



Assemblée générale

Distr. générale
4 décembre 2015
Français
Original : anglais

Soixante-dixième session
Point 134 de l'ordre du jour
Projet de budget-programme
pour l'exercice biennal 2016-2017

Gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Le présent rapport contient une vue d'ensemble et une analyse des principaux éléments des régimes d'assurance maladie appliqués dans l'ensemble du système des Nations Unies en ce qui concerne la gestion et le passif actuariel de l'assurance maladie après la cessation de service. Dans sa résolution 68/244, l'Assemblée générale avait prié le Secrétaire général :

a) D'examiner la possibilité d'élargir le mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, compte tenu de l'avis du Comité mixte de la Caisse, en vue d'y inclure l'administration économique, rationnelle et durable des prestations liées à l'assurance maladie après la cessation de service, en prenant en considération les avantages et les inconvénients de cette option, y compris ses incidences financières et juridiques, sans préjudice du résultat de l'étude, et de lui faire rapport à sa soixante-dixième session, soulignant que cela ne devait pas empêcher le Secrétaire général d'examiner d'autres options;

b) De réaliser une étude des régimes d'assurance maladie actuellement proposés au personnel actif et aux retraités des organismes des Nations Unies, de chercher tous les moyens de gagner en efficacité et de maîtriser les coûts, et de lui faire rapport à sa soixante-dixième session.

Le présent rapport contient les données recueillies au moyen de l'étude prescrite, préparées par le Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service du Réseau finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion. L'étude donnait une vue d'ensemble de la situation actuelle des régimes d'assurance maladie après la cessation de service et des engagements de chaque organisme vis-à-vis du personnel actif et retraité, permettant ainsi de procéder à un examen approfondi des moyens de gagner en efficacité et de maîtriser les coûts.



Un groupe de travail des organismes du système des Nations Unies a analysé 23 régimes d'assurance maladie de l'ensemble du système, couvrant 401 166 personnes (personnel actif et retraité). Il a procédé à une analyse qualitative et quantitative de l'ensemble de ces régimes, notamment la façon dont ils sont conçus, les critères d'admission, la couverture proposée, la démographie, le coût et les hypothèses d'évaluation actuarielle. Les 23 régimes de cet ensemble spécifique se répartissent en trois catégories : régimes autonomes, régimes à assurance autonome administrés par un tiers et régimes administrés et assurés par un tiers. Se fondant sur cette analyse, le Groupe de travail a formulé un ensemble de recommandations complémentaires pouvant être appliquées à brève échéance et générer des économies et des avantages opérationnels dans l'ensemble du système.

Ces recommandations sont notamment de mener des négociations collectives avec les tiers administrateurs et les prestataires de soins de santé, d'examiner les modalités d'assurance et de négocier avec les assureurs, selon la manière dont les régimes sont administrés et assurés. Une autre recommandation valant pour les trois types de régime est de recourir autant que possible aux régimes nationaux d'assurance maladie comme premiers intervenants pour les retraités et les personnes à charge, les régimes du système des Nations Unies étant alors complémentaires, sans réduire les prestations. Le Groupe de travail recommande aussi de normaliser les méthodes générales d'évaluation générale et d'établir et appliquer une liste d'éléments d'évaluation des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

Le Groupe de travail a également étudié les moyens d'élargir le mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies à la gestion de l'assurance maladie après la cessation de service, mais a fini par conclure que ce n'était pas réalisable. L'Assemblée générale voudra peut-être se prononcer en 2016 sur l'ensemble de mesures présentées dans le présent rapport et envisager aussi de demander qu'il soit procédé aux phases ultérieures de l'étude afin d'évaluer de manière plus approfondie les caractéristiques et le financement des différents régimes et les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

I. Introduction

Demandes de l'Assemblée générale en ce qui concerne la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

1. Dans sa résolution 68/244 sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, l'Assemblée générale a souscrit aux observations et recommandations figurant dans le rapport A/68/550 du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires et prié le Secrétaire général :

a) D'examiner la possibilité d'élargir le mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, compte tenu de l'avis du Comité mixte de la Caisse, en vue d'y inclure l'administration économique, rationnelle et durable des prestations liées à l'assurance maladie après la cessation de service, en prenant en considération les avantages et les inconvénients de cette option, y compris ses incidences financières et juridiques, sans préjudice du résultat de l'étude, et de lui faire rapport à sa soixante-dixième session, soulignant que cela « ne devait pas empêcher le Secrétaire général d'examiner d'autres options »;

b) De réaliser une étude des régimes d'assurance maladie actuellement proposés au personnel actif et aux retraités des organismes des Nations Unies, de chercher tous les moyens de gagner en efficacité et de maîtriser les coûts, et de lui faire rapport à sa soixante-dixième session.

Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service

2. Conformément à la demande de l'Assemblée générale, le Réseau finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion du Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination a créé un groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service et l'a chargé :

a) De collecter et diffuser des informations sur les différences pratiques d'assurance maladie après la cessation de service au sein du système des Nations Unies, de mettre en évidence et d'analyser les facteurs qui influent sur les charges à payer, dont les prestations offertes par les différents régimes, le bien-fondé des hypothèses actuarielles (par exemple, du taux d'actualisation), ainsi que les hypothèses et facteurs liés aux investissements (répartition des actifs et rendements escomptés);

b) D'étudier des moyens de maîtriser les coûts de l'assurance maladie après la cessation de service;

c) De proposer des critères communs d'examen des hypothèses qui sous-tendent l'évaluation des charges à payer, inspirés de l'accord conclu par l'Organisation des Nations Unies avec le Comité des commissaires aux comptes; et

d) D'étudier les moyens d'harmoniser les critères d'évaluation actuarielle dans l'ensemble du système des Nations Unies.

3. Le Groupe de travail se compose de représentants de 16 organismes du système des Nations Unies qui sont membres du Réseau finances et budget, de la Fédération des associations d'anciens fonctionnaires internationaux (FAAFI), de la

Fédération des associations de fonctionnaires internationaux (FICSA), du Réseau ressources humaines du Comité de haut niveau sur la gestion, du Groupe de travail sur les services communs de trésorerie du Réseau finances et budget, de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies et du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination.

Structure du rapport

4. Le Groupe de travail a divisé son analyse en quatre volets :

- Volet A : analyse des coûts et dispositions administratives;
- Volet B : examen du dispositif d'assurance maladie après la cessation de service dans le système des Nations Unies;
- Volet C : calcul et communication des charges à payer; et
- Volet D : possibilités de financement des charges à payer.

