
Приложение II Сводные ключевые показатели эффективности в соглашениях об уровне обслуживания с внешними администраторами	113

Приложение III	Обзор предложений Генерального секретаря по вопросу о медицинском страховании после выхода на пенсию	117
Приложение IV	Обзор мер, которые необходимо принять участвующим организациям по рекомендациям Объединенной инспекционной группы.....	122

Аббревиатуры и сокращения

ВМО	Всемирная метеорологическая организация
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОИС	Всемирная организация интеллектуальной собственности
ВПП	Всемирная продовольственная программа
ВПС	Всемирный почтовый союз
ИКАО	Международная организация гражданской авиации
ИМО	Международная морская организация
КСР	Координационный совет руководителей системы Организации Объединенных Наций
МАГАТЭ	Международное агентство по атомной энергии
МОТ	Международная организация труда
МСУГС	международные стандарты учета в государственном секторе
МСЭ	Международный союз электросвязи
МТЦ	Международный торговый центр
ОИГ	Объединенная инспекционная группа
Хабитат ООН	Программа Организации Объединенных Наций по населенным пунктам
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
Структура «ООН-женщины»	Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин
УВКБ	Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев
УНП ООН	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций
ЮНВТО	Всемирная туристская организация
ЮНЕП	Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИДО	Организация Объединенных Наций по промышленному развитию
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНКТАД	Конференция Организации Объединенных Наций по торговле и развитию
ЮНОПС	Управление Организации Объединенных Наций по обслуживанию проектов
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

Глоссарий основных терминов

Антиселекция	Термин «антиселекция», или неблагоприятный отбор, используется в страховой отрасли для описания ситуации, когда склонность того или иного человека к страхованию положительно коррелирует с риском потерь и страховщик не в состоянии учесть такую корреляцию в цене страхования. Это может дестабилизировать страховой пул и вести к повышению страховых взносов для всех страхователей.
Доля страхователя	Доля страхователя — процент от суммы полученных медицинских услуг, который должен оплатить застрахованный (например, 20 % от стоимости консультации).
Программа страхования на коммерческой основе	Программа страхования на коммерческой основе — это план, в котором для покрытия рисков и осуществления административного управления привлекается частная страховая компания. Планы страхования на коммерческой основе структурно строятся в форме организации предпочтительных поставщиков, страховой медицинской организации или в их том или ином сочетании. Основное различие между этими двумя типами планов заключается в том, что в случае страховой медицинской организации пациенты, если они хотят, чтобы страховка покрыла понесенные расходы, должны пользоваться услугами поставщиков и учреждений, входящих в ее сеть, в то время как в случае организации предпочтительных поставщиков пациенты не обязаны ограничиваться рамками сети.
Взносы	Взнос — это часть страховой премии, которую оплачивает каждая сторона, т. е. бенефициары и организация-работодатель, ответственная за страхование, напрямую или через внешнего страховщика.
Доплата	Дополнительная плата, или доплата, — это фиксированные суммы, которые бенефициары должны вносить в счет стоимости полученных медицинских услуг (например, 20 долл. за консультацию).
Франшиза	Франшиза — это сумма, которую застрахованное лицо должно ежегодно выплатить из собственных средств за соответствующие медицинские услуги, прежде чем начнется покрытие расходов по плану страхования.
Расходы, покрываемые из собственных средств	Расходы, покрываемые из собственных средств, — это расходы на медицинское обслуживание, которые не возмещаются программой медицинского страхования. Обычно сюда включаются франшизы, доля страхователя и доплаты.
Страховой взнос	Страховой взнос — это стоимость страхового покрытия, включающая взносы работодателей, сотрудников и пенсионеров.
Программа самострахования	Медицинское страхование на основе самострахования — это тип плана, в котором работодатель берет на себя финансовый риск по предоставлению медицинских услуг своим сотрудникам.
Внешний администратор	Внешний администратор — это структура, которая обрабатывает заявления о возмещении медицинских расходов и занимается повседневным административным управлением планами самострахования, включая обслуживание клиентов.

I. Введение

A. Общая информация

1. Обоснование

1. **Медицинское страхование и его финансирование как общесистемная проблема.** Обзор качества, эффективности, результативности и устойчивости систем медицинского страхования в организациях системы Организации Объединенных Наций был включен в программу работы Объединенной инспекционной группы (ОИГ) на 2022 год с учетом просьб, давно высказывавшихся Независимым консультативным комитетом по ревизии Секретариата Организации Объединенных Наций (в 2021 году), Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) (в 2021 году), Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ) (в 2019 году), Международной морской организации (ИМО) (в 2018 году) и Всемирной метеорологической организации (ВМО) (в 2018 году). Медицинское страхование и его финансирование — это вопрос системного масштаба¹, который, правда, не вполне являясь общесистемной проблемой, неизменно фигурирует в повестке дня организаций системы Организации Объединенных Наций на протяжении десятилетий с постоянными коррективами, требующимися в результате демографических тенденций в застрахованных группах участников и роста расходов, обусловленного техническим прогрессом и другими изменениями в области здравоохранения.

2. **Медицинское страхование персонала — важное условие службы.** Медицинское страхование является неотъемлемой частью пакета вознаграждения, предоставляемого сотрудникам организаций системы Организации Объединенных Наций с момента создания Организации Объединенных Наций в 1945 году и даже раньше, как в случае Фонда медицинского страхования персонала Международной организации труда (МОТ), который был создан в декабре 1922 года, еще до принятия первого международного трудового стандарта по «страхованию на случай болезни». Однако, хотя медицинское страхование персонала является важным условием службы и третьим по значимости и стоимости элементом совокупного пакета вознаграждения в системе Организации Объединенных Наций после окладов, надбавок и пенсий, сфера его рассмотрения в качестве «общесистемного вопроса» ограничена, отчасти из-за недостаточной координации политики и общего руководства, вследствие чего исторически каждый план развивался по своему пути, а также из-за различных условий предложения медицинских услуг в разных странах или местах службы и демографических характеристик организаций. В результате постепенно в организациях системы Организации Объединенных Наций были приняты различные программы медицинского страхования, существенно отличающиеся по страховому покрытию, стоимости, квалификационным критериями степени солидарности и взаимного распределения медицинских рисков, присущих каждому плану². Комиссия по международной гражданской службе признала, что такие различия в политике возникли не целенаправленно, а в соответствии со сложившейся практикой³.

¹ См. [CEB/2002/5](#).

² На своей двадцать третьей сессии, состоявшейся в марте 1962 года, Консультативный комитет по административным вопросам заслушал промежуточный доклад ВОЗ об опыте применения ее всемирной программы медицинского страхования. Комитет признал, что любая организация может разрабатывать аналогичную программу, но «не должна существенно отходить от плана ВОЗ, чтобы не поставить под сомнение возможность создания в конечном итоге общей программы». Тем не менее, спустя десять лет на специальной сессии в июле 1972 года, Комитет пришел к выводу, что разработка единой всемирной межорганизационной программы нереальна (см. <https://unsceb.org/health-insurance>).

³ «Общая система окладов, надбавок и пособий Организации Объединенных Наций», февраль 2022 года, стр. 13, URL: <https://icsc.un.org/Resources/SAD/Booklets/sabeng.pdf>.

3. **Социальное обеспечение: не только право сотрудников на получение пособия, но и право человека.** Социальное обеспечение было признано в качестве одного из основных прав человека в Декларации о целях и задачах Международной организации труда и Рекомендации МОТ об обеспечении дохода 1944 года (№ 67). Это право подтверждено во Всеобщей декларации прав человека и в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет право на здоровье как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». По мнению Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, это право включает доступ к адекватным, т. е. надлежащим с научной и медицинской точек зрения, и качественным медицинским учреждениям и услугам, включая лекарства и оборудование, без дискриминации по какому-либо запрещенному признаку и с установлением размера взносов на основе принципа справедливости⁴. Соответственно, право на здоровье выходит за рамки формального наличия медицинского страхования и предусматривает эффективное предоставление адекватных услуг по охране физического и психического здоровья независимо от места службы.

2. Важнейшие события, произошедшие со времени проведения ОИГ в 2007 году обзора охвата медицинским страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций

4. **Увеличение числа застрахованных сотрудников и рост расходов на медицинское страхование.** Число работающих и вышедших на пенсию сотрудников, застрахованных в рамках программ первичного медицинского страхования участвующих организаций ОИГ, выросло с 84 000 человек в 2004 году до более чем 160 000 человек к концу 2022 года⁵. За тот же период ежегодные расходы увеличились с 296 млн долл.⁶ в 2004 году до 1,2 млрд долл. в 2022 году⁷. В целом среднегодовая стоимость медицинского страхования для семьи сотрудника Организации Объединенных Наций в 2022 году возросла с 3536 долл. в 2004 году (что эквивалентно 5478 долл. в 2022 году) до 7259 долл., т. е. в реальном выражении на 32,5 %.

5. **Изменения в законодательстве и моделях поведения сказываются на изменении потребностей и запросов, связанных с медицинским страхованием.** В последние десятилетия средний возраст матерей на момент рождения первого ребенка увеличивается во всем мире и люди предпочитают создавать семьи на более поздних этапах жизни. Например, за период с 1995 по 2016 год в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) средний возраст рождения первого ребенка повысился в среднем почти на три года — с 26,0 до 28,9 лет⁸, а в Соединенных Штатах Америки — с 24,9 лет в 2000 году до 27,3 лет в 2021 году⁹. В результате более востребованными оказались медицинские услуги, связанные с репродуктивной способностью. Кроме того, более 30 стран узаконили однополые браки. Многие однополые супруги в настоящее время застрахованы в рамках программ медицинского страхования, административное управление которыми осуществляет Организация Объединенных Наций. На изменениях в политике и операционной деятельности программ медицинского страхования сказывается и прогресс медицинских технологий, например доступность телемедицины и других

⁴ Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, замечание общего порядка № 14 (2000) о праве на наивысший достижимый уровень здоровья.

⁵ Данная цифра за 2004 год не включала участников планов УВКБ (10 170 человек в 2022 году) и Всемирной туристской организации (ЮНВТО) (260 человек в 2022 году).

⁶ Что с учетом инфляции в 2022 году эквивалентно 459 млн долларов.

⁷ Данная цифра 2004 года не включала ежегодные расходы УВКБ (19,6 млн долл. в 2022 году) и ЮНВТО (1,7 млн долл. в 2022 году).

⁸ OECD, *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators* (Paris, OECD Publishing, 2019).

⁹ T.J. Matthews and Brady E. Hamilton, "Mean age of mother, 1970–2000", *National Vital Statistics Reports*, vol. 51, No. 1 (Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 2002); и Michelle J.K. Osterman and others, "Births: final data for 2021", *National Vital Statistics Reports*, vol. 72, No. 1 (Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 2023).

услуг, предоставляемых через Интернет, в том числе в связи с административным управлением программами медицинского страхования.

6. **Вследствие введения международных стандартов учета в государственном секторе (МСУГС) больше внимания стало уделяться начисленным обязательствам, возникающим в связи с медицинским страхованием после выхода на пенсию.** Введение МСУГС в качестве стандарта учета для организаций системы Организации Объединенных Наций стало важным шагом вперед в плане обеспечения полноты и прозрачности их финансовой отчетности и, в частности, наглядности обязательств, связанных с правом сотрудников этих организаций на медицинское обслуживание после выхода на пенсию, которое приобретается постепенно в процессе трудовой жизни. Однако, при всей важности признания этих обязательств одного его недостаточно ввиду постоянной нехватки финансирования, влекущей как усиление финансовой неустойчивости, негативно влияющей на финансовое положение организаций, так и возрастание бюджетного риска, что в долгосрочной перспективе может сказаться на выполнении мандатов в случае несвоевременного предоставления средств.

7. **Создание Рабочей группы по медицинскому страхованию после выхода на пенсию задало вектор для ключевых изменений в политике и практике.** По просьбе Генеральной Ассамблеи Сеть по финансовым и бюджетным вопросам Комитета высокого уровня по вопросам управления Координационного совета руководителей системы Организации Объединенных Наций (КСР) учредила в 2015 году Рабочую группу по медицинскому страхованию после выхода на пенсию для изучения практики медицинского страхования после выхода на пенсию и даже некоторых основных аспектов страховой политики в системе Организации Объединенных Наций, а также для изучения вариантов устойчивого финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию. Ее выводы и рекомендации, в том числе касающиеся форм финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию и стандартизированных стоимостных оценок таких обязательств, послужили руководством и источником передового опыта для участвующих организаций и отправной точкой для настоящего обзора¹⁰.

В. Цели и сфера охвата

1. Цели

8. **Независимая оценка программ медицинского страхования на предмет поиска возможностей повышения эффективности.** Цель и общая задача обзора — провести общесистемную сравнительную независимую оценку 26 программ медицинского страхования работающих¹¹ и вышедших на пенсию сотрудников участвующих организаций с акцентом на покрытие расходов и качество, эффективность, результативность страхования и финансовую устойчивость, с тем чтобы выявить передовой опыт и потенциальные области для улучшений и стандартизации.

9. **Одной из целей обзора является также поиск возможностей для дальнейшей унификации.** Хотя создание единой универсальной системы не является ни практически возможным, ни желательным, в обзоре рассматриваются ключевые аспекты медицинского страхования, в которых можно добиться повышения степени унификации; это позволит обеспечить более справедливое и доступное медицинское страхование для всех. С этой целью в обзоре проводится анализ политики и управления в области страхования, включая политику и практику сдерживания роста расходов и изучаются финансовые и бюджетные перспективы и потенциал для

¹⁰ Подробнее см. приложение III к настоящему докладу.

¹¹ Работающие сотрудники — это сотрудники со срочными, непрерывными или временными контрактами; к этой категории относятся сотрудники, набираемые как на международной, так и на местной основе.

укрепления координации действий и сотрудничества между организациями, включая аспект мобильности персонала.

2. Сфера охвата и основная направленность обзора

10. **Обзор охватывает все участвующие организации ОИГ.** Обзор проводился на общесистемном уровне и охватывал все участвующие в ОИГ организации, а именно Секретариат Организации Объединенных Наций, его департаменты и управления, фонды и программы Организации Объединенных Наций, другие органы и подразделения Организации Объединенных Наций и специализированные учреждения Организации Объединенных Наций, а также Международное агентство по атомной энергии (МАГАТЭ).

11. **Основное внимание в рамках обзора уделено совместно финансируемым планам первичного медицинского страхования, административное управление которыми осуществляют участвующие организации.** Что касается политики в области страхования, то были тщательно изучены все планы первичного медицинского страхования, которые действовали на момент подготовки настоящего доклада и которые управлялись и совместно финансировались участвующими организациями ОИГ. Вместе с тем в обзоре не рассматриваются национальные программы (Австрии, Канады, Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии и Соединенных Штатов), которыми могут пользоваться сотрудники и пенсионеры, проживающие в этих странах. Из сферы охвата обзора также исключены планы дополнительного медицинского страхования, предлагаемые некоторыми участвующими организациями.

12. **Медицинское страхование внештатного персонала обзором не охватывается.** В данном аналитическом докладе рассматриваются только программы страхования работающих и вышедших на пенсию сотрудников, а также их имеющих на это право иждивенцев и неимеющих. Ввиду этого исключены программы медицинского страхования, предназначенные для внештатного персонала или сотрудников, находящихся в специальном отпуске без сохранения содержания и в аналогичных ситуациях.

13. **Временные рамки.** Временные рамки обзора охватывают период с 2018 по 2022 год и варьируются в зависимости от рассматриваемых вопросов.

14. **Ключевые области анализа.** Обзор посвящен четырем ключевым областям анализа, указанным в таблице 1.

Таблица 1

Ключевые области анализа в обзоре

Область анализа	Сфера охвата
Политика в области медицинского страхования	Сравнительный анализ предусмотренных планами условий, покрытия, исключений, ограничений, взносов и прав на переносимость медицинского страхования
Эффективность и результативность	Оценка основных аспектов эффективности (цели, служебные регламенты и ключевые показатели эффективности) и результативности (финансовые показатели, предотвращение мошенничества, сдерживание роста расходов и закупки)
Качество услуг	Анализ оценки клиентами страхового покрытия, доступа к медицинскому обслуживанию и эффективности административного управления их программой медицинского страхования

Область анализа	Сфера охвата
Представление информации, финансирование и долгосрочные последствия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию	Положение дел с представлением информации об ответственности; независимые оценки; согласование финансовых и демографических допущений; состояние и источники финансирования; и долгосрочные бюджетные последствия реализуемых стратегий финансирования

Источник: подготовлено ОИГ.

C. Ожидаемый эффект

15. Повышение прозрачности, эффективности, результативности, качества и устойчивости. Ожидаемый эффект — повышение наглядности передового опыта в рамках всей системы и внедрение основных, организационных и управленческих реформ, направленных на повышение прозрачности, эффективности, результативности, качества и устойчивости услуг медицинского страхования, предоставляемых сотрудникам и пенсионерам. В обзоре также представлены соображения в отношении дальнейшей унификации или координации различных форм предоставления медицинского страхования, а также предложения по улучшению переносимости прав на медицинское страхование для облегчения межучрежденческой мобильности работающих сотрудников.

D. Методология

16. Содержание доклада. В следующей после этой вводной главы главе II проводится сравнительный анализ программ медицинского страхования работающих и вышедших на пенсию сотрудников Организации Объединенных Наций; глава III посвящена анализу эффективности и результативности таких программ, включая такие аспекты, как мониторинг и отчетность по целям плана, финансовые показатели, предотвращение мошенничества и сдерживание роста расходов, а также закупки и управление договорами с внешними администраторами и коммерческими страховщиками; в главе IV рассматриваются вопросы качества обслуживания на основе анализа отзывов, полученных в ходе общесистемного опроса персонала, проведенного в 2023 году, а в главе V анализируются и обсуждаются вопросы представления информации, финансирования и долгосрочных бюджетных последствий обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию.

17. Методы сбора данных. В соответствии с нормами, стандартами и внутренними процедурами работы ОИГ при проведении настоящего обзора использовался ряд методов сбора качественных и количественных данных из различных источников в целях обеспечения согласованности, достоверности и надежности выводов. Хотя точность некоторых сведений, представленных участвующими организациями и собранных в ходе бесед с сотрудниками соответствующих подразделений и представителями персонала и пенсионеров, проверить не удалось, готовившая доклад группа по мере необходимости проводила перекрестную проверку и анализ собранной информации на предмет внутренней согласованности и обоснованности и в соответствующих случаях систематически запрашивала дополнительную информацию или разъяснения.

18. Инструменты исследования. При подготовке настоящего доклада использовались следующие фактические материалы по состоянию на 30 сентября 2023 года:

- результаты аналитического обзора соответствующих документов. Группа провела всесторонний анализ соответствующих директивных и управленческих документов, включая: все полисы совместного медицинского страхования и соответствующие договоры с внешними страховщиками или внешними

администраторами; доклады Генерального секретаря и Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам о порядке покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию и резолюции Генеральной Ассамблеи по этому вопросу; проверенные финансовые ведомости и актуарные оценки обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, представленные участвующими организациями; и различную документацию, представленную ассоциациями и представителями персонала и пенсионеров. Группа также использовала соответствующие документы и веб-сайты учреждений частного и государственного сектора и литературу по медицинскому страхованию;

- **вопросники.** Всем 28 участвующим организациям ОИГ была разослана общеорганизационная анкета с просьбой представить качественные и количественные данные и подтверждающую документацию. Анкета содержала 68 вопросов по следующим пяти темам: а) правила и политика в области медицинского страхования; б) эффективность и действенность политики и ее осуществления; в) качество услуг; г) раскрытие информации, финансирование и долгосрочные последствия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию; и е) информация о выполнении рекомендаций, вынесенных ОИГ в ее предыдущем докладе¹²;
- **общесистемный опрос персонала.** Был подготовлен общесистемный опрос всех работающих сотрудников и пенсионеров, пользующихся программами медицинского страхования, финансируемых их организациями-работодателями, с целью получения отзывов о ключевых аспектах страхового покрытия, включая психическое здоровье, гендерно-позитивную помощь, и коронавирусное заболевание (COVID-19), а также о качестве административных услуг и доступе к медицинскому обслуживанию в местах их службы. Было получено в общей сложности 23 163 ответа, что составляет 14,7 % от общего числа работающих и вышедших на пенсию сотрудников, зарегистрированных в рассмотренных программах медицинского страхования;
- **беседы.** На основе ответов на общеорганизационный вопросник, полученных в период с февраля по август 2023 года, группа провела в общей сложности 48 бесед (16 личных и 32 в дистанционном режиме) со 147 представителями участвующих организаций, осуществляющих административное управление программами медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций, соответствующих ассоциаций персонала и пенсионеров, Комиссии по международной гражданской службе и Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций;
- **после бесед администраторам планов** направлялись дополнительные запросы о предоставлении информации о, в частности, демографических параметрах и финансовых показателях планов, с тем чтобы они могли представить более полную необходимую информацию;
- **тематические исследования.** В рамках обзора были проведены тематические исследования для сравнения размера взносов на медицинское страхование в процентах от окладов сотрудников, имеющих один и тот же класс и ступень должности в одних и тех же местах службы, но застрахованных по разным планам медицинского страхования. Для проведения тематических исследований были выбраны шесть мест службы (Бангкок, Бразилиа, Джуба, Женева, Каир и Найроби).

19. Внутренняя проверка коллегами и внешний контроль качества. В соответствии с пунктом 2 статьи 11 статута Объединенной инспекционной группы и в целях обеспечения качества проект доклада был подвергнут внутренней проверке коллегами на предмет получения замечаний всех Инспекторов ОИГ и апробирования рекомендаций с учетом коллективного мнения Группы. Затем доклад с внесенными изменениями был разослан организациям, охваченным в рамках обзора, чтобы они

¹² JIU/REP/2007/2.

могли исправить фактологические ошибки и представить замечания по содержащимся в нем выводам, заключениям и рекомендациям. Доклад в окончательной редакции был подготовлен с учетом поступивших замечаний, при этом окончательную ответственность за настоящий обзор несет только автор.

20. **Ограничения.** Из-за отсутствия необходимого инструмента для проведения опроса, который в тот момент, когда планировалось начать опрос, заменялся другой платформой, проведение опроса приходилось несколько раз откладывать. Процесс реализации проекта также тормозился тем, что в период с момента начала работы в мае 2022 года и до конца декабря того же года периодически отсутствовали ключевые работники.

21. **Этические гарантии.** Обзор проводился в соответствии со статутom OИГ и ее внутренними правилами. При этом должным образом учитывалась необходимость соблюдения конфиденциальности заинтересованных сторон, ответивших на общеорганизационную анкету, принявших участие в беседах и заполнивших онлайн-опросник. При выполнении своих профессиональных и этических обязательств группа не подвергалась никакому внешнему воздействию, которое могло бы повлиять на ее независимость, объективность, нейтральность или профессиональную добросовестность на этапах планирования и выполнения работы и составления настоящего доклада.

22. **Рекомендации.** Настоящий доклад содержит семь официальных рекомендаций, две из которых (рекомендации 4 и 7) адресованы директивным и руководящим органам, а пять — административным руководителям участвующих организаций OИГ. Своевременному и эффективному выполнению рекомендаций, адресованных административным руководителям, весьма способствовала бы прямая поддержка со стороны директивных и руководящих органов и осуществление ими совместно с административными руководителями этих организаций контроля действий по их выполнению. В дополнение к официальным рекомендациям сформулировано 33 неофициальные рекомендации, которые представляют собой предложения по дальнейшему улучшению работы и выделены в докладе жирным шрифтом. Для облегчения работы с докладом, а также осуществления содержащихся в нем рекомендаций и контроля за их выполнением в приложении IV указано, предназначены ли конкретные рекомендации для принятия мер или только для информации.

23. **Выражение признательности.** Инспектор и вся группа хотели бы выразить признательность всем должностным лицам организаций системы Организации Объединенных Наций и представителям ассоциаций работающих и вышедших на пенсию сотрудников и других организаций, которые оказали помощь в подготовке настоящего доклада, в частности тем, кто дал ответы на общеорганизационный вопросник и принял участие в онлайн-опросе, беседах и подготовке ответов на последующие запросы информации, с готовностью поделившись своими знаниями и опытом и высказав свои мнения.

II. Сравнительный анализ программ медицинского страхования для работающих и вышедших на пенсию сотрудников

24. В настоящей главе представлены основные выводы сравнительного анализа 26 программ медицинского страхования работающих и вышедших на пенсию сотрудников, административное руководство которыми осуществляют участвующие организации ОИГ, с целью выявления элементов сходства этих программ и различий между ними и, в соответствующих случаях, любых возможных недостатков и возможностей для улучшения прозрачности, координации и сотрудничества и повышения слаженности, согласованности и эффективности. В разделе А речь идет о политике участвующих организаций ОИГ, регулирующей порядок осуществления выплат по медицинскому страхованию персонала; в разделе В в общих чертах показано, как построены эти программы медицинского страхования и осуществляется управление ими; в разделе С рассматриваются квалификационные критерии для работающих сотрудников и в случае медицинского страхования после выхода на пенсию, в том числе критерии, установленные для участия иждивенцев, членов семьи и других связанных с ними лиц; в разделе D приводится обзор долей взносов на медицинское страхование участников плана и их организаций; и в разделе Е проводится сравнение выплат по медицинскому страхованию и предлагаемого всеми планами страхового покрытия.

25. В рамках приводимого ниже анализа полученные данные оцениваются, в частности, с учетом трех общих принципов, закрепленных в общей системе Организации Объединенных Наций, а именно необходимости: а) избегать существенных различий в условиях найма; б) избегать конкуренции при наборе персонала; и с) облегчать обмен персоналом между организациями общей системы¹³.

A. Политика по вопросам медицинского страхования и ее согласование с положениями о персонале

26. **Руководящие и законодательные органы по большому счету по-прежнему не принимают активного участия в формировании политики по вопросам медицинского страхования.** Организации системы Организации Объединенных Наций, как это закреплено в соответствующих положениях о персонале и других правовых документах, обязаны создать систему социального обеспечения для своих сотрудников, предусмотрев, в частности, положения об охране здоровья. Однако во всех случаях, за исключением одного, положения ограничиваются признанием права на социальное обеспечение и передачей административным руководителям организаций всех полномочий устанавливать соответствующие правила медицинского страхования, как, например, в случае положения 6.2¹⁴ Положений о персонале Организации Объединенных Наций, где лишь говорится, что «Генеральный секретарь

¹³ См. https://www.un.org/Depts/OHRM/salaries_allowances/common.htm.

¹⁴ ST/SGB/2018/1. Положения и правила о персонале Организации Объединенных Наций применяют следующие организации: Международный торговый центр (МТЦ), Конференция Организации Объединенных Наций по торговле и развитию (ЮНКТАД), Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Программа Организации Объединенных Наций по окружающей среде (ЮНЕП), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Программа Организации Объединенных Наций по населенным пунктам (Хабитат ООН), УВКБ, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН), Управление Организации Объединенных Наций по обслуживанию проектов (ЮНОПС) и Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин («ООН-женщины»).

устанавливает план социального обеспечения персонала, включающий положения об охране здоровья»¹⁵.

27. **В результате до сих пор параллельно существуют самые разные планы.** Инспектор отмечает, что положение 6.2 Положений о персонале Организации Объединенных Наций и аналогичные положения других участвующих организаций ОИГ представляют собой лишь сформулированное в широком смысле обязательство организаций обеспечивать охрану здоровья. Таким образом, право на социальное обеспечение может реализовываться разными способами и в разной степени. В результате существует 26 различных программ медицинского страхования в участвующих организациях ОИГ, как уже отмечала Группа в предыдущем докладе по этому вопросу¹⁶, где она подчеркнула «отсутствие надзора со стороны государств-членов в деле внедрения планов медицинского страхования в рамках системы Организации Объединенных Наций «в разительном противоречии с той ролью, которую государства-члены играют «в установлении шкал окладов и других пособий, включая пенсии».

28. **Расхождения между планами не всегда обусловлены вескими причинами.** Против единообразной концепции программы медицинского страхования в масштабах всей Организации Объединенных Наций обычно высказывается довод о том, что организации системы Организации Объединенных Наций имеют разные мандаты, осуществляют свою деятельность в разных географических районах, а их сотрудники (и пенсионеры) имеют разные профили рисков и потребности в медицинском обслуживании, что потребует дифференциации квалификационных критериев и страхового покрытия и, соответственно, страховых премий и взносов. Хотя в некоторых случаях в ходе обзора были выявлены убедительные причины для этого (например, стоимость и доступность медицинских услуг сильно различаются в разных местах службы или проживания), в других случаях найти их не удалось, поскольку участники бесед ссылались только на то, что имеющиеся различия вызваны расхождением путей исторического развития этих программ. Вполне вероятно, что это

¹⁵ Аналогичные положения имеются и в других правовых документах, регулирующих право на социальное обеспечение в участвующих организациях, где не применяются Положения и правила о персонале Организации Объединенных Наций, например в Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО) («Генеральный директор устанавливает план социального обеспечения для сотрудников и имеющих на это право пенсионеров и их иждивенцев, признанных Организацией, включающий положения об охране здоровья»); МОТ («Цель Фонда медицинского страхования персонала Международного бюро труда (МБТ)... состоит в том, чтобы обеспечить, в пределах, установленных настоящими Положениями и принятыми в соответствии с ними Административными правилами, возмещение расходов, которые могут быть понесены для охраны здоровья — включая медицинскую помощь в случае болезни, несчастного случая, беременности и родов и личной профилактики — лицами, интересы которых защищаются Фондом»); ИМО («Генеральный секретарь устанавливает план социального обеспечения персонала, включающий положения об охране здоровья»); Международным союзом электросвязи (МСЭ) («Генеральный секретарь устанавливает план социального обеспечения персонала... включающий положения об охране здоровья»); ЮНЕСКО («Генеральный директор осуществляет управление системой социального обеспечения сотрудников, включающей положения об охране здоровья»); Организации Объединенных Наций по промышленному развитию (ЮНИДО) («Генеральный секретарь устанавливает план социального обеспечения персонала, включающий положения о медицинском страховании»); ЮНВТО («Генеральный секретарь с привлечением страховой компании, пользующейся хорошей репутацией, устанавливает план медицинского страхования, включающий положения об охране здоровья»); Всемирном почтовом союзе (ВПС) («С соблюдением условий, предусмотренных в Правилах о персонале, Генеральный директор устанавливает план социального обеспечения персонала, включающий положения об охране здоровья»); ВОЗ («Генеральный секретарь устанавливает план социального обеспечения персонала, включающий положения об охране здоровья»); Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС) («В дополнение к положениям, предусмотренным в соответствии с Положением 6.1, Генеральный директор устанавливает план социального обеспечения для штатных сотрудников и других работников ВОИС, назначенных Международным бюро, включающий положения об охране здоровья»); и ВМО («Генеральный секретарь устанавливает план социального обеспечения персонала, включающий положения об охране здоровья»).

¹⁶ [JIU/REP/2007/2](#).

объясняется нехваткой скоординированных общесистемных указаний, иными словами, отсутствием контроля со стороны государств-членов при разработке такой политики в рамках всей системы, что отмечала ОИГ в 2007 году. Исключением в этой связи является МАГАТЭ, где, согласно положению о персонале 8.03 Генеральный директор должен запрашивать «одобрение Совета управляющих» при создании программы медицинского страхования для сотрудников МАГАТЭ¹⁷.

29. Имеются похвальные примеры усилий по согласованию или координации некоторых аспектов планов медицинского страхования, но можно сделать и больше. Секретариат ООН, Программа развития ООН (ПРООН), УВКБ и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) регулярно проводят встречи по линии рабочей группы, чтобы обсудить возможную гармонизацию своих планов медицинского страхования. Аналогичным образом базирующиеся в Женеве администраторы планов самострахования — МОТ, Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве и ВОЗ — в рамках регулярного сотрудничества друг с другом договариваются о льготных ценах с поставщиками медицинских услуг в Женеве и обмениваются информацией о любых изменениях в политике по вопросам медицинского страхования, а Международный союз электросвязи (МСЭ) недавно присоединился к плану медицинского страхования Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве и прекратил действие своего собственного плана страхования на коммерческой основе. В свою очередь, базирующиеся в Вене организации — МАГАТЭ, Отделение Организации Объединенных Наций в Вене/Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Организация Объединенных Наций по промышленному развитию (ЮНИДО) — обсуждали, хотя и не систематически, вопросы управления планами, полностью реализуемыми на коммерческой основе, и обменивались опытом в этой области. С другой стороны, со времени проведения предыдущего обзора ОИГ по этой теме в 2007 году было введено в действие четыре новых плана медицинского страхования, в результате чего возникли дополнительные расхождения. Одним из них является новый план Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО), разработанный для ее сотрудников, набираемых на местах, а второй — план Всемирной продовольственной программы (ВПП), которая решила отказаться от двух планов, находящихся в ведении ФАО, и создать свой собственный план медицинского страхования. Управление Организации Объединенных Наций по обслуживанию проектов (ЮНОПС) также разработало свой собственный план медицинского страхования для сотрудников, набираемых на местах, отказавшись от плана медицинского страхования ПРООН.

30. Не существует минимального набора принципов, требований или стандартов для системы медицинского страхования, финансируемой Организацией Объединенных Наций. Инспектор признает, что единая программа медицинского страхования для системы Организации Объединенных Наций в настоящее время неосуществима и не может быть эффективной или адекватной для удовлетворения различных потребностей или предпочтений персонала. Однако при этом не существует минимального набора принципов, требований или стандартов для определения адекватности программы медицинского страхования. Такие рекомендации помогут не только разработать политику и повысить ее согласованность, но и определить, насколько существующие 26 программ медицинского страхования соответствуют обязательствам, взятым в рамках соответствующих — пусть и кратко и зачастую лаконично сформулированных — положений и правил. На основе сравнительного анализа ключевых аспектов этих программ медицинского страхования, включая квалификационные критерии, уровень выплат и страхового покрытия, а также правила установления страховых взносов, в данном обзоре особо отмечается, в чем эти программы сходны, а в чем отличаются

¹⁷ Положение о персонале МАГАТЭ 8.03 гласит: «Генеральный директор может с одобрения Совета управляющих создать либо за счет фонда, финансируемого Агентством, либо путем заключения договора с коммерческой организацией, систему страхования медицинских и больничных расходов для сотрудников, которые не могут быть охвачены какой-либо другой системой медицинского страхования. Членство в такой системе Агентства может быть обязательным для всех сотрудников, которые также могут быть обязаны полностью или частично оплачивать ее расходы».

друг от друга, поскольку это позволяет понять различия между ними и может способствовать дальнейшей унификации таких программ если она будет признана возможной¹⁸ и целесообразной.

31. Недостаточное распространение информации об условиях плана усугубляет сложности, присущие медицинскому страхованию. Инспектор пришел к выводу, что, помимо обязательства обеспечить охрану здоровья сотрудников, подробная и понятная информация о большинстве программ медицинского страхования не всегда общедоступна. Будущие сотрудники могут не понимать, что уровень страхового покрытия и выплат по программе медицинского страхования, которая будет включена в их пакет вознаграждения, могут и не удовлетворять в достаточной мере их потребности и потребности их иждивенцев. В случае участвующих организаций это затрудняет любые усилия по сравнению и совершенствованию их программ медицинского страхования, препятствуя их возможной гармонизации. Из 26 рассматриваемых программ медицинского страхования в режиме онлайн доступны только 9 программ, находящихся в ведении МОТ, Секретариата Организации Объединенных Наций, ПРООН и Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС). **Ввиду этого Инспектор предлагает организациям системы Организации Объединенных Наций, осуществляющим административное управление планом медицинского страхования, обеспечить, чтобы информация о страховом покрытии и выплатах плана, включая ограничения и предельные уровни, была общедоступной в режиме онлайн.**

В. Модели реализации планов и административное управление и руководство ими

1. Модели реализации планов и работа с заявлениями о возмещении медицинских расходов

32. Существуют три модели страхования и административного управления. 26 программ медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций можно распределить по категориям в разбивке по структурам, которые принимают на себя финансовые риски, и структурам, которые занимаются заявлениями о возмещении медицинских расходов и выплатами. Первые упомянутые структуры используются для проведения различия между программами самострахования и внешнего страхования, а вторые касаются программ с самостоятельным управлением, в которых управление всей службой медицинского страхования осуществляется самими организациями, и программ с внешним управлением, в которых внешняя компания привлекается для предоставления административных услуг, таких как: обработка данных о зачислении и снятии с учета участников и об изменении состава бенефициаров; работа с заявлениями о возмещении медицинских расходов и осуществление соответствующих выплат; предоставление страхователю (организации) информации об общем управлении, контроле и результатах функционирования программы; и предоставление доступа к сети медицинских учреждений. Существуют следующие модели предоставления услуг:

- планы, построенные на принципах самострахования и самостоятельного управления;
- программы самострахования с внешним административным управлением;
- программы внешнего страхования, всегда предполагающие внешнее административное управление, обычно осуществляемое страховщиком.

¹⁸ Степень свободы при разработке политики медицинского страхования всегда ограничена в силу юридических рисков, связанных с потенциальным влиянием изменений на приобретенные права участников (A/68/353, п. 59 и последующие; A/68/550, п. 22; и A/70/590, п. 29 и последующие).

33. **Подавляющее большинство участников застраховано в программах самострахования.** Половину программ медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций составляют программы самострахования или кэптивные программы, в которых организации берут на себя все риски, связанные с медицинскими расходами, что обычно дешевле и эффективнее. Кроме того, программы самострахования не ориентированы на получение прибыли, и поэтому им не нужно обеспечивать финансовую отдачу от осуществления страховой деятельности, что является одной из задач программ с внешним административным управлением. В программах самострахования застраховано в общей сложности 365 303 участника, или 82 % от общего числа лиц, застрахованных в рамках 26 рассмотренных планов медицинского страхования (447 869 человек)¹⁹ в организациях системы Организации Объединенных Наций.

34. **В Секретариате Организации Объединенных Наций 99 % сотрудников и пенсионеров охвачены планами самострахования.** В Секретариате Организации Объединенных Наций собственные планы медицинского страхования имеются в трех подразделениях, а именно: в Секретариате Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке — пять планов самострахования и внешнего управления (148 899 участников); в Отделении Организации Объединенных Наций в Женеве, в ведении которого находится второй по величине план самострахования и самоуправления, насчитывающий более 36 000 участников; и в Отделении Организации Объединенных Наций в Вене/УНП ООН, чей план, обслуживающий 2710 бенефициаров, передан на внешний подряд²⁰.

35. **По своим размерам планы самострахования обычно превышают планы, передаваемые на внешний подряд.** Программы самострахования, как правило, больше по размерам; 11 из 13 таких программ насчитывают более 10 000 участников плана, а 9 — более 25 000, что в основном объясняется необходимостью иметь достаточную критическую массу как для адекватного управления рисками, так и, в случае планов, управлением которыми осуществляют сами организации, для покрытия расходов на административное управление планом. В абсолютных цифрах крупнейшей программой является Всемирный план Организации Объединенных Наций Секретариата ООН (61 665 участников плана), административное управление которым осуществляется компанией «Сигна»²¹.

36. **Преобладающим способом административного управления является внешний подряд, причем в программах самострахования.** На участников программ с внешним административным управлением приходится 72 % от количества всех застрахованных. В противоположность этому, чуть более четверти застрахованных являются участниками одного из четырех существующих самоуправляемых (и, соответственно, самострахуемых) планов, все из которых²² базируются в Женеве и имеют широкую клиентуру — от 13 000 бенефициаров в МОТ до свыше 41 000 в ВОЗ. Самой крупной отдельной организацией по численности участников планов является Секретариат Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке — все его пять планов функционируют на условиях самострахования с внешней администрацией и охватывают 148 899 участников (33 % от общего числа).

37. **Планы страхования на коммерческой основе, как правило, меньше по размеру.** За исключением Программы медицинского страхования ВПП, насчитывающей более 40 000 участников, и Базового плана медицинского страхования ФАО, насчитывающего почти 16 000 участников, программы страхования полностью на коммерческой основе, в рамках которых застрахованы 82 566 человек (18 % от общего числа), как правило, меньше по размеру, насчитывая

¹⁹ Количество участников плана стоматологического страхования «Сигна» Секретариата Организации Объединенных Наций не включено во избежание двойного учета.

²⁰ Страхователем является ЮНИДО.

²¹ В общей сложности в ведении компании «Сигна» находится 17 из 26 планов (соответственно 307 512 человек, или 64 % от всего числа застрахованных). В 10 из этих планов «Сигна» также является страховщиком.

²² Фонд медицинского страхования персонала МОТ, Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве, План медицинского страхования УВКБ и Программа медицинского страхования персонала ВОЗ.

в среднем 6353 участника. Из этих 13 планов, переданных на внешний подряд, 9 насчитывают менее 5000 участников, а 6 — 1000 и менее. Основная причина страхования этих планов внешними страховщиками — их размер и недостаточная критическая масса для объединения рисков, что может повлечь, в частности, неспособность справиться с возможными финансовыми трудностями из-за ежегодных колебаний расходов в связи с непредвиденной заболеваемостью или предъявления исключительно крупных страховых требований.

38. Некоторые организации имеют более одного плана или присоединяются к планам других структур. Среди участвующих организаций ОИГ только 17 являются страхователями программ медицинского страхования²³, а остальные 11 организаций²⁴ страхуют своих сотрудников и пенсионеров в рамках одной из девяти программ, которые также охватывают сотрудников других организаций²⁵. Это полезная практика, как правило связанная с экономией за счет эффекта масштаба в результате объединения рисков и совместного использования административных ресурсов; в качестве примера можно назвать МСЭ, персонал которого с 2020 года застрахован в Обществе взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций от болезней и несчастных случаев. Организации, предлагающие несколько страховых планов, обычно делают это с учетом специфических условий своего рынка. Например, в Секретариате Организации Объединенных Наций имеются отдельные планы для застрахованных лиц в Соединенных Штатах и за их пределами. Аналогичным образом, восемь программ медицинского страхования специально разработаны для сотрудников, набранных на местной основе за пределами штаб-квартир.

39. В помещенных ниже таблице и диаграмме приводится подробная информация о программах медицинского страхования организаций системы Организации Объединенных Наций в разбивке по формам страхования и административного управления.

²³ ВОЗ, ВОИС, ВПП, ВПС, ИМО, МАГАТЭ, Международная организация гражданской авиации (ИКАО), МОТ, ПРООН, Секретариат Организации Объединенных Наций (включая Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве), УВКБ, ФАО, ЮНВТО, ЮНЕСКО, ЮНИДО, ЮНИСЕФ и ЮНОПС.

²⁴ Страхователями планов медицинского страхования, разработанных для сотрудников, набранных на местной основе за пределами штаб-квартиры, являются Ближневосточное агентство Организации Объединенных Наций для помощи палестинским беженцам и организации работ (БАПОР), ВМО, МСЭ, МТЦ, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Хабитат ООН, ПРООН, Структура «ООН-женщины», УВКБ, УНП ООН, ЮНЕП, ЮНИСЕФ, ЮНКТАД, ЮНОПС и ЮНФПА. Их сотрудники, набранные на международной основе, застрахованы в рамках программ, административное управление которыми осуществляет Секретариат Организации Объединенных Наций.

²⁵ План Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна», план стоматологического страхования «Сигна», «Эмпайр блю кросс», План медицинского страхования и Всемирный план Организации Объединенных Наций, Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций (в ведении Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве) и План медицинского страхования ПРООН.

Таблица 2

Модели планов и работа с заявлениями о возмещении медицинских расходов в 26 программах медицинского страхования в Организации Объединенных Наций и количество участников планов^a

	Самострахование		Страхование полностью на коммерческой основе	
	Администратор плана – План (внешний администратор)	Количество участников плана	Администратор плана – План (внешний администратор)	Количество участников плана
В ведении организации	Фонд медицинского страхования персонала МОТ	12 984	Неприменимо	
	Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве	36 560		
	План медицинского страхования УВКБ	34 517		
	Программа медицинского страхования персонала ВОЗ	41 359		
	Общее количество бенефициаров	125 420		
С внешним администратором	План медицинских пособий ИКАО («Сигна»)	3 106	Базовый план медицинского страхования/план покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию ФАО («Сигна»)	15 975
	План «Этна» Секретариата Организации Объединенных Наций («Этна»)	8 471	Программа медицинского страхования/медицинского страхования после выхода на пенсию ФАО («Сигна»)	501
	План стоматологического страхования «Сигна» Секретариата Организации Объединенных Наций («Сигна»)	32 813	Полный план медицинского страхования/медицинского страхования после выхода на пенсию МАГАТЭ («Сигна»)	4 326
	План «Эмпайр блю кросс» Секретариата Организации Объединенных Наций («Эмпайр блю кросс»)	26 628	План группового медицинского страхования ИМО («Сигна»)	1 000
	План медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций («Сигна»)	52 135	План группового медицинского страхования штаб-квартиры Отделения Организации Объединенных Наций в Вене/УНП ООН («Альянц кэр»)	2 710
	Всемирный план Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций («Сигна»)	61 665	План страхования медицинских расходов ЮНИДО для сотрудников категории общего обслуживания и национальных сотрудников-специалистов в периферийных местах службы (план для сотрудников категории общего обслуживания на местах) («Альянц кэр»)	403
	План медицинского страхования ПРООН («Сигна»)	36 567		
	Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО («Эм-Эс-Эйч интернешнл»)	7 371		
	План медицинского страхования ЮНИСЕФ («Сигна»)	43 940		2 187

Самострахование		Страхование полностью на коммерческой основе	
Администратор плана – План (внешний администратор)	Количество участников плана	Администратор плана – План (внешний администратор)	Количество участников плана
		План группового медицинского страхования штаб-квартиры ЮНИДО («Альянц кэр»)	515
		План медицинского страхования ЮНОПС («Сигна»)	481
		План медицинского страхования от болезней и несчастных случаев ЮНВТО («Сигна»)	791
		Фонд медицинского страхования ВПС («Сигна»)	9 614
		Базовый план медицинского страхования ВПП («Сигна»)	10 160
		Программа медицинского страхования ВПП («Сигна»)	3 903
		План группового медицинского страхования ВОИС («Сигна»)	
Общее количество бенефициаров	239 883^b	Общее количество бенефициаров	82 566

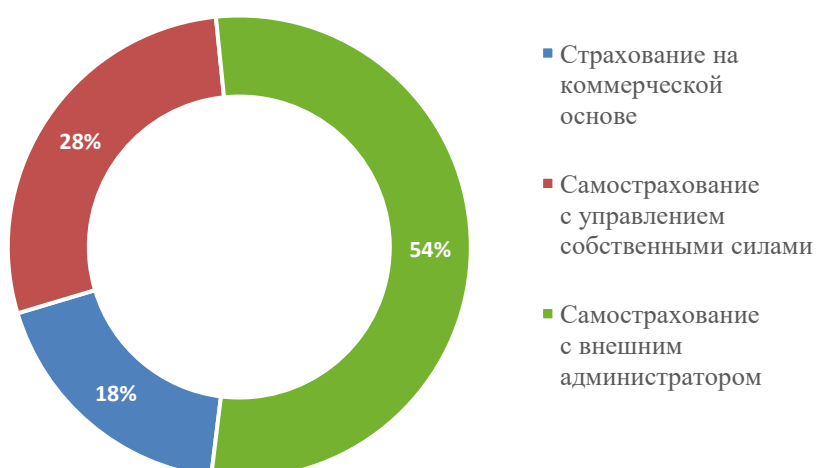
Источник: данные, полученные от участвующих организаций. Таблица подготовлена ОИГ.

