

Distr.: General
4 December 2015
Arabic
Original: English

الجمعية العامة



الدورة السبعون

البند ١٣٤ من جدول الأعمال

الميزانية البرنامجية المقترحة لفترة

السنتين ٢٠١٦-٢٠١٧

إدارة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

تقرير الأمين العام

موجز

يقدم هذا التقرير استعراضا عاما وتحليلا للعناصر الرئيسية لخطط التأمين الصحي المطبقة عبر مختلف كيانات منظومة الأمم المتحدة، مع التركيز على إدارة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وما يتصل به من التزامات اكتوارية. وقد طلبت الجمعية العامة إلى الأمين العام في قرارها ٢٤٤/٦٨ ما يلي:

(أ) أن يدرس خيار توسيع نطاق ولاية الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة، استنادا إلى المدخلات المقدمة من مجلس الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة، لتشمل إدارة استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على نحو يتسم بالاستدامة والكفاءة والفعالية من حيث التكلفة، مع مراعاة مزايا ومساوئ هذا الخيار، بما في ذلك الآثار المالية والقانونية المترتبة عليه، دون المساس بنتائج الدراسة، وأن يقدم تقريراً عن ذلك في الدورة السبعين للجمعية العامة، مع تأكيدها أن هذا لا يمنع الأمين العام من النظر في خيارات أخرى؛

(ب) أن يجري استقصاء لخطط الرعاية الصحية الحالية للموظفين العاملين والمتقاعدين داخل منظومة الأمم المتحدة وأن يبحث جميع الخيارات الممكنة لزيادة الكفاءة واحتواء التكاليف وأن يقدم تقريراً عن ذلك إلى الجمعية في دورتها السبعين.



الرجاء إعادة استعمال الورق

080116 070116 15-21369 (A)



ويقدم هذا التقرير البيانات التي جُمعت من خلال الاستقصاء الصادر به تكليف، والذي أعده الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التابع لشبكة المالية والميزانية في اللجنة الإدارية الرفيعة المستوى. وقد وفر الاستقصاء نظرة شاملة للحالة الراهنة للخطط الصحية ولأموال والتزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في كل وكالة على ضوء أعداد الموظفين العاملين والمتقاعدين، مما وفر أساسا لمواصلة النظر في الخيارات الممكنة لزيادة الكفاءة واحتواء التكاليف.

وشكّل فريق عامل من وكالات منظومة الأمم المتحدة أجرى تحليلا لـ ٢٣ خطة تأمين صحي (تغطي الموظفين العاملين والمتقاعدين على السواء) مطبّقة في مختلف كيانات المنظومة وتغطي ١٦٦ ٤٠١ شخصا. وأجرى الفريق العامل تحليلات كمّية ونوعية غطت أنماط تصميم الخطط، وشروط الأهلية للاشتراك فيها، وأنواع التغطية الممنوحة، والخصائص الديمغرافية للمشاركين، والتكاليف، وافتراسات التقييم. وجاءت نتيجة التحليل مجموعة محددة من ٢٣ خطة موزّعة على ثلاث فئات: خطط مؤمنة ذاتيا ومدارة ذاتيا، وخطط مؤمنة ذاتيا ومدارة بواسطة أطراف ثالثة، وخطط مؤمنة ذاتيا ومدارة بواسطة أطراف ثالثة. واستنادا إلى هذا التحليل، وضع الفريق العامل مجموعة من التوصيات التكميلية التي يمكن تنفيذها في المستقبل القريب لتحقيق وفورات في التكاليف ومكاسب تشغيلية عبر مختلف كيانات منظومة الأمم المتحدة.

وتتمثل هذه التوصيات في التفاوض بشكل جماعي مع الأطراف الثالثة القائمة بالإدارة ومع مقدمي خدمات الرعاية الصحية، وإجراء استعراضات لاكتتابات التأمين، والتفاوض مع الجهات المؤمنة تبعا لنوع الخطة من حيث الإدارة والتأمين. وهناك توصية أخرى موجهة إلى الخطط بأنواعها الثلاثة، وهي التوصية بالاستعانة أينما أمكن بالخطط الصحية الوطنية كتغطية أولية للمتقاعدين ومعاليهم، مع الإبقاء على خطط الأمم المتحدة كخطط مكملّة دونما انتقاص من الاستحقاقات. ويوصي الفريق العامل أيضا بتوحيد منهجية التقييم العامة وبوضع وتطبيق عوامل رئيسية لتقييم الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

وقام الفريق العامل أيضا باستكشاف البدائل الممكنة لتوسيع نطاق ولاية الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة لتشمل إدارة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، وإن تبيّن له في نهاية المطاف أن هذا الخيار ليس ممكنا. وقد تودّ الجمعية العامة أن تبتّ في حزمة الإجراءات المعروضة في هذا التقرير في عام ٢٠١٦، وأن تنظر أيضا في تفعيل المراحل التالية من الدراسة لإجراء مزيد من تقييم أنماط تمويل وتصميم الخطط وأساليب تقييم التزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

أولا - مقدمة

طلبت الجمعية العامة فيما يتصل بإدارة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

١ - في قرار الجمعية العامة ٢٤٤/٦٨ بشأن إدارة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، أيدت الجمعية الملاحظات والتوصيات الواردة في تقرير اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية (A/68/550)، وطلبت إلى الأمين العام:

(أ) أن يدرس خيار توسيع نطاق ولاية الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة، استنادا إلى المدخلات المقدمة من مجلس الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة، لتشمل إدارة استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على نحو يتسم بالاستدامة والكفاءة والفعالية من حيث التكلفة، مع مراعاة مزايا ومساوئ هذا الخيار، بما في ذلك الآثار المالية والقانونية المترتبة عليه، دون المساس بنتائج الدراسة، وأن يقدم تقريرا عن ذلك في الدورة السبعين للجمعية العامة، مع تأكيدها أن هذا لا يمنع الأمين العام من النظر في خيارات أخرى؛

(ب) أن يجري استقصاء لخطط الرعاية الصحية الحالية للموظفين العاملين والمتقاعدين داخل منظومة الأمم المتحدة وأن يبحث جميع الخيارات الممكنة لزيادة الكفاءة واحتواء التكاليف وأن يقدم تقريرا عن ذلك إلى الجمعية في دورتها السبعين.

الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

٢ - تلبيةً لطلب الجمعية العامة، قامت شبكة المالية والميزانية التابعة للجنة الأمم المتحدة الإدارية الرفيعة المستوى التابعة لمجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق بإنشاء فريق عامل معني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، وكلفته بما يلي:

(أ) جمع المعلومات عن مختلف ممارسات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في منظومة الأمم المتحدة والإفادة بهذه المعلومات، مع تحديد وتحليل المتغيرات التي تؤثر على الالتزامات، بما في ذلك الاستحقاقات المختلفة التي توفرها الخطط، ومدى معقولية الافتراضات الاكتوارية المستند إليها (مثل معدل الخصم)، فضلا عن الافتراضات والعوامل المتعلقة بالاستثمارات (توزيع الأصول ومعدلات العائد المتوقعة)؛

(ب) واستكشاف سبل احتواء تكاليف خدمات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة؛

(ج) واقتراح معايير موحدة لاستعراض الافتراضات المستند إليها في تقييم الالتزامات المقدّرة، مع الاستفادة من الاتفاق الذي توصلت إليه الأمم المتحدة مع مجلس مراجعي الحسابات؛

(د) واستكشاف سبل توحيد معايير التقييم الاكتواري على نطاق منظومة الأمم المتحدة.

٣ - ويتألف الفريق العامل من ممثلين عن ١٦ مؤسسة تابعة لمنظومة الأمم المتحدة من المؤسسات الأعضاء في شبكة المالية والميزانية، واتحاد رابطات الموظفين المدنيين الدوليين السابقين، واتحاد رابطات موظفي الخدمة المدنية الدولية، وشبكة الموارد البشرية التابعة للجنة الإدارية الرفيعة المستوى، والفريق العامل المعني بخدمات الخزانة المشتركة التابع لشبكة المالية والميزانية، والصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة، ومجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق.

هيكل التقرير

٤ - حدد الفريق العامل أربع ركائز للتحليل:

- الركيزة ألف: تحليل التكاليف والترتيبات الإدارية
- الركيزة باء: استعراض إطار التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في منظومة الأمم المتحدة
- الركيزة جيم: تحديد الالتزامات والإفصاح عنها
- الركيزة دال: بدائل تمويل الالتزامات.

