

**ОХВАТ МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ
СОТРУДНИКОВ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ**

Подготовили:

***Виктор Вислых
М. Дебора Уайнс***

Объединенная инспекционная группа

Женева, 2007 год



Организация Объединенных Наций

JIU/REP/2007/2
Original: ENGLISH

**ОХВАТ МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ СОТРУДНИКОВ
СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ**

Подготовили:

***Виктор Вислых
М. Дебора Уайнс***

Объединенная инспекционная группа



Организация Объединенных Наций, Женева, 2007 год

РЕЗЮМЕ

Охват медицинским страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций JIU/REP/2007/2

Цель

Представить государствам-членам обзор схем охвата медицинскими страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций и предложить пути преодоления проблем, возникающих в настоящее время для планов медицинского страхования системы Организации Объединенных Наций в связи со стремительным ростом стоимости медицинского страхования и необходимостью гарантировать надлежащий охват медицинским страхованием сотрудников, пенсионеров и их иждивенцев в контексте практики нулевого роста бюджета, принятой в системе Организации Объединенных Наций.

Основные установленные факты и выводы

- Со времени выпуска первоначальной записки Объединенной инспекционной группы (ОИГ) по этой теме в 1977 году затраты на медицинское страхование сотрудников, пенсионеров и их иждивенцев, имеющих на это право, выросли в геометрической прогрессии. В период с 1975 года по 2004 год число участников планов медицинского страхования персонала увеличилось на 122%. Затраты же на медицинское страхование за тот же период выросли на 1 387%, при этом расходы в расчете на одного человека возросли с 540 долл. США в 1975 году до 3 620 долл. США в 2004 году.
- На увеличение затрат планов медицинского страхования сотрудников продолжает влиять ряд основных факторов: рост стоимости пособий на медицинское обслуживание во всем мире, в частности платы, взимаемой больницами; старение участников международного сообщества, требующее предусмотренного для них обслуживания, с вытекающими из этого отрицательными финансовыми последствиями; систематическое увеличение частотности обращения за медицинской помощью; и валютные колебания.
- Хотя медицинское страхование персонала представляет собой третий по важности и затратам элемент общего пакета выплат в системе Организации Объединенных Наций после окладов и надбавок и пенсий, оно не считается вопросом, относящимся к "общей системе". Вследствие этого организации системы Организации Объединенных Наций - некоторые в индивидуальном порядке, а некоторые на коллективной основе - ввели в действие планы медицинского страхования, которые сильно разнятся с точки зрения стоимости и сферы охвата, условий участия, ставок взносов и пособий на медицинское обслуживание. Планы медицинского страхования необходимо унифицировать, первоначально на уровне отдельно взятых мест службы. Государства-члены не осуществляют надлежащего надзора в вопросах, связанных с медицинским страхованием, и не играют никакой роли в определении условий медицинского страхования и пособий на медицинское обслуживание в рамках системы Организации Объединенных Наций.
- Наиболее быстрорастущим элементом этого страхования является медицинское страхование после выхода в отставку (МСВО). Вопросы определения, учета и финансирования начисленных обязательств по линии МСВО еще предстоит

урегулировать. Тем временем по актуарным оценкам нынешний объем начисленных обязательств в отношении будущих пособий (за вычетом взносов пенсионеров) по состоянию на 31 декабря 2004 года по организациям системы Организации Объединенных Наций составил 4,2 млрд. долл. США, из которых более 3,6 млрд. долл. США остаются непрофинансированными.

- В своей резолюции 60/255 Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций признала начисленные обязательства Организации Объединенных Наций по выплате пособий после выхода в отставку и обратилась к Генеральному секретарю с просьбой представить информацию по этим обязательствам в финансовых ведомостях. Системе Организации Объединенных Наций необходимо взять на вооружение долгосрочную стратегию финансирования для покрытия этих долгосрочных обязательств. С учетом практики нулевого роста бюджета в системе Организации Объединенных Наций государствам-членам следует приступить к финансированию конкретно этих начисленных обязательств.
- Необходимо изучить такой возможный вариант, как учреждение общего фонда, объединяющего резервы, которые уже созданы/будут созданы отдельными организациями для покрытия долгосрочных обязательств по линии МСВО, в целях инвестирования этих средств по линии Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций (ОПФПООН). Это позволит свести к минимуму инвестиционные риски, обеспечить организациям управленческие и финансовые преимущества и повысить доходность инвестиций.
- Руководящим органам организаций системы Организации Объединенных Наций следует разработать и принять действенные стратегии сдерживания роста расходов по линии планов медицинского страхования. Здесь существует множество возможных вариантов, и в частности: расширение сети рекомендованных поставщиков услуг по согласованным тарифам, укрепление и расширение внутренних медицинских учреждений для первичного медико-санитарного обслуживания и предоставления услуг по направлению к специалистам сотрудников, пенсионеров и их иждивенцев, создание собственных аптек и облегчение доступа к национальным службам здравоохранения в сочетании с планами медицинского страхования международного персонала.
- Ниже приводятся рекомендации, предлагаемые для рассмотрения руководящим органам. Еще одна рекомендация (рекомендация 7), предлагаемая для рассмотрения исполнительным главам, содержится в основной части доклада.

Рекомендации, предлагаемые для рассмотрения руководящим органам

- **Руководящим органам организаций системы Организации Объединенных Наций следует в официальном порядке признать медицинское страхование сотрудников в качестве важной и неотъемлемой части общей системы. Им следует предложить Комиссии по международной гражданской службе (КМГС) проводить периодические обзоры в целях выработки рекомендаций для Генеральной Ассамблеи.**
- **В этой связи Генеральной Ассамблее следует создать на первоначальной основе специальный консультативный орган для оказания содействия КМГС в разработке общих принципов, политики и стандартов для планов медицинского страхования сотрудников. В состав этого консультативного органа следует**

включить представителей государств-членов, должностных лиц организаций системы Организации Объединенных Наций, выборного(ых) представителя(ей) персонала и выборного(ых) представителя(ей) пенсионеров, обеспечив при этом оказание ему содействия со стороны экспертов по вопросам здравоохранения и страхования из частного сектора.

- Руководящим органам каждой организации системы Организации Объединенных Наций следует обратиться к своим соответствующим исполнительным главам с просьбой унифицировать существующие планы медицинского страхования, первоначально на уровне места службы, а в более долгосрочной перспективе и в рамках общей системы, в таких вопросах, как сфера охвата, взносы и пособия, и предусмотреть периодическую отчетность по вопросам медицинского страхования перед руководящими органами.
- Руководящим органам каждой организации системы Организации Объединенных Наций следует обратиться к своим соответствующим исполнительным главам с просьбой проводить периодические актуарные исследования на основе единой общесистемной методологии для определения размеров начисленных обязательств по линии МСВО и раскрывать эти обязательства в финансовых ведомостях.
- Руководящим органам каждой организации следует:
 - а) обратиться к своим соответствующим исполнительным главам с просьбой внести предложения по финансированию обязательств по линии МСВО;
 - б) обеспечить надлежащее финансирование для покрытия этих обязательств и создать резерв с этой целью.
- Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций следует создать общий фонд для объединения резервов (существующих и будущих), средства которого следует инвестировать на основе, аналогичной инвестированию активов ОПФПООН.

СОДЕРЖАНИЕ

		<i>Стр.</i>
	РЕЗЮМЕ	iii
	СОКРАЩЕНИЯ	viii
<i>Глава</i>		<i>Пункты</i>
I.	ВВЕДЕНИЕ	1 - 8 1
II.	ПЛАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ	9 - 30 3
	A. Рост расходов на медицинское страхование в системе Организации Объединенных Наций	9 - 10 3
	B. Отсутствие надлежащего надзора со стороны государств-членов.....	11 - 14 3
	C. Сравнительный анализ планов медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций.....	15 4
	D. Сфера охвата	16 - 17 5
	E. Взносы	18 5
	F. Пособия.....	19 - 24 6
	G. Унификация планов медицинского страхования.....	25 - 30 7
III.	МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ПОСЛЕ ВЫХОДА В ОТСТАВКУ (МСВО) В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ	31 - 44 9
	A. Финансирование программы МСВО.....	35 - 37 10
	B. Объем обязательств в системе Организации Объединенных Наций	38 - 39 11
	C. Финансирование обязательств по МСВО.....	40 - 44 11
IV.	МЕРЫ ПО СДЕРЖИВАНИЮ РОСТА РАСХОДОВ	45 - 47 13
ПРИЛОЖЕНИЯ		
I.	Краткое описание различных планов медицинского страхования, существующих в системе Организации Объединенных Наций.....	15
II.	Число участников и годовые расходы по планам медицинского страхования в 1997 и 2004 годах	19
III.	Сравнительный анализ распределения долей страховых взносов	20
IV.	Сравнительный анализ охвата	21
V.	Сравнительный анализ пособий	22
VI.	Медицинское страхование после выхода в отставку (МСВО).....	24
VII.	Охват медицинским страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций: Общий обзор рекомендуемых мер	25

