



Assemblée générale

Distr. générale
19 décembre 2018
Français
Original : anglais

Soixante-treizième session
Point 136 de l'ordre du jour
Budget-programme de l'exercice biennal 2018-2019

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

Rapport du Secrétaire général

Résumé

On trouvera dans le présent rapport un compte rendu de l'analyse, des conclusions et des recommandations du Groupe de travail interinstitutions sur l'assurance maladie après la cessation de service créé par le Secrétaire général sous les auspices du Réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination en application de la résolution [68/244](#) de l'Assemblée générale.

Le Groupe de travail se compose de représentants de 18 organismes du système des Nations Unies. Des représentants du Comité de coordination des associations et syndicats internationaux du personnel du système des Nations Unies, de la Fédération des associations d'anciens fonctionnaires internationaux et de la Fédération des associations de fonctionnaires internationaux participent également aux travaux du Groupe de travail au nom des fonctionnaires en activité et à la retraite. Le Groupe de travail des directeurs des services médicaux des organismes des Nations Unies veille à ce que les positions du Groupe de travail relatives à l'assurance maladie respectent le devoir de protection.

Le Groupe de travail estime que son mandat sous sa forme actuelle a atteint ses limites et la plupart des membres sont d'avis que la création d'un organe spécialisé visant à fournir aux organismes du système des Nations Unies une plateforme de coopération pour régler les questions complexes liées à l'assurance maladie pourrait faire l'objet d'un prochain débat.

Toutes les sections du présent rapport intéressent de nombreux organismes du système des Nations Unies, à l'exception de la section VII, relative au financement des engagements de l'ONU au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, étant donné que cette section est propre au Secrétariat de l'ONU. Le présent rapport a été approuvé par le Comité de haut niveau sur la gestion. Cependant, il convient de préciser qu'en raison du caractère sensible de certains sujets, le Groupe



de travail n'est pas toujours parvenu à un consensus. Les points de désaccord au sein du Groupe de travail sont indiqués dans le rapport.

Le Groupe de travail recommande que :

a) Le Groupe de travail des normes comptables engage des discussions en vue de déterminer quels actifs devraient pouvoir servir à contrebalancer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ;

b) Les organismes du système des Nations Unies envisagent d'aligner leurs exigences relatives aux tiers administrateurs sur les bonnes pratiques ;

c) Toutes les possibilités de maîtrise des dépenses au titre de l'assurance maladie continuent d'être examinées dans le cadre des débats interinstitutions tenus sous les auspices du Comité de haut niveau sur la gestion ;

d) Les organismes du système des Nations Unies continuent d'étudier toutes les possibilités d'harmonisation liées à l'assurance en appui à la mobilité interorganisations ;

e) Le financement par répartition des engagements de l'ONU au titre de l'assurance maladie après la cessation de service concernant les fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} janvier 2022 soit maintenu ;

f) Le financement des engagements concernant les fonctionnaires recrutés à partir du 1^{er} janvier 2022 passe par la mise en place d'une cotisation prélevée correspondant à 5,35 % de la masse salariale et par la création de réserves financières spéciales ;

g) La cotisation soit réexaminée et ajustée tous les trois ans en fonction des variations du niveau projeté des réserves spéciales.

L'Assemblée générale est invitée à prendre note des recommandations formulées dans le présent rapport et à approuver le financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service s'appliquant aux fonctionnaires recrutés à compter du 1^{er} janvier 2022 par l'application du mécanisme d'accumulation des droits à prestations.

I. Introduction

1. À sa soixante-dixième session, l'Assemblée générale a examiné le rapport du Secrétaire général sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (A/70/590), dans lequel on trouve une vue d'ensemble du régime d'assurance maladie en vigueur pour les fonctionnaires en activité ou à la retraite dans l'ensemble des organismes du système des Nations Unies et les membres de leur famille, ainsi que des éléments sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

2. Dans un rapport ultérieur (A/71/698 et A/71/698/Corr.1), le Secrétaire général a couvert les sujets ci-après : a) négociations collectives avec les tiers administrateurs des régimes d'assurance maladie des organismes du système des Nations Unies ; b) examen des conditions proposées par les assureurs et négociations avec les compagnies d'assurance ; c) incorporation dans les régimes d'assurance maladie proposés par les organismes du système des Nations Unies de dispositions relatives à la couverture primaire par des régimes d'assurance maladie nationaux ; d) normalisation de la méthode d'évaluation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et des principaux facteurs actuariels dans tout le système ; e) financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

3. Les deux rapports reposent sur les activités du Groupe de travail interinstitutions sur l'assurance maladie après la cessation de service créé par le Secrétaire général sous les auspices du Réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) en application de la résolution 68/244, dans laquelle l'Assemblée générale a prié le Secrétaire général de procéder à une étude des régimes d'assurance maladie dans tout le système et de chercher des moyens de gagner en efficacité et de maîtriser les coûts.

4. Le Groupe de travail se compose de représentants de 18 organismes du système des Nations Unies : l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, l'Office des Nations Unies à Genève (ONUG), l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations pour la population (FNUAP), le Fonds international de développement agricole (FIDA), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et l'Organisation mondiale du tourisme, le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Secrétariat de l'ONU et l'Union internationale des télécommunications (UIT). Les représentants du Comité de coordination des associations et syndicats internationaux du personnel du système des Nations Unies (CCASIP), la Fédération des associations d'anciens fonctionnaires internationaux (FAAFI) et la Fédération des associations de fonctionnaires internationaux (FICSA) participent également aux travaux du Groupe de travail au nom des fonctionnaires en activité et à la retraite. Le Groupe de travail des directeurs des services médicaux des organismes des Nations Unies veille à ce que les positions du Groupe de travail relatives à l'assurance maladie respectent le devoir de protection.

5. À la section IV de sa résolution 71/272 B, l'Assemblée générale a souscrit aux recommandations relatives au rapport du Secrétaire général (A/71/698 et A/71/698/Corr.1) que le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires a formulées dans son rapport (A/71/815). Dans son rapport, le Comité consultatif a recommandé, entre autres, que l'Assemblée générale souscrive à la recommandation du Secrétaire général préconisant le maintien du Groupe de travail. Le présent rapport contient des informations actualisées sur les principaux sujets couverts dans le rapport du Secrétaire général (A/71/698 et A/71/698/Corr.1) et fait fond sur les activités du Groupe de travail. Le Secrétaire général y détaille aussi les différentes options de maîtrise des dépenses et de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et y examine la question de la transférabilité des avantages et prestations de l'assurance maladie. Le Secrétaire général n'a pas d'autres informations à transmettre concernant les sujets ci-après, qui ne sont donc pas abordés dans le présent rapport : examen des conditions proposées par les assureurs et négociations avec les compagnies d'assurance ; élargissement du mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ; investissement des réserves.

6. Toutes les sections du présent rapport intéressent de nombreux organismes du système des Nations Unies, à l'exception de la section VII relative au financement des engagements de l'ONU au titre de l'assurance maladie après la cessation de service étant donné que cette section est propre au Secrétariat de l'ONU. Le présent rapport a été approuvé par le Comité de haut niveau sur la gestion en décembre 2018. Cependant, il convient de préciser qu'en raison du caractère sensible de certains sujets, le Groupe de travail n'est toujours pas parvenu à un consensus. Les points de désaccord au sein du Groupe de travail sont indiqués dans le rapport.

7. Par le passé, l'Assemblée générale a souscrit aux recommandations du Comité consultatif tendant à maintenir l'approche par répartition pour financer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (A/68/550, par. 17 et A/70/7/Add.42, par. 28). Le Secrétaire général ne partage pas l'opinion du Comité consultatif quant au manque d'exhaustivité de la proposition de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service contenue dans le rapport (A/71/698 and A/71/698/Corr.1) présenté à l'Assemblée générale à sa soixante et onzième session. Le Secrétaire général se déclare de plus en plus préoccupé par la pression financière que le passif actuariel exercera sur les budgets futurs et une nouvelle fois, il est proposé dans le présent d'adopter un financement prudentiel des engagements.

8. Le Groupe de travail estime qu'il a donné une impulsion aux efforts coordonnés visant à limiter les coûts liés à l'assurance maladie et à contrôler les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et que son mandat a atteint ses limites. La plupart des membres du Groupe de travail sont d'avis que la création d'un organe spécialisé visant à fournir aux organismes du système des Nations Unies une plateforme de coopération pour régler les questions complexes liées à l'assurance maladie pourrait faire l'objet d'un prochain débat.

II. Normalisation de la méthode d'évaluation et des hypothèses actuarielles relatives aux engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

9. Dans ses conclusions relatives au rapport du Secrétaire général (A/70/590), le Comité consultatif a expliqué qu'il escomptait que toutes les mesures possibles de normalisation de la méthode d'évaluation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans l'ensemble du système des Nations Unies

soient arrêtées au plus tard en décembre 2017. Le Groupe de travail des normes comptables a été chargé de mener cette tâche à bien.

10. La normalisation de la méthode d'évaluation et des hypothèses actuarielles améliore la comparabilité des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service entre les organismes du système des Nations Unies et facilite l'évaluation précise des engagements totaux dans le système, mais n'a aucune incidence matérielle sur les engagements correspondants. L'évaluation est une estimation ponctuelle de la part du coût de la couverture de l'assurance maladie après la cessation de service prise en charge par une entité sur le long terme fondée sur le profil du groupe assuré ; sur les droits à la prestation des personnes assurées ; sur les hypothèses actuarielles à la date de l'évaluation. Les résultats de l'évaluation peuvent varier considérablement d'une année à l'autre étant donné que les engagements changent en fonction des mises à jour des données démographiques et des ajustements des hypothèses actuarielles.