^a Данные по состоянию на 31 декабря 2022 года.

^b Без учета участников плана стоматологического страхования «Сигна» Секретариата Организации Объединенных Наций, поскольку это дополнительный план.

Диаграмма I

Процентная доля застрахованных лиц, охваченных в системе Организации Объединенных Наций, в разбивке по видам страхования



Источник: подготовлено ОИГ.

2. Привлечение участников планов страхования к управлению программами медицинского страхования

40. **Крайне важно привлекать бенефициаров к разработке политики и управлению планами медицинского страхования.** В 20 из 26 планов медицинского страхования предусмотрен механизм руководства и административного управления, позволяющий представителям участников плана официально участвовать в принятии стратегических решений, связанных с медицинским страхованием. Такой механизм создается в виде либо самостоятельного органа, созданного для надзора за функционированием соответствующего плана (планов) медицинского страхования, как в случае Фонда медицинского страхования персонала МОТ, либо вспомогательного органа более крупного совместного механизма управления в составе представителей персонала и администрацией, как, например, Комитет Секретариата Организации Объединенных Наций по вопросам медицинского страхования и страхования жизни, который является постоянным консультативным комитетом Совместного комитета по переговорам. Хотя мандаты и функции таких органов могут различаться в деталях, в их обязанности обычно входит надзор за финансовым состоянием плана (планов), особенно в случае программ самострахования, обеспечение соблюдения соответствующих правил и положений, анализ общих результатов деятельности и предоставление руководству информации в отношении изменений в политике, страхового покрытия, размера страховых взносов и вопросов, связанных с закупками.

41. **Степень общей удовлетворенности уровнем и масштабом взаимодействия.** Представительство участников плана обеспечивается либо путем назначения кандидатов сотрудниками соответствующей организации и, в некоторых случаях, ассоциациями пенсионеров, либо путем избрания участниками плана. Как показали беседы с представителями ассоциаций персонала и пенсионеров, большинство из них с удовлетворением отмечали тот факт, что через эти механизмы они могут взаимодействовать со своими организациями на директивном уровне, и особенно возможность вносить свой вклад в процесс принятия решений. Хотя в некоторых случаях представители вышедших на пенсию участников плана в силу своего внештатного статуса могут быть только наблюдателями, работа большинства этих органов ориентирована на рассмотрение вклада как членов, так и наблюдателей, а также на поиск консенсуса, что является полезной практикой.

42. **Степень привлечения к работе и представленности сотрудников, набранных на местах, и пенсионеров за пределами штаб-квартир недостаточна.** Поскольку административное управление всеми планами медицинского страхования осуществляется на уровне штаб-квартир, в качестве представителей персонала обычно выдвигаются кандидатуры сотрудников, работающих в штаб-квартире, и в этом случае получение материалов от сотрудников за пределами штаб-квартиры в значительной степени зависит от механизма взаимодействия с отдельными ассоциациями персонала. Надзорные органы плана медицинского страхования персонала ВОЗ являются единственными структурами, которые гарантируют представительство сотрудников как штаб-квартиры, так и региональных бюро. В остальных случаях Инспектор пришел к выводу, что в других участвующих организациях, имеющих отделения на местах, сотрудники на местах, особенно набранные на местной основе, представлены недостаточно широко. Например, сотрудники Секретариата Организации Объединенных Наций, набранные на местной основе за пределами Нью-Йорка и застрахованные в рамках Плана медицинского страхования, не представлены в Комитете по вопросам медицинского страхования и страхования жизни. Аналогичные комитеты в ФАО и ВПП, предусматривая участие представителей Союза персонала категории общего обслуживания ФАО/ВПП, не гарантируют представленности представителей, набранных на местах. Планы медицинского страхования для сотрудников ПРООН²⁶ и ЮНОПС, набираемых на местах, вообще не имеют официального механизма привлечения участников плана к процессу принятия

²⁶ План медицинского страхования ПРООН также охватывает набираемых на местах сотрудников ЮНФПА и Структуры «ООН-женщины».

решений в рамках плана. Существующие механизмы руководства и управления представлены в таблице 3 в разбивке по планам медицинского страхования.

Таблица 3

Официальные механизмы привлечения участников плана к разработке политики в области медицинского страхования

<i>План медицинского страхования</i>	<i>Механизм руководства управления</i>	<i>Официальное привлечение застрахованных лиц</i>
Базовый план медицинского страхования/план медицинского страхования после выхода на пенсию, Программа покрытия обязательств по медицинскому страхованию/медицинского страхования после выхода на пенсию ФАО	Консультативный комитет ФАО по медицинскому страхованию	Представители ассоциаций сотрудников категории общего обслуживания, сотрудников категории специалистов и пенсионеров
Полный план медицинского страхования/план медицинского страхования после выхода на пенсию МАГАТЭ	Подкомитет по вопросам медицинского страхования и страхования жизни Объединенного консультативного комитета	Представители участников плана от ассоциации персонала, включая представителей участников плана, вышедших на пенсию
План медицинских пособий ИКАО	Комитет по вопросам охраны здоровья и страхования	Представители ассоциаций сотрудников и пенсионеров
Фонд медицинского страхования персонала МОТ	Комитет по вопросам управления	Избранные представители участников плана, которые могут включать представителей сотрудников, вышедших на пенсию
План группового медицинского страхования ИМО	Официального механизма не существует	Официального участия не предусмотрено
Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве	Исполком Общества взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций	Представители ассоциаций сотрудников и пенсионеров
План группового медицинского страхования штаб-квартиры Отделения Организации Объединенных Наций в Вене/ УНП ООН	Постоянный комитет по вопросам медицинского страхования и страхования жизни Объединенного консультативного комитета ЮНИДО/Отделения Организации Объединенных Наций в Вене	Представители ассоциаций сотрудников и пенсионеров
Планы «Этна» и «Эмпайр блю кросс» и план стоматологического страхования «Сигна» Секретариата Организации Объединенных Наций, Всемирный план Организации Объединенных Наций, План медицинского страхования	Комитет по вопросам медицинского страхования и страхования жизни	Представители от ассоциации персонала Представители от ассоциаций пенсионеров в качестве наблюдателей
План медицинского страхования ПРООН	Совет плана медицинского страхования ПРООН	Представители ассоциаций персонала ПРООН, ЮНФПА и структуры «ООН-женщины»
Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО	Правление фонда	Избранные представители застрахованных лиц, среди которых могут быть сотрудники, вышедшие на пенсию;

<i>План медицинского страхования</i>	<i>Механизм руководства управления</i>	<i>Официальное привлечение застрахованных лиц</i>
		представители ассоциаций сотрудников и пенсионеров в качестве наблюдателей; застрахованные лица также привлекаются к участию в рамках ежегодной генеральной ассамблеи
План медицинского страхования УВКБ	Руководящий комитет Плана медицинского страхования	Представитель ассоциации персонала
План медицинского страхования ЮНИСЕФ	Комитет Плана медицинского страхования ЮНИСЕФ	Представители ассоциации персонала
План для сотрудников категории общего обслуживания на местах, План группового медицинского страхования штаб-квартиры ЮНИДО	Объединенный постоянный комитет по вопросам медицинского страхования и страхования жизни Объединенного консультативного комитета ЮНИДО/Отделения Организации Объединенных Наций в Вене	Представители ассоциаций сотрудников и пенсионеров
План медицинского страхования ЮНОПС	Официального механизма не существует	Официального участия не предусмотрено
План страхования от болезней и несчастных случаев ЮНВТО	Официального механизма не существует	Официального участия не предусмотрено
Фонд медицинского страхования ВПС	Специальная рабочая группа	Представители ассоциации персонала принимали участие в обсуждении изменений, которые должны были быть внесены в политику в области медицинского страхования, например, в процессе проведения конкурсных торгов
Базовый план медицинского страхования, программа медицинского страхования ВПП	Управление медицинского страхования ВПП	Представители трех признанных органов представителей персонала: ассоциаций сотрудников категории общего обслуживания, сотрудников категории специалистов и пенсионеров
Программа медицинского страхования персонала ВОЗ	Глобальный надзорный комитет службы медицинского страхования сотрудников	Представители штаб-квартиры и региональных комитетов персонала; члены, избранные участниками плана, вышедшими на пенсию
	Глобальный постоянный комитет службы медицинского страхования сотрудников	Представители штаб-квартиры и региональных комитетов персонала; члены, избранные участниками плана, вышедшими на пенсию
План группового медицинского страхования ВОИС	Комитет по управлению коллективным страхованием персонала	Представители ассоциации персонала, включая как действующих, так и вышедших на пенсию сотрудников

Источник: подготовлено ОИГ.

43. Ожидается, что нижеследующая рекомендация повысит эффективность процессов принятия решений, связанных с политикой медицинского страхования и контролем руководства в этой области, чтобы обеспечить официальный учет потребностей различных групп участников планов медицинского страхования в процессе формирования политики.

Рекомендация 1

Административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, управляющих планом медицинского страхования, следует обеспечить, чтобы к концу 2026 года были приняты меры по обеспечению представленности всех групп участников плана, включая набираемых на местах сотрудников и пенсионеров, в их комитете по управлению планом медицинского страхования, комитете по надзору за планом медицинского страхования или консультативном комитете по плану медицинского страхования.

С. Квалификационные критерии

44. По-прежнему существует проблема неравенства в доступе к медицинскому страхованию. Как показано в настоящем разделе, в 26 программах медицинского страхования применяются различные критерии отбора для сотрудников, пенсионеров и членов их семей, а также связанных с ними лиц и лиц, пользующихся особой защитой. Разные квалификационные критерии, особенно в случае лиц, для которых их организациями установлены субсидированные ставки страховых взносов, порождают неравный доступ к медицинскому страхованию для работающих и вышедших на пенсию сотрудников и членов их семей и свидетельствуют о несправедливом использовании общественных средств организациями системы Организации Объединенных Наций.

1. Квалификационные критерии для действующих сотрудников

45. Содержание пакета медицинского страхования часто зависит от условий контракта и места службы. Большинство участвующих организаций предлагают действующим сотрудникам конкретный пакет медицинского страхования в зависимости от их контрактного статуса, от того, набраны ли они на международной или местной основе, от их места службы и от того, работают ли они в месте расположения штаб-квартиры. В таблице, приведенной в приложении I, указаны квалификационные критерии для работающих сотрудников в зависимости от типа их контракта и места службы.

46. Исключения из процедуры обязательного зачисления не распространяются на сотрудников, набранных на местной основе. В большинстве участвующих организаций зачисление в программы медицинского страхования является обязательным. Некоторые из них, например Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве, предоставляют исключение для сотрудников, которые могут подтвердить факт наличия у них адекватного медицинского страхования в рамках другой программы (государственной или частной). Однако такие исключения не предусмотрены для программ, предназначенных специально для сотрудников, набираемых на местной основе, таких как планы медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций, ПРООН, УВКБ и ЮНИСЕФ²⁷. В рамках этих программ зачисление сотрудников автоматически производится в обязательном порядке и не подлежит отмене.

47. Национальные программы доступны в Лондоне, Монреале и Вене. В этих трех местах службы действующие сотрудники могут участвовать в национальных программах медицинского страхования. В Вене сотрудники имеют возможность отказаться от участия в программе медицинского страхования своей организации и записаться в национальную программу (Österreichische Gesundheitskasse), где расходы на участие субсидируются их организациями (МАГАТЭ, ЮНИДО, УНП ООН и Отделением Организации Объединенных Наций в Вене). В Монреале лица, постоянно

²⁷ В определенных местах службы возможно освобождение от обязательного участия в планах медицинского страхования.

проживающие в Канаде, также могут отказаться от участия в программе ИКАО в случае зачисления в Квебекский план медицинского страхования. В ИМО сотрудники автоматически зачисляются в программу Национальной службы здравоохранения Соединенного Королевства, покрытие которой может дополнять план медицинского страхования ИМО.

48. **В ходе обзора не было выявлено никаких ограничений права на участие в программах по причине состояния здоровья в прошлом или в настоящее время.** Квалификационные критерии каждого плана охватывают всех работающих сотрудников, независимо от уже имеющихся у них заболеваний, образа жизни и пола, что является полезной практикой.

2. Квалификационные критерии для членов семей действующих сотрудников и связанных с ними лиц

49. **В разных планах положения о праве на участие членов семьи и домохозяйства существенно различаются.** Сотрудники могут записывать в свою программу членов семьи во всех 26 программах, а в некоторых случаях и других связанных с ними лиц, в основном на факультативной основе. Квалификационные критерии существенно различаются, особенно в вопросе о праве этих связанных с сотрудниками лиц на субсидирование страховых взносов организацией таких сотрудников.

50. **В большинстве планов субсидируются страховые взносы супругов, не являющихся иждивенцами.** Все программы медицинского страхования, за исключением шести, предусматривают субсидирование страховых взносов на медицинское страхование в той же программе одного признанного супруга сотрудника, независимо от его статуса иждивенца. Шесть программ, предлагающих субсидирование страховых взносов только для супругов, признанных иждивенцами, находятся в ведении МАГАТЭ, МОТ, Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве, ЮНЕСКО, Всемирной туристской организации (ЮНВТО) и Всемирного почтового союза (ВПС). Однако в программах МАГАТЭ, МОТ, Отделения ООН в Женеве, ЮНВТО и ВПС супруги, не являющиеся иждивенцами, имеют право на вступление без получения субсидий организации. В ЮНЕСКО вариант с полной оплатой не предусмотрен. Разведенные или юридически раздельно проживающие супруги имеют право продолжать участвовать в программе МАГАТЭ с субсидированным страховым взносом, но при этом должны подтвердить свой статус иждивенца. В программе ВОЗ право на дальнейшее участие в программе имеют только разведенные супруги вышедших на пенсию участников программы.

51. **Супруги-иждивенцы сотрудников МСЭ, состоящие в законно признанном однополном браке, не имеют права на участие в плане медицинского страхования.** 26 июня 2014 года Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций выпустил бюллетень²⁸, в котором говорится, что личный статус сотрудников для целей получения выплат в соответствии с Положениями и правилами о персонале должен определяться со ссылкой на законодательство компетентного органа, в соответствии с которым был установлен личный статус. Другими словами, однополый супруг сотрудника должен быть признан, если брак (или союз) юридически признан страной гражданства сотрудника или страной, в которой был заключен брак или союз. В зависимости от квалификационных критериев того или иного плана медицинского страхования, являющийся или не являющийся иждивенцем супруг в признанном однополном браке или союзе должен иметь возможность записаться в такой план и, при соблюдении установленных критериев, получать предусмотренные организацией субсидии на оплату страховых взносов. В ходе обзора выяснилось, что среди участвующих организаций супруги сотрудников, состоящих в однополых браках или союзах, даже если эти браки признаны юридически, не признаются только в МСЭ²⁹.

²⁸ ST/SGB/2004/13/Rev.1.

²⁹ В решении Административного трибунала МОТ № 2643 от 27 апреля 2007 года указывается, что в Положениях о персонале МСЭ и Правилах о персонале этой организации «супруги» однозначно определяются как муж и жена. Ввиду этого Трибунал рекомендовал передать

В результате супруги, находящиеся на иждивении, не могут быть зачислены в план медицинского страхования, предлагаемый и субсидируемый организацией (в случае МСЭ это план Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве). Другие участвующие организации, зачисляющие своих сотрудников в план Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве, например Секретариат Организации Объединенных Наций, УВКБ и ВМО, признают и разрешают зачисление находящихся на иждивении однополых супругов, чьи браки или союзы признаны по закону. В 2022 году Генеральный секретарь МСЭ предложил Совету МСЭ внести поправки в Положения о персонале³⁰, чтобы разрешить признание гражданских партнерств в соответствии с бюллетенем Генерального секретаря Организации Объединенных Наций от 2014 года. Однако Совет не пришел к консенсусу, и Секретариату МСЭ было предложено провести дополнительные консультации с государствами-членами и доложить о результатах на одной из будущих сессий Совета.

52. Для являющихся иждивенцами детей в возрасте от 18 до 30 лет установлены разные возрастные ограничения. Дети сотрудника, находящиеся на его иждивении, имеют право на участие в той же программе медицинского страхования и получают субсидии организации. Установленные для находящегося на иждивении ребенка критерии схожи во всех участвующих организациях: в большинстве планов таковым признается ребенок в возрасте до 18 лет или до 21 года, если он учится на дневном отделении учебного заведения, или без ограничения возраста, если он физически или психически не способен работать. Однако во всех программах, за исключением четырех, детям старше 21 года (без инвалидности) разрешается вступать в программу и получать субсидии организации, при условии, что они находятся на иждивении, т. е. не работают и не состоят в браке, причем верхний возрастной предел варьируется от 25 до 28 лет. Возрастное ограничение в 25 лет связано с верхним возрастным пределом для предоставления субсидий на образование. Другие возрастные пределы старше 25 лет не связаны ни с какими существующими льготами или пособиями и существуют только в контексте квалификационных критериев для медицинского страхования. Различные возрастные ограничения, применяемые участвующими организациями в случае детей, имеющих право на участие в субсидированном медицинском страховании, показаны в таблице 4.

Таблица 4

Возрастные ограничения для детей работающего или вышедшего на пенсию сотрудника, которые имеют право на участие в той же системе медицинского страхования и получают субсидии организации

<i>Предельный возраст детей (количество лет)</i>	<i>Страхователи программ медицинского страхования</i>
До 21	ИКАО, МАГАТЭ, МОТ, Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве, ЮНВТО
До 25	ВОИС, ВПС, ИКАО, ИМО, Отделение ООН в Вене, ПРООН, Секретариат ООН, УВКБ, УНП ООН, ЮНЕСКО, ЮНИДО, ЮНИСЕФ, ЮНОПС
До 26	ВПП, ФАО
До 28	ВОЗ

Источник: подготовлено ОИГ.

вопрос о признании семейных партнерств на рассмотрение Совету МСЭ с целью внесения поправок в правила, «чтобы обеспечить необходимую защиту от любой формы дискриминации по признаку семейного положения и сексуальной ориентации». См. https://www.ilo.org/dyn/triblex/triblexmain.fullText?p_lang=en&p_judgment_no=2643&p_language_code=EN.

³⁰ “Report by the Secretary-General: personal status for the purpose of ITU entitlements”, document C22/47-E, URL: <https://www.itu.int/md/S22-CL-C-0047/en>.

53. **Дети, не находящиеся на иждивении, также имеют право на участие, но при соблюдении различных верхних возрастных ограничений и других условий.** В программах, где предусмотрены субсидированные страховые взносы для детей-иждивенцев в возрасте до 21 года, последние могут вступать в программу по наступлении этого возраста, но без субсидий организации, при условии, что они не имеют работы и не состоят в браке; это полезная практика. Однако при этом установленные верхние возрастные границы различаются. В МАГАТЭ, МОТ и Отделении Организации Объединенных Наций в Женеве допускается участие в программе детей в возрасте до 30 лет, в ЮНВТО — до 25 лет. Отделение Организации Объединенных Наций в Вене и УНП ООН не устанавливают возрастных ограничений для детей старше 25 лет, если они по-прежнему не имеют работы, не состоят в браке и финансово зависят от работающих или вышедших на пенсию сотрудников.

54. **В ходе обзора не было выявлено никаких ограничений права на участие в программах по причине состояния здоровья в прошлом или в настоящее время.** Квалификационные критерии каждого плана охватывают всех иждивенцев, независимо от уже имеющихся у них заболеваний, образа жизни и пола, при условии, что они зарегистрированы в программе медицинского страхования в пределах установленных возрастных ограничений.

55. **Иждивенцы второй степени родства могут зачисляться — с субсидией или без нее — в девяти планах.** Из 26 программ медицинского страхования в девяти допускается зачисление одного иждивенца второй степени родства в ту же программу, что и работающий сотрудник, с субсидированным страховым взносом. Это программы ВОЗ, ВОИС, ВПП, МАГАТЭ, Отделения Организации Объединенных Наций в Вене, УНП ООН, ФАО и ЮНИДО. Иждивенцы второй степени родства одинаково определяются во всех этих программах; имеются в виду один из родителей или брат или сестра, которые получают от сотрудника более половины общей финансовой поддержки по сравнению с другими источниками, при этом сумма, предоставляемая сотрудником, более чем в два раза превышает размер надбавки на иждивенца. Одновременно признается только один иждивенец второй степени родства, причем только в случае отсутствия признанного находящегося на иждивении супруга. В программах МОТ, Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве и ЮНВТО допускается зачисление иждивенцев второй степени родства без субсидирования страховых взносов. За исключением программ медицинского страхования ФАО и ВПП, ни в одной из программ медицинского страхования, предназначенных исключительно для сотрудников, набираемых на местной основе за пределами штаб-квартир, зачисление иждивенцев второй степени родства не допускается.

56. **В организациях, расположенных в Вене, разрешается зачисление в программы медицинского страхования членов домохозяйств, не являющихся членами семьи.** Помимо членов семей работающих и вышедших на пенсию сотрудников, МАГАТЭ разрешает зачислять в программу медицинского страхования (но без субсидий) до двух человек, проживающих в том же домохозяйстве. Аналогичным образом в Отделении Организации Объединенных Наций в Вене и УНП ООН разрешается зачисление лиц, которые находятся на содержании сотрудника, не являются австрийскими гражданами и проживают в семье сотрудника.

57. **Зачисление не являющихся иждивенцами членов семьи или домохозяйства и иждивенцев второй степени родства не должно субсидироваться, а их риски не должны переноситься на других участников программы.** По мнению Инспектора, зачисление в программы медицинского страхования не являющихся иждивенцами супругов и детей и иждивенцев второй степени родства является положительной и полезной практикой как для семьи сотрудника, так и с точки зрения общей устойчивости плана, хотя бы потому, что увеличение числа участников плана может укрепить позиции организаций в переговорах со страховщиками или поставщиками медицинских услуг, одновременно облегчая и, возможно, делая более доступным для семей сотрудников получение защиты от рисков для здоровья. В ходе обзора не удалось, исходя из принципов социального обеспечения, найти иных, кроме исторического развития программ, причин, в силу которых в планах медицинского

страхования субсидируются страховые взносы таких лиц. Ввиду этого Инспектор считает, что зачисление не являющихся иждивенцами членов семьи или домохозяйства и иждивенцев второй степени родства не должно субсидироваться и их риски не должны переноситься на других участников (особенно если они по своему профилю отличаются от среднего уровня) наряду с субсидируемыми участниками плана; именно так делается в плане Общества взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве, что, по мнению Инспектора, является передовой практикой. Взаимно распределяя или объединяя риски здоровья теоретически не субсидируемых участников плана с рисками явно субсидируемых членов, участвующие организации берут на себя риск субсидирования первых, если их профиль риска отклоняется от среднего профиля субсидируемых участников в силу возраста или других факторов, определяющих расходы на охрану здоровья. Напротив, если эти лица образуют отдельную группу, как в случае Общества взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций, их риски для здоровья будут распределяться исключительно в пределах этой группы, а уплачиваемые ими страховые взносы должны быть достаточными для покрытия всей стоимости медицинских услуг, полученных членами такой группы за каждый рассматриваемый период.

58. **Существующую асимметрию в субсидировании можно рассматривать как препятствие для мобильности персонала.** Это идет в ущерб планам медицинского страхования или местам службы, где нет субсидий для членов семьи, не являющихся иждивенцами или относящихся к категории иждивенцев второй степени родства. Такие асимметрии следует устранить, поскольку они создают конкурентные преимущества одних организаций перед другими, что противоречит идее общей системы пособий и льгот для персонала Организации Объединенных Наций.

59. Исходя из результатов обзора ожидается, что нижеследующая рекомендация позволит добиться экономии финансовых средств в планах, где иждивенцы второй степени родства и не являющиеся иждивенцами члены семьи имеют право регистрироваться и получать субсидию на страховые взносы, а их медицинские риски взаимно распределяются наряду с рисками основных участников. Она также призвана облегчить межучрежденческую мобильность и предотвращать пагубную конкуренцию между участвующими организациями на основе их планов медицинского страхования.

Рекомендация 2

Административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует до конца 2026 года изучить возможность прекращения практики субсидирования страховых взносов для находящихся на иждивении членов семьи второй степени родства, членов семьи, не находящихся на иждивении, и не связанных с ними членов домохозяйства, а также практики взаимного распределения их рисков вместе с рисками родственников первой очереди.

3. Квалификационные критерии для сотрудников, вышедших на пенсию, и связанных с ними участников

60. **Различия в требованиях к стажу участия в программе для получения права на медицинское страхование после выхода на пенсию сохраняются для сотрудников, принятых на работу 1 июля 2007 года или в последующий период.** Регистрация в программе медицинского страхования после выхода на пенсию всегда необязательна и возможна только в варианте непосредственного сохранения страхового покрытия в том же плане медицинского страхования системы Организации Объединенных Наций с долевым участием, в котором пенсионер был зарегистрирован

до выхода на пенсию³¹. В своей резолюции 61/264 Генеральная Ассамблея, в частности, указала, что для получения права на участие в программе медицинского страхования после выхода в отставку сотрудники, нанятые 1 июля 2007 года или позднее, должны иметь как минимум десятилетний стаж участия в том или ином плане медицинского страхования Организации Объединенных Наций. Это минимальное требование о стаже долевого участия применяется во всех³² программах медицинского страхования, за исключением четырех. В двух программах ФАО и ВПП, разработанных специально для сотрудников, набранных на местах за пределами штаб-квартиры, равно как и в планах ВОИС и ВПС для всех сотрудников требуется лишь пятилетний срок участия.

61. Досрочный выход на пенсию после ограниченного долевого участия в программе медицинского страхования. Хотя Генеральная Ассамблея в вышеупомянутой резолюции отменила положение о присоединении к плану при уплате соответствующих взносов после пяти лет участия, в нескольких программах эта возможность все еще имеется. В этом случае сотрудник, увольняющийся из своей организации по крайней мере в возрасте досрочного выхода на пенсию и зарегистрированный в одной из программ медицинского страхования Организации Объединенных Наций с долевым участием более пяти, но менее десяти лет, имеет право на медицинское страхование после выхода на пенсию без получения субсидии организации. При накоплении десятилетнего стажа участия взносы на медицинское страхование будут субсидироваться. Этот вариант доступен для сотрудников, участвующих в планах медицинского страхования ПРООН, Секретариата Организации Объединенных Наций, УВКБ, ЮНИСЕФ и ЮНОПС, а также в плане медицинских пособий Международной организации гражданской авиации (ИКАО).

62. Сотрудники, увольняющиеся до достижения возраста досрочного выхода на пенсию. Медицинское страхование после выхода на пенсию призвано расширить охват медицинским страхованием сотрудников Организации Объединенных Наций после их выхода на пенсию, включая лиц, уволившихся (кроме уволенных в дисциплинарном порядке) либо с выплатой пособия по инвалидности в соответствии с правилами Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций, либо в возрасте досрочного выхода на пенсию³³, либо по достижении установленного пенсионного возраста³⁴. Однако в некоторых участвующих организациях сотрудники, увольняющиеся до достижения возраста досрочного выхода на пенсию, также могут иметь право на медицинское страхование после выхода на пенсию с субсидией организации или без нее. Такие условия во всех случаях предлагаются сотрудникам, выходящим на пенсию в возрасте от 50 до 55 лет и избравшим вариант отложенной пенсии. Возраст досрочного выхода на пенсию, исходя из даты поступления сотрудников на работу, — соответственно 55 или 58 лет — оговаривается только в ВПП и ВОЗ (см. таблицу 5).

³¹ В зависимости от организаций, в которых работает действующий сотрудник, может быть предусмотрена возможность перехода в другой пенсионный план, в большей мере подходящий для него с точки зрения места его проживания. Такое изменение обычно производится однократно и не подлежит отмене.

³² Следует отметить, что, хотя Секретариат Организации Объединенных Наций включил это требование в свои Положения о персонале, его фактическое выполнение было отложено до 2024 года из-за технических сложностей (см. [A/78/7](#)).

³³ В возрасте 55 лет или позже для сотрудников, вступивших в Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций до 1 января 2014 года, или в возрасте 58 лет или позже для сотрудников, вступивших после 1 января 2014 года.

³⁴ В возрасте 60 лет для сотрудников, вступивших в Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций до 1 января 1990 года; в возрасте 62 лет для сотрудников, вступивших в период с 1 января 1990 года по 31 декабря 2013 года; или в возрасте 65 лет для сотрудников, вступивших 1 января 2014 года или позже.

Таблица 5

Минимальный стаж долевого участия в одной из программ медицинского страхования Организации Объединенных Наций, необходимый для медицинского страхования после выхода на пенсию для сотрудников, увольняющихся в возрасте от 50 до 55 лет и поступивших на службу 1 июля 2007 года или позднее

Минимальный стаж	Программа медицинского страхования	С субсидией организации
20 лет	Программа покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию ФАО	Нет
20 лет (в том числе 10 лет непрерывного стажа)	План медицинского страхования после выхода на пенсию МАГАТЭ	Да, с 55 лет
20 лет	План ЮНИДО для сотрудников категории общего обслуживания на местах	Нет
20 лет общего стажа	Базовый план медицинского страхования ВПП ^a	Нет
20 лет (только в плане ВОЗ)	Программа медицинского страхования персонала ВОЗ ^a	Да, при достижении возраста досрочного выхода на пенсию
15 лет общего стажа	Программа медицинского страхования ВПП ^a	Нет
15 лет общего стажа ^b	План медицинского страхования ПРООН	Да
10 лет	Программа медицинского страхования после выхода на пенсию (для сотрудников, набранных на местной основе за пределами штаб-квартиры) ФАО	Нет
10 лет	План медицинских пособий ИКАО	Нет
5 лет	План медицинского страхования ПРООН	Да, по истечении 10 лет
	План медицинского страхования УВКБ	
	План медицинского страхования ЮНОПС	

Источник: подготовлено ОИГ.

^a Для лиц, вступивших в Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций после 1 января 2014 года и увольняющихся в возрасте от 53 до 58 лет.

^b Для лиц, уволившихся по соглашению сторон или вследствие упразднения должности.

63. Не всегда в полном объеме безоговорочно признается стаж предыдущего участия в системах медицинского страхования в рамках всей системы. Во всех программах учитывается стаж долевого участия сотрудников в планах медицинского страхования других организаций системы Организации Объединенных Наций в соответствии с Межорганизационным соглашением о переводе, командировании или временной передаче персонала в системе организаций, применяющих общую систему окладов и надбавок Организации Объединенных Наций, согласно которому «переведенный сотрудник и его иждивенцы будут... иметь право участвовать в любых планах медицинского страхования или группового страхования жизни этой

организации без новых медицинских изъятий или периодов ожидания»³⁵. Однако в МОТ и ВОЗ требуется, чтобы из десяти лет стажа, необходимых для получения права на медицинское страхование после выхода на пенсию, пять приходились на их планы, что объективно является препятствием для межучрежденческой мобильности сотрудников³⁶, влияние которого особенно сильно сказывается, когда речь идет о людях в возрасте 60 лет и старше. Нетрудно понять, что эта мера имеет лишь цель предотвратить прибытие в эти две организации должностных лиц из других организаций, которые находятся на завершающем этапе своей профессиональной деятельности, исходя из того, что согласие на такую мобильность обернется для принимающей организации неоправданным финансовым бременем в связи с правом соответствующих сотрудников на медицинское страхование после выхода на пенсию³⁷. Не случайно это ограничение, которого нет во всех других рассмотренных программах медицинского страхования, присутствует в двух планах с самым высоким и полным страховым покрытием во всей системе (и относительно высокой долей пенсионеров по сравнению с количеством действующих сотрудников, поскольку эти планы относятся к числу тех, которые существуют в рамках системы дольше всего). По мнению Инспектора, такая мера предосторожности, при всей ее разумности с финансовой точки зрения, противоречит необходимости соблюдать и укреплять межучрежденческую политику мобильности и борьбы с дискриминацией по возрасту, которую поддерживает ВОЗ, а также другие организации системы Организации Объединенных Наций³⁸. Ввиду этого Инспектор рекомендует снять это ограничение³⁹.

64. Члены семей вышедших на пенсию сотрудников, как правило, имеют право на медицинское страхование после выхода на пенсию. Как правило, отвечающие установленным критериям члены семьи, зарегистрированные в той же программе медицинского страхования, что и сотрудники до их выхода на пенсию, имеют право оставаться застрахованными в том же плане, за исключением иждивенцев второй степени родства в рамках планов, находящихся в ведении ЮНИДО, УНП ООН и Отделения Организации Объединенных Наций в Вене.

65. В ходе обзора не было выявлено никаких ограничений права на участие в программах по причине имевшихся проблем со здоровьем. Квалификационные критерии каждого плана охватывают всех вышедших на пенсию сотрудников и их иждивенцев, независимо от уже имеющихся у них заболеваний, образа жизни и пола.

66. В некоторых планах для получения права на медицинское страхование после выхода на пенсию для членов семьи не требуется минимальный стаж долевого участия в программе медицинского страхования. В своей

³⁵ См. https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/handbook/Mobility%20Agreement_2019.pdf.

³⁶ Всесторонний анализ соответствующей политики и практики см. в обзоре ОИГ, озаглавленном «Обзор обмена сотрудниками и аналогичных мер по обеспечению межучрежденческой мобильности в организациях системы Организации Объединенных Наций» (JIU/REP/2019/8).
³⁷ A/73/792.

³⁸ WHO, *Global Report on Ageism* (Geneva, 2021).

³⁹ При обсуждении вопросов межучрежденческой мобильности и медицинского страхования после выхода на пенсию в рамках межучрежденческой Рабочей группы по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, созданной Генеральным секретарем под эгидой Сети по финансовым и бюджетным вопросам Комитета высокого уровня по вопросам управления КСР в соответствии с резолюцией 68/244, в которой Генеральная Ассамблея просила Генерального секретаря провести обзор планов медицинского страхования и изучить варианты повышения эффективности и сдерживания объема расходов, было решено, что «учреждения системы Организации Объединенных Наций должны согласиться на передачу некоторых начисленных пособий и выплат по медицинскому страхованию, а также обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию без обременительной в административном отношении передачи финансовых средств». Как сообщается, это мнение подкреплялось «статистическими данными о межучрежденческой мобильности по 38 учреждениям, представленными секретариатом КСР за период 2013–2016 годов, [которые показывают], что любая разница между числом сотрудников, переведенных на работу в учреждение, и числом сотрудников, переведенных из учреждения, в сравнении с общим штатом учреждений незначительна» (A/73/662, пп. 50–54).

резолюции 61/264 Генеральная Ассамблея ввела требование, согласно которому для получения права на субсидируемое медицинское страхование после выхода на пенсию иждивенцы на дату выхода сотрудника на пенсию должны быть зарегистрированы в одном из планов медицинского страхования Организации Объединенных Наций с долевым участием не менее пяти лет⁴⁰. В общей сложности это условие соблюдается в 14 из 26 программ. В таблице 6 представлена информация о программах медицинского страхования, в которых применяются различные стандарты — от отсутствия требований в отношении стажа участия до введения требования о накоплении десятилетнего стажа. При отсутствии необходимого минимального стажа участия члены семей могут застраховаться в программе несубсидируемого медицинского страхования после выхода на пенсию до накопления необходимого стажа, после чего их страховые взносы будут субсидироваться.

Таблица 6

Минимальный стаж (кроме пяти лет) участия в одной из программ медицинского страхования Организации Объединенных Наций с долевым участием, требующийся для того, чтобы члены семей сотрудников, поступивших на службу 1 июля 2007 года или позднее, имели право на медицинское страхование после выхода на пенсию

Минимальный стаж	Программа медицинского страхования
10 лет	Программа покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию ФАО Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО Базовый план медицинского страхования ВПП Программа медицинского страхования персонала ВОЗ
2 года	План медицинского страхования после выхода на пенсию МАГАТЭ План для сотрудников категории общего обслуживания на местах и Полный план медицинского страхования ЮНИДО
Никаких минимальных требований, если на момент увольнения сотрудник застрахован	План медицинских пособий ИКАО Фонд медицинского страхования персонала МОТ План группового медицинского страхования ИМО План медицинского страхования ПРООН (включая ЮНФПА и структуру «ООН-женщины») План медицинского страхования УВКБ План медицинского страхования ЮНОПС План страхования от болезней и несчастных случаев ЮНВТО Фонд медицинского страхования ВПС

Источник: подготовлено ОИГ.

67. При позднем зачислении членов семьи в программу медицинского страхования существует риск антиселекции. По мнению Инспектора, возможность получения доступа к медицинскому страхованию после выхода на пенсию без накопления стажа участия в такой программе способствует антиселекции, поскольку

⁴⁰ Или двух лет, если супруг застрахован внешним работодателем или национальным правительством, за исключением тех случаев, когда иждивенец впервые приобретает такое право в течение указанного периода и реализует его в течение 30 дней с момента вступления в действие его статуса иждивенца.

лица с более высоким риском возникновения негативного события с большей вероятностью будут стремиться зарегистрироваться в программе, управляемой Организацией Объединенных Наций, когда этот риск уже материализовался или вот-вот материализуется, что, как правило, чаще происходит с возрастом. В конечном счете именно в этом кроется причина требования о минимальном стаже долевого участия в качестве предварительного условия для медицинского страхования после выхода на пенсию, которое уже введено в 18 планах Организации Объединенных Наций.

68. Ожидается, что нижеследующая рекомендация позволит добиться экономии финансовых средств и более справедливого распределения рисков, связанных с правом членов семьи на медицинское страхование после выхода на пенсию, в рамках программ, где не требуется наличия минимального стажа или требуется очень небольшой период участия до приобретения права на медицинское страхование после выхода на пенсию, в соответствии с резолюцией 61/264 Генеральной Ассамблеи. Кроме того, как ожидается, она поможет уравнивать условия для мобильности персонала разных учреждений, избегая ненужной конкуренции между организациями за счет более щедрых условий предоставления таким членам семьи прав на медицинское страхование после выхода на пенсию.

Рекомендация 3

Административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует до конца 2026 года обеспечить, чтобы право членов семей сотрудников на участие в медицинском страховании после выхода на пенсию предоставлялось при условии наличия как минимум пятилетнего стажа в одной из программ медицинского страхования Организации Объединенных Наций с долевым участием, без ущерба для должным образом обоснованных исключений, обусловленных жизненными обстоятельствами.

D. Ставки страховых взносов и их доленое распределение между организациями и участниками плана

1. Справедливость и солидарность как основа для определения размера взносов⁴¹

69. Для обеспечения справедливого распределения страховых взносов и рисков необходимо добиться большей согласованности моделей солидарности, лежащих в основе систем медицинского страхования, финансируемых Организацией Объединенных Наций. Страховые взносы в программах частного медицинского страхования обычно определяются на основе факторов риска и других факторов затрат в связи с застрахованными лицами, таких как состояние здоровья, образ жизни, возраст и географическое местоположение, и все они призваны обеспечить баланс между принципом взаимного распределения рисков, присущим всем видам страхования, и личной ответственностью. При одинаковом уровне страхового покрытия молодой и здоровый человек может рассчитывать на более низкие страховые взносы, чем пожилой и менее здоровый человек, в то время как последние получают менее полное покрытие, если их страховые взносы будут такими же, как у более молодых участников. Напротив, в разрезе социального обеспечения, например в национальных программах медицинского страхования или в программах системы Организации Объединенных Наций и других международных организаций, ключевым является принцип солидарности, основанный на платежеспособности и возрасте бенефициаров, а другим компонентом (характерным для любого страхования, будь то государственное или частное) выступает взаимное распределение рисков между участниками, независимо от их возраста, состояния здоровья и уровня дохода.

⁴¹ Подробнее о страховых взносах на медицинское страхование см. в дополнительном документе к настоящему обзору.

Таким образом, применение в комплексе принципов солидарности и взаимного распределения рисков способствует обеспечению справедливого медицинского обслуживания для всех, поскольку это считается как частным, так и общественным благом и одним из основных прав человека⁴². Однако в разных планах эти принципы применяются не одинаково, о чем будет сказано далее в настоящем докладе.

70. Два основных принципа взносов на медицинское страхование были установлены Генеральной Ассамблеей в 1957 году. Следует напомнить, что в соответствии с резолюцией 1095 А (XI) Генеральной Ассамблеи Генеральный секретарь уполномочен финансировать планы медицинского и больничного страхования персонала таким образом, чтобы «более значительная финансовая помощь оказывалась персоналу, получающему низшие оклады», чем персоналу, получающему высшие оклады. Другими словами, хотя общие взносы организации и группы бенефициаров должны быть равными (в 1957 году 50 % страховых взносов выплачивала организация и 50 % — ее сотрудники), взносы сотрудников должны зависеть (пропорционально или даже более чем пропорционально, но всегда положительно) от их соответствующих окладов. Два закрепленных в данной резолюции основных принципа финансирования этой части политики социального обеспечения заключаются в том, что охрана здоровья, как и пенсии, является общей обязанностью обеих сторон, работодателя и работников и что распределение взносов между участниками должно основываться на платежеспособности, хотя существует множество различных способов выполнения мандата директивного органа в этом отношении (например, с помощью пропорциональной ставки или прогрессивной или скользящей шкалы).

71. В большинстве программ в основу распределения страховых взносов между бенефициарами положены принципы платежеспособности и солидарности поколений. Из 26 программ медицинского страхования в 21 программе взносы на медицинское страхование взимаются с участников плана на основе фиксированного процента от суммы вознаграждения участника плана⁴³ с колебаниями в зависимости от размера семьи, за исключением ЮНВТО, где применяется единая процентная ставка независимо от размера семьи. По мнению Инспектора, установление таких пропорциональных ставок взносов является полезной практикой, поскольку они просты и понятны, но в то же время учитывают принцип солидарности на основе платежеспособности и возраста (принцип солидарности поколений). Иногда такая

⁴² Право человека на здоровье признано в многочисленных международных договорах. Статья 25 (1) Всеобщей декларации прав человека гласит: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи», хотя наиболее полная статья о праве на здоровье в международном праве прав человека содержится в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах. Кроме того, право на здоровье и социальное обеспечение признается в конвенциях МОТ, в частности в Конвенции 1952 года о минимальных нормах социального обеспечения (№ 102); Конвенции 1962 года о равноправии в области социального обеспечения (№ 118); Конвенции 1964 года о пособиях в случаях производственного травматизма [таблица I изменена в 1980 году] (№ 121); Конвенции 1967 года о пособиях по инвалидности, по старости и по случаю потери кормильца (№ 128); Конвенции 1969 года о медицинской помощи и пособиях по болезни (№ 130); Конвенции 1982 года о сохранении прав в области социального обеспечения (№ 157); и Конвенции 2000 года об охране материнства (№ 183). Право на здоровье признается и в ряде региональных документов по правам человека, например в Европейской социальной хартии (ст. 11); Африканской хартии прав человека и народов (ст. 15); и Дополнительном протоколе к Американской конвенции о правах человека касающемся экономических, социальных и культурных прав (ст. 10). Аналогичным образом право на здоровье провозглашено Комиссией по правам человека, а также в Венской декларации и Программе действий 1993 года и других международных документах (замечание общего порядка № 14 (2000) Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, п. 2).

⁴³ Речь идет о программах, страхователями в которых являются ВОЗ, ВПП, МОТ, Отделение Организации Объединенных Наций в Вене, Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве, ПРООН, Секретариат Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке, УВКБ, УНП ООН, ЮНЕСКО, ЮНИДО, ЮНИСЕФ и ЮНОПС.

основанная на целом ряде принципов солидарность подкрепляется скользящими шкалами (как в случае программ Секретариата Организации Объединенных Наций и МАГАТЭ)⁴⁴, вследствие чего взносы на охрану здоровья приобретают прогрессивный характер подобно национальным прогрессивным подоходным налогам или структуре ставок общей системы Организации Объединенных Наций, применяемой для определения ставок налогообложения персонала. В результате степень солидарности не только пропорциональна доходу сотрудников, но возрастает по мере повышения окладов.

72. В той или иной степени присутствует и семейный аспект солидарности. В свою очередь, более простые структуры взносов, например в ЮНВТО, где от взносов освобождаются все зарегистрированные в программе члены семьи без каких-либо количественных ограничений, представляют собой новую форму солидарности с акцентом на семью. В этом случае субсидия ЮНВТО покрывает 100 % страхового взноса, приходящегося на отвечающих установленным критериям членов семьи всех сотрудников (т. е. находящихся на иждивении супруги/супруга и детей), вследствие чего медицинское страхование становится одним из элементов проводимой организацией политики защиты семьи.