СОКРАЩЕНИЯ

АКК	Административный комитет по координации
БПМС	Базовый план медицинского страхования (ФАО и ВПП)
ВМО	Всемирная метеорологическая организация
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОИС	Всемирная организация интеллектуальной собственности
ВПП	Всемирная продовольственная программа
ВПС	Всемирный почтовый союз
ВРП	Вариант рекомендованных поставщиков услуг
ГМСВ	Групповое медицинское страхование временных сотрудников (МАГАТЭ)
ДПМС	Дополнительный план медицинского страхования (Вена)
ИКАО	Международная организация гражданской авиации
ИМО	Международная морская организация
ККАБВ	Консультативный комитет по административным и бюджетным вопросам
ККАВ	Консультативный комитет по административным вопросам
КМГС	Комиссия по международной гражданской службе
КР	Комиссия ревизоров
КСР	Координационный совет руководителей системы Организации Объединенных Наций
МАГАТЭ	Международное агентство по атомной энергии
МОТ	Международная организация труда
МСВО	Медицинское страхование после выхода в отставку
МСП	Медицинское страхование персонала (ВОЗ)
МСУГС	Международные стандарты учета в государственном секторе
МСЭ	Международный союз электросвязи
ОИГ	Объединенная инспекционная группа
ОМС	Объединенная медицинская служба
ОПФПООН	Объединенный пенсионный фонд персонала Организации Объединенных Наций
ПМС	План медицинского страхования для Нью-Йорка
ПМСУ	План медицинского страхования (УВКБ)
ПОМП	План основных медицинских пособий (ФАО и ВПП)
ППМС	Полный план медицинского страхования (ЮНОВ и ЮНИДО)
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
СМО	Страховая медицинская организация
ССУ	Специальные соглашения об услугах
УВКБ	Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций
ФМСП	Фонд медицинского страхования персонала (МОТ)
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИДО	Организация Объединенных Наций по промышленному развитию
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНОВ	Отделение Организации Объединенных Наций в Вене
ЮНОГ	Отделение Организации Объединенных Наций в Женеве
ЮНСМИС	Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций от болезней и несчастных случаев
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse (Австрийский национальный план медицинского страхования)

I. ВВЕДЕНИЕ

1. Объединенная инспекционная группа (ОИГ) включила доклад об охвате медицинским страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций в свою программу работы на 2005 год¹. Доклад был включен в программу на основании официальных предложений Международного агентства по атомной энергии (МАГАТЭ) и Организации Объединенных Наций по промышленному развитию (ЮНИДО). Эти организации обратились за рекомендациями по поводу того, как преодолевать проблемы, возникающие перед их планами медицинского страхования в связи со стремительным ростом расходов на медицинское страхование и необходимостью гарантировать медицинское страхование своим сотрудникам и пенсионерам и их иждивенцам в контексте практики нулевого роста бюджета, принятой в системе Организации Объединенных Наций. Большинство организаций системы Организации Объединенных Наций время от времени сталкивались с аналогичными управленческими, административными и финансовыми проблемами в связи с их соответствующими планами медицинского страхования.

2. Со времени учреждения Организации Объединенных Наций, ее специализированных учреждений и МАГАТЭ вопрос о медицинском страховании сотрудников и их иждивенцев является предметом многочисленных обзоров, проводившихся органами общей системы Организации Объединенных Наций, подобными Административному комитету по координации (АКК) (который в настоящее время преобразован в Координационный совет руководителей системы Организации Объединенных Наций (КСР)), Консультативному комитету по административному вопросу (ККАВ) и ОИГ. ОИГ провела углубленный обзор планов медицинского страхования организаций системы Организации Объединенных Наций в июне 1977 года, и этот обзор был последним таким общесистемным исследованием на эту тему. В обзоре 1977 года предметом изучения стали различные ключевые вопросы, включая типы планов, структуру пособий, финансовые вопросы, а также административные и управленческие аспекты².

3. В 1977 году ККАВ учредил рабочую группу для подготовки общего ответа на рекомендации, содержащиеся в записке ОИГ. Однако о результатах деятельности этой рабочей группы какая-либо информация отсутствует. Выводы, замечания и рекомендации, приведенные в записке ОИГ 1977 года, остаются актуальными и поныне. Поэтому Инспекторы хотели бы напомнить о некоторых из них в настоящем докладе, обратить внимание государств-членов и организаций системы Организации Объединенных Наций на хронические и неизжитые проблемы, связанные с планами медицинского страхования персонала.

4. Цель настоящего доклада - представить государствам-членам обзор схем охвата медицинским страхованием сотрудников системы Организации Объединенных Наций, результаты их сопоставления с передовыми видами практики в образованиях, не входящих в систему Организации Объединенных Наций, а также ряд жизнеспособных вариантов осуществления более эффективного контроля за сопутствующими бюджетными расходами без негативного воздействия на этот важный элемент общих условий службы в системе Организации Объединенных Наций.

5. Методология, использовавшаяся при подготовке настоящего доклада, включала в себя анкетирование, проведение бесед и углубленного анализа. Подробные анкеты были разосланы всем участвующим организациям. На основе полученных ответов Инспекторы провели беседы с должностными лицами участвующих организаций, а также запросили мнения других международных организаций. В рамках проведения обзора Инспекторы посетили организации,

¹ А/60/34 (пункты 39 и 40).

² JIU/NOTE/77/2, Note on health insurance schemes in the United Nations system.

базирующиеся в Нью-Йорке, Женеве, Вене, Риме, Лондоне и Париже. На предмет установления возможных критериев для сравнительного анализа и выявления передовой практики Инспекторы провели также беседы с должностными лицами Всемирного банка, Международного валютного фонда, Европейской комиссии, Организации экономического сотрудничества и развития и Европейского космического агентства относительно планов медицинского страхования в их организациях. Результаты этих обсуждений были приняты во внимание при подготовке окончательных рекомендаций в настоящем докладе. Замечания по проекту доклада были запрошены у участвующих организаций, а также у Объединенного пенсионного фонда персонала Организации Объединенных Наций (ОПФПООН) и Комиссии по международной гражданской службе (КМГС), и многие организации представили ответы. Их замечания были приняты к сведению при подготовке окончательного доклада.

6. В соответствии с пунктом 2 статьи 11 статута ОИГ настоящий доклад был доработан после консультаций между Инспекторами, с тем чтобы взвесить предлагаемые выводы и рекомендации с учетом коллективного мнения Группы.

7. Для облегчения работы с докладом, а также выполнения содержащихся в нем рекомендаций и контроля за их осуществлением в приложении VII приводится таблица с указанием того, представляется ли этот доклад соответствующим организациям для принятия мер или для информации. В таблице выделяются те рекомендации, которые имеют актуальное значение для каждой организации, и указывается, требуется ли для их выполнения решение руководящего или директивного органа организации или же меры по ним могут быть приняты исполнительным главой.

8. Инспекторы хотели бы выразить свою признательность всем, кто оказал им содействие в подготовке настоящего доклада, и в особенности тем, кто принял участие в беседах и поделился своими знаниями и опытом.

II. ПЛАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

A. Рост расходов на медицинское страхование в системе Организации Объединенных Наций

9. После учреждения Организации Объединенных Наций, ее специализированных учреждений и МАГАТЭ в положения о персонале этих организаций было включено требование о том, что исполнительный глава организации должен устанавливать план социального обеспечения персонала, включающий в себя положения об охране здоровья. Должностное лицо при его назначении на ту или иную должность в системе Организации Объединенных Наций может стать участником плана медицинского страхования персонала. Такие планы предусматривают их страхование от медицинских расходов, связанных с болезнью, беременностью и родами или несчастными случаями. На первых этапах существования Организации Объединенных Наций услуги медицинского страхования предоставлялись только работающим сотрудникам и без каких-либо субсидий со стороны Организации. В резолюции 1095 (XI) от 27 февраля 1957 года Генеральная Ассамблея уполномочила предусмотреть распределение расходов на медицинское страхование между Организацией и участвующими в этих планах сотрудниками на приблизительно равной основе таким образом, чтобы более значительные субсидии предоставлялись сотрудникам с более низкими уровнями окладов.

10. Согласно имеющейся информации, по состоянию на 31 декабря 2004 года общее число участников этих планов в рамках всей системы составляло приблизительно 84 000 человек, а ежегодные расходы превышали 305 млн. долл. США. Сравнительные данные по процентному приросту числа участников и ежегодных расходов по линии планов медицинского страхования для организаций в 1997 и 2004 годах приведены в приложении II. По данным, указанным в записке ОИГ 1977 года, число участников в 1975 году составляло приблизительно 38 000 человек, включая 3 000 пенсионеров, а годовые расходы по линии этих планов - приблизительно 20,5 млн. долл. США. Процентное увеличение числа участников с 1975 года составило примерно 122%, тогда как расходы по линии планов медицинского страхования за тот же период выросли на 1 387%. Исходя из проведенного анализа Инспекторы подчеркивают рост значимости медицинского страхования, которое является третьим по важности элементом условий службы после окладов и надбавок и пенсий, и предупреждают, что необходимо принять меры для сдерживания ожидаемого стремительного роста стоимости обеспечения медицинского страхования персонала.

B. Отсутствие надлежащего надзора со стороны государств-членов

11. В статье 101 Устава Организации Объединенных Наций предусматривается, что при определении условий службы своего персонала организациям системы Организации Объединенных Наций следует руководствоваться "необходимостью обеспечить высокий уровень работоспособности, компетентности и добросовестности". Получение доступа к достойному и равному уровню социального обеспечения составляет часть базисных ожиданий любого сотрудника, вливающегося в систему Организации Объединенных Наций. В соответствии с установленными международными принципами, в особенности принципами, фигурирующими в соответствующих конвенциях и рекомендациях Международной организации труда (МОТ), а также в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, программы достойного социального обеспечения должны обеспечивать защиту от таких рисков и чрезвычайных обстоятельств, как старость, утрата трудоспособности, болезнь, требуемое медицинское обслуживание, а также ответственность за заботу о детях и других членах семьи, находящихся на иждивении.

12. Все организации в общей системе имеют те или иные планы или схемы медицинского страхования. Инспекторы отмечают очевидное отсутствие надзора со стороны государств-членов в деле внедрения планов медицинского страхования в рамках системы Организации Объединенных Наций. Хотя государства-члены играют активную роль в установлении шкал окладов и других пособий, включая пенсии, они не играли сколь-нибудь значимой непосредственной роли в определении пособий по медицинскому страхованию для сотрудников и пенсионеров. Эти полномочия были делегированы соответствующим секретариатам организаций. Отсюда и широкие расхождения по всей системе. Существующие планы медицинского страхования имеют заметные различия даже в пределах одного и того же места службы (Нью-Йорк, Женева и Вена), между местным и неместным персоналом, между сотрудниками штаб-квартир и полевым персоналом, а также расхождения в положениях, регулирующих ставки взносов и возмещения.