11. En raison de la diversité des profils démographiques et des politiques relatives aux contrats, certaines hypothèses actuarielles ne sauraient être appliquées universellement aux évaluations des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service de tous les organismes du système des Nations Unies. Des hypothèses actuarielles communes n'influenceront pas non plus de la même manière les résultats des évaluations des organismes dont l'assurance maladie est confiée à un assureur du secteur privé ni les résultats de celles qui assurent elles-mêmes les risques en matière de santé ou qui le font par l'intermédiaire d'un dispositif de captive d'assurance interne au système des Nations Unies.

12. Le Groupe de travail des normes comptables est parvenu à un accord concernant l'harmonisation de différentes options d'évaluation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Étant donné que les prestations de l'assurance maladie après la cessation de service sont versées pendant une longue période, l'hypothèse financière qui influence le plus l'évaluation est le taux d'actualisation, qui est dérivé des taux de rendement effectif et qui reflète la « valeur temps de l'argent ». Le Groupe de travail des normes comptables a décidé qu'une courbe des taux des obligations de sociétés de grande qualité et d'une maturité allant jusqu'à 30 ans serait choisie chaque année pour chacune des quatre monnaies dans lesquelles les prestations d'assurance maladie sont le plus souvent versées : le dollar des États-Unis, l'euro, la livre britannique, et le franc suisse. Ces courbes serviront à l'évaluation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans tout le système des Nations Unies.

13. Le Groupe de travail des normes comptables a convenu que tous les organismes du système des Nations Unies utiliseraient le taux de change opérationnel de l'ONU applicable à la fin de l'année pour la conversion des monnaies relative à l'évaluation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à partir des évaluations des engagements du 31 décembre 2017.

14. Certaines hypothèses appliquées aux projections de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies et examinées par son Comité d'actuaire seront utilisées par tous les organismes pour faire leurs évaluations : taux de mortalité et d'invalidité, taux de fonctionnaires à la retraite, taux de départs à la retraite ; et taux d'ajustement des pensions. Les hypothèses de la Caisse relatives aux augmentations de salaire à l'échelle mondiale seront utilisées, sauf pour les organismes présentant un important déséquilibre géographique, qui emploieront des hypothèses particulières en fonction du lieu.

15. Le taux d'inflation générale commun de la zone euro, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, de la Suisse et des États-Unis d'Amérique sera

défini pour l'évaluation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service des organismes du système des Nations Unies. Des indices de référence indicatifs serviront à établir le taux d'inflation générale pour les autres zones. Le taux d'inflation générale ne tient pas compte du taux tendanciel des dépenses de santé, qui est une variation, exprimée en pourcentage, représentant les prévisions concernant l'inflation des prix, les progrès technologiques, les modes d'utilisation et le transfert des coûts entre le secteur privé et public. D'autres taux tendancielles des dépenses de santé seront proposés aux fins de l'évaluation pour la zone euro, la Suisse et les États-Unis.

16. Les taux d'assurance des conjoints, de cotisation au régime et de renouvellement du personnel resteront spécifiques à chaque régime d'assurance maladie.

17. Avec la finalisation de la normalisation de la méthodologie d'évaluation et des hypothèses actuarielles, le Groupe de travail des normes comptables a recueilli auprès des organismes du système des Nations Unies les informations nécessaires pour éclairer les débats relatifs aux types d'actifs qui devraient pouvoir servir à contrebalancer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Il s'emploiera également à concevoir une méthode commune d'évaluation comparative des coûts de gestion des régimes d'assurance maladie.

18. Il est recommandé que le Groupe de travail des normes comptables engage des discussions en vue de déterminer quels actifs devraient pouvoir servir à contrebalancer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

III. Régimes d'assurance maladie nationaux

19. Dans sa résolution 70/248 B sur les questions spéciales relatives au budget-programme pour l'exercice biennal 2016-2017, l'Assemblée générale a souscrit à la conclusion formulée par le Comité consultatif selon laquelle il fallait obtenir des renseignements pour pouvoir évaluer la possibilité et les incidences financières d'incorporer dans les dispositions régissant les régimes d'assurance maladie des organismes du système des Nations Unies l'obligation pour les assurés à la retraite de s'affilier, pour leur couverture principale, au régime national d'assurance du pays où ils résident habituellement. Le coût des cotisations aux régimes nationaux serait financé par les régimes d'assurance maladie des organismes, qui fourniraient aussi une assurance complémentaire afin de garantir que les niveaux de couverture restent constants. On a considéré que cela réduirait le montant des obligations des organismes au titre de l'assurance maladie et, par voie de conséquence, leurs engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, sans que le niveau de protection offert en pâtisse, ni que la couverture devienne inabordable pour les assurés.

20. Les incidences administratives, les coûts et les effets de cette disposition sur les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre et d'un régime à l'autre. En ce qui concerne le niveau de protection et le caractère économiquement abordable des régimes d'assurance maladie, le Comité consultatif a prévu que les spécificités des régimes nationaux d'assurance maladie, et non pas seulement les économies potentielles, seraient dûment prises en considération.

21. On se rappellera qu'en septembre 2016, le Groupe de travail a mené une enquête auprès des États Membres afin d'obtenir des renseignements sur les critères d'éligibilité à la couverture primaire par les régimes d'assurance nationaux exigés des personnes assurées par l'intermédiaire des organismes du système des Nations Unies, ainsi que sur le niveau de couverture et le coût. Le nombre de réponses à l'enquête

ayant été insuffisant pour tirer des conclusions, le Groupe de travail a choisi une autre méthode pour déterminer si des avantages pourraient découler de l'inscription des assurés à des régimes d'assurance maladie nationaux à titre principal. Le Groupe de travail a fait des analyses des coûts-avantages concernant les neuf pays où réside la moitié (53,2 %) des 73 322 bénéficiaires de la Caisse commune des pensions : les États-Unis (15,6 %), la France (10,4 %), la Suisse (7,1 %), l'Italie (5,2 %), l'Autriche (4,7 %), le Royaume-Uni (3,2 %), le Canada (2,8 %), l'Inde (2,3 %), et la Thaïlande (1,9 %).

22. Ces analyses ont été complexes : si dans certains États Membres, les cotisations aux régimes d'assurance maladie correspondent à un montant forfaitaire par personne, dans d'autres, elles sont liées au niveau des ressources et exprimées en pourcentage du revenu. En outre, dans certains États Membres, les systèmes de santé sont financés principalement par les recettes fiscales générales et ouverts à toutes les personnes résidant habituellement dans le pays, mais le choix de prestataire de soins de santé peut être restreint.

23. Il convient de noter que les modifications des prestations et des niveaux de couverture des régimes d'assurance maladie nationaux peuvent affecter les dépenses relatives à l'assurance complémentaire des organismes au titre de l'assurance maladie et, par conséquent, compromettre la validité à long terme de l'analyse réalisée par le Groupe de travail concernant certains États Membres. L'augmentation des cotisations d'un régime national peut influencer l'hypothèse financière servant de base aux analyses des coûts-bénéfices. Dans l'ensemble, les modèles financiers des régimes d'assurance maladie proposés par les organismes du système des Nations Unies peuvent être considérablement déstabilisés par la modification des clauses et conditions régissant les régimes d'assurance maladie nationaux. Des limites inattendues d'éligibilité à ces régimes peuvent également déstabiliser considérablement les modèles financiers.

24. Les retraités assurés au titre des régimes d'assurance maladie des Nations Unies basés aux États-Unis doivent s'inscrire à titre principal au volet B du programme Medicare, sous réserve d'être admissibles. Le Groupe de travail a conclu qu'il n'était pas possible de tirer un avantage financier équivalent à celui obtenu par l'inscription des retraités au volet B du programme Medicare dans d'autres pays car les conditions d'inscription requises aux États-Unis ne sont pas les mêmes ailleurs. Le volet B du programme Medicare est accessible à un coût abordable à tous les retraités qui ont résidé dans le pays pendant au moins cinq ans. En outre, peu de personnes voyagent entre les États-Unis et ses deux pays voisins pour recevoir des soins, alors que les fonctionnaires retraités des organismes du système des Nations Unies basés à Genève qui se sont installés en France se déplacent entre la France et la Suisse.

25. Afin d'examiner cette question en Autriche, en France, en Italie et en Suisse, cinq organismes membres du Groupe de travail (AIEA, OIT, OMS, ONUG et PAM) ont comparé la somme des contributions au titre du régime d'assurance maladie national remboursables aux assurés à la retraite et l'estimation des coûts des prestations supplémentaires payables aux assurés au prix des prestations payables dans le cadre du régime national. En France, la couverture principale du régime national (la Sécurité sociale) réduirait la moyenne des dépenses des organismes au titre du régime d'assurance maladie après la cessation de service de 1 782 dollars par personne et par an, de 5 416 à 3 634 dollars. Cependant, l'ajout de la prime du régime de 6 624 dollars ferait passer les dépenses des organismes au titre de l'assurance maladie à 8 406 dollars, soit 2 990 dollars de perte pour le régime des organismes du système des Nations Unies. Il convient de noter que ce calcul est fondé sur une moyenne des prestations de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies. La prime de la Sécurité sociale étant évaluée en fonction du revenu total du

foyer, qui peut dépasser la prestation de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies à lui seul, il est probable que la prime moyenne ait été sous-estimée dans ce calcul.

26. Le Groupe de travail a établi que le résultat serait également défavorable en Suisse et que le montant moyen des dépenses assumées par les régimes d'assurance maladie après la cessation de service selon les modalités prévues atteindrait 10 042 dollars par assuré et par an, contre 9 310 dollars actuellement, soit une hausse de 7,9 %. En Autriche, si l'on obligeait les personnes assurées à souscrire une couverture auprès de la Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), le coût moyen de l'assurance maladie après la cessation de service augmenterait de 80 %, passant de 4 553 dollars à 8 337 dollars par assuré et par an. Il convient de noter également que les personnes qui n'ont pas cotisé à la Wiener Gebietskrankenkasse lorsqu'elles travaillaient pour un organisme sis à Vienne et les fonctionnaires à la retraite d'organismes sis ailleurs qu'à Vienne n'ont pas automatiquement droit à une couverture.