73. В некоторых программах также встроен принцип эквивалентности или причинности затрат, который обычно характерен для страховых премий коммерческого страхования в частном секторе. Использование единой ставки страховых взносов в абсолютном выражении — еще один метод расчета взносов, который не учитывает принцип солидарности на основе платежеспособности, заменяя его ограниченной версией принципа эквивалентности или причинности расходов, который обычно характерен для взносов в программах частного коммерческого страхования. Подобно избирательному налогу единые ставки страховых взносов устанавливаются по размеру семьи, а не заработной платы, затем может добавляться элемент индивидуального профиля риска в семье, в результате чего в случае детей и взрослых взносы различаются. В базовых планах медицинского страхования ФАО и ВПП с участников взимается фиксированная сумма, но с оговоркой, что размер взносов не может превышать 5 % от суммы вознаграждения. Хотя на первый взгляд эта система легко понятна, на практике она может приводить к тому, что размер взносов будет составлять от 1 % до 5 % от суммы вознаграждения, при этом семьи с большим количеством находящихся на иждивении детей будут получать более крупные субсидии (как в случае ЮНВТО), а сотрудники с более низкими окладами будут платить больше в относительном выражении (в худшем варианте 5 % от оклада), чем сотрудники с более высокой зарплатой (для которых та же фиксированная сумма, естественно, составляет меньшую часть их дохода).

74. Планы с ограниченной степенью солидарности или без нее, построенные на принципе платежеспособности. План медицинского страхования ВПС — единственный план, где взносы по единой ставке взимаются с учетом возраста участников плана независимо от уровня их дохода, что является обычной практикой в частной страховой отрасли. Таким образом, с одной стороны, нет перекрестного субсидирования между застрахованными лицами (или увеличения субсидий со стороны организации) в зависимости от их платежеспособности, а с другой стороны, более ограничена степень взаимного распределения рисков, поскольку лица с более высокими рисками, например более старшего возраста, платят больше (т. е. самострахуют более значительную часть своих рисков, по крайней мере в абсолютном выражении). В свою очередь, в модели ИКАО к страховым взносам сотрудников, набираемых на международной и национальной основе, применяются разные процентные величины, что может приводить к перекрестному субсидированию участников или неравному распределению субсидий от организации между обеими группами на основании условия, не имеющего отношения к основному принципу платежеспособности.

75. Разнообразие моделей солидарности, заложенных в методе начисления взносов застрахованных лиц, иногда дает поразительные результаты.

⁴⁴ [A/61/730](#), пп. 11, 12 и 13.

Для иллюстрации последствий, связанных с этими различными методами расчета взносов, в таблице 7 показана процентная доля чистого вознаграждения сотрудников на основе суммы взносов в план медицинского страхования их организации, и для примера сравниваются 35-летний сотрудник, занимающий должность класса С-3, ступень V, и сотрудник того же возраста, занимающий должность класса ОО-5, ступень V. Анализ примеров показывает, что в этих случаях сотрудник уровня ОО-5, ступень V, зарабатывающий меньше, чем сотрудник уровня С-3, ступень V, в тех же местах службы (Женева, Бангкок, Рим), мог бы отчислять более высокий процент своего дохода на страховые взносы в рамках одного и того же плана медицинского страхования.

Таблица 7

Процентная доля чистого вознаграждения сотрудника, отчисляемая на страховые взносы на медицинское страхование: сравнение между 35-летним сотрудником, набранным на международной основе, уровня С-3, ступень V, и 35-летним сотрудником, набранным на местной основе, уровня ОО-5, ступень V, в том же месте службы (независимо от пола)

Программа медицинского страхования/ Место службы	Только сотрудник		Сотрудник + один взрослый		Сотрудник + один взрослый + один ребенок	
	С-3, ступень V	ОО-5, ступень V	С-3, ступень V	ОО-5, ступень V	С-3, ступень V	ОО-5, ступень V
Бангкок						
План медицинских пособий ИКАО	1,79	2,20	3,38	4,35	3,29	4,24
Женева, Берн						
Фонд медицинского страхования ВПС	2,34	3,02	4,42	5,54	5,41	6,50
План группового медицинского страхования ВОИС	2,32	2,51	4,38	4,71	5,23	5,39
Рим						
Базовый план медицинского страхования ФАО	2,02	3,56	3,71	5,00	4,54	5,00
Базовый план медицинского страхования ВПП	1,61	2,84	3,06	5,00	3,77	5,00

Источник: подготовлено ОИГ.

76. Необходимо обеспечить более высокую степень прозрачности и координации в формировании солидарности в программах. Базовая модель солидарности, выбранная в каждом плане для определения взносов сотрудников, обычно основывается на давней и устоявшейся традиции. Однако порой сложность используемых формул и их последствия вряд ли были понятны бенефициарам и даже администраторам планов, что подтвердилось в ходе бесед и при сборе данных из общеорганизационного вопросника. Инспектор полагает, что для обеспечения четкого понимания масштабов и влияния таких схем на закрепленный в программах уровень взаимного распределения рисков и межпоколенческой и межличностной солидарности, нужно повысить степень прозрачности и шире обсуждать эти вопросы между представителями организаций и персонала. Кроме того, по мнению Инспектора, имеются также возможности применения общесистемного подхода к этой теме для разработки набора принципов установления взносов, которые могли бы способствовать большей согласованности и сопоставимости и отражать общий подход к одному из важнейших элементов понятия социального обеспечения, помимо

страхового покрытия и распределения страховых взносов между работающими и вышедшими на пенсию сотрудниками и их организациями-работодателями⁴⁵.

77. Отсутствие общего руководства в отношении модели солидарности, лежащей в основе долевого распределения взносов, может усугублять расхождения в уровне субсидий, предоставляемых организациями участникам планов, и несправедливое распределение взносов в пределах групп бенефициаров. Ожидается, что нижеследующая рекомендация позволит повысить слаженность и согласованность политики, и, соответственно, прозрачность, сопоставимость и межучрежденческую мобильность персонала в рамках планов медицинского страхования участвующих организаций.

Рекомендация 4

Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций следует обратиться к Комиссии по международной гражданской службе с просьбой предложить руководящие принципы для повышения согласованности в применении принципов солидарности поколений, платежеспособности и защиты семьи в программах медицинского страхования, совместно финансируемых организациями общей системы Организации Объединенных Наций.

2. База для расчета взносов сотрудников, вышедших на пенсию

78. **Фактически получаемые пенсии являются наиболее точным инструментом оценки платежеспособности пенсионеров, равно как и заработка в случае работающих сотрудников.** Если для работающих сотрудников основой для начисления обычно является их чистый базовый месячный оклад плюс корректив по месту службы (для сотрудников, набираемых на международной основе) и другие надбавки, например за знание языка и для нерезидентов, то для пенсионеров эта основа варьируется от фактической пенсии до суммы, считающейся функционально эквивалентной, например в виде процента от их последнего оклада во время работы. Это сделано главным образом для того, чтобы упростить расчеты и не зависеть от данных Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций, однако более справедливым и наиболее точным показателем платежеспособности остаются фактические пенсии, о чем свидетельствует использование окладов в случае работающих сотрудников и как постановила Генеральная Ассамблея в своей резолюции 1095 A (XI) от 27 февраля 1957 года⁴⁶. По этой причине, а также в целях содействия сопоставимости и согласованию программ участвующих организаций ОИГ, **Инспектор предлагает при наличии**

⁴⁵ Возможны модели следующих видов: модель рыночного типа, где солидарность сводится к распределению рисков в рамках большой группы людей, а размер взносов определяется на основе не доходов или платежеспособности, а прогнозируемых рисков или расходов (возраст и количество членов семьи и даже состояние здоровья); умеренно перераспределительная модель, при которой выплаты определяются прямо пропорционально доходу и не зависят от возраста и размера семьи, в силу чего при прочих равных условиях те, кто зарабатывает больше, субсидируют тех, кто получает меньше, а большие семьи субсидируются меньшими семьями и, в частности, одинокими лицами с эквивалентным доходом; модель с высокой степенью перераспределения, где не только не учитывается возраст или состав семьи, но и для определения размера взносов применяется скользящая шкала доходов, что усиливает перекрестное субсидирование, описанное в предыдущем случае; и регрессивная модель, в которой ставка взноса обратно пропорциональна доходу (простейшим примером в этой категории была бы единая ставка взносов по типу налога на избирателей).

⁴⁶ Генеральная Ассамблея «уполномочивает Генерального секретаря расширить планы теперешнего медицинского и больничного страхования персонала начиная с 1 июня 1957 года... эти планы должны будут финансироваться на основе общего распределения расходов между участвующим в этих планах персоналом и Организацией на приблизительно равной основе таким образом, чтобы более значительная финансовая помощь оказывалась персоналу, получающему низшие оклады, чем персоналу, получающему высшие оклады».

данных использовать в качестве основы для расчета взносов пенсионеров в их соответствующие программы медицинского страхования не какие-либо косвенные показатели, а размер фактической пенсии (или ее единообразный процент), чтобы лучше увязывать такие взносы с платежеспособностью пенсионеров, без ущерба для использования для той же цели размера теоретической пенсии, как это описано в пунктах ниже.

79. **Теоретическая пенсия как основа для расчета взносов на медицинское страхование после выхода на пенсию может крепить солидарность и помогать сдерживать рост расходов.** Использование теоретической пенсии, эквивалентной минимальному количеству лет участия в программе, для определения взносов на медицинское страхование после выхода на пенсию является еще одной формой солидарности с участниками, имеющими более продолжительный стаж работы, при расчете взносов на основе фактической пенсии⁴⁷, а также одним из методов сдерживания роста расходов. В своей резолюции 61/264 Генеральная Ассамблея одобрила использование теоретического размера пенсии после минимум 25 лет службы в качестве основы для оценки размеров взноса пенсионеров с меньшим стажем участия в одном из планов медицинского страхования, находящихся в ведении Организации Объединенных Наций, с тем чтобы они платили взносы, соответствующие более высоким пенсиям, чем те, которые они фактически получают, в результате чего взносы организации (и остальных пенсионеров) уменьшатся⁴⁸. Рассматривая истоки этой инициативы, следует отметить, что она не имеет ничего общего с принципом платежеспособности, а связана с приобретением права на субсидию на медицинское страхование после выхода на пенсию.

80. **Теоретический размер пенсии используется лишь несколькими участвующими организациями.** Из 26 программ медицинского страхования 8 соблюдают положения вышеупомянутой резолюции или придерживаются их. Это программы, страхователями которых являются МОТ, Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве, Секретариат Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке и ЮНИДО. В программах ЮНЕСКО и ВОЗ также используется схожая основа, но в первом случае теоретический размер пенсии при 20-летнем стаже, а в ВОЗ — при 30-летнем. Ни в одной другой программе теоретический размер пенсии для ограничения субсидий для пенсионеров не используется, хотя использование фактического размера вознаграждения на момент прекращения службы может давать аналогичный эффект с точки зрения увеличения взносов пенсионеров.

81. Применение различных баз для вышедших на пенсию сотрудников, имеющих право на медицинское страхование после выхода на пенсию и на субсидирование взносов на медицинское страхование со стороны организации, показано в таблице 8.

⁴⁷ С целью пропорционального уменьшения взносов пенсионеров для их расчета иногда используется не вся фактическая пенсия, а ее часть. Пока применяемый к пенсии долевым коэффициент одинаков для всех пенсионеров, например 50 % для всех, эффект от перераспределения взносов между членами с более коротким стажем за счет использования теоретического размера пенсии и членами с более продолжительным стажем остается одинаковым.

⁴⁸ Хотя использование теоретического размера пенсии было одобрено Генеральной Ассамблеей в ее резолюции 61/264, в действие это положение было введено только в июле 2017 года для всех сотрудников, принятых на работу в период начиная с 1 июля 2007 года, поскольку его полное осуществление было отложено до рассмотрения альтернативных механизмов начисления Рабочей группой по медицинскому страхованию после выхода на пенсию. Ввиду того, что члены Рабочей группы не достигли консенсуса в отношении таких альтернативных механизмов, ранее утвержденное Генеральной Ассамблеей положение было полностью введено в действие с 1 января 2023 года (A/76/373, п. 63).

Таблица 8

База для расчета доли вышедшего на пенсию сотрудника в страховых взносах на медицинское страхование

<i>База для расчета</i>	<i>Участвующие организации и программа медицинского страхования</i>
Теоретический размер пенсии при стаже не менее 10 лет (если только фактический размер полной пенсии не выше)	План страхования от болезней и несчастных случаев ЮНВТО
Теоретический размер пенсии при стаже не менее 20 лет	Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО
Теоретический размер пенсии при стаже не менее 25 лет (если только фактический размер полной пенсии не выше)	Фонд медицинского страхования персонала МОТ Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве Полный план медицинского страхования Отделения Организации Объединенных Наций в Вене План Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна», план стоматологического страхования «Сигна», «Эмпайр блю кросс», Всемирный план Организации Объединенных Наций Полный план медицинского страхования и план для сотрудников категории общего обслуживания на местах ЮНИДО
Теоретический размер пенсии при стаже не менее 30 лет или полная сумма пенсии, если выходящий на пенсию сотрудник более 30 лет вносил взносы в Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций	Программа медицинского страхования персонала ВОЗ
Полное периодическое пособие Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций (пересчитанное с учетом любой части, которая могла быть получена в виде единовременной суммы), включая корректировки на разницу в стоимости жизни; или 46 % от окончательного среднего вознаграждения ^a , рассчитанного Объединенным пенсионным фондом персонала Организации Объединенных Наций	Программа покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию/медицинского страхования после выхода на пенсию ФАО
Полное периодическое пособие Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций (пересчитанное с учетом любой части, которая могла быть получена в виде единовременной суммы), включая корректировки на разницу в стоимости жизни; или 32 % от окончательного среднего вознаграждения ^a , рассчитанного Объединенным пенсионным фондом персонала Организации Объединенных Наций	Базовый план медицинского страхования ВПП
Чистое месячное вознаграждение за последний полный месяц работы (фиксируемое на весь срок жизни пенсионеров) для определения процента, который участник плана будет вносить в сумму страхового взноса	План медицинского страхования после выхода на пенсию МАГАТЭ

База для расчета	Участвующие организации и программа медицинского страхования
Одна треть вознаграждения, использованного для расчета взноса на дату прекращения службы, или полное периодическое пособие Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций (пересчитанное с учетом любой части, полученной в виде единовременной суммы) в зависимости от того, какая из этих сумм больше	План группового медицинского страхования ИМО
50 % от текущего чистого оклада, соответствующего классу и ступени должности вышедшего на пенсию сотрудника на момент прекращения службы, с периодической коррекцией на глобальное повышение стоимости жизни, объявляемое Объединенным пенсионным фондом персонала Организации Объединенных Наций	План медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций План медицинского страхования ПРООН План медицинского страхования УВКБ План медицинского страхования ЮНИСЕФ Программа медицинского страхования ВПП
Текущий чистый оклад, соответствующий классу и ступени должности вышедшего на пенсию сотрудника на момент прекращения службы ^b	План медицинского страхования ЮНОПС
Не применимо, единые суммы взносов независимо от уровня дохода	План медицинских пособий ИКАО Фонд медицинского страхования ВПС План группового медицинского страхования ВОИС

Источник: подготовлено ОИГ.

^a Среднее зачитываемое для пенсии вознаграждение за 36 месяцев самого высокого вознаграждения за последние пять лет службы.

^b Однако ставки взносов для вышедших на пенсию участников составляют 50 % от ставок взносов для работающих участников.

82. Снижение взносов участвующими организациями для пенсионеров с ограниченным стажем долевого участия в планах является полезной практикой. Как показано выше, со временем во всех планах был разработан целый ряд подходов к расчету взносов пенсионеров на основе их платежеспособности или альтернативного критерия причинности расходов. Это может предполагать использование фактического размера пенсии (наиболее точного приближенного показателя платежеспособности), последнего вознаграждения, полученного еще на действительной службе, выплачиваемой в настоящее время суммы чистого оклада, соответствующего последнему классу и ступени должности вышедшего на пенсию сотрудника, или даже единой ставки взноса, не зависящей от дохода. За исключением использования единой ставки, все остальные подходы основаны на доходах и, таким образом, на базовом принципе платежеспособности, который обычно применяется в программах социального обеспечения и был принят государствами-членами в 1957 году; по мнению Инспектора, все они приемлемы, и эту точку зрения подтверждают представители ассоциаций персонала, с которыми проводились беседы и которые не высказывали каких-либо опасений на этот счет. Однако более полному согласованию подлежит вопрос о количестве лет стажа, учитываемых при расчете теоретического размера пенсии, используемой для расчета взносов пенсионеров как способ снижения доли страховых взносов, вносимой участвующими организациями за пенсионеров с ограниченным стажем долевого участия в планах. **Ввиду этого Инспектор предлагает учитывать в базе для расчета взносов не только платежеспособность (в идеале — фактическую пенсию), но и необходимость свести к минимуму чрезмерные субсидии для пенсионеров с незначительным**

стажем долевого участия в соответствующей программе в период активной службы.

3. Долевое распределение страховых взносов между участниками плана и организациями

83. Согласно принятым Генеральной Ассамблеей принципам долевого распределения страховых взносов работодатель покрывает 50 % или более процентов расходов, а размер взносов бенефициаров зависит от их заработной платы. В своей резолюции 1095 A (XI), принятой 27 февраля 1957 года, Генеральная Ассамблея установила, что программы медицинского и больничного страхования персонала должны финансироваться «на основе общего распределения расходов между участвующим в этих планах персоналом и Организацией на приблизительно равной основе», хотя в 1983 году⁴⁹ Ассамблея ввиду высокой стоимости медицинского обслуживания в Соединенных Штатах ввела на экспериментальной основе для программ медицинского страхования, базирующихся в этой стране, максимальное соотношение 2 к 1 между долями организации и участника плана⁵⁰. Хотя в целом распределение взносов соответствует этим соотношениям, они не применяются напрямую, поскольку, согласно вышеупомянутой резолюции, взносы участников плана зависят от размера их чистого вознаграждения и, соответственно, взносы организации, покрывающие остальную часть каждого отдельного страхового взноса, обратно пропорциональны уровню оклада. Кроме того, также исходя из размеров и процентной доли страховых взносов, установленных для сотрудников, доля Организации несколько выше для тех, у кого большая семья, что позволяет учесть при установлении взносов фактор защиты семьи, который в свою очередь связан с дифференцированным профилем риска для семей в зависимости от их размера.

84. Фактический уровень взносов организаций на медицинское страхование составляет от 50 % до 75 %. В одной из групп участвующих организаций — ВПС, МОТ, ИКАО (для сотрудников, набранных на международной основе), Отделение Организации Объединенных Наций в Вене, Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве, ЮНЕСКО и ЮНИДО — доля взносов для работающих сотрудников сохраняется на уровне около 50 %. В программах медицинского страхования, предназначенных исключительно для сотрудников, набираемых на местной основе за пределами штаб-квартир, организации обеспечивают самый высокий уровень взносов — от 50 % до 75 %, как, например, в случае планов медицинского страхования, находящихся в ведении Секретариата Организации Объединенных Наций, ПРООН, УВКБ, ЮНИСЕФ и ЮНОПС, программы медицинского страхования, находящейся в ведении ФАО, и плана медицинских пособий, находящегося в ведении ИКАО. План медицинского страхования персонала ВОЗ — единственная программа, в которой соотношение взносов организации и отвечающих установленным критериям участникам плана составляет 2 к 1 и распространяется на всех участников плана во всем мире.

⁴⁹ Резолюция 38/235 Генеральной Ассамблеи.

⁵⁰ В последний по времени раз Генеральная Ассамблея подтвердила это решение в 2014 году в своей резолюции 69/251, сохранив существующие соотношения для долевого распределения взносов на медицинское страхование между Организацией и работающими, а также вышедшими на пенсию сотрудниками, участвующими в планах медицинского страхования.

85. Только в половине программ предусмотрен более высокий уровень субсидий для вышедших на пенсию, чем для работающих сотрудников, что усиливает принцип солидарности поколений, заложенный в идее страхования или взаимного распределения рисков для здоровья. В некоторых программах установлены фиксированные проценты для долей взносов. Например, как показано в таблице 9, в программах МОТ и Отделения Организации Объединенных Наций в Вене соотношение долей взносов между организацией и сотрудниками составляет 50/50, а между организацией и вышедшими на пенсию сотрудниками — 67/33. Подробнее о порядке распределения взносов см. в дополнительном документе к настоящему обзору.

86. В некоторых организациях в целом доля страховых взносов сотрудников больше доли организации. Как видно из таблицы 10, такое положение имеет место в случае программы медицинского страхования ФАО, Всемирного плана Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций (для работающих сотрудников) и двух программ ЮНИДО для пенсионеров.

87. Несмотря на присутствие в большинстве планов принципов межличностной и межпоколенческой солидарности, существует неравенство в распределении страховых взносов. Инспектор пришел к выводу, что нынешние механизмы распределения расходов на взносы по медицинскому страхованию между организациями и участниками плана в целом согласуются с соответствующими резолюциями Генеральной Ассамблеи и принципами межличностной солидарности и солидарности поколений, присущим понятию социального обеспечения, поскольку сотрудники с более низкими окладами и сотрудники с большими семьями, как правило, получают более значительную долю взносов от своих организаций, тогда как вышедшие на пенсию сотрудники и их иждивенцы вносят меньшие взносы и получают более крупные субсидии, при этом потенциально на них приходится более высокие суммы расходов, возмещаемых по линии медицинского страхования. Однако, как уже отмечалось выше, имеет место сравнительное неравенство в распределении расходов на медицинское страхование, как показано в таблице 9 и подробно описано в следующем подразделе.

Таблица 9

Совокупные доли взносов в разбивке по программам медицинского страхования в 2022 году^a

	Доли взносов (%)	
	Организация: работающие сотрудники	Организация: пенсионеры
Программа медицинского страхования		
Базовый план медицинского страхования/ план покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию ФАО	61:39	63:37
Программа медицинского страхования/ медицинского страхования после выхода на пенсию ФАО	39:61	Неприменимо
Полный план медицинского страхования/ медицинского страхования после выхода на пенсию МАГАТЭ ^b	40:60	44:56
План медицинских пособий ИКАО	48:52	52:48
Фонд медицинского страхования персонала МОТ	52:48	67:33
План группового медицинского страхования ИМО	63:37	83:17

	Доли взносов (%)	
	Организация: работавшие сотрудники	Организация: пенсионеры
<i>Программа медицинского страхования</i>		
Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве	47:53	65:35
Полный план медицинского страхования Отделения Организации Объединенных Наций в Вене/УНП ООН	56:44	77:23
План Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна»	51:49	75:25
План стоматологического страхования Секретариата Организации Объединенных Наций «Сигна»	55:45	71:29
План Секретариата Организации Объединенных Наций «Эмпайр блю кросс»	59:41	78:22
План медицинского страхования Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций	79:21	67:33
Всемирный план Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций	34:66	61:39
План медицинского страхования ПРООН	77:23	75:28
Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО	50:50	50:50
План медицинского страхования УВКБ		78:22
	(дезаггегированных данных нет)	
План медицинского страхования ЮНИСЕФ	79:21	Нет данных
План ЮНИДО для сотрудников категории общего обслуживания на местах	53:47	30:70
Полный план медицинского страхования ЮНИДО	53:47	30:70
План медицинского страхования ЮНОПС	77:23	89:11
План страхования от болезней и несчастных случаев ЮНВТО		Нет данных
Фонд медицинского страхования ВПС		Нет данных
Базовый план медицинского страхования ВПП	52:48	57:43
Программа медицинского страхования персонала ВОЗ	67:33	69:31
План группового медицинского страхования ВОИС	47:53	48:52

Источник: подготовлено ОИГ на основе финансовой информации, представленной участвующими организациями.

^a Взносы организаций также включают дополнительную оплату услуг внешнего администратора или внутренних административных расходов, связанных с обработкой заявлений о возмещении медицинских расходов, если это применимо.

^b Взносы работающих и вышедших на пенсию сотрудников включали не субсидируемые взносы. Это незначительно сказывается на расчете соотношения.

88. **Необходимы общие стандарты распределения расходов на медицинское страхование.** В соответствии с рекомендацией 4, высказанной в настоящем обзоре, Инспектор считает, что, независимо от различий в страховом покрытии, других, кроме различий в стоимости медицинского обслуживания в разных местах, убедительных причин применения различных соотношений распределения страховых взносов между организациями и бенефициарами в разных схемах, не существует. **Кроме того, по мнению Инспектора, право на социальное обеспечение и, в частности, на медицинское страхование предполагает, что, как минимум, организации должны нести не менее половины расходов в рамках этих программ.**

4. Сравнительный анализ долевого участия сотрудников во взносах на медицинское страхование в шести местах службы

89. Для анализа выплат в счет взносов на медицинское страхование, производимых работающими сотрудниками, в обзоре использовались тематические исследования, для чего были выбраны шесть мест службы в разных регионах: Бангкок, Бразилиа, Женева, Джуба, Каир и Найроби. В этих местах службы размещаются различные подразделения Организации Объединенных Наций и соответственно имеется немало различных программ медицинского страхования. В тематических исследованиях использовались данные о доле вознаграждения сотрудника, набранного на международной основе, уровня С-3, ступень V, и сотрудника, набранного на национальной основе, уровня ОО-5, ступень V⁵¹, выделяемой на уплату взносов на медицинское страхование.

90. В одном и том же месте службы стоимость медицинского страхования для сотрудников одной и той же категории может отличаться в зависимости от организации и плана в 2,5 раза. Данные тематических исследований показывают, что самые низкие и самые высокие ставки страховых взносов для сотрудников уровня С-3, ступень V, в одних и тех же местах службы могут различаться в 2,5 раза. Например, в Бангкоке доля страхового взноса, уплачиваемая сотрудником уровня С-3, ступень V, застрахованным в рамках Всемирного плана Организации Объединенных Наций Секретариата ООН, составляет 121,73 долл. в месяц (только за сотрудника), или 1,48 % от размера его чистого вознаграждения, тогда как в случае страхования в рамках Фонда медицинского страхования персонала МОТ сотрудник будет платить 291,99 долл. в месяц, или 3,55 % от того же чистого вознаграждения. Аналогичным образом, в случае семьи из трех человек (один сотрудник, один супруг и один ребенок) в Найроби сотрудник, застрахованный по Всемирному плану Организации Объединенных Наций, будет платить 309,01 долл. в месяц, или 3,6 % от своего чистого вознаграждения, против 541,25 долл. в месяц, или 6,31 % от чистого вознаграждения, в случае страхования по плану группового медицинского страхования штаб-квартиры ЮНИДО.

91. В случае сотрудников категории общего обслуживания возможны значительные различия. Для сотрудника уровня ОО-5, ступень V, разница в размерах долевого участия в страховых взносах по двум схемам может быть четырехкратной. Например, в Найроби ежемесячный страховой взнос на одного сотрудника и одного взрослого члена семьи составляет 18,27 долл., или 1,35 % от чистого вознаграждения, по планам медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций и УВКБ и 77,65 долл., или 5,74 % от чистого вознаграждения того же размера, по плану медицинского страхования ИКАО. В таблице 10 показаны размеры ежемесячного страхового взноса и процентная доля чистого вознаграждения, выделяемая для уплаты в счет взноса сотрудника уровня С-3, ступень V, в Бангкоке. Аналогичный набор данных для сотрудника уровня ОО-5, ступень V, в том же месте службы приведен в таблице 11. Данные по шести местам службы, выбранным для проведения тематических исследований, представлены в дополнительном документе к настоящему обзору.

⁵¹ Данные на основе шкал окладов, ставок корректива по месту службы и операционных обменных курсов Организации Объединенных Наций по состоянию на 31 июля 2023 года.

Таблица 10

Сумма ежемесячных взносов на медицинское страхование и процентная доля чистого вознаграждения сотрудника уровня С-3, степень V в Бангкоке

Программа медицинского страхования	Ежемесячная сумма страхового взноса (в долл.) (Процентная доля оклада сотрудника, выделяемая на страховые взносы)		
	Только сотрудник	Сотрудник + один член семьи, имеющий право на льготы	Сотрудник + два члена семьи, имеющих право на льготы
Место службы: Бангкок			
Базовый план медицинского страхования ФАО	176,43 (2,15)	344,63 (3,95)	432,27 (4,82)
План медицинских пособий ИКАО	147,12 (1,79)	294,44 (3,38)	294,44 (3,29)
Фонд медицинского страхования персонала МОТ	291,99 (3,55)	402,80 (4,62)	446,34 (4,98)
Всемирный план Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций для сотрудников Секретариата Организации Объединенных Наций, ПРООН, Структуры «ООН-женщины», ЮНФПА и ЮНОПС	121,73 (1,48)	199,66 (2,29)	322,66 (3,60)
Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО	259,91 (3,16)	414,30 (4,75)	496,53 (5,54)
Полный план медицинского страхования ЮНИДО	259,35 (3,15)	412,35 (4,73)	565,15 (6,31)
Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Вене для УВКБ	279,65 (3,40)	383,62 (4,40)	430,21 (4,80)
Базовый план медицинского страхования ВПП	141,64 (1,72)	285,13 (3,27)	359,92 (4,02)
План медицинского страхования персонала ВОЗ, также для сотрудников ЮНЭЙДС	209,74 (2,55)	444,65 (5,10)	488,47 (5,45)

Источник: подготовлено ОИГ.

Таблица 11

Сумма ежемесячных взносов на медицинское страхование и процентная доля чистого вознаграждения сотрудника уровня ОО-5, степень V в Бангкоке

Программа медицинского страхования	Ежемесячная сумма страхового взноса (в долл.) (Процентная доля оклада сотрудника, выделяемая на страховые взносы)		
	Только сотрудник	Сотрудник + один член семьи, имеющий право на льготы	Сотрудник + два члена семьи, имеющих право на льготы
Место службы: Бангкок			
Программа медицинского страхования ФАО	29,81 (1,43)	38,8 (1,82)	56,10 (2,61)
План медицинских пособий ИКАО	45,82 (2,20)	91,13 (4,36)	91,13 (4,24)
Фонд медицинского страхования персонала МОТ	74,0 (3,55)	96,67 (4,62)	107,5 (4,98)

	Ежемесячная сумма страхового взноса (в долл.) (Процентная доля оклада сотрудника, выделяемая на страховые взносы)		
	Только сотрудник	Сотрудник + один член семьи, имеющий право на льготы	Сотрудник + два члена семьи, имеющих право на льготы
<i>Программа медицинского страхования</i>			
План медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций	21,89 (1,05)	28,25 (1,35)	39,77 (1,85)
План медицинского страхования ПРООН	22,93 (1,10)	29,29 (1,40)	42,99 (2,00)
Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО	65,87 (3,16)	99,2 (4,73)	119,8 (5,54)
План медицинского страхования ЮНИСЕФ	22,93 (1,10)	29,29 (1,40)	40,84 (1,90)
План медицинского страхования УВКБ	21,89 (1,05)	28,25 (1,35)	39,77 (1,85)
Полный план медицинского страхования ЮНИДО	38,57 (1,85)	58,6 (2,78)	119,8 (5,54)
План медицинского страхования ЮНОПС	22,93 (1,10)	29,29 (1,40)	42,99 (2,00)
Базовый план медицинского страхования ВПП	25,22 (1,21)	32,22 (1,54)	47,29 (2,20)
План медицинского страхования персонала ВОЗ, также для сотрудников ЮНЭЙДС	53,16 (2,55)	106,71 (5,10)	117,15 (5,45)

Источник: подготовлено ОИГ.

92. **Необходимо усилить координацию, чтобы избежать пагубной конкуренции и обеспечить более сопоставимые условия обслуживания.** С учетом данных, представленных в таблицах 10 и 11, и результатов проведенных бесед представляется, что для наблюдаемых различий нет других веских причин, кроме существования в одном и том же месте службы нескольких страховых программ с разным страховым покрытием (см. раздел Е ниже) и неодинаковыми административными расходами. Даже несмотря на возможную приемлемость такого объяснения с точки зрения понимания различий, полученный результат представляется спорным, подразумевая наличие разных режимов для сотрудников, работающих в одинаковых условиях, только или в основном на основании их принадлежности к той или иной программе страхования. Такое положение, наряду с другими ситуациями, упомянутыми ранее, и различиями в страховом покрытии, о которых говорится в разделе Е ниже, явно противоречит цели создания общей системы, которая позволяет избежать вредной конкуренции между организациями системы при наборе персонала, обеспечивая при этом равные условия труда для сотрудников в одном и том же месте службы, независимо от их работодателя. **Инспектор предлагает организациям системы Организации Объединенных Наций координировать свои усилия на уровне мест службы, чтобы по возможности избежать различий в размерах долевого участия и в страховом покрытии.**

Е. Страховое покрытие и выплаты

93. **Для сравнения программ по уровню страхового покрытия и выплат было выбрано 11 ключевых параметров.** Не существует международно признанных контрольных показателей или стандартов уровня страхового покрытия для сотрудников в рамках программ медицинского страхования, которые можно было бы использовать в настоящем обзоре для оценки адекватности программ медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций. Кроме того, более детальная информация о покрытии и льготах в разных программах, наряду с

различиями размеров страховых взносов не позволяет на практике судить о том, обеспечивает ли та или иная программа лучшее страховое покрытие, чем другие. Тем не менее в рамках настоящего обзора было выбрано 11 ключевых параметров для сравнения уровня страхового покрытия и выплат этих программ и для выдвижения ряда соображений в отношении дальнейшего согласования. При выборе параметров учитывались наиболее распространенные характеристики и сферы страхового покрытия большинства программ медицинского страхования, а также те, которыми чаще всего пользуются участники планов. В данном разделе кратко излагаются основные выводы, а более подробная информация содержится в дополнительном документе к настоящему обзору. Кроме того, в главе IV доклада рассматриваются отзывы участников планов о том, насколько страховое покрытие и льготы отвечают их потребностям⁵².

1. Выбор поставщиков медицинских услуг и географический охват

94. В рамках всех программ участникам плана предоставлено право свободного выбора поставщиков медицинских услуг, но по линии некоторых программ, особенно предназначенных для участников плана в Северной Америке, предлагаются значительные льготы от сетевых поставщиков. Например, в планах Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна» и «Эмпайр блю кросс» участникам предлагают полное покрытие без франшиз и более низкие максимальные суммы оплаты из собственных средств за большинство услуг у поставщиков, входящих в соответствующую сеть. За пределами Северной Америки в большинстве программ не предлагается существенных преимуществ при использовании различных поставщиков, за исключением случаев, когда с конкретными поставщиками в определенных городах заключаются соглашения о договорных тарифах.

95. **Обеспечивается страховое покрытие во всем мире, за исключением большинства сотрудников, набираемых на местах.** Что касается географического охвата, то программы, предназначенные для сотрудников и пенсионеров во всем мире, независимо от их статуса найма (набранных на международной или местной основе), обеспечивают страховое покрытие во всем мире по «разумной и обычно принятой стоимости» в месте получения услуг, однако многие программы предлагают ограниченное покрытие в Соединенных Штатах в связи с высокой стоимостью услуг в этой стране. Программы, разработанные специально для сотрудников, набираемых на местной основе, например планы медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций, ПРООН, УВКБ и ЮНИСЕФ, при обычных обстоятельствах предусматривают ограниченное покрытие или вообще не предусматривают его за пределами мест службы или мест проживания участников плана⁵³. Это может стать серьезной проблемой для участников плана, проживающих в местах службы, где доступ к медицинским услугам ограничен; данная ситуация заслуживает более пристального и постоянного внимания, чтобы не допускать пробелов в адекватном обеспечении медицинского страхования как элемента права сотрудников и пенсионеров на социальное обеспечение.

2. Финансовое покрытие и защита от непомерных расходов

96. **Между планами в одном месте службы и даже в одной организации имеются значительные различия по предельным уровням годового возмещения расходов.** В 26 программах общий годовой предельный уровень возмещения варьируется от 60 000 долл. на человека до неограниченного. В одной и той же программе общая предельная сумма предлагается всем участникам плана в одном и

⁵² Следует отметить, что представленные здесь данные основаны на директивных документах, имевшихся на момент написания настоящего доклада. Некоторые льготы и виды страхового покрытия могут предоставляться в соответствующей программе при получении предварительного разрешения и/или соблюдении определенных условий. Для целей сравнения эти более мелкие детали не включены в анализ.

⁵³ Следует отметить, что в рамках планов медицинского страхования участники могут иметь возможность получать медицинские услуги, не доступные в их месте службы, в близлежащих местах службы через механизм медицинского обслуживания на региональном уровне.

том же месте службы, независимо от их статуса найма и класса должности. Поэтому следует отметить, что при определении уровня финансового покрытия в рамках программы применяется принцип солидарности, позволяющий участникам плана разного уровня дохода, возраста и состояния здоровья в равной степени пользоваться программой в зависимости от своих потребностей в медицинском обслуживании, а не от размера заработной платы или категории найма. Однако в разных планах в одном и том же месте службы финансовое покрытие может существенно различаться, в том числе в тех случаях, когда в одной и той же участвующей организации для сотрудников и пенсионеров, набранных на международной и местной основе, предусмотрены разные программы медицинского страхования. Более подробная информация о предельных уровнях годового возмещения по этим планам представлена в дополнительном документе к настоящему обзору.

97. На случай финансовых трудностей, вызванных необычно высокими расходами на медицинское обслуживание, предусмотрена дополнительная защита. Поскольку медицинское страхование считается частью системы социального обеспечения, предлагаемой Организацией Объединенных Наций своим сотрудникам, пенсионерам и имеющим на это право членам их семей и связанным с ними участникам планов медицинского страхования, в большинстве ее программ медицинского страхования предусмотрена дополнительная защита на случай финансовых трудностей, которые могут возникнуть в результате высоких или непомерных расходов на медицинское обслуживание. Это делается с помощью мер по ограничению потерь и/или положений о трудных условиях. Мерами по ограничению потерь устанавливается предельная сумма расходов на медицинское обслуживание, покрываемых участником плана из собственных средств (доля страхователя, т. е. процент от стоимости каждой консультации или лечения). После достижения такого предельного уровня программа медицинского страхования будет покрывать остальные расходы полностью или по более высокой ставке, независимо от общего финансового предельного уровня, предусматриваемого планом.

98. Защита от непомерных расходов должна основываться на понятии равных финансовых усилий для всех участников. Меры по ограничению потерь предусмотрены в 22 из 26 программ, но с разными предельными суммами расходов, оплачиваемых участниками из собственных средств. В некоторых планах размер таких расходов определяется в виде процента от ежемесячного или ежегодного вознаграждения основного участника плана, в других же используется единая одинаковая сумма для всех. Учитывая цель этого положения — оградить участников от серьезных финансовых трудностей в результате болезни, — инспектор считает, что положение об ограничении потерь всегда должно определяться в относительных, а не в абсолютных величинах по той простой причине, что, например, 1000 долл. гораздо важнее для человека, получающего 1000 долл. в месяц, чем для того, кто зарабатывает в 10 раз больше.

99. Существует исключительное страховое покрытие на случай достижения предусмотренного планом предельного уровня и возникновения чрезвычайных расходов. Положение о трудных условиях предусматривает дополнительное финансовое покрытие в исключительных случаях для участников плана, у которых сумма возмещения достигла оговоренного планом общего размера финансового покрытия. Ввиду этого положение о трудных условиях не применимо в случае программ, где не установлено верхнего предела, таким как программы, находящиеся в ведении ВОЗ, ВОИС, МАГАТЭ, Отделения Организации Объединенных Наций в Вене, Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве, УНП ООН и ЮНИДО. Положение о трудных условиях предусмотрено в 10 из программ, в которых установлен предельный уровень возмещения. Более подробная информация о мерах по ограничению потерь и положениях о трудных условиях представлена в дополнительном документе к настоящему обзору⁵⁴.

⁵⁴ В ходе проведенного в рамках обзора общесистемного опроса персонала 13 % респондентов (2580 человек) сообщили, что в течение предыдущих четырех лет они обращались с просьбой

100. В сочетании с общими предельными уровнями возмещения положения об ограничении потерь и трудных условиях являются полезной практикой. Исходя из различий в общем финансовом покрытии, а также в наличии и объеме положений об ограничении потерь и о трудных условиях, очевидно, что в разных программах уровень социальной защиты в области медицинского страхования существенно различается. По мнению Инспектора, в сочетании с общими предельными уровнями возмещения положения об ограничении потерь и трудных условиях являются полезным инструментом сдерживания роста расходов, позволяя в то же время обеспечить в случае необходимости полную защиту, особенно для покрытия наиболее серьезных и дорогостоящих рисков для здоровья. **Инспектор предлагает участвующим организациям скорректировать свою политику и договоры медицинского страхования, обеспечив, чтобы в основу положений о мерах по ограничению потерь или трудных условиях был положен принцип эквивалентной финансовой поддержки для всех участников и чтобы поддержка предоставлялась только в случае реальных финансовых трудностей, связанных с платежеспособностью застрахованного лица.**

3. Общее амбулаторно-поликлиническое обслуживание и фармацевтическая продукция

101. Ставки возмещения составляют от 75 % до 100 % расходов на медицинское лечение и приобретение медикаментов. Почти во всех программах медицинского страхования, не базирующихся в Северной Америке, возмещается 80 % расходов на амбулаторное лечение без франшизы, за исключением программы ЮНЕСКО, предусматривающей возмещение 75 % расходов, программы ЮНВТО, где покрывается 100 % расходов в случае сетевых поставщиков услуг в Испании и 90 % в других местах, и программ ВПС и ВОИС, в которых покрывается 90 % расходов с ежегодной франшизой. В программах, базирующихся в Северной Америке, покрытие составляет 100 % в случае сетевых поставщиков услуг с небольшой доплатой (15–20 долл.) за каждый визит и 80 % за вычетом франшизы в случае поставщиков, не входящих в сеть. Аналогичным образом, в отношении фармацевтической продукции, отпускаемой по рецепту, ставки возмещения в основном составляют 80 % и лишь в некоторых случаях — 90 %⁵⁵. Более подробная информация содержится в дополнительном документе к настоящему обзору.

4. Госпитализация

102. Расходы, связанные с госпитализацией (проживание и питание), в большинстве программ покрываются в размере 100 % за размещение в двухместной или общей палате. В некоторых местах службы, особенно в Европе и Северной Америке, в качестве меры по ограничению расходов может быть указана предельная сумма возмещения, что считается полезной практикой. При размещении в отдельной палате предусмотрен более низкий уровень возмещения, например 80 % вместо 100 %, что также является полезным инструментом сдерживания роста расходов. Полностью расходы на размещение в палатах любого типа в учреждениях сетевых поставщиков услуг в Испании погашаются только в программе ЮНВТО. Более подробная информация содержится в дополнительном документе к настоящему обзору.

5. Физиотерапия

103. Программы медицинского страхования существенно различаются по размерам погашения расходов на общую физиотерапию и, в частности, по покрытию таких услуг. Хотя в большинстве программ покрываются различные виды

о возмещении расходов в порядке исключения, и 56 % из них указали, что их просьбы были удовлетворены.

⁵⁵ Существуют некоторые различия в деталях страхового покрытия фармацевтической продукции, но в большинстве программ не предусмотрено покрытия витаминов и минеральных веществ даже по рецепту врача. В этом аспекте страхового покрытия программы медицинского страхования практически не отличаются друг от друга.

физиотерапевтического лечения, включая, например физиотерапию, реабилитационную терапию и остеопатию, в размере 80 % расходов, предусмотренные предельные уровни значительно отличаются: до 4000 долл. в год по программе МОТ и до 600 долл. в год по базовому плану медицинского страхования ФАО. В ряде программ предусмотрено ограничение стоимости одного сеанса или количества сеансов, или и того, и другого, но без установления предельной суммы в год. В некоторых программах, например в программе МАГАТЭ, также покрываются альтернативные методы лечения, например ударно-волновая терапия, а в программе ВОИС — расходы на кинезитерапию и шиацу (на 90 %), в то время как большинство других программ этого не предусматривают. Подробное сравнение представлено в дополнительном документе к настоящему обзору.

6. Профилактическое обслуживание взрослых

104. Четыре программы не предусматривают покрытие плановых медосмотров, а в тех программах, где покрываются расходы на процедуры, уровень покрытия сильно различается⁵⁶. В четырех программах ИМО⁵⁷, ЮНЕСКО, ВПП (Базовый план медицинского страхования) и ВОИС плановые медосмотры не предусмотрены вообще или не предусмотрены для сотрудников или же конкретно не упоминаются в информации о выплатах. В программах, покрывающих плановые медосмотры, максимальный размер возмещения варьируется, например, от 300 долл. раз в два года (Базовый план медицинского страхования ФАО) до 1050 долл. в год (Всемирный план Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций) или же конкретный предельный уровень не устанавливается (например, Программа медицинского страхования ФАО, Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве и программы Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна» и «Эмпайр блю кросс»).

105. Почти во всех программах покрывается от 80 % до 100 % расходов на плановое обследование на рак груди, рак шейки матки и рак простаты, в некоторых случаях сверх предельного уровня расходов на плановые медицинские осмотры. В 11 программах предусмотрено специальное покрытие колоноскопии в качестве планового обследования на предмет выявления колоректального рака. Более подробная информация содержится в дополнительном документе к настоящему обзору.

106. Профилактическая медицина — это часть права на здоровье и способ сдерживания роста расходов. По мнению Инспектора, медицинские услуги, предоставляемые в целях профилактики заболеваний, инвалидности или других неблагоприятных состояний здоровья или их выявления на ранних этапах, не только целесообразны по медицинским соображениям, но и являются неотъемлемой частью права на здоровье в самом широком смысле и способом сдерживания роста расходов в долгосрочной перспективе⁵⁸. Как отметил Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций в своем четвертом докладе о порядке покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, «необходимость [включения

⁵⁶ Программа стоматологического страхования «Сигна» Секретариата Организации Объединенных Наций сюда не относится.