5. La structure du rapport suit cette division en quatre volets. Les moyens de gagner en efficacité et de maîtriser les coûts, ainsi que la possibilité d'élargir le mandat de la Caisse des pensions afin d'y inclure la gestion de l'assurance maladie après la cessation de service, ont été examinés au volet B.

Généralités

6. Pour disposer d'une base solide pour ses travaux, le Groupe de travail a procédé à une analyse quantitative et qualitative des principaux régimes d'assurance maladie (des membres du personnel actif et retraité) de l'ensemble du système des Nations Unies, examinant la façon dont ils sont conçus, la couverture qu'ils offrent, leurs conditions d'admission, leur administration et son coût, leur démographie et les prestations versées, ainsi que l'évaluation et le financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

7. L'analyse quantitative était fondée sur les données d'une étude menée auprès de 25 organismes concernant 23 régimes d'assurance maladie¹. Il en résulte une vue d'ensemble de l'état actuel des charges à payer au titre de l'assurance maladie, notamment après la cessation de service, et de son financement dans l'ensemble du système des Nations Unies.

8. Presque tous les fonctionnaires recrutés sur le plan international et sur le plan local (en activité et retraités, ainsi que les personnes à leur charge) et couverts par l'un des régimes du système des Nations Unies – 400 000 personnes environ – sont assurés par l'un des 23 régimes d'assurance maladie figurant dans cette étude. La composition démographique des personnes assurées par les régimes examinés figure au tableau 1.

¹ Deux organismes (le Programme des Nations Unies pour le développement et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance) n'ayant pas pu indiquer la répartition géographique de 26 019 participants (6 %), le total ne représente que 94 % du nombre réel d'assurés. Les pourcentages des différentes régions pourraient donc être légèrement différents.

Tableau 1
**Composition démographique des personnes assurées par les 23 régimes
d'assurance maladie du système des Nations Unies**

| | |
|---|------|
| Catégorie | |
| Fonctionnaires en activité | 27 % |
| Personnes à charge de fonctionnaires en activité | 56 % |
| Fonctionnaires retraités | 10 % |
| Personnes à charge de fonctionnaires retraités | 7 % |
| Lieu d'affectation | |
| Résidant en Afrique | 38 % |
| Résidant en Asie-Pacifique ou en Asie occidentale | 18 % |
| Résidant en Europe (sauf Suisse) | 14 % |
| Résidant aux États-Unis | 9 % |
| Résidant en Suisse | 8 % |
| Résidant au Canada, au Mexique, en Amérique centrale, en Amérique du Sud ou aux Caraïbes | 7 % |

Volet A : analyse des coûts et dispositions administratives

Contexte social

9. Le Groupe de travail a mené ses travaux en tenant compte de la pertinence sociale de la couverture d'assurance maladie et en particulier du principe de l'accès universel à celle-ci. Il sait également que pour pouvoir recruter dans le monde entier le meilleur personnel et le conserver, les organismes des Nations Unies doivent impérativement disposer d'un système d'assurance maladie éthique, exhaustif et souple, et que des prestations et des services efficaces contribuent au bien-être de leur personnel, qui travaille souvent dans des conditions difficiles.

10. Compte tenu de la mobilité des fonctionnaires du système des Nations Unies, en activité ou à la retraite, et des membres de leur famille, l'assurance maladie qu'il fournit se substitue à celui des systèmes nationaux de sécurité sociale et des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire. Il convient de rappeler que l'assurance maladie après la cessation de service a été établie en 1967, compte tenu des difficultés que rencontraient les fonctionnaires retraités pour obtenir une assurance maladie après une carrière dans une organisation internationale. De nombreux anciens fonctionnaires ne peuvent bénéficier de la sécurité sociale nationale parce qu'ils ont travaillé au sein du système des Nations Unies. L'assurance maladie après la cessation de service est donc un élément essentiel des conditions d'emploi.

Diversité des régimes d'assurance maladie

11. La diversité des régimes d'assurance maladie du système des Nations Unies reflète la diversité démographique et géographique des populations qu'ils couvrent. Les différences de conditions d'assurance découlent essentiellement du lieu de résidence de l'assuré et de la catégorie de service. Dans certains régimes, les conditions d'assurance diffèrent selon que le personnel est recruté sur le plan

international ou sur le plan national, ou selon que le fonctionnaire est administrateur ou agent des services généraux; dans d'autres régimes, la couverture est la même pour tous les fonctionnaires et les personnes à leur charge. Dans l'ensemble des régimes, les mêmes modalités et la même couverture s'appliquent aux retraités et aux fonctionnaires en activité.

12. Le coût des prestations est fonction du lieu où les frais médicaux sont engagés, qui peut différer du lieu de service dans le cas du personnel en activité recruté sur le plan international ou du lieu de résidence dans le cas des retraités².

13. Les 23 régimes peuvent être classés en trois groupes : a) les régimes d'assurance maladie des fonctionnaires recrutés localement; b) les régimes d'assurance du personnel recruté sur le plan international; et c) les régimes basés aux États-Unis d'Amérique, dont le comportement diffère, ainsi que nous l'expliquons ci-après. Les principales caractéristiques de ces trois groupes ressortent du tableau 2.

Tableau 2
Principaux types de régimes d'assurance maladie

| <i>Personnes couvertes et coût des prestations</i> | <i>Personnes couvertes</i> | <i>Pourcentage du total</i> | <i>Coût annuel total des prestations (dollars É.-U.)</i> | <i>Pourcentage du total</i> | <i>Coût annuel d'administration par personne (dollars É.-U.)</i> | <i>Frais en pourcentage du coût total</i> |
|--|----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|---|
| Régimes d'assurance maladie des fonctionnaires recrutés localement | 194 818 | 49 | 63 661 068 | 9 | 327 | 12 |
| Régimes des administrateurs recrutés sur le plan international | 173 554 | 43 | 430 052 445 | 59 | 2 478 | 6 |
| Régimes basés aux États-Unis d'Amérique | 32 794 | 8 | 238 019 062 | 32 | 7 258 | 5 |
| Total | 401 166 | 100 | 731 732 575 | 100 | 1 824 | 6 |

14. Certains régimes sont propres à un marché précis de l'assurance maladie. Par exemple, plusieurs régimes proposés au personnel du Secrétariat de l'ONU (notamment un régime complémentaire de soins dentaires) tiennent compte des spécificités du système d'assurance maladie des États-Unis. Les régimes américains Aetna et Empire Blue Cross sont spécialement conçus pour le contrôle des coûts et l'efficacité des procédures aux États-Unis.