27. En ce qui concerne l'Italie, l'analyse coûts-avantage est difficile à réaliser, car le Servizio Sanitario Nazionale (SSN) offre une couverture santé universelle mais est organisé à l'échelon régional et la part du coût des actes médicaux à la charge de l'assuré varie d'une région à l'autre. La couverture englobe les soins dentaires de base, mais pas l'équipement optique. Du fait de la surfréquentation des établissements publics, les délais d'attente peuvent être longs, ce qui pousse les assurés à contracter des contrats d'assurance maladie privée onéreux. Compte tenu de ces inconvénients, le Groupe de travail considère peu probable que le montant du remboursement des primes, estimé à 3 207 euros par assuré et par an, ait un effet favorable sur le montant moyen des dépenses au titre du régime d'assurance maladie des fonctionnaires, qui s'établit à 3 357 euros.

28. Les 2 369 bénéficiaires de la Caisse commune des pensions qui résident au Royaume-Uni ont accès aux prestations complètes fournies par le Service national de santé (NHS), financé par l'État, et ne bénéficient de prestations du régime d'assurance maladie de leur organisme que pour les soins reçus dans des établissements non rattachés au NHS.

29. Compte tenu de la répartition équilibrée du nombre de bénéficiaires de la Caisse commune des pensions ayant travaillé pour divers organismes des Nations Unies différents entre le Canada d'une part, et l'Inde (1 680 personnes) et la Thaïlande (1 406 personnes) d'autre part, et compte tenu également du coût qu'entraîneraient les procédures administratives supplémentaires, le Groupe de travail a établi qu'il n'y aurait aucun avantage financier substantiel à ce qu'un organisme seul décide d'obliger les assurés à s'affilier, pour leur assurance maladie après la cessation de service, aux régimes nationaux de ces pays. En outre, il est préoccupé par le niveau de couverture supplémentaire que les régimes d'assurance maladie des organismes devraient continuer de fournir en Inde et en Thaïlande.

30. Il n'a pas été tenu compte du fait que les assurés puissent bénéficier de la couverture offerte par les régimes nationaux d'assurance maladie, car le Groupe de travail a établi que le fait d'obliger les personnes assurées par l'intermédiaire des organismes des Nations Unies à s'affilier, pour leur couverture primaire, à un régime national d'assurance maladie ne présenterait en aucun cas un avantage.

IV. Négociations avec les tiers administrateurs

31. Dans le rapport qu'il a présenté à l'Assemblée générale à sa soixante et onzième session (A/71/698 et A/71/698/Corr.1), le Secrétaire général a indiqué que les

organismes des Nations Unies ont jeté les bases de la négociation collective avec les tiers administrateurs. Le Groupe de travail avait constaté qu'il fallait prendre des mesures afin d'aider les organismes à mieux suivre la performance et les tarifs des tiers administrateurs et que les organismes gagneraient à harmoniser les conditions faites à ces derniers dans certains domaines critiques, dont : les indicateurs de résultats ; la création de réseaux de prestataires de soins de santé ; la méthode de tarification ; les modalités de présentation de l'information et la périodicité des rapports ; les contrôles et l'audit.

32. Les organismes des Nations Unies avaient fait part de taux de satisfaction variables à l'égard de la performance des administrateurs tiers. Afin d'améliorer l'exhaustivité et la cohérence des contrats régissant les services offerts par les tiers administrateurs et les obligations leur incombant, le Groupe de travail a élaboré, à l'intention de l'ensemble du système des Nations Unies, un modèle d'accord avec les tiers administrateurs, lequel contient des dispositions conformes aux pratiques de référence du secteur et supprime la clause de confidentialité figurant dans les contrats actuels qui exclut la possibilité d'un partage d'informations au sein du système des Nations Unies. Grâce à cette normalisation des contrats et à la libre circulation des informations, les organismes pourront collaborer afin de tirer parti de leur action commune, d'obtenir et de voir rigoureusement appliquées à l'échelle du système les meilleures conditions et de veiller à ce que les services fournis répondent aux normes les plus exigeantes.

33. Il est recommandé que les organismes des Nations Unies envisagent de suivre les pratiques de référence en ce qui concerne les conditions faites aux tiers administrateurs.

V. Maîtrise des dépenses

Soins dispensés par des prestataires du réseau

34. Dans le rapport qu'il a présenté à l'Assemblée générale à sa soixante et onzième session, le Secrétaire général a décrit l'action que l'OIT, l'Office des Nations Unies à Genève et l'OMS ont menée de concert pour étendre leur réseau de prestataires privilégiés offrant des réductions qui, dans le contexte des soins hospitaliers, permettent à ces organismes de réduire de façon considérable les dépenses liées aux régimes d'assurance maladie qu'elles proposent et leurs engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Ces trois organismes sis à Genève, qui appliquent des régimes autonomes, continuent de s'employer à renforcer collectivement leur accès à des réseaux de prestataires de soins de santé dans leur région et ailleurs. Les tiers administrateurs des régimes d'assurance maladie de l'ensemble du système des Nations Unies sont encouragés à étendre leurs réseaux de prestataires afin de maîtriser les dépenses et de réduire la volatilité des prix.

35. La mise en place de réseaux de prestataires privilégiés va de pair avec le fait d'encourager les assurés à se faire soigner par les prestataires du réseau. La communication sur ce point s'est améliorée et les coordonnées des professionnels membres du réseau sont aisément consultables sur les sites Web du régime d'assurance maladie et des tiers administrateurs. Le taux de remboursement des soins reçus hors réseau a été diminué. L'accord préalable du tiers administrateur a été rendu obligatoire dans plusieurs pays, dont les États-Unis, pour les soins hospitaliers non urgents et les administrateurs encouragent les assurés à se faire soigner par les prestataires du réseau. En outre, aux États-Unis, la possibilité de consulter un médecin en ligne se révèle efficace en vue de réduire les consultations dans les cabinets médicaux, lesquelles coûtent plus cher, les assurés étant invités à se rendre chez les prestataires du réseau lorsqu'un examen est nécessaire. Dans le cas d'un régime

administré aux États-Unis, ces mesures devraient permettre de réduire les dépenses d'environ 2,6 %. Cependant, il convient de noter que les incidences financières ne seront pas les mêmes pour tous les plans et qu'elles évolueront en fonction de l'usage que les assurés feront du réseau évoluera.

36. Les régimes d'assurance maladie proposés par l'ONU à New York sont supervisés par le Comité des assurances maladie et de l'assurance-vie, composé de représentants de l'administration et du personnel. Ce Comité est chargé de proposer des mesures visant à garantir l'équilibre financier des régimes et de recommander au Contrôleur de l'ONU des ajustements concernant leurs tarifs, leur structure et leurs prestations. Afin de l'aider à s'acquitter de ses responsabilités, les tiers administrateurs lui remettent des rapports réguliers. En ce moment, il étudie s'il est faisable, compte tenu des incidences financières, de proposer un régime administré aux États-Unis qui ne couvrirait que les soins dispensés par des prestataires du réseau.

Prévention

37. Certains administrateurs de régimes d'assurance d'organismes des Nations Unies ont continué de promouvoir davantage les soins médicaux préventifs, en remboursant intégralement les examens et les dépistages les plus utiles. Les tiers administrateurs proposent de plus en plus souvent des programmes de santé et de bien-être qui encouragent les assurés à modifier leur style de vie afin d'éviter les maladies chroniques.

Répartition des primes d'assurance maladie

38. Le Secrétaire général ne partage pas l'avis du Comité consultatif, selon lequel « des scénarios prévoyant une réduction de la part des cotisations dues par les organisations pourraient être envisagés » (A/71/815, par. 33). L'objectif qui sous-tend cette proposition est de transférer les charges au titre de l'assurance maladie après la cessation de service qui incombent à une organisation à son personnel actif et à ses retraités. Le Secrétaire général considère que le meilleur moyen de maîtriser ces charges est de les financer et d'adopter d'autres mesures de maîtrise des dépenses, et non de les transférer comme le recommande implicitement le Comité consultatif.

39. Il convient de rappeler qu'en 1966, l'Assemblée générale a adopté une politique en vertu de laquelle le bénéfice de la couverture était accordé aux fonctionnaires qui quittaient le service à l'âge de la retraite ou pour cause d'invalidité et qui, à la date de leur départ, avaient cotisé durant une période donnée à un régime d'assurance maladie proposé par un organisme des Nations Unies (voir A/6491 et A/6491/Corr.1). Avec l'accord du Comité consultatif (voir A/6521) et de la Cinquième Commission (voir A/6605 et A/6605/Corr.1), elle a ainsi reconnu les difficultés rencontrées par les fonctionnaires qui prenaient leur retraite, lesquels ne pouvaient prétendre à aucune couverture ou bénéficiaient d'une couverture insuffisante au titre du régime d'assurance maladie de leur pays, ce qui les poussait à devoir souscrire une police d'assurance privée onéreuse à un moment où leurs revenus se réduisaient considérablement. Ensuite, dans sa résolution 61/264, elle a approuvé les modifications qu'il était proposé d'apporter aux dispositions régissant l'assurance maladie après la cessation de service dans le cas des fonctionnaires engagés le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date¹. Les obligations actuelles de l'ONU en matière

¹ Lesquelles consistaient : a) À porter à dix dans tous les cas le nombre minimum d'années d'affiliation à un régime d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies requis pour pouvoir bénéficier d'une assurance maladie subventionnée par l'Organisation après le départ à la retraite, et à supprimer la possibilité de racheter des droits au bout de cinq années d'affiliation ; b) À utiliser, au lieu de la pension effective, une pension théorique correspondant à vingt-cinq ans de service pour calculer la cotisation des retraités comptant un nombre d'années de service

d'assurance maladie après la cessation de service sont fixées par l'instruction administrative [ST/AI/2007/3](#).