13. С самого начала медицинское страхование не рассматривалось в качестве вопроса, относящегося к общей системе. Организации системы Организации Объединенных Наций противились попыткам КМГС обеспечить учет связанных с социальным обеспечением аспектов условий службы при разработке методологии проведения сопоставлений общих размеров вознаграждения. Аналогичным образом, КМГС отказалась занять какую-либо определенную позицию, когда Генеральная Ассамблея в 1982 году обратилась к ней с просьбой изучить необходимость повышения взносов организаций общей системы на планы медицинского страхования. В ходе встречи с Инспекторами бывший председатель КМГС подтвердил, что медицинское страхование не считается частью общей системы.

14. Инспекторы считают логичным, чтобы медицинское страхование сотрудников, как и другие льготы и пособия в рамках общей системы, подобные окладам и другим выплатам, классам должностей и пенсионным пособиям, регулировалось согласованными положениями. Инспекторы считают, что расхождения в планах медицинского страхования противоречат признанному принципу общей системы кадровых вопросов, и вновь заявляют, что "желательно ... исправить положение таким образом, чтобы предусмотреть единообразный режим для персонала системы Организации Объединенных Наций в вопросах медицинского страхования в качестве части общей системы"³. В рамках этих усилий государствам-членам следует играть активную роль в определении пособий по медицинскому страхованию в целях обеспечения согласованности между различными планами медицинского страхования, уменьшения расхождений и обеспечения экономии средств, выделяемых на медицинское страхование.

С. Сравнительный анализ планов медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций

15. Система Организации Объединенных Наций в настоящее время имеет 20 основных планов медицинского страхования. Краткое описание важных элементов этих планов приводится в приложении I. Эти планы варьируются и значительно разнятся между организациями и местами службы, а порой и в пределах одного места службы. Существуют разные типы планов:

- самоуправляющиеся и самофинансирующиеся планы, подобные Плану медицинского страхования Организации Объединенных Наций (ПМС), Обществу взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций от болезней и несчастных случаев (ЮНСМИС) Отделения Организации Объединенных Наций в Женеве (ЮНОГ); Схеме медицинского страхования персонала (МСП) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ); Фонду медицинского страхования персонала (ФМСП) МОТ и Международного союза электросвязи (МСЭ); и Фонду медицинских пособий Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО);

³ ЛУ/NOTE/77/2 (р. 30, para. 92).

- самофинансирующиеся планы, находящиеся в управлении третьих сторон - коммерческих поставщиков услуг, например "Этна", "Блю кросс", "Сан лайф групп" и "Ванбрета" в Центральных учреждениях Организации Объединенных Наций и полевых миссиях, Международной организации гражданской авиации (ИКАО), Продовольственной сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО), Всемирной продовольственной программе (ВПП) и Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС)6 соответственно;
- общенациональные или государственные планы, подобные Австрийскому национальному плану медицинского страхования (Wiener Gebietskrankenkasse - WGKK) для некоторых категорий сотрудников в некоторых местах службы.

D. Сфера охвата

16. Сфера охвата планов медицинского страхования варьируется. Все организации системы Организации Объединенных Наций, как это показано в приложении IV, предусматривают охват медицинским страхованием в рамках единого блока, всех действующих сотрудников и их иждивенцев (как первичных, так и вторичных), а также пенсионеров и их иждивенцев. Однако критерии, определяющие право на участие в планах медицинского страхования, разнятся с точки зрения минимального периода назначения, необходимого для обретения такого права. Например, в ИКАО необходимым минимумом является трехмесячный контракт, тогда как в большинстве других организаций требуется шестимесячный контракт. Аналогичным образом различаются и критерии для пенсионеров и их иждивенцев, как это показано в приложении VI. За исключением нескольких организаций, таких как МАГАТЭ, ИКАО и Международная морская организация (ИМО), сотрудники, работающие по краткосрочным контрактам, консультанты и подрядчики по специальным соглашениям об услугах (ССУ) охватываются соответствующими планами медицинского страхования персонала.

17. Участие в одном из базовых планов медицинского страхования является обязательным в большинстве организаций. Исключения делаются для сотрудников, которые представляют достаточные доказательства их охвата любым планом за пределами Организации Объединенных Наций. Участие в дополнительных планах, таких, как План основных медицинских пособий (ПОМП) в Риме или Дополнительный план медицинского страхования (ДПМС) в Вене, является добровольным. Дополнительные планы предназначены для покрытия расходов, не охватываемых базовыми планами, и сотрудники выплачивают свой взнос в полном объеме. Все планы предусматривают глобальное покрытие с вариациями в размерах пособий и возмещения. Однако национальные планы, подобные Австрийскому национальному плану медицинского страхования (WGKK), предусматривают покрытие только в Европейском союзе и в странах, имеющих двустороннее соглашение по вопросам медицинского страхования с Австрийской Республикой.

E. Взносы

18. В настоящее время сотрудники выплачивают в качестве своего взноса процентную долю или фиксированную сумму от страховой премии, а организации субсидируют остальную часть. Сравнительный анализ долей страховых взносов, выплачиваемых сотрудниками и пенсионерами, с одной стороны, и организациями – с другой, приводится в приложении III. Налицо значительные различия между долями страховых взносов сотрудников/пенсионеров и организаций. Аналогичным образом широкие расхождения наблюдаются в определении размеров страховых взносов. Инспекторы признают, что в разных местах службы размеры страховых взносов определяются разными условиями покрытия медицинских расходов, но в некоторых местах службы, например в Женеве, где разные организации предлагают аналогичные пособия, различия в распределении долей страховых взносов между сотрудником и организацией и в определении размеров страховых взносов являются необоснованными. Это касается и некоторых других мест службы, где расквартировано значительное число сотрудников общей системы, работающих на различные организации, и где эти организации имеют свои собственные планы медицинского

страхования. Размеры долей уплачиваемых страховых взносов и самих взносов в пределах одного места службы следует унифицировать.

Г. Пособия

19. Чтобы справиться с растущим спросом на пособия и услуги, планы медицинского страхования периодически пересматривают структуру своих пособий. В данном случае пересмотру подвергается главным образом объем услуг, например долговременных услуг по уходу, оказываемых средним медицинским персоналом, стоматологических услуг, устройств для коррекции зрения и т.д. В то же время принимались и новые правила в отношении пособий и медикаментов. Сравнительный анализ основных пособий, предоставляемых по планам медицинского страхования в рамках системы Организации Объединенных Наций, приводится в приложении V.

20. В рамках всех планов предлагается свободный выбор поставщиков услуг, врачей, аптек и медицинских учреждений. Общего, пожизненного ограничения размеров возмещения в каком-либо из этих планов не предусматривается, но существуют лимиты возмещения в пределах одного года. Годовые лимиты колеблются от 1 000 000 долл. США по плану ФАО/ВПП до 30 000 долл. США, которые предусматриваются ВОЗ для их временных сотрудников в пределах первых трех месяцев их контракта. В таких организациях, как ИКАО, предельные уровни или лимиты в расчете на один год предусмотрены только для некоторых пособий.

21. По большинству планов предусматривается 80-процентное покрытие гонораров врачей общего профиля, терапевтов, хирургов, психиатров, акушеров и гинекологов. По некоторым программам предусматривается 100-процентное возмещение, а по некоторым – возмещение 75% расходов. Во всех местах службы ставки возмещения платы за конкретные услуги варьируются. Если взять Нью-Йорк, то по программе организации рекомендованных поставщиков услуг (ОРП) "Этна оупен чойс" возмещается 100% расходов (при условии ежегодно вычитаемых лимитов и совместного страхования), тогда так по другим планам возмещению подлежат лишь 80% расходов. Аналогичные расхождения существуют и в страховых планах в Женеве. По рецептурным лекарствам ставка возмещения составляет 80%. В некоторых планах, например в ИКАО, стоимость фирменных лекарств покрывается на 80%, а непатентованных лекарств – на 90%.

22. Ставки возмещения стоимости амбулаторных услуг (лабораторные анализы, рентген, протезирование конечностей и т.д.) и услуг медицинских учреждений колеблются от 75% до 100%. Аналогичные вариации наблюдаются по медицинским процедурам, подобным диагностике рака груди, ортопедии и т.д. Значительно колеблются и ставки возмещения в части услуг по уходу, оказываемых средним медицинским персоналом (сиделками).

23. Услуги больничных учреждений, т.е. суточная плата за пребывание в больнице, клинике или ином признанном медицинском учреждении, являются дорогостоящими, и ставки их возмещения в различных планах медицинского страхования колеблются. Например, в Организации Объединенных Наций, ВОЗ, МОТ и ВОИС прохождение лечения в общей палате возмещается на 100%. Возмещение лечения в одиночной или двухместной палате колеблется: от 70% по схеме ПМС Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ) до 100% по плану ВОИС. Кроме того, выплата авансов по требованиям некоторых больниц при приеме в них предусматривается лишь некоторыми страховыми планами.

24. Аналогичные колебания – от 80% до 100% – в различных страховых программах прослеживаются и в возмещении оплаты услуг стоматологов (периодические контрольные осмотры, пломбы, коронки и т.д.). В то же время в размерах максимальных ежегодных ставок возмещения прослеживаются расхождения. По плану ВОЗ ежегодный лимит составляет 1 500 долл. США, а при несчастном случае максимальная ставка возмещения стоимости стоматологических услуг составляет 30 000 долл. США. По плану ВОИС возмещается 75% при

максимальном пределе 3 500 шв. фр. в год, а при прохождении лечения во Франции ставка возмещения равна 85%. Настолько же значительно колеблются ставки возмещения стоимости услуг ортодонтонтов.

Г. Унификация планов медицинского страхования

25. В свете значительных различий в размерах взносов, пособий и сферах охвата планов медицинского страхования Инспекторы считают, что одним из вариантов, который следует рассмотреть в приоритетном порядке, является унификация положений, регулирующих медицинское страхование, и размеров пособий в рамках системы Организации Объединенных Наций. Инспекторы обеспокоены еще и тем, что эти значительные расхождения могут создать препятствие на пути мобильности персонала между организациями системы Организации Объединенных Наций.