15. Les 15 régimes d'assurance maladie couvrant principalement le personnel recruté sur le plan international (à l'exception des régimes américains Aetna, Cigna Dental et Empire Blue Cross) représentent 43 % des assurés et les dépenses les plus importantes de l'ensemble du système des Nations Unies (59 %). Quelque 57 % du coût des prestations liées à ces régimes concernent la Suisse et le reste de l'Europe. Seuls 8 % des assurés sont couverts par Aetna et Empire Blue Cross.

16. Les régimes d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés localement, conçus pour assurer le personnel recruté localement hors Europe et États-Unis,

² Le coût des prestations se compose de la somme du coût des soins de santé et des frais d'administration dans le cas des régimes à assurance autonome, et de la somme des primes d'assurance et des frais d'administration dans le cas des régimes assurés par des tiers.

s'étendent sur une vaste zone géographique. Quelque 49 % des assurés sont couverts par ces régimes. Ils constituent une part importante du nombre total d'assurés mais une très petite partie de l'ensemble des demandes de remboursement et des primes payées dans l'ensemble du système (9 %). Ces tendances s'expliquent en partie par l'accès à certains soins de santé, la possibilité d'y recourir, leur coût inférieur dans la plupart des pays hors Europe et États-Unis, et leur plafonnement dans certains pays.

17. Plus de 70 000 personnes sont couvertes par les régimes d'assurance maladie à financement et administration autonomes à Genève (Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies, Assurance maladie du personnel de l'Organisation mondiale de la Santé et Fonds d'assurance maladie du personnel de l'Organisation internationale du Travail). La plus grande partie des remboursements versés annuellement par ces régimes (220 millions de dollars) concerne des frais engagés en Suisse et dans le reste de l'Europe.

Modèle d'administration des régimes

18. Comme le montre le tableau 3, les régimes d'assurance maladie peuvent être à assurance autonome ou assurés par un tiers et à administration autonome ou administrés par un tiers. Actuellement, 88 % des personnes assurées par des régimes du système des Nations Unies relèvent de régimes assurant eux-mêmes leurs risques, et les 12 % restants relèvent de régimes dont le risque est couvert par des assureurs du secteur privé. La plupart des régimes confient leur gestion et l'accès au réseau des prestataires de soins de santé à des tiers administrateurs. Tous les régimes à administration autonome se situent à Genève.

Tableau 3
Répartition des régimes d'assurance maladie par type d'administration

| <i>Assurance autonome</i> | | <i>Assurance par un tiers^a</i> | |
|-------------------------------------|---|---|-------------------------|
| <i>Régime (administrateur)</i> | <i>Nombre d'assurés</i> | <i>Régime (assureur/administrateur)</i> | <i>Nombre d'assurés</i> |
| <i>Administration autonome</i> | 1. Assurance maladie du personnel – OMS (OMS) | N/A | |
| | 2. Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies – ONU (ONUG) | | |
| | 3. Régime HCR Santé (HCR) | | |
| | 4. Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel – OIT (OIT) | | |
| | Total | | |
| <i>Administration par un tiers</i> | 1. Régime d'assurance maladie – ONU (Cigna) | 1. Plan général d'assurance médicale – FAO (Allianz/Allianz) | 16 918 |
| | 2. Régime mondial - ONU (Cigna) | 2. Régime d'assurance maladie – PAM (Allianz/Allianz) | 15 656 |
| | 3. Régime d'assurance maladie – PNUD (Cigna) | 3. Régime d'assurance maladie complète – ONUDI (Allianz/Allianz) | 5 566 |
| | 4. Régime d'assurance maladie – UNICEF (Cigna) | 4. Système autrichien d'assurance maladie + régime complémentaire d'assurance maladie – ONUDI (Allianz/Allianz) | |
| | 5. Cigna US Dental (Cigna) | 5. Régime complet d'assurance maladie – AIEA (Cigna/Cigna) | 3 829 |
| | 6. Empire Blue Cross (Empire Blue Cross) | 6. Assurance maladie collective – OMPI (Cigna/Cigna) | 3 677 |
| | 7. Aetna (Aetna) | 7. Système autrichien d'assurance maladie + régime complémentaire d'assurance maladie – AIEA (Cigna/Cigna) | 2 475 |
| | 8. Caisse d'assurance maladie – UNESCO (Cigna) | 8. Régime collectif d'assurance maladie – UIT (Cigna/Cigna) | 2 130 |
| | 9. Régime d'assurance maladie – OACI (Cigna) | 9. Régime OMI – OMI (Cigna/Cigna) | 922 |
| | | 10. Contrat groupe 910.K21 – OMT (Cigna/Cigna) | 295 |
| Total (hors Cigna US Dental) | | Total | 51 468 |

^a L'assurance extérieure couvre les risques répartis mais pas les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

19. Comme l'indique le tableau 2, le coût des prestations des vingt-trois régimes étudiés s'élevait à près de 732 millions de dollars des États-Unis en 2014. Il s'agit notamment de remboursements versés par les régimes assurant eux-mêmes leurs risques³ et de primes versées par les régimes assurant leur risque à l'extérieur. En outre, un montant de 48 millions de dollars des États-Unis a été dépensé en frais d'administration (dépenses de personnel dans les régimes à administration autonome et coût des tiers administrateurs dans le cas des régimes administrés par des tiers). En moyenne, les frais d'administration représentent 6 % du montant total des dépenses à l'échelle du système des Nations Unies. Ce pourcentage est à comparer avec une moyenne de 5 % à 8 % dans le secteur aux États-Unis, selon la taille et les caractéristiques du régime. Il est plus faible aux États-Unis que dans le reste du monde parce que le secteur, hautement consolidé, y traite des volumes importants, et que le coût des soins y est plus élevé.

20. La plupart des organismes du système des Nations Unies ne mènent généralement pas de négociations collectives avec les assureurs, les administrateurs tiers ou les prestataires de soins de santé, et n'ont donc pas tiré parti de leur poids pour obtenir les conditions d'assurance ou de service les plus favorables. Par exemple, quelque 66 % des personnes assurées par des régimes du système des Nations Unies le sont par Cigna mais les organismes du système ne mènent actuellement pas de négociation collective avec Cigna. En outre, il n'existe aucun mécanisme permettant aux organisations d'échanger et d'analyser efficacement des informations pour réaliser des économies ou des gains d'efficacité.

21. La décision de prendre en charge en interne l'assurance ou l'administration ou de les confier à des tiers dépend de divers facteurs, notamment historiques (plusieurs régimes datent d'avant l'existence des tiers administrateurs), mais aussi du nombre d'assurés, de leur répartition géographique, de la qualité du service par rapport au coût ou de l'accès à des soins de qualité à un juste prix. À titre d'exemple, la réglementation et l'institutionnalisation des réseaux de prestataires aux États-Unis empêchent les organisations qui s'y trouvent de mettre en place des capacités internes au rapport coût-efficacité satisfaisant pour les participants américains.