40. L'Assemblée générale s'est prononcée sur la répartition des coûts entre l'ONU, en tant qu'organisation, et les fonctionnaires à la retraite affiliés à un régime d'assurance maladie après la cessation de service dans sa résolution [69/251](#) de 2014, par laquelle elle a approuvé la recommandation de la Commission de la fonction publique internationale (CFPI) concernant le maintien de la formule de répartition des cotisations d'assurance maladie entre l'Organisation et le personnel actif et retraité affilié à un régime d'assurance maladie de l'ONU.

41. La résolution [69/251](#) constitue le fondement juridique de l'actuelle formule de répartition des cotisations à l'assurance maladie entre employeur et employé. Toute modification qui tendrait à réduire les charges incombant à l'Organisation au titre de l'assurance maladie après la cessation de service reviendrait à reporter ces charges de façon indue sur les membres du personnel.

Conditions d'assurance

42. Le droit à l'assurance maladie après la cessation de service est un aspect essentiel des conditions d'emploi des fonctionnaires de l'ONU. En vertu de ce droit qu'ils tirent de leur emploi, les fonctionnaires en activité et à la retraite reçoivent les mêmes prestations et sont soumis aux mêmes conditions et à la même formule de répartition des primes. Toute modification substantielle des dispositions du régime d'assurance maladie dont bénéficie un fonctionnaire peut avoir une incidence sur une dimension essentielle de ses conditions d'emploi. Étant donné que les fonctionnaires qui ont besoin de l'assurance maladie après la cessation de service sont très nombreux, une modification substantielle des dispositions du régime d'assurance dont ils bénéficient risque bien de poser de nombreux problèmes pour le système d'administration de la justice.

43. La situation des fonctionnaires qui n'ont pas encore été recrutés est différente, car ils n'ont pas encore acquis de droits, ce qui signifie que les modifications pourront s'appliquer à eux sans effet rétroactif, tout comme les modifications des dispositions régissant l'assurance maladie après la cessation de service approuvées par l'Assemblée générale dans sa résolution [61/264](#) ne s'appliquaient qu'aux nouveaux fonctionnaires. Une telle démarche est conforme aux principes de non-rétroactivité et de respect des droits acquis.

Mécanisme d'accumulation de droits à prestations

44. À l'heure actuelle, les fonctionnaires qui, au moment de leur départ à la retraite, ont cotisé pendant au moins 10 ans à un régime du système des Nations Unies peuvent généralement bénéficier d'une contribution de leur organisme au paiement de leurs primes d'assurance maladie après la cessation de service qui équivaut à la totalité de la part recommandée par la CFPI. Le Secrétaire général ne juge pas opportun de modifier la formule de répartition des primes que la CFPI a de nouveau validée en 2014, mais il est partisan de l'application d'un mécanisme qui permette de mieux ajuster la part de la prime d'assurance à charge de l'organisation au nombre d'années de cotisation du fonctionnaire à un régime proposé par une organisation du système des Nations Unies et de réduire ainsi les charges qui incombent aux organisations au

moindre ; c) À exiger, pour que les ayants droit soient couverts, une durée d'affiliation minimale de cinq ans au moment du départ à la retraite, ou de deux ans si le conjoint est couvert par un employeur autre que l'Organisation des Nations Unies ou un régime national d'assurance, sauf lorsque l'ayant droit acquiert cette qualité au cours de la période visée et adhère au régime dans les trente jours suivant la date effective de la création de la relation qui fait de lui un ayant droit.

titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Cependant, il tient à souligner ce qui suit : a) les organisations devraient appliquer ce mécanisme tout en finançant leurs engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service conformément aux recommandations formulées ci-après ; b) le mécanisme proposé ne peut s'appliquer qu'aux nouveaux fonctionnaires car le fait de l'appliquer aux fonctionnaires en activité et à la retraite pourrait constituer une violation de leurs droits acquis.

45. Le Groupe de travail a étudié un mécanisme de droits à prestations par accumulation selon lequel la part des primes d'assurance maladie d'un fonctionnaire à la retraite qui serait prise en charge par son organisation augmenterait en fonction de son nombre d'années de cotisation à un régime du système des Nations Unies. Après 10 années, la part du montant total de la prime d'assurance prise en charge par l'organisation serait d'un tiers. Elle augmenterait tous les mois de façon linéaire jusqu'à atteindre deux tiers, conformément à la résolution 69/251 de l'Assemblée générale, et les fonctionnaires bénéficieraient de cette contribution maximale après 20 ou 25 années de cotisation.

46. L'actuaire indépendant Ernst & Young a été chargé d'évaluer l'effet que l'application de ce mécanisme aurait sur le montant des engagements du Secrétariat de l'ONU au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Selon les estimations réalisées sur la base des données démographiques relatives au personnel en activité à la fin de 2018, la valeur totale des engagements reculerait de 1,92 milliard de dollars à un montant situé entre 1,75 et 1,68 milliard de dollars, soit une diminution de 8,8 à 12,8 % (238,3 à 247 millions de dollars). Cependant, il convient de noter que ces chiffres sont une estimation de l'effet que ce mécanisme aura lorsque les primes seront dues et non de son effet immédiat sur les engagements. Étant donné qu'il ne peut s'appliquer qu'aux nouveaux fonctionnaires, ce mécanisme produira ses effets progressivement, à condition que la composition démographique du personnel en activité ne change pas de façon considérable.

47. Il a également été demandé à l'actuaire indépendant d'estimer l'incidence moyenne que le mécanisme aurait sur la part des primes d'assurance maladie après la cessation de service prise en charge par les nouveaux fonctionnaires. En moyenne, leur contribution au paiement des primes d'assurance maladie à compter de la date de leur départ à la retraite augmenterait de 7 à 13 % et il n'y aurait pas de diminution avec le temps, car les parts des primes d'assurance maladie après la cessation de service payées respectivement par l'organisation et par le fonctionnaire à la retraite, exprimées en pourcentage du montant total de la prime, resteraient identiques.

48. Il convient de souligner que les membres du Groupe de travail n'ont pu parvenir à un consensus quant à l'opportunité de mettre en place un mécanisme d'accumulation de droits à prestations. Le CCASIP et la FICSA, qui représentent les fonctionnaires en activité, ainsi que la FAAFI, qui représente les anciens fonctionnaires, s'y sont opposés, estimant que ce mécanisme reportait la charge financière incombant aux organisations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service sur les futurs retraités. Cependant, plusieurs organismes représentés au sein du Groupe de travail ont dit souhaiter que l'on étudie plus avant ce mécanisme et ont souligné que les organisations participantes ne pourraient appliquer une recommandation qu'après avoir procédé à des consultations internes et obtenu l'accord de leurs organes directeurs. En outre, l'applicabilité du mécanisme au sein d'une organisation peut varier en fonction de facteurs tels que ses pratiques en matière de contrats, le montant de ses engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et la façon dont il finance ces engagements.

49. **Il est recommandé que les organismes continuent de débattre, sous les auspices du Comité de haut niveau sur la gestion, des possibilités de maîtriser les dépenses.**

VI. Transférabilité des avantages et des droits à prestations de l'assurance maladie

50. Le Groupe de travail a étudié la question de la transférabilité d'un certain nombre d'avantages et droits à prestations de l'assurance maladie d'une organisation à l'autre, l'objectif étant de favoriser la mobilité interorganisations. En particulier, il a envisagé la possibilité d'un accord interorganisations qui permettrait de réduire les incidences de la mobilité sur les avantages et droits à prestations acquis par un fonctionnaire. En outre, le Groupe de travail s'est penché sur la question de savoir si, lorsqu'un fonctionnaire change d'organisation, il y avait lieu de transférer vers son nouvel organisme la part des charges incombant à son ancienne organisation qui correspond au régime d'assurance maladie après la cessation de service dont il bénéficie et si, dans l'affirmative, il était possible d'élaborer une formule commune permettant de fixer le montant à transférer.

51. Le Groupe de travail estime que les organisations du système des Nations Unies devraient accepter de prendre en charge certains avantages et droits à prestations acquis par les fonctionnaires au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, ainsi que les engagements correspondants, sans procéder à un transfert de fonds, qui serait coûteux sur le plan administratif. Son point de vue est corroboré par les statistiques du secrétariat du Conseil des chefs de secrétariat relatives à la mobilité interorganisations durant la période 2013-2016. Ces statistiques, qui portent sur le personnel de 38 organisations, démontrent que la différence entre le nombre d'arrivées et de départs de fonctionnaires représente une part négligeable de l'effectif total des organisations.

52. Afin de faciliter la mobilité interorganisations, le Groupe de travail s'est employé à recenser des domaines dans lesquels les organisations pourraient harmoniser leurs pratiques. Il s'est penché sur : a) les conditions que les fonctionnaires doivent remplir pour être admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service, notamment le nombre d'années pendant lesquelles ils doivent avoir cotisé à un régime proposé par une organisation du système des Nations Unies ; b) les critères selon lesquels une année de service est considérée comme une année de cotisation aux fins du décompte du nombre d'années au terme duquel les fonctionnaires sont admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service ; c) les dispositions relatives à la couverture offerte aux personnes indirectement à charge par les régimes d'assurance maladie des organisations. Toutefois, il n'a pas encore terminé d'étudier ces questions ainsi que les possibilités d'harmonisation qui permettraient de favoriser la mobilité interorganisations.

53. Le Groupe de travail considère qu'un groupe interinstitutions chargé des questions liées à l'assurance, tel que décrit plus haut, serait le mieux placé pour poursuivre les travaux entrepris. Cependant, force est de souligner que les organisations ne sauraient appliquer les recommandations émanant d'un tel groupe sans procéder à des consultations internes.