26. Вопрос об унификации схем медицинского страхования организаций системы Организации Объединенных Наций стоит на повестке дня еще с первых дней существования системы, когда организациям приходилось разрабатывать программы на этот счет для своих сотрудников. В 1950-х и 1960-х годах такие органы общей системы, как ККАВ и АКК, проявляли пристальный интерес к установлению единого плана медицинского страхования для всех сотрудников организаций системы Организации Объединенных Наций. На своей тринадцатой сессии (сентябрь 1952 года) ККАВ "настоятельно призвал рассмотреть возможность, в случае существования у той или иной организации плана для ее сотрудников, охвата таким планом сотрудников других организаций-членов в этом же районе. Если две или более организаций... имеют отдельные планы, применимые к их сотрудникам, то следует изучить возможность введения единого плана для охвата всех таких сотрудников".

27. ОИГ, рассмотрев различные ключевые вопросы, касающиеся планов медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций, в 1977 году и отметив "сложный характер этих планов и запутанность правил, составляющих их основу", сочла "желательной целью введение единого плана, охватывающего всех международных гражданских служащих всех организаций системы Организации Объединенных Наций... будь то базирующихся в штаб-квартирах организаций или действующих на местах". Тем не менее Инспекторы не оформили это соображение в виде рекомендации, поскольку они исходили из того, что это может быть только идеалом, так как в дело здесь вступают практические проблемы. Вместо этого в качестве первого шага они предложили организациям, базирующимся в Женеве, рассмотреть возможность объединить усилия и ввести в действие общий план медицинского страхования для всех сотрудников в Женеве и на местах.

28. Инспекторы предложили также "создать Межучрежденческий комитет по вопросам медицинского страхования для изучения выводов, приведенных в [записке], и разработки общей системы медицинского страхования, которую можно было бы сначала ввести в действие в Женеве, а затем распространить и на другие места службы". Инспекторы высказали идею о том, что перед этим Комитетом можно было поставить задачу разработки планов создания совместной самоуправляющейся схемы медицинского страхования для всех организаций в Женеве, которая должна была бы послужить основой для возможной европейской или региональной схемы, охватывающей все организации системы Организации Объединенных Наций, базирующиеся в Европе. В качестве долгосрочной цели Комитету можно было бы поручить выработать планы создания общей системы медицинского страхования, которая была бы достаточно гибкой с точки зрения учета различных схем медицинского обслуживания, с прицелом на установление двух систем: одной для Северной Америки и другой - для остальных стран мира⁴. Как указывалось в пункте 8 выше, по этим рекомендациям ОИГ никаких конкретных действий предпринято не было.

⁴ JUI/NOTE/77/2 (P. 34 recommendations).

29. Рассматривая ситуацию, сложившуюся 29 лет спустя, и основываясь на результатах многочисленных бесед и обсуждений с должностными лицами Организации Объединенных Наций в разных местах службы и с представителями персонала этих организаций, Инспекторы приходят к выводу о том, что предусмотреть единый глобальный план медицинского страхования для всей системы Организации Объединенных Наций все еще возможно. Этой цели можно было бы достичь в долгосрочной перспективе после унификации планов на уровне мест службы. В ходе опроса при подготовке настоящего доклада организации заявили о том, что для существования нескольких схем в системе Организации Объединенных Наций имеются причины. Эти причины включают в себя историю развития каждой организации, различия в медицинских потребностях, зависящие от характера мандата и функций конкретной организации, затратоэффективность отдельных планов, а также медицинские принципы и соответствующие правовые режимы, регулирующие основы медицинской профессии в том или ином месте службы или стране пребывания.

30. Даже с учетом этих причин Инспекторы обеспокоены значительными различиями в сфере охвата, пособиях, ставках возмещения, а также стремительным ростом затрат на охрану здоровья (см. приложение II) в рамках основных планов медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций. По мнению Инспекторов, все эти планы должны обеспечивать сотрудникам и их иждивенцам сопоставимый уровень охраны здоровья вне зависимости от их категории, уровня и места службы. Инспекторы считают также, что существование такого множества планов не может по-прежнему оправдываться историческими причинами или основаниями затратной эффективности. Не может быть оправдано и существование нескольких планов в одном и том же месте службы, как, например, в Нью-Йорке и Женеве, где действуют одни и те же медицинские и правовые режимы. Инспекторы подчеркивают необходимость введения в действие единого глобального плана медицинского страхования для системы Организации Объединенных Наций, который был бы достаточно гибким с точки зрения учета разнообразных потребностей организаций, а также медицинских и правовых режимов в пределах сферы их действия. В этой связи Инспекторы хотели бы обратить внимание на страховые планы коммерческих страховщиков, которые имеют глобальный охват. Инспекторы полагают, что в качестве первого шага на пути к достижению этой цели следует унифицировать планы медицинского страхования в рамках всей системы Организации Объединенных Наций.

Рекомендация 1

Руководящим органам организаций системы Организации Объединенных Наций следует в официальном порядке признать медицинское страхование сотрудников в качестве важной и неотъемлемой части общей системы. Им следует предложить КМГС проводить периодические обзоры в целях выработки рекомендаций для Генеральной Ассамблеи.

Рекомендация 2

В этой связи Генеральной Ассамблее следует создать на первоначальной основе специальный консультативный орган для оказания содействия КМГС в разработке общих принципов, политики и стандартов для планов медицинского страхования сотрудников. В состав этого консультативного органа следует включить представителей государств-членов, должностных лиц организаций системы Организации Объединенных Наций, выборного(ых) представителя(ей) персонала и выборного(ых) представителя(ей) пенсионеров, обеспечивав при этом оказание ему содействие со стороны экспертов по вопросам здравоохранения и страхования из частного сектора.

Рекомендация 3

Руководящим органам каждой организации системы Организации Объединенных Наций следует обратиться к своим соответствующим исполнительным главам с просьбой унифицировать существующие планы медицинского страхования, первоначально на уровне места службы, а в более долгосрочной перспективе и в рамках всей системы, в таких вопросах, как сфера охвата, взносы и пособия, и предусмотреть периодическую отчетность по вопросам медицинского страхования перед руководящими органами.

III. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ПОСЛЕ ВЫХОДА В ОТСТАВКУ (МСВО) В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

31. В начале 1950-х годов такие организации, как МОТ, на факультативной основе распространили действие планов медицинского страхования на сотрудников после прекращения ими службы. Другие организации системы Организации Объединенных Наций последовали этому примеру и распространили охват медицинским страхованием на вышедших на пенсию сотрудников и их иждивенцев. В Организации Объединенных Наций в докладе, представленном Генеральной Ассамблеей на ее двадцать первой сессии (A/6491 и Согт.1), Генеральный секретарь отметил, что автоматическое прекращение медицинского страхования при выходе сотрудников на пенсию носит "излишне ограничительный характер", и предложил распространить программу охраны здоровья после выхода в отставку на всех выходящих на пенсию сотрудников Организации Объединенных Наций по аналогии с распространенной в государствах-членах практикой обеспечения медицинского страхования национальных гражданских служащих и членов их семей после выхода тех в отставку. Генеральная Ассамблея на своем 1501-м пленарном заседании 20 декабря 1966 года одобрила создание программы медицинского страхования после выхода в отставку.

32. На начальном этапе в случае пенсионеров параллельного взноса со стороны организаций не предусматривалось. Никакого субсидирования не существовало, и пенсионеры были обязаны выплачивать страховые взносы в полном размере. Однако эта позиция изменилась в 1965 году, когда МОТ выдвинула аргументы относительно того, что "многие вышедшие в отставку должностные лица и пережившие их иждивенцы, чье финансовое положение является менее благоприятным по сравнению с работающими должностными лицами, вынуждены выделять на охрану здоровья неизмеримо большую часть своего дохода по сравнению с действующими должностными лицами... и принцип социального страхования, который в полном объеме применялся по отношению к работающим застрахованным лицам с 1958 года и который подразумевает распределение расходов вне зависимости от характера рисков, должен быть распространен на вышедших в отставку должностных лиц и переживших их иждивенцев"⁵. Административный совет МОТ одобрил принцип распределения затрат при страховании вышедших на пенсию должностных лиц, а затем ее примеру последовали и другие организации системы Организации Объединенных Наций.

33. В настоящее время всеми планами медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций предусматривается система распределения расходов на медицинское страхование пенсионеров и их иждивенцев. По всем этим планам медицинское страхование пенсионеров является факультативным и предусматривается только в качестве продолжения предыдущего непрерывного участия в основанном на взносах плане медицинского страхования в системе Организации Объединенных Наций. Для вступления в программу медицинского страхования после выхода в отставку бывший сотрудник и его иждивенцы, имеющие на это право, должны быть охвачены таким планом страхования на момент прекращения службы этим сотрудником. На момент выхода в отставку сотрудник может перейти из его действующего плана медицинского страхования в другую программу для пенсионеров, в большей мере подходящую для него с точки зрения места его проживания.

34. За период с начала ее функционирования программа МСВО в системе Организации Объединенных Наций существенно расширилась с точки зрения числа ее участников и ее расходов. В Организации Объединенных Наций за время с двухгодичного периода 1984-1985 годов по двухгодичный период 2002-2003 годов среднее число участников программы медицинского страхования после выхода в отставку более чем удвоилось - с 2 672 вышедших в

⁵ МОТ, G.V.162/FA/D.15/19/ 162, майская сессия 1965 года.

отставку сотрудников до 7 105 человек. За этот же период размер выплачиваемых Организацией Объединенных Наций субсидий на медицинское страхование вышедших в отставку сотрудников возрос почти в 10 раз - с 6,9 млн. долл. США до 67,7 млн. долл. Аналогичные тенденции прослеживались и в других организациях системы Организации Объединенных Наций. Сочетание целого ряда факторов, а именно демографического состава застрахованных участников, возрастания доли участвующих в программе пенсионеров, увеличения средней продолжительности жизни, а также роста медицинских расходов, привело к неуклонному увеличению расходов на медицинское страхование и соответствующих страховых взносов участников и организаций. С учетом исторических тенденций Инспекторы полагают, что число участников и медицинские расходы в будущем продолжат расти.