⁵⁷ ИМО покрывает расходы на ежегодные медицинские осмотры для сотрудников старше 50 лет и осмотры раз в два года для сотрудников старше 40 лет непосредственно, а не через свой план медицинского страхования. Для иждивенцев в возрасте 40 лет и старше предусмотрено полное возмещение расходов в размере до 580 долл. и не более одного планового медосмотра раз в два календарных года. Для пенсионеров и их супругов предусмотрено полное возмещение расходов в размере до 580 долл. и не более одного планового медосмотра раз в два календарных года.

⁵⁸ По данным ВОЗ, каждый доллар, вложенный в профилактические мероприятия по борьбе с неинфекционными заболеваниями, такими как сердечно-сосудистые заболевания, диабет, рак и респираторные заболевания, может давать отдачу в размере до 7 долл. за счет снижения расходов на охрану здоровья и повышения производительности труда (“Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable diseases” (Geneva, 2021)).

профилактического ухода в полисы страхования] обусловлена тем, что профилактика обходится дешевле, чем лечение⁵⁹. Раннее выявление хронических и серьезных заболеваний позволяет участникам более эффективно заниматься улучшением состояния своего здоровья. Раннее лечение таких заболеваний может также привести к снижению показателей невыхода сотрудников на работу и повышению производительности их труда, т. е. факторов, которые трудно учесть в расходах по программам страхования. **Инспектор предлагает, чтобы планы медицинского страхования, финансируемые Организацией Объединенных Наций, предусматривали покрытие профилактических услуг, включая плановые медицинские осмотры.**

7. Офтальмологическая и стоматологическая помощь

107. **В разных программах покрытие стоматологических услуг и оптики существенно различается.** Предельные уровни расходов на стоматологическую помощь сильно различаются в диапазоне от 500 долл. в год (в программах медицинского страхования ФАО и ВПП, разработанных специально для сотрудников, набираемых на местах) до 4469 долл. в год по плану медицинского страхования ВПС (но с возмещением в размере 75 %). Что касается офтальмологической помощи, то проверка остроты зрения не покрывается только планом группового медицинского страхования ИМО, в то время как в других планах возмещается 80 % таких расходов⁶⁰. Предельная сумма расходов на оптику варьируется от 102 долл. в год в ИМО до 1117 долл. в год в рамках плана группового медицинского страхования ВОИС. Сравнение покрытия офтальмологической и стоматологической помощи в соответствующих программах медицинского страхования приводится в дополнительном документе к настоящему обзору. В ряде программ, включая программы ВОЗ, ВПС, МОТ, Отделения Организации Объединенных Наций в Вене, Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве и ЮНВТО, неизрасходованная сумма может быть перенесена на следующий год, что сродни возврату страховой премии (если расходы действительно понесены в следующем году), поскольку речь идет о покрытии риска, который должен был материализоваться, при его наличии, в течение года, когда были сделаны такие взносы. **По мнению Инспектора, вместо этого следует предусмотреть ежегодное покрытие, достаточное для удовлетворения фактических медицинских потребностей по мере их возникновения, что позволит сохранить корреляцию между взносами и покрытием рисков во времени и избежать ситуации, когда бенефициары вынуждены откладывать покупку необходимых устройств до тех пор, пока не накопится максимальный кредит.**

108. **Установленные предельные уровни не должны означать, что застрахованные лица лишены возможности получать необходимую и разумную с медицинской точки зрения помощь.** Различные предельные уровни, предусмотренные некоторыми программами медицинского страхования для оплаты офтальмологических и стоматологических услуг, отражают высокую стоимость жизни в местах службы, где проживает большинство участников плана (например, в Женеве, Нью-Йорке, Париже и Риме). Однако в одних и тех же местах службы уровень страхового покрытия может значительно отличаться в разных планах, что может порождать существенные различия в расходах на оплату услуг, покрываемых участниками разных планов из собственных средств. Предельные уровни расходов на оплату офтальмологических и стоматологических услуг, как и в случае других льгот по линии социального обеспечения, вполне объяснимы, учитывая необходимость удерживать расходы в разумных и допустимых пределах. Однако это не должно означать, что установленные предельные уровни не позволяют застрахованным лицам получать помощь, необходимую по медицинским показаниям для лечения болезней и предотвращения ухудшения состояния, по крайней мере в соответствии с преобладающими условиями в месте или стране проживания. **Инспектор рекомендует посредством координации и согласования политики в**

⁵⁹ A/68/353.

⁶⁰ Классы 3 и 5.

приоритетном порядке постепенно сокращать или устранять различия в предельных уровнях в одном и том же месте службы.

8. Охрана психического здоровья

109. Одной из областей, в которой планы существенно отличаются друг от друга, является и покрытие услуг по охране психического здоровья. Как и в других рассмотренных случаях, уровень покрытия этого важного аспекта медицинского страхования сильно различается в разных программах медицинского страхования⁶¹. В большинстве программ эти расходы возмещаются в размере 80 %, за исключением ЮНЕСКО — 75 %, ВОИС, ВПС и ЮНВТО — 90 % и программ Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна» и «Эмпайр блю кросс» — 100 % для поставщиков услуг, входящих в соответствующую сеть (с небольшой доплатой). Кроме того, в большинстве программ устанавливаются предельная сумма возмещения, предельная сумма оплаты одной консультации и/или максимально допустимое количество сеансов в год. В отношении амбулаторного психиатрического лечения и психотерапии в программах медицинского страхования МАГАТЭ, Отделения Организации Объединенных Наций в Вене/УПН ООН, Секретариата Организации Объединенных Наций (план «Этна»), ЮНИДО и ЮНВТО для работающих и вышедших на пенсию сотрудников не установлено верхнего предела суммы возмещения и их планы также не предусматривают общих финансовых ограничений. Таким образом, в рамках этих программ участники имеют самое высокое (и неограниченное) покрытие психиатрических/психотерапевтических услуг. Две программы ФАО и ВПП для сотрудников, набираемых на местах, предусматривают самый низкий уровень финансового покрытия, поскольку годовой лимит расходов на амбулаторное психиатрическое лечение и психотерапию установлен в размере 800 долларов. Сравнение покрытия услуг по охране психического здоровья в различных программах медицинского страхования приводится в дополнительном документе к настоящему обзору. Инспектор приветствует Стратегию Организации Объединенных Наций по обеспечению психического здоровья и хорошего самочувствия на 2024 год и последующий период Комитета высокого уровня по вопросам управления, в которой содержится призыв к организациям системы Организации Объединенных Наций проанализировать свои планы медицинского страхования на предмет покрытия услуг в области охраны психического здоровья.

110. Ряд администраторов планов скорректировали объем покрытия, связанного с охраной психического здоровья, с учетом пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19). В ходе бесед ряд администраторов планов сообщили, что для поддержки пострадавших от пандемии участников планов были предусмотрены новые услуги или расширено страховое покрытие. В частности, были предусмотрены телемедицинские услуги терапевтов и специалистов в области психического здоровья (ИМО, ПРООН и ЮНИСЕФ), увеличено до 24 сеансов число консультаций у психотерапевта без направления врача, введено более широкое определение специалистов в области психического здоровья с учетом местных условий и отменен верхний предел расходов для лечения пациентов, употребляющих психоактивные вещества (ВОЗ).

9. Репродуктивное здоровье, планирование семьи и лечение бесплодия

111. В 25 программах медицинского страхования обеспечивается аналогичное покрытие расходов, связанных с беременностью и родами, в большинстве случаев в размере 80 %, однако услуги по планированию семьи покрываются неравномерно и было бы полезно добиться более тесной гармонизации положений в этой области. В случае процедур планирования семьи и противозачаточных средств покрытие

⁶¹ Подробнее о политике и практике поддержания психического здоровья и благополучия сотрудников в организациях системы Организации Объединенных Наций см. доклад ОИГ «Обзор политики и практики поддержания психического здоровья и благополучия сотрудников в организациях системы Организации Объединенных Наций» (JIU/REP/2023/4).

варьируется от полного отсутствия (в программах ФАО⁶², ЮНЕСКО, ЮНИДО⁶³, ЮНОПС⁶⁴ и ЮНВТО) до возмещения 80–100 % расходов на прерывание беременности, стерилизацию и противозачаточные средства.

112. **Лечение бесплодия предусмотрено только в 17 программах.** Необходимые с медицинской точки зрения услуги по лечению бесплодия, которые считаются высокочрезвычайными процедурами, в той или иной степени покрываются в 17 программах, а в 8 программах не покрываются вообще. В тех случаях, когда такое покрытие предусмотрено, в некоторых планах для женщин установлен верхний возрастной предел (от 40 до 46 лет). В нескольких программах ограничено количество попыток и установлена предельная сумма на всю жизнь, в ряде других — лимит в расчете на одну успешную беременность. Отмечается, что лечение бесплодия доступно имеющим на это право женщинам независимо от их брачного статуса, в том числе состоящим в однополном браке, что заслуживает одобрения. Суррогатное материнство не включено ни в одну из схем. Более подробная информация о страховом покрытии процедур по лечению бесплодия в разбивке по программам представлена в дополнительном документе к настоящему обзору.

10. Регулярный контроль состояния здоровья ребенка

113. **Большинство программ обеспечивают покрытие плановой профилактики состояния здоровья детей,** также известной как «регулярный контроль состояния здоровья ребенка», с момента рождения и до определенного возраста. Регулярный контроль состояния здоровья ребенка, включая вакцинацию, не покрывается только планом ИМО, поскольку эти расходы покрываются Национальной службой здравоохранения Соединенного Королевства. В некоторых программах возмещение расходов на регулярный контроль состояния здоровья ребенка конкретно не оговаривается, но такие расходы могут покрываться по статье профилактического ухода. В тех программах, где предусматривается регулярный контроль состояния здоровья ребенка, количество разрешенных плановых осмотров варьируется в зависимости от возраста ребенка. Более подробная информация содержится в дополнительном документе к настоящему обзору.

11. Долговременный уход

114. **Долговременный уход, как правило, не покрывается медицинской страховкой, и потребности в этой области по-прежнему не удовлетворяются.** Основная цель страхования долговременного ухода — не предотвратить или вылечить болезнь, а помочь застрахованному лицу удовлетворять повседневные потребности, с которыми трудно справиться из-за проблем со здоровьем, травм, несчастных случаев или возраста. Таким образом, под долговременным уходом в основном понимается немедицинская помощь в выполнении повседневных действий как на дому, так и в учреждениях системы здравоохранения, например в домах престарелых и домах сопровождаемого проживания. Хотя долгосрочный уход часто ассоциируется с уходом за пожилыми людьми, в нем могут нуждаться и молодые люди, длительное или неопределенно долгое время страдающие физическими или психическими заболеваниями. Обычно такая помощь покрывается отдельным страхованием долговременного ухода и не входит в пакет медицинского страхования. Из 25 программ медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций покрытие долговременного ухода в той или иной степени включают только восемь. Более подробная информация содержится в дополнительном документе к настоящему обзору.

⁶² Программа медицинского страхования для сотрудников, набранных на местной основе за пределами штаб-квартиры.

⁶³ План для сотрудников категории общего обслуживания на местах, набранных на местной основе за пределами штаб-квартиры.

⁶⁴ План медицинского страхования для сотрудников, набранных на местной основе за пределами штаб-квартиры.

115. **Вопрос о предоставлении долгосрочного ухода в рамках системы социального обеспечения Организации Объединенных Наций обсуждается уже давно, однако из-за нехватки средств к единому мнению прийти так и не удалось.** В 1994 году ЮНИДО, Федерация ассоциаций бывших международных гражданских служащих и Ассоциация бывших международных гражданских служащих (Нью-Йорк) внесли в Консультативный комитет по административным вопросам предложение создать в рамках общей системы глобальную программу добровольного группового страхования долгосрочного ухода; с тех пор эта тема находится в стадии обсуждения. Основанием для страхования долгосрочного ухода, особенно в случае сотрудников, набираемых на международной основе, является их мобильность, из-за которой многие из них теряют право на участие в программах социальной защиты на родине и могут оказаться без поддержки близких родственников. Было изучено несколько вариантов, в том числе по линии рабочей группы по долгосрочному уходу в рамках совместных сетей по людским ресурсам и по финансовым и бюджетным вопросам. Однако, как и в случае программ медицинского страхования, совместных мероприятий разработано не было.

116. **Обеспечиваемая ЮНИДО защита от этого риска — хороший пример для подражания.** План группового медицинского страхования штаб-квартиры ЮНИДО не покрывает долгосрочный уход, но организация предлагает специальный план страхования долгосрочного ухода с автоматической регистрацией участников плана медицинского страхования (и возможностью отказа от участия). Страховой взнос (65,7 долл. в год на человека) совместно субсидируют ЮНИДО (25 %) и Совет персонала ЮНИДО (25 %). Основное страховое покрытие предусматривает предоставление единовременной суммы в размере 986 долл. в месяц для участников плана, когда страховщик по медицинским показаниям признает их находящимися в состоянии зависимости. **Не рекомендуя включать долговременный уход в полисы или планы медицинского страхования, поскольку они различаются по своему характеру, Инспектор в то же время предлагает организациям системы Организации Объединенных Наций проработать с представителями работающих сотрудников и пенсионеров вопрос создания отдельной программы страхования, охватывающей эти виды рисков и ухода на скоординированной и доступной основе.**

Г. Защита данных о здоровье сотрудников и их медицинских данных

117. **Ни один план не требует от действующих сотрудников сообщать о своем состоянии здоровья при поступлении на работу,** в том числе при переходе в программу медицинского страхования после выхода на пенсию. Однако порядок обработки и защиты данных, полученных при подаче заявления о возмещении медицинских расходов, во многом зависит от форм работы с такими заявлениями и политики защиты персональных данных участвующей организации.

118. **В планах медицинского страхования, находящихся в ведении внешней администрации, соблюдаются комплексные правовые рамки защиты данных.** В случае 22 планов медицинского страхования, которые находятся в ведении внешней администрации или полностью застрахованы на коммерческой основе (см. таблицу 2), в рамках соглашения или договора об уровне обслуживания было достигнуто соглашение о защите персональных данных участников плана, включая медицинские данные и данные о состоянии здоровья. Кроме того, все внешние администраторы и коммерческие страховщики, услугами которых пользуются эти планы медицинского страхования, базируются либо в США, либо в Европе, что требует от них соблюдения Закона 1996 года о праве сохранения и защите данных медицинского страхования в первом случае и Общего регламента по защите данных во втором. В ходе бесед, проведенных как с участвующими организациями, так и с представителями ассоциаций действующих сотрудников и пенсионеров, была получена информация о единичных случаях раскрытия персональных данных внешними администраторами или страховщиками, которые впоследствии были урегулированы.

119. Политика участвующих организаций по защите данных сильно различается по уровню зрелости. Степень защиты медицинских данных и данных о состоянии здоровья участников планов во многом зависит от политики и правил в области защиты персональных данных, принятых в каждой организации. Хотя углубленное изучение такой политики выходит за рамки настоящего обзора, проведенные беседы показали, что ее уровень зрелости сильно различается в разных участвующих организациях. Большинство заявлений о возмещении медицинских расходов, подаваемых в рамках этих 22 планов медицинского страхования, обрабатываются внешними организациями, но в некоторых случаях этим организациям передавались связанные с заявлениями медицинские данные участника плана, в том числе для применения положения о трудных условиях, рассмотрения споров по заявлениям и расследования случаев потенциального мошенничества в сфере медицинского страхования. Инспектор был проинформирован о том, что в таких случаях досье рассматриваются без раскрытия личности члена плана, однако неясно, регулируется ли эта практика надлежащими положениями политики в области защиты персональных данных.

120. Централизация обработки заявлений о возмещении медицинских расходов дает больше гарантий в отношении рисков, связанных с защитой данных. В четырех планах, построенных на принципах самострахования и самостоятельного управления и находящихся в ведении ВОЗ, МОТ, Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве и УВКБ, порядок работы с медицинскими данными и данными о состоянии здоровья участников плана регулируется внутренними правилами этих организаций. В планах ВОЗ, МОТ и Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве обработка заявлений о возмещении медицинских расходов осуществляется централизованным подразделением в штаб-квартире, что в структурном отношении обеспечивает дополнительный уровень защиты медицинских данных участников плана. В случае МОТ порядок работы с персональными данными в системе медицинского страхования регулируется служебной инструкцией⁶⁵, согласно которой данные о состоянии здоровья человека отнесены к категории «конфиденциальных персональных данных», которые не могут быть переданы третьим сторонам без прямого письменного согласия соответствующего лица. Политика защиты данных Общества взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве включает положение о невозможности передачи персональных данных участников плана, но при этом также указаны исключения, когда допускается раскрытие такой информации. Эти исключения четко не определены, и согласия участников плана до раскрытия информации не требуется. В случае ВОЗ вопросы личной информации, включая медицинские карты, регулируются положениями политики в отношении разглашения информации и такие сведения рассматриваются как «конфиденциальная информация». В этой категории порядок раскрытия информации отражает требования, соблюдение которых необходимо для охраны законных общественных или частных интересов (включая неприкосновенность частной жизни). Однако порядок обработки медицинских данных при подаче заявлений о возмещении расходов и возникновении споров в правилах медицинского страхования четко не прописан.

121. В случае обработки данных о здоровье сотрудников непосредственно местными кадровыми подразделениями возникают определенные риски. Основная часть работы по рассмотрению и утверждению заявлений о возмещении медицинских расходов осуществляется на местах на уровне страновых и региональных подразделений только в рамках плана медицинского страхования УВКБ. Согласно предусмотренной этим планом процедуре рассмотрения упомянутых заявлений нужно представлять квитанцию об оплате с подробным указанием стоимости оказанных услуг или лечения, или рецепта с подробным указанием диагноза. Для работы с такими заявлениями выделяется сотрудник кадровой службы в этих подразделениях. Хотя сотрудники, работающие с заявлениями о возмещении медицинских расходов, обязаны подписать соглашение о конфиденциальности, тот

⁶⁵ Служебная инструкция МОТ IGDS № 457 (версия 1), «Защита персональных данных».

факт, что эти заявления рассматриваются непосредственно местной кадровой службой, а затем утверждаются руководителем подразделения, вызывает серьезную обеспокоенность, особенно с точки зрения риска потенциального неправомерного использования медицинских данных и данных о состоянии здоровья сотрудников. **Инспектор рекомендует обеспечить четкое разделение обязанностей между кадровыми подразделениями и подразделениями по работе с заявлениями о возмещении медицинских расходов и жалобами по медицинскому страхованию, чтобы обеспечить высочайший уровень защиты персональных данных о здоровье и медицинском страховании.**

122. **Возмещение сумм расходов по упомянутым заявлениям за счет начислений по фонду заработной платы не только не повышает уровень защиты данных, но и увеличивает риск раскрытия этой информации.** Независимо от того, какое подразделение занимается рассмотрением заявлений о возмещении медицинских расходов, в рамках двух планов медицинского страхования, действующих в Секретариате Организации Объединенных Наций и УВКБ, возмещение таких сумм производится через службы бухгалтерии, занимающиеся расчетом заработной платы, в результате чего потенциально возникает риск получения посторонними структурами доступа к частной информации, тесно связанной с состоянием здоровья, как в случае, когда заинтересованному лицу необходимо подтвердить получение своего вознаграждения третьей стороне или при осуществлении банковских операций, связанных с кредитами или банковскими гарантиями.

123. Ожидается, что нижеследующая рекомендация позволит укрепить политику защиты данных и усилить контроль и соблюдение требований.

Рекомендация 5

К концу 2026 года административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует обеспечить высочайший уровень защиты всех данных о медицинском страховании бенефициаров, включая медицинские заключения, рецепты, анализы и возмещенные суммы, а также обеспечить, чтобы раскрытие, передача, обработка и хранение личных данных, связанных с медицинским страхованием, осуществлялись с письменного согласия соответствующего лица и любые возможные исключения были однозначно прописаны в соответствующих правилах.

124. **Признание реально существующего положение, не отказываясь от его улучшения.** Различия в страховом покрытии в основном обусловлены процессом эволюции программ и разной динамикой переговоров с представителями персонала. Этот факт нельзя упускать из виду при рассмотрении вопроса о возможности дальнейшего согласования политики. Устранить различия в страховом покрытии будет непросто, поскольку это повлечет за собой увеличение расходов для программ с ограниченным страховым покрытием или неприемлемое сокращение страхового покрытия в случае программ, предлагающих более высокую защиту. Именно по этой причине до сих пор не разработана система сопоставления с эталонными значениями по вопросу страхового покрытия в программах медицинского страхования.

125. Необходима координация любых будущих серьезных изменений в программах медицинского страхования с участием всех организаций, причем во всех случаях в тесном сотрудничестве с бенефициарами. Конечной целью должно оставаться продвижение к большей степени согласованности, как путем внесения четко оговоренных конкретных изменений в определенных аспектах (что предлагается в настоящем докладе), так и путем сокращения разрыва между программами. Обе стратегии должны основываться на прозрачности и доступности подробной информации, чтобы страхователи могли оценить свое положение в системе в любой момент времени и определиться, есть ли необходимость в изменениях. На основе этой информации можно будет наметить на длительную перспективу путь сближения, который, по мнению Инспектора, предполагает возможно более строгую координацию

реформ между всеми структурами, по крайней мере на уровне места службы, где осуществляется управление политикой в области медицинского страхования (т. е. в Вене, Женеве, Нью-Йорке и Риме).

III. Эффективность и результативность программ медицинского страхования

126. Данная глава состоит из трех частей: раздел А посвящен мониторингу и отчетности по вопросам целей и эффективности программ медицинского страхования; в разделе В главное внимание уделено финансовым показателям планов; а в разделе С рассмотрены вопросы предотвращения мошенничества, сдерживания роста расходов и привлечения внешних администраторов и поставщиков услуг медицинского страхования.

А. Мониторинг и отчетность по вопросам целей и эффективности программ медицинского страхования

127. **Достижение основных целей политики не оценивается.** Как уже упоминалось, в положениях и правилах о персонале всех участвующих организаций говорится об обязательстве и обязанности создать программу социального обеспечения для сотрудников и пенсионеров и обеспечивать ее осуществление. Однако такие правила, как правило, сформулированы в очень общей форме, что не позволяет точно определить объем обязательств и затрудняет контроль за их соблюдением. Некоторые примеры таких положений приведены в таблице 12.

Таблица 12

Общие цели организации, связанные с медицинским страхованием сотрудников и пенсионеров

Участвующая организация	Основная цель
ФАО	Обеспечить высококачественное эффективное медицинское страхование всего персонала ФАО во всем мире, обеспечивая должную заботу о сотрудниках и сохраняя при этом [свою] финансовую устойчивость.
МОТ	Цель... состоит в том, чтобы обеспечить, в пределах, установленных настоящими Положениями и принятыми в соответствии с ними Административными правилами, возмещение расходов, которые могут быть понесены для охраны здоровья — включая медицинскую помощь в случае болезни, несчастного случая, беременности и родов и личной профилактики — лицами, интересы которых защищаются Фондом.
Секретариат Организации Объединенных Наций	Генеральный секретарь устанавливает план социального обеспечения персонала... [для] обеспечения медицинского страхования с наиболее полным покрытием для сотрудников, пенсионеров и их иждивенцев, имеющих на это право... [для] обеспечения того, чтобы все участники плана (сотрудники, пенсионеры и их иждивенцы, имеющие на это право), включенные в планы медицинского страхования, находящиеся в ведении Комитета по вопросам медицинского страхования и страхования жизни, имели доступ к пособиям и продуктам, обеспечивающим надлежащую защиту от болезней и потерь.
УВКБ	План медицинского страхования является частью системы социального обеспечения персонала, созданной Генеральным секретарем в соответствии с положением о персонале 6.2. План обеспечивает защиту от высоких затрат на медицинское обслуживание, включая профилактику, лечение хронических заболеваний, беременность и роды или катастрофические события, приводящие к серьезным заболеваниям или травмам. Вместе с тем данный план не предусматривает покрытия всех видов медицинских или стоматологических расходов или их покрытия по полной стоимости.
ЮНОПС	Цель плана медицинского страхования — помочь участникам и имеющим на это право членам их семей в покрытии расходов на определенные медицинские услуги, оборудование и вспомогательные материалы, возникшие в результате болезни, несчастного случая или беременности и родов и подлежащие

<i>Участвующая организация</i>	<i>Основная цель</i>
	возмещению в пределах, установленных правилами плана медицинского страхования ЮНОПС.
ВПС	Обеспечение благополучия сотрудников и пенсионеров путем предоставления им и их семьям качественного медицинского обслуживания.
ВПП	Предоставление работающим и вышедшим на пенсию сотрудникам ВПП и их иждивенцам во всем мире устойчивого и эффективного по затратам доступа к качественному медицинскому обслуживанию и финансовой защите с помощью доступных страховых услуг, чтобы снизить риски для здоровья и способствовать формированию общеорганизационной культуры здоровья и благоприятной и поддерживающей рабочей среды.
ВОЗ	Главная цель программы медицинского страхования персонала заключается в предоставлении доступа к качественным, безопасным, эффективным и доступным по затратам медицинским услугам и лекарствам, а также в обеспечении защиты от финансовых рисков по приемлемой цене с обеспечением при этом эффективного, достойного и добросовестного обслуживания участников.

Источник: подготовлено ОИГ на основе документов, представленных участвующими организациями.

128. **Эффективность работы по достижению основных целей иногда оценивается с помощью опросов, проводимых с целью выявления степени удовлетворенности качеством обслуживания.** Инспектору удалось найти несколько примеров осуществления контроля и оценки достижения этих общих целей. Ряд примеров приводится в таблице 13; пока их трудно считать оптимальными, но данные усилия весьма похвальны. ВПП оказалась единственной организацией, где обеспечение медицинского страхования четко увязано с проведением стратегии оздоровительных мероприятий⁶⁶ и кадровой политикой⁶⁷, что является дополнительным положительным опытом.

Таблица 13

Примеры показателей для мониторинга достижения целей медицинского страхования

<i>Участвующая организация</i>	<i>Мероприятие/вид деятельности</i>	<i>Ключевой показатель эффективности</i>
Стратегия ПРООН в области безопасности и гигиены труда и благополучия сотрудников (на 2021–2023 годы)	Разработка, реализация и оценка научно обоснованных программ, инструментов и ресурсов по обеспечению заботы о персонале на общеорганизационном и местном уровнях для оказания помощи сотрудникам и их имеющим на это право иждивенцам в обеспечении их безопасности, здоровья и благополучия и обеспечение им доступа к этим услугам при поступлении на работу в ПРООН и в течение всего периода их работы в организации	Процент сотрудников, осведомленных о различных пособиях, а также о ресурсах и услугах в области охраны здоровья и благополучия, которые имеются в ПРООН Процент сотрудников, считающих, что организация принимает надлежащие меры для охраны здоровья и благополучия (измеряется с помощью ежегодного глобального опроса персонала)

⁶⁶ См. https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000127406.

⁶⁷ См. https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000127449.

<i>Участвующая организация</i>	<i>Мероприятие/вид деятельности</i>	<i>Ключевой показатель эффективности</i>
Стратегия оздоровительных мероприятий ВПП (на 2022–2024 годы)	Доступ к услугам: расширенная сеть поставщиков общеорганизационного плана страхования ВПП; экономически эффективная разработка программ медицинского страхования для всех сотрудников и административное управление ими	Доля нанятых на местах сотрудников, удовлетворенных страховыми выплатами и услугами (измеряется с помощью ежегодного опроса, проводимого с целью определения степени удовлетворенности)

Источник: подготовлено ОИГ.

129. **Данные о заявлениях о возмещении медицинских расходов можно использовать для мониторинга достижения основных целей.** Анонимизированные данные о заявлениях о возмещении медицинских расходов являются ценным источником информации о состоянии здоровья и благополучии персонала, однако они используются крайне недостаточно. Медицинское страхование персонала в основном воспринимается как отдельная льгота для сотрудников и почти никогда не увязывается с проводимой организацией стратегией по вопросам здоровья и благополучия персонала. В результате в ходе обзора не было найдено ни одного положительного примера использования анонимизированных данных упомянутых заявлений для целей выработки политики по вопросам здоровья и благополучия сотрудников или общей оценки программ.

130. **Организации в недостаточной степени уделяют внимание программам медицинского страхования, находящимся в ведении внешней администрации, и следят за их функционированием.** Как уже отмечалось, большинство услуг медицинского страхования передаются на внешний подряд либо полностью, либо только в части административного управления такими программами⁶⁸. В результате порой ослабевает чувство ответственности, и организации в той или иной степени начинают действовать так, как будто их обязанность по обеспечению медицинского страхования также передана внешнему подрядчику. Об этом недостатке свидетельствовали беседы с представителями многих участвующих организаций; респонденты, отвечая на вопрос о том, как они оценивают достижение целей медицинского страхования, просто ссылались на отсутствие жалоб со стороны участников плана как на показатель того, что предоставляемые услуги медицинского страхования эффективны и адекватно удовлетворяют их потребности. Заинтересованные стороны на местах также сообщали, что качество услуг внешних администраторов не всегда контролируется на региональном или субрегиональном уровне. По мнению Инспектора, необходимо активнее взаимодействовать со страхователями и участниками планов в разных географических точках, чтобы лучше понимать проблемы, с которыми сталкиваются сотрудники и руководство в сфере обеспечения качественного и всеобъемлющего покрытия, а также продемонстрировать, что медицинское страхование является важной частью политики организации в вопросах обеспечения благополучия сотрудников⁶⁹. **Ввиду этого**

⁶⁸ Некоторые организации передают свои программы на внешний подряд дважды: сначала другой организации в системе, которая управляет страховым договором организации от ее имени, а затем внешнему администратору, с которым заключен контракт на осуществление работы по возмещению расходов и управлению сетью поставщиков и другими связанными с этим видами деятельности. Речь идет о ПРООН, ЮНИСЕФ, ЮНОПС и ЮНФПА, набранные на международной основе сотрудники которых являются участниками планов, находящихся в ведении Секретариата Организации Объединенных Наций; и Отделении Организации Объединенных Наций в Вене/УНП ООН и ЮНИДО.

⁶⁹ Одна из рекомендаций, высказанных в предыдущем докладе ОИГ (JIU/REP/2007/2) об охвате медицинским страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций как раз и заключалась в том, что «руководящим органам организаций системы Организации Объединенных Наций следует в официальном порядке признать медицинское страхование

предлагается, что независимо от типа предоставления услуг (самостоятельно или с привлечением внешних подрядчиков), организациям следует жестче контролировать эффективность функционирования службы медицинского страхования и делать это систематически и на основе измеримых показателей.

131. Организации должны устанавливать и публиковать регламенты, определяющие порядок работы с клиентами. В большинстве планов медицинского страхования имеется регламент, определяющий порядок работы с клиентами, или соглашение об обслуживании клиентов, демонстрирующие обязательства перед участниками плана, но в основном это делается через внешнего администратора или коммерческого страховщика, а не в виде какого-либо официального директивного документа, в результате чего создается впечатление, что эта проблема вынесена на внешний уровень. **Инспектор предлагает, чтобы документы, в которых определяется порядок работы с клиентами, составлялись и публиковались самими организациями, независимо от того, каким образом предоставляются услуги медицинского страхования.**

132. **В четырех планах, построенных на принципах самострахования и самостоятельного управления, спектр задач подразделений по работе с клиентами уже по сравнению с планами с внешним управлением.** Отчасти это объясняется тем, что правила, регулирующие процесс функционирования этих планов, были установлены давно, коммерческие же страховщики и внешние администраторы постоянно уточняют характер задач в рамках обслуживания своих клиентов. Например, Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве указывает, что его услуги предоставляются клиентам в целях «возмещения в пределах, установленных внутренними правилами Общества, расходов, понесенных его членами в результате болезни, несчастного случая или беременности и родов». В порядке сравнения, основными целями обслуживания клиентов медицинской страховой компании МАГАТЭ («Сигна») являются обеспечение доступа к качественному медицинскому обслуживанию по льготным тарифам, поощрение свободного выбора поставщиков медицинских услуг, упрощение процедур прямой оплаты медицинских расходов и оперативная обработка заявлений о возмещении медицинских расходов. **Хотя все приведенные примеры хорошо отражают цели, ориентированные на клиента, Инспектор предлагает добиваться реализации их на практике на основе соответствующих ключевых показателей эффективности деятельности.**

133. **Ключевые показатели эффективности используются для мониторинга деятельности, но с разной степенью качества и полноты охвата.** В планах медицинского страхования с внешним администратором или коммерческим страховщиком обычно в рамках заключаемого с подрядчиками соглашения об уровне обслуживания устанавливается перечень ключевых показателей эффективности⁷⁰. Этот перечень не является стандартным, хотя в некоторых случаях эти соглашения заключены с одной и той же компанией. Очевидно, что администраторы планов слабо координировали свои усилия и мало обменивались опытом и информацией⁷¹. У большинства администраторов планов нет собственных специалистов для согласования действующих условий и тщательного контроля принятых показателей, чтобы в полной мере обеспечить ответственность подрядчиков медицинского страхования за качество услуг; другим же удавалось добиться в этом плане более существенных успехов, даже штрафую подрядчиков, не достигших согласованных показателей. Подборка ключевых показателей эффективности из соглашений об

сотрудников в качестве важной и неотъемлемой части общей системы», что до сих пор не выполнено.

⁷⁰ Обобщенный перечень ключевых показателей эффективности из существующих соглашений об уровне обслуживания приведен в приложении II.

⁷¹ Отдельные примеры сотрудничества имели место, например можно упомянуть проведение Секретариатом Организации Объединенных Наций, ПРООН и ЮНИСЕФ совместных торгов с целью привлечения внешнего администратора для своих планов медицинского страхования, что позволило согласовать перечень ключевых показателей эффективности, но это, скорее, исключение.

уровне обслуживания, заключенных участвующими организациями ОИГ с внешними администраторами, приведена в приложении II. По мнению Инспектора, эти показатели являются полезной практикой, заслуживающей внедрения и, возможно, унификации во всех программах, независимо от используемых моделей, и включения в документы, определяющие порядок работы подразделений по работе с клиентами, если это применимо.

134. Необходимо повысить прозрачность результатов функционирования планов для бенефициаров. В регулярной отчетности по медицинскому страхованию внимание в первую очередь уделяется операционным показателям планов, таким как количество и сумма поданных заявлений о возмещении медицинских расходов и средняя продолжительность их обработки. Эти отчеты в основном подготовлены организациями или компаниями, осуществляющими административное управление планами, и их основной целевой аудиторией являются либо административные руководители, либо руководящие органы, либо и те, и другие. Отчеты для участников планов готовятся (что заслуживает одобрения) только в восьми организациях (ВОЗ, ВПП, ИКАО, МОТ, Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве, ФАО, ЮНВТО и ЮНЕСКО). С учетом того, что в расходах на медицинское страхование участвуют как работающие, так и вышедшие на пенсию сотрудники и что медицинское страхование является одним из основных элементов их прав на социальное обеспечение, необходимо, чтобы участникам плана предоставлялась периодическая отчетность, независимо от того, какой структурой осуществляется управление такой программой страхования.

В. Финансовые показатели программ медицинского страхования

1. Определения и методологическая информация

135. Четыре показателя для анализа финансовых результатов медицинского страхования в разрезе этих программ и их бенефициаров. В основу настоящего анализа положен расчет четырех ключевых показателей, которые в совокупности могут быть использованы для описания общих финансовых результатов планов страхования с точки зрения как страховщика, так и застрахованных лиц. Первые два показателя — «коэффициент убыточности» и «полный коэффициент убыточности» — отражают результаты с точки зрения страховой компании⁷², а «эффективный коэффициент возмещения» и «коэффициент покрытия из собственных средств» — финансовые последствия плана медицинского страхования для его участников.

136. Коэффициенты убыточности для оценки финансовых показателей с точки зрения страховщика. Коэффициент убыточности определяет степень достаточности взносов для покрытия расходов, или, в более общем смысле, финансовую устойчивость программ для страховщика в долгосрочном плане. При анализе коэффициентов убыточности важно понимать, что они позволяют сравнивать понесенные расходы⁷³ с ресурсами или доходами программы⁷⁴. Таким образом, коэффициенты убыточности показывают излишек средств, зафиксированный за

⁷² При расчете коэффициента убыточности в качестве «расходов» учитываются только медицинские расходы, а при расчете полного коэффициента убыточности в расходы (числитель дроби) включаются не только выплаченные суммы возмещения, но и связанные с ними административные расходы.

⁷³ Для упрощения сбора данных и расчетов расходы, учитываемые в настоящем документе, включают только суммы возмещения медицинских расходов (в случае коэффициента убыточности), а в случае полного коэффициента убыточности — такие суммы плюс административные расходы.

⁷⁴ Для целей настоящего исследования доход программы складывается из взносов бенефициаров и организации, причем взносы организации могут вноситься в денежной или натуральной форме (административные услуги, предоставляемые в рамках программы без включения их стоимости во взносы, подлежащие уплате застрахованными участниками).

отчетный период, если этот показатель меньше 100 %, или превышение расходов над доходами (дефицит), если он выше 100 %⁷⁵.

137. Эффективный коэффициент возмещения позволяет оценить долю фактически понесенных бенефициарами медицинских расходов, реально возмещенных страховщиком. Эффективный коэффициент возмещения позволяет сравнить объем возмещения и стоимость счетов, соответствующих заявленной сумме возмещения или понесенным расходам. Таким образом, он представляет собой показатель доли медицинских расходов, фактически понесенных бенефициарами, которую страховщик фактически возместил в течение соответствующего периода, а именно последнего периода, за который имелись данные на момент их представления ОИГ, т. е. за 2022 год⁷⁶.

138. Коэффициент покрытия из собственных средств показывает фактическую стоимость страхования для бенефициаров. Для расчета коэффициента покрытия из собственных средств предполагается, что общие расходы на охрану здоровья («валовые расходы») каждого застрахованного лица представляют собой сумму взносов в программу страхования и стоимости медицинской помощи, полученной в течение года, а именно оплаченных медицинских счетов или выплат, произведенных от его имени страховщиком в случае прямых выплат (обычно за консультации сетевых специалистов и за госпитализацию). Чистые расходы рассчитываются путем вычитания полученного возмещения из суммы валовых расходов. В абсолютном выражении чистые расходы представляют собой сумму, потраченную застрахованным лицом в чистом выражении на охрану здоровья за соответствующий период. Таким образом, коэффициент покрытия из собственных средств показывает долю чистых расходов по сравнению с фактическими потребностями в медицинском обслуживании (понесенными медицинскими расходами). По определению, значения этого показателя выше 100 % означают, что бенефициары заплатили больше, чем получили в денежном выражении, обычно потому, что их взносы превысили их медицинские потребности. И наоборот, чем ниже этот показатель 100 %, тем больше размер субсидирования, получаемого застрахованными лицами.

⁷⁵ Соответственно, в случае программ самострахования очень низкие значения коэффициентов означают возможность снижения взносов или увеличения резервов. В случае программ, переданных на внешний подряд, очень низкий коэффициент убыточности при прочих равных условиях означает, что страховые взносы слишком высоки или что существуют препятствия для надлежащего использования медицинских услуг и что, в принципе, есть возможность пересмотреть условия договора с поставщиком страховых услуг или улучшить соблюдение договоров.

⁷⁶ При отсутствии заявлений о понесенных, но не возмещенных расходах за прошлые периоды максимальное возможное значение этого коэффициента для программ, не предусматривающих доплат или доли страхователя, равно 1 (100 %). Учитывая, что большинство планов предусматривают в случае большинства услуг долю страхователя, т. е. застрахованные лица каждый раз должны оплачивать из собственных средств определенный процент (обычно 20 %) стоимости консультации или лечения, следует исходить из того, что значения этого коэффициента будут находиться на уровне 80 % или ниже, поскольку обычно максимальная сумма возмещения установлена в размере 80 %. Таким образом, чем выше 80 % эффективный коэффициент возмещения для таких программ в определенном году, тем больше суммы, которые страховщик задолжал (и которые урегулированы на данный момент) за предыдущие периоды, и тем дольше средний срок возмещения. Для программ, не предусматривающих значительных доплат или доли страхователя, и, соответственно, с более высокими коэффициентами возмещения (обычно 90 % или 100 %), эффективный коэффициент возмещения будет указывать на проблемы, связанные с продолжительностью обработки заявлений о возмещении расходов, только при значительном превышении уровня 100 %.

Таблица 14

Ключевые показатели для оценки финансовой эффективности программ

Показатель	Описание	Формула
Коэффициент убыточности (%)	Степень достаточности взносов и других субсидий организации для покрытия медицинских расходов	Совокупные медицинские расходы x 100 / доход программы
Полный коэффициент убыточности (%)	Степень достаточности взносов и других субсидий организации для покрытия медицинских и административных расходов	(Совокупные медицинские расходы + административные расходы) x 100 / доход программы
Эффективный коэффициент возмещения (%)	Доля медицинских расходов, фактически покрываемых страховщиком	Общая сумма возмещений x 100 / общая сумма счетов или понесенных медицинских расходов
Коэффициент покрытия из собственных средств (%)	Доля расходов на медицинское обслуживание (включая взносы на медицинское страхование), погашаемых самими бенефициарами	(Взносы бенефициаров + стоимость полученной медицинской помощи — сумма возмещенных расходов) x 100 / стоимость полученной медицинской помощи = (чистые расходы) x 100 / понесенные медицинские расходы

Источник: подготовлено ОИГ.

139. **Методологические пояснения.** При интерпретации последующих результатов следует учитывать, что основная цель данного анализа — предоставить ограниченный набор ключевых показателей эффективности для однородного описания планов в целях сопоставительного анализа контрольных показателей и дальнейшего согласования политики. Именно поэтому с учетом объема работы, связанной с составлением участвующими организациями полных многолетних временных рядов данных о демографических параметрах и финансовых результатах их программ, для целей обзора не запрашивалась информация за период после 2022 года⁷⁷; поэтому нельзя исключать, что при анализе тех же данных за более длительный период времени, охватывающий несколько лет цикла оперативной деятельности, могут быть получены иные результаты⁷⁸. Не следует забывать и еще об одном методологическом ограничении, в силу которого по той же причине — во избежание чрезмерной нагрузки при сборе данных — требуемые данные о возмещении расходов получены на основе кассового метода, т. е. включают все платежи, произведенные в течение года, независимо от даты их начисления; аналогичным образом, под суммой понесенных расходов понимается стоимостной объем счетов, полученных в 2022 году, даже если соответствующие услуги были оказаны ранее⁷⁹.

⁷⁷ Одна из участвующих организаций представила данные за 2021 год, поскольку на момент запроса информации данных за 2022 год не было.

⁷⁸ В частности, по свидетельству лиц, с которыми проводились беседы, на данные за 2022 год явно повлияла пандемия COVID-19, поскольку значительная часть медицинских расходов, которые в обычных условиях возникли бы в 2021 году, была перенесена на 2022 год в связи с ограничениями, действовавшими в большинстве стран в первый год пандемии. Это непосредственным образом негативно сказалось на индивидуальных результатах всех программ, в частности на коэффициентах убыточности. Вместе с тем, поскольку этот негативный эффект равномерно распределяется по всему спектру планов, сравнительный анализ остается в силе как (точечная) оценка относительного состояния здоровья и степени щедрости каждого плана.

⁷⁹ При анализе временных рядов различия, обусловленные этими нестыковками во времени, как правило, нивелируют друг друга, однако этого не происходит, если, как в настоящем исследовании, анализируется только один год (статический анализ).

140. **Административные расходы должны считаться дополнительным доходом плана, если такие расходы не учитываются при расчете размера взносов.** В случае программ, в которых план или финансирующая организация оказывают административные услуги (включая, например, регистрацию участников, сбор взносов, контроль и поддержание контактов с внешним администратором или внешним страховщиком), стоимость которых не учитывается при расчете размера взносов бенефициаров, также запрашивалась оценка стоимости таких услуг, которая добавлялась в качестве дохода программы в натуральной форме. Для целей настоящего анализа в доходы программы включалась и сумма, выплачиваемая организацией внешнему администратору, при условии, что эти расходы также не учитываются при расчете размера взносов бенефициаров. Таким образом, совокупный доход каждого плана представляет собой сумму денежных взносов обеих сторон и расчетной или точной стоимости административных услуг, не учтенных во взносах участников, независимо от того, предоставлялись ли эти услуги собственными силами (как в случае МОТ) или через внешнего администратора (как в случае ЮНИДО). По причинам упрощения сбора данных таким образом не учитываются финансовые доходы и любые другие доходы, которые могут существовать на практике.

141. **Представленным данным присущи недостатки, которые можно устранить путем более тщательного мониторинга эффективности планов.** По тем программам, по которым были получены данные, полная информация была получена по 11 программам⁸⁰, а по 11 отсутствовала информация о стоимости предоставляемых самими организациями услуг по административному управлению программами медицинского страхования, в результате чего занижается общая сумма затрат и, соответственно, величина полного коэффициента убыточности⁸¹. По пяти программам не хватало существенной информации, в основном касающейся совокупных расходов по статье заявлений о возмещении медицинских расходов⁸², что свидетельствует о недостаточном контроле за деятельностью внешнего администратора или страховщика. **Инспектор предлагает организациям системы Организации Объединенных Наций поддерживать контакты с внешними администраторами или страховщиками и регулярно запрашивать информацию о финансовых показателях их планов, чтобы иметь возможность оценивать результаты и использовать их для содействия внесению в необходимых случаях изменений в правила и договоры.**

2. Результаты анализа⁸³

142. **Работающие сотрудники и члены их семей составляют 83 % от численности застрахованных участников, остальная часть приходится на**

⁸⁰ Базовый план медицинского страхования и программа медицинского страхования ФАО, Фонд медицинского страхования персонала МОТ, План группового медицинского страхования ИМО, Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве, План медицинского страхования ПРООН, Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО, Базовый план медицинского страхования и программа медицинского страхования ВПП, План медицинского страхования персонала ВОЗ и План группового медицинского страхования ВОИС.