54. **Il est recommandé que les organismes des Nations Unies continuent d'étudier toutes les possibilités d'harmonisation concernant l'assurance maladie qui seraient de nature à favoriser la mobilité interorganisations.**

VII. Financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service²

55. Dans le rapport sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service qu'il a présenté à l'Assemblée générale à sa soixante et onzième session (A/71/698), le Secrétaire général a exprimé son inquiétude quant à la hausse du montant des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service non financés, qui correspondent à des charges comptabilisées dans les états financiers, conformément aux Normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS). S'ils continuent d'être financés par répartition, comme l'a recommandé le Comité consultatif (A/71/815, par. 36), ces engagements risquent de grever de plus en plus lourdement les budgets futurs et de nuire à la capacité de l'Organisation d'accomplir certains des mandats essentiels que lui confie la Charte. Le Secrétaire général juge le système de financement par répartition imprudent et est fermement convaincu que les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service devraient être financés par capitalisation.

56. Le Comité des commissaires aux comptes partage les préoccupations du Secrétaire général : aux paragraphes 57 à 59 de son rapport sur les états financiers de l'exercice biennal clos le 31 décembre 2013 [A/69/5 (Vol. I)], qui portent sur les prestations dues à la cessation de service, il a appelé l'attention de l'Assemblée générale sur le fait que le modèle de financement par répartition l'exposait à des risques d'augmentation des débours, ce qui réduirait les fonds dont disposerait l'ONU pour s'acquitter de son mandat. En outre, il a réitéré ce propos dans ses rapports sur les années terminées le 31 décembre 2015 [A/71/5 (Vol. I)] et le 31 décembre 2016 [A/72/5 (Vol. I) et A/72/5 (Vol. I)/Corr.1].

57. Les normes IPSAS n'obligent pas les organisations à adopter une méthode en particulier pour faire en sorte de disposer de suffisamment de ressources pour honorer leurs engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Cependant, force est de constater que l'ONU est à la traîne à cet égard. Le Comité des commissaires aux comptes a fait remarquer que d'autres organisations des Nations Unies qui devaient faire face à une hausse similaire de leurs engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service avaient appliqué par anticipation des stratégies visant à financer la totalité de ces engagements, en adaptant leurs actifs en fonction des variations afin de réduire l'impact des augmentations.

58. Dans son rapport (A/71/698 and A/71/698/Corr.1), le Secrétaire général a proposé de financer partiellement les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Il réitère cette proposition, qui a pour but d'exercer un contrôle prudentiel sur l'augmentation de ces charges et d'éviter ainsi que les questions liées à leur financement ne soient reportées sur les prochaines sessions de l'Assemblée générale. Cependant, dans son rapport connexe (A/71/815), le Comité consultatif a estimé que la proposition de financement n'était pas présentée avec exhaustivité et ne prenait pas en compte plusieurs variables susceptibles d'avoir une incidence sur le montant des engagements, à savoir : a) l'intégration dans les régimes d'assurance maladie des organismes des Nations Unies de dispositions obligeant les assurés à s'affilier au régime national d'assurance maladie pour leur couverture principale ; b) la normalisation, à l'échelle du système des Nations Unies, de la méthode d'évaluation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et d'un certain nombre de facteurs actuariels clefs ; c) l'inclusion des projections concernant les opérations de maintien de la paix.

² Le présent chapitre ne concerne que le Secrétariat de l'ONU.

59. Le Secrétaire général considère que la proposition était suffisamment exhaustive pour permettre à l'Assemblée générale de prendre une décision éclairée sur le financement. Étant donné que la stratégie de financement est une question à long terme, il n'y avait aucune raison de conditionner son adoption au résultat des analyses du Groupe de travail sur les coûts et les avantages de l'intégration dans les régimes d'assurance maladie de dispositions obligeant les assurés à s'affilier au régime national pour leur couverture primaire. En outre, l'harmonisation de la méthode d'évaluation et des facteurs actuariels n'a pas d'incidence réelle sur les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service sous-jacents, puisqu'elle ne vise qu'à normaliser la façon dont ces charges sont comptabilisées à l'échelle du système des Nations Unies. Enfin, comme le Secrétaire général l'a expliqué au paragraphe 62 de son rapport (A/71/698 et A/71/698/Corr.1), les opérations de maintien de la paix ont été intentionnellement exclues du champ de la proposition afin d'éviter de sous-évaluer ou de surévaluer les besoins de financement.

60. On peut raisonnablement s'attendre à ce que le transfert, dans le cadre du passage au dispositif de prestation de services centralisée (voir A/71/417), de certaines fonctions se trouvant actuellement à New York ait une incidence sur les engagements de l'ONU au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Cependant, cette incidence est pour l'heure inconnue et le Secrétaire général estime qu'étant donné que la stratégie de financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service est une question à long terme, ce facteur et les autres impondérables ne sauraient empêcher l'Assemblée générale de se prononcer sur le financement.

Champ d'application de la proposition

61. La proposition du Secrétaire général s'applique aux entités directement régies par les décisions de l'Assemblée générale concernant les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (à l'exception des opérations de maintien de la paix), à savoir : le Tribunal pénal international pour le Rwanda, le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, le Centre du commerce international (CCI), l'Arrangement de financement conjoint, le Mécanisme international appelé à exercer les fonctions résiduelles des Tribunaux pénaux, l'Organisation des Nations Unies, la Commission d'indemnisation des Nations Unies, le secrétariat de la Convention des Nations Unies sur la lutte contre la désertification dans les pays gravement touchés par la sécheresse et/ou la désertification, en particulier en Afrique, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), le secrétariat de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, le Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche (UNITAR), la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'École des cadres du système des Nations Unies.

62. Il convient de souligner que la proposition s'applique aux entités directement régies par les résolutions de l'Assemblée générale relatives au financement. Les décisions de l'Assemblée ne s'appliquent pas aux autres organismes du système, aux organes directeurs desquels il faudrait présenter des propositions correspondantes pour décision. En outre, les opérations de maintien de la paix ont été de nouveau exclues du champ d'application de la proposition du fait du caractère fluctuant de leurs effectifs, facteur potentiel de sous-évaluation ou de surévaluation des besoins de financement.

63. Si des projections ont été établies pour le PNUD, le FNUAP, le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS), l'Université des

Nations Unies et ONU-Femmes, elles n'ont cependant pas été intégrées à l'ensemble des projections présenté ci-après. Des projections distinctes ont également été faites pour les opérations de maintien de la paix.

Méthode

64. Au 31 décembre 2017, le montant total des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service calculé pour les entités concernées par la proposition se chiffrait à 5,5 milliards de dollars. La part des décaissements bisannuels dus par lesdites entités au titre de l'assurance maladie après la cessation de service devrait passer de 257,7 millions de dollars en 2018-2019 à 417,9 millions de dollars en 2026-2027 et à 607,7 millions en 2036-2037. (Au 31 décembre 2017, le montant total des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service calculé pour toutes les entités, en ce compris le PNUD, le FNUAP, l'UNOPS, l'ONU, ONU-Femmes et les opérations de maintien de la paix, se chiffrait à 8,8 milliards de dollars. La part des décaissements bisannuels dus par ces entités au titre de l'assurance maladie après la cessation de service devrait passer de 337,2 millions de dollars en 2018-2019 à 590,2 millions de dollars en 2026-2027 et à 949,0 millions en 2036-2037).

65. Il a été demandé à l'actuaire indépendant, Ernst & Young, d'établir des projections à long terme sur les flux de trésorerie prévus au regard de l'accroissement du volume d'engagements. La valorisation au 31 décembre 2017 des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service a servi de base à l'élaboration des projections. Les conséquences budgétaires sont projetées sur une période de 90 ans jusqu'à extinction des engagements concernant le personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2022.

66. Concernant le Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, il est proposé de financer par capitalisation les nouveaux engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pour le personnel nouvellement recruté, c'est-à-dire le personnel recruté à partir du 1^{er} janvier 2022, tout en conservant le système de financement par répartition pour les engagements existants (y compris les engagements rattachés aux fonctionnaires déjà recrutés mais n'ayant pas encore droit à l'assurance maladie après cessation de service). Les nouveaux engagements seraient financés par capitalisation sur une base annuelle comprenant le coût des services rendus et le coût financier, et les engagements préexistants resteraient financés par répartition avant de décliner sous l'effet de l'attrition après une période initiale de croissance continue.

67. Il a été demandé à l'actuaire indépendant de calculer le montant de la cotisation à prélever sur la masse salariale pour financer par capitalisation intégrale les engagements nés à partir du 1^{er} janvier 2022 (coût des services rendus) ainsi que son taux de croissance projeté (coût financier). Par souci d'exactitude, c'est la rémunération brute (hors indemnité de poste) plutôt que les dépenses de personnel totales qui a été retenue comme base d'évaluation des engagements. La cotisation est exprimée en pourcentage de la masse salariale totale, quelle que soit la date de recrutement des fonctionnaires. Il a été demandé de présenter des chiffres calculés avec et sans application du mécanisme d'accumulation des droits à prestations décrit aux paragraphes 45 à 49.

68. Si les Normes comptables internationales pour le secteur public prévoient des règles contraignantes concernant la nature des investissements pouvant être pris en compte afin de calculer le taux d'actualisation utilisé pour la valorisation de ces engagements, les projections relatives au financement peuvent reposer sur des retours sur investissements plus réalistes. Les projections de financement partent de l'hypothèse d'un taux de rendement des investissements de 3,50 %. Il est exprimé

sous la forme d'un taux de rendement réel (c'est-à-dire corrigé de l'inflation) et correspond à l'objectif de rendement réel à long terme de la Caisse des pensions.