А. Финансирование программы МСВО

35. Помимо расходов, связанных с выплатой страховых взносов организациями для охвата вышедших в отставку сотрудников, основной вопрос, связанный с программой МСВО, касается начисленных обязательств и их финансирования. Начисленные обязательства по линии МСВО представляют собой нынешнюю стоимость будущих пособий, за которые работающие сотрудники и пенсионеры уже оказали свои услуги. Во многих организациях системы Организации Объединенных Наций ресурсы выделяются на двухгодичной основе, а пособия по медицинскому страхованию после выхода в отставку учитываются на распределительной или кассовой основе. Во многих организациях расходы, связанные с планами МСВО, не указываются в качестве отдельной позиции в расходах по персоналу. В других организациях эти расходы проводятся отдельно. Поэтому трудно определить объем субсидирования МСВО на общесистемной основе. Инспекторы отмечают, что ассигнуемые суммы не включают в себя финансирование начисленных обязательств по пособиям на медицинское страхование после выхода в отставку сотрудников в период их активной службы.

36. Вопрос о финансировании начисленных обязательств по пособиям на медицинское страхование после выхода в отставку обсуждается в межучрежденческих органах на протяжении уже многих лет. Однако комплексного решения этого вопроса пока так и не найдено. Консультативный комитет по административным и бюджетным вопросам (ККАБВ) в своем обзоре предлагаемого бюджета по программам на двухгодичный период 1998-1999 годов⁶ поставил вопрос о начисленных обязательствах в отношении пособий по линии МСВО. Комитет предложил рассмотреть вопрос о таких обязательствах на общесистемной основе в докладе Генерального секретаря. Инспекторы приветствуют предложения, выдвинутые недавно Генеральным секретарем в его докладе А/61/730 "Обязательства и предполагаемое финансирование пособий по медицинскому страхованию после выхода в отставку"⁷.

37. Комиссия ревизоров (КР) подчеркнула (А/57/201) настоятельную необходимость учета всеми организациями обязательств в отношении пособий после выхода в отставку и их отражения в финансовых ведомостях. Кроме того, Генеральная Ассамблея в своей резолюции 58/249 А от 23 декабря 2003 года обратилась к Генеральному секретарю с просьбой представить доклад обо всех не обеспеченных средствами обязательствах в связи с прекращением и после прекращения сотрудниками службы и предложить меры по обеспечению полного финансирования таких обязательств.

⁶ Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи, пятьдесят вторая сессия, Дополнение № 7 (А/52/7/Rev.1), пункт X.25.

⁷ Предложения охватывают Организацию Объединенных Наций, Международный трибунал по бывшей Югославии, Международный уголовный трибунал по Руанде и Компенсационную комиссию Организации Объединенных Наций.

В. Объем обязательств в системе Организации Объединенных Наций

38. Хотя организации системы Организации Объединенных Наций и проводят актуарные исследования, лишь некоторые из них, как показано в приложении VI, делают это на периодической основе для установления объема начисленных обязательств по линии МСВО. Обязательства раскрываются в примечаниях к финансовым ведомостям, и данные по ним обновляются в последующих двухгодичных ведомостях. Исходя из ответов на анкету ОИГ, Инспекторы отмечают, что организации привлекают к проведению актуарных исследований частных консультантов или частные фирмы. Эти частные фирмы на единообразной основе применяют международные стандарты учета (МСУ 19) с вариациями в подходах и посылках, используемых для определения объема этих обязательств. Инспекторы считают, что было бы полезно и оправдано с точки зрения затрат при проведении общесистемного актуарного исследования использовать единообразные и согласованные подходы и посылки, как это делается при проведении исследований ОПФПООН.

39. Исходя из актуарных исследований, проведенных организациями, нынешняя стоимость начисленных обязательств по будущим пособиям (за вычетом взносов пенсионеров) по состоянию на 31 декабря 2004 года, как это показано в приложении VI, составляет 4,3 млрд. долл. США. Когда все организации завершат актуарные исследования своих обязательств и подготовят прогнозы по состоянию на декабрь 2005 года, эта расчетная величина увеличится.

С. Финансирование обязательств по МСВО

40. С учетом значимости соответствующих обязательств некоторые организации признали свои обязательства по МСВО и, как показано в приложении VI, пытаются найти пути и средства финансирования начисленных обязательств. Ни одна организация в системе Организации Объединенных Наций не обеспечила полного финансирования начисленных обязательств. Десять организаций, начислявших обязательства, пока так и не начали выделять ассигнования для покрытия этих обязательств. В то же время в последние годы такие организации, как Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), ФАО и ВПП, ассигнуют средства для частичного финансирования этих обязательств. На двухгодичные периоды, завершившиеся 31 декабря 2001 и 2003 годов, ПРООН ассигновала 54 млн. долл. США. ЮНИСЕФ в 2003 году создал резерв в размере 30 млн. долл. США и намеревается выделять ежегодные взносы для обеспечения полного покрытия своих обязательств. С 1998 года ФАО и ВПП выделяют на планы медицинского страхования после выхода в отставку часть своего общего резерва, предназначенного для финансирования планов страхования всех сотрудников. В соответствии со своими статутами самоуправляющиеся программы страхования ВОЗ и ЮНОГ создали резервы для покрытия ожидаемых будущих расходов по выплате пособий пенсионерам. Как показано в приложении VI, зарезервированные средства для покрытия обязательств составляют примерно 632 млн. долл. США и равны приблизительно 15% от признанных обязательств. В системе Организации Объединенных Наций непокрытые обязательства планов медицинского страхования по линии МСВО по-прежнему значительно превышают предусмотренное до сих пор финансирование.

41. Инспекторы отмечают также переход системы Организации Объединенных Наций на международные стандарты учета в государственном секторе (МСУГС) и их запланированное поэтапное внедрение с 1 января 2010 года. Одно из преимуществ перехода на международно признанные стандарты учета заключается в объективном отражении обязательств системы Организации Объединенных Наций, связанных с пособиями после выхода на пенсию, и прежде всего с обязательствами по МСВО.

42. С учетом объема обязательств Инспекторы считают, что организациям системы Организации Объединенных Наций следует разработать долгосрочную стратегию для финансирования своих долгосрочных обязательств. Ввиду практики нулевого роста бюджета, принятой большинством организаций системы Организации Объединенных Наций, организациям

будет по-прежнему трудно выделять финансирование. Инспекторы отмечают, что в своем докладе⁸ об обязательствах и предлагаемом финансировании МСВО Генеральный секретарь рекомендовал стратегию финансирования для Организации Объединенных Наций. Важными элементами этой стратегии, в частности, являются: ежегодное финансирование на долгосрочную перспективу; установление начисления, эквивалентного 4% расходов на оклады по всем бюджетам, применяемым для выплаты окладов персоналу; использование неизрасходованного остатка любых ассигнований по регулярному бюджету; и использование превышения фактических "разных поступлений" над бюджетной сметой. Инспекторы выражают согласие с рекомендациями Генерального секретаря и считают, что все организации системы Организации Объединенных Наций должны представить своим соответствующим руководящим органам данные об объеме их обязательств по МСВО и принять на вооружение стратегию, аналогичную предложенной Генеральным секретарем, для покрытия своих долгосрочных обязательств.

43. Генеральная Ассамблея в своей резолюции 60/255 признала начисленные обязательства по выплате пособий после выхода в отставку, о которых Генеральный секретарь сообщил в своем докладе 60/450, и обратилась с просьбой предпринять шаги для раскрытия этих обязательств в финансовых ведомостях Организации Объединенных Наций. Инспекторы считают, что недостаточно просто раскрывать обязательства в финансовых ведомостях; необходимо также выделять надлежащее финансирование для покрытия таких обязательств.

44. Инспекторы отмечают, что те организации, которые создали резерв для накопления средств в целях покрытия своих обязательств по линии МСВО, в индивидуальном порядке инвестируют средства резерва на кратко- и долгосрочной основе. Инспекторы полагают, что разумным вариантом было бы создание общего фонда для объединения резервов, уже созданных некоторыми организациями, и резервов, которые будут созданы другими организациями для покрытия будущих обязательств по МСВО. Резервы отдельных организаций должны поддерживаться раздельно для облегчения отслеживания и мониторинга каждой организацией, но должны быть объединены в инвестиционных целях. Это позволит свести к минимуму инвестиционные риски, обеспечить организациям управленческие и финансовые преимущества и повысить доходность инвестиций. Инспекторы считают, что средства общего фонда следует инвестировать так же, как и активы ОПФПООН.

Рекомендация 4

Руководящим органам каждой организации системы Организации Объединенных Наций следует обратиться к своим соответствующим исполнительным главам с просьбой проводить периодические актуарные исследования на основе единой общесистемной методологии для определения размеров начисленных обязательств по линии МСВО и раскрывать эти обязательства в финансовых ведомостях.

Рекомендация 5

Руководящим органам каждой организации следует:

- а) обратиться к своим соответствующим исполнительным главам с просьбой внести предложения по финансированию обязательств по линии МСВО;**
- б) обеспечить надлежащее финансирование для покрытия этих обязательств и создать резерв с этой целью.**

Рекомендация 6

Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций следует создать общий фонд для объединения резервов (существующих и будущих), средства которого следует инвестировать на основе, аналогичной инвестированию активов ОПФПООН.

⁸ Документ A/60/450 от 27 октября 2005 года.