⁸¹ Полный план медицинского страхования МАГАТЭ, План медицинских пособий ИКАО, План Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна», план стоматологического страхования «Сигна», план «Эмпайр блю кросс» и Всемирный план Организации Объединенных Наций, План медицинского страхования ЮНИСЕФ, План для сотрудников категории общего обслуживания на местах и Полный план медицинского страхования ЮНИДО, Фонд медицинского страхования ВПС.

⁸² Полный план медицинского страхования Отделения Организации Объединенных Наций в Вене, План медицинского страхования УВКБ, План для сотрудников категории общего обслуживания на местах и Полный план медицинского страхования ЮНИДО и План медицинского страхования ЮНОПС.

⁸³ Для проведения анализа, представленного ниже, у участвующих организаций была запрошена информация о застрахованном персонале (численность с представлением отдельных данных по работающим и вышедшим на пенсию сотрудниками, включая членов их семей, также охваченных страхованием в каждой категории застрахованных лиц); о доходах каждой

пенсионеров. В целом была представлена информация о 26 планах, охватывающих 447 869 человек⁸⁴, из которых 373 707 — работающие сотрудники и члены их семей, а 74 162 — пенсионеры и их родственники, которым предоставлена защита. На первую группу приходится 83 % от общей численности застрахованных участников, на вторую — оставшиеся 17 %.

143. В среднем организации системы Организации Объединенных Наций вносили взносов на 17 % больше, чем работающие сотрудники и на 83 % больше, чем пенсионеры. В 2022 году на каждого застрахованного участника из семей работающих сотрудников последние в среднем вносили 1349 долл., а организации — 1576 долл. (на 17 % больше), в результате чего в общей сложности годовой взнос составил на одного человека 2926 долларов. На каждого застрахованного участника из семьи вышедшего на пенсию сотрудника пенсионеры вносили в среднем 1388 долл., а организации — 2540 долл., т. е. на 83 % больше. В общей сложности средний годовой взнос на одного застрахованного члена семьи пенсионера составил в 2022 году 3928 долларов. Это на 34 % больше среднего взноса на члена семьи работающего сотрудника. В целом, в 2022 году ежегодные взносы⁸⁵ на одного застрахованного участника (включая долю бенефициаров и долю организаций) составили в среднем 3079 долларов. Для работающих сотрудников и их иждивенцев общая сумма взносов по 24 системам в организациях системы Организации Объединенных Наций, по которым имеются данные, составила в 2022 году 845 770 821 долл., а для пенсионеров и их иждивенцев — 367 528 901 долл., соответственно, в общей сложности сумма взносов в этом году достигла 1,2 млрд долларов.

144. В таблице ниже приведены расчетные финансовые показатели по данным за 2022 год, представленным участвующими организациями.

Таблица 15

Финансовые показатели в разбивке по планам медицинского страхования (2022 год)

Страхователь и программа	Модель страхования	Полный коэффициент убыточности (%)	Коэффициент убыточности (%)	Эффективный коэффициент возмещения (%)	Коэффициент покрытия из собственных средств (%)
Базовый план медицинского страхования ФАО	Страхование на коммерческой основе	97,6	93,5	85,4	49,3
Программа медицинского страхования ФАО	Страхование на коммерческой основе	169,0	127,1	77,3	59,8
Полный план медицинского страхования МАГАТЭ	Страхование на коммерческой основе	Нет данных	99,0	80,8	67,1
План медицинских пособий ИКАО	Самострахование	Нет данных	89,3	78,5	65,6

программы, включая взносы, полученные от работающих участников, пенсионеров и работодателей, в последнем случае с детализацией взносов в пользу каждой из двух подгрупп бенефициаров и оценочной стоимостью административных услуг, не учитываемых при расчете взносов бенефициаров; о сумме расходов, соответствующих медицинскому обслуживанию, полученному бенефициарами в рассматриваемом году; о сумме возмещенных расходов и прямых выплатах, произведенных страховщиками; и о понесенных административных расходах.

⁸⁴ Количество участников плана стоматологического страхования «Сигна» Секретариата Организации Объединенных Наций не включено во избежание двойного учета.

⁸⁵ Взносы в натуральной форме и суммы, напрямую выплаченные организацией внешним администраторам (не включенные в расчет взносов бенефициаров), здесь не учитываются.

<i>Страхователь и программа</i>	<i>Модель страхования</i>	<i>Полный коэффициент убыточности (%)</i>	<i>Коэффициент убыточности (%)</i>	<i>Эффективный коэффициент возмещения (%)</i>	<i>Коэффициент покрытия из собственных средств (%)</i>
Фонд медицинского страхования персонала МОТ	Самострахование	93,5	96,8	82,7	53,93
План группового медицинского страхования ИМО	Страхование на коммерческой основе	85,9	85,5	87,6	41,8
Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций	Самострахование				
Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве		81,1	77,8	77,8	70,4
Полный план медицинского страхования Отделения Организации Объединенных Наций в Вене	Страхование на коммерческой основе	72,2	65,2	Нет данных	Нет данных
План Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна»	Самострахование	Нет данных	87,9	64,9	60,9
План стоматологического страхования Секретариата Организации Объединенных Наций «Сигна»	Самострахование	Нет данных	90,5	48,3	73,0
План Секретариата Организации Объединенных Наций «Эмпайр блю кросс»	Самострахование	Нет данных	97,7	33,6	78,8
План медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций	Самострахование	Нет данных	107,2	87,5	30,1
Всемирный план Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций	Самострахование	Нет данных	87,9	87,2	72,4
План медицинского страхования ПРООН	Самострахование	169,8	148,9	84,4	29,0
Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО	Самострахование	66,7	64,1	87,7	80,6
План медицинского страхования УВКБ	Самострахование	59,8	55,0	Нет данных	Нет данных
План медицинского страхования ЮНИСЕФ	Самострахование	Нет данных	63,5	85,7	44,6
План ЮНИДО для сотрудников категории общего обслуживания на местах	Страхование на коммерческой основе	Нет данных	83,2	Нет данных	Нет данных

Страхователь и программа	Модель страхования	Полный коэффициент убыточности (%)	Коэффициент убыточности (%)	Эффективный коэффициент возмещения (%)	Коэффициент покрытия из собственных средств (%)
Полный план медицинского страхования ЮНИДО	Страхование на коммерческой основе	Нет данных	68,7	Нет данных	Нет данных
План медицинского страхования ЮНОПС	Страхование на коммерческой основе	68,3	53,4	Нет данных	Нет данных
Фонд медицинского страхования ВПС	Страхование на коммерческой основе		Нет данных	86,9	Нет данных
План страхования от болезней и несчастных случаев ЮНВТО	Страхование на коммерческой основе	28,6	28,5	86,9	Нет данных
Базовый план медицинского страхования ВПП	Страхование на коммерческой основе	86,0	81,9	84,8	64,2
Программа медицинского страхования ВПП	Страхование на коммерческой основе	88,8	75,4	84,9	41,8
Программа медицинского страхования персонала ВОЗ	Самострахование	58,5	54,6	73,7	69,8
План группового медицинского страхования ВОИС	Страхование на коммерческой основе	94,9	94,8	88,8	44,4

Источник: подготовлено ОИГ.

145. Среднее арифметическое значение полного коэффициента убыточности составляет 88,1 %, что в целом свидетельствует о неплохом соответствии между взносами и расходами. Что касается таблицы 15, то в 15 планах, по которым имеется полная информация о расчете полного коэффициента убыточности, в 6 этот показатель составляет от 85 % до 100 %, что свидетельствует об особенно хорошем соотношении взносов и затрат на оплату возмещений и административных расходов, в другой группе 6 планов эти значения находятся во вполне благоприятном диапазоне от 50 % до 85 %⁸⁶. Среднее арифметическое значение коэффициентов убыточности для 25 планов, по которым имеется полная информация, составляет 83,1 %. В целом в 21 программе (84 % от общего числа) коэффициент убыточности находится в нормальных пределах.

146. В общей сложности в 14 из 21 плана, по которым имеется информация, эффективный коэффициент возмещения расходов составляет от 80 % до 88,8 %. В пяти планах этот показатель находится в пределах от 65 % до 80 %, в то время как в двух планах Секретариата Организации Объединенных Наций он ниже 50 %. Выше всего (88,8 %) он в Плане группового медицинского страхования ВОИС, затем следуют План группового медицинского страхования ИМО, Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО, План медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций и Всемирный план Организации Объединенных Наций, План

⁸⁶ В четыре программы (Программа медицинского страхования ФАО, Полный план медицинского страхования ЮНИДО, Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО и План страхования от болезней и несчастных случаев ЮНВТО) зафиксированы необычно низкие или высокие коэффициенты убыточности, что, быть может, свидетельствует о возможных проблемах с качеством представленной информации.

страхования от болезней и несчастных случаев ЮНВТО и Фонд медицинского страхования ВПС, где этот показатель составляет около 87 %.

147. Из 19 планов, по которым имеются данные, в 17 коэффициент покрытия из собственных средств ниже 75 %. Данные по коэффициенту покрытия из собственных средств были получены от 19 программ (см. таблицу 16). В семи из них этот показатель ниже 50 %, другими словами, эти программы покрывают более половины фактической стоимости медицинских услуг, необходимых в течение года. Самый высокий уровень финансовой защиты в 2022 году предоставляли планы медицинского страхования ПРООН и Секретариата Организации Объединенных Наций, затем следуют План группового медицинского страхования ИМО и Программа медицинского страхования ВПП. В частности, для бенефициаров этих двух планов медицинского страхования коэффициент покрытия из собственных средств составлял всего 30 %, и поэтому для удовлетворения своих медицинских потребностей в 2022 году они получали самые высокие субсидии (около 70 % от суммы их расходов). В программах с коэффициентом покрытия из собственных средств выше 50 % субсидии, получаемые бенефициарами, были меньше их взносов и медицинских расходов, оплачиваемых из собственных средств. Среднее арифметическое значение покрытия из собственных средств для этой группы 19 планов составляет 57,7 %.

148. Более внимательный анализ коэффициента покрытия из собственных средств подтверждает, что в планах медицинского страхования Организации Объединенных Наций прочно укоренился принцип солидарности поколений⁸⁷. Как видно из таблицы 16, доля работающих сотрудников в 19 программах, по которым были представлены данные, составляет в среднем 75,3 %, а пенсионеров — 39 %, откуда следует, что субсидии для последних (61 %) были на 14 процентных пунктов выше, чем для работающих сотрудников (24,7 %).

Таблица 16

Коэффициент покрытия из собственных средств (в процентах) в разбивке по планам медицинского страхования и по типу застрахованных участников (2022 год)

Страхователь и программа	Модель страхования	Работающие сотрудники + иждивенцы	Пенсионеры + иждивенцы	Общее соотношение
Базовый план медицинского страхования ФАО	Страхование на коммерческой основе	72,0	38,4	49,3
Программа медицинского страхования ФАО	Страхование на коммерческой основе	59,8	Неприменимо	59,8
Полный план медицинского страхования МАГАТЭ	Страхование на коммерческой основе	93,2	48,8	67,1
План медицинских пособий ИКАО	Самострахование	66,9	64,4	65,6
Фонд медицинского страхования персонала МОТ	Самострахование	94,2	35,3	53,93

⁸⁷ Часть дополнительной субсидии, которую получают пенсионеры, направлена на покрытие налогов на пенсии, что признается в последнем докладе Генерального секретаря о медицинском страховании после выхода на пенсию, A/76/373, п. 57 («С января 1974 года расходы [на медицинское страхование] распределяются между пенсионерами и работающими сотрудниками таким образом, что ставка взносов для пенсионеров составляет примерно половину ставки взноса для работающих сотрудников, при этом сохраняется установленное соотношение для распределения взносов между Организацией и всей группой участников. Такой порядок введен с учетом того, что пенсии облагаются налогом, тогда как размеры взноса сотрудников определяются исходя из величины чистого дохода. Это достигается путем переноса части взноса Организации, предназначенного для страхования работающих сотрудников, на покрытие расходов по страхованию пенсионеров, что приводит к субсидированию поколением работающих сотрудников поколения пенсионеров»).

<i>Страхователь и программа</i>	<i>Модель страхования</i>	<i>Работающие сотрудники + иждивенцы</i>	<i>Пенсионеры + иждивенцы</i>	<i>Общее соотношение</i>
План группового медицинского страхования ИМО	Страхование на коммерческой основе	65,3	24,8	41,8
Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве	Самострахование	107,8	40,1	70,4
Полный план медицинского страхования Отделения Организации Объединенных Наций в Вене	Страхование на коммерческой основе			Нет данных
План Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна»	Самострахование	75,3	29,8	60,9
План стоматологического страхования Секретариата Организации Объединенных Наций «Сигна»	Самострахование	75,5	68,6	73,0
План Секретариата Организации Объединенных Наций «Эмпайр блю кросс»	Самострахование	75,2	84,2	78,8
План медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций	Самострахование	35,5	13,2	30,1
Всемирный план Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций	Самострахование	99,9	31,2	72,4
План медицинского страхования ПРООН	Самострахование	30,6	24,8	29,0
Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО	Самострахование	144,8	50,5	80,6
План медицинского страхования УВКБ	Самострахование			Нет данных
План медицинского страхования ЮНИСЕФ	Самострахование	48,9	26,1	44,6
План ЮНИДО для сотрудников категории общего обслуживания на местах	Страхование на коммерческой основе			Нет данных
Полный план медицинского страхования ЮНИДО	Страхование на коммерческой основе			Нет данных
План медицинского страхования ЮНОПС	Страхование на коммерческой основе			Нет данных
Базовый план медицинского страхования ВПП	Страхование на коммерческой основе	89,5	34,1	64,2
Программа медицинского страхования ВПП	Страхование на коммерческой основе	44,3	21,7	41,8
Программа медицинского страхования персонала ВОЗ	Самострахование	91,4	42,0	69,8

<i>Страхователь и программа</i>	<i>Модель страхования</i>	<i>Работающие сотрудники + иждивенцы</i>	<i>Пенсионеры + иждивенцы</i>	<i>Общее соотношение</i>
План группового медицинского страхования ВОИС	Страхование на коммерческой основе	60,7	24,4	44,4

Источник: подготовлено ОИГ.

С. Предотвращение мошенничества, сдерживание роста расходов и закупки

1. Предотвращение и выявление случаев мошенничества

149. **Организации в разной степени осведомлены о мошенничестве.** Мошенничество в сфере медицинского страхования не только противоречит нормам поведения сотрудников системы Организации Объединенных Наций, но и может вести к повышению страховых взносов или влечь другие изменения в политике в ущерб страхователям и бенефициарам, независимо от того, построены ли планы на принципах самострахования или страхования на коммерческой основе. Однако в ходе обзора выяснилось, что организации в разной степени осведомлены о мошенничестве, причем наименьшую активность в этой области проявляют, как правило, организации с планами страхования на коммерческой основе. Одним из положительных примеров в этом отношении является включение в договоры с коммерческими страховщиками формулы, согласно которой экономия, полученная в результате снижения уровня расходов, до определенного предела распределяется между страхователем и страховщиком, что, по крайней мере теоретически, выступает стимулом для сдерживания роста расходов и для осуществления борьбы с мошенничеством и страхователем, и страховщиком⁸⁸.

150. **Число зарегистрированных случаев мошенничества в сфере медицинского страхования ниже среднего, однако нельзя терять бдительность.** Участвующие организации ОИГ представили данные о 226 предполагаемых и рассмотренных случаях мошенничества в сфере медицинского страхования в период с 2019 по 2022 год на общую сумму в 2,2 млн долл., из которых было возмещено около 142 000 долларов⁸⁹. Судя по имеющимся данным, во всем мире в системах здравоохранения на мошеннические действия приходится от 3,29 % до 10 % расходов на охрану здоровья⁹⁰. В случае планов медицинского страхования в организациях системы Организации Объединенных Наций общая сумма возмещения, по которым в 2022 году составила 1,05 млрд долл., зарегистрированный объем мошенничества в сравнении с этими мировыми показателями был гораздо ниже. Однако это не означает, что ниже распространенность мошенничества, скорее, возможно, невелико количество официально известных случаев мошенничества. В этой связи некоторые респонденты говорили о возможных случаях мошенничества в некоторых регионах (например, сговор между поставщиками медицинских услуг или фармацевтами и застрахованными лицами, необычно высокие ставки гонораров, устанавливаемые для оплаты сотрудниками Организации Объединенных Наций или использование страховых карт незастрахованными членами семьи), которые остаются незамеченными или по которым не принимаются меры из-за слабой системы контроля.

151. **Выявление случаев мошенничества в сфере медицинского страхования — это узкоспециальная область, требующая особых знаний и ресурсов.** В вопросах создания системы выявления и расследования потенциальных случаев мошенничества программы медицинского страхования с внешним администратором или со

⁸⁸ Имеется в виду статья 25 договора, который ЮНИДО заключила со своим страховщиком.

⁸⁹ По нескольким делам еще ведется расследование.

⁹⁰ Jim Gee and others, “The financial cost of healthcare fraud” (MacIntyre Hudson LLP and Centre for Counter Fraud Studies, University of Portsmouth, 2010).

страхованием на коммерческой основе в основном полагаются на своих подрядчиков услуг медицинского страхования. В таких случаях участвующие организации пользуются опытом подрядчиков, поскольку для мониторинга и выявления случаев мошенничества в сфере медицинского страхования нужны специалисты, которых обычно в штате нет, за исключением программ, административное управление которыми осуществляется самостоятельно; однако это не должно мешать им участвовать в деятельности по борьбе с мошенничеством. На диаграмме II приведен пример системы выявления мошенничества, созданной в одной из международных компаний медицинского страхования.

Диаграмма II

Система выявления мошенничества, растрат и злоупотреблений, созданная в одной из международных компаний медицинского страхования

Выделенные ресурсы: врачи, специалисты по обработке данных, аудиторы и специалисты по расследованиям

Примеры многоаспектных индикаторов для проверки поданных заявлений о возмещении медицинских расходов

- Автоматизированные правила, позволяющие выявлять необычные комбинации диагнозов и кодов процедур
- Клинический аудит и проверка цен в случае заявлений о возмещении расходов на оплату услуг поставщиков, не входящих в сеть
- Суммы заявлений о возмещении расходов свыше определенного порогового уровня
- Охраняемые правами интеллектуальной собственности правила известных мошеннических сценариев или схем
- Выявление известных уличенных в мошенничестве поставщиков медицинских услуг
- Использование индекса подозрения
- Проработка данных, полученных в результате анализа случаев мошенничества после оплаты, для выявления возникающих угроз и тенденций

Источник: подготовлено ОИГ.

152. **Во всех четырех программах, управление которыми осуществляется самостоятельно, проводилась работа по выявлению и регистрации случаев предполагаемого мошенничества, в то время как в 9 из 22 программ с внешним управлением этого не делалось.** Хотя очевидно, что коммерческие медицинские страховые компании и внешние администраторы обладают большим опытом выявления мошенничества, поскольку это является частью их основной специализации, в обзоре не проводился подробный сравнительный анализ для определения эффективности систем, внедренных в программах, административное управление которыми осуществляют сами организации. Тем не менее администраторы всех четырех программ с самостоятельным управлением проводили работу по выявлению случаев предполагаемого мошенничества и сообщали о них (64 случая в период с 2019 по 2022 год), в то время как в 9 из 22 программ с внешними администраторами или страхования на коммерческой основе вообще не было сообщений о случаях мошенничества.

153. **Лимиты на оплату наличными для предотвращения мошенничества.** В четырех планах, построенных на принципах самострахования и самостоятельного управления, страхователями создана собственная система мониторинга потенциальных случаев мошенничества или разработаны меры по сведению к минимуму рисков мошенничества. Например, в программе ВОЗ установлен лимит

наличных выплат, производимых участниками плана поставщикам медицинских услуг, в размере 250 долл. для Женевы и соседней Франции и 2000 долл. для остальных стран мира, в программе МОТ наличными могут быть оплачены услуги на сумму не более 1000 долл., а в Обществе взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве — не более 500 долларов. Хотя проводимая этими организациями политика борьбы с мошенничеством заслуживает одобрения, значительная разница в суммах поразительна, особенно с учетом того, что все они расположены в Женеве. Это говорит о наличии возможностей для координации политики и практики в этой области. Инспектор считает, что оплату наличными следует строго ограничить разумными размерами, принятыми в стране проживания, поскольку при увеличении предельных сумм снижается эффективность лимитов в плане предотвращения мошенничества. **Инспектор предлагает обновить и по возможности снизить лимиты наличных платежей для всех видов медицинского страхования.**

154. Произвольная выборка заявлений о возмещении медицинских расходов для выявления случаев мошенничества. В программах МОТ и Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве ежемесячно проводится углубленная проверка выборки заявлений, в которых сумма превышает определенный пороговый уровень, что также считается полезной практикой, хотя ее эффективность зависит от установления достаточно низкого порога, служащего препятствием для мошенников, приспособившихся к ситуации или пользующихся появляющимися возможностями. **Инспектор предлагает периодически проверять эффективность этих пороговых значений, убеждаясь, что они обоснованы и дают ожидаемые результаты.**

155. Использование индикаторов для указания случаев возможного мошенничества. Принятые в Обществе взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций, МОТ и ВОЗ системы обработки заявлений о возмещении медицинских расходов включают определенные индикаторы, с помощью которых можно помечать аномальные случаи, например в МОТ в качестве одного из факторов для повторного рассмотрения таких заявлений используется показатель соотношения востребованных сумм и оклада сотрудника. Действительно, настоятельно рекомендуется использовать такие индикаторы для мониторинга риска мошенничества, но, по мнению Инспектора, увязка вероятности мошенничества с величиной оклада бенефициара подразумевает предположение о том, что суммы, востребуемые менее оплачиваемыми сотрудниками, также должны быть небольшими, как будто стоимость лечения или вероятность материализации рисков для здоровья зависят от размеров личного дохода. **Инспектор предлагает использовать показатели для мониторинга риска мошенничества, однако при этом следует отказаться от показателей, в которых вероятность мошенничества увязывается с размером зарплаты бенефициара, заменив их другими показателями, лучше отражающими рассматриваемые риски.**

156. Мероприятия по подготовке кадров и координация усилий также повышают эффективность работы по предотвращению мошенничества. Администраторы некоторых планов полагаются в вопросах выявления потенциального мошенничества на компетентность и опыт своих специалистов по рассмотрению заявлений в страновых и региональных бюро. Хотя децентрализация этой функции сама по себе не ставит под угрозу целостность процедуры рассмотрения заявлений, необходимо, чтобы сотрудники, которым поручена эта работа, были надлежащим образом обучены и их действия координировались, чтобы обеспечить максимальную объективность, профессионализм и справедливость при применении соответствующих мер проверки и контроля. **Инспектор рекомендует в программах работы систем страхования, управление которыми осуществляется самими организациями, неизменно уделять внимание обучению сотрудников, участвующих в обработке заявлений о возмещении медицинских расходов, методам предотвращения и выявления мошенничества, а также постоянно обновлять или внедрять новейшие технологии выявления мошенничества, в том числе инструменты генеративного искусственного интеллекта.**

157. **В разных организациях в случае подтвержденных случаев мошенничества принимаются различные дисциплинарные меры.** К действующим сотрудникам, уличенным в рамках принятой в их организации системы расследований в мошенничестве в сфере медицинского страхования, применяются различные дисциплинарные меры; такие действия зависят от организации. В подтвержденном случае мошенничества диапазон дисциплинарных мер варьируется от увольнения независимо от суммы мошенничества, как в ЮНОПС и УВКБ, до дисциплинарных мер, тяжесть которых зависит от серьезности случая (в МСЭ, ПРООН, Секретариате Организации Объединенных Наций, ЮНЕСКО и ЮНИДО). В подтвержденных случаях мошенничества с участием вышедших на пенсию сотрудников обычно прекращается их участие в программе медицинского страхования после выхода на пенсию.

158. **Дисциплинарные меры должны быть соразмерны серьезности проступка.** Инспектор согласен с тем, что случаи подозрения в мошенничестве должны расследоваться тщательно и систематически, однако следует также помнить, что не все нарушения заслуживают одинаковой реакции. Один из принципов права, который должен применяться во всех областях, касающихся нарушений запретов или обязательных правил, заключается в том, что санкция должна быть соразмерна степени серьезности проступка (согласно правилу 10.3 b) Правил о персонале Организации Объединенных Наций, «любые дисциплинарные меры, принимаемые в отношении сотрудника, должны соответствовать характеру и серьезности его проступка»), поскольку, разумеется, не все нарушения одинаково опасны⁹¹. С другой стороны, право на социальное обеспечение — это право, которого сотрудники не должны лишаться, если только они не увольняются со службы либо по собственному желанию, либо в результате дисциплинарной процедуры, поскольку это право тесно связано с трудовыми отношениями. **Инспектор рекомендует, чтобы в случае мошенничества в сфере медицинского страхования, как и в случае любого другого мошенничества или проступка, санкции всегда применялись дифференцированно в зависимости от тяжести проступка согласно соответствующим положениям и правилам о персонале.**

2. Сдерживание роста расходов

159. **Масштабы обсуждения на межорганизационном уровне вопросов сдерживания роста расходов и осуществления сотрудничества в этой области весьма ограничены.** В 2018 году Рабочая группа по медицинскому страхованию после выхода на пенсию рекомендовала «продолжать изучать все возможности для сдерживания роста расходов на медицинское страхование в контексте межучрежденческих обсуждений под эгидой Комитета высокого уровня по вопросам управления»⁹². Эта рекомендация была высказана с целью сокращения расходов организаций системы Организации Объединенных Наций, связанных с планами медицинского страхования, включая обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию. Как показали беседы и обсуждения с представителями участвующих организаций ОИГ, на практике такого общесистемного межучрежденческого сотрудничества не ведется. Тем не менее была получена информация о некоторых эпизодических усилиях на местах, особенно в ходе обменов и обсуждений между организациями, расположенными в Женеве (ВОЗ, МОТ и Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве)⁹³, и организациями, расположенными в Соединенных Штатах (ПРООН, Секретариат Организации

⁹¹ Неправомерное требование возмещения в размере 30 долл. не равнозначно требованию возмещения в размере 30 000 долларов. Если в первом случае, помимо отказа в возмещении, податель такого заявления должен быть подвергнут мелкому штрафу, то во втором случае к нему должны быть применены гораздо более серьезные меры, включающие, в случае необходимости, дисциплинарное увольнение. О судебной практике Апелляционного трибунала Организации Объединенных Наций в отношении принципа пропорциональности см. <https://www.un.org/internaljustice/oaj/en/proportionality-sanction>.

⁹² A/73/662.

⁹³ Главное внимание в рамках совместных усилий организаций, размещающихся в Женеве, уделяется проведению переговоров о ценах с поставщиками медицинских услуг в Швейцарии.

Объединенных Наций и ЮНИСЕФ по вопросам их планов медицинского страхования)⁹⁴. **Инспектор предлагает участвующим организациям активизировать обсуждения на межучрежденческом уровне с целью выполнения этой рекомендации.**

160. У большинства администраторов планов нет четкого плана действий по сдерживанию роста расходов. В ходе бесед многие администраторы планов сообщили, что у них нет планов по сдерживанию роста расходов, остальные же уточнили, что некоторые меры уже принимаются. Организации, в программах которых имеется внешний администратор или страховщик, полагаются в основном на опыт этих коммерческих предприятий, которые предметно продемонстрировали, что им удалось осуществить целый ряд действий, чтобы снизить уровень ненужных расходов или не допустить их возникновения. Вместе с тем следует отметить, что в соглашениях о договоренностях с этими компаниями цель сдерживания роста расходов никогда не включается в качестве одного из элементов системы мониторинга их деятельности. Аналогичным образом сдерживание роста расходов не фигурирует в ключевых показателях эффективности планов страхования, находящихся в ведении самих организаций. Помимо администраторов планов, важную роль в повышении осведомленности своих членов о мерах экономии играют ассоциации пенсионеров, что весьма похвально.

161. **Изменения структуры планов и квалификационных критериев способствуют долгосрочному сокращению расходов, но могут происходить за счет неравного страхового покрытия для сотрудников.** В ФАО введен новый план медицинского страхования, специально разработанный для сотрудников, набранных на местах и поступивших на работу в организацию 1 октября 2016 года или в последующий период. До этого в ФАО существовал только один план — Базовый план медицинского страхования для всех сотрудников во всем мире, обеспечивавший равное покрытие для всех. Новый план, Программа медицинского страхования, в целом предусматривает меньшее страховое покрытие, чем первоначальный план, и значительно меньший размер ежегодного страхового взноса — 39,93 долл. на человека на 2023 год по сравнению со 143,53 долл. в случае первоначального плана. Таким образом, введение нового плана позволило снизить расходы организации на медицинское страхование, включая будущие расходы на медицинское страхование после выхода на пенсию. Следует отметить, что наличие двух отдельных планов — одного для сотрудников штаб-квартиры и сотрудников на местах, набранных на международной основе, и другого для сотрудников на местах, набранных на местной основе, — является общей практикой, используемой большинством участвующих организаций⁹⁵. Размеры более нового плана ФАО пока невелики (по состоянию на конец 2022 года в нем участвовало 223 работающих сотрудника). Пока не ясно, в какой степени этот план будет отвечать потребностям целевой категории персонала.

162. **Некоторые меры по сдерживанию роста расходов требуют долгосрочного планирования.** В 2023 году МАГАТЭ в порядке меры по сдерживанию роста расходов понизило возраст охватываемых планом не являющихся иждивенцами детей участников плана медицинского страхования после выхода на пенсию с 30 до 25 лет⁹⁶. Это также поможет в долгосрочной перспективе ограничить в организации число участников плана медицинского страхования после выхода на пенсию. Насколько эффективна окажется эта мера по сдерживанию роста расходов пока не ясно, но она свидетельствует о том, что меры по сокращению расходов на длительную перспективу могут потребовать долгосрочного планирования.

⁹⁴ Организации, расположенные в Соединенных Штатах, совместно привлекли внешнего администратора для своих планов медицинского страхования.

⁹⁵ В числе 28 участвующих организаций единый план медицинского страхования для всех сотрудников существует только в ВОЗ, ВОИС, ВПС, МАГАТЭ, МОТ, ЮНВТО и ЮНЕСКО. Следует отметить, что среди этих организаций значительный штат сотрудников на местах имеют только ВОЗ, МОТ и ЮНЕСКО.

⁹⁶ Это касается только тех сотрудников, которые поступили на работу 1 марта 2023 года или в последующий период.

163. Использование национальных программ медицинского страхования позволяет успешно снизить расходы, но это применимо не везде. В 2011 году Секретариат Организации Объединенных Наций обязал своих сотрудников, вышедших на пенсию в США и получающих медицинскую страховку после выхода на пенсию, зарегистрироваться в федеральной программе США «Медикэр», часть В, страховые взносы в которую возмещаются организацией. Программа «Медикэр», часть В, обеспечивает основное страховое покрытие для сотрудников, вышедших на пенсию, а планы Организации Объединенных Наций служат дополнительной страховкой⁹⁷. По сути, страховое покрытие для участников плана не меняется, но Организация Объединенных Наций получает возможность сэкономить средства за счет уменьшения сумм возмещения по своим собственным планам. По оценкам актуариев-консультантов, за финансовый период, заканчивающийся 31 декабря 2020 года, благодаря прогнозируемой экономии средств от реализации этой инициативы величина начисленных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию снизилась на 8 %, т.е. на тот момент начисленные обязательства уменьшились на 600 млн долларов⁹⁸. ВОЗ внесла соответствующие изменения в правила медицинского страхования для своих вышедших на пенсию сотрудников, живущих в Соединенных Штатах. В настоящее время этот вариант рассматривается в ФАО.

164. Национальные планы страхования доступны в Австрии, Канаде, Соединенном Королевстве и Швейцарии. В Соединенном Королевстве сотрудники ИМО зачисляются в программу Национальной службы здравоохранения. Хотя использование услуг Национальной службы здравоохранения считается дополнительной программой, план медицинского страхования ИМО предусматривает финансовые стимулы для участников плана, пользующихся услугами Национальной службы здравоохранения, что является полезной практикой. В других странах, например в Австрии и Канаде, у сотрудников есть возможность отказаться от участия в собственных планах организаций и зарегистрироваться в национальных планах с получением субсидии организации. Данных о том, позволило ли это организациям экономить средства, нет. Пенсионерам ВПС, избравшим вариант страхования в рамках национального медицинского страхования Швейцарии, регулируемого Федеральным законом о медицинском страховании, ВПС субсидирует страховые взносы и предлагает субсидируемый план дополнительного медицинского страхования. Организация не сообщила об экономии средств в результате использования этого механизма.

165. Большинству администраторов планов не удалось продемонстрировать ощутимые результаты принимаемых ими мер по сдерживанию роста расходов. В ходе обзора было выявлено очень мало примеров сообщения внешними администраторами об экономии средств (или предотвращения возникновения затрат) в результате принятых ими мер по сдерживанию роста расходов. Например, внешний администратор Плана медицинского страхования ПРООН сообщил в 2021 году о том, что благодаря переговорам с поставщиками медицинских услуг, предоставлению медицинских услуг и решению вопросов в конкретных случаях, а также мерам по борьбе с мошенничеством, растратами и злоупотреблениями удалось сократить расходы и избежать затрат в общей сложности на сумму 1,06 млн долларов. В рамках программы медицинского страхования персонала ВОЗ экономия средств отслеживается в рамках ведения дел, что в 2022 году также позволило сэкономить 1,06 млн долларов. В остальном Инспектор пришел к выводу, что в целом работа по сдерживанию роста расходов на медицинское страхование активно и систематически не ведется. В настоящее время применяются следующие методы сдерживания роста расходов:

⁹⁷ Программа «Медикэр», часть В, покрывает два типа услуг: а) услуги или принадлежности, необходимые для диагностики или лечения заболеваний; и б) профилактику.

⁹⁸ См. [A/76/373](#).

- контроль сумм заявлений о возмещении медицинских расходов с целью обеспечения сохранения расходов на разумном и принятом на соответствующем рынке уровне;
- согласование льготных тарифов с местными и входящими в соответствующие сети поставщиками медицинских услуг;
- предоставление финансовых стимулов, когда участники плана могут продемонстрировать экономию средств, например при использовании услуг национального медицинского страхования, обращении к менее дорогим поставщикам услуг и использовании непатентованных лекарств;
- прямое предоставление медицинских услуг в местах службы, где отсутствует доступ к качественным услугам;
- взаимодействие с участниками плана, особенно по вопросам финансового положения плана;
- содействие расширению профилактических мероприятий;
- медицинские консультации и ведение больных, особенно при хронических заболеваниях;
- усиление мер по предотвращению и пресечению мошенничества;
- повышение осведомленности участников планов медицинского страхования.

166. **Большинство программ медицинского страхования не подвергаются регулярному аудиту со стороны организаций.** Функция аудита играет незаменимую роль в сдерживании роста расходов, выявлении мошенничества и совершенствовании политики и практики медицинского страхования в целом. Контрольные мероприятия, например плановые ревизии заявлений о возмещении медицинских расходов и оценка политики в рамках программ медицинского страхования, находящихся в ведении Центральных учреждений Организации Объединенных Наций, имеют первостепенное значение для обеспечения надлежащих условий для контроля и стимулирования мер по сдерживанию роста расходов и по предотвращению и выявлению мошенничества для всех типов планов медицинского страхования. **Инспектор рекомендует периодически проводить ревизорские проверки, в частности, для оценки точности информации о соответствии критериям и вынесения решений по заявлениям о возмещении медицинских расходов, а также соответствия работы администратора согласованным стандартам.**

167. **Закрываемые договоры должны предусматривать положения, позволяющие владельцам планов проводить аудиторские проверки администраторов и страховщиков.** Полезной практикой, выявленной в ходе обзора, является также включение в некоторые договоры страхования или административного управления положения о том, что подрядчик должен иметь свидетельство о сертификации внешней организацией, аккредитованной в области управления рисками мошенничества, его выявления и предотвращения, а также положений, позволяющих участвующей организации проводить в очном или заочном режиме аудиторские проверки систем внутреннего контроля, процедур и практики страховщика или внешнего администратора, связанных с обработкой заявлений о возмещении медицинских расходов и предотвращением, контролем и устранением последствий мошенничества. **Инспектор предлагает по возможности пересмотреть договорные механизмы планов с внешним управлением или страхованием на предмет введения таких условий и обеспечения эффективного осуществления полномочий по проведению аудиторских проверок.**

3. Закупки

168. **Имеются некоторые примеры межучрежденческого сотрудничества и обмена передовым опытом и информацией об извлеченных уроках в области приобретения услуг коммерческих медицинских страховых компаний и внешних**

администраторов. В 2015 году в докладе Генерального секретаря⁹⁹ указывалось на необходимость проведения организациями системы Организации Объединенных Наций коллективных переговоров с внешними администраторами планов медицинского страхования и коммерческими медицинскими страховыми компаниями с целью оптимизации тарифов и обеспечения доступа к сетям. В его последующем докладе¹⁰⁰ организациям было рекомендовано рассмотреть вопрос о приведении своих требований, предъявляемых к внешним администраторам, в соответствие с передовой практикой, что включает согласование различных важных аспектов, таких как ключевые показатели эффективности, методология ценообразования, структура и периодичность отчетности, и контроль и аудит. Инспектор не обнаружил никакой информации об осуществлении деятельности в связи с этой рекомендацией, помимо существующего и исторически сложившегося межучрежденческого сотрудничества в области совместных закупок, например сотрудничества между администраторами планов медицинского страхования.

169. Отсутствие межучрежденческой координации означает, что организациями системы Организации Объединенных Наций были упущены возможности укрепления переговорных позиций на рынке медицинского страхования, где действует всего несколько поставщиков услуг. Почти 240 000 участников страховых программ Организации Объединенных Наций застрахованы в рамках планов медицинского страхования с внешними администраторами и почти 83 000 человек застрахованы в рамках планов коммерческого страхования. Несмотря на это, услуги медицинского страхования приобретались по-отдельности, в том числе для планов ВПС, ЮНВТО и ЮНОПС, в каждом из которых насчитывается менее 1000 участников (эти три плана находятся в ведении одной компании медицинского страхования). Следует отметить, что совместные закупки организовать непросто, в частности из-за несовпадения циклов закупок и различий в операционных правилах и системах общеорганизационного управления. Прилагавшиеся в прошлом усилия по содействию согласованию требований при осуществлении закупок, включая использование типового соглашения, отражающего передовую практику в данной отрасли, не получили распространения из-за отсутствия центрального координационного органа и единой базы данных для управления информацией после прекращения деятельности Рабочей группы по медицинскому страхованию после выхода на пенсию. В ходе бесед ряд администраторов планов отметили трудности, возникающие при подготовке такого круга ведения из-за отсутствия собственных специалистов и доступа к информации о положительных примерах в работе других организаций. Некоторые участвующие организации нанимали внешнего консультанта по вопросам медицинского страхования для оказания поддержки в ходе процедуры проведения торгов, что является полезной практикой. Еще одна проблема — нехватка поставщиков, которые отвечают установленным требованиям и могут участвовать в конкурсных торгах. В 19 планах с внешней администрацией и коммерческим страхованием за пределами Соединенных Штатов используются только три компании: «Сигна» (15 планов), «Альянц кэр» (3 плана, но один страхователь) и «Эм-Эс-Эйч интернешнл» (1 план). Создавая определенные трудности, это в свою очередь открывает возможности для проведения коллективных переговоров и согласования условий соглашений об уровне обслуживания, особенно с компанией «Сигна».

⁹⁹ [A/70/590](#).

¹⁰⁰ [A/73/662](#).

IV. Адекватность и качество услуг

170. **Общесистемный опрос по вопросам покрытия в рамках медицинского страхования, при проведении которого было получено более 23 000 ответов.** В данном разделе отражены мнения и отзывы работающих сотрудников и пенсионеров об актуальности, адекватности и эффективности программ медицинского страхования, в которых они участвуют. Для целей обзора были собраны и проанализированы данные, полученные главным образом в ходе масштабного онлайн-опроса, который проводился в период с 4 мая 2023 года по 20 июня 2023 года и на вопросы которого в итоге ответили 23 163 действующих и вышедших на пенсию сотрудника во всем мире. Число респондентов, принявших участие в опросе, составило 14,7 % от общего числа работающих и вышедших на пенсию сотрудников, застрахованных в рамках 25 программ медицинского страхования Организации Объединенных Наций (157 266 человек)¹⁰¹. Хотя в силу использованной методологии нельзя утверждать, что результаты опроса статистически репрезентативны для опрошенной группы, объем полученных ответов позволяет сделать обоснованные выводы для целей данного анализа, основная цель которого — выявить недостатки и области для улучшения.

171. **В ходе опроса затрагивались вопросы достаточности страхового покрытия, доступа к медицинскому обслуживанию и эффективности административного управления планами медицинского страхования.** Респондентам предлагалось высказать свое мнение по следующим аспектам: а) насколько их программа медицинского страхования удовлетворяет их потребности в медицинском обслуживании и потребности их иждивенцев; б) возможности доступа к медицинскому обслуживанию и другим соответствующим услугам в месте их службы; и в) эффективность административного управления их программой медицинского страхования. Полученные результаты кратко изложены в данном разделе. Вся информация о результатах опроса содержится в дополнительном документе к настоящему обзору.

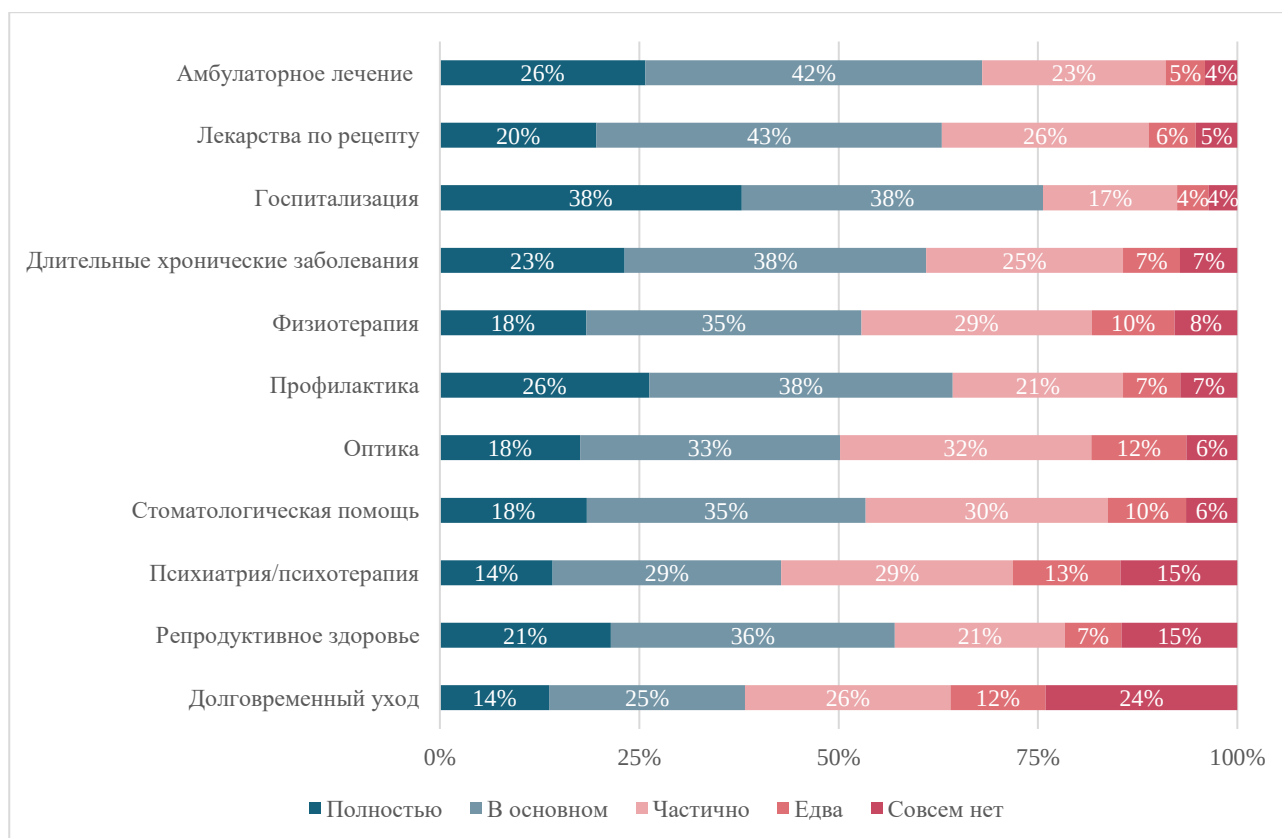
A. Страховое покрытие и соответствующие расходы

172. **В ряде областей медицинского обслуживания страховое покрытие не вполне удовлетворительно.** Респондентам было предложено оценить, в какой степени страховое покрытие их программы медицинского страхования, финансируемой их организациями, соответствует их потребностям, включая потребности их иждивенцев, включенных в такую программу. Из 11 областей страхового покрытия, по которым респондентам задавались вопросы, самую высокую оценку получили госпитализация, амбулаторное лечение и профилактическое обслуживание, которые чаще всего «полностью» или «в основном» соответствовали потребностям респондентов. С другой стороны, наименьшее количество ответов о том, что покрытие «полностью» или «в основном» удовлетворяет потребности респондентов, было получено в случае долговременного ухода, охраны психического здоровья (психиатрия и психотерапия) и офтальмологических услуг. Общие результаты опроса показаны на диаграмме III.

¹⁰¹ Число штатных сотрудников и пенсионеров, являющихся участниками плана, не включая находящихся под защитой членов семей.