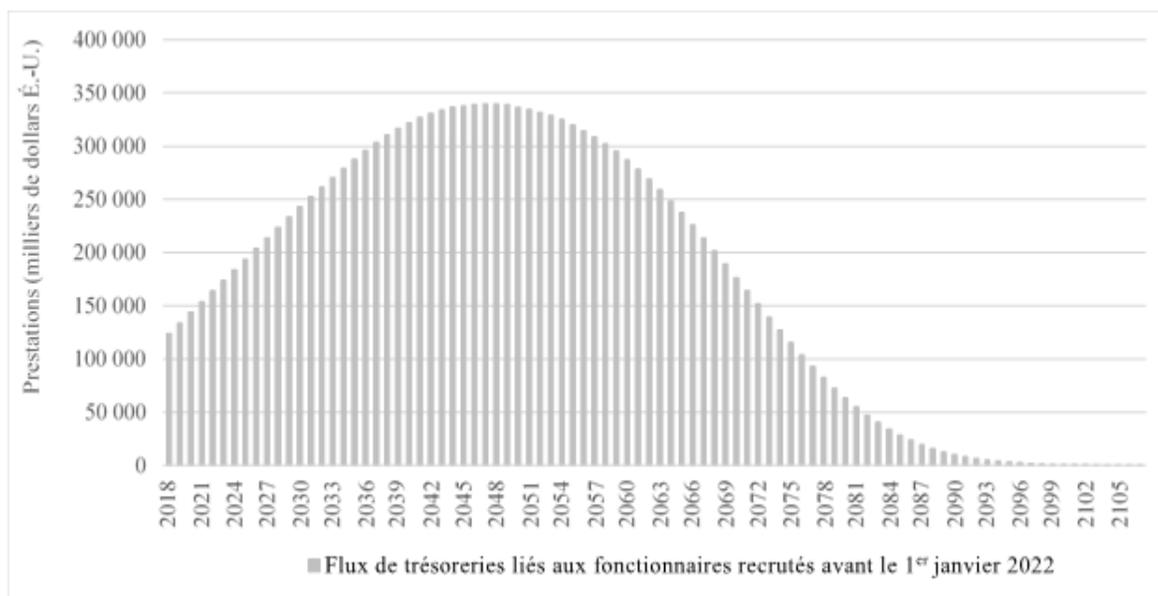
69. Toutes les prévisions présentées ci-dessous reposent sur des données démographiques et des hypothèses actuarielles (tables de mortalité, taux d'actualisation, taux d'augmentation du coût des soins de santé et dépenses liées aux soins de santé) entièrement actualisées. La période couverte par la projection a été étendue de sorte à prendre en compte la situation financière à la fin de l'année à laquelle les engagements existants au 31 décembre 2021 s'éteindront.

Engagements existants

70. Les figures I, II et III donnent à voir des projections comparables à celles figurant dans le précédent rapport du Secrétaire général (A/71/698 et A/71/698/Corr.1). La figure I illustre l'évolution sur 90 ans des engagements liés au personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2022 jusqu'à leur extinction sous l'effet de l'attrition en 2107. Sur la figure I comme sur les figures suivantes, les engagements sont représentés par les flux de trésorerie correspondant à la part de l'employeur des prestations d'assurance maladie payables après la cessation de service.

Figure I

Évolution, jusqu'à leur extinction, des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service concernant le personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2022



Capitalisation sans application du mécanisme d'accumulation des droits à prestations

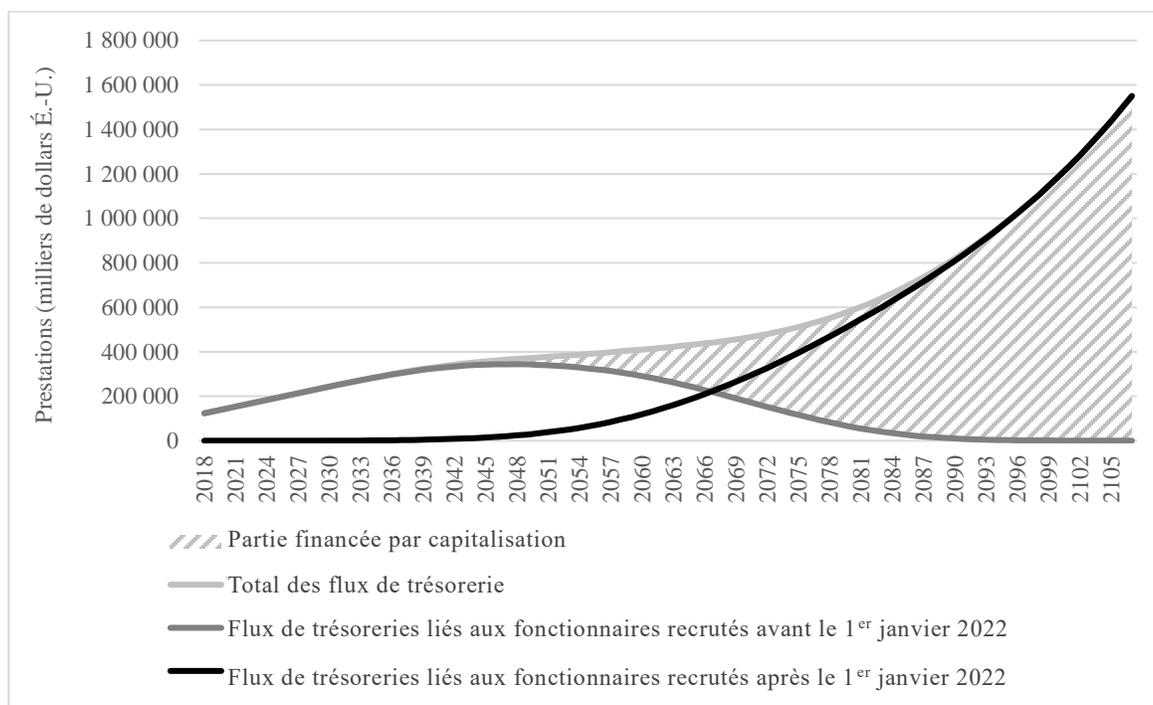
71. La figure II illustre l'évolution des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service en l'absence de capitalisation et montre que la part des décaissements annuels de l'employeur devrait augmenter d'environ 87,0 millions de dollars des États-Unis tous les 10 ans. La courbe inférieure représente l'évolution des engagements concernant le personnel recruté à partir du 1^{er} janvier 2022, dans l'hypothèse où la proposition de financement du coût des services rendus et du coût financier ne serait pas approuvée. La courbe intermédiaire fait apparaître l'évolution des engagements concernant le personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2022. La courbe

supérieure représente l'évolution totale des deux catégories d'engagements, sans capitalisation.

72. Sur la figure II, la zone hachurée délimitée par la courbe supérieure et la courbe intermédiaire représente la part des engagements qui serait financée par l'accumulation au fil du temps de réserves suffisantes pour couvrir l'intégralité des charges au titre de l'assurance maladie après la cessation de service du personnel recruté après le 1^{er} janvier 2022. Cet effet positif sur les futurs budgets est obtenu par le transfert de ces engagements dans un fonds de réserve, de la même manière que les engagements liés aux retraites sont transférés à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.

Figure II

Évolution du total des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, en l'absence de capitalisation (groupe avec entrants jusqu'au terme de l'année 2107)



73. Avec le temps, la part de l'employeur des prestations d'assurance maladie payables après la cessation de service aux fonctionnaires recrutés à partir du 1^{er} janvier 2022 devient supérieure à celle des prestations dues au personnel recruté avant cette date. L'accumulation de réserves financières suffisantes pour financer l'intégralité des charges prévues au titre de l'assurance maladie après la cessation de service des fonctionnaires nouvellement recrutés à partir du jour de leur départ à la retraite et une fois éteints les engagements liés au personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2022 permettra de financer intégralement la part de l'employeur des prestations d'assurance maladie payables après la cessation de service, et, partant, les engagements y relatifs des entités.

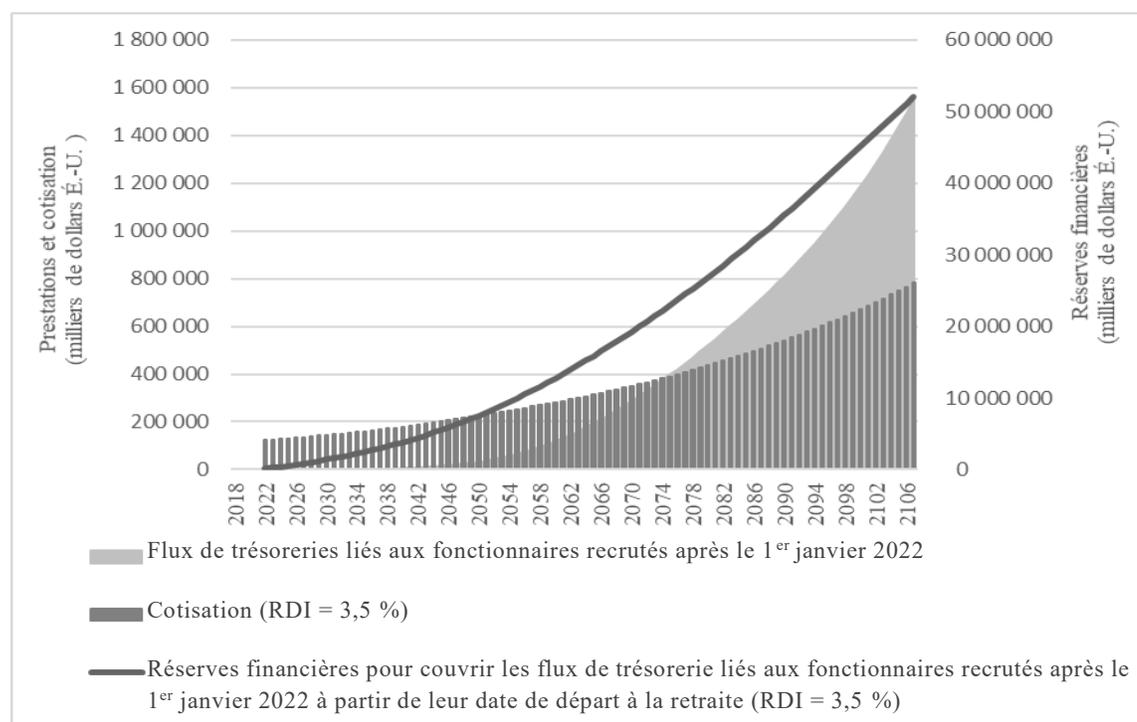
74. La figure III illustre les effets du financement du coût des services rendus et du coût financier, sur la base d'un groupe avec entrants et de l'hypothèse selon laquelle le nombre de fonctionnaires nouvellement recrutés pouvant bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service correspondra au nombre de fonctionnaires

partant à la retraite pouvant également y prétendre. Cette projection ne tient pas compte de l'application du mécanisme d'accumulation des droits à prestations. Les âges d'entrée en fonction des nouveaux fonctionnaires correspondent à la réalité actuelle.