IV. МЕРЫ ПО СДЕРЖИВАНИЮ РОСТА РАСХОДОВ

45. Столкнувшись с проблемой стремительного роста расходов на медицинское обслуживание, некоторые организации в индивидуальном порядке или на коллективной основе в 1990-х годах приступили к разработке предложений по программам сдерживания роста расходов, с тем чтобы по мере возможности контролировать затраты. Организации приняли на вооружение различные подходы, включая установление ограничений в отношении некоторых типов пособий или рационализации возмещения, особенно больничных расходов (установление лимитов; максимального количества дней, подлежащих возмещению; предложения по использованию общих палат в государственных больницах и т.д.). В стремлении добиться сокращения размеров оплаты все фонды медицинского страхования организаций, базирующихся в Женеве, провели коллективные переговоры с некоторыми поставщиками услуг здравоохранения. Отдельные организации, например МОТ, заказали исследования для изыскания путей сдерживания роста расходов их планов медицинского страхования и для обеспечения достаточных ресурсов для удовлетворения потребностей сотрудников в медицинском обслуживании в необходимом объеме. Несмотря на эти усилия, рост расходов на планы медицинского страхования, как это показано в приложении II, вызывает у организаций системы Организации Объединенных Наций все большую обеспокоенность. Инспекторы считают, что необходимо принять действенные меры для сдерживания роста расходов, т.к. в противном случае возникает опасность того, что доступ участников к медицинскому обслуживанию на разумном уровне будет поставлен под угрозу.

46. Инспекторы отмечают, что медицинские специалисты и специалисты по медицинскому страхованию в системе Организации Объединенных Наций проводят периодические встречи и что они координируют свои действия на оперативном уровне. Они делятся своим опытом, и их общая обеспокоенность касается сдерживания роста расходов на медицинское страхование. Приводимые ниже возможные варианты, по мнению Инспекторов, заслуживают внимания медицинских и страховых специалистов, стремящихся обеспечить сдерживание роста расходов в рамках системы Организации Объединенных Наций:

- расширение сети рекомендованных поставщиков услуг, больниц, клиник, лабораторий и аптек, оказывающих услуги по согласованным тарифам на приемлемом уровне;
- усилия по определению на унифицированной основе тех типов пособий, которые можно рационализировать, и по установлению выгодных тарифов в различных местах службы;
- укрепление и расширение внутренних систем оказания услуг с учетом медицинского и правового режима в конкретном месте службы для первичного медико-санитарного обслуживания и предоставления услуг по направлению к специалистам сотрудников, пенсионеров и их иждивенцев. Внутренние медицинские службы в ФАО в Риме оказывают первичное медико-санитарное обслуживание, услуги физиотерапевтов и аптечные услуги, тогда как внутренние медицинские службы в Центральном учреждении Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке, а также в ЮНОГ, ВОИС, ВОЗ и МОТ в Женеве и в МАГАТЭ в Вене предоставляют только консультации в профилактических целях, оказывают первую помощь и занимаются экстренными медицинскими случаями. В целях оптимального использования ресурсов и сдерживания роста расходов эти службы можно расширить с использованием доступных ресурсов и средств;
- создание собственных аптек для снабжения лекарственными препаратами и их отпуска сотрудникам и пенсионерам, которые в связи с хроническими заболеваниями должны регулярно принимать лекарства;

- проведение просветительских мероприятий и мероприятий по укреплению здоровья, а также консультирование пациентов по вопросам рационального использования услуг здравоохранения.

47. Еще одна мера сдерживания роста расходов, которую предлагают Инспекторы, заключается в изучении возможности обеспечения доступа к национальным службам здравоохранения в сочетании с планами медицинского страхования международного персонала, а также проведение исследования в целях: определения доступности национальных медицинских схем для должностных лиц (действующих и вышедших в отставку); установления того, каким образом можно было бы обеспечить координацию медицинских программ организаций с национальными медицинскими программами; установления того, какие формальности должностные лица, возможно, должны соблюдать в период их работы и после выхода в отставку для сохранения их охвата национальными программами здравоохранения; и улучшения обмена информацией о доступности таких услуг для международного персонала, а также о механизмах и формальностях, требующихся для получения доступа к ним.

Рекомендация 7

Исполнительным главам следует инициативно принимать меры по сдерживанию роста расходов в их соответствующих организациях и обеспечивать скоординированное принятие этих мер различными организациями в пределах одного места службы.

Приложение I

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПЛАНОВ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, СУЩЕСТВУЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

1. Центральные учреждения Организации Объединенных Наций, Нью-Йорк; ПРООН, ЮНИСЕФ и ЮНФПА; а также международные и национальные сотрудники, работающие в определенных местах службы:

а) План "Этна оупен чойс", вариант рекомендованных поставщиков услуг (ВРП), который находится под управлением коммерческого администратора медицинского страхования, предлагает страховое покрытие по всему миру в случае госпитализации, хирургического вмешательства, а также возмещения медицинских расходов и отпуска лекарств по рецептам. По этому плану необходимые медицинские услуги в случае подпадающих под план болезней или травматизма можно получить в больнице или у врача по собственному выбору, будь то в пределах сети (10 долл. США за одно посещение без необходимости подачи каких-либо заявок на возмещение) или за пределами сети (100-процентное возмещение больничных расходов и 80-процентное возмещение других "разумных и обычных" медицинских расходов).

б) План "Эмпайр блю кросс", ВРП, который также находится под управлением коммерческого администратора медицинского страхования, предлагает покрытие расходов в пределах сети, включая обширную сеть участвующих поставщиков услуг по большинству медицинских специальностей, а также за пределами сети. В этом плане участвует широкая сеть врачей как в Нью-Йорке (в городе и пригородах), так и на национальном уровне. Когда медицинские услуги оказываются поставщиком, входящим в сеть, требуется долевая плата в размере 10 долл. США. Оплата услуг, предоставляемых за пределами сети, ограничивается 80%.

в) План медицинского страхования (ПМС) для Нью-Йорка представляет собой страховую медицинскую организацию (СМО) и строится на концепции группового больничного и медицинского обслуживания с полной предоплатой. В районе Большого Нью-Йорка сотрудник не оплачивает из своих средств никакие предусмотренные планом услуги, оказываемые многочисленными участвующими в плане группами поставщиков медицинских услуг. Этим планом обеспечивается также 100-процентное покрытие медицинских расходов в случае предоставления неотложной помощи в любых других странах мира.

г) Программа ВРП "СИГНА дентал" находится в ведении коммерческого поставщика услуг и предлагает услуги крупной сети участвующих поставщиков в районе Большого Нью-Йорка и на национальном уровне. Эта стоматологическая программа ВРП функционирует как медицинская программа ВРП; сеть стоматологов принимает плату по тарифу, согласованному с программой "СИГНА", а возмещение составляет 100%. Возмещение платы за услуги, предоставляемые за пределами сети, ограничиваются 80% разумных и обычных расходов, и во всех случаях максимальное возмещение за текущий год составляет 2 250 долл. США.

е) В дополнение к вышеуказанным планам участники планов "Этна" и "Эмпайр блю кросс" могут за небольшую месячную плату пользоваться услугами программы "Корпорация помощи МЕДЕКС" (МЕДЕКС). Этой программой предусматривается оказание экстренной медицинской помощи, включая эвакуацию и репатриацию по медицинским показаниям и другие услуги по доставке сотрудников, когда они находятся на расстоянии 100 или более миль от дома.

За исключением ПМС, планы медицинского страхования в Центральных учреждениях Организации Объединенных Наций основаны на принципе "практического рейтинга". Размеры страховых взносов за каждый год рассчитываются на базе стоимости медицинских или стоматологических услуг, оказывавшихся участникам из числа сотрудников Организации

Объединенных Наций в предыдущем году, плюс ожидаемого эффекта расширения использования и инфляции с учетом соответствующей надбавки на административные расходы. В год, следующий за периодом интенсивного использования планов, можно ожидать относительно значительного увеличения страховых взносов. И наоборот, если использование планов было умеренным, увеличение страховых взносов будет незначительным.

f) Программа медицинского, больничного и стоматологического страхования "Ванбрета" для сотрудников за пределами Центральными учреждений, находящаяся в ведении коммерческого поставщика услуг, охватывает сотрудников и бывших сотрудников, проживающих во всех районах мира, за исключением Соединенных Штатов Америки. Размеры страховых взносов рассчитываются на основе заявлений о возмещении расходов участников во всех частях мира и отражают колебания уровней цен. Исходя из этого для обеспечения возможности определения размеров страховых взносов были выделены три различных географических региона: тарифная группа 1, в которую входят все места службы, кроме Чили, Мексики и Западной Европы; тарифная группа 2, в которую входит Западная Европа; и тарифная группа 3, куда включены Чили и Мексика. Право вступить в эту программу имеют все сотрудники в любой части мира, имеющие трехмесячные или более долгосрочные контракты серии 100/300 и месячные или более долгосрочные контракты серии 200.

g) План медицинского страхования (ПМС) представляет собой самоуправляющийся и самофинансирующийся план, предлагаемый набираемым на месте сотрудникам категории общего обслуживания и национальным сотрудникам категории специалистов в местах службы за пределами Центральными учреждений, включая полевые отделения и миротворческие миссии. ПМС был введен в действие в соответствии с резолюцией 41/209 Генеральной Ассамблеи. Функции управления ПМС полностью делегированы местам службы. Размеры взносов были установлены в момент введения этого плана в действие в 1987 году и с тех пор не менялись. ПРООН передала функции обработки заявок на возмещение расходов на внешний подряд независимому административному посреднику.