Accords conjoints et regroupement mondial

22. En examinant les possibilités de regroupement des régimes du système des Nations Unies en un seul dispositif d'assurance maladie à l'échelle mondiale, le Groupe de travail a noté ce qui suit :

a) Plusieurs organismes du système des Nations Unies présentant les mêmes profils de risque fournissent déjà une assurance maladie dans le cadre d'un régime consolidé. Par exemple, le personnel du Fonds international de développement agricole et du Programme alimentaire mondial est assuré par le régime d'assurance maladie de base de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, le personnel du Programme des Nations Unies pour le développement, du Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets, du Fonds des Nations Unies pour la population, de l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et du Fonds des

³ Dans ce contexte, ces termes se rapportent au risque lié aux demandes de remboursement de soins de santé pour la période en cours.

Nations Unies pour l'enfance est assuré par les régimes de l'ONU basés aux États-Unis, et la plupart des fonctionnaires en poste à Genève dans des entités telles que l'Office des Nations Unies à Genève, la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, la Commission économique pour l'Europe, le Centre du commerce international et l'Organisation météorologique mondiale participent au régime de l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies administré par l'Office des Nations Unies à Genève;

b) Le PNUD et l'UNICEF se sont associés au processus de sélection de tiers administrateurs pour les régimes d'assurance maladie, mené par l'ONU en 2014.

23. Le Groupe de travail a conclu que rien n'indiquait clairement à ce stade que des économies ou des gains d'efficacité découleraient d'un regroupement de l'ensemble des régimes du système des Nations Unies en un dispositif conjoint d'administration de l'assurance maladie. Les organismes concernés pouvaient envisager un regroupement accru au niveau local à condition de s'entendre sur la solvabilité des différents régimes, ainsi que sur le niveau de service, la participation à la gestion, etc. Un regroupement impliquant la mutualisation des risques dans l'ensemble des organismes concernés devrait tenir compte du fait que le coût des soins de santé dépend de facteurs démographiques qui varient considérablement d'une organisation à l'autre. Il en découle que plusieurs organismes auraient des coûts plus élevés en cas de mutualisation des risques et ne verraient pas l'intérêt d'un regroupement, à moins que des mécanismes complexes de compensation ne soient mis en place pour prendre en compte les différences de démographie et de niveaux de risque.

24. Le Groupe de travail a également souligné qu'il fallait étudier les moyens d'améliorer la transférabilité de l'assurance maladie entre organismes afin de mieux appuyer la mobilité du personnel au sein du système des Nations Unies.

Comparaison des conditions d'assurance

25. Pour ce qui est des conditions d'admission, la plupart des régimes d'assurance maladie demandent 10 années de service pour accorder au personnel le droit à l'assurance maladie après la cessation de service. Certains régimes offrent une couverture après cinq années de service.

26. Le Groupe de travail a étudié les particularités des conditions d'admission et de la couverture des différents régimes du système des Nations Unies pour pouvoir les comparer point par point. Il a pu établir que les conditions d'assurance de ces régimes sont généralement comparables et considère qu'il n'y a pas lieu d'y apporter des modifications substantielles. Cet avis tient également compte du fait que certains régimes ont depuis longtemps une gestion solide.

Modifications structurelles des conditions d'assurance

27. Le Groupe de travail reconnaît que le coût de l'assurance maladie supporté par les organismes du système des Nations Unies, ainsi que les charges correspondantes, peuvent être affectés par des modifications structurelles du régime et de son financement, ou des politiques de recrutement et de gestion des effectifs

de ces organismes. Toutefois, il estime également que les modifications de cette nature devront être étudiées dans le cadre élargi des politiques de ressources humaines.

28. Tout réexamen des conditions d'assurance devra également tenir compte des dispositions statutaires régissant la gestion de plusieurs régimes d'assurance maladie du système des Nations Unies. Dans plusieurs cas, toute modification structurelle des conditions d'assurance maladie doit être proposée par l'organe directeur du régime, qui comprend des représentants de l'organisme et des participants, et soumise à consultation avec les fonctionnaires et anciens fonctionnaires, qui contribuent au financement du régime, et à leur approbation.

Droit acquis

29. Au sein du système des Nations Unies, l'assurance maladie est octroyée aux fonctionnaires et aux anciens fonctionnaires selon les principes de l'assurance mutuelle et aussi de la solidarité entre générations, principale différence entre l'assurance maladie sociale et l'assurance maladie privée. Les fonctionnaires en activité contribuent au financement de leur assurance maladie en sachant que leurs contributions dépassent dans l'ensemble les prestations qu'ils reçoivent. Cet excédent sert à compenser le déficit général pour ce qui est des anciens fonctionnaires.

30. Le Groupe de travail appuie fermement l'avis selon lequel les droits dont jouissent les fonctionnaires à leur départ à la retraite sont inaliénablement acquis au cours de leurs années de service. Les cotisations des fonctionnaires sont calculées sur la base de conditions d'assurance qui ne connaîtront pas de modification substantielle pendant qu'ils sont en activité ni à leur retraite. Les caractéristiques des régimes peuvent être adaptées et les cotisations ajustées de temps à autre au coût de la couverture, selon les conditions d'assurance sur lesquelles se fonde l'évaluation.

31. Conformément au rapport précédent du Secrétaire général sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (A/68/353, par. 59 et 62), d'un point de vue juridique, toute modification importante des conditions d'assurance – y compris de celles qui s'appliquent à la suite du départ à la retraite – au détriment des assurés constituerait une violation de leurs droits acquis et exposerait les organismes à des contentieux. On peut en conclure que toute modification des conditions d'assurance n'est admissible qu'à titre prospectif, c'est-à-dire pour le personnel nouvellement recruté. Une analyse spécifique serait nécessaire pour déterminer précisément les conséquences juridiques de toute modification de cet ordre. Les droits acquis sont examinés plus en détail au volet C du présent document.

Recommandation de la Commission de la fonction publique internationale à l'Assemblée générale : répartition des primes d'assurance maladie

32. Lors de son examen des changements structurels pouvant être apportés aux dispositions des régimes d'assurance maladie, le Groupe de travail a pris note du fait qu'au paragraphe 91 de son rapport pour 2014 (A/69/30), la Commission de la fonction publique internationale avait décidé de recommander à l'Assemblée générale de maintenir telle quelle la formule de répartition des primes d'assurance

maladie entre les organisations et les participants, en activité ou retraités, aux régimes d'assurance maladie proposés aux États-Unis d'Amérique et ailleurs. L'Assemblée avait approuvé cette recommandation par sa résolution 69/251.