٥ - وقد وُضع هيكل هذا التقرير بحيث يتماشى مع هذه الركائز الأربع. وجرى في إطار الركيزة باء استكشاف الخيارات الممكنة لزيادة الكفاءة واحتواء التكاليف، وبحث مدى الإمكانية العملية لتوسيع نطاق ولاية الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة لتشمل إدارة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

معلومات أساسية

٦ - من أجل توفير أساس سليم لعمل الفريق العامل، أجرى الفريق تحليلاً كمياً ونوعياً لخطط التأمين الصحي الرئيسية (التي يغطي جميعها الموظفين العاملين والمتقاعدين) عبر مختلف كيانات منظومة الأمم المتحدة. وقد غطى التحليل أنماط تصميم وتغطية خطط التأمين

الصحي، ومعايير الأهلية للاشتراك فيها، وأساليب إدارتها، وتكاليفها، والخصائص الديمغرافية للمشاركين فيها، والاستحقاقات المدفوعة في إطارها. وغطى التحليل أيضا أساليب تقييم وتمويل التزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

٧ - واستند التحليل الكمي إلى البيانات التي جمعت من استقصاء لـ ٢٥ منظمة بخصوص ٢٣ خطة تأمين صحي^(١). وكانت النتيجة تكوين صورة شاملة للوضع الراهن فيما يتعلق بالتأمين الصحي، بما في ذلك التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، عبر مختلف كيانات منظومة الأمم المتحدة وفيما يتصل بالتزاماتها وأساليب تمويلها.

٨ - ويكاد يكون جميع الموظفين الدوليين والمعينين محليا (العاملون والمتقاعدون ومعالوهم) المؤمن عليهم في إطار خطط منظومة الأمم المتحدة، أو نحو ٤٠٠ ٠٠٠ شخص، مشتركين في خطط التأمين الصحي الـ ٢٣ الممثلة في الاستقصاء. وتُعرض في الجدول ١ التركيبة الديمغرافية للأشخاص المؤمن عليهم في الخطط المشمولة بالاستقصاء.

الجدول ١

التركيبة الديمغرافية للأشخاص المؤمن عليهم في إطار ٢٣ خطة تأمين صحي مطبقة في منظومة الأمم المتحدة

النسبة المئوية	الفئة/الموقع
٢٧,٠	الموظفون العاملون
٥٦,٠	معالو الموظفين العاملين
١٠,٠	الموظفون المتقاعدون
٧,٠	معالو الموظفين المتقاعدين
٣٨,٠	المقيمون في أفريقيا
١٨,٠	المقيمون في منطقة آسيا والمحيط الهادئ ومنطقة غرب آسيا
١٤,٠	المقيمون في أوروبا (باستثناء سويسرا)
٩,٠	المقيمون في الولايات المتحدة
٨,٠	المقيمون في سويسرا
٧,٠	المقيمون في كندا والمكسيك وأمريكا الوسطى وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

(١) لم تتمكن اثنتان من المنظمات (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة) من تقديم تقسيم للمشاركين البالغ عددهم ٢٦ ٠١٩ (٦ في المائة من مجموع المشاركين) حسب المناطق الجغرافية، وبالتالي فإن البيانات تعبر عن ٩٤ في المائة من الجمهور المؤمن عليه. وبناء على ذلك، ربما تخضع النسب المئوية للمناطق الجغرافية لتغييرات طفيفة.

ألف - الركيزة ألف: تحليل التكاليف والترتيبات الإدارية

الخلفية الاجتماعية

٩ - اضطلع الفريق العامل بعمله في إطار من الالتزام بثوابت اجتماعية من أهمها مبدأ وجوب تغطية جميع الناس بالتأمين الصحي. وأخذ الفريق العامل في اعتباره أيضاً ضرورة توفير نظام تأمين صحي يكون أخلاقياً وشاملاً وقابلاً للتنقل من أجل إكساب الأمم المتحدة الصفة البالغة الأهمية المتمثلة في قدرتها على اجتذاب واستبقاء أفضل قوة عمل عالمية يمكن الحصول عليها، كما أخذ في اعتباره أن تقديم الاستحقاقات والخدمات بكفاءة وفعالية يشكل عاملاً مساهماً في رفاه موظفي منظومة الأمم المتحدة الذين يعملون في ظل ظروف قاسية في كثير من الأحيان.

١٠ - وإدراكاً لمبدأ تنقل موظفي منظومة الأمم المتحدة والموظفين المتقاعدين وأسرهم، يحل التأمين الصحي المقدم من خطط منظومة الأمم المتحدة محل التأمين الصحي المقدم في إطار نظم الضمان الاجتماعي الوطنية الأساسية وخطط التأمين الصحي التكميلية المحلية. وينبغي الإشارة إلى أن التأمين الصحي لما بعد الخدمة تأسس عام ١٩٦٧ في الأمانة العامة بالنظر إلى الصعوبات التي يجدها الموظفون المتقاعدون في الحصول على تأمين صحي بعد انتهاء مسيرتهم المهنية في خدمة منظمة دولية. وليس بوسع العديد من الموظفين السابقين أن يستفيدوا من تغطية الضمان الاجتماعي نتيجة عملهم في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة. لذلك، فإن تغطية التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة عنصرٌ أساسي من شروط العمل.

تنوع خطط التأمين الصحي

١١ - يعكس تنوع خطط التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة برمتها التنوع الديمغرافي والجغرافي للأشخاص المشمولين بها. وتبني الفروق في أحكام وشروط التأمين في المقام الأول على أساس مكان إقامة الشخص المؤمن عليه وفئة الخدمة التي ينتمي إليها. وفي حين أنه تسري في بعض الخطط أحكام وشروط تأمين مختلفة على الموظفين الدوليين والموظفين المعيّنين محلياً، أو على موظفي الفئة الفنية والموظفين من فئة الخدمات العامة، فإن التغطية في الخطط الأخرى هي نفسها بالنسبة لجميع الموظفين ومعاليهم. وفي جميع الخطط، ينطبق التصميم والتغطية ذاتهما على المتقاعدين والموظفين العاملين.

١٢ - وتكلفة الاستحقاقات هي دالة على المكان الذي تكبدت فيه المطالبات، الذي يختلف في بعض الأحيان عن بلد الخدمة في حالة الموظفين العاملين أو بلد إقامة المتقاعدين^(٢).

(٢) تمثل تكاليف استحقاقات مجموع تكاليف الرعاية الصحية والتكاليف الإدارية لخطط المؤمنین ذاتياً، ومجموع أقساط التأمين والتكاليف الإدارية لخطط المؤمنین خارجياً.

١٣ - ويمكن تصنيف الخطط الـ ٢٣ ضمن ثلاث فئات، هي: (أ) خطة التأمين الطبي ومخطط تغطية التأمين الصحي؛ (ب) الموظفون الدوليون؛ (ج) والخطط القائمة في الولايات المتحدة، التي لها خصائص مختلفة، كما سيتم توضيحه في موضع لاحق. وترد أبرز سمات هذه الفئات الثلاث في الجدول الوارد أدناه.

الجدول ٢

الفئات الرئيسية لأنواع خطط التأمين

عدد الأشخاص المشمولين بالتغطية وتكاليف الاستحقاقات	عدد الأشخاص المشمولين بالتغطية من المجموع	النسبة المئوية (بدولارات الولايات المتحدة)	مجموع التكلفة السنوية للاستحقاقات	التكلفة السنوية لكل فرد (بدولارات الولايات المتحدة)	التكاليف الإدارية كنسبة مئوية من مجموع التكاليف
خطة التأمين الطبي ومخطط تغطية التأمين الصحي	١٩٤٨١٨	٤٩	٦٣٦٦١٠٦٨	٩	٣٢٧
الخطط الخاصة بالموظفين الدوليين	١٧٣٥٥٤	٤٣	٤٣٠٠٥٢٤٤٥	٥٩	٢٤٧٨
الخطط القائمة في الولايات المتحدة	٣٢٧٩٤	٨	٢٣٨٠١٩٠٦٢	٣٢	٧٢٥٨
المجموع	٤٠١١٦٦	١٠٠	٧٣١٧٣٢٥٧٥	١٠٠	١٨٢٤

١٤ - وبعض خطط التأمين الصحي هي خطط مصممة لأسواق محددة. فعلى سبيل المثال، يستوعب عدد من الخطط المقدمة لموظفي الأمانة العامة للأمم المتحدة (بما فيها خطة تأمين تكميلية لعلاج الأسنان) خصائص نظام التأمين الصحي في الولايات المتحدة. وقد صُممت خطتا Aetna و Empire Blue Cross الخاصتين بالأمم المتحدة خصيصاً لضبط التكاليف وتحقيق الكفاءة في معالجة المعاملات على النحو الأمثل في الولايات المتحدة.

١٥ - وتمثل خطط التأمين الصحي الخمس عشرة (باستثناء خطط Aetna و Cigna Dental و Empire Blue Cross القائمة في الولايات المتحدة)، التي تشمل في المقام الأول الموظفين الدوليين، نسبة ٤٣,٠ في المائة من الأشخاص المؤمن عليهم وتسجل أكبر نفقات على نطاق منظومة الأمم المتحدة (٥٩ في المائة). ويُتكد نحو ٥٧ في المائة من التكاليف المرتبطة بهذه الخطط في سويسرا وبقية أرجاء أوروبا. ونسبة ٨ في المائة من الأشخاص المؤمن عليهم هي المشمولة فقط بخطتي Aetna و Empire Blue Cross.