2. Женева

a) Общество взаимного страхования сотрудников Организации Объединенных Наций от болезней и несчастных случаев (ЮНСМИС) представляет собой общество, учрежденное сотрудниками ЮНОГ на основе статута, и является самофинансирующейся и самоуправляющейся программой. Обществом управляет Исполнительный комитет в составе семи членов, представляющих администрацию ЮНОГ и координационный совет персонала. Размеры страховых взносов фиксируются на основе чистой зарплаты сотрудника. Общество предоставляет услуги медицинского страхования сотрудникам ЮНОГ, УВКБ и ВМО.

b) Медицинское страхование персонала (МСП). Этот план страхования, введенный в действие ВОЗ, представляет собой самофинансирующуюся программу. Ее цель заключается в возмещении основной части признанных медицинских расходов сотрудников ВОЗ во всем мире. Взносы сотрудников рассчитываются на основе размеров их вознаграждения. Контроль и надзор за работой и финансовым положением программы осуществляют наблюдательные комитеты в штаб-квартире и региональных отделениях.

c) Фонд медицинского страхования персонала (ФМСП). Это - самофинансирующийся и самоуправляющийся фонд медицинского страхования сотрудников МОТ и МСЭ. Он финансируется за счет взносов застрахованных по этому плану людей, рассчитываемых на основе размеров их вознаграждения. За управление фондом отвечает Управленческий комитет в составе восьми титульных членов (по три члена, представляющих персонал МОТ и Генерального

директора МОТ, и по одному члену, представляющему персонал МСЭ и Генерального секретаря МСЭ).

d) Групповое медицинское страхование. Медицинское страхование в ВОИС осуществляется на основе контракта, заключенного с коммерческим поставщиком услуг "Ассюранс женераль де Франс ИАРТ". Полномочия по этому контракту далее делегируются программе "Ванбрета интернэшнл" в качестве брокера по вопросам управления, исполнения и осуществления контракта. Размеры взносов пересматриваются на периодической основе и устанавливаются для двух групп: для взрослых лиц в возрасте 21 года и старше и для детей в возрасте до 21 года.

e) Групповое страхование. Основное медицинское страхование постоянных сотрудников ВПС обеспечивает швейцарская коммерческая фирма "КПТ ассюранс С.А.", а медицинским страхованием других сотрудников занимается "Ванбрета интернэшнл".

3. Вена

a) Групповое медицинское страхование ЮНОВ/ЮНИДО обеспечивает коммерческий поставщик услуг "Ванбрета интернэшнл". Держателем полиса является ЮНИДО, а ЮНОВ представляет собой организацию, участвующую в плане. Полный план медицинского страхования (ППМС) и дополнительный план медицинского страхования (ДПМС) обеспечивают глобальный охват и возмещение 80% расходов на врачебные, больничные услуги и стоматологические консультации/осмотры. Ставки страховых взносов рассчитываются на основе сопоставления самих страховых взносов и размеров возмещения на протяжении 12-месячного периода.

b) Планы ППМС и ДПМС предлагаются компанией "Ванбрета" для штатных сотрудников МАГАТЭ. Для сотрудников, работающих по краткосрочным контрактам, "Ванбрета" предусматривает также план группового медицинского страхования временных сотрудников (ГМСВ).

c) В дополнение к этим двум коммерческим программам сотрудники в Вене могут также воспользоваться Австрийским национальным планом медицинского страхования (WGKK), который представляет собой программу страхования на базе социального обеспечения.

4. Рим

В ВПП и ФАО предусмотрены два плана медицинского страхования персонала. Базовый план медицинского страхования (БПМС) является обязательным для всех сотрудников во всем мире. План основных медицинских пособий (ПОМП) представляет собой добровольную схему. Расходы на БПМС распределяются между организацией и сотрудниками, а страховые взносы по линии ПОМП выплачиваются сотрудниками в полном объеме. Эти два плана обслуживает "Ванбрета интернэшнл".

5. Париж

Фонд медицинских пособий ЮНЕСКО является самофинансирующейся и самоуправляющейся программой медицинского страхования, имеющей глобальный охват. Управление фондом находится в ведении Совета управляющих, состоящего из пяти членов: Председателя, назначаемого Генеральным директором, двух членов, избираемых участниками, и по одному представителю соответственно от Управления людских ресурсов и Контролера. Размеры взносов участников рассчитываются на основе их годового вознаграждения и пересматриваются в тех случаях, когда финансовое положение фонда становится неблагоприятным.

6. Монреаль

Действующий в ИКАО план медицинского страхования "Сан лайф групп" является добровольным планом, обеспечивающим глобальный охват на коммерческой основе.

7. Лондон

Медицинским страхованием сотрудников ИМО занимается "Ванбрета интернэшнл".

Приложение II

**ЧИСЛО УЧАСТНИКОВ И ГОДОВЫЕ РАСХОДЫ ПО ПЛАНАМ МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В 1997 И 2004 ГОДАХ**

Организация	Число участников планов медицинского страхования (действующих и вышедших в отставку)			Годовые расходы по планам медицинского страхования (в тыс. долл. США)		
	1997 ⁹	2004 ¹⁰	Индекс 2004 года 1997 год =100	1997 ¹¹	2004 ¹²	Индекс 2004 года 1997 год =100
Организация Объединенных Наций ¹³	39 119	46 352	118	86 551	175 447	203
МОТ	4 289	4 737	110	8 432	11 846	141
ФАО ¹⁴	9 097	9 833	108	16 809	24 342	145
ЮНЕСКО	4 285	4 600	107	6 723	15 932	236
ИКАО	997	997		1 844	2 929	159
ВОЗ	7 682	9 262	121	21 900	37 173	170
ВПС	509	573	113	561	2 255	401
МСЭ	1 178	1 501	127	3 169	4 530	143
ВМО	384	473	123	1 736	2 699	155
ИМО	342	342		539	1 439	267
ВОИС	783	1022	131	2 357	5 455	231
ЮНИДО	1 113	1102	100	2 767	4 316	156
МАГАТЭ	2 599	2 953	114	4 839	7 729	160
Итого	72 377	83 747¹⁵	116	158 227	296 092	187

⁹ Источник: ACC/1999/FB/ R.13 – Biennial report on the cost of health insurance.

¹⁰ Источник: Ответы на анкету ОИГ.

¹¹ Источник: ACC/1999/FB/ R.13 – Biennial report on the cost of health insurance.

¹² Все валюты переведены в доллары США на основе официального обменного курса по состоянию на декабрь 2004 года.

¹³ В графу "Организация Объединенных Наций" включены программы медицинского страхования, находящиеся в ведении Централных учреждений Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке, действующие и вышедшие в отставку сотрудники Секретариата, ПРООН, ЮНОПС, ЮНФПА и ЮНИСЕФ. Сюда включены также женевские данные ЮНСМИС по действующим и вышедшим в отставку сотрудникам ЮНОГ, всех фондов и программ в Женеве, ВМО, ДООН, РККООН, КБОООН и КПСОООН.

¹⁴ Включая ВПП.

¹⁵ Включая оценки по ИКАО и ИМО на основе показателей 1997 года.

Приложение III
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДОЛЕЙ
СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

Распределение долей и взносов (базисный план)¹⁶				
Организация	Сотрудники	Организация	Пенсионеры	Организация
Организация Объединенных Наций ¹⁷	40	60	20	80
ЮНСМИС, Женева	50	50	33	67
МОТ ¹⁸	50	50	33	67
ФАО ¹⁹	50	50	50	50
ЮНЕСКО	50	50	50	50
ИКАО	С-65, О-50	С-35, О-50	50	50
ВОЗ ²⁰	33	67	33	67
ВПС	50	50	50	50
МСЭ ²¹	50	50	33	67
ВМО	50	50	33	67
ИМО	33	67	25	75
ВОИС	25-50	75-50	35	65
ЮНИДО	50	50	25	75
МАГАТЭ ²²	50	50	50	50

¹⁶ Выражено в процентах от общего страхового взноса.

¹⁷ Программы за пределами Соединенных Штатов, помимо плана ЮНСМИС, имеют приблизительно следующую схему распределения долей взносов: около 60% покрывается сотрудниками, 40% - Организацией; примерно 30% покрывается пенсионерами, 70% - Организацией.

¹⁸ В процентах от оклада или пенсии.

¹⁹ Включая ВПП, МФСР и ИККРОМ. Доля сотрудника ограничивается 5% от оклада (брутто). Любые суммы сверх этого покрываются Организацией. Для пенсионеров - максимум 4% от 32% конечного ежемесячного среднего вознаграждения или 4% от полного пенсионного пособия, в зависимости от того, что больше.

²⁰ Для сотрудников исчисляется на основе вознаграждения - чистого оклада с учетом корректива по месту службы или других надбавок для нерезидентов; для пенсионеров исчисляется на основе полного пособия, предоставляемого вышедшим в отставку сотрудникам.

²¹ В процентах от оклада или пенсии.

²² В МАГАТЭ страховые взносы рассчитываются по единообразным ставкам в расчете на застрахованное лицо, а не в процентах от оклада. Поэтому доля сотрудников варьируется от 20% до 70% (20, 30, 40, 50, 60 и 70) от страхового взноса в зависимости от чистого месячного вознаграждения. Доля пенсионеров варьируется от 15% до 60% (15, 25, 35, 50 и 60) от страхового взноса в зависимости от чистого вознаграждения в последний полный месяц службы. В целом доля взноса Организации составляет приблизительно 50%.

Приложение IV
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОХВАТА

Охват											
Штатные сотрудники и иждивенцы				Пенсионеры				Прочие²³			
	Штатные сотрудники	Первичные иждивенцы	Вторичные иждивенцы	Пенсионеры	Первичные иждивенцы ²⁴	Вторичные иждивенцы ²⁵	Временные сотрудники	Консультанты	ССУ		
Организация Объединенных Наций ²⁶	Да	Да	Да	Да	Да	Да ²⁷	Да	Да	Да		
МОТ	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да		
ФАО	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да		
ЮНЕСКО	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет		
ИКАО	Нет	Нет	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет		
ВОЗ	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да		
ВПС	Да	Да	Да	Да	Да	Да	-	-	-		
МСЭ	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да		
ВМО	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да		
ИМО	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет		
ВОИС	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да		
ЮНИДО	Да	Да	-	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет		
МАГАТЭ	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет		

²³ Охват страхованием категории "Прочие" обеспечивается иными планами страхования/компенсации, чем планы медицинского страхования сотрудников и пенсионеров.

²⁴ Первичными иждивенцами являются супруги и дети, отвечающие требованиям соответствующих правил о персонале.

²⁵ Вторичными иждивенцами являются родители и/или находящиеся на иждивении братья и сестры, отвечающие требованиям соответствующих правил о персонале.