Recommandations du Groupe de travail relatives au volet A

33. Le Groupe de travail a examiné différentes formules qui pourraient améliorer l'efficacité et aider à maîtriser les coûts et fait les recommandations ci-après :

Recommandation 1 : négociations collectives avec les tiers administrateurs

34. Les organisations devraient organiser des négociations collectives avec les tiers administrateurs afin d'obtenir les meilleurs tarifs pour les services administratifs et l'accès au réseau de prestataires. Afin de faciliter les négociations, elles devraient examiner la possibilité de créer et de gérer une base de données commune dans laquelle elles verseraient les données démographiques et des renseignements concernant les différents régimes, une synthèse des données concernant les demandes de remboursement, des renseignements concernant les dispositions des accords conclus avec les tiers administrateurs, les données relatives aux dépenses de personnel et une synthèse des informations relatives à la fraude.

Recommandation 2 : négociations collectives avec les prestataires de soins de santé

35. Les négociations collectives menées avec les prestataires de soins de santé dans le cadre des régimes d'assurance autonomes dans la région de Genève (BIT, OMS et Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies) ont donné de bons résultats. Il convient de continuer à recenser les domaines dans lesquels ce type de négociations pourrait déboucher sur des économies ou des améliorations concernant le fonctionnement des régimes. Les organisations devraient mettre au point des procédures communes qui leur permettraient de mener des négociations collectives avec les prestataires de soins de santé et les réseaux de prestataires afin d'obtenir le meilleur accès à des soins de qualité et les meilleurs tarifs et de réduire la volatilité des coûts.

36. Les organisations devraient envisager de se doter d'une base de données commune et d'y réunir des renseignements sur les pratiques des prestataires de soins de santé, les dispositions des accords conclus, la fraude et les évaluations de la qualité des services fournis.

Recommandation 3 : examen des conditions proposées par les assureurs et négociations avec les compagnies d'assurance

37. Pour disposer d'une base solide sur laquelle asseoir les négociations concernant les dispositions des contrats qui les lient aux compagnies d'assurance, les organisations dotées de régimes d'assurance externes devraient procéder à des examens périodiques des conditions proposées par les assureurs et en partager les résultats avec les autres entités des Nations Unies à des fins de comparaison.

B. Volet B : examen des régimes d'assurance maladie après la cessation de service proposés par les entités des Nations Unies

Régimes d'assurance maladie nationaux

38. Lors de son examen des différentes formules qui permettraient de maîtriser les coûts liés à l'assurance maladie, le Groupe de travail s'est intéressé aux régimes de santé nationaux existant aux États-Unis d'Amérique, en France, en Italie, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et en Suisse, c'est-à-dire dans les cinq principaux pays où résident des participants au régime d'assurance maladie après la cessation de service. Il s'agissait de déterminer s'il était possible de reproduire ailleurs les bons résultats que l'ONU a obtenus aux États-Unis en demandant aux personnes bénéficiant du régime d'assurance maladie qu'elle propose après la cessation de service de s'inscrire également au programme Medicare Part B, sous réserve qu'elles y aient droit. Le régime de santé national deviendrait l'assurance de première ligne pour les soins qu'il couvre et le régime de l'entité des Nations Unies ferait office de régime complémentaire. Dans le cas des soins qui ne sont pas couverts par le régime national, mais qui le sont par le régime d'assurance de l'entité considérée, ce dernier resterait le régime principal. La couverture offerte aux participants au régime d'assurance maladie après la cessation de service est inchangée, mais peut être partagée entre le régime de santé national et le régime d'assurance de l'entité des Nations Unies. Dans tous les cas, ce dernier devrait être considéré comme la norme minimale.

39. Les entités des Nations Unies pourraient éventuellement incorporer des dispositions analogues dans leurs régimes d'assurance maladie et offrir une couverture après la cessation de service qui présente un meilleur rapport coût-efficacité sans que les prestations proposées en souffrent.

40. Aux États-Unis, Medicare est l'assurance maladie principale pour certains soins et le régime d'assurance de l'ONU se substitue à lui pour les autres. Ainsi, l'ONU peut véritablement réduire les coûts tout en conservant la couverture et les prestations offertes dans le cadre de l'assurance maladie après la cessation de service, même si elle rembourse aux participants la prime qu'ils versent pour bénéficier de Medicare Part B. L'ONU a indiqué qu'elle avait ainsi pu réduire de quelque 258 millions de dollars le montant de ses engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (montant estimatif au 31 décembre 2011). Les régimes d'assurance maladie de l'Agence internationale de l'énergie atomique et de l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel à Vienne obéissent à un principe analogue puisque l'une des formules combine la couverture prévue par le régime de santé autrichien, considéré comme le régime d'assurance principal, avec celle prévue par le régime d'assurance maladie privée proposé par les entités des Nations Unies, à ceci près que tant les fonctionnaires que les organisations sont tenus de cotiser au régime de santé autrichien.

41. Le Groupe de travail a chargé des spécialistes de l'assurance de cinq organisations d'analyser les critères d'affiliation, les prestations et les services proposés, le niveau de commodité, les primes, les taxes et les pénalités prévus par les régimes d'assurance maladie nationaux des cinq pays dans lesquels résident le plus grand nombre d'anciens fonctionnaires et de les comparer avec les dispositions des régimes proposés par les organisations qui les emploient. Les cinq organisations

ont examiné la couverture proposée pour ce qui était des examens pratiqués par des médecins généralistes et des spécialistes, des soins en établissement, des soins dentaires et des analyses médicales. Les résultats de cet examen ont permis de disposer d'éléments pour analyser plus avant la façon dont la participation aux régimes de santé nationaux aiderait à maîtriser le coût de l'assurance maladie après la cessation de service et les incidences et les avantages qui en découleraient.

42. En ce qui concerne les conditions à remplir, peuvent bénéficier de Medicare Part B les ressortissants américains, les résidents et les détenteurs de visas G4 qui ont résidé aux États-Unis pendant cinq ans de façon ininterrompue. En Italie, les fonctionnaires qui n'ont pas la nationalité italienne mais qui ont une carte de résident peuvent s'affilier au régime national moyennant une cotisation modique. Au Royaume-Uni et en Suisse, les participants doivent être des résidents en situation régulière, tandis qu'en France ils doivent bénéficier d'une pension de retraite servie par un régime français ou d'une pension versée par un pays membre de l'Union européenne pour pouvoir s'affilier au régime de sécurité sociale.