١٦ - والغرض من خطة التأمين الطبي ومخطط تغطية التأمين الصحي هو تغطية الموظفين المعينين محلياً والعاملين خارج أوروبا والولايات المتحدة، ولهما نطاق جغرافي واسع. ونحو ٤٩ في المائة من الأشخاص المؤمن عليهم هم مشمولون في إطار خطة التأمين الطبي ومخطط تغطية التأمين الصحي. وفي حين أن الأشخاص المؤمن عليهم في إطار هاتين الخطتين يشكلون نسبة كبيرة من الحجم الكلي، فإنهم يشكلون نسبة ضئيلة للغاية من مجموع المطالبات أو الأقساط المدفوعة في منظومة الأمم المتحدة (٩ في المائة). وإمكانية الحصول على الرعاية الصحية وتوافرها، وانخفاض التكاليف الطبية في معظم البلدان خارج أوروبا والولايات المتحدة، والحدود القصوى للتكاليف الخاصة بكل بلد، كلها أمور تشكل على الأقل جزءاً من هذه الاتجاهات.

١٧ - وأكثر من ٧٠ ٠٠٠ من الأشخاص مشمولون بمخطط التأمين الصحي القائمة في جنيف وذات التمويل الذاتي وذات الإدارة الذاتية (جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة، والتأمين الصحي لموظفي منظمة الصحة العالمية، وصندوق التأمين الصحي لموظفي منظمة العمل الدولية). ويُتكد الجزء الأكبر من المطالبات التي تسدها سنوياً هذه المخطط (٢٢٠ مليون دولار من دولارات الولايات المتحدة) في سويسرا وبقية أرجاء أوروبا.

نموذج إدارة خطط التأمين

١٨ - كما هو مبين في الجدول ٣، يمكن أن تكون خطط التأمين الصحي خططاً للمؤمنين ذاتياً أو للمؤمنين خارجياً أو قد تكون ذات إدارة ذاتية أو قد يديرها طرف إداري ثالث. وفي الوقت الراهن، ٨٨,٠ في المائة من الأشخاص المؤمن عليهم في خطط منظومة الأمم المتحدة مشمولون في إطار المخططات المؤمن من مخاطرها ذاتياً، حيث تكون نسبة ١٢ في المائة من الرصيد مشمولة ضمن المخططات التي يُستعان في إدارة المخاطر ضمنها بشركات التأمين من القطاع الخاص. وتُسنَد معظم الخطط إلى أطراف إدارية ثالثة مهمة إدارتها وسبل الاستفادة من شبكة مقدمي خدمات الرعاية الصحية. وجميع الخطط ذات الإدارة الذاتية موجودة في جنيف.

الجدول ٣

تصنيف خطط التأمين الصحي بحسب نوع الإدارة

خطط المؤمن من أطراف ثالثة ^(أ)	خطط المؤمن ذاتياً
عدد الأشخاص المشمولين الخطة (شركة التأمين/المدير)	الخطة (المدير) عدد الأشخاص المشمولين
لا ينطبق	١ - التأمين الصحي لموظفي منظمة الصحة العالمية ٣٦ ٧٢٦ ٢ - جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة (مكتب الأمم المتحدة في جنيف) ٢٥ ١٢٨ ٣ - خطة التأمين الطبي - مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ٢٣ ٣٤٦ ٤ - صندوق التأمين الصحي لموظفي منظمة العمل الدولية ١٠ ١٠٩ المجموع ٩٥ ٣٠٩
١ - خطة التأمين الطبي الأساسي - منظمة الأغذية والزراعة (Allianz/Allianz) ١٦ ٩١٨ ٢ - مخطط تغطية التأمين الطبي - صندوق الأغذية العالمي (Allianz/Allianz) ١٥ ٦٥٦ ٣ - خطة التأمين الطبي الكامل - منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية (Allianz/Allianz) ٥ ٥٦٦ ٤ - نظام التأمين الصحي النمساوي + خطة التأمين الطبي التكميلي - منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية (Allianz/Allianz) ٥ - خطة التأمين الطبي الكامل - الوكالة الدولية للطاقة الذرية (Cigna/Cigna) ٣ ٨٢٩ ٦ - التأمين الطبي الجماعي - المنظمة العالمية للملكية الفكرية (Cigna/Cigna) ٣ ٦٧٧ ٧ - نظام التأمين الصحي النمساوي + خطة التأمين الطبي التكميلي - الوكالة الدولية للطاقة الذرية (Cigna/Cigna) ٢ ٤٧٥ ٨ - خطة التأمين الطبي الجماعي - الاتحاد الدولي للاتصالات (Cigna/Cigna) ٢ ١٣٠ ٩ - خطة المنظمة البحرية الدولية - المنظمة البحرية الدولية (Cigna/Cigna) ٩٢٢ ١٠ - Contract Group 910.K21 - منظمة السياحة العالمية (Cigna/Cigna) ٢٩٥	١ - خطة التأمين الطبي - الأمم المتحدة (Cigna) ٦٩ ٠٧٩ ٢ - الخطة العالمية - الأمم المتحدة (Cigna) ٥٥ ٦٤٧ ٣ - خطة التأمين الطبي - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (Cigna) ٥٣ ٥٢٣ ٤ - خطة التأمين الطبي - منظمة الأمم المتحدة للطفولة (Cigna) ٣٣ ٢١٤ ٥ - خطة Cigna Dental PPO في الولايات المتحدة ٣١ ٩٩٣ ٦ - خطة Empire Blue Cross PPO (Empire Blue Cross) ٢٣ ٨٣٩ ٧ - خطة Aetna PPO/POS (Aetna) ٨ ٩٥٥ ٨ - صندوق الاستحقاقات الطبية - منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة ٧ ١٣٦ ٩ - صندوق الاستحقاقات الطبية - منظمة الطيران المدني الدولي (Cigna) ٢ ٩٩٦ المجموع - (باستثناء خطة Cigna Dental في الولايات المتحدة) ٢٥٤ ٣٨٩
المجموع ٥١ ٤٦٨	المجموع - (باستثناء خطة Cigna Dental في الولايات المتحدة) ٢٥٤ ٣٨٩

(أ) تشمل خطط التأمين التي تديرها أطراف ثالثة تغطية خطر الدفع أولاً بأول ولكنها لا تشمل تغطية الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

١٩ - على النحو المبين في الجدول ٢، قاربت تكلفة استحقاقات الخطط الثلاث والعشرين التي شملتها الدراسة الاستقصائية في عام ٢٠١٤ مبلغ ٧٣٢ مليون دولار. وتشمل هذه المطالبات المدفوعة في إطار الخطط التي كانت المخاطر فيها مؤمنة ذاتياً^(٣) والأقساط المدفوعة في ما يتعلق بالخطط التي تتولى إدارة المخاطر فيها جهات خارجية. وبالإضافة إلى ذلك، أنفق مبلغ ٤٨ مليون دولار على التكاليف الإدارية (بما في ذلك تكاليف الموظفين في ما يخص الخطط ذات الإدارة الذاتية ورسوم الخطط التي تديرها أطراف ثالثة). وتمثل التكاليف الإدارية في المتوسط نسبة ٦,١ في المائة من مجموع النفقات على صعيد منظومة الأمم المتحدة برمتها. وينبغي مقارنة هذه النسبة بمتوسط هذا القطاع الذي يتراوح بين ٥ و ٨ في المائة في الولايات المتحدة، وذلك بحسب حجم الخطة وتصميمها. والمعدلات المسجلة في الولايات المتحدة منخفضة مقارنة بالمعدلات المسجلة على الصعيد العالمي، وذلك بسبب مستويات مرتفعة للغاية في ظروف تتسم بالتزوع نحو دمج خطط التأمين وارتفاع تكاليف الرعاية.

٢٠ - وبما أن معظم مؤسسات منظومة الأمم المتحدة لا تتفاوض عادة بشكل جماعي مع شركات التأمين أو الأطراف الإدارية الثالثة أو مقدمي خدمات الرعاية الصحية، فإنها لا تستفيد من حجمها للحصول على أفضل أحكام وشروط التأمين أو الخدمات. فعلى سبيل المثال، نحو ٦٦ في المائة من الأشخاص المؤمن عليهم في إطار خطط منظومة الأمم المتحدة مشمولون بخطط التأمين الصحي لشركة Cigna، غير أنه لا تجرى أي مفاوضات جماعية مع شركة Cigna. وعلاوة على ذلك، لا توجد آلية تمكّن هذه المؤسسات من تبادل المعلومات وتحليلها بكفاءة وفعالية بهدف وضع اليد على الفرص الكفيلة بتحقيق الكفاءة من حيث التكلفة والخدمة.