²⁶ "Организация Объединенных Наций" охватывает Центральные учреждения Организации Объединенных Наций, ПРООН, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, УВКБ, ЮНОГ, ЮНОФ и ЮНОДК.

²⁷ Охват вторичных иждивенцев сотрудников или пенсионеров предусматривается только планом ЮНСМИС.

Приложение V
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОСОБИЙ

Организация	Годовой лимит (в долл. США)	Пожизненный лимит	Свободный выбор поставщиков услуг ²⁸	Формула возмещения (доля от понесенных расходов в процентах)					Стоматологические услуги ³³
				Гонорары врачей и рецептурные лекарства	Амбулаторные услуги/ ²⁹ институциональный уход ³⁰	Медицинские процедуры ³¹	Пребывание в больницах ³²	Услуги по уходу среднего медицинского персонала	
Организация Объединенных Наций ³⁴	-	Нет	35	См. примечание 35	См. примечание 35	См. примечание 35	См. примечание 35	См. примечание 35	См. примечание 35
МОТ	150 000 долл. США	Нет	Да	80	80	80	80	80	80
ФАО ³⁶	1 000 000 долл. США	Нет	Да	80	80	80 ³⁷	100/80 ³⁸	100	80 ³⁹
ЮНЕСКО	⁴⁰	Нет	Да	75	75 ⁴¹	75	90	75	80
ИКАО	⁴²	Нет	Да	80 ⁴³	80	80	80/100 ⁴⁴	80	80
ВОЗ	30 000 долл. США ⁴⁵	Нет	Да	80	80	80	80/100 ⁴⁶	80	80 ⁴⁷

²⁸ Врачи, аптеки и медицинские учреждения.

²⁹ Включая такие амбулаторные услуги, как, например, лабораторные анализы, рентген, протезы, костыли и т.д.

³⁰ Включая пребывание в санаториях. В этот столбец включено также возмещение услуг скорой помощи.

³¹ Включая маммографию и другие методы профилактики рака груди, ортопедию и т.д.

³² Возмещение суточной платы за пребывание. В большинстве случаев сюда же включаются расходы, связанные с оплатой услуг в больницах (услуги среднего медицинского персонала, рентген, плата за использование операционных и т.д.).

³³ Обычные стоматологические услуги, например периодические осмотры, пломбы, коронки и т.д.

³⁴ Включая ПРООН, ЮНФПА и ЮНИСЕФ.

³⁵ Участники имеют свободу выбора поставщиков услуг, входящих в сеть, и за пределами сети. Расходы участников из собственных средств при пользовании услуг за пределами сети, как правило, выше. Ставки возмещения (обычно 80 до 100%) варьируются в зависимости от предоставляемых услуг и в особенности от того, оказываются ли услуги в пределах сети или за ее пределами.

³⁶ Включая ВПП.

³⁷ Маммография и другие процедуры, связанные с профилактикой рака груди, возмещаются на 100%.

³⁸ При пребывании в больницах на территории Италии - 100% до 260 евро, 80% при следующих 240 евро. Лимиты и процентные доли за пределами Италии отличаются.

³⁹ Максимум 700 долл. США в расчете на одного пациента.

⁴⁰ В случае пособий на конкретные услуги применяются годовые лимиты в денежном выражении.

⁴¹ Химиотерапия и радиотерапия возмещаются на 100%.

⁴² Как правило, применяется 80-процентная формула возмещения. В случае некоторых пособий применяются годовые предельные уровни или лимиты.

⁴³ Покупка патентованных лекарств возмещается на 80%, непатентованных - на 90%.

⁴⁴ В пределах 20 000 долл. США возмещение составляет 80%, сверх этой суммы - 100%.

⁴⁵ Распространяется на временных сотрудников и консультантов.

⁴⁶ 80-процентное возмещение предусматривается в случае пребывания в больнице, клинике или ином признанном медицинском учреждении. При пребывании в общей палате возмещение составляет 100%.

⁴⁷ В пределах 1 500 долл. США в год. В тех случаях, когда стоматологические услуги требуются в связи с несчастным случаем, лимит составляет 30 000 долл. США.

Организация	Годовой лимит (в долл. США)	Пожизненный лимит	Свободный выбор поставщиков услуг ⁴⁸	Формула возмещения (доля от понесенных расходов в процентах)					Стоматологические услуги ⁵³	
				Гонорары врачей и рецептурные лекарства	Амбулаторные услуги ⁴⁹ / институциональный уход ⁵⁰	Медицинские процедуры ⁵¹	Прекращение в больницах ⁵²	Услуги по уходу среднего медицинского персонала		
ВПС	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
МСЭ	150 000 долл. США	Нет	Да	80	80	80	80	80	80	80
ВМО	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ИМО	Нет	Нет	Да	80	80	100 ⁵⁴	100	100	80	80
ВОИС	См. примечание 55	Нет	Да	55	См. примечание 55	100 ⁵⁶	См. примечание 55	См. примечание 55	75 ⁵⁷	80 ⁵⁹
ЮНИДО	Нет	Нет	Да	80	90	100/90/70 ⁵⁸	No	No	80 ⁵⁹	80 ⁶³
МАГАТЭ ⁶⁰	Нет	Нет	Да	80	90 ⁶¹	100/90/80 ⁶²	80	80	80	80 ⁶³

48

Врачи, аптеки и медицинские учреждения.

49 Включая такие амбулаторные услуги, как, например, лабораторные анализы, рентген, протезы, костыли и т.д.

50 Включая пребывание в санаториях. В этот столбец включено также возмещение услуг скорой помощи.

51 Включая маммографию и другие методы профилактики рака груди, ортопедию и т.д.

52 Возмещение суточной платы за пребывание. [более подробно см. примечание 32]

53 Обычные стоматологические услуги, например периодические осмотры, пломбы, коронки и т.д.

54 До 550 фунтов стерлингов в сутки.

55 Все застрахованные лица в возрасте 21 года и старше обязаны оплачивать первые 350 шв. франков и 10% расходов сверх этой суммы за календарный год. Тем не менее эти расходы, покрываемые за счет собственных средств, не могут превышать 2 000 шв. франков в год в расчете на застрахованное лицо в этой категории. Применительно к застрахованным лицам моложе 21 года в отношении этой 10-процентной доли действует лимит в размере 250 шв. франков в год. Общие расходы из собственных средств применительно к этой 10-процентной доле для всех застрахованных лиц моложе 21 года в семье не может превышать 500 шв. франков.

56 Застрахованное лицо, предпочитающее при пребывании в больнице одноместную палату, покрывает 10% расходов на лечение (максимум 1 000 шв. франков). Оно оплачивает также 10% стоимости пребывания до 850 шв. франков в сутки и 100% стоимости сверх этого лимита.

57 Максимум 3 500 шв. франков в год. Во Франции возмещение составляет 85%.

58 100% - общая палата, 90% - двухместная палата, 70% - одноместная палата.

59 Максимум - 1 455 евро за календарный год.

60 Полный план медицинского страхования (ПММС). По другим планам формулы возмещения отличаются.

61 Операция, не требующая пребывания в больнице.

62 100% - стандартная палата, 90% - двухместная палата, 80% - одноместная палата.

63 80% в пределах 1 770 евро; при превышении этой суммы возмещение не предусматривается.

Приложение VI

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ПОСЛЕ ВЫХОДА В ОТСТАВКУ (МСВО)

Организация	Критерии обретения права участия на момент выхода в отставку)	Год проведения последнего актуарного исследования	Совокупные обязательства по МСВО ⁶⁴ (в млн. долл. США)	Профинансировано до 2004 года (в млн. долл. США)	Непрофинансированные обязательства (в млн. долл. США)
Организация Объединенных Наций	10 лет	2002	1 484,9	25,0 ⁶⁵	1 459,9
ПРООН	10 лет	2003	263,2	135,0	128,2
ЮНИСЕФ	10 лет	2003	182,5	40,0	142,5
ЮНФПА	10 лет	2003	54,5	--	54,5
УВКБ	10 лет	2002	136,1	--	136,1
МОТ	10 лет	2004	474,0	--	474,0
ФАО ⁶⁶	10 лет	2004	562,5	178,8	383,7
ЮНЕСКО	10 лет	Данные отсутствуют	322,6	--	322,6
ИКАО	5 лет	2004	32,5	--	32,5
ВОЗ	10 лет	2003	371,2	252,2	119,0
ВПС	Требования в отношении предыдущего участия отсутствуют	Данные отсутствуют	Данные отсутствуют	Данные отсутствуют	Данные отсутствуют
МСЭ	10 лет	2004	185,1	--	185,1
ВМО	10 лет	2002	12,1	1,3	10,8
ИМО	10 лет	Данные отсутствуют	Информация отсутствует	Информация отсутствует	Информация отсутствует
ВОИС	5 лет	1999	43,2	--	43,2
ЮНИДО	10 лет	2000	59,1	--	59,1
МАГАТЭ	5 лет ⁶⁷	2002	80,9	--	80,9
ИТОГО			4264,4	632,3	3 632,1

⁶⁴ Данные взяты в основном из документа A/60/450 (Доклад Генерального секретаря об обязательствах и предлагаемом финансировании льгот и пособий по медицинскому страхованию после выхода в отставку).

⁶⁵ Актуарный резерв ЮНСМИС по долгосрочным рискам.

⁶⁶ Включая ВПП.

⁶⁷ Сотрудники, выходящие в отставку в возрасте 55 лет и старше, имеют право на продолжение участия в МСВО при условии их предыдущего участия в плане медицинского страхования в течение пяти лет. Однако для получения права на субсидирование страхового взноса со стороны Организации сотрудник должен непрерывно проработать до выхода в отставку в течение 10 лет. Сотрудники, выходящие в отставку в возрасте от 50 до 55 лет, имеют право на продолжение участия в МСВО при условии их предыдущего участия в плане медицинского страхования в течение 20 лет, из которых 10 лет должны быть отработаны непрерывно перед выходом в отставку. В последнем случае Организация обеспечивает субсидирование только по достижении ими 55 лет.