43. Le National Health System au Royaume-Uni et la Sécurité sociale en France offrent une assez bonne couverture, mais les assurés ont parfois à attendre plus longtemps avant de bénéficier de soins et doivent s'acquitter de contributions sociales obligatoires plus élevées. En Suisse, une loi fédérale encadre le régime d'assurance maladie et impose aux résidents de souscrire une assurance de base; le fait de s'adosser à ce régime pourrait entraîner une augmentation des primes et des coûts pour les assurés et pour les organisations.

44. Le Groupe de travail considère qu'il conviendrait d'examiner plus avant la possibilité d'incorporer de façon sélective dans les régimes d'assurance maladie proposés par les entités des Nations Unies l'obligation de s'affilier aux régimes d'assurance maladie nationaux (tels que le Sistema Sanitario Nazionale en Italie ou Medicare aux États-Unis) au moment du départ à la retraite ou lorsque les conditions d'affiliation sont remplies, lorsqu'il est démontré que cela serait dans l'intérêt des participants et des organisations.

Élargissement du mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies

45. Dans un rapport qu'il a présenté récemment à l'Assemblée générale (A/69/9), le Comité mixte de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies a indiqué avoir pris note de la demande de l'Assemblée générale concernant la possibilité d'élargir le mandat de la Caisse à la gestion des prestations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et a souscrit aux conclusions présentées dans la note de l'Actuaire-conseil. Il a également fait siennes les recommandations que le Comité de suivi de la gestion actif-passif a formulées à cet égard et a constaté que les objectifs de la Caisse en matière d'investissements ne correspondaient pas à ceux fixés pour les prestations relatives à l'assurance maladie après la cessation de service. Il se pourrait donc qu'il ne soit pas opportun que la Caisse gère les ressources destinées à ces prestations.

46. Le Comité mixte est convenu qu'il ne serait pas judicieux d'élargir le mandat de la Caisse pour y inclure l'administration des prestations liées à l'assurance maladie après la cessation de service, faisant observer que pareille mesure était susceptible de compromettre le bon fonctionnement de la Caisse ainsi que sa viabilité à long terme.

47. Lors de son examen du rapport du Comité mixte de la Caisse des pensions, le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires a noté que le financement et l'administration des prestations relatives à l'assurance maladie après la cessation de service étaient des questions qui préoccupaient l'ensemble du système et a estimé que la meilleure solution consisterait à adopter, à l'échelle du système, une solution dans laquelle la Caisse pourrait jouer un rôle clef. Ayant accordé toute l'attention voulue à la position du Comité consultatif, le Groupe de travail partage l'avis exprimé par le Comité mixte dans le rapport qu'il a présenté à l'Assemblée générale en 2014. Rien ne prouve que l'élargissement du mandat de la Caisse permette de faire des économies d'échelle et d'obtenir des gains d'efficacité. Si le mandat de la Caisse était élargi, il faudrait étoffer les effectifs du secrétariat de la Caisse et de la Division de la gestion des investissements et mettre en place des mécanismes de comptabilité, de communication de l'information et de gouvernance distincts.

48. Plus précisément, le Groupe de travail a constaté que les données à traiter n'étaient pas compatibles avec les systèmes informatiques dont la Caisse était dotée. Ces systèmes permettent à la Caisse de s'acquitter de fonctions touchant les pensions et il serait très onéreux de les adapter de sorte qu'elle puisse prendre en charge la gestion des régimes d'assurance maladie. Le Groupe de travail a également noté qu'un certain nombre de fonctions de la Caisse étaient décentralisées, c'est-à-dire confiées aux organisations affiliées. Les fonctions dont la Caisse s'acquitte de façon centralisée sont très spécialisées et axées sur les pensions. De ce fait, il n'est pas envisageable que la Caisse, y compris la Division de la gestion des investissements, puisse administrer l'assurance maladie après la cessation de service avec les moyens dont elle dispose actuellement.

49. Le Groupe de travail a également noté qu'il faudrait disposer de deux bases de données, l'une pour les pensions et l'autre pour l'assurance maladie après la cessation de service, car les données concernant les pensions diffèrent de celles nécessaires à l'administration du régime d'assurance maladie. En outre, les conditions à remplir aux fins du versement des pensions sont différentes de celles retenues aux fins de l'affiliation au régime d'assurance maladie après la cessation de service : la population à laquelle la Caisse offre ses services et celle concernée par l'assurance maladie après la cessation de service ne sont pas strictement identiques même si elles sont très proches. Les effets de synergie et la consolidation ne porteraient donc que sur un sous-ensemble des retraités et bénéficiaires de la Caisse.

Recommandations du Groupe de travail relatives au volet B

50. À l'issue de son examen des régimes d'assurance maladie après la cessation de service, le Groupe de travail fait les recommandations ci-après :

Recommandation 4 : régimes d'assurance maladie nationaux

51. **Le Groupe de travail propose de continuer à apporter son concours aux organisations qui examineront plus avant la possibilité d'adosser leurs régimes d'assurance aux régimes d'assurance maladie nationaux et de transformer les premiers en régimes complémentaires, l'idée étant de faire bénéficier les fonctionnaires en activité ou à la retraite des meilleures prestations possible. Il propose que les organisations nouent des contacts avec les États Membres afin**

de déterminer si les fonctionnaires des Nations Unies pourraient être admis au bénéfice du régime d'assurance maladie national et si l'on pourrait faire de celui-ci leur régime principal. Cela concerne principalement les retraités et les personnes à leur charge répondant aux conditions voulues, mais cela pourrait aussi être élargi, dans certaines situations, aux fonctionnaires en activité.

52. Les organisations devraient évaluer, compte tenu des incidences financières, s'il est fondé et faisable d'incorporer dans leurs régimes d'assurance maladie l'obligation de s'affilier à un régime d'assurance national et de faire supporter le coût des cotisations à leurs régimes.

Recommandation 5 : élargissement du mandat de la Caisse des pensions

53. Même s'il ne convient pas d'élargir les fonctions de la Caisse commune des pensions et de la Division de la gestion des investissements, la Caisse pourrait être invitée, ainsi que le Comité consultatif l'a recommandé, à faire connaître les méthodes et les pratiques de référence qu'elle utilise aux fins de la centralisation et de l'administration d'un régime multiemployeurs complexe auprès des organisations qui choisissent de proposer une assurance maladie commune après la cessation de service.