٢١ - والدافع وراء قرار الاستعانة بجهات خارجية أو بناء قدرات داخلية للتأمين و/أو الإدارة مجموعة متنوعة من العوامل، منها على سبيل المثال عامل التاريخ (استحداث عدد من الخطط سابقاً لوجود الأطراف الإدارية الثالثة)، وعدد الأشخاص المؤمن عليهم وتوزيعهم الجغرافي، وجودة الخدمة مقابل التكلفة والقدرة على الحصول على الرعاية الصحية الجيدة المتوفرة بأسعار معقولة. وعلى سبيل المثال، أدى تنظيم شبكات مقدمي الرعاية الصحية في الولايات المتحدة وإضفاء الطابع المؤسسي عليها إلى منع المنظمات الموجودة هناك من إنشاء قدرات داخلية فعالة من حيث التكلفة للمشاركين المقيمين في الولايات المتحدة.

(٣) في هذا السياق، تتعلق الأحكام بالمخاطر المتصلة بمطالبات التأمين الصحي لعام ٢٠١٤.

ترتيبات التأمين الصحي المشتركة وتوحيد خطط التأمين على الصعيد العالمي

٢٢ - عند استعراض الفرص الممكنة ذات الصلة بتوحيد خطط منظومة الأمم المتحدة على الصعيد العالمي ضمن ترتيب مشترك للتأمين الصحي، لاحظ الفريق العامل ما يلي:

(أ) أن عدداً من مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي لها نفس خصائص المخاطر توفر بالفعل التأمين الصحي عن طريق خطة موحدة للتأمين الصحي. فموظفو الصندوق الدولي للتنمية الزراعية وبرنامج الأغذية العالمي، على سبيل المثال، مشمولون في إطار خطة التأمين الطبي الأساسي لمنظمة الأمم المتحدة للأغذية والزراعة؛ وموظفو برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) مشمولون في إطار خطط الأمم المتحدة الموجودة في الولايات المتحدة وخطة الأمم المتحدة العالمية، في حين أن معظم الموظفين العاملين في جنيف في كيانات من قبيل مكتب الأمم المتحدة في جنيف، ومؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، واللجنة الاقتصادية لأوروبا، ومركز التجارة الدولية والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية، مشتركون في خطة جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة التي يديرها مكتب الأمم المتحدة في جنيف؛

(ب) أن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة انضما إلى عملية الشراء التي تمت في عام ٢٠١٤ بقيادة الأمم المتحدة للاستعانة بطرف ثالث يدير خطط التأمين الطبي.

٢٣ - وخلص الفريق العامل إلى أنه لا توجد أدلة واضحة تبرهن على أنه من الممكن تحقيق أوجه كفاءة مالية أو تشغيلية من خلال توحيد جميع خطط التأمين الصحي لمنظومة الأمم المتحدة ضمن ترتيب مشترك لإدارة خطط التأمين الصحي. ومن الممكن أن تواصل المنظمات المعنية التفكير في توحيد هذه الخطط على الصعيد المحلي شريطة أن يكون بالإمكان التوصل إلى اتفاقات المعادلة في ما يتعلق بالملاءة المالية لخطط التأمين، وكذلك الاتفاقات المتعلقة بمسائل مثل مستويات الخدمة والمشاركة في شؤون الإدارة. وستواجه أي خطة توحيد تشمل التشارك في ما بين المنظمات في تحمل المخاطر حقيقة أن تكاليف الرعاية الصحية هي دالة على الخصائص الديمغرافية التي تختلف بشكل ملحوظ في ما بين المنظمات. وتعني هذه الاختلافات في التكاليف أن عدداً من المنظمات سيواجه تكاليف مرتفعة نتيجة لخيار التشارك في تحمل المخاطر، ولن يجني أي فائدة من عملية توحيد الخطط ما لم توضع آليات للتعويضات المالية المعقدة لتراعى الخصائص الديمغرافية والاختلافات في مستويات المخاطر.

٢٤ - وأكد الفريق العامل أيضاً الحاجة إلى التحري عن السبل الكفيلة بتحسين قابلية نقل خطط التأمين الصحي في ما بين الوكالات من أجل تقديم دعم أفضل لتنقل الموظفين داخل منظومة الأمم المتحدة.

المقارنة بين أحكام وشروط التأمين في خطط الرعاية الصحية

٢٥ - حالياً، تتطلب خطط الرعاية الصحية في معظمها إكمال الموظف لـ ١٠ أعوام من الخدمة من أجل استيفاء شروط الأهلية والمطالبة بتغطية التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. ويقدم بعض خطط التأمين هذه التغطية بعد مرور ٥ أعوام من الخدمة.

٢٦ - وقد بحث الفريق العامل الفروق الدقيقة القائمة بين شروط الأهلية وفي أشكال التغطية المنصوص عليها في خطط الرعاية الصحية، بهدف تيسير مقارنة المثل بمثله عند تقييم المشهد الحالي للتأمين الصحي على نطاق المنظومة. واستطاع الفريق العامل أن يثبت أن أحكام وشروط التأمين المنصوص عليها في خطط التأمين الصحي لمنظومة الأمم المتحدة متشابهة بوجه عام، وهو يرى أن لا حاجة إلى إدخال تغييرات جوهرية على أحكام وشروط التأمين الصحي المعمول بها على نطاق المنظومة. كما يأخذ هذا الرأي في الحسبان حسن إدارة خطط معينة منذ فترة طويلة.

إدخال تغييرات هيكلية على أحكام وشروط التأمين

٢٧ - يدرك الفريق العامل أن تكاليف التأمين الصحي التي تتحملها مؤسسات منظومة الأمم المتحدة، وما يقابلها من التزامات، يمكن أن تتأثر بالتغيرات الهيكلية المدخلة على تصميم وتمويل خطط التأمين الصحي، أو بالتغيرات في سياسات التعاقد والتوظيف التي تعتمد عليها المؤسسات. لكن الفريق العامل يرى، من ناحية أخرى، أنه لا بد من استكشاف طابع هذه التغيرات في سياق سياسة أوسع نطاقاً للموارد البشرية.

٢٨ - ويتعين كذلك، عند إعادة النظر في أي من أحكام وشروط التأمين، أن تؤخذ بعين الاعتبار الأحكام الإلزامية المتعلقة بإدارة عدد من خطط التأمين الصحي داخل منظومة الأمم المتحدة. وفي حالات كثيرة، يجب أن تأتي مقترحات التغيير الهيكلي المتعلقة بأحكام وشروط التأمين من الهيئات الإدارية لخطط التأمين، التي تتألف من ممثلين عن المؤسسات المعنية والمشاركين في الخطة. وتخضع هذه التغييرات للمشاورات بين الموظفين والمسؤولين السابقين الذين يسهمون في تمويل الخطة، كما أنها تستلزم موافقتهم.

الحقوق المكتسبة

٢٩ - يتوفر التأمين الصحي داخل منظومة الأمم المتحدة للموظفين والموظفين السابقين وفقاً لمبادئ التأمين التعاوني، ومبدأ التضامن بين الأجيال الذي يشكل نقطة الاختلاف الرئيسية بين التأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الصحي الخاص. ويسهم الموظفون العاملون في تمويل تأمينهم الصحي، مع العلم أن المجموع الكلي لمساهماتهم سيتجاوز، أثناء فترة وجودهم في الخدمة، الاستحقاقات التي سيحصلون عليها. ويتم تخصيص المساهمات الفائضة التي يُنتجها الموظفون العاملون ضمن موازنة العجز الكلي المتصل بالموظفين السابقين.

٣٠ - ويؤيد الفريق العامل بقوة الرأي القائل إن الحقوق التي يستفيد منها الموظفون عند التقاعد هي حقوق غير قابلة للتصرف تم اكتسابها خلال فترة خدمتهم. ويجري اقتطاع مساهمات الموظفين بناء على أحكام وشروط التأمين التي لن تتغير بشكل جوهري سواء حين يكون الموظفون في الخدمة أو عند تقاعدهم. ويمكن تكييف تصاميم الخطط وتعديل المساهمات فيها من وقت إلى آخر بحيث تظل متوائمة مع تكلفة توفير التغطية وفقاً لأحكام وشروط التأمين التي يستند إليها الاقتطاع الإلزامي.

٣١ - وتمشيا مع التقرير السابق للأمين العام المتعلق بإدارة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (A/68/353، الفقرتان ٥٩ و ٦٢)، فإن إدخال أي تغييرات كبيرة على أحكام وشروط التأمين بطريقة تُضِرّ بالمشاركين في خطط التأمين، بما في ذلك الأحكام والشروط المعمول بها بعد التقاعد، يشكل من الناحية القانونية خرقاً للحقوق المكتسبة، ويعرّض المؤسسات لمخاطر التقاضي. ويمكن القول ختاماً إنه ليس من المقبول إدخال تعديلات على أحكام وشروط التأمين إلا في فترات لاحقة، أي فيما يتعلق بالموظفين المتقدمين حديثاً فقط. ويتعين إجراء تحليل دقيق بهدف تحديد الآثار القانونية الناجمة عن هذه التعديلات على أكمل وجه. ويشار إلى أنه يجري تناول الحقوق المكتسبة بمزيد من التفصيل في الفرع المتعلق بالركيزة جيم أدناه.