Диаграмма III

Высказанные в ходе опроса мнения респондентов о том, в какой степени программа первичного медицинского страхования, финансируемая с участием их организации, соответствует их потребностям, включая потребности их иждивенцев



Источник: проведенный ОИГ в 2023 году общесистемный опрос персонала по программам медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций.

173. В целом 68 % респондентов считают, что амбулаторное лечение отвечает их потребностям. В случае амбулаторного лечения в 25 программах медицинского страхования самую высокую оценку в отношении того, что страховое покрытие «полностью» или «в основном» отвечает их потребностям, дали респонденты, застрахованные в планах медицинского страхования ВОИС, ВПС и ЮНВТО. Отвечая на вопрос о том, отвечает ли страховое покрытие их потребностям «полностью» или «в основном», самую низкую оценку дали респонденты, застрахованные в Фонде медицинского страхования ЮНЕСКО, планах медицинского страхования ЮНОПС, ПРООН, ЮНИСЕФ и УВКБ, а также в плане для сотрудников категории общего обслуживания на местах ЮНИДО. За исключением плана ЮНЕСКО, последние четыре программы предназначены именно для сотрудников, набираемых на местной основе за пределами штаб-квартир.

174. Покрытие расходов на госпитализацию полностью или в основном соответствует ожиданиям 76 % респондентов. В отношении госпитализации большинство респондентов (более 60 % по каждой программе) указали, что страховое покрытие, предусмотренное их планами медицинского страхования, «в основном» или «полностью» отвечает их потребностям, причем самую высокую оценку (97 %) получил план ВОИС, а самую низкую (62 %) — план ЮНЕСКО.

175. Около 63 % респондентов находят страховое покрытие лекарственной терапии удовлетворительным. В случае лекарств, приобретаемых по рецепту врача, 63 % респондентов полагали, что их потребности удовлетворяются «полностью» или «в основном», но при этом было получено более 2000 комментариев, в которых говорилось, что эти потребности не удовлетворяются, в том числе в связи с тем, что

некоторые фармацевтические продукты, такие как витамины и минералы, не покрываются, несмотря на то, что их прописывают врачи. Анализ ответов в разбивке по планам показал, что наименьшее число ответов о том, что потребности удовлетворяются «полностью» или «в основном», было получено от респондентов, застрахованных по программе медицинского страхования ВПП, планам медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций, ПРООН, УВКБ, ЮНИСЕФ и ЮНОПС для сотрудников, набранных на местной основе за пределами штаб-квартир, а также по плану ЮНЕСКО.

176. Хотя 61 % респондентов считает, что их медицинская страховка адекватно отвечает их потребностям в связи с долговременными хроническими заболеваниями, результаты опроса значительно различаются в зависимости от плана. Более 90 % респондентов из ВОИС считали, что их план медицинского страхования «полностью» или «в основном» отвечает этим потребностям, в то время как среди респондентов в ЮНЕСКО и набранных на местах сотрудников ЮНИСЕФ таких было всего 50 %. Если сравнивать респондентов, набранных на местной основе, и респондентов, набранных на международной основе, то в первой группе адекватным свое медицинское страхование в этой области сочли 57 %, тогда как во второй группе таких было 66 %. Между респондентами-женщинами и респондентами-мужчинами существенной разницы в ответах не наблюдалось¹⁰². Согласно полученным комментариям, наибольшую озабоченность вызывают недостаточное покрытие или ограниченные предельные уровни возмещения расходов на долговременный уход за пожилыми людьми, продолжительную физиотерапию, состояния, связанные с физической инвалидностью, и лекарства в случае хронических заболеваний, таких как диабет, высокое кровяное давление, рак и хроническая боль.

177. Только 53 % респондентов указали, что предусмотренное покрытие физиотерапии полностью или в основном отвечает их потребностям. В случае физиотерапии в ходе опроса сообщили, что их потребности были удовлетворены «полностью» или «в основном», около 53 % всех респондентов. Анализ ответов в разбивке по планам медицинского страхования показывает, что наибольшее количество ответов «полностью или в основном удовлетворяет потребности респондентов» получили планы ВОИС, МОТ и ЮНВТО (во всех трех случаях более 70 %). ЮНВТО и ВОИС предлагают самые высокие ставки возмещения стоимости этих услуг (100-процентная ставка возмещения при использовании сетевых поставщиков услуг в Испании в ЮНВТО и 90-процентная ставка возмещения в ВОИС). Помимо этих двух программ, заметной корреляции между уровнем страхового покрытия и ответами респондентов не наблюдается, за исключением программы ЮНЕСКО, которая получила самую низкую оценку (только 30 % респондентов, застрахованных в этой программе, считают, что их потребности в физиотерапии удовлетворяются «полностью» или «в основном»). Этот план относится к числу программ, предлагающих самый низкий уровень покрытия, со ставкой возмещения в 70 % при стоимости одного сеанса до 15 долл. и количестве сеансов до 50 в год. Кроме того, как и в случае других видов медицинского обслуживания, одни из самых низких оценок также получили планы медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций, УВКБ, ЮНИСЕФ и ПРООН: сообщили, что их потребности были удовлетворены «полностью» или «в основном», менее 50 % респондентов.

178. Профилактические услуги хорошо покрываются страховкой по мнению 64 % респондентов. В целом весьма достойно оценивались респондентами профилактические услуги — несмотря на различный уровень покрытия в разных планах, 64 % респондентов указали, что их потребности были удовлетворены «полностью» или «в основном». Как и в случае других видов медицинского обслуживания, ниже всего процент ответов о том, что потребности удовлетворяются «полностью» или «в основном» (50–52 %) был среди респондентов, застрахованных в ЮНЕСКО и по планам медицинского страхования ПРООН, УВКБ и ЮНИСЕФ.

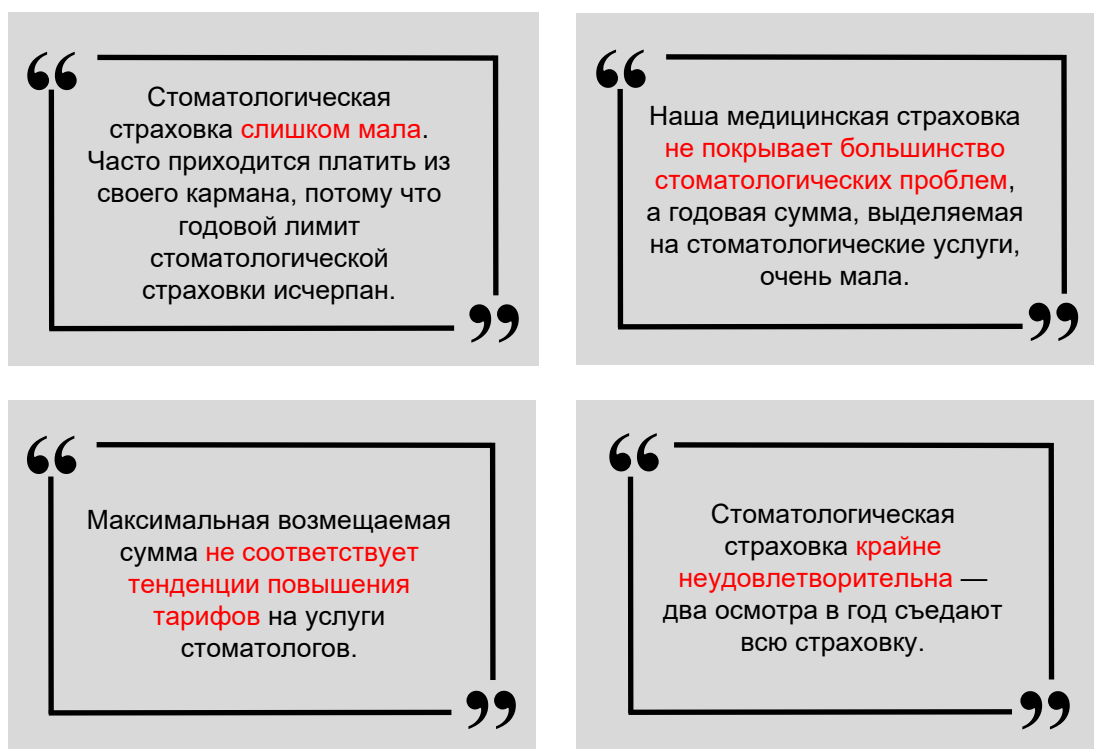
¹⁰² Из 17 респондентов, указавших, что они идентифицируют себя по другому признаку пола, 12 считали, что их медицинская страховка не отвечает их потребностям или отвечает лишь частично.

В категории участников программ страхования, которые относят себя или своих иждивенцев к сексуальной ориентации, отличной от гетеросексуальной, чаще всего высказывались опасения, связанные с отсутствием покрытия планового тестирования на другие, помимо ВИЧ, заболевания, передающиеся половым путем, и покрытия доконтактной профилактики для целей предотвращения ВИЧ.

179. Недостаточным считают покрытие стоматологических услуг 46 % респондентов, при этом между программами имеют место весьма существенные различия. В случае стоматологической помощи 54 % всех респондентов считают, что страховое покрытие «полностью» или «в основном» отвечает их потребностям, однако процентное соотношение ответов значительно варьируется в зависимости от программы медицинского страхования в диапазоне от 37 % (ЮНЕСКО и Программа медицинского страхования ВПП) до 80 % (ВОИС). Самую низкую оценку (соответственно 40 % и 41 %) дали респонденты, застрахованные в Риме по планам ФАО и ВПП (Базовый план медицинского страхования). Это, возможно, свидетельствует о том, что нынешний уровень страхового покрытия не вполне соответствует уровню таких затрат в этой стране. В ответах в поле для изложения в свободной форме комментариев о неудовлетворенных потребностях стоматологическая помощь фигурировала в числе позиций, в случае которых респонденты чаще всего указывали на недостаточность страхового покрытия (более 1700 комментариев). Некоторые примеры комментариев приведены в диаграмме IV.

Диаграмма IV

Примеры комментариев, касающихся покрытия стоматологических услуг



Источник: подготовлено ОИГ.

180. Недостаточным считают покрытие офтальмологических услуг 49 % респондентов, при этом между программами наблюдаются огромные различия. В случае офтальмологических услуг считают, что предусмотренное страховое покрытие «полностью» или «в основном» удовлетворяет их потребности, 51 % респондентов. Более половины планов получили низкую оценку респондентов (менее 50 % ответов о том, что потребности удовлетворяются «полностью» или «основном»), что свидетельствует о наличии значительных неудовлетворенных потребностей.

Около 30 % респондентов, застрахованных по планам медицинского страхования ПРООН и ЮНОПС, а также по плану ИМО, сообщили, что покрытие «едва» отвечает их потребностям или «вообще» не позволяет удовлетворить их. Это говорит о низком уровне покрытия, предусмотренного этими планами по данной позиции. С другой стороны, два плана, получившие самые высокие оценки, а именно планы МОТ и ВОИС, предлагают гораздо более высокий уровень страхового покрытия. В ответах в поле для изложения комментариев в свободной форме в качестве неудовлетворенной потребности эту область поместили более 1200 респондентов. Некоторые примеры комментариев приведены в диаграмме V.

Диаграмма V

Примеры комментариев, касающихся покрытия офтальмологических услуг



Источник: подготовлено ОИГ.

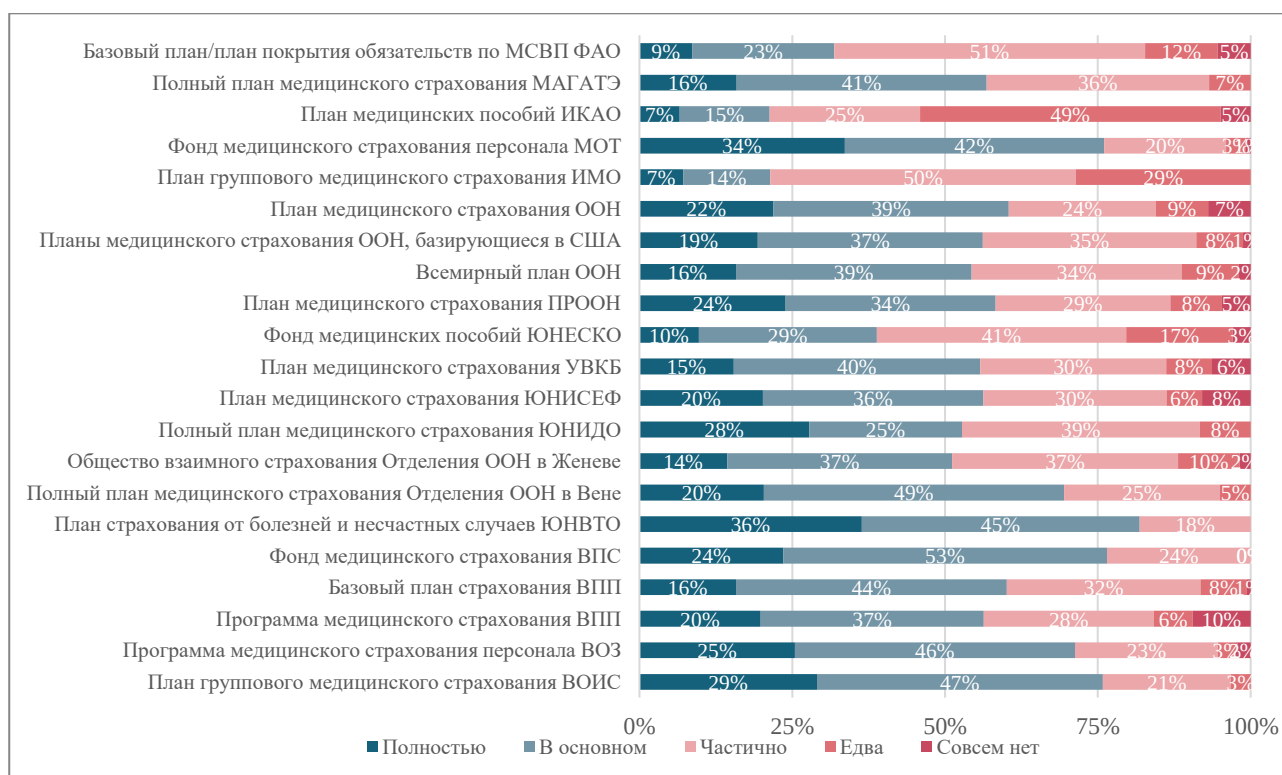
181. **Лишь 43 % респондентов считают страховое покрытие психиатрической помощи достаточным.** Охрана психического здоровья (психиатрия и психотерапия) относится к числу областей, где, согласно полученным в ходе опроса ответам, существуют серьезные неудовлетворенные потребности¹⁰³. Более 50 % респондентов отмечали, что их страховое покрытие «полностью» или «в основном» отвечает их

¹⁰³ Этот вывод согласуется с заключением, к которому ОИГ пришла в рамках обзора политики и практики поддержания психического здоровья и благополучия сотрудников в организациях системы Организации Объединенных Наций (JIU/REP/2023/4), где содержится следующая рекомендация: «Участвующим организациям рекомендуется использовать имеющиеся рекомендации, выдвинутые Советом по реализации, и провести всесторонний анализ своих программ. Это будет способствовать достижению заявленной стратегической цели, заключающейся в том, что Организации Объединенных Наций настоятельно необходимо пересмотреть, упростить и стандартизировать свои программы медицинского страхования в части, касающейся психического здоровья, благополучия и инвалидности. Повторный анализ программ медицинского страхования в масштабах всей системы также откроет возможности для выработки единого подхода, обеспечивающего базовое покрытие расходов на поддержание психического здоровья и благополучия персонала, что, в свою очередь, расширит доступ к услугам психосоциальной поддержки».

потребностям, только по семи планам медицинского страхования¹⁰⁴. Это две базирующиеся в Соединенных Штатах программы Секретариата ООН, а также программы ВОЗ, ВОИС, ВПС, МОТ и ЮНВТО. Самые низкие оценки (доля респондентов, указавших, что их потребности были удовлетворены «полностью» или «в основном», находилась в диапазоне от 22 % до 28 %) получили планы ИКАО, ФАО и ЮНЕСКО. Результаты опроса, касающиеся потребностей в психиатрической помощи, в разбивке по программам медицинского страхования показаны на диаграмме VI.

Диаграмма VI

Высказанные в ходе опроса мнения респондентов о том, насколько страховые выплаты, связанные с психиатрией и психотерапией (охрана психического здоровья), отвечают их потребностям, включая потребности их иждивенцев



Источник: проведенный ОИГ в 2023 году общесистемный опрос персонала по программам медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций.

182. Около 44 % респондентов, нуждавшихся в услугах психиатрической помощи, сочли, что на протяжении последних трех лет страховое покрытие было недостаточным. Исследование показало, что 18 % респондентов (или 3797 из 21 051 человека, ответивших на этот вопрос) в течение предыдущих трех лет пользовались услугами медицинского страхования, связанными с психиатрической, психологической помощью или охраной психического здоровья, либо для себя, либо для своих иждивенцев. Среди этих респондентов 56 % указали, что страховое покрытие «полностью» или «в основном» позволило им получить необходимую психиатрическую помощь, в то время как 32 % ответили «частично», 9 % — «едва» и 3 % — «совсем нет». Анализ не выявил существенных различий в ответах между респондентами-мужчинами и респондентами-женщинами, а также между работающими и вышедшими на пенсию сотрудниками, набранными на местной или международной основе. В географическом отношении респонденты из мест службы

¹⁰⁴ Количество респондентов, застрахованных в соответствии с Планом ЮНИДО для сотрудников категории общего обслуживания на местах, недостаточно для анализа.

или основных стран проживания в Африке считали, что страховое покрытие отвечает их потребностям в меньшей степени, чем респонденты из других регионов.

183. Страховое покрытие услуг по охране репродуктивного здоровья также считается неравномерным в зависимости от программы: в среднем как удовлетворительное его оценивают 57 % респондентов. В случае услуг по охране репродуктивного здоровья в ходе опроса сообщили, что их потребности были удовлетворены «полностью» или «в основном», около 57 % всех респондентов. В разбивке по программам анализ показал, что такие ответы дали менее 50 % респондентов, застрахованных по планам ФАО, ИКАО, ЮНЕСКО и по плану медицинского страхования УВКБ, тогда как план ВОИС получил такую оценку в более чем 85 % ответов. В категории участников программ страхования, которые относят себя или своих иждивенцев к сексуальной ориентации, отличной от гетеросексуальной, основной поднимавшейся проблемой стало страховое покрытие лечения бесплодия. При этом трудности были связаны с тем, что некоторые программы вообще не предусматривают покрытия лечения бесплодия, или же возникают препятствия для получения страхового возмещения однополых парой.

184. Уровень удовлетворенности страховым покрытием долгосрочного ухода очень низок. По позиции долгосрочного ухода было меньше всего ответов, в которых респонденты указывали, что их потребности удовлетворены «полностью» или «в основном» (38 %). В беседах с представителями ассоциаций пенсионеров этот вопрос чаще всего поднимался как недостаточно охваченный большинством программ медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций¹⁰⁵.

185. Около 65 % респондентов полагали, что их потребности, связанные с COVID-19, были удовлетворены «полностью» или «в основном». Крупная область неудовлетворенных потребностей, о которой говорили свыше 1350 авторов комментариев, связана с тестами на COVID-19, которые не подлежали возмещению, даже если они могли требоваться для работы или командировки. Одной из проблем было получение рецепта врача в разгар пандемии, что также повлияло на размер возмещаемых расходов на медицинские услуги и выписанные лекарства. Большинство комментариев, касающихся трудностей при получении возмещения по медицинскому страхованию, поступило от респондентов, застрахованных по планам медицинского страхования ПРООН, ЮНИСЕФ и УВКБ, а также по Всемирному плану Организации Объединенных Наций.

186. Гендерные потребности вполне удовлетворяются за счет медицинского страхования: «совершенно согласны» или «согласны» были более 80 % респондентов. Доля выразивших согласие с этим респондентов-женщин (82 %) была ниже, чем доля респондентов-мужчин (87 %). В категории участников программ страхования, которые относят себя или своих иждивенцев к сексуальной ориентации, отличной от гетеросексуальной, 79 % согласились с тем, что их гендерные потребности вполне удовлетворяются в рамках программ медицинского страхования.

187. Инспектор предлагает участвующим организациям повторно проанализировать покрытие, предусматриваемое их планами медицинского страхования, с целью восполнения наиболее важных пробелов и приведения покрытия в соответствие с существующими основными моделями на поэтапной и устойчивой основе, постоянно активно консультируясь с представителями участников для обеспечения учета их приоритетов и финансовой стабильности программ. Согласно проведенному ОИГ общесистемному опросу, особое внимание следует уделить следующим областям: амбулаторное лечение, особенно для персонала, набранного на местной основе; долгосрочный уход; условия, связанные с физической инвалидностью и оплатой лекарств при наличии хронических заболеваний; физиотерапия; плановые медицинские осмотры; стоматологическая помощь; оптика; психическое здоровье; охрана репродуктивного здоровья.

¹⁰⁵ См. пп. 114–116 выше.

188. Большинство респондентов были удовлетворены доступностью информации о страховом покрытии, но при этом разделились во мнениях при оценке страховых взносов по признаку соотношения цены и качества. Только около 48 % респондентов ЮНЕСКО были «полностью согласны» или «согласны» с тем, что страховые взносы на медицинское страхование, совместно оплачиваемые ими и их организацией, обеспечивают хорошее соотношение цены и качества. Это согласуется с результатами анализа размера страховых взносов по данному плану, который находится в верхней части диапазона по уровню покрытия, где уровень возмещения большинства расходов составляет 75 %. В отзывах респондентов, застрахованных по остальным программам, разброс составляет от 54 % участников, указавших, что они «полностью согласны» или «согласны» (респонденты из ВПС), до 89 % (респонденты из ЮНИДО и ЮНВТО). Результаты опроса в разбивке по планам страхования показаны на диаграмме VII.

Диаграмма VII

Уровень согласия респондентов с тем, в какой степени страховые взносы на медицинское страхование, совместно оплачиваемые ими и их организациями, обеспечивают хорошее соотношение цены и качества



Источник: проведенный ОИГ в 2023 году общесистемный опрос персонала по программам медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций.

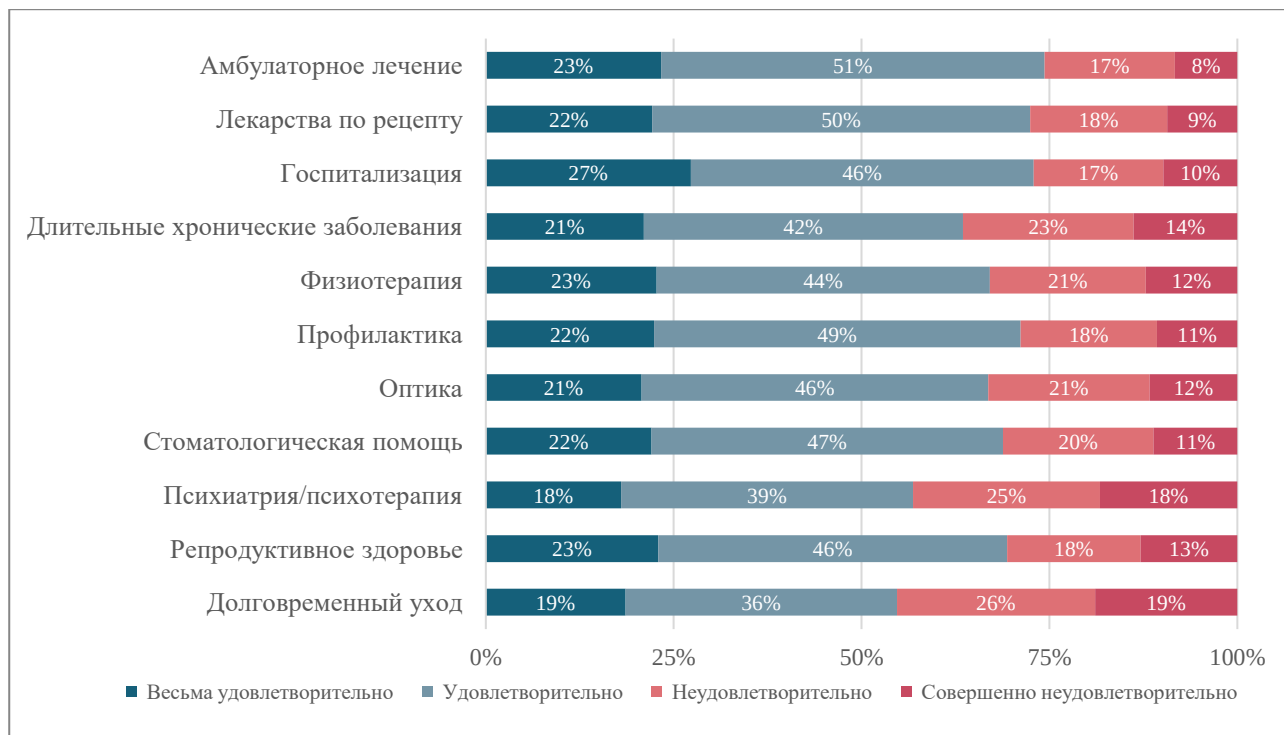
В. Доступ к услугам здравоохранения

189. Наличие одной лишь страховки недостаточно; должна также иметься возможность получения надлежащих медицинских услуг. В рамках опроса, проведенного в рамках настоящего обзора, также запрашивалось мнение действующих сотрудников о степени удовлетворенности доступом к медицинскому обслуживанию в местах службы. Среди 11 ключевых областей страхового покрытия доступность амбулаторного лечения, госпитализации, лекарств и профилактических медосмотров оценили как удовлетворительную или весьма удовлетворительную более 70 % респондентов, в то время как наибольшее количество неудовлетворительных отзывов было получено по позициям доступности долговременного ухода и охраны

психического здоровья — соответственно 45 % и 43 %. Результаты опроса показаны на диаграмме VIII.

Диаграмма VIII

Мнения респондентов о доступности медицинского обслуживания в местах службы



Источник: проведенный ОИГ в 2023 году общесистемный опрос персонала по программам медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций.

190. Из пяти рассматриваемых регионов¹⁰⁶ наименее удовлетворены доступностью большинства видов медицинской помощи были респонденты, работающие в Африке. В Африке самый низкий уровень степени удовлетворенности был отмечен в случае стоматологической и офтальмологической помощи, физиотерапии, долговременного ухода, лечения, связанного с хроническими заболеваниями и состоянием психического здоровья (во всех случаях ниже 50 %)¹⁰⁷. Респонденты из мест службы в Азии были в основном удовлетворены медицинским обслуживанием по большинству направлений, за исключением доступа к услугам по охране психического здоровья для респондентов в Центральной Азии¹⁰⁸, Южной Азии¹⁰⁹ и Западной Азии¹¹⁰ (во всех случаях показатель степени удовлетворенности ниже 50 %). Подробная информация о результатах опроса, касающихся доступности медицинских услуг, содержится в дополнительном документе к настоящему обзору.

191. Степень удовлетворенности доступностью медицинского обслуживания вне мест службы варьируется по регионам и в зависимости от типа контракта. Ответы на вопрос о том, в какой степени их программы медицинского страхования

¹⁰⁶ Упомянутые пять регионов — Африка, Северная и Южная Америка, Азия, Европа и Океания.

¹⁰⁷ В Океании респонденты, работающие в местах службы в Микронезии (таких, как Кирибати и Маршалловы Острова) и Полинезии (таких, как Самоа и Тонга), были наименее удовлетворены доступностью профилактической помощи (25 %), амбулаторного лечения (32 %), госпитализации (17 %), офтальмологической помощи (18 %), услуг по охране психического здоровья (6 %) и долговременного ухода (0 %). Однако репрезентативность этих данных ограничена, поскольку оценки различных областей медицинской помощи представили только от 14 до 22 респондентов из этих двух субрегионов.

¹⁰⁸ Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан.

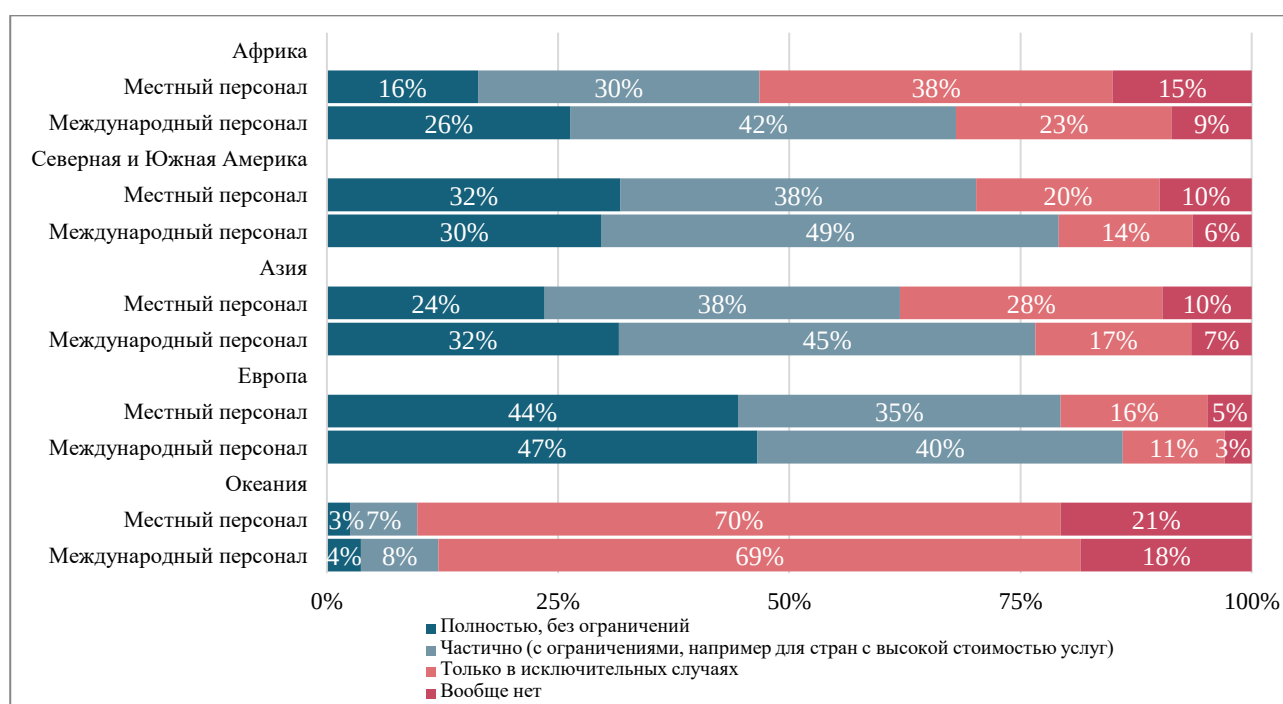
¹⁰⁹ В основном в Афганистане, Бангладеш и Пакистане.

¹¹⁰ В основном в Ливане, Йемене и Турции.

позволяют получать медицинское обслуживание и другие связанные с этим услуги, не доступные в местах службы (для сотрудников) или по месту основного проживания (для пенсионеров), полученные от застрахованных участников в Африке, были несколько более позитивными, однако более половины респондентов из числа набранных на местной основе работающих и вышедших на пенсию сотрудников указали, что их программы медицинского страхования помогают им получать медицинские услуги вне мест службы или основного проживания только в исключительных случаях и при условии получения предварительного разрешения (38 %) или же не делают этого вообще (15 %) ¹¹¹. Результаты опроса в разбивке респондентов по регионам и категориям найма показаны на диаграмме IX.

Диаграмма IX

Мнения респондентов о том, в какой степени программы медицинского страхования позволяют им получать доступ к медицинским услугам, недоступным в местах службы (для сотрудников) или в основном месте жительства (для пенсионеров)



Источник: проведенный ОИГ в 2023 году общесистемный опрос персонала по программам медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций.

192. Менее половины респондентов, застрахованных по плану ЮНЕСКО и планам медицинского страхования ПРООН и УВКБ, сочли приемлемыми расходы на оплату из собственных средств или осуществление доплат. В региональном разрезе, «полностью согласны» или «согласны» с приемлемостью расходов, покрываемых из собственных средств, менее половины респондентов, чьи места службы или основные страны проживания находятся в Океании и Африке. Респонденты из других регионов в большей степени согласны с этим утверждением (52 % в Азии, 63 % в Северной и Южной Америке и 67 % в Европе). В целом респонденты, набранные на международной основе, считали размер расходов, покрываемых из собственных средств, более приемлемым, чем их коллеги, набранные на национальной основе (61 % против 56 % участников, которые были «полностью согласны» или «согласны»).

¹¹¹ Только 3 % респондентов из Океании указали в ответах «полностью, без каких-либо ограничений» и 8 % — «частично (имеются ограничения, например страны с высокой стоимостью медицинских услуг)».

С. Качество административного управления медицинским страхованием

193. **Оценки эффективности механизма разрешения споров по заявлениям об оплате медицинских расходов значительно различаются в зависимости от программ.** С тем, что предусмотренные механизмы разрешения споров по заявлениям о возмещении медицинских расходов являются эффективными, согласились только 43–51 % респондентов, застрахованных по планам Секретариата Организации Объединенных Наций, базирующимся в Соединенных Штатах¹¹², плану медицинского страхования УВКБ, ЮНОПС и Общества взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве, в то время как в случае респондентов, застрахованных по плану ЮНВТО и по плану МАГАТЭ, этот показатель составил соответственно 94 % и 83 %. Результаты опроса в разбивке по программам представлены на диаграмме X. Эти данные согласуются с результатами опроса о степени удовлетворенности ясностью обоснования в случае частичного или полного отказа в возмещении медицинских расходов, реакцией на такие запросы и результатами рассмотрения любых споров, связанных с заявлениями о возмещении медицинских расходов.

Диаграмма X

Уровень согласия респондентов с тем, насколько эффективным они считают действующий в их организации механизм разрешения споров, связанных с заявлениями о возмещении медицинских расходов¹¹³



Источник: проведенный ОИГ в 2023 году общесистемный опрос персонала по программам медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций.

¹¹² Планы Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна», «Эмпайр блю кросс» и «Сигна».

¹¹³ От респондентов, застрахованных в соответствии с Планом ЮНИДО для сотрудников категории общего обслуживания на местах, было получено недостаточное количество ответов.

194. Более 80 % респондентов были удовлетворены простой процедурой подачи заявлений о возмещении расходов. Однако среди респондентов, застрахованных по плану медицинского страхования УВКБ, показатель удовлетворенности падает ниже 60 %. В остальном заметных различий в результатах не наблюдается, независимо от того, занимаются ли обработкой подаваемых заявлений сами участвующие организации или внешние администраторы. Что касается языковых требований, установленных для процедуры подачи заявлений, то более 90 % респондентов оценили их как «весьма удовлетворительные» или «удовлетворительные».

195. Степень удовлетворенности точностью обработки заявлений несколько различается по разным планам медицинского страхования, даже при одном и том же внешнем администраторе. Ниже всего был уровень удовлетворенности респондентов, застрахованных по планам медицинского страхования УВКБ и ЮНОПС (63 % и 65 %). С другой стороны, более 90 % респондентов, застрахованных по планам ВОИС, ИКАО, МАГАТЭ, ЮНВТО и ЮНИДО (Полный план медицинского страхования), были удовлетворены точностью обработки заявлений. Согласно этим ответам, никакой корреляции между уровнем удовлетворенности точностью обработки заявлений и тем, как организована их обработка (собственными силами или с привлечением внешнего администратора), не наблюдается. Поскольку, как ни удивительно, уровень удовлетворенности точностью обработки заявлений о возмещении медицинских расходов внешними администраторами значительно различается между планами даже при одном и том же внешнем администраторе, **Инспектор предлагает унифицировать в рамках всей системы соглашения об уровне обслуживания, включая аспекты мониторинга и представления соответствующей отчетности.**

196. Оперативность возмещения расходов — серьезная проблема, на которую указывали участники программ медицинского страхования¹¹⁴. Как показал опрос, в целом оперативностью получения возмещения были удовлетворены около 67 % респондентов, при этом уровень удовлетворенности респондентов, набранных на местной основе, был значительно ниже (63 %) по сравнению с коллегами, набранными на международной основе (73 %). Сравнение программ страхования показывает, что наименее удовлетворены (34 %) были респонденты, застрахованные по плану медицинского страхования УВКБ, в то время как для респондентов, застрахованных по плану ВОИС, этот показатель составил 94 %. В ходе бесед сотрудники, работающие в Африке, выражали обеспокоенность по поводу отсутствия вариантов использования медицинских учреждений, в том числе таких, где планы медицинского страхования могли бы напрямую оплачивать свою долю возмещаемых расходов. Кроме того, необходимость оплачивать счета сразу и ждать возмещения расходов неоднократно упоминалась как фактор, создающий финансовые трудности для сотрудников, особенно набранных на местной основе. Согласно результатам опроса, никакой корреляции между степенью удовлетворенности оперативностью возмещения расходов и тем, осуществляется ли управление собственными силами или с привлечением внешнего администратора, не наблюдается. Кроме того, как и в случае точности обработки заявлений о возмещении расходов, уровни удовлетворенности значительно различаются по разным планам медицинского страхования, даже при одном и том же внешнем администраторе. **Инспектор предлагает соответствующим организациям пересмотреть правила и практику предоставления авансов или осуществления прямых платежей, чтобы ускорить процедуру и не допускать возникновения неоправданных финансовых затруднений у бенефициаров, в частности в чрезвычайных ситуациях и в связи с госпитализацией и долговременным уходом.**

197. Считается, что возмещение сумм расходов за счет начислений по фонду заработной платы приводит к ненужным задержкам. Опрошенные сотрудники также сообщили, что в результате недавнего изменения административных правил

¹¹⁴ Следует отметить, что на сроки обработки заявлений могло повлиять накопление нерассмотренных заявлений в связи с переносом сроков лечения и консультаций во время пандемии COVID-19, что, возможно, сказалось на уровне удовлетворенности респондентов.

Плана медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций, предусматривающего осуществление выплат по заявлениям о возмещении медицинских расходов за счет начислений по фонду заработной платы, также увеличились сроки получения возмещения и стали менее понятными расчетные листки, поскольку теперь они включают не только заработную плату, но и компенсацию за понесенные медицинские расходы.

198. Около 80 % респондентов были удовлетворены общим уровнем профессионализма при получении сообщений от администраторов планов медицинского страхования. Самый высокий уровень удовлетворенности (более 90 %) был отмечен в случае респондентов, застрахованных по планам ВОЗ, ВОИС, МАГАТЭ и Отделения Организации Объединенных Наций в Вене, в то время как ниже всего (66 %) он был у респондентов, застрахованных по плану медицинского страхования УВКБ.

199. Лишь 62 % опрошенных не опасались задавать администратору своей программы медицинского страхования вопросы о гендерно-позитивной помощи¹¹⁵. Около 8 % респондентов (1846 человек) указали, что они и/или их иждивенцы относят себя к сексуальной ориентации, отличной от гетеросексуальной; 62 % таких респондентов не опасались задавать вопросы о страховом покрытии, связанном с сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью, гендерным самовыражением и/или половыми признаками (например, о гендерно-позитивной помощи или инклюзивной репродуктивной поддержке). Полученные в ходе опроса ответы в разбивке по планам медицинского страхования показывают, что менее половины респондентов, застрахованных по Базовому плану медицинского страхования ВПП, Всемирному плану Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций, Базовому плану медицинского страхования МАГАТЭ и в Обществе взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве, не опасались задавать вопросы о страховом покрытии, связанном с сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью, гендерным самовыражением и/или половыми признаками, по сравнению с респондентами, застрахованными по планам Отделения Организации Объединенных Наций в Вене и МОТ (соответственно 90 % и 85 %). Что касается респондентов, застрахованных в рамках Плана медицинского страхования ИКАО, то пять из семи респондентов не согласились с тем, что они не опасаются задавать вопросы, касающиеся сексуальной ориентации, гендерной идентичности, гендерного самовыражения и/или половых признаков. В обзоре отмечается, что восприятие этого вопроса респондентами может быть связано с организационной культурой в целом, а не только с управлением программами медицинского страхования.

200. В целом 78 % респондентов полагали, что к ним относятся достойно и с уважением при обсуждении вопросов, связанных с сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью, гендерным самовыражением и/или половыми признаками. По результатам контактов с организацией и/или администратором системы медицинского страхования значительная часть респондентов по каждому плану полагали, что к ним относятся достойно и с уважением, при этом самые высокие оценки получили планы Секретариата Организации Объединенных Наций, базирующиеся в Соединенных Штатах (94 %), а самые низкие — Базовый план медицинского страхования/программа медицинского страхования ФАО (65 %).

201. Только 52 % респондентов считают, что администратор их программы медицинского страхования хорошо ориентируется в сфере страхового покрытия,

¹¹⁵ В соответствии с определением, содержащимся в международной классификации ВОЗ, гендерно-позитивная медицинская помощь включает в себя любые отдельные или комбинированные меры социального, психологического, поведенческого или медицинского характера (включая гормональное лечение или хирургическое вмешательство), направленные на поддержку и утверждение гендерной идентичности человека.
См. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>.

связанного с сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью, гендерным самовыражением и половыми признаками. Самую низкую оценку в этом отношении дали бенефициары, застрахованные в Фонде медицинских пособий ЮНЕСКО, Обществе взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве и Всемирном плане Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций (соответственно 27 %, 30 % и 34 %). **Инспектор полагает, что это указывает на необходимость повышения уровня профессиональной подготовки сотрудников, работающих с клиентами. Ввиду этого он предлагает администраторам регулярно включать такую тематику в свои программы подготовки кадров.** Результаты опроса показаны на диаграмме XI.

Диаграмма XI

Восприятие респондентами опроса способности их организации и/или администратора программы медицинского страхования отвечать на запросы, связанные с гендерно-позитивной помощью



Источник: проведенный ОИГ в 2023 году общесистемный опрос персонала по программам медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций.

202. В целом 73 % респондентов не опасались задавать вопросы о страховом покрытии и возмещении расходов, связанных с охраной психического здоровья. Около 18 % респондентов (3797 человек) в течение трех предыдущих лет получали по программе медицинского страхования возмещение расходов, связанных с охраной психического здоровья. В целом 73 % респондентов «полностью согласны» или «согласны» с тем, что они без опасений задают вопросы своей организации или администратору программы медицинского страхования о покрытии и возмещении расходов, связанных с психиатрической и психологической помощью и охраной психического здоровья. Однако если сравнивать ответы респондентов-женщин и респондентов-мужчин, то в первом случае результаты менее позитивны (70 % выразивших согласие), чем во втором (78 %). Если говорить о сотрудниках, набранных на национальной и международной основе, то первые настроены более позитивно (77 % выразивших согласие), чем вторые (70 %). Сравнение программ¹¹⁶ показывает, что в наименьшей степени с этим согласны были респонденты, застрахованные по планам ЮНИДО (полный план медицинского страхования),

¹¹⁶ Исключая анализ Плана ЮНИДО для сотрудников категории общего обслуживания на местах и Плана медицинского страхования ЮНОПС из-за недостаточного числа респондентов.

МАГАТЭ и ИКАО (соответственно 55 %, 58 % и 60 %). Результаты опроса в разбивке по планам медицинского страхования показаны на диаграмме XII.

Диаграмма XII

Уровень согласия респондентов при ответе на вопрос о том, не опасаются ли они задавать вопросы своей организации или администратору медицинской страховки о покрытии и возмещении расходов, связанных с охраной психического здоровья



Источник: проведенный ОИГ в 2023 году общесистемный опрос персонала по программам медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций.

203. Около 83 % респондентов считали, что при обсуждении вопросов, связанных с возмещением расходов на охрану психического здоровья, к ним относились достойно и с уважением, причем существенной разницы между респондентами из числа женщин и мужчин не было. В случае респондентов, набранных на национальной основе, доля согласных с этим была несколько выше (89 %), чем в случае их коллег, набранных на международной основе (85 %). Более 75 % положительных ответов было получено по всем¹¹⁷ программам, за исключением полного плана медицинского страхования ЮНИДО, в случае которого согласие выразили лишь 68 % респондентов. Результаты опроса в разбивке по планам медицинского страхования показаны на диаграмме XIII.

¹¹⁷ Исключая анализ программы ИМО, Плана ЮНИДО для сотрудников категории общего обслуживания на местах, Плана медицинского страхования ЮНОПС и программ ЮНВТО и ВПС из-за недостаточного числа респондентов.

Диаграмма XIII

Уровень согласия респондентов при ответе на вопрос о том, относились ли к ним достойно и с уважением при обсуждении вопросов, связанных с возмещением расходов на охрану психического здоровья



Источник: проведенный ОИГ в 2023 году общесистемный опрос персонала по программам медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций.

V. Представление информации об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода на пенсию и их финансирование и бюджетные последствия

204. Данная глава состоит из двух частей: в разделе А кратко представлены эволюция и существующее положение в области представления информации и учета долгосрочных обязательств, возникающих в связи с медицинским страхованием после выхода на пенсию; а раздел В посвящен финансированию таких обязательств и составлению соответствующего бюджета для обеспечения долгосрочной финансовой устойчивости программ медицинского страхования. Кроме того, обсуждаются возможные источники финансирования, стратегии и основные принципы, а также влияние распределительного подхода на прозрачность бюджетного процесса.