C. Volet C : calcul du montant des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

Évaluation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

54. Le Groupe de travail a eu du mal à vérifier la cohérence des montants concernant les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dont font état les organisations ayant participé à l'enquête. Il a proposé au Réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion que le Groupe de travail des normes comptables mette au point une méthode d'évaluation actuarielle des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service qui serait commune à tous les organismes des Nations Unies. L'objectif du Groupe de travail est d'arrêter une méthode d'évaluation générale harmonisée ainsi que les principaux facteurs actuariels et les méthodes à utiliser pour les appliquer. Les facteurs que le Groupe de travail des normes comptables pourrait examiner sont les suivants :

- Méthode d'évaluation et méthode comptable;
- Taux d'actualisation pour chaque monnaie;
- Coût des prestations par personne; taux tendanciel des dépenses de santé;
- Taux de renouvellement du personnel; taux de départ à la retraite;
- Taux d'augmentation des salaires et des pensions; taux d'inflation général;
- Espérance de vie et taux d'invalidité (y compris les dates d'application des tables de mortalité et des barèmes des invalidités convenus).

Charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

55. Le premier régime d'assurance maladie destiné au personnel des Nations Unies, à savoir la Caisse d'assurance maladie pour la protection de la santé du personnel, a été institué en 1922 pour le personnel du Bureau international du Travail, soit bien avant la création du système des Nations Unies. Depuis, le nombre de régimes et le nombre d'assurés ont augmenté notablement, mais dans la plupart des cas, les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ne sont pas financées.

56. Les organisations ont commencé à comptabiliser les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans leurs états financiers en 2008 et ont affiné leurs estimations avec la mise en application des Normes comptables internationales pour le secteur public. Le montant des engagements pour l'ensemble des organisations est passé de 12,1 milliards de dollars en 2012 à 16,1 milliards de dollars en 2014. Cela représente la valeur actualisée à la fin 2014 des sommes qui seront dues aux fonctionnaires en activité ou à la retraite pour l'ensemble du système des Nations Unies.

57. Les engagements des organisations augmentent chaque année compte tenu de la progression de la valeur actualisée de l'obligation résultant des services rendus par les fonctionnaires en activité (coût des services rendus) et du coût financier correspondant aux engagements venant à échéance. Le coût des services rendus et le coût financier pour une année donnée devraient donc être considérés comme le coût des droits acquis par les fonctionnaires pour les services qu'ils ont rendus pendant l'année considérée. En principe, le paiement des frais médicaux des fonctionnaires à la retraite vient en déduction du montant des engagements. Le montant des engagements dont il est fait état s'entend avant déduction des sommes qui pourraient avoir été mises de côté pour les régler.

58. L'augmentation considérable des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service constatée ces trois dernières années – 40 % dans certains cas – s'explique principalement par une réduction équivalant à environ deux points de pourcentage des taux d'actualisation utilisés dans le cadre des évaluations. Les hypothèses actuarielles varient fortement d'une organisation à une autre. Ainsi, la composition démographique de chaque organisation influe sur les hypothèses en ce qui concerne la concentration des engagements dans le temps et la progression des dépenses de santé, ce qui a une incidence sur les flux de trésorerie, tandis que la concentration des retraités dans tel ou tel pays a une incidence sur le taux d'actualisation qui servira au calcul des engagements dans telle ou telle monnaie.

Recommandations du Groupe de travail relatives au volet C

59. En ce qui concerne le calcul des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, le Groupe de travail fait la recommandation ci-après :

Recommandation 6 : établissement d'une méthode d'évaluation générale normalisée et définition et application des principaux facteurs actuariels relatifs aux engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

60. Dans le cadre des travaux entrepris au titre du volet C, le Groupe de travail devrait coordonner ses efforts avec le Groupe de travail des normes comptables, lequel relève du Réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion, afin d'harmoniser les principes généraux à appliquer aux engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et d'arrêter les facteurs et les hypothèses actuarielles avant la fin 2017, en vue de leur application aux évaluations actuarielles de 2018.

D. Volet D : formules de financement des engagements

Avis du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires en ce qui concerne les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

61. Dans son rapport sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (A/68/550), le Comité consultatif a estimé qu'en plus de la reconnaissance formelle, par l'Assemblée générale, des charges à payer au titre des prestations liées à l'assurance maladie après la cessation de service (voir résolution 60/255, sect. III), il serait bon que l'Assemblée s'engage à régler les futures charges à mesure qu'elles deviennent exigibles, car il ne serait plus nécessaire de créer immédiatement une réserve de trésorerie à cette fin. Il a donc recommandé le maintien du financement sans capitalisation pour le Secrétariat de l'ONU.

Situation actuelle en ce qui concerne le financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

62. Comme le montre le tableau ci-après, à la fin de 2014, les éléments d'actif mis de côté par les organisations aux fins du financement de l'assurance maladie après la cessation de service (un peu plus de 2,6 milliards de dollars) ne couvraient que 16 % des engagements futurs, ce qui signifie que 13,5 milliards de dollars ne sont pas financés. À la fin de 2014, les trois quarts environ des organisations n'avaient financé que moins de 10 % de leurs engagements.

Tableau 4

Financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

| Entité | Siège | Valeur comptable totale des engagements ^a | Fonds réservés au financement des engagements | Fonds réservés au financement des engagements (Pourcentage) |
|---|------------|--|---|--|
| | | (Dollars É.-U.) | | |
| FIDA | Rome | 95 900 000 | 95,900,000 | 100 |
| PAM | Rome | 477 813 075 | 389,900,000 | 82 |
| FAO | Rome | 1 239 700 000 | 351,759,896 | 28 |
| OMPI | Genève | 156 500 000 | 86,400,000 | 55 |
| OMS (y compris le CIRC, le CIC, l'OPS, ONUSIDA et UNITAID) | Genève | 1 918 060 177 | 676,882,039 | 35 |
| HCR | Genève | 545 477 000 | 31,700,000 | 6 |
| UIT | Genève | 519 413 374 | 8,105,370 | 2 |
| BIT | Genève | 1 088 200 000 | 2,400,000 | <1 |
| OMM | Genève | 53 740 600 | — | 0 |
| CCI | Genève | 79 845 000 | — | 0 |
| OMI | Londres | 47 567 646 | Information non communiquée | Information non communiquée |
| FNUAP | New York | 282 022 000 | 162,048,000 | 57 |
| PNUD | New York | 1 141 510 000 | 500,000,000 | 44 |
| UNICEF | New York | 1 081 081 000 | 390,092,000 | 36 |
| Secrétariat de l'ONU | New York | 5 552 538 000 | — | 0 |
| AIEA | Vienne | 202 798 000 | — | 0 |
| ONUDI | Vienne | 202 797 200 | — | 0 |
| OACI | Montréal | 112 000 000 | 1,000,000 | 1 |
| OMT | Madrid | 18 465 093 | 1,599,943 | 9 |
| UNOPS | Copenhague | 52 308 000 | 52,308,000 | 100 |
| UNESCO | Paris | 1 248 470 000 | — | 0 |
| Total | | 16 116 206 165 | 2 600 087 248 | 16 |