التوصية المقدمة من لجنة الخدمة المدنية الدولية إلى الجمعية العامة فيما يتعلق بتوزيع حصص أقساط التأمين الصحي

٣٢ - لاحظ الفريق العامل، في إطار المناقشة التي أجراها بشأن التغييرات الهيكلية في أحكام وشروط التأمين، التوصية المقدمة من لجنة الخدمة المدنية الدولية إلى الجمعية العامة في الفقرة ٩١ من تقرير اللجنة لعام ٢٠١٤ (A/69/30) فيما يتعلق بتوزيع حصص أقساط التأمين الصحي بين المؤسسات والمشاركين. وذكرت لجنة الخدمة المدنية في تقريرها أنها قررت أن

توصي الجمعية العامة بأن تُبقي على المعدلات الحالية لتوزيع حصص أقساط التأمين الصحي بين المنظمة من جهة وبين الموظفين العاملين والمتقاعدين المساهمين في خطط التأمين بالولايات المتحدة وبغيرها من الدول. وقد وافقت الجمعية العامة على هذه التوصية في قرارها ٢٥١/٦٩.

توصيات الفريق العامل فيما يتعلق بالركيزة ألف

٣٣ - استكشف الفريق العامل الخيارات المتاحة لزيادة الكفاءة واحتواء التكاليف، وهو يقدم التوصيات أدناه.

التوصية ١ - المفاوضات الجماعية مع الأطراف الإدارية الثالثة

٣٤ - ينبغي لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة أن تتفاوض بشكل جماعي مع الأطراف الإدارية الثالثة للاستفادة إلى أقصى حد من التسعيرات المتعلقة بالخدمات الإدارية والانتفاع بخدمات شبكات التأمين. وسعياً إلى دعم التفاوض الجماعي، ينبغي لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة أن تستكشف جدوى إنشاء وتعهد قاعدة بيانات مشتركة تتضمن معلومات ديمغرافية ومعلومات متعلقة بخطط التأمين، وبيانات موجزة عن المطالبات، وأحكام وشروط الاتفاقات المبرمة مع الأطراف الإدارية الثالثة، وتكاليف الموظفين، ومعلومات موجزة عن الغش.

التوصية ٢ - المفاوضات الجماعية مع مقدمي الرعاية الصحية

٣٥ - أجرت الخطط المدارة ذاتياً (منظمة العمل الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، وجمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة) مفاوضات جماعية تكللت بالنجاح مع مقدمي الرعاية الصحية في منطقة جنيف. وينبغي أن تستمر الخطط المدارة ذاتياً في تحديد المجالات التي يمكن فيها للمفاوضات الجماعية المعقودة مع مقدمي الرعاية الصحية أن تؤدي إلى تحقيق وفورات مادية و/أو إلى تحسينات من الناحية التشغيلية. وينبغي للمؤسسات المعنية أيضاً أن تضع إجراءات نموذجية مشتركة تتيح لها التفاوض بشكل جماعي مع مقدمي الرعاية الصحية وشبكات مقدمي الخدمات من أجل الحصول على أفضل الفرص والأسعار في مجال الرعاية الصحية الجيدة، والتقليل من تقلبات الأسعار.

٣٦ - كما ينبغي لتلك المؤسسات أن تنظر في إمكانية إنشاء قاعدة بيانات مشتركة وأن تقدم معلومات إضافية تتعلق بممارسات مقدمي الرعاية الصحية وأحكام وشروط الاتفاقات، ومعلومات عن الغش، وتقييمات الجودة.

التوصية ٣ - عمليات استعراض اكتتابات التأمين والمفاوضات مع شركات التأمين

٣٧ - سعياً إلى توفير أسس متينة للطعن في أحكام وشروط شركات التأمين، ينبغي للمؤسسات التي لديها خطط تأمين خارجية أن تُجري استعراضات دورية لاكتتابات التأمين، وأن تعمم نتائجها على نطاق منظومة الأمم المتحدة لأغراض المقارنة.

باء - الركيزة باء - استعراض إطار التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في منظومة الأمم المتحدة

النظم الوطنية للتأمين الصحي

٣٨ - أجرى الفريق العامل، عند نظره في الخيارات المتاحة لاحتواء تكاليف التأمين، بحثاً ربيعاً بشأن الخطط الصحية الوطنية في كلٍّ من إيطاليا، وسويسرا، وفرنسا، والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، والولايات المتحدة، وهي البلدان الخمسة التي يقيم فيها أكبر عدد من المشتركين في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. وكان الهدف من هذا البحث النظر فيما إذا كان يسع تكرار التجربة الإيجابية للأمم المتحدة في الولايات المتحدة في أماكن أخرى من العالم. وتتمثل هذه التجربة في الاستفادة من نظام التأمين الاجتماعي الوطني "Medicare" في الولايات المتحدة، من خلال إلزام الأشخاص المؤهلين الذين يشملهم التأمين الصحي بالاشتراك في الجزء باء من نظام "Medicare"، بالإضافة إلى اشتراكهم في خطة التأمين الصحي للأمم المتحدة. وفي هذه الحالة، يُعتبر نظام التأمين الصحي الوطني على أنه الخطة الأساسية للرعاية المشمولة بتصميم برنامج التأمين، بينما تُعتبر خطة الأمم المتحدة تلقائياً على أنها خطة تكميلية. أما بالنسبة للرعاية التي لا يغطيها النظام الوطني، أي الرعاية المشمولة بتصميم برنامج تأمين الأمم المتحدة، فتظل الخطة الأساسية، في هذه الحالة، خطة الأمم المتحدة للرعاية الصحية. ونتيجةً لذلك، تظل التغطية الممنوحة للمشاركين دون تغيير، لكنها قد تكون تغطية مشتركة بين النظام الوطني وخطة الأمم المتحدة. وفي جميع الحالات، ينبغي اعتبار خطة منظومة الأمم المتحدة على أنها خطة المعايير الدنيا.

٣٩ - وعند الاقتضاء، يمكن أن تُدرج في خطط التأمين الصحي لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة شروط مماثلة لشروط الأمم المتحدة ليُجري تقديم تغطية أكثر فعالية من حيث التكلفة في مجال التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة دون المساس بالطابع الشامل للتأمين.

٤٠ - وفي الولايات المتحدة، يجري توفير التأمين الصحي الأساسي من خلال نظام التأمين الاجتماعي الوطني "Medicare"، بينما تُعنى خطط الأمم المتحدة بسدّ الثغرات في تغطية نظام "Medicare". وبهذه الطريقة، تكون الأمم المتحدة قادرة، بالإضافة إلى رد التكاليف

إلى المشتركين في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة عن قسط تأمينهم في الجزء بء من نظام "Medicare"، على الحد من التكاليف بشكل فعال مع الحفاظ على استحقاقات وتغطية التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. وقد أبلغت الأمم المتحدة بأن الاستفادة من نظام "Medicare" أدت إلى الحد من التزاماتها المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بنحو ٢٥٨ مليون دولار (التقديرات الواردة بتاريخ ٣١ كانون الأول/ديسمبر ٢٠١١). وتجدر الإشارة إلى أن خطة التأمين الصحي لكل من الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومنظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية (اليونيدو)، في فيينا، هما من الخطط المماثلة لهذا التصميم، بمعنى أن أحد خيارات الرعاية الصحية المتاحة فيهما يشمل تكملة تغطية النظام الصحي النمساوي الأساسي بالتأمين الخاص الذي تقدمه الأمم المتحدة. غير أن المؤسستين وموظفيهما، على السواء، ملزمون بالإسهام في النظام الصحي النمساوي للحصول على هذه التغطية.