75. La part de l'employeur des prestations d'assurance maladie payables après la cessation de service au personnel recruté après le 1^{er} janvier 2022 est représentée dans la figure, de même que la cotisation sociale (6,45 % de la masse salariale sur la base d'un taux de rendement de 3,5 %) correspondant au financement du coût des services rendus et du coût financier. La courbe représente l'accumulation de réserves correspondant au financement, nette de la part de l'employeur des prestations payables au personnel recruté à partir du 1^{er} janvier 2022. Les réserves atteignent 52,1 milliards de dollars en 2107, à l'extinction des engagements liés au personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2022, et sont comptabilisées en contrepartie du passif dans les états financiers.

Figure III

Financement par capitalisation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service concernant le personnel recruté après le 1^{er} janvier 2022 sans application du mécanisme d'accumulation des droits à prestations



Capitalisation avec application du mécanisme d'accumulation des droits à prestations

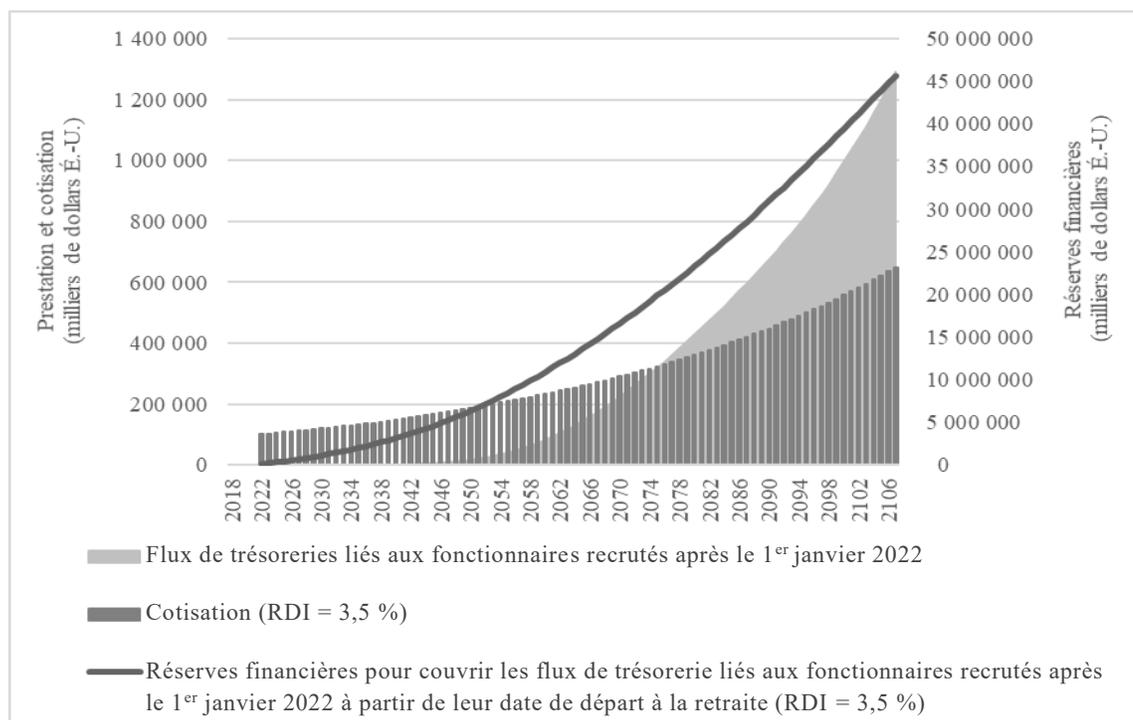
76. La projection illustrée par la figure IV ci-dessous tient compte de l'application du mécanisme avec une période d'accumulation de 15 ans. Après 10 ans d'ancienneté, la part de la prime de l'assurance maladie après la cessation de service prise en charge par l'Organisation correspond à un tiers du montant total de la prime. Après 25 ans d'ancienneté, l'Organisation prend en charge le montant maximal plafonné aux deux tiers de la prime. Toutes les autres hypothèses prises en compte lors de l'élaboration

de la projection illustrée dans la figure IV sont les mêmes que celles utilisées aux fins de l'établissement de la projection de la figure III.

77. Les effets du financement du coût des services rendus et du coût financier avec prise en compte de l'application du mécanisme d'accumulation des droits à prestations sont illustrés par la différence entre les résultats respectifs des projections représentées dans les figures III et IV. La part de l'employeur des prestations d'assurance maladie payables après la cessation de service au personnel recruté après le 1^{er} janvier 2022 représentée avec la cotisation sociale (5,35 % de la masse salariale sur la base d'un taux de rendement de 3,5 %) correspond au financement recommandé ci-dessous. La courbe représente l'accumulation de réserves correspondant au financement recommandé. Les réserves financières, desquelles est déduite la part de l'employeur des prestations d'assurance maladie après la cessation de service payables au personnel recruté à partir du 1^{er} janvier 2022, atteignent 45,6 milliards de dollars en 2107.

Figure IV

Financement par capitalisation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service concernant le personnel recruté après le 1^{er} janvier 2022 avec application du mécanisme d'accumulation des droits à prestations



78. Les annexes I et II présentent, selon qu'il est tenu compte ou non de l'application du mécanisme d'accumulation des droits à prestation, les effets sur le budget biennal : a) du fait, pour l'Organisation, de continuer à honorer les charges à payer au titre du financement par répartition de l'assurance maladie après la cessation de service ; b) de la cotisation prélevée sur la masse salariale pour financer par capitalisation ces engagements pour le personnel recruté à partir du 1^{er} janvier 2022. L'accumulation progressive de réserves financières et les investissements y relatifs permettent ensemble d'annuler l'effet sur les futurs budgets de l'augmentation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service calculés sur la base d'un groupe avec entrants. Sachant que les engagements croissent plus vite que les ressources budgétaires, la part de ressources nécessaires pour les honorer doit

également augmenter. La capitalisation permet de maintenir l'équilibre entre les engagements et les ressources budgétaires.

79. Après un pic en 2048-2049 à 687,4 millions de dollars, les engagements concernant le personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2022 commencent à diminuer par attrition, tandis que la part des engagements financée par capitalisation continue de croître. À partir de l'exercice 2076-2077, les incidences budgétaires de l'assurance maladie après la cessation de service commencent à se réduire pour ne plus équivaloir, au bout d'un certain temps, qu'au montant de la cotisation prélevée sur la masse salariale. En l'absence de capitalisation, leur poids continuerait à augmenter, puisque les charges dues au titre du financement par répartition ne seraient couvertes par aucune réserve de fonds.

80. La mise en place de la cotisation aurait un effet positif immédiat sur les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service calculés pour un groupe fermé, dans un premier temps en limitant la croissance, puis en réduisant le montant une fois que le passif actuariel accumulé au 31 décembre 2021 commencerait à reculer. L'Organisation continuerait de financer par répartition les engagements nés avant le 1^{er} janvier 2022. La diminution des engagements calculée pour un groupe fermé ne serait comptabilisée dans la valorisation des engagements qu'à partir du moment où le passif actuariel accumulé au 31 décembre 2021 commencerait à reculer en 2048.

81. Comme indiqué dans les annexes, le montant des engagements concernant le personnel recruté à partir du 1^{er} janvier 2022 financé par capitalisation est égal au montant des engagements financés par répartition. À compter de l'exercice biennal 2076-2077, l'effet net sur le budget est inférieur au montant total des engagements financés par répartition. Les effets positifs du financement par capitalisation s'accroissent au cours des exercices suivants, le montant de la réserve constituée pour le personnel recruté à partir du 1^{er} janvier 2022 devenant supérieur au montant des cotisations prélevées et augmentant plus vite que celles-ci.

Recommandations

82. Les recommandations concernant le financement par capitalisation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pour les fonctionnaires du Secrétariat de l'ONU uniquement sont les suivantes :

a) Maintenir le financement par répartition des engagements de l'ONU au titre de l'assurance maladie après la cessation de service concernant les fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} janvier 2022 ;

b) Financer les engagements concernant le personnel recruté à partir du 1^{er} janvier 2022 par la mise en place d'une cotisation sur les états de paiement des prestations correspondant à 5,35 % de la masse salariale et par la création de réserves financières dédiées ;

c) Réexaminer la cotisation à prélever sur la masse salariale et l'ajuster tous les trois ans pour l'adapter aux écarts par rapport au niveau projeté des réserves dédiées.

VIII. Décisions que l'Assemblée est appelée à prendre

83. L'Assemblée générale est invitée à prendre note des recommandations formulées dans le présent rapport et à approuver le financement, avec application du mécanisme d'accumulation du droit à prestations, des

engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service concernant les fonctionnaires recrutés à partir du 1^{er} janvier 2022.