Abréviations : AIEA = Agence internationale de l'énergie atomique; CIC = Centre international de calcul; CIRC = Centre international de recherche sur le cancer; FAO = Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture; FIDA = Fonds international de développement agricole; FNUAP = Fonds des Nations Unies pour la population; HCR = Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés; ITC = Centre du commerce international; OACI = Organisation de l'aviation civile internationale; OIT = Organisation internationale du Travail; OMI = Organisation maritime internationale; OMM = Organisation météorologique mondiale; OMPI = Organisation mondiale de la propriété intellectuelle; OMS = Organisation mondiale de la Santé; OMT = Organisation mondiale du tourisme; ONUDI = Organisation des Nations Unies pour le développement industriel; ONUSIDA = Programme des Nations Unies sur le VIH/sida; OPS = Organisation panaméricaine de la santé; PAM = Programme alimentaire mondial; PNUD = Programme des Nations Unies pour le développement; UIT = Union internationale des télécommunications; UNESCO = Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture; UNICEF = Fonds des Nations Unies pour l'enfance; UNITAID = Facilité internationale d'achats de médicaments (hébergée et administrée par l'OMS); UNOPS = Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets.

^a Il convient de noter que le montant brut des engagements indiqués dans cette colonne n'est pas identique au montant comptabilisé dans les états financiers des organisations qui ont choisi la méthode du corridor.

63. Rares sont les organisations qui financent activement le coût annuel des services rendus et le coût financier annuel, qui contribuent de façon notable au gonflement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Dans la mesure où les droits acquis par les fonctionnaires correspondent à des services rendus pendant une année donnée, les coûts correspondants devraient être financés au moyen du budget de cette même année. La méthode de financement actuelle a une moindre incidence sur le budget à court terme, mais à long terme elle conduit à une augmentation des montants qui seront détournés au profit du financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et de ce fait ne pourront plus servir à l'exécution des mandats. Le fait que les donateurs et les États membres ne financent pas les coûts pendant la période à laquelle ils se rattachent signifie que cette responsabilité retombera sur les futurs donateurs et États membres, ce qui est contraire au principe de l'équité.

64. Le Groupe de travail estime que la méthode du financement sans capitalisation actuellement privilégiée par un certain nombre d'entités des Nations Unies n'est pas viable. Cette opinion va dans le sens des préoccupations exprimées par le Comité des commissaires aux comptes concernant le fait qu'il n'a pas été prévu d'actifs pour couvrir les engagements. Dans des rapports antérieurs (A/64/366 et A/68/353), le Secrétaire général a mis l'accent sur le fait qu'il fallait établir un plan de financement des engagements.

65. Selon une étude menée par le Groupe de travail sur les services de trésorerie communs, qui relève du Réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion, les modalités adoptées pour la gestion des investissements effectués au moyen des fonds réservés à la couverture des engagements sont très diverses. Certaines organisations confient la gestion des investissements à un prestataire extérieur, tandis que d'autres s'en occupent en interne. Rares sont les organisations qui déclarent intouchables les montants mis de côté pour financer les engagements et il arrive même que ces montants soient combinés à d'autres fonds ou réserves. Certaines organisations se sont dotées de stratégies d'investissement, notamment pour ce qui est de la répartition entre différentes monnaies, qui cadrent avec leurs engagements.

66. Le Groupe de travail estime qu'il serait onéreux de mettre en place un mécanisme interinstitutions chargé de placer les réserves constituées aux fins du financement des engagements. Une solution de ce type exigerait notamment de créer un mécanisme de gouvernance séparé et indépendant, de mettre au point des politiques et des principes clairs en matière de placements qui correspondent à un niveau de risque acceptable, et de prévoir des mécanismes de comptabilité et de communication de l'information distincts, des dispositifs indépendants et des objectifs de référence. Toutefois, le Groupe de travail est conscient du fait que la coopération présente des avantages pour les organisations, notamment pour ce qui est de faire fond sur les arrangements avec les gestionnaires extérieurs, d'optimiser les rendements et de réduire les frais de gestion.

Recommandations du Groupe de travail relatives au volet D

67. En ce qui concerne les formules de financement des engagements, le Groupe de travail fait les recommandations ci-après :

Recommandation 7 : financement adéquat des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

68. Le Groupe de travail recommande que les organisations financent leurs engagements de façon adéquate et constituent des réserves qui leur permettent au moins de financer les engagements nés pendant les périodes actuelles, c'est-à-dire le coût des services rendus et les coûts financiers correspondants. Dans le cas des organisations qui privilégient encore un financement sans capitalisation, cela signifierait passer à un régime avec capitalisation, ce qui rendrait compte du véritable coût des engagements.

69. En outre, les organisations pourraient envisager d'intégrer le coût des engagements aux dépenses de personnel standard utilisés aux fins de l'établissement des budgets.

70. Les organisations qui gèrent des fonds extrabudgétaires devraient faire en sorte de ne pas clôturer les comptes tant que les engagements au titre de l'assurance maladie qui y sont associés ne sont pas financés au moyen des fonds disponibles.

71. Les États membres et les autres donateurs pourraient également envisager de faire un versement ponctuel ou d'instituer des méthodes de financement limitées dans le temps de sorte que les organisations puissent résorber, s'il y a lieu, leur déficit de financement.

Recommandation 8 : investissement des réserves

72. Le Groupe de travail recommande que les organisations examinent, par l'intermédiaire du Groupe de travail sur les services de trésorerie communs, la possibilité de coopérer de façon à faire fond sur les arrangements conclus avec les gestionnaires extérieurs, d'optimiser les rendements et de réduire les frais de gestion.

73. L'Assemblée générale souhaitera peut-être :

a) Accueillir favorablement le rapport du Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service et en prendre note, et noter en particulier les résultats de l'étude et de l'analyse figurant aux paragraphes 45 à 49 concernant le rôle que la Caisse des pensions pourrait jouer;

b) Faire siennes les recommandations 1 à 8 formulées par le Groupe de travail dans son rapport;

c) Prier le Secrétaire général de maintenir le Groupe de travail pour que ce dernier puisse étudier d'autres moyens d'améliorer l'efficacité et de maîtriser les coûts et formuler des propositions à ce sujet afin qu'elle les examine à sa soixante et onzième session.