٤١ - وعيّن الفريق العامل اختصاصيين في مجال التأمين من خمس مؤسسات معنية بالتنسيق من أجل تحليل معايير الاشتراك، ومستويات الاستحقاقات، ومستويات الخدمة وتوفير الراحة، وأقساط التأمين، والضرائب والجزاءات الواردة في النظم الوطنية للتأمين الصحي في البلدان الخمسة التي يقيم فيها أكبر عدد من المسؤولين السابقين، وكذلك بهدف إجراء مقارنات مع الأحكام والشروط المنصوص عليها في خطط الوكالات التي يعملون لديها. وقد نظرت المؤسسات المعنية بالتنسيق في التغطية المتعلقة بالفحص الطبي لدى أطباء الصحة العامة والأطباء الاختصاصيين، وفي الإجراءات السارية على المرضى الداخليين في المستشفيات، وفي الإجراءات المطبقة على طب الأسنان، والفحوصات المخبرية. وأتاحت نتائج هذا التحليل إرساء الأسس لمواصلة النظر في الآثار والمزايا الناجمة عن الاستفادة من نظم الرعاية الصحية الوطنية باعتبارها تديرا من تدابير احتواء تكاليف التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

٤٢ - ومن حيث الأهلية، يحق لمواطني الولايات المتحدة والمقيمين فيها والموظفين الذين يحملون تأشيرات من نوع G4 ويقيمون بصفة مستمرة في الولايات المتحدة منذ خمس سنوات الاشتراك في الجزء بء من نظام التأمين الاجتماعي الوطني "Medicare". وفي إيطاليا، يجوز للموظفين، من غير المواطنين الإيطاليين، الذين يحملون تصاريح إقامة قانونية أن يشتركوا في نظام التأمين الاجتماعي الوطني بعد دفع رسم رمزي. وفي المملكة المتحدة وسويسرا، يُشترط على المشتركين أن يكونوا مقيمين شرعيين، بينما تشترط فرنسا على المشتركين أن يكونوا حاصلين على معاش تقاعدي فرنسي أو معاش تقاعدي من بلد آخر من بلدان الاتحاد الأوروبي للاشتراك في نظام الضمان الاجتماعي الفرنسي.

٤٣ - ويوفر كل من الدائرة الصحية الوطنية في المملكة المتحدة ونظام الضمان الصحي في فرنسا تغطية تأمين صحي معقولة. غير أن المشتركين، في هذين البلدين، قد يواجهون فترات انتظار أطول قبل الحصول على الرعاية في إطار خطة الرعاية الصحية الوطنية وقد تفرض عليهم ضرائب كبيرة ويلزمون بدفع مساهمات اجتماعية. وبالإضافة إلى ذلك، وللإستفادة من نظام الرعاية الصحية في سويسرا، حيث ينظم القانون الاتحادي التأمين الذي يغطي الرعاية الصحية ويشترط على المقيمين الاشتراك في خطة أساسية للتأمين الصحي، قد يضطر المستفيدون من التأمين، سواء كانوا أشخاصاً أم منظمات، إلى دفع أقساط تأمين وتكبد تكاليف باهظة.

٤٤ - ويرى الفريق العامل أنه ينبغي مواصلة استكشاف سبل إدراج شرط اشتراك الموظف، عندما يبلغ سن التقاعد أو عندما يحين أجل الاستحقاق، في خطط التأمين الصحي الوطنية (مثل النظام الصحي الوطني في إيطاليا ونظام التأمين الاجتماعي الوطني "Medicare" في الولايات المتحدة) إدراجاً انتقائياً في أحكام وشروط التأمين المنصوص عليها في خطط التأمين الصحي لمنظومة الأمم المتحدة متى ما أمكن إثبات أن مثل هذا القرار يصب في مصلحة المشتركين ومؤسسات المنظومة على السواء.

توسيع نطاق ولاية الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة

٤٥ - ذكر مجلس الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة، في تقريره الأخير إلى الجمعية العامة (A/69/9) أنه أحاط علماً بطلب الجمعية العامة بحث خيار توسيع نطاق ولاية الصندوق لتشمل إدارة استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، وأعرب عن موافقته على التوصيات الواردة في مذكرة الخبير الاكتواري الاستشاري. وأيد المجلس أيضاً توصيات لجنة رصد الأصول والخصوم بشأن هذه المسألة ولاحظ أن الأهداف الاستثمارية للصندوق تختلف عن الأهداف المتعلقة باستحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وأنه قد لا يكون من الملائم، لهذا السبب، أن يدير الصندوق الموارد المتصلة بتلك الاستحقاقات.

٤٦ - ووافق المجلس على أنه ليس من المستصوب توسيع نطاق ولاية صندوق المعاشات التقاعدية لتشمل إدارة استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، حيث أشار إلى أن هذا الخيار يمكن أن يعرض سلامة تشغيل الصندوق للخطر، كما يمكن أن يؤثر سلباً على استدامة الصندوق في المدى البعيد، وذلك وفقاً لنطاق التدبير المتخذ.

٤٧ - وأشارت اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية، لدى نظرها في تقرير الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية، إلى أن تمويل استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وإدارتها هما من المسائل التي تهم المنظومة بأسرها والتي يفضل حلها من خلال اتباع نهج يغطي المنظومة بأكملها يمكن أن يضطلع فيه صندوق المعاشات التقاعدية بدور رئيسي. وبعد إيلاء الاعتبار الواجب لموقف اللجنة الاستشارية، يتفق الفريق العامل مع ما جاء في البيان الذي أدرجه مجلس صندوق المعاشات التقاعدية في تقريره إلى الجمعية العامة في عام ٢٠١٤. فلا يوجد أي دليل على أن توسيع نطاق ولاية صندوق المعاشات التقاعدية يمكن أن يفضي إلى تحقيق وفورات أو مكاسب في كفاءة الإدارة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن توسيع نطاق ولاية الصندوق سيقضي تعيين مزيد من الموظفين في أمانة الصندوق وفي شعبة إدارة الاستثمارات، وكذلك إنشاء آليات محاسبة وإبلاغ وإدارة قائمة بذاتها.

٤٨ - وعلى وجه الخصوص، تبين للفريق العامل أنه لا يمكن تحقيق توافق بين البيانات والبرامجيات/النظم الإدارية. فقد استُحدثت النظم التي يستخدمها صندوق المعاشات التقاعدية لدعم المهام المحددة التي يؤديها وستكون تكاليف تعديل تلك النظم بما يجعلها تلائم أغراض إدارة التأمين الصحي باهظة للغاية. ولاحظ الفريق العامل أن عددا من عمليات إدارة عمل الصندوق يُنفذ بشكل لامركزي، أي تنفذه المنظمات الأعضاء. أما العمليات التي يؤديها صندوق المعاشات بنفسه، فهي متخصصة للغاية وتتعلق بالمعاشات التقاعدية. ونتيجة لذلك، لا يوجد أي سيناريو محتمل يمكن فيه للصندوق (بما في ذلك شعبة إدارة الاستثمارات) أن يستخدم قدراته الحالية بكفاءة لإدارة العمل المتصل بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

٤٩ - ولاحظ الفريق العامل أيضا أن الأمر سيتطلب تعهد قاعدتي بيانات منفصلتين لأن البيانات التي تلزم الصندوق تختلف عن البيانات المطلوبة لأغراض إدارة التأمين الصحي. وبالإضافة إلى ذلك، فإن قواعد الأهلية للاشتراك في الصندوق تختلف عن قواعد الأهلية للحصول على التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، ومع أن هناك تداخلا كبيرا بين الفئة المستفيدة من خدمات الصندوق والفئة المشمولة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، فإنه ليس تداخلا كاملا. وبالتالي، لن ينطبق دمج المهام وتوحيدها إلا على مجموعة فرعية من المتقاعدين والمستفيدين من الصندوق.

توصيات الفريق العامل فيما يتعلق بالركيزة باء

٥٠ - يقدم الفريق العامل، في أعقاب استعراضه لإطار التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في منظومة الأمم المتحدة، التوصيات التالية.

التوصية ٤ - خطط التأمين الصحي الوطنية

٥١ - يقترح الفريق العامل الاستمرار في دعم المنظمات التي ستواصل بحث قيمة خطط التأمين الصحي الوطنية في سياق خطط التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة وفي إطار تكون بموجبه هذه الخطط خططاً تكميلية للارتقاء بالأحكام والشروط الحالية المتاحة للموظفين العاملين والمتقاعدين. ويقترح الفريق العامل أن تبادر مؤسسات المنظومة إلى الاتصال بالدول الأعضاء بشأن توسيع نطاق أهلية الموظفين للحصول على التغطية الأولية في إطار هذه الخطط. ويخص توسيع نطاق الأهلية أساساً الموظفين المتقاعدين ومُعاليهم المستحقين، ولكنه قد يمتد أيضاً ليشمل الموظفين العاملين، في حالات معينة.

٥٢ - وينبغي أن تقيّم تلك المؤسسات مدى ملائمة إدراج شرط اشتراك الموظف في خطة تأمين وطنية في خطط التأمين الصحي الخاصة بها، ومدى قابلية تنفيذه والآثار المالية المترتبة عليه، بحيث تُحمّل اشتراكات الموظف في خطة التأمين الوطنية على خطة المؤسسة.

التوصية ٥ - توسيع نطاق ولاية الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة

٥٣ - رغم أنه لا ينبغي توسيع نطاق الأدوار التي يؤديها صندوق المعاشات التقاعدية، بما في ذلك شعبة إدارة الاستثمارات، فإنه قد يُطلب إلى الصندوق، عملاً بتوصية اللجنة الاستشارية، أن يُطلع مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي تختار توفير تغطية مشتركة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على نهج القوائم على اتباع أفضل الممارسات والأساليب التي يتبعها في إدارة خطة معقدة تتسم بتعدد أرباب العمل وفي تسيير عملها مركزياً.