A. Представление информации об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода на пенсию

205. **Право на медицинское страхование после выхода на пенсию является договорным обязательством, которое порождает долгосрочные обязательства для организаций-работодателей.** В декабре 1966 года Генеральная Ассамблея на своем 1501-м пленарном заседании одобрила создание программы медицинского страхования после выхода в отставку в качестве обязательства по планам с установленным размером пособия¹¹⁸, предусматривающего предоставление субсидированного медицинского страхования вышедшим на пенсию сотрудникам международных организаций и членам их семей, причем все они должны соответствовать определенным квалификационным критериям, как это указывается в других разделах настоящего доклада. С тех пор право на медицинское страхование после выхода на пенсию является договорным обязательством, которое входит в пакет вознаграждения, предоставляемого сотрудникам Организации Объединенных Наций, и является важным компонентом их прав на социальное обеспечение. Медицинское страхование после выхода на пенсию создает для организаций-работодателей долгосрочные обязательства, соответствующие их доле в будущих платежах по взносам в программы медицинского страхования или заявлениям бенефициаров о возмещении медицинских расходов, поскольку они рассматриваются как форма отсроченной компенсации. Подобно пенсиям и другим выплатам по окончании службы, это суммы, которые организация должна выплачивать своим сотрудникам или бенефициарам в виде пособия по медицинскому страхованию, заработанного ими во время работы, но не выплаченного до выхода на пенсию.

206. **Признание обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в финансовых отчетах стало общепринятой практикой в масштабах всей системы**¹¹⁹. Раскрытие информации обусловлено необходимостью предоставления

¹¹⁸ Согласно МСУГС, планы выплат по окончании службы являются либо планами с установленным размером взноса, либо планами с установленным размером пособия. В рамках плана с установленным размером взноса обязательства организации ограничиваются суммой, которую она соглашается внести в фонд. В случае плана с установленным размером пособия, например медицинского страхования после выхода на пенсию, организация обязана производить оговоренные выплаты вышедшим на пенсию сотрудникам согласно соответствующим правилам. Планы с установленным размером взноса и планы с установленным размером пособия различаются по распределению рисков. В планах с установленным размером пособия на работодателя или на план ложатся актуарный риск (возможность того, что пособия обойдутся дороже, чем ожидалось) и инвестиционный риск (вероятность возникновения потерь по сравнению с ожидаемым доходом от инвестиций в фонд медицинского страхования после выхода на пенсию). В противоположность этому в плане с установленным размером взносов все риски ложатся на сотрудников.

¹¹⁹ Комиссия ревизоров рекомендовала представлять в финансовых ведомостях полную информацию об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода в отставку задолго до принятия МСУГС организациями системы Организации Объединенных Наций в качестве своих стандартов учета (см. [A/57/201](#)).

пользователям финансовых отчетов, а именно руководящим и директивным органам, государствам-членам, донорам и персоналу, прозрачной информации о характере и размере начисленных пособий по медицинскому страхованию после выхода на пенсию и о том, как они влияют на финансовое положение отчитывающейся организации. В своей резолюции 58/249 Генеральная Ассамблея просила Генерального секретаря представить доклад обо всех необеспеченных средствами обязательствах Организации Объединенных Наций и ее фондов и программ после прекращения сотрудниками службы¹²⁰. При рассмотрении доклада Генерального секретаря¹²¹ и соответствующего доклада Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам¹²² Генеральная Ассамблея в своей резолюции 60/255 просила Генерального секретаря «принять необходимые меры для включения информации об обязательствах [по выплате начисленных пособий после выхода в отставку]» и, соответственно, об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода в отставку в финансовые ведомости Организации Объединенных Наций, что было впервые сделано в ведомостях за двухгодичный период, закончившийся 31 декабря 2007 года¹²³. На уровне всей системы признание обязательств в финансовых отчетах, начавшееся в 2008 году, стало расширяться с переходом на МСУГС и теперь является обычной практикой.

207. Расчет обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию производится с использованием метода актуарной оценки и ряда общепринятых допущений. Поскольку сроки и размер выплат неопределенны и зависят от различных факторов, таких как уровень смертности и темпы роста медицинских расходов, технический прогресс в области медицины и структура использования медицинских услуг, необходима оценка обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию для их учета. Для этого объем обязательств рассчитывается с использованием метода актуарной оценки¹²⁴ и некоторых допущений¹²⁵ для оценки приведенной стоимости¹²⁶ пособий, заработанных сотрудниками в текущем и предыдущих периодах.

208. Финансовые и демографические допущения. В соответствии с рекомендациями (но не требованиями) МСУГС¹²⁷ все планы привлекают квалифицированных актуариев для оценки обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию. Для обеспечения последовательности и сопоставимости в рамках всей системы была предпринята попытка стандартизации допущений в рамках обследования планов медицинского страхования Организации Объединенных Наций, проведенного Рабочей группой по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, учрежденной Генеральным секретарем по просьбе

¹²⁰ В то время информация об обязательствах давалась только в примечаниях к финансовой отчетности (и они не отражались в самой ведомости финансового положения).

¹²¹ A/60/540 и A/60/450/Corr.1.

¹²² A/60/7/Add.11.

¹²³ A/63/5 (Vol. I).

¹²⁴ Стандарт 39 МСУГС «Вознаграждения работникам» предписывает конкретный актуарный метод расчета и учета обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, так называемый метод прогнозируемой условной единицы (пп. 59 а) i) и 69). Он основан на предположении, что пособие по медицинскому страхованию каждый сотрудник зарабатывает на протяжении всей своей трудовой деятельности, поэтому каждый период работы дает право на дополнительную условную единицу пособия. Данный метод позволяет оценить приведенную стоимость будущего пособия по медицинскому страхованию каждого сотрудника путем дисконтирования ожидаемых будущих выплат с использованием соответствующей ставки дисконтирования.

¹²⁵ МСУГС 39, пп. 77–100.

¹²⁶ Обязательства оцениваются по приведенной стоимости с использованием ставки дисконтирования, поскольку они могут быть погашены через много лет после оказания сотрудниками услуг, в результате которых возникли права на медицинское страхование после выхода на пенсию.

¹²⁷ МСУГС 39, п. 61.

Генеральной Ассамблеи¹²⁸. Допущения основываются на рыночных ожиданиях в отношении периода погашения обязательств и должны быть взаимосогласованными и объективными, т. е. не должны быть ни неосмотрительными, ни чрезмерно консервативными¹²⁹. Информация о допущениях представляется в финансовых отчетах в соответствии с МСУГС; они включают следующие элементы:

- финансовые и экономические допущения, такие как ставки дисконтирования, обменные курсы, рост заработной платы, уровень пособий, темпы инфляции и темпы развития медицины, отражающие прогнозируемую инфляцию цен, технический прогресс, структуру использования и перенос затрат из социальных программ или включение в них таких затрат;
- демографические допущения, такие как таблицы смертности и инвалидности, число сотрудников, выходящих на пенсию, и число сотрудников, производящих окончательный расчет с пенсионным фондом при увольнении, и коэффициенты корректировки пенсии. (Эти таблицы были составлены по аналогии с таблицами Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций.)

209. В 2018 году была разработана общесистемная концепция стоимостной оценки для обеспечения согласованности между организациями. В соответствии с меморандумом Председателя Целевой группы по стандартам учета системы Организации Объединенных Наций «Общие актуарные допущения в отношении обязательств по МСВП на 2022 финансовый год» от 17 января 2023 года демографические допущения, используемые для оценки медицинского страхования после выхода на пенсию, в настоящее время совпадают с допущениями, используемыми Объединенным пенсионным фондом персонала Организации Объединенных Наций (например, коэффициенты смертности, число сотрудников, производящих окончательный расчет с пенсионным фондом при увольнении, число сотрудников, выходящих на пенсию, и семейное положение)¹³⁰. В дополнение к некоторым допущениям по конкретным планам, таким как показатели страхового покрытия супругов, показатели участия в программах страхования и показатели текучести кадров, все участвующие организации ОИГ используют для определения своих соответствующих обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию один и тот же набор основных актуарных предположений, что позволяет проводить значимое сравнение при учете обязательств в рамках всей системы и за ее пределами.

210. По состоянию на декабрь 2021 года обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию составляли 20,3 млрд долл.¹³¹, причем на 5 участвующих организаций приходилось почти две трети от общей суммы, а на 11 — 90 %. Самые последние (2021 года) оценки обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, представленные организациями-участниками ОИГ, приведены в таблице ниже. Как видно из этих данных, более четверти общего

¹²⁸ В этой связи в 2015 году было рекомендовано (A/70/590, п. 54), чтобы «Целевая группа по стандартам учета разработала общий подход к актуарной оценке в отношении обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию для всей системы Организации Объединенных Наций»; впоследствии эта рекомендация была одобрена Генеральной Ассамблеей в ее резолюции 70/248 В и дополнена в третьем докладе Генерального секретаря о медицинском страховании после выхода на пенсию (A/73/662), опубликованном 19 декабря 2018 года. Межучрежденческая рабочая группа по медицинскому страхованию после выхода на пенсию была учреждена Генеральным секретарем под эгидой Сети по финансовым и бюджетным вопросам Комитета высокого уровня по вопросам управления КСР в соответствии с резолюцией 68/244 Генеральной Ассамблеи.

¹²⁹ В ходе обзора вопросы соблюдения этих и других требований и стандартов бухгалтерского учета не рассматривались, поскольку исключительную ответственность за проверку обязательств, отраженных в финансовых ведомостях, несут аудиторы.

¹³⁰ A/61/730, п. 21.

¹³¹ На основе финансовых отчетов участвующих организаций за 2021 год с использованием данных о долгосрочных обязательствах по медицинскому страхованию после выхода на пенсию (если таковые имеются).

объема обязательств приходится на Секретариат Организации Объединенных Наций, а на первую «пятерку» организаций — две трети.

Таблица 17

Обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию по состоянию на 31 декабря 2021 года^a

<i>Участвующая организация</i>	<i>Всего (долл.)</i>	<i>Доля от общей суммы в процентах</i>	<i>Совокупная доля в процентах</i>
Секретариат Организации Объединенных Наций (включая ЮНКТАД и БАПОР ^b)	5 414 808 000	26,6	26,6
ВОЗ	2 555 000 000	12,6	39,2
МОТ	1 991 875 000	9,8	49,0
ЮНИСЕФ	1 648 546 000	8,1	57,1
ФАО	1 362 312 000	6,7	63,8
УВКБ	1 200 464 000	5,9	69,7
ПРООН	1 168 732 000	5,7	75,4
ВПП	892 000 000	4,4	79,8
ВОИС	633 538 547	3,1	82,9
МСЭ	609 649 162	3,0	85,9
ЮНЕСКО	606 585 000	3,0	88,9
ЮНФПА	362 836 000	1,8	90,7
МАГАТЭ	345 937 568	1,7	92,4
ЮНИДО	243 424 973	1,2	93,6
ЮНЭЙДС	236 436 768	1,2	94,8
ЮНЕП	232 250 000	1,1	95,9
МТЦ	164 783 000	0,8	96,7
ИКАО	119 997 726	0,6	97,3
Структура «ООН-женщины»	103 042 000	0,5	97,8
УНП ООН	101 562 000	0,5	98,3
ЮНОПС	87 600 000	0,4	98,8
ВМО	83 235 754	0,4	99,2
ИМО	54 216 255	0,3	99,4
ВПС	46 986 439	0,2	99,7
Хабитат ООН	34 513 000	0,2	99,8
ЮНВТО	33 960 703	0,2	100,0
БАПОР	771 000	0,0	100,0
Итого	20 335 062 895	100,0	100,0

Источник: подготовлено ОИГ.

^a Как указано в финансовых отчетах участвующих организаций за 2021 год. На основе операционного обменного курса Организации Объединенных Наций на 30 июня 2023 года.

^b Для должностей набираемых на международной основе сотрудников, финансируемых из регулярного бюджета Организации Объединенных Наций.

211. Оценки требуют осторожности, поскольку они очень чувствительны к изменениям в допущениях. Следует подчеркнуть, что к оценкам, ввиду их чувствительности к изменениям в допущениях, необходимо относиться с осторожностью и рассматривать их только как наиболее точную оценку по соответствующей организации на конец каждого отчетного периода и, таким образом,

как примерный объем будущих выплат и, в случае необходимости, как ориентир для принятия решений в отношении общей стратегии распределения средств для выполнения таких обязательств. Из этого следует, что, по мнению Инспектора, при финансировании долгосрочных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию не обязательно ставить цель достижения уровня 100 % при финансировании за счет начисленных взносов; причем как для того, чтобы избежать ненужного завышения бюджета и избыточного финансирования, так и потому, что более реалистичные и доступные ставки могут также выступать действенным инструментом достижения конечной цели финансирования этих долгосрочных обязательств, которая по существу заключается в предотвращении серьезных финансовых или бюджетных трудностей, когда наступают сроки платежей и при этом государства-члены не вполне в состоянии или готовы покрывать дефицит¹³². Однако в случае программ, финансируемых за счет добровольных взносов, полная стоимость медицинского страхования после выхода на пенсию должна учитываться в таких взносах по мере их начисления, поскольку доноры не несут финансовой ответственности за соответствующие структуры после завершения программы или проекта, на который они выделили средства.

212. Конъюнктура финансового рынка последних лет подтверждает чувствительность оценок к изменениям в допущениях, поскольку постоянное повышение ставок дисконтирования положительно сказалось на состоянии планов медицинского страхования. Это отражено в соответствующих отчетах о финансовом положении и связанных с ними исследованиях обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, которые использовались в ходе обзора¹³³. Однако по мере стабилизации мировой экономики и снижения инфляции и процентных ставок можно ожидать возникновения противоположной тенденции, что соответственно приведет к увеличению обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию. Такие колебания следует учитывать при оценке принимаемых мер, если средства или активы медицинского страхования после выхода на пенсию в течение определенного периода времени близки к сумме соответствующих обязательств или превышают ее, как в случае планов, где уже достигнут 100-процентный уровень финансирования.

¹³² Этот подход был принят Генеральным секретарем в его докладе о порядке покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию (A/76/373), как разъясняется в пункте 26 доклада Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам (A/76/579) («Комитет был информирован [Секретариатом] о том, что [предложенное] частичное финансирование [в размере 75 %] будущих потребностей в денежных средствах на медицинское страхование после выхода на пенсию было предложено по причине чувствительности оценки будущих расходов в связи с изменением демографических и экономических оценок, используемых в актуарных прогнозах, и что предложение о полном финансировании не было сделано для снижения вероятности перефинансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию»). Та же озабоченность по поводу нестабильности таких расчетов ранее высказывалась Консультативным комитетом по административным и бюджетным вопросам (A/73/792, п. 24) и лежит в основе предложения Генерального секретаря проводить пересмотр ставки начислений по фонду заработной платы, которое фигурирует в его докладах по вопросу о медицинском страховании после выхода на пенсию (например, в документе A/76/373, п. 77 с)).

¹³³ По данным Комиссии ревизоров (A/78/5 (Vol. I)), объем обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в Организации Объединенных Наций достиг своего пика в 2020 году и с тех пор снижается. Только в 2022 году обязательства сократились по сравнению с 2021 годом на 23,3 % — с 7,24 млрд долл. до 5,55 млрд долларов. Аналогичные выводы содержатся в годовых финансовых отчетах и актуарных исследованиях других участвующих организаций.

В. Финансирование и составление бюджета медицинского страхования после выхода на пенсию

1. Положение дел с финансированием

213. Хотя представление информации об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода на пенсию более не является проблемой, цель их финансирования по-прежнему не достигнута, поскольку финансируется лишь 31 % обязательств. Важно отметить, что признание обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в финансовой отчетности не зависит от имеющихся у организаций источников финансирования или даже собственно от наличия ресурсов для их финансирования: даже если у организаций нет специального резерва или целевого потока доходов для финансирования обязательств, эти обязательства все равно должны быть признаны, а именно отражены в отчетности, на основании выплат, полученных сотрудниками в течение отчетного периода. Однако, хотя представление информации об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода на пенсию более не является проблемой, цель их финансирования по-прежнему не достигнута большинством участвующих в ОИГ организаций, поскольку в настоящее время финансируется только 31 % совокупных обязательств¹³⁴, как показано в таблице 18. Тем не менее по сравнению с данными, приведенными в предыдущем обзоре ОИГ по этой же теме в 2007 году, в большинстве участвующих организаций, по которым имелись данные, размеры финансируемой части обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию увеличились.

Таблица 18

Состояние финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию на 31 декабря 2021 года^a по сравнению с суммами, указанными в проведенном ОИГ в 2007 году обзоре охвата медицинским страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций^b

Участвующая организация	Объем обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в докладе ОИГ 2007 года (в долл.)	Представленные данные об объеме обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию (в долл.) на конец 2021 года	Сумма финансирования, зарезервированная для обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в 2021 году (в долл.)	Доля обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, финансируемых в 2021 году (в %)	Доля финансируемых обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию по данным, приведенным в обзоре ОИГ 2007 года
ФАО	562 200 000	1 362 312 000	600 925 000	44,1	32,0
МАГАТЭ	80 900 000	345 937 568	219 058	0,1	0,0
ИКАО	32 500 000	119 997 726	1 137 225	0,9	0,0
МОТ	474 000 000	1 991 875 000	27 593 000	1,4	0,0
ИМО	Информация отсутствует	54 216 255	11 757 962	21,7	Информация отсутствует
МТЦ	Информация отсутствует	164 783 000	13 966 000	8,5	Информация отсутствует
МСЭ	185 100 000	609 649 162	14 525 140	2,4	0,0
Секретариат Организации Объединенных Наций, включая ЮНКТАД и БАПОР ^c	1 484 900 000	5 414 808 000	138 048 000	2,5	2,0

¹³⁴ Первой организацией, признавшей необходимость создания резервов для медицинского страхования после выхода на пенсию и начавшей в 1989 году финансировать начисленные обязательства за счет специальных ежегодных взносов, стала ВОЗ.

Участвующая организация	Объем обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в докладе ОИГ 2007 года (в долл.)	Представленные данные об объеме обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию (в долл.) на конец 2021 года	Сумма финансирования, зарезервированная для обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в 2021 году (в долл.)	Доля обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, финансируемых в 2021 году (в %)	Доля финансируемых обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию по данным, приведенным в обзоре ОИГ 2007 года
ЮНЭЙДС	Неприменимо	236 436 768	140 207 902	59,3	Неприменимо
ПРООН	263 200 000	1 168 732 000	1 007 850 000	86,2	51,0
ЮНЕП	Информация отсутствует	232 250 000	72 932 000	31,4	Информация отсутствует
ЮНЕСКО	322 600 000	606 585 000	36 500 000	6,0	0,0
ЮНФПА	Информация отсутствует	362 836 000	336 179 000	92,7	0,0
Хабитат ООН	Информация отсутствует	34 513 000	Информация отсутствует	Информация отсутствует	Информация отсутствует
Структура «ООН-женщины»	Неприменимо	103 042 000	106 600 000	103,5	Неприменимо
УВКБ	136 100 000	1 200 464 000	468 300 000	39,0	0,0
ЮНИСЕФ	182 500 000	1 648 546 000	724 133 000	43,9	22,0
ЮНИДО	59 100 000	243 424 973	0	0,0	0,0
УНП ООН	Информация отсутствует	101 562 000	53 541 000	52,7	Информация отсутствует
ЮНОПС	Информация отсутствует	87 600 000	112 200 000	128,1	Информация отсутствует
БАПОР ^d	Информация отсутствует	771 000	0	0,0	Информация отсутствует
ЮНВТО	Информация отсутствует	33 960 703	2 847 755	8,4	Информация отсутствует
ВПС	Информация отсутствует	46 986 439	0	0,0	Информация отсутствует
ВПП	Информация отсутствует	892 000 000	892 000 000	100,0	Информация отсутствует
ВОЗ	371 200 000	2 555 000 000	1 298 000 000	50,8	68,0
ВОИС	43 200 000	633 538 547	221 363 437	39,0	0,0
ВМО	12 100 000	83 235 754	0	0,0	11,0
Итого		20 335 062 895	6 306 795 490	31,0	

Источник: обобщено ОИГ на основе финансовых отчетов участвующих организаций.

^a На основе операционного обменного курса Организации Объединенных Наций на 30 июня 2023 года; данные о долгосрочных обязательствах используются при их наличии.

^b На основе актуарных исследований разных лет (с 1999 по 2004 год).

^c Для должностей международных сотрудников, финансируемых из регулярного бюджета Организации Объединенных Наций.

^d Для должностей набираемых на международной основе сотрудников, не финансируемых из регулярного бюджета Организации Объединенных Наций.

214. Вопрос об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода на пенсию стоит на повестке дня руководящих органов, КСР и внешних ревизоров как общесистемная проблема с 1990-х годов. По поводу необходимости определения и внедрения финансового механизма для финансирования таких обязательств по-прежнему ведутся нескончаемые дискуссии как внутри организаций

системы Организации Объединенных Наций, так и между ними¹³⁵. В этой связи Консультативный комитет по административным и бюджетным вопросам в ходе рассмотрения в 1997 году предлагаемого бюджета по программам Организации Объединенных Наций на двухгодичный период 1998–1999 годов¹³⁶ затронул вопрос об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода на пенсию и рекомендовал Генеральному секретарю рассмотреть долгосрочные последствия и влияние их роста на общесистемной основе¹³⁷. При этом Комиссия ревизоров в своем кратком резюме от 27 июня 2001 года¹³⁸ «отметила, что для сотрудников большинства организаций не предусмотрено обязательств в отношении пособий и льгот и медицинского страхования после прекращения службы» и поэтому «рекомендовала Организации Объединенных Наций и ее различным фондам и программам провести

¹³⁵ В 2017 году УВКБ выпустило документ зала заседаний (URL: <https://www.unhcr.org/au/media/funding-after-service-health-insurance-and-repatriation-benefit-liabilities>) о медицинском страховании после выхода на пенсию, а Секретариат МОТ представил Административному совету обновленную информацию о деятельности Рабочей группы, созданной Сетью по финансовым и бюджетным вопросам Комитета высокого уровня по вопросам управления КСР для изучения этого вопроса с общесистемной точки зрения, а также о результатах работы Комитета по управлению Фондом медицинского страхования персонала МОТ по сдерживанию роста расходов (документ GB.329/PFA/4). В 2017 и 2018 годах Комитет ВОИС по программе и бюджету рекомендовал Ассамблеем ВОИС просить Секретариат продолжать участвовать в вышеупомянутой Рабочей группе по медицинскому страхованию после выхода на пенсию и отслеживать любые конкретные предложения, которые будут внесены Генеральным секретарем на соответствующих сессиях Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (документы WO/PBC/26/6 и WO/PBC/28/11). На сороковой сессии Генеральной конференции (2019 года) ЮНЕСКО представила доклад о финансировании обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию (доклад Генерального директора о состоянии Фонда медицинских пособий и структуре управления, документ 40 C/51). На своей сессии 2022 года Генеральная конференция ЮНЕСКО рассмотрела положение дел с финансированием обязательств в рамках всей системы Организации Объединенных Наций, а также принципы и варианты финансирования (см. долгосрочный план финансирования медицинского страхования после выхода на пенсию, документ 214 EX/6).

¹³⁶ A/52/7/Rev.1, часть X, п. X.25.

¹³⁷ Консультативный комитет по административным и бюджетным вопросам в 2013 году подтвердил общесистемный характер обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию. Комитет отметил, что «вопрос о финансировании пособий по медицинскому страхованию после выхода на пенсию представляет интерес для всех структур системы и что... в долгосрочной перспективе его будет правильнее решать на основе общесистемного подхода» (A/68/550), на основании чего Генеральная Ассамблея в своей резолюции 68/244 просила Генерального секретаря «рассмотреть вариант, предусматривающий распространение мандата Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций на выполнение... управления выплатами по медицинскому страхованию после выхода на пенсию», а также «провести обзор действующих в настоящее время в рамках системы Организации Объединенных Наций планов медицинского страхования для работающих сотрудников и пенсионеров». Несмотря на это, поскольку решения Генеральной Ассамблеи не являются обязательными для других организаций системы, рекомендации Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам, одобренные Генеральной Ассамблеей, должны быть предложены другим компетентным руководящим органам для официальной оценки и одобрения (A/71/698, п. 8). Общесистемный аспект медицинского страхования после выхода на пенсию находит выражение в действиях некоторых организаций, как показано в приложении II к докладу Генерального секретаря A/64/366; спустя 12 лет после того, как Консультативный комитет по административным и бюджетным вопросам безуспешно рекомендовал Генеральной Ассамблее рассмотреть долгосрочные последствия и влияние их роста на общесистемной основе, БАПОР, ВМО, ИКАО, МАГАТЭ, МОТ, МСООН, МСЭ, МТЦ, УВКБ, ЮНЕП, ЮНЕСКО, ЮНИДО и ЮНОПС не выделили никаких средств на эти цели и не планируют финансировать накопленные обязательства, ожидая решений Генеральной Ассамблеи, которые будут использованы при проведении их собственных обсуждений по этому вопросу, тогда как ВОИС, ВПП, ПРООН, ФАО и ЮНИСЕФ частично финансировали свои обязательства.

¹³⁸ A/57/201.

обзор механизма и целевых показателей в отношении покрытия обязательств по выплатам льгот и пособий при прекращении службы»¹³⁹.

215. Несмотря на многочисленные предложения и длительные обсуждения, Генеральная Ассамблея до сих пор не достигла соглашения о финансировании обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию по мере их накопления. В своей резолюции 58/249 Генеральная Ассамблея просила Генерального секретаря предложить меры, которые бы позволили добиться прогресса в деле обеспечения полного финансирования обязательств. В связи с этим 27 октября 2005 года Генеральный секретарь опубликовал первый из своих восьми докладов о медицинском страховании после выхода на пенсию¹⁴⁰, в котором, в частности, содержится рекомендация «принять политику более долгосрочного финансирования, предусматривающую предсказуемые и вместе с тем гибкие уровни ежегодных взносов, обеспечивающих регулярное отчисление необходимых средств для покрытия расходов на нынешних участников планов и обязательств по будущим пособиям». Однако тогда Генеральная Ассамблея не приняла никакого решения в отношении предложенной политики¹⁴¹, равно как она до настоящего времени не одобрила ни одного из последующих предложений Генерального секретаря о финансировании медицинского страхования после выхода на пенсию¹⁴².

216. Половина организаций по-прежнему использует распределительную модель. За исключением внебюджетного финансирования должностей сотрудников, соответствующие обязательства по которым покрываются за счет начислений по фонду заработной платы, оплачиваемых в некоторых организациях донорами, и несмотря на все предыдущие обсуждения и то, что с момента первого обсуждения этого вопроса прошло много лет, факт остается фактом: в половине из 28 участвующих организаций медицинское страхование после выхода на пенсию по-прежнему финансируется на основе распределительного подхода, когда средства предоставляются только для оплаты заявлений о возмещении медицинских расходов нынешних пенсионеров (в случае планов самострахования) или доли участия организаций в страховых взносах (в случае планов страхования на коммерческой основе).

217. На Секретариат Организации Объединенных Наций, МОТ и ВОЗ приходится 61 % от общего объема непрофинансированных обязательств. Как показано в таблице 18, пять организаций, а именно ВПП, ПРООН, Структура Организации Объединенных Наций по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин («ООН-женщины»), ЮНОПС и ЮНФПА полностью или частично финансируют свои обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию на уровне около или свыше 85 %; пять организаций (ВОЗ, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), УНП ООН, ФАО и ЮНИСЕФ) накопили резерв в размере от 40 % до 60 % своих обязательств; в четырех организациях (ВОИС, ИМО, Программе Организации Объединенных Наций по окружающей среде (ЮНЕП) и УВКБ) — резерв составляет от 20 % до 40 %. Остальные 13 организаций-участников не выделяют на эти цели значительных средств (менее 10 %, а в большинстве случаев средств не выделяется вообще). В целом, как уже упоминалось, уровень финансирования медицинского

¹³⁹ По данным Комиссии ревизоров, в двухгодичном периоде 2000–2001 годов ПРООН впервые произвела начисления в размере 54 млн долл. на медицинское страхование после выхода на пенсию, что, тем не менее, составило лишь 21 % от сметных обязательств в размере 256 млн долл., тогда как средств для финансирования зафиксированных на 31 декабря 2001 года сметных обязательств Организации Объединенных Наций (1,44 млрд долл.), БАПОР (143,6 млн долл.), УВКБ (228 млн долл.), ЮНИСЕФ (196,4 млн долл.), ЮНФПА (59,7 млн долл.) и ЮНОПС (38,9 млн долл.) не было предусмотрено вообще.

¹⁴⁰ A/60/450 и A/60/450/Corr.1.

¹⁴¹ Резолюция 60/255 Генеральной Ассамблеи.

¹⁴² Краткое резюме предложений Генерального секретаря, докладов Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам и резолюций Генеральной Ассамблеи по вопросу об обязательствах по медицинскому страхованию после выхода на пенсию см. в приложении III.

страхования после выхода на пенсию по состоянию на 31 декабря 2021 года достиг 31 %, в то время как объем непрофинансированных обязательства составил 14 млрд долл., из которых 37,6 % приходится на Секретариат Организации Объединенных Наций, 14 % — на МОТ и 9 % — на ВОЗ. В случае всех остальных организаций этот долевого показатель составляет 7 % или менее от всей суммы обязательств.

218. Если решение не будет принято, риск финансового кризиса, который может поставить под угрозу выполнение мандата, будет продолжать нарастать. В Секретариате Организации Объединенных Наций согласно последнему докладу Генерального секретаря о порядке покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию вследствие применения распределительного подхода происходит нарастание все более крупных нефондируемых обязательств, объем которых, по прогнозам, к 2052 году достигнет ошеломляющей суммы в 20,2 млрд долларов¹⁴³. Это также ведет к увеличению ежегодных бюджетных ассигнований на медицинское страхование после выхода на пенсию, которые, согласно прогнозам, к 2051 году составят 499,7 млн долл., что более чем в четыре раза превышает текущие потребности, хотя число бенефициаров медицинского страхования после выхода на пенсию к тому же году увеличится в 2,4 раза — с 16 143 человек до 38 101 человека¹⁴⁴. Если ничего не предпринимать, то масштабы надвигающегося финансового кризиса нетрудно предсказать, принимая во внимание, что 500 млн долл. (на данный момент, а не по стоимости в 2051 году) составляют почти 15 % регулярного бюджета Организация Объединенных Наций на 2023 год. В ходе обзора было установлено, что в большинстве организаций на регулярной основе не проводится даже долгосрочная оценка обязательств и тем более долгосрочных последствий распределительного метода финансирования для будущих бюджетов, хотя некоторые организации, такие как ВОЗ, ПРООН, Структура «ООН-женщины», УВКБ, ЮНОП и ЮНФПА, утвердили и осуществляют стратегию или план по достижению этой цели, а в МАГАТЭ, ФАО и ЮНЕСКО такие планы обсуждаются в настоящее время¹⁴⁵.

Таблица 19

Существующая практика финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в участвующих организациях ОИГ

<i>Участвующая организация</i>	<i>Распределительная система</i>	<i>Накопительная система</i>	<i>Другие источники финансирования</i>
ФАО	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из регулярного бюджета	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из внебюджетных ресурсов	Периодическое выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию
МАГАТЭ	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из регулярного бюджета	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из внебюджетных ресурсов	
ИКАО	Да	Нет	Единовременное выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию

¹⁴³ A/76/373, таблица 3.

¹⁴⁴ Там же, п. 20.

¹⁴⁵ См., например, документ Исполнительного совета ЮНЕСКО 217 EX/28, в котором Генеральной конференции предлагается финансировать не обеспеченные финансированием обязательства ЮНЕСКО по медицинскому страхованию после выхода на пенсию путем увязки нынешнего механизма финансирования медицинского страхования после выхода на пенсию из регулярного бюджета с механизмом добровольных взносов.

<i>Участвующая организация</i>	<i>Распределительная система</i>	<i>Накопительная система</i>	<i>Другие источники финансирования</i>
МОТ	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из регулярного бюджета	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из внебюджетных ресурсов	Периодическое выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию
ИМО	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из регулярного бюджета	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из внебюджетных ресурсов	Периодическое выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию
МТЦ	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из регулярного бюджета	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из внебюджетных ресурсов	
МСЭ	Да	Нет	Периодическое выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию
Секретариат Организации Объединенных Наций, включая ЮНКТАД и БАПОР ^a	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из регулярного бюджета	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из внебюджетных ресурсов	
ЮНЭЙДС	Да	Нет	Периодическое выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию Инвестиционный портфель
ПРООН	Нет	Да	Единовременное выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию Инвестиционный портфель
ЮНЕП	Нет	Да	
ЮНЕСКО	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из регулярного бюджета	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из внебюджетных ресурсов	Единовременное выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию Инвестиционный портфель
ЮНФПА	Нет	Да	Единовременное выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию Инвестиционный портфель
Хабитат ООН	Нет	Да	
Структура «ООН-женщины»	Нет	Да	Инвестиционный портфель
УВКБ	Нет	Да	Инвестиционный портфель
ЮНИСЕФ	Нет	Да, 5 % для сотрудников, набранных на международной основе, и 4 % для сотрудников,	Единовременное выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию

Участвующая организация	Распределительная система	Накопительная система	Другие источники финансирования
		набранных на местной основе	Инвестиционный портфель
ЮНИДО	Да	Нет	
УНП ООН	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из регулярного бюджета	Да, для сотрудников, должности которых финансируются из внебюджетных ресурсов	
ЮНОПС	Нет	Да	Инвестиционный портфель
БАПОР ^b	Да	Нет	
ЮНВТО	Да	Нет	Периодическое выделение средств в резерв медицинского страхования после выхода на пенсию
ВПС	Да	Нет	
ВПП	Нет	Да	
ВОЗ	Да	Нет	Положительный остаток средств от взносов
			Инвестиционный портфель
ВОИС	Нет	Да	
ВМО	Нет	Да	

Источник: подготовлено ОИГ.

^a Для должностей набираемых на международной основе сотрудников, финансируемых из регулярного бюджета Организации Объединенных Наций.

^b Для должностей набираемых на международной основе сотрудников, не финансируемых из регулярного бюджета Организации Объединенных Наций.

2. Источники, стратегии и причины финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию

219. **Обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию должны финансироваться по методу начисления, однако источник и темпы финансирования зависят от конкретных обстоятельств каждой организации.** Как и любое другое обязательство, медицинское страхование после выхода на пенсию обычно должно финансироваться извне, например за счет начисленных взносов, пожертвований или добровольных взносов, сборов или доходов от собственности, но оно может также финансироваться из внутренних источников, из накопленных резервов или даже из неизрасходованных средств текущих или прошлых ассигнований, если это допускается действующими правилами и положениями или если такое решение принято компетентным руководящим или директивным органом в особом порядке¹⁴⁶. Такое разнообразие вариантов, а также конкретные демографические характеристики различных планов объясняют тот факт, что, как отметила Рабочая группа по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, «признавая, что финансирование обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию является общесистемным вопросом, Рабочая группа придерживается того мнения, что единый общесистемный подход к решению этого вопроса, возможно, не является необходимым или достижимым»¹⁴⁷.

¹⁴⁶ Все эти источники финансирования были предусмотрены в первом предложении Генерального секретаря о финансировании долгосрочных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию (A/60/450 и A/60/450/Corr.1, п. 16).

¹⁴⁷ A/71/698, п. 59.

220. **Использование резервов, созданных за счет (избыточных) взносов бенефициаров на медицинское страхование.** Поскольку финансирование обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию означает выделение средств для оплаты доли организаций в страховых взносах или стоимости медицинского страхования после выхода на пенсию, резервы, созданные за счет (избыточных) взносов бенефициаров, не должны использоваться для этой цели, поскольку это означает, что застрахованные лица, которые должны быть бенефициарами субсидий работодателей на медицинское страхование после выхода на пенсию, будут в свою очередь субсидировать организацию-работодателя и, следовательно, оплачивать свои собственные субсидии. По этой же причине скидки или временные освобождения от уплаты страховых взносов, которые иногда предоставляются в рамках программ, должны исключать любые суммы, вносимые организацией-работодателем или программой. Таким образом, для финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию должна использоваться только та часть резервов, которая была внесена организациями, именно в силу того, что это обязательства организаций, а не бенефициаров.

221. **Использование накопленных резервов для финансирования медицинского страхования после выхода на пенсию на разовой основе, чтобы избежать увеличения взносов или сгладить его.** Для организаций с прочной базой чистых активов и накопленных излишков невозможность предусмотреть конкретный приток денежных средств извне для полного покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода в отставку на постоянной основе по мере их накопления не является или не обязательно должна являться причиной для беспокойства в отношении поддержания платежеспособности и даже ликвидности, если активы имеют соответствующий характер и управление ими осуществляется с учетом сроков погашения обязательств. Организация такого рода может позволить себе направлять резервы на долгосрочные нужды медицинского страхования после выхода на пенсию (не требуя дополнительных взносов от государств-членов, не ставя под угрозу выполнение мандата и не подрывая финансовую и бюджетную стабильность организации) в виде единовременных или периодических вливаний денежных средств в соответствующий фонд. Так обстоит дело в ПРООН, где уже достигнут 89-процентный уровень финансирования медицинского страхования после выхода на пенсию после принятия решения о единовременном перечислении 49,7 млн долл. на покрытие обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию за счет накопленных излишков средств в 2022 году. Аналогичным образом МСЭ, ФАО, ЮНВТО и ЮНФПА также периодически перераспределяют накопленные ресурсы для обеспечения своих финансовых потребностей, не запрашивая дополнительных средств у государств-членов (см. таблицу 19). Другие организации, например ПРООН, Структура «ООН-женщины», ЮНИСЕФ, ЮНОПС и ЮНФПА, также финансируют свои обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию за счет своих инвестиционных портфелей, освобождая тем самым государства-члены от необходимости увеличивать взносы и обеспечивая при этом платежеспособность организации и выполнение программ.

222. **Для этой же цели можно использовать свободные остатки бюджетных средств.** Эти же доводы *mutatis mutandis* можно применить и к использованию свободных бюджетных остатков для (частичного) финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, как это впервые было предложено Генеральным секретарем в 2005 году¹⁴⁸ в качестве альтернативы требованию о начислении специальных взносов для государств-членов. По мнению Инспектора, независимо от того, допускается ли финансовыми положениями и правилами использование административными руководителями свободных средств на другие цели, кроме сокращения предстоящих взносов государств-членов, например для финансирования долгосрочных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, или же руководящие или директивные органы принимают

¹⁴⁸ A/61/730, п. 30, и A/64/366, пп. 12, 65, 66, 71 и 86 а) i).

отдельное решение¹⁴⁹ о приостановлении действия финансовых положений и специальном распределении такой экономии на эти цели¹⁵⁰, нельзя отрицать, что сэкономленные средства поступают из того же источника (ранее начисленные взносы), в который они вернутся, и что их использование для финансирования медицинского страхования после выхода на пенсию позволяет предотвратить увеличение взносов в будущем. Такое использование неизрасходованных средств является по Парето оптимальным результатом в том смысле, что оно не наносит никакого ущерба участникам, помогает им выполнить долгосрочные финансовые обязательства и стабилизирует или улучшает финансовое положение соответствующих организаций. Тем не менее, как указано в докладе Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам¹⁵¹, не следует допускать систематического использования сэкономленных средств в качестве механизма финансирования плана медицинского страхования после выхода на пенсию, поскольку это может способствовать намеренному завышению бюджета. **В этой связи, чтобы заранее не планировалось использование сэкономленных средств в рамках механизма финансирования медицинского страхования после выхода на пенсию, Инспектор рекомендует, чтобы все возможные ассигнования неизрасходованных средств на цели медицинского страхования после выхода на пенсию утверждались соответствующим директивным органом на разовой основе.**

223. Добровольные взносы должны без исключений включать расходы на медицинское страхование после выхода на пенсию. В случае организаций, которые финансируются исключительно или почти полностью за счет добровольных взносов¹⁵², взносы доноров, как целевые, так и нецелевые, должны включать в качестве одного из компонентов расходов на персонал связанные с ними обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, соответствующие времени, отработанному при реализации финансируемого проекта или программы. Это касается всех организаций, подпадающих под действие положения 3.12 Финансовых положений Организации Объединенных Наций¹⁵³, а также других организаций, таких

¹⁴⁹ Такое решение было, например, принято Генеральной Ассамблеей в резолюции 76/272 («[Генеральная Ассамблея] отмечает исключительный объем неизрасходованных средств по регулярному бюджету на 2021 год, подлежащих зачету государствам-членам, и постановляет использовать 100 млн долл. США из этих неизрасходованных средств для увеличения — в порядке исключения и без создания прецедента — Фонда оборотных средств»).

¹⁵⁰ Консультативный комитет по административным и бюджетным вопросам рекомендовал отказаться от этого варианта («Комитет считает перечисление неизрасходованных остатков для использования в абсолютно иных целях неприемлемой практикой финансового управления. Поэтому он рекомендует не делать исключения из положения 5.3 финансовых положений (A/61/791)).

¹⁵¹ A/60/7/Add.11, п. 17.

¹⁵² Согласно ежегодному докладу о финансировании системы развития Организации Объединенных Наций «Выбор в смутные времена» (e Dag Hammarskjöld Foundation, 2023), в 2021 году общая сумма финансирования системы Организации Объединенных Наций распределялась по инструментам финансирования следующим образом: а) начисленные взносы — 20,7 % (13,6 млрд долл.); б) добровольные взносы в основной бюджет — 10,4 % (6,8 млрд долл.); в) добровольные целевые взносы — 60,7 % (40 млрд долл.); и d) прочие поступления — 8,2 % (5,3 млрд долл.). Таким образом, объем добровольных взносов составляет 46,8 млрд долл., или 71,1 % всех средств.

¹⁵³ Принятие добровольных взносов, влекущих дополнительные финансовые обязательства для организации, регулируется положением 3.12 Финансовых положений Организации Объединенных Наций. О намерении Генерального секретаря начать финансирование начисленных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, установив «относимый к категории общих расходов по персоналу сбор в размере [...] от расходов на выплату чистых базовых окладов сотрудникам, должности которых финансируются за счет внебюджетных средств и средств со специальных счетов», было объявлено Генеральной Ассамблеей в его докладе A/64/366, и этот сбор начал применяться с 1 января 2017 года (A/72/5 (Vol. I), гл. IV, п. 36). См. также меморандум Контролера Организации Объединенных Наций от 29 ноября 2016 года, озаглавленный «Медицинское страхование после выхода в отставку (МСВП) для сотрудников, должности которых финансируются за счет добровольных взносов и других ресурсов, формируемых не за счет начисленных взносов».

как ИМО, МАГАТЭ, Международный торговый центр (МТЦ), МОТ и ФАО¹⁵⁴. Тем не менее в ходе обзора выяснилось, что некоторые участвующие организации¹⁵⁵ не учитывают такие расходы при приеме пожертвований или добровольных взносов (см. таблицу 19). В этой связи Инспектор считает, что прием пожертвований без включения расходов на медицинское страхование после выхода на пенсию соответствующих сотрудников в стоимость программ или проектов, на которые предназначены эти средства, представляет собой форму неуместной конкуренции между организациями, допускать которую не следует.

224. Целью приводимой ниже рекомендации является улучшение координации политики и практики финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в отношении программ и проектов, финансируемых за счет добровольных взносов.

Рекомендация 6

С 2026 года административным руководителям организаций системы Организации Объединенных Наций, которые еще не сделали этого, следует обеспечить, чтобы добровольные взносы, по мере их накопления, покрывали будущие обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию сотрудников, работающих в рамках программ или проектов, финансируемых за счет таких взносов.

225. Начисленные взносы должны покрывать полную стоимость операций в тех случаях, когда других источников поступлений недостаточно. Для организаций или программ, не имеющих значительных доходов или источников финансирования медицинского страхования после выхода на пенсию, кроме начисленных взносов, это бремя неизбежно несут государства-члены, как и в случае любых других расходов, связанных с деятельностью соответствующих организаций. В таком случае возникает вопрос о том, когда будут или должны вноситься необходимые дополнительные взносы, ответ на который могут дать только государства-члены, поскольку установление приоритетов организаций¹⁵⁶ и, следовательно, принятие решения о сроках внесения таких взносов является их исключительной прерогативой, учитывая, что, хотя МСУГС не требуют создания резервов для финансирования долгосрочных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию до наступления срока платежей, участвующие организации несут ответственность за сохранение своей финансовой стабильности и устойчивости и за выполнение своих обязательств перед пенсионерами. Таким образом, обсуждение сроков должно проходить в рамках финансово обоснованных и выполнимых задач с учетом всех законных интересов: с одной стороны, необходимости снижения финансовых рисков, связанных с растущим объемом непрофинансированных обязательств, и, с другой стороны, альтернативных издержек резервирования средств для финансирования потребностей в медицинском страховании после выхода на пенсию задолго до наступления срока их исполнения в

¹⁵⁴ Этот компонент расходов обычно рассчитывается в виде начислений по фонду заработной платы, которые оплачиваются самими донорами. С точки зрения достаточности, такой сбор должен полностью покрывать обязательства, вытекающие из предоставленного финансирования, но при этом он не обязательно должен быть одинаковым для всех организаций или планов, поскольку потребности в медицинском страховании после выхода на пенсию различаются в зависимости от профиля застрахованных участников. Из этого неизбежно следует, что начисление средств по фонду заработной платы в связи с медицинским страхованием после выхода на пенсию на практике может выступать в качестве фактора конкуренции на рынке программ или проектов, финансируемых донорами, давая дополнительные преимущества организациям с более молодым и здоровым персоналом или штатом сотрудников с более коротким стажем работы.

¹⁵⁵ БАПОР, ВОЗ, ВПС, ИКАО, МСЭ, ЮНЕСКО, ЮНИДО и ЮНЭЙДС.

¹⁵⁶ Резолюция 60/283 Генеральной Ассамблеи, разд. III, п. 2.

ущерб другим приоритетам¹⁵⁷. Это соображение подразумевается в мнении Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам, указавшего, что «цель, которая состоит в выделении достаточного объема ресурсов для покрытия начисленных обязательств в отношении выплат сотрудникам, может быть достигнута без обязательного создания резерва»¹⁵⁸, и до настоящего времени занимает важное место в обсуждениях, проходящих в рамках докладов Генерального секретаря о медицинском страховании после выхода на пенсию.

226. Обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, не учтенные при расчете начисленных взносов, негативно влияют на состояние чистых активов организации, постепенно ухудшая ее финансовое положение. В разрезе финансовой стабильности участвующих организаций нехватка средств не обходится без последствий с финансовой точки зрения: поскольку эти обязательства, как и любые другие, в равной степени обеспечиваются всеми активами организаций, каждое новое ежегодное отчисление («стоимость услуг» и связанные с ним «расходы на выплату процентов»)¹⁵⁹ в счет обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, не учтенное при расчете начисленных взносов, будет негативно сказываться на чистых активах организации, постепенно подрывая ее финансовое положение, стабильность и устойчивость. Теоретически, в крайнем случае в результате учета этих обязательств возможен вариант образования отрицательного актива, когда долги превышают активы, и у организации не хватает ресурсов, необходимых для выполнения финансовых обязательств даже в краткосрочной перспективе.

227. По мере накопления непрофинансированных обязательств возрастает и вероятность их негативного влияния на состояние будущих бюджетов. Для государственных организаций в целом это маловероятно, поскольку правительства и законодательные органы всегда могут и будут выделять дополнительные ресурсы или принимать решения для покрытия любого дефицита, чтобы обеспечить оплату обязательств, по крайней мере по мере наступления сроков платежа, будь то путем увеличения начисленных взносов, изменения бюджетных приоритетов или другими способами. Проблема в том, что в зависимости от масштабов таких изменений порой трудно справиться с последствиями, возникающими для обеих сторон (государств-членов как доноров и участвующих организаций, если из-за нехватки средств придется менять политику или программные приоритеты). Другими словами, по мере накопления обязательств возрастает вероятность (огромных) негативных последствий для будущих бюджетов и, соответственно, для размеров взносов государств-членов или деятельности участвующих организаций по программам, включая объем прав на медицинское страхование после выхода на пенсию¹⁶⁰. В отсутствие регулярного притока средств для

¹⁵⁷ Это позволяет утверждать, что долгосрочные обязательства с соответственно не наступившими сроками платежа не требуют наличия ликвидных средств для их обеспечения до наступления срока погашения, в то время как приоритетными следует считать текущую или краткосрочную деятельность международных организаций по программам и даже внутренние программы государственных расходов. Поскольку потребности, как правило, превышают имеющиеся средства и учитывая, что взносы государств-членов в международные организации поступают из одних и тех же источников финансирования (а именно: налоги и сборы, займы на финансовых рынках или в международных финансовых учреждениях, внешняя помощь, трансферты от государственных компаний и т. д.), обсуждение, в конечном итоге, сводится к тому, какие направления политики, программы или обязательства заслуживают приоритета.

¹⁵⁸ A/76/579, разд. V, п. 51.

¹⁵⁹ Обязательства организаций по медицинскому страхованию после выхода на пенсию увеличиваются с каждым годом, наряду с обязательствами, связанными с начислением выплат действующим сотрудникам («стоимость услуг») и соответствующими финансовыми последствиями обязательств, исполняемых с течением времени («расходы на выплату процентов»). Таким образом, расходы на оплату услуг и выплату процентов за год представляют собой стоимость прав, приобретенных сотрудниками за их услуги в течение этого года.

¹⁶⁰ Следует признать, что размер пособий и взносов, вносимых застрахованными участниками (и, соответственно, организациями), являются вопросами политического выбора и поэтому

(хотя бы частичного) покрытия не только краткосрочных выплат, но и долгосрочных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, можно ожидать, что в будущем потребуются значительные вливания средств или, в альтернативном варианте, придется менять бюджетные приоритеты, отодвигая на второй план относительно менее срочные программы или потребности и перенося их сроки, чтобы высвободить средства для оплаты (теперь уже гораздо более значительных) краткосрочных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию.

228. С точки зрения бюджета обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию должны рассматриваться так же, как и пенсионные взносы. Также следует отметить, что в основе метода накопительного финансирования лежит юридическая и бухгалтерская логика, согласно которой право на медицинское страхование после выхода на пенсию приобретает сотрудниками, как и в случае с пенсиями, постепенно и на протяжении всей служебной деятельности, а не при ее окончании. Следовательно, право на медицинское страхование после выхода на пенсию следует рассматривать как отложенное вознаграждение и включать в общие расходы по персоналу в годы службы сотрудников. Поэтому соответствующие обязательства следует рассматривать так же, как и пенсионные взносы, а именно как дополнительный компонент расходов на персонал, в обычном порядке относимый на бюджетную статью расходов по персоналу (а в случае должностей, финансируемых за счет начисленных взносов, — на счет таких взносов при отсутствии каких-либо других имеющихся поступлений).

3. Медицинское страхование после выхода на пенсию и прозрачность бюджетных процедур и обсуждений

229. Прозрачность бюджета важна не менее, чем прозрачность финансовой отчетности. Если медицинское страхование после выхода на пенсию однозначно считается частью общих расходов по персоналу и, следовательно, частью прямых затрат на услуги, проекты или программы и, соответственно, взносов, которые необходимо внести для покрытия расходов, можно утверждать, что соответствующие организации или планы страхования полностью прозрачны не только в своей отчетности, но и в процессе составления бюджета. Для организаций или программ, финансируемых за счет начисленных взносов, регулярное финансирование обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию за счет таких взносов, несомненно, является наиболее прозрачным и целесообразным вариантом действий. **Рекомендуется представлять информацию о полной и истинной стоимости занятых работников и учитывать ее в каждом бюджетном цикле при определении бюджетных приоритетов**¹⁶¹.

230. Если учет расходов на медицинское страхование после выхода на пенсию не ведется методом начисления, это искажает результаты обсуждения бюджета. Выбор метода накопительного финансирования — это вопрос не только рационального финансового управления или долгосрочной финансовой устойчивости, но и прозрачности и эффективности обсуждения бюджета в директивных органах. Этому имеется два объяснения: во-первых, невключение в бюджет новых долгосрочных расходов на медицинское страхование после выхода на пенсию,

зависят от суверенных решений государств-членов и руководящих органов при условии, что приобретенные права соблюдаются и предоставляемая защита согласуется с желаемой привлекательностью участвующих организаций как работодателей и с главным принципом, согласно которому при определении условий службы своих сотрудников организации системы Организации Объединенных Наций должны руководствоваться «необходимостью обеспечить высокий уровень работоспособности, компетентности и добросовестности» (п. 3 ст. 101 Устава Организации Объединенных Наций), как указывалось в проведенном ОИГ предыдущем обзоре охвата медицинским страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций (JIU/REP/2007/2).

¹⁶¹ Как указал Генеральный секретарь, «любой дефицит финансирования обязательств должен включаться в доклад об исполнении бюджета за двухгодичный период и рассматриваться в качестве части бюджетных ассигнований на предстоящие двухгодичные периоды» (A/60/450 и A/60/450/Corr.1, п. 18).

которые будут возникать каждый год, равнозначно исключению реальных и неизбежных расходов из предлагаемого бюджета и при его обсуждении; и, во-вторых, поскольку при такой непрозрачности и несоответствии между расходами и программными мероприятиями создается бюджетная иллюзия высвобождения ресурсов для других программ бюджета, смещаются бюджетные приоритеты или потребности с настоящего на будущее или наоборот, или просто взносы остаются ниже уровня, который соответствовал бы реальным расходам (в отсутствие смещения приоритетов). Другими словами, и всегда при прочих равных условиях, если годовая доля долгосрочных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, относимая на баланс следующего года, не будет учтена в бюджетных предложениях и при обсуждении бюджета, то не только еще больше ухудшится финансовое положение этого года, но и обсуждения дадут неоптимальные результаты, поскольку они не будут проводиться на основе полной информации, вследствие чего на программы или виды деятельности будут выделены чрезмерные ресурсы или установлены нереально низкие ставки начисленных взносов, или же произойдет и то, и другое.

4. Метод накопительного финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в сравнении с распределительным методом

231. **Плюсы и минусы финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию по кассовому методу по сравнению с методом начисления.** Подводя итог вышеизложенному обсуждению и в порядке иллюстрации процесса принятия решений по этой постоянно возникающей и далеко не новой теме, в приводимой ниже таблице обобщаются преимущества и недостатки каждого метода финансирования долгосрочных обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию.

Таблица 20

Сравнение методов финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию

Метод	Преимущества	Недостатки
<i>Распределительная система</i>	Менее затратна в краткосрочной перспективе, поскольку ассигнования на медицинское страхование после выхода в отставку не должны включать стоимость услуг, начисленных на действующих сотрудникам в каждом бюджетном периоде, и включают только долю организации в страховых взносах пенсионеров или при возмещении медицинских расходов Как следствие, это позволяет более гибко распределять ресурсы на другие цели Сокращаются административные расходы и упрощается управление обязательствами и активами по медицинскому страхованию после выхода на пенсию	Снижается прозрачность и эффективность процессов составления бюджета, поскольку будущие расходы на медицинское страхование после выхода на пенсию, связанные с работающим персоналом, не учитываются при принятии решений о выделении бюджетных ассигнований Отсутствие прозрачности порождает иллюзии в отношении финансового положения и неравенство поколений Организация подвергается финансовым рискам и неопределенности в связи с накоплением необеспеченных долговых обязательств при отсутствии средств для защиты от таких рисков В зависимости от демографической структуры застрахованных участников доля непрофинансированных обязательств в бюджете может возрастать, и со временем они будут вытеснять ресурсы, необходимые для выполнения мандата

Метод	Преимущества	Недостатки
Накопительная система	Способствует прозрачности процессов составления бюджета и позволяет избежать финансовых иллюзий и неравенства поколений, поскольку вновь начисленные обязательства по медицинскому страхованию после выхода на пенсию за каждый год предусматриваются в бюджетных ассигнованиях и ресурсах текущего года, а не зачисляются в счет прошлых или будущих накоплений, резервов или взносов, что помогает иметь в режиме реального времени информацию о полной стоимости расходов по персоналу по программам и рациональнее принимать бюджетные решения Снижает финансовые риски и неопределенность, связанные с накоплением задолженности по медицинскому страхованию после выхода на пенсию В долгосрочном плане повышает устойчивость системы пособий и обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию Уменьшаются расходы на финансирование обязательств в долгосрочной перспективе, поскольку доходы от инвестиций позволяют сократить будущие бюджетные потребности	В долгосрочном плане может оказаться под угрозой устойчивость системы выплаты пособий по медицинскому страхованию после выхода на пенсию В отсутствие дополнительных взносов в бюджет для погашения начисленной ежегодной доли обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию накопительная система ограничивает доступность ресурсов для других бюджетных статей или программ Требует увеличения взносов для сохранения всего диапазона и масштабов мандата и программ организации Возможно снижение привлекательности для доноров поддержки организации, в которой производятся начисления по фонду заработной платы для покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию сотрудников, связанных с осуществлением финансируемых ими программ, поскольку это может снизить конкурентоспособность организации по сравнению с организациями, использующими распределительный метод. Возрастают административные расходы и степень сложности управления обязательствами и активами по медицинскому страхованию после выхода на пенсию

Источник: подготовлено ОИГ.

232. Три основные довода в пользу перехода на метод накопительного финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию. Как следует из обсуждения, проведенного в настоящей главе, негативные последствия для финансового положения организаций, возникающие в случае постоянной нехватки средств при накоплении обязательств в финансовых ведомостях, несвоевременность и вероятная невозможность значительного повышения взносов при наступлении сроков платежей, а также желательность повышения прозрачности бюджета — вот, вкратце, причины, по которым из двух наиболее известных методов финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию (распределительного и накопительного) предпочтительным является последний. Этот подход неизменно рекомендуют ОИГ, Рабочая группа по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, внешние аудиторы и финансовые эксперты, и целесообразность его применения подтверждается ответами на распространенную ОИГ анкету и результатами бесед, проведенных ею в рамках настоящего обзора, в ходе которых участвующие организации высказывались в пользу такого подхода¹⁶².

¹⁶² Независимый консультативный комитет по ревизии также повторил ранее высказанное им замечание о том, что сохранение распределительного подхода создает значительный риск, который необходимо надлежащим образом регулировать, и рекомендовал «Генеральной Ассамблее в целях снижения этого риска рассмотреть альтернативные стратегии финансирования» (A/76/270).

233. **Применение метода накопительного финансирования не зависит от каких-либо корректировок в системе медицинского страхования.** Сделанный вывод остается в силе, независимо от уровня защиты, предоставляемой бенефициарам, доли расходов на страхование, относимой на счет организаций-работодателей, и влияния разработки более оптимальной политики и повышения эффективности, достигаемого благодаря любым дополнительным мерам по ограничению роста расходов, в рамках которых должны соблюдаться приобретенные права бенефициаров. **По мнению Инспектора, обеспечение обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию по мере начисления пособий не должно зависеть от разработки и введения каких-либо изменений в политике в области медицинского страхования.** Инспектор считает, что важность реалистичного решения этого вопроса невозможно переоценить, поскольку неспособность финансировать начисленные и будущие обязательства может быть равносильна раздуванию долгового пузыря, который со временем может стать серьезным риском для финансовой стабильности организаций и подрывать их способность продолжать выполнять свои мандаты.

234. В своем предыдущем обзоре охвата медицинским страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций¹⁶³ ОИГ рекомендовала обеспечить достаточное финансирование этих обязательств, как это неоднократно рекомендуют Комиссия ревизоров, внешние аудиторы специализированных учреждений и МАГАТЭ и Независимый консультативный комитет по ревизии. Ожидается, что нижеследующая рекомендация позволит повысить прозрачность бюджета, а вместе с ней эффективность и подотчетность участвующих организаций, а также укрепить их финансовое положение и устойчивость.

Рекомендация 7

Директивным и/или руководящим органам организаций системы Организации Объединенных Наций, еще не утвердившим план финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию по мере их накопления для должностей, финансируемых за счет начисленных взносов, следует разработать долгосрочную стратегию на этот счет, по крайней мере для покрытия будущих обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию для всех вновь набранных сотрудников.

¹⁶³ JIU/REP/2007/2.

Приложение I

Право на участие в программах медицинского страхования

В настоящей таблице представлены данные о праве работающих сотрудников, пенсионеров и их иждивенцев на участие в том или ином плане или планах медицинского страхования в зависимости от места службы и категории персонала.

Страхователь и программа	Участвующие организации	Категории и местонахождение работающих и вышедших на пенсию сотрудников			
		Сотрудники, набранные на международной основе		Сотрудники, набираемые на местной основе	
		В штаб-квартире (штаб-квартирах)	За пределами штаб-квартиры	В штаб-квартире	За пределами штаб-квартиры
Базовый план медицинского страхования/план покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию ФАО	ФАО	Да	Да	Да	Да ^a
Программа медицинского страхования/медицинского страхования после выхода на пенсию ФАО	ФАО	Нет	Нет	Нет	Да ^b
Полный план медицинского страхования/медицинского страхования после выхода на пенсию МАГАТЭ	МАГАТЭ	Да	Да	Да	Да
План медицинских пособий ИКАО	ИКАО	Да	Да	Да	Да
Фонд медицинского страхования персонала МОТ	МОТ	Да	Да	Да	Да
План группового медицинского страхования ИМО	ИМО	Да	Да	Да	Да
Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве	ВМО, МСЭ, МТЦ, ПРООН, Секретариат ООН, ЮНЕП, ЮНИДО, ЮНИСЕФ, ЮНКТАД, ЮНОПС	Да (Женева)	Да (только ВМО, МСЭ, УВКБ)	Да (Женева)	Нет
План группового медицинского страхования штаб-квартиры Отделения Организации Объединенных Наций в Вене/УНП ООН — Полный план медицинского страхования	Секретариат Организации Объединенных Наций, УНП ООН	Да (Вена, Турин)	Нет	Да (Вена, Турин)	Нет

Страхователь и программа	Участвующие организации	Категории и местонахождение работающих и вышедших на пенсию сотрудников			
		Сотрудники, набранные на международной основе		Сотрудники, набираемые на местной основе	
		В штаб-квартире (штаб-квартирах)	За пределами штаб-квартиры	В штаб-квартире	За пределами штаб-квартиры
План Секретариата Организации Объединенных Наций «Этна»	ПРООН, Секретариат ООН, Структура «ООН-женщины», ЮНИСЕФ, ЮНОПС, ЮНФПА	Да (Нью-Йорк)	Нет	Да (Нью-Йорк)	Нет
План стоматологического страхования Секретариата Организации Объединенных Наций «Сигна»	ПРООН, Секретариат ООН, Структура «ООН-женщины», ЮНИСЕФ, ЮНОПС, ЮНФПА	Да (Нью-Йорк)	Нет	Да (Нью-Йорк)	Нет
План Секретариата Организации Объединенных Наций «Эмпайр блю кросс»	ПРООН, Секретариат ООН, Структура «ООН-женщины», ЮНИСЕФ, ЮНОПС, ЮНФПА	Да (Нью-Йорк)	Нет	Да (Нью-Йорк)	Нет
План медицинского страхования Секретариата Организации Объединенных Наций	Секретариат Организации Объединенных Наций	Нет	Нет	Нет	Да
Всемирный план Организации Объединенных Наций Секретариата Организации Объединенных Наций	БАПОР, ПРООН, Секретариат ООН, Структура «ООН-женщины», ЮНВТО, ЮНИДО, ЮНИСЕФ, ЮНОПС, ЮНФПА	Нет	Да	Нет	Нет
План медицинского страхования ПРООН	ПРООН, Структура «ООН-женщины», ЮНФПА	Нет	Нет	Нет	Да
Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО	ЮНЕСКО, ИКАО (только сотрудники ИКАО в Париже)	Да (Париж)	Да	Да (Париж)	Да
План медицинского страхования УВКБ	УВКБ	Нет	Нет	Нет	Да
План медицинского страхования ЮНИСЕФ	ЮНИСЕФ	Нет	Нет	Нет	Да
План ЮНИДО для сотрудников категории общего обслуживания на местах	ЮНИДО	Нет	Нет	Нет	Да
План группового медицинского страхования штаб-квартиры ЮНИДО — Полный план медицинского страхования	ЮНИДО	Да (Вена)	Да	Да (Вена)	Нет

Страхователь и программа	Участвующие организации	Категории и местонахождение работающих и вышедших на пенсию сотрудников			
		Сотрудники, набранные на международной основе		Сотрудники, набираемые на местной основе	
		В штаб-квартире (штаб-квартирах)	За пределами штаб-квартиры	В штаб-квартире	За пределами штаб-квартиры
План медицинского страхования ЮНОПС	ЮНОПС	Нет	Нет	Нет	Да
План страхования от болезней и несчастных случаев ЮНВТО	ЮНВТО	Да (Мадрид)	Да	Да (Мадрид)	Да
Фонд медицинского страхования ВПС	ВПС	Да (Берн)	Неприменимо	Да (Берн)	Неприменимо
Базовый план медицинского страхования ВПП	ВПП	Да (Рим)	Да	Да (Рим)	Да (Глобальные отделения)
Программа медицинского страхования ВПП	ВПП	Нет	Нет	Нет	Да (за исключением глобальных отделений)
Программа медицинского страхования персонала ВОЗ	ВОЗ, ЮНЭЙДС	Да (Женева)	Да	Да (Женева)	Да
План группового медицинского страхования ВОИС	ВОИС	Да (Женева)	Да	Да (Женева)	Да

^a Для сотрудников, поступивших на работу в ФАО до 1 октября 2016 года.

^b Для сотрудников, поступивших на работу в ФАО 1 октября 2016 года или позднее.

Приложение II

Сводные ключевые показатели эффективности в соглашениях об уровне обслуживания с внешними администраторами

В этой таблице приведен сводный перечень ключевых показателей эффективности, взятых из имеющихся соглашений об уровне обслуживания, подписанных между внешними администраторами и коммерческими медицинскими страховщиками и участвующими организациями ОИГ. Ключевые показатели эффективности представлены в том виде, как они сформулированы в соглашениях, и могут не отражать передовой практики.

<i>Ключевой показатель эффективности</i>	<i>Целевой показатель (используются различные целевые показатели)</i>	<i>Штрафные санкции^a (используются различные ставки штрафных санкций)</i>
Общие		
Текущее состояние кадров:		
текущее состояние кадров, участвующих в обслуживании страхователя	Не более 15 %	0,50 %
Административная поддержка	С понедельника по пятницу с 9:00 до 18:00, за исключением нерабочих дней банков	Фиксированный штраф за несоблюдение уровня обслуживания
Работа с клиентами		
Выделенный менеджер:	Один назначенный сотрудник	0,50 %
составление графика реализации и документа по существующим решениям и вопросам	Выполнение работы	0,50 %
Финансовый стандарт		
Точность финансовой информации: средний показатель всех заявлений о возмещении медицинских расходов, в которых представлена точная финансовая информация	Не менее 98 %	Используются различные ставки от 0,50 % до 10 % (некоторые соглашения об уровне обслуживания предусматривают различные ставки штрафов в зависимости от достигнутого уровня обслуживания)
Точность оплаты: количество правильно произведенных платежей, деленное на общее количество платежей в аудиторской выборке	Не менее 96 %	Используются различные ставки от 1 % до 10 % (некоторые соглашения об уровне обслуживания предусматривают различные ставки штрафов в зависимости от достигнутого уровня обслуживания)
Точность обработки заявлений: количество правильно обработанных заявлений, деленное на общее количество заявлений в аудиторской выборке	Не менее 96 %	Используются различные ставки от 1 % до 4 % (некоторые соглашения об уровне обслуживания предусматривают различные ставки штрафов в зависимости от достигнутого уровня обслуживания)

<i>Ключевой показатель эффективности</i>	<i>Целевой показатель (используются различные целевые показатели)</i>	<i>Штрафные санкции^a (используются различные ставки штрафных санкций)</i>
Телефонный стандарт		
Время ожидания ответа по телефону: процентов звонков, на которые отвечают в течение 10–30 секунд, в зависимости от плана	Не менее 80 %	Используются различные ставки от 0,50 % до 4 % (некоторые соглашения об уровне обслуживания предусматривают различные ставки штрафов в зависимости от достигнутого уровня обслуживания)
Показатель неотвеченных телефонных звонков: количество неотвеченных телефонных звонков в процентах от общего числа звонков, поступивших в телефонную систему	Не более 5 %	Используются различные ставки от 0,50 % до 4 % (некоторые соглашения об уровне обслуживания предусматривают различные ставки штрафов в зависимости от достигнутого уровня обслуживания)
Телефонная служба помощи	24 часа в сутки, 7 дней в неделю и минимум на 5 языках	Фиксированный штраф за несоблюдение уровня обслуживания
Стандартные сроки обработки заявлений		
Обработка заявлений: среднее максимальное количество дней, необходимое для обработки заявления	От 2 до 10 рабочих дней	Используются различные ставки от 0,50 % до 4 % (некоторые соглашения об уровне обслуживания предусматривают различные ставки штрафов в зависимости от достигнутого уровня обслуживания)
Выдача гарантийного письма для экстренной госпитализации: средний срок выдачи гарантийного письма после получения полностью подтвержденного документами запроса от поставщика услуг	От 2 до 24 часов	Используются различные ставки от 0,50 % до 4 % (некоторые соглашения об уровне обслуживания предусматривают различные ставки штрафов в зависимости от достигнутого уровня обслуживания)
Выдача гарантийного письма для госпитализации в обычном порядке: средний срок выдачи гарантийного письма после получения полностью подтвержденного документами запроса от участника программы страхования или поставщика услуг	От 48 часов до 7 рабочих дней	Используются различные ставки от 0,50 % до 4 % (некоторые соглашения об уровне обслуживания предусматривают различные ставки штрафов в зависимости от достигнутого уровня обслуживания)
Время ответа по электронной почте: среднее время, необходимое для ответа на запрос по электронной почте от участника программы страхования или поставщика услуг	От 1 до 3 рабочих дней	Используются различные ставки от 0,75 % до 4 % (некоторые соглашения об уровне обслуживания предусматривают различные ставки штрафов в зависимости от достигнутого уровня обслуживания)

<i>Ключевой показатель эффективности</i>	<i>Целевой показатель (используются различные целевые показатели)</i>	<i>Штрафные санкции^a (используются различные ставки штрафных санкций)</i>
Предварительное разрешение на медицинские услуги: среднее время получения предварительного разрешения на медицинские услуги, в случае которых требуется медицинская проверка	От 2 до 5 рабочих дней	от достигнутого уровня обслуживания) Используются различные ставки от 0,50 % до 1 %
Загрузка данных об участии в программе и отправка приветственного письма по электронной почте: среднее время загрузки данных об участии в программе и получения застрахованным лицом приветственного письма	До 5 рабочих дней	Используются различные ставки от 0,50 % до 0,75 %
Выдача карт: среднее время получения страховой карты застрахованным лицом	От 5 до 10 рабочих дней	Используются различные ставки от 0,25 % до 0,50 %
Служба экспресс-доставки заявлений: Средняя периодичность информирования застрахованных лиц о том, что будет работать служба экспресс-доставки заявлений от страхователя до страховщика	Два раза в неделю	Фиксированный штраф за несоблюдение уровня обслуживания
Сеть		
Количество утвержденных поставщиков услуг: количество поставщиков услуг в каждом месте службы	Не менее одного	0,50 %
Прямое выставление счетов: в случае конкретного запроса от страхователя на заключение договора о прямом выставлении счетов подрядчик сначала оценивает требования в сравнении с его действующей сетью и предлагает аналогичные альтернативы, если таковые имеются. Для целей данного срока обработки рассматриваются только запросы, полученные от подразделения страхователя, которое занимается вопросами медицинского страхования. При отсутствии альтернативы подрядчик определяет приоритетность запроса, исходя из общего количества заинтересованных застрахованных участников	Подрядчик должен приложить все усилия, в том числе трижды попытаться нанять требуемого поставщика услуг: а. в течение максимум 15 рабочих дней для мест службы после полевой миссии; б. в течение максимум 20 рабочих дней для мест службы, отнесенных к категории «Чрезвычайная ситуация L3»	0,50 %
Обновление информации о сетях, доступных скидках и ценах, согласованных с поставщиками услуг: периодичность обновления информации о сетях	Ежеквартально	Фиксированный штраф за несоблюдение уровня обслуживания
Степень удовлетворенности		
Степень удовлетворенности застрахованных лиц	Не менее 75 % и до 85 %	Используются различные ставки от 0,50 % до 1 %
Представление отчетности		
Средние сроки представления отчетов:	С каждого девятого дня месяца до конца месяца, следующего за отчетным периодом	0,50 %

<i>Ключевой показатель эффективности</i>	<i>Целевой показатель (используются различные целевые показатели)</i>	<i>Штрафные санкции^a (используются различные ставки штрафных санкций)</i>
Страховщик представляет страхователю статистическую информацию, демонстрирующую достигнутые уровни эффективности по сравнению с согласованными уровнями обслуживания	Ежеквартально	Фиксированный штраф за несоблюдение уровня обслуживания
Выставление счетов		
Ежемесячное выставление счетов: Средний срок выставления ежемесячного счета	Не более 15 рабочих дней	0,50 %
Совещания		
Ежеквартальные совещания страхователя и страховщика	Не менее одного	0,50 %
Ежеквартальные совещания руководящих сотрудников страхователя и страховщика	Не менее одного	0,50 %
Прочие вопросы		
Эвакуация/перевозка	Страховщик координирует и оплачивает эвакуацию/перевозку застрахованных лиц до ближайшего приемлемого места лечения	Фиксированный штраф за несоблюдение уровня обслуживания
Соглашения с третьими сторонами	- Страховщик может привлекать для оказания услуг сторонних партнеров, в этом случае страховщик заключает с ними соглашения об уровне обслуживания - Страховщик контролирует уровень обслуживания сторонними поставщиками услуг и регулярно проводит проверки качества работы для обеспечения соблюдения согласованных уровней обслуживания	Фиксированный штраф за несоблюдение уровня обслуживания
Аудиторские проверки планов	- Страховщик должен вести полную, детальную и точную документацию (отчетность, счета, учетные и подтверждающие документы) - Страховщик обязан предоставлять страхователю и/или его представителям необходимую помощь, доступ ко всем данным, документации и учетным документам, имеющимся у страховщика	Фиксированный штраф за несоблюдение уровня обслуживания

^a Штрафы, представленные в виде процента от суммы соответствующего нарушения, рассчитываются от размеров ежегодных административных сборов. Соответствующая сумма удерживается из административных сборов, выплачиваемых страховщику. Однако существует и другой план, предусматривающий фиксированный штраф в размере 5000 евро в квартал при несоблюдении страховщиком какого-либо согласованного уровня обслуживания.

Приложение III

Обзор предложений Генерального секретаря по вопросу о медицинском страховании после выхода на пенсию

1. В своей резолюции 58/249, принятой 23 декабря 2003 года, Генеральная Ассамблея впервые обратилась к Генеральному секретарю с просьбой предложить меры, которые бы позволили добиться прогресса в деле обеспечения полного финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию. В связи с этим 27 октября 2005 года Генеральный секретарь опубликовал свой первый доклад о медицинском страховании после выхода на пенсию¹, в котором, в частности, содержится рекомендация «принять политику более долгосрочного финансирования, предусматривающую предсказуемые и вместе с тем гибкие уровни ежегодных взносов, обеспечивающих регулярное отчисление необходимых средств для покрытия расходов на нынешних участников планов и обязательств по будущим пособиям». Однако Генеральная Ассамблея тогда не приняла никакого решения в отношении предложенной политики².

2. В своем втором докладе о медицинском страховании после выхода на пенсию от 7 февраля 2007 года³ Генеральный секретарь представил Генеральной Ассамблее пересмотренный вариант своего предыдущего предложения вместе с четырьмя, по его мнению, менее реальными⁴ альтернативами. Генеральная Ассамблея, получив рекомендации Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам⁵, 4 апреля 2007 года постановила запросить, среди прочего, более подробную информацию и анализ вариантов финансирования и «преимуществ и недостатков для государств-членов варианта использования распределительной системы погашения обязательств по медицинскому страхованию после выхода в отставку в сопоставлении с вариантом фондирования таких обязательств»⁶.

3. На основе следующего, третьего доклада Генерального секретаря по этому вопросу⁷ от 18 октября 2009 года, после которого был выпущен доклад Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам⁸, Генеральная Ассамблея приняла резолюцию 64/241, в которой директивный орган постановил просить Генерального секретаря представить доклад о порядке покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, «принимая во внимание, что принцип распределительного финансирования также является одним из приемлемых вариантов», и включить в этот доклад, в частности, информацию и анализ по следующим вопросам: услуги, охватываемые существующими планами медицинского страхования после выхода на пенсию, и страховое покрытие по этим планам; административные расходы, связанные с альтернативными вариантами финансирования; варианты размеров взносов участников и Организации Объединенных Наций по планам медицинского страхования после выхода на пенсию;

¹ [A/60/450](#) и [A/60/450/Corr.1](#).

² Резолюция 60/255 Генеральной Ассамблеи.

³ [A/61/730](#).

⁴ Там же, п. 38.

⁵ [A/61/791](#).

⁶ См. резолюцию 61/264 Генеральной Ассамблеи. Распределительный метод предполагает выплату страховых взносов или возмещение медицинских расходов по мере возникновения таких требований, без предварительного резервирования каких-либо средств на эти цели, в то время как метод накопительного финансирования предусматривает постоянное накопление средств именно с этой целью, независимо от источника получения средств. Стандарт МСУГС 39 не предписывает какого-либо метода финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию и допускает, что «обязательства по выплатам установленного размера» могут быть непрофинансированы или профинансированы полностью или частично.

⁷ [A/64/366](#).

⁸ [A/64/7/Add.4](#).

комплексные долгосрочные стратегии финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию; дополнительные меры по снижению расходов Организации Объединенных Наций, связанных с планами медицинского страхования; планы медицинского страхования после выхода на пенсию для вышедших на пенсию работников государственного сектора, предлагаемые их соответствующими правительствами; и финансовые и правовые последствия изменения для нынешних пенсионеров и работающих сотрудников объема услуг, охватываемых планами медицинского страхования после выхода на пенсию, и страхового покрытия и размеров взносов.

4. Рассмотрев последующий доклад Генерального секретаря⁹ от 27 августа 2013 года, Консультативный комитет по административным и бюджетным вопросам¹⁰ отметил, что «вопрос о финансировании пособий по медицинскому страхованию после выхода на пенсию представляет интерес для всех структур системы Организации Объединенных Наций, и... что в долгосрочной перспективе его будет правильнее решать на основе общесистемного подхода, подобно тому как это в настоящее время делается в Объединенном пенсионном фонде персонала Организации Объединенных Наций в отношении пенсий и пособий по нетрудоспособности»¹¹. После этого 27 декабря 2013 года Генеральная Ассамблея¹² постановила «[просить] Генерального секретаря рассмотреть... вариант, предусматривающий распространение мандата Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций на выполнение функции... управления выплатами по медицинскому страхованию после выхода на пенсию», а также «[просить] Генерального секретаря провести обзор действующих в настоящее время в рамках системы Организации Объединенных Наций планов медицинского страхования для работающих сотрудников и пенсионеров, изучить все варианты повышения эффективности и сдерживания объема расходов и представить доклад по этому вопросу на ее семидесятой сессии».

5. В обследовании¹³, подготовленном межучрежденческой Рабочей группой по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, учрежденной Генеральным секретарем под эгидой Сети по финансовым и бюджетным вопросам Комитета высокого уровня по вопросам управления КСР и в соответствии с резолюцией 68/244 Генеральной Ассамблеи, содержится комплексный обзор положения 23 планов медицинского страхования и обязательств и фондов по медицинскому страхованию после выхода на пенсию 25 организаций системы Организации Объединенных Наций по состоянию на 2015 год¹⁴. Хотя вариант

⁹ [A/68/353](#).

¹⁰ [A/68/550](#).

¹¹ Поскольку решения Генеральной Ассамблеи не являются обязательными для других организаций системы, рекомендации Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам, одобренные Генеральной Ассамблеей, должны быть предложены другим компетентным руководящим органам для официальной оценки и одобрения ([A/71/698](#), п. 8).

¹² Резолюция 68/244 Генеральной Ассамблеи.

¹³ Выводы и рекомендации Рабочей группы по медицинскому страхованию после выхода в отставку по итогам первого и последующих этапов обследования были отражены в докладах Генерального секретаря о порядке покрытия обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию от декабря 2015 года ([A/70/590](#)), 2016 года ([A/71/698](#)) и 2018 года ([A/73/662](#)). Последний обновленный вариант этого исследования был выпущен секретариатом КСР в 2020 году. Кроме того, на тридцать седьмом совещании (2022 год) Сети по финансовым и бюджетным вопросам было объявлено о проведении нового обследования с целью сбора информации о политике и практике организаций системы Организации Объединенных Наций в области медицинского страхования после выхода на пенсию. Однако на момент составления данного доклада информации о его результатах еще не было.

¹⁴ В состав Рабочей группы вошли представители 16 организаций системы Организации Объединенных Наций, которые являются членами Сети по финансовым и бюджетным вопросам, Федерации ассоциаций бывших международных гражданских служащих, Федерации ассоциаций международных гражданских служащих, Сети по вопросам людских ресурсов Комитета высокого уровня по вопросам управления, Рабочей группы по общим

расширения мандата Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций был признан нецелесообразным, в пятом докладе Генерального секретаря содержалось восемь рекомендаций о путях повышения эффективности и результативности программ медицинского страхования в организациях системы Организации Объединенных Наций, включая переход от распределительного метода к методу накопительного финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию в отношении вновь набираемых сотрудников¹⁵. Как и в своей предыдущей резолюции 68/244, Генеральная Ассамблея¹⁶ согласилась с мнением Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам о нецелесообразности одобрения такой рекомендации, поскольку «Генеральный секретарь недостаточно убедительно аргументировал обоснование необходимости резервирования бюджетных средств, предназначенных для финансирования текущей деятельности с целью обеспечить покрытие ожидаемых будущих обязательств»¹⁷.

6. В своем докладе о последующей деятельности¹⁸ Генеральный секретарь представил обновленную и дополнительную информацию по ряду аспектов программ медицинского страхования Организации Объединенных Наций и связанных с ними обязательств, в том числе о ходе выполнения рекомендаций Рабочей группы по медицинскому страхованию после выхода на пенсию, одобренных Генеральной Ассамблеей в конце 2016 года, по таким вопросам, как: проведение коллективных переговоров с внешними администраторами и поставщиками медицинских услуг; использование национальных программ медицинского страхования; расширение мандата Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций в целях обеспечения функционирования единой системы медицинского страхования; стандартизация методологии оценки обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию; надлежащее финансирование обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию; и проведение обзора гарантий на основе показателей финансовых результатов и дополнительных переговоров со страховыми компаниями. В доклад также вошли новые рекомендации и замечания в отношении инвестирования резервов и по другим аспектам политики¹⁹.

7. Генеральная Ассамблея²⁰ одобрила последующие рекомендации Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам²¹, касающиеся сдерживания роста расходов при управлении планами и контроля над такими расходами, сотрудничества между организациями в вопросах улучшения их доступа к сетям медицинских учреждений во всех регионах, ценообразования, объединения рисков, согласования принципов оценки обязательств и инвестирования резервов. Однако предложение Генерального секретаря о переходе на метод накопительного финансирования обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию вновь не было одобрено, поскольку Консультативный комитет по административным и бюджетным вопросам отметил, что «предложение о

казначейским услугам Сети по финансовым и бюджетным вопросам, Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций и КСР (см. [A/70/590](#)).

¹⁵ [A/70/590](#), пп. 68, 69 и 70.

¹⁶ Резолюция 70/248 В Генеральной Ассамблеи.

¹⁷ [A/70/7/Add.42](#), п. 28.

¹⁸ [A/71/698](#).

¹⁹ В частности, таким как положения о представлении докладов и конфиденциальности, результаты принятия на страхование, объединение рисков, обеспечение последовательности в разработке планов медицинского страхования и консолидации планов по географическому и организационному признаку, включая слияние планов для достижения критического масштаба; межпоколенческая солидарность; ценообразование (считается, что ценностно-ориентированный расчет страховых взносов больше подходит для непредсказуемых рисков, например для рисков, влияющих на стоимость имущества, в то время как расчет на основе оплаты фактических расходов с начислением определенного процента лучше соответствует типичному профилю риска в программах медицинского страхования Организации Объединенных Наций).

²⁰ Резолюция 71/272 В Генеральной Ассамблеи.

²¹ [A/71/815](#).

финансировании обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию не представлено на всесторонней основе и в его рамках не рассматриваются различные сценарии и переменные величины, которые могут иметь потенциальное воздействие на обязательства».

8. **19 декабря 2018 года Генеральный секретарь опубликовал свой седьмой доклад по вопросу о медицинском страховании после выхода на пенсию²², в котором, в частности, среди других аспектов²³ были рассмотрены вопросы стандартизации методологии оценки и актуарных предположений, распределения взносов на медицинское страхование после выхода на пенсию и финансирования обязательств. Генеральный секретарь вновь рекомендовал Генеральной Ассамблее одобрить финансирование обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию будущих сотрудников за счет введения отчислений от фонда заработной платы²⁴ с одновременным применением механизма начисления выплат, предусматривающего увязку выплачиваемой учреждением части страхового взноса на медицинское страхование после выхода на пенсию, со сроком службы сотрудника в системе²⁵. По рекомендации Консультативного комитета по административным и бюджетным вопросам²⁶ и с учетом того, что предлагаемое начисление заработной платы повлечет за собой начисление взносов государствам-членам, Генеральная Ассамблея²⁷ постановила сохранить распределительную модель финансирования и просила Генерального секретаря представить более подробную информацию о модели накопительного финансирования и механизме начисления выплат для будущих сотрудников.**

9. **Хотя в своем докладе²⁸ Консультативный комитет по административным и бюджетным вопросам выразил убеждение в том, что, «для того чтобы достичь цель, состоящую в выделении достаточного объема ресурсов для покрытия начисленных обязательств по выплате пособий, не обязательно создавать резерв и/или, во всяком случае, нет необходимости это делать в срочном порядке», он не представил информации о том, как это можно сделать — путем сокращения доли страховых взносов, начисляемых организациям, как предлагалось в его предыдущем докладе²⁹, корректировки страхового покрытия или квалификационных критериев, создания резерва на более позднем этапе или просто принимая решения в условиях растущего давления на начисленные взносы по мере наступления сроков оплаты прогнозируемых расходов. В этой связи стоит напомнить, что Генеральная Ассамблея «с озабоченностью [отметила] серьезность вопроса о размерах обязательств по медицинскому страхованию после выхода на пенсию... особо указывая при этом на**

²² A/73/662.

²³ Например, целесообразность или обоснованность привлечения национальных систем медицинского страхования для обеспечения: первичного страхового покрытия для пенсионеров; переговоры с внешними администраторами на общесистемной или коллективной основе; меры по сдерживанию роста расходов; и возможность перевода и сохранения пособий и прав по медицинскому страхованию в рамках всей системы. В том же докладе Генеральный секретарь признал, что не располагает дополнительной информацией... об обзорах гарантий и переговорах со страховщиками; расширении мандата Пенсионного фонда; и инвестировании резервных средств и что Рабочая группа «исчерпала свой потенциал».

²⁴ Предложение Генерального секретаря включает только те организации, которые непосредственно подпадают под действие решений Генеральной Ассамблеи, среди которых, помимо Организации Объединенных Наций, имеются участвующие организации ОИГ (МТЦ, Хабитат ООН, УНП ООН и ЮНЕП).

²⁵ Генеральная Ассамблея в своих резолюциях 38/235 и 69/251 постановила использовать максимальное соотношение долей Организации и сотрудников в расходах, составляющее 2:1, и с тех пор это соотношение применяется в Нью-Йорке и используется многими другими международными организациями. Согласно предлагаемому механизму начисления, после 10 лет службы часть страхового взноса, выплачиваемая организацией-работодателем, будет составлять одну треть от общего размера взноса, а максимальная выплата (не более двух третей премии) будет начисляться после 20 или 25 лет службы.

²⁶ A/73/792.

²⁷ Резолюция 73/279 В Генеральной Ассамблеи.

²⁸ A/73/792.

²⁹ A/71/815, п. 33.

потенциально существенные последствия таких предложений для будущих бюджетов и будущих прав соответствующих сотрудников».

10. В восьмом и самом последнем докладе Генерального секретаря по этой теме от 30 сентября 2021 года³⁰ еще раз прозвучала, хотя и с некоторыми изменениями, его рекомендация о том, что финансирование обязательств по медицинскому страхованию после выхода в отставку новых сотрудников должно осуществляться посредством отчислений от фонда заработной платы и, следовательно, путем начисления дополнительных взносов государствам-членам³¹. На момент проведения настоящего обзора в связи с этим предложением не принималось решений ни в одной из резолюций Генеральной Ассамблеи и в любом случае оно было отклонено Консультативным комитетом по административным и бюджетным вопросам³², поскольку Комитет «счел неубедительными» эти предложения и по-прежнему считал, что «цель, которая состоит в выделении достаточного объема ресурсов для покрытия начисленных обязательств в отношении выплат сотрудникам, может быть достигнута без обязательного создания резерва; во всяком случае, необходимости делать это в срочном порядке нет».

³⁰ [A/76/373](#).

³¹ В том же докладе (раздел С) Генеральный секретарь указал, что из-за отсутствия консенсуса в Рабочей группе по медицинскому страхованию после выхода в отставку в отношении предлагаемого механизма начисления выплат, позволяющего более непосредственно увязать стаж работы сотрудника в системе Организации Объединенных Наций и долю администрации в страховых взносах, от этого предложения отказались, заменив его введением с 1 января 2023 года новой и более высокой основы для расчета взносов пенсионеров, имеющих менее 25 лет зачитываемого для пенсии стажа, а именно в размере пенсии, которую они получали бы, внося взносы в течение 25 лет («теоретическая пенсия», утвержденная Генеральной Ассамблеей в резолюции 61/264).

³² [A/76/579](#), разд. V.

Приложение IV

Обзор мер, которые необходимо принять участвующим организациям по рекомендациям Объединенной инспекционной группы

		Ожидаемый эффект	Участвующие организации Объединенной инспекционной группы																											
			ООН*	ЮНЭЙДС	ЮНКТАД	МТЦ	ПРООН	ЮНЕП	ЮНФПА	Хабитат ООН	УВКБ	ЮНИСЕФ	УНП ООН	ЮНОПС	БАПОР	«ООН-женщины»	ВПП	ФАО	МАГАТЭ	ИКАО	МОТ	ИМО	МСЭ	ЮНЕСКО	ЮНИДО	ЮНВТО	ВПС	ВОЗ	ВОИС	ВМО
Доклад	Для принятия мер		☒	☐	☐	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☐
	Для информации		☐	☒	☒	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒
Рекомендация 1		f	E									E	E			E	E		E		E		E	E	E	E				
Рекомендация 2		g	E				E				E	E	E	E			E	E	E	E	E			E	E		E	E		
Рекомендация 3		g					E		E		E			E		E			E	E	E	E			E	E	E			
Рекомендация 4		d	L																											
Рекомендация 5		e	E				E				E	E	E	E		E	E	E	E	E	E		E	E	E	E	E	E	E	
Рекомендация 6		d												E					E			E		E	E	E	E	E		
Рекомендация 7		a	L														L	L	L	L	L	L	L	L	L	L				

Условные обозначения:

- L: рекомендация для принятия решения директивным органом
 E: рекомендация для принятия решения административным руководителем
☐: рекомендация не требует принятия мер данной организацией

Ожидаемый эффект:

a: повышение прозрачности и подотчетности; b: распространение полезного/передового опыта; c: усиление координации и сотрудничества; d: повышение слаженности и согласованности; e: усиление контроля и соблюдения требований; f: повышение результативности; g: значительная экономия финансовых средств; h: повышение эффективности; i: прочее.

* Как указано в документе ST/SGB/2015/3.