Annexe I

Effets sur le budget sans application du mécanisme d'accumulation des droits à prestations

(En milliers de dollars des États-Unis)

Exercice biennal	Financement par répartition			Cotisation	Effet sur le budget brut	Engagements financés par répartition	Effet sur le budget net
	Fonctionnaires recrutés avant le 1 ^{er} janvier 2022	Fonctionnaires recrutés à partir du 1 ^{er} janvier 2022	Total				
2020-2021	297 581	–	297 581	–	297 581	–	297 581
2022-2023	337 647	–	337 647	247 418	585 065	–	585 065
2024-2025	377 747	–	377 747	258 027	635 774	–	635 774
2026-2027	417 879	–	417 879	269 141	687 020	–	687 020
2028-2029	458 096	–	458 096	280 608	738 704	–	738 704
2030-2031	496 974	544	497 518	292 279	789 797	544	789 253
2032-2033	534 272	1 383	535 655	304 356	840 011	1 383	838 628
2034-2035	569 810	2 636	572 446	316 971	889 416	2 636	886 781
2036-2037	602 783	4 922	607 705	330 540	938 245	4 922	933 324
2038-2039	631 839	7 651	639 490	345 284	984 775	7 651	977 124
2040-2041	654 295	12 408	666 702	360 965	1 027 667	12 408	1 015 259
2042-2043	671 491	18 568	690 059	377 950	1 068 009	18 568	1 049 441
2044-2045	681 978	26 578	708 556	396 357	1 104 914	26 578	1 078 336
2046-2047	687 056	38 291	725 346	415 457	1 140 804	38 291	1 102 513
2048-2049	687 377	51 977	739 354	435 857	1 175 211	51 977	1 123 234
2050-2051	679 858	71 446	751 305	456 814	1 208 119	71 446	1 136 673
2052-2053	669 564	95 143	764 708	477 868	1 242 575	95 143	1 147 432
2054-2055	654 020	123 726	777 746	499 945	1 277 690	123 726	1 153 965
2056-2057	631 882	160 493	792 374	522 107	1 314 481	160 493	1 153 988
2058-2059	605 791	202 244	808 035	545 248	1 353 283	202 244	1 151 040
2060-2061	572 715	251 318	824 033	569 255	1 393 288	251 318	1 141 970
2062-2063	534 472	306 778	841 249	594 337	1 435 586	306 778	1 128 809
2064-2065	491 565	368 564	860 129	620 590	1 480 719	368 564	1 112 155
2066-2067	444 095	436 635	880 730	648 095	1 528 825	436 635	1 092 190
2068-2069	394 375	510 719	905 095	676 914	1 582 009	510 719	1 071 290
2070-2071	343 403	590 937	934 339	707 043	1 641 382	590 937	1 050 445
2072-2073	292 794	676 413	969 206	738 630	1 707 837	676 413	1 031 424
2074-2075	243 662	767 248	1 010 910	771 593	1 782 504	767 248	1 015 255
2076-2077	197 470	862 691	1 060 161	806 063	1 866 225	862 691	1 003 534
2078-2079	155 496	962 245	1 117 741	842 078	1 959 819	962 245	997 574
2080-2081	118 702	1 066 092	1 184 794	879 593	2 064 387	1 066 092	998 295
2082-2083	87 605	1 173 630	1 261 235	918 804	2 180 039	1 173 630	1 006 409
2084-2085	62 474	1 285 440	1 347 915	959 664	2 307 578	1 285 440	1 022 138
2086-2087	42 956	1 401 798	1 444 754	1 002 314	2 447 068	1 401 798	1 045 271
2088-2089	28 416	1 523 331	1 551 746	1 046 863	2 598 609	1 523 331	1 075 278

<i>Exercice biennal</i>	<i>Financement par répartition</i>		<i>Total</i>	<i>Cotisation</i>	<i>Effet sur le budget brut</i>	<i>Engagements financés par répartition</i>	<i>Effet sur le budget net</i>
	<i>Fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} janvier 2022</i>	<i>Fonctionnaires recrutés à partir du 1^{er} janvier 2022</i>					
2090-2091	18 120	1 651 131	1 669 251	1 093 352	2 762 603	1 651 131	1 111 472
2092-2093	11 183	1 786 188	1 797 370	1 141 930	2 939 300	1 786 188	1 153 113
2094-2095	6 735	1 929 784	1 936 519	1 192 680	3 129 199	1 929 784	1 199 415
2096-2097	4 016	2 083 203	2 087 220	1 245 707	3 332 927	2 083 203	1 249 724
2098-2099	2 417	2 247 832	2 250 249	1 301 107	3 551 356	2 247 832	1 303 524
2100-2101	1 500	2 424 873	2 426 373	1 358 995	3 785 368	2 424 873	1 360 495
2102-2103	973	2 615 660	2 616 632	1 419 462	4 036 095	2 615 660	1 420 435
2104-2105	656	2 821 371	2 822 027	1 482 629	4 304 656	2 821 371	1 483 285
2106-2107	447	3 043 195	3 043 641	1 548 611	4 592 252	3 043 195	1 549 058
Total	15 404 187	33 605 084	49 009 271	30 699 503	79 708 774	33 605 084	46 103 690

Annexe II

Effets sur le budget *avec* application du mécanisme d'accumulation des droits à prestations

(En milliers de dollars des États-Unis)

<i>Exercice biennal</i>	<i>Financement par répartition</i>			<i>Cotisation à prélever</i>	<i>Effet sur le budget brut</i>	<i>Engagements financés par répartition</i>	<i>Effet sur le budget net</i>
	<i>Fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} janvier 2022</i>	<i>Fonctionnaires recrutés à partir du 1^{er} janvier 2022</i>	<i>Total</i>				
2020-2021	297 581	–	297 581	–	297 581	–	297 581
2022-2023	337 647	–	337 647	205 203	542 850	–	542 850
2024-2025	377 747	–	377 747	214 002	591 749	–	591 749
2026-2027	417 403	–	417 403	223 220	640 623	–	640 623
2028-2029	456 842	–	456 842	232 730	689 573	–	689 573
2030-2031	495 250	–	495 250	242 410	737 660	–	737 660
2032-2033	531 888	–	531 888	252 426	784 314	–	784 314
2034-2035	566 758	139	566 897	262 889	829 786	139	829 647
2036-2037	598 956	746	599 703	274 143	873 846	746	873 099
2038-2039	626 986	1 471	628 458	286 371	914 829	1 471	913 358
2040-2041	648 629	3 443	652 072	299 376	951 448	3 443	948 005
2042-2043	664 882	6 185	671 066	313 464	984 530	6 185	978 345
2044-2045	674 450	10 120	684 569	328 731	1 013 300	10 120	1 003 180
2046-2047	678 852	16 885	695 736	344 572	1 040 308	16 885	1 023 423
2048-2049	678 624	24 910	703 534	361 490	1 065 024	24 910	1 040 114
2050-2051	670 739	37 968	708 707	378 872	1 087 579	37 968	1 049 611
2052-2053	660 281	54 578	714 859	396 334	1 111 192	54 578	1 056 615
2054-2055	644 800	75 396	720 196	414 644	1 134 840	75 396	1 059 444
2056-2057	622 956	103 813	726 769	433 024	1 159 793	103 813	1 055 980
2058-2059	597 395	136 703	734 098	452 217	1 186 315	136 703	1 049 612
2060-2061	565 061	176 427	741 488	472 128	1 213 616	176 427	1 037 189
2062-2063	527 717	222 198	749 915	492 931	1 242 846	222 198	1 020 648
2064-2065	485 810	273 956	759 766	514 705	1 274 470	273 956	1 000 514
2066-2067	439 363	331 720	771 083	537 516	1 308 599	331 720	976 879
2068-2069	390 625	395 225	785 850	561 418	1 347 268	395 225	952 043
2070-2071	340 543	464 515	805 059	586 406	1 391 465	464 515	926 950
2072-2073	290 706	538 679	829 385	612 604	1 441 989	538 679	903 311
2074-2075	242 213	617 697	859 910	639 943	1 499 854	617 697	882 156
2076-2077	196 523	700 715	897 238	668 532	1 565 770	700 715	865 055
2078-2079	154 919	787 113	942 033	698 402	1 640 435	787 113	853 321
2080-2081	118 380	876 948	995 328	729 516	1 724 844	876 948	847 896
2082-2083	87 442	969 483	1 056 925	762 037	1 818 962	969 483	849 479
2084-2085	62 401	1 065 176	1 127 577	795 925	1 923 502	1 065 176	858 326
2086-2087	42 929	1 164 182	1 207 111	831 299	2 038 409	1 164 182	874 227
2088-2089	28 407	1 267 006	1 295 413	868 246	2 163 658	1 267 006	896 653

<i>Financement par répartition</i>							
<i>Exercice biennal</i>	<i>Fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} janvier 2022</i>	<i>Fonctionnaires recrutés à partir du 1^{er} janvier 2022</i>	<i>Total</i>	<i>Cotisation à prélever</i>	<i>Effet sur le budget brut</i>	<i>Engagements financés par répartition</i>	<i>Effet sur le budget net</i>
2090-2091	18 118	1 374 636	1 392 754	906 803	2 299 557	1 374 636	924 921
2092-2093	11 183	1 487 937	1 499 120	947 093	2 446 213	1 487 937	958 275
2094-2095	6 735	1 608 079	1 614 814	989 184	2 603 998	1 608 079	995 919
2096-2097	4 016	1 736 220	1 740 236	1 033 163	2 773 400	1 736 220	1 037 180
2098-2099	2 417	1 873 596	1 876 013	1 079 111	2 955 123	1 873 596	1 081 527
2100-2101	1 500	2 021 265	2 022 765	1 127 122	3 149 887	2 021 265	1 128 622
2102-2103	973	2 180 386	2 181 359	1 177 272	3 358 631	2 180 386	1 178 245
2104-2105	656	2 351 957	2 352 613	1 229 661	3 582 274	2 351 957	1 230 317
2106-2107	447	2 536 967	2 537 413	1 284 386	3 821 799	2 536 967	1 284 832
Total	15 267 748	27 494 441	42 762 189	25 461 522	68 223 711	27 494 441	40 729 270