جيم - الركيزة جيم - تحديد الالتزامات والإفصاح عنها

تقييم التزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

٥٤ - وجد الفريق العامل صعوبة في تحديد مدى اتساق التزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التي اعترفت بها مؤسسات منظومة الأمم المتحدة الممثلة في الدراسة الاستقصائية. وقد اقترح الفريق العامل على شبكة المالية والميزانية التابعة للجنة الإدارية الرفيعة المستوى أن تقوم فرقة العمل المعنية بمعايير المحاسبة بوضع نهج تقييم اكتواري مشترك فيما يتصل بالتزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على نطاق منظومة الأمم المتحدة ككل. ويتمثل الهدف الذي ينشده الفريق العامل في الاتفاق على منهجية تقييم عامة متسقة ووضع عوامل تطبيق أساسية ونهج لاختيار تلك العوامل و/أو لتطبيقها. وتشمل العوامل التي من المقرر أن تنظر فيها فرقة العمل ما يلي:

- أسلوب التقييم والمحاسبة
- سعر الخصم بحسب كل عملة
- تكلفة سداد المطالبات الطبية للفرد، معدل اتجاهات تكاليف الرعاية الطبية
- معدلات دوران الموظفين، معدلات التقاعد المبكر
- معدلات زيادة المرتبات والمعاشات التقاعدية، معدل التضخم العام
- معدل العمر المتوقع للفرد ومعدل الإعاقة (بما في ذلك مواعيد تطبيق جداول معدلات الوفاة والإعاقة التي ستُنفق عليها).

الالتزامات المستحقة المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

٥٥ - لقد استُحدثت خدمات التأمين الصحي التي توفرها الوكالات لموظفي منظومة الأمم المتحدة قبل إنشاء المنظومة نفسها (أنشئ صندوق التأمين الصحي لموظفي مكتب العمل الدولي عام ١٩٢٢). ومنذ ذلك الحين، ما فتئ عدد خطط التأمين الصحي والأشخاص المؤمن عليهم في إطار تلك الخطط يزداد زيادة كبيرة بينما لم تحظ التزامات التأمين الصحي، في المقابل، بأي تمويل يذكر في معظم الحالات.

٥٦ - وبدأ الاعتراف بالالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في البيانات المالية لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة في عام ٢٠٠٨ وتسارعت وتيرته مع تنفيذ المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام. وارتفع إجمالي تلك الالتزامات في منظومة الأمم المتحدة من ١٢,١ بليون دولار في عام ٢٠١٢ إلى ١٦,١ بليون دولار في عام ٢٠١٤. ويمثل هذا

القيمة الحاضرة بنهاية عام ٢٠١٤، في منظومة الأمم المتحدة بأسرها، للحصة المتراكمة من الاستحقاقات المستقبلية المتوقعة التي سيحين أجل دفعها للموظفين العاملين والمتقاعدين.

٥٧ - وتطرأ زيادة سنوية على التزامات مؤسسات المنظومة المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة مع تراكم الالتزامات المتعلقة باستحقاقات الموظفين العاملين ("تكلفة الخدمة") ومع تحقق الآثار المالية المترتبة على تلك الالتزامات بمرور الزمن ("تكلفة الفائدة"). ولذلك، ينبغي اعتبار تكلفة الخدمة والفائدة في سنة معينة بمثابة تكلفة الحقوق المكتسبة التي يحصل عليها الموظفون مقابل ما قدموه من خدمات خلال تلك السنة. أما الالتزامات، فتتخفف، مبدئياً، بعد دفع التكاليف الطبية للموظفين المتقاعدين. وتعرض الالتزامات قبل أي خصم للأصول المتراكمة التي تستخدم للمساعدة في تغطية تلك الالتزامات.

٥٨ - أما الزيادة الكبيرة التي طرأت خلال السنوات الثلاث الماضية على تقييم الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، والتي بلغت نسبتها ٤٠ في المائة في بعض الحالات، فتعزى في المقام الأول إلى تراجع أسعار الخصم المستخدمة في هذه التقييمات بواقع نقطتين مئويتين تقريباً. وتختلف افتراضات التقييم اختلافاً كبيراً من مؤسسة إلى أخرى. فعلى سبيل المثال، تُستمد من التركيبة الديمغرافية لفئة الأشخاص المؤمن عليهم في كل مؤسسة افتراضات بشأن المكان المتوقع تكبد التكاليف الطبية فيه والزيادة المتوقعة لتلك التكاليف. ويؤثر هذا بدوره على التدفقات النقدية وعلى سعر الخصم، حسب العملة المستخدمة، الذي سيطبق في تقييم الالتزامات.

توصيات الفريق العامل فيما يتعلق بالركيزة جيم

٥٩ - فيما يتعلق بتحديد الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة والإفصاح عنها، يقدم الفريق العامل التوصية التالية.

التوصية ٦ - توحيد المنهجية العامة للتقييم وتحديد وتطبيق العوامل الرئيسية لتقييم الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

٦٠ - ينبغي أن يقوم الفريق العامل، في سياق إنجاز عمله في إطار الركيزة جيم، بتنسيق جهوده مع فرقة العمل المعنية بمعايير المحاسبة من أجل مواءمة المبادئ العامة لالتزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بغية تحديد العوامل والافتراضات الاكتوارية في موعد لا يتجاوز نهاية عام ٢٠١٧، لتنفيذها في التقييمات الاكتوارية لعام ٢٠١٨.

دال - الركيزة دال - بدائل تمويل الالتزامات

رأي اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية فيما يتعلق بتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

٦١ - أعربت اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية في تقريرها عن إدارة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (A/68/550) عن رأي مفاده أن من شأن إبداء الجمعية العامة التزاما بتسوية الالتزامات المقبلة المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لدى استحقاقها، بالإضافة إلى إقرارها رسمياً بالالتزامات المستحقة المتعلقة باستحقاقات نهاية الخدمة (انظر القرار ٢٥٥/٦٠، الفرع الثالث)، أن يُغنيا عن الحاجة، في الوقت الحاضر، إلى إنشاء احتياطي نقدي لهذا الغرض. لذا أوصت اللجنة بمواصلة انتهاز مقاربة دفع الاستحقاقات أولاً بأول بالنسبة للأمانة العامة للأمم المتحدة.

الحالة الراهنة لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

٦٢ - على النحو المبين في الجدول أدناه، ففي نهاية عام ٢٠١٤، لم تغط الأصول التي تراكمت لدى مؤسسات منظومة الأمم المتحدة (أعلى قليلاً من ٢,٦ بليون دولار) إلا نسبة ١٦ في المائة من الالتزامات المقبلة المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. وأسفر ذلك عن فجوة في التمويل تبلغ نحو ١٣,٥ بليون دولار. وفي نهاية عام ٢٠١٤، كانت نسبة التمويل المقدم من ثلاثة أرباع المنظمات تقريباً أقل من ١٠ في المائة من التزاماتها المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

الجدول ٤

تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

الوكالة	المقر	مجموع الالتزامات الأموال المخصصة للالتزامات المحاسبية		الأموال المخصصة للالتزامات (النسبة المئوية)
		(بدولارات الولايات المتحدة)		
الصندوق الدولي للتنمية الزراعية	روما	١ ٢٣٩ ٧٠٠ ٠٠٠	٣ ٥١ ٧٥٩ ٨٩٦	٢٨
برنامج الأغذية العالمي	روما	٢٠٢ ٧٩٨ ٠٠٠	—	صفر
منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة	روما	١١٢ ٠٠٠ ٠٠٠	١ ٠٠٠ ٠٠٠	١
المنظمة العالمية للملكية الفكرية	جنيف	٩٥ ٩٠٠ ٠٠٠	٩٥ ٩٠٠ ٠٠٠	١٠٠

مجموع الالتزامات الأموال المخصصة للالتزامات المحاسبية			الأموال المخصصة للالتزامات		المقر	الوكالة
(بدولارات الولايات المتحدة)	(النسبة المئوية)					
١٠٨٨ ٢٠٠ ٠٠٠	٢ ٤٠٠ ٠٠٠	أقل من ١	منظمة الصحة العالمية (بما فيها الوكالة الدولية لبحوث السرطان، والمركز الدولي للحوسبة، ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والمرفق الدولي لشراء الأدوية)	جنيف		
٤٧ ٥٦٧ ٦٤٦	لم تقدم	لم تقدم	مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين	جنيف		
٧٩ ٨٤٥ ٠٠٠	—	صفر	الاتحاد الدولي للاتصالات	جنيف		
٥١٩ ٤١٣ ٣٧٤	٨ ١٠٥ ٣٧٠	٢	منظمة العمل الدولية	جنيف		
١ ١٤١ ٥١٠ ٠٠٠	٥٠٠ ٠٠٠ ٠٠٠	٤٤	المنظمة العالمية للأرصاد الجوية	جنيف		
١ ٢٤٨ ٤٧٠ ٠٠٠	—	صفر	مركز التجارة الدولية	جنيف		
٢٨٢ ٠٢٢ ٠٠٠	١ ٦٢ ٠٤٨ ٠٠٠	٥٧	المنظمة البحرية الدولية	لندن		
٥٤٥ ٤٧٧ ٠٠٠	٣ ١٧٠ ٠٠٠	٦	صندوق الأمم المتحدة للسكان	نيويورك		
١ ٠٨١ ٠٨١ ٠٠٠	٣٩٠ ٠٩٢ ٠٠٠	٣٦	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	نيويورك		
٢٠٢ ٧٩٧ ٢٠٠	—	صفر	منظمة الأمم المتحدة للطفولة	نيويورك		
٥ ٥٥٢ ٥٣٨ ٠٠٠	—	صفر	الأمانة العامة للأمم المتحدة	نيويورك		
٥٢ ٣٠٨ ٠٠٠	٥٢ ٣٠٨ ٠٠٠	١٠٠	الوكالة الدولية للطاقة الذرية	فيينا		
١٨ ٤٦٥ ٠٩٣	١ ٥٩٩ ٩٤٣	٩	منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية	فيينا		
٤٧٧ ٨١٣ ٠٧٥	٣٨٩ ٩٠٠ ٠٠٠	٨٢	منظمة الطيران المدني الدولي	مونتريال		
١ ٩١٨ ٠٦٠ ١٧٧	٦٧٦ ٨٨٢ ٠٣٩	٣٥	منظمة السياحة العالمية	مدريد		
١٥٦ ٥٠٠ ٠٠٠	٨٦ ٤٠٠ ٠٠٠	٥٥	مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع	كوبنهاغن		
٥٣ ٧٤٠ ٦٠٠	—	صفر	منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة	باريس		
١ ٦١١ ٦٢٠ ٦١٦٥	٢ ٦٠٠ ٠٨٧ ٢٤٨	١٦	المجموع			

(أ) تجدر الإشارة إلى أن إجمالي الالتزامات الواردة في هذا العمود يختلف عن الالتزامات المبلغة في البيانات المالية لتلك المنظمات نظراً لاعتمادها طريقة النطاق في الاعتراف.

٦٣ - وقلة من المنظمات هي التي تقوم فعلياً بتمويل تكاليف الخدمة السنوية وتكاليف الفائدة التي تسهم بصورة كبيرة في زيادة التزاماتها المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. ونظراً لأن هذه التكاليف تمثل تكاليف الحقوق المكتسبة التي يتلقاها الموظفون مقابل خدماتهم خلال سنة معينة، فإنه ينبغي أن تمول تلك التكاليف أيضاً من خلال ميزانية الفترة المعنية. وفي حين يسفر نهج التمويل الحالي عن خفض الأثر المترتبة على الميزانية في الأجل القريب، فإن الأثر المترتب في الأجل الطويل يتمثل في زيادة في حجم التمويل سيتعين في نهاية المطاف

تحويل وجهتها، من تنفيذ الولايات إلى تغطية التزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. ولذلك فإن عدم تمويل التكاليف التي يتم تحملها في فترة معينة يؤدي إلى تمرير تلك التكاليف إلى جهات مانحة ودول أعضاء في المستقبل، بدلا من أن تغطيها الجهات المانحة والدول الأعضاء في فترة تحملها. وتمويل التكاليف لدى تحملها هو مبدأ من مبادئ العدالة بين الجهات المانحة والدول الأعضاء.

٦٤ - ويعتقد الفريق العامل أن نهج الدفع أولاً بأول، الذي يتبعه حالياً عدد من مؤسسات منظومة الأمم المتحدة بصورة خالصة لتمويل تكاليف التأمين الصحي، هو نهج غير مستدام. ويتسق ذلك الرأي مع الشاغل الذي أعرب عنه مجلس مراجعي الحسابات بشأن عدم وجود أرصدة معينة لتغطية التزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. وتؤكد تقارير سابقة مقدمة من الأمين العام (A/64/366 و A/68/353) على ضرورة اعتماد خطة للتمويل فيما يتعلق بالالتزامات المستحقة.

٦٥ - واستناداً إلى دراسة استقصائية أجراها الفريق العامل المعني بخدمات الخزانة المشتركة التابع لشبكة المالية والميزانية باللجنة الإدارية الرفيعة المستوى، فإن هناك تنوعاً في البروتوكولات القائمة فيما يتعلق بإدارة استثمار الأموال المخصصة لتغطية الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. ففي حين يدار الاستثمار داخلياً في بعض الحالات، تلجأ بعض المنظمات إلى مصادر خارجية للاضطلاع بمهمة إدارة الاستثمار. وقلة من المنظمات هي التي تقوم بتجنب أصول، وفي بعض الحالات تخلط هذه الأموال مع أموال واحتياجات الأخرى. وقد وضعت بعض المنظمات استراتيجيات للاستثمار والعملية تتوافق مع حجم التزاماتها.

٦٦ - ويرى الفريق العامل أن إنشاء مرفق مشترك بين الوكالات لاستثمار الاحتياطات المتراكمة بغرض تغطية الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة من شأنه أن يشكل عبئاً ثقيلاً. فذلك سيتطلب في جملة أمور وضع ترتيبات منفصلة ومستقلة للحوكمة، وسياسات ومبادئ توجيهية واضحة للاستثمار تعكس القدر المناسب من الإقدام على المخاطر، وآليات منفصلة لإعداد التقارير والحسابات، وإجراء مراجعة مستقلة للحسابات، ووضع قواعد مرجعية. إلا أن الفريق العامل يقر بالمزايا التي يمكن أن تعود على المنظمات من تعاونها مع نظرائها في منظومة الأمم المتحدة للاستفادة من الترتيبات التي توضع مع مديري الأصول الخارجيين، وتعظيم العائد إلى أقصى حد وتقليل الرسوم الإدارية إلى أدنى حد.

توصيات الفريق العامل فيما يتعلق بالركيزة دال

٦٧ - فيما يتعلق بدائل تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، يقدم الفريق العامل التوصيات التالية.

التوصية ٧ - توفير التمويل الكافي لتغطية الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

٦٨ - يوصي الفريق العامل بأن تقوم المنظمات بتوفير التمويل الكافي لتغطية التزاماتها المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وبناء احتياطات كحد أدنى لتمويل التكاليف الإضافية التي تستحق خلال الفترة الحالية، والتي تتمثل في تكاليف الخدمة إضافةً إلى تكاليف الفائدة المصاحبة لها. وبالنسبة للمنظمات التي لا تزال تتبع نهج الدفع أولاً بأول فيما يتعلق بالتزاماتها المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، فسيؤدي ذلك الانتقال إلى نهج الدفع عند الاستحقاق، على نحو يعكس التكلفة الحقيقية للعمليات الحالية.

٦٩ - وإضافةً إلى ذلك، يمكن أن تنظر المنظمات في إدماج آلية للتمويل في تكاليف الموظفين القياسية المستخدمة للميزنة.

٧٠ - وينبغي للمنظمات التي تدير صناديق خارج الميزانية أن تكفل عدم إغلاق أي حساب عليه التزامات غير ممولة تتعلق بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة قبل تسوية تلك الالتزامات من خلال استخدام الأموال المتاحة لتغطية الالتزامات المعترف بها.

٧١ - ويمكن أيضاً أن تنظر الدول الأعضاء وغيرها من أصحاب المصلحة المساهمين في تزويد المنظمات، حسب الاقتضاء، بمبلغ يدفع مرة واحدة أو بطرق معينة للتمويل خلال مدة محددة لتغطية حالات القصور السابقة في تمويل التزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

التوصية ٨ - استثمار الاحتياطات

٧٢ - يوصي الفريق العامل بأن تقوم مؤسسات منظومة الأمم المتحدة، من خلال الفريق العامل المعني بخدمات الخزانة المشتركة، بتقصي فرص التعاون في الاستفادة من الترتيبات القائمة مع مديري الأصول الخارجيين لتعزيز العائد إلى أقصى حد ممكن وتقليل الرسوم الإدارية إلى أدنى حد ممكن.

٧٣ - ويقترح الأمين العام أن تقوم الجمعية العامة بما يلي:

(أ) ترحب بتقرير الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وتحيط علماً به، وتلاحظ على وجه الخصوص نتائج الدراسة الاستقصائية والتحليل الوارد في الفقرات ٤٥-٤٩ بشأن أي دور يمكن أن يضطلع به الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة؛

(ب) تقرر التوصيات ١-٨ الواردة في تقرير الفريق العامل؛

(ج) تطلب إلى الأمين العام أن يبقي على الفريق العامل لدراسة المزيد من الخيارات من أجل زيادة الكفاءة واحتواء التكاليف، وأن يقدم إلى الجمعية العامة في دورتها الحادية والسبعين مقترحات محددة بشأن تلك المسائل.