



Assemblée générale

Distr. générale
19 décembre 2016
Français
Original : anglais

Soixante et onzième session

Point 134 de l'ordre du jour

Budget-programme de 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

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). Le Secrétaire général y présentait un aperçu et une analyse du régime d'assurance maladie en vigueur pour les fonctionnaires en activité ou à la retraite, ainsi que les membres de leur famille, dans l'ensemble des organismes des Nations Unies, et faisait largement fond sur les travaux du Groupe de travail interinstitutions sur l'assurance maladie après la cessation de service.

Le rapport renfermait des recommandations concernant les négociations collectives avec les tiers administrateurs et les prestataires de soins de santé; l'examen des conditions proposées par les assureurs et les négociations avec les compagnies d'assurance; l'obligation pour les personnes assurées de s'affilier au régime d'assurance national de leur pays de résidence et d'en faire leur régime principal lorsque cette option est opportune, réalisable sur le plan administratif et avantageuse sur le plan financier; l'élargissement du mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies; l'établissement d'une méthode d'évaluation générale normalisée et la définition et l'application des principaux facteurs actuariels relatifs aux engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans l'ensemble des organismes des Nations Unies; l'examen des possibilités de coopération interinstitutions en matière d'investissements des fonds réservés à la couverture des engagements.

Souscrivant à la recommandation formulée par le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires au paragraphe 32 b) de son rapport A/70/7/Add.42, l'Assemblée générale a prié le Secrétaire général dans sa résolution 70/248 B 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. Établi par le Groupe de travail comme suite au rapport A/70/590 et soumis par le Secrétaire général à l'Assemblée, conformément à la demande de celle-ci, le présent rapport a été approuvé par le 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. Il rend compte de l'état d'avancement de la mise en œuvre de chacune des recommandations faites par le Comité consultatif à l'Assemblée à sa soixante-dixième session et renferme de nouvelles recommandations.

De sa soixante-huitième à sa soixante-dixième session, l'Assemblée générale a estimé que la logique sous-tendant l'allocation de fonds réservés au financement de l'assurance maladie après la cessation de service n'avait pas été suffisamment étayée et que le financement par répartition devait être maintenu pour l'instant. Le Secrétaire général s'inquiète toujours du fait que les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service grèveront les budgets futurs, parce qu'ils ne sont pas financés actuellement. On trouvera donc dans le présent rapport une proposition détaillée concernant le financement partiel, à partir de janvier 2020, visant à garantir un contrôle prudentiel de l'augmentation des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et à limiter les conséquences du financement par répartition sur les budgets futurs.

L'Assemblée générale souhaitera peut-être souscrire aux nouvelles recommandations énoncées dans le présent rapport, prier le Secrétaire général de maintenir le Groupe de travail et demander à être tenue au courant de l'évolution de la situation à sa soixante-treizième session.

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), qui présente un aperçu et une analyse du régime d'assurance maladie en vigueur pour les fonctionnaires en activité ou à la retraite, ainsi que pour les membres de leur famille, dans l'ensemble des entités des Nations Unies. On y trouve des éléments sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans toutes les entités, mais aucune modalité de financement n'y est proposée.

2. Le rapport du Secrétaire général faisait largement fond sur les travaux du Groupe de travail interinstitutions sur l'assurance maladie après la cessation de service. On se souviendra que le Groupe a été 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 du 27 décembre 2013, dans laquelle l'Assemblée générale priait le Secrétaire général de procéder à une étude des régimes d'assurance maladie 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.

3. Le Groupe de travail se compose de représentants de 18 entités 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, 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 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, 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, ainsi que des membres de leur famille, affiliés aux régimes d'assurance maladie des entités précitées.

4. Dans son rapport présenté à l'Assemblée générale à sa soixante-dixième session, le Secrétaire général reprenait huit recommandations formulées par le Groupe de travail sur les questions suivantes :

- Recommandation 1 : négociations collectives avec les tiers administrateurs
- Recommandation 2 : négociations collectives avec les prestataires de soins de santé

- Recommandation 3 : examen des conditions proposées par les assureurs et négociations avec les compagnies d'assurance
- Recommandation 4 : régimes d'assurance maladie nationaux
- Recommandation 5: élargissement du mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies
- 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
- Recommandation 7: financement adéquat des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service
- Recommandation 8 : investissement des réserves

5. Le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires a examiné le rapport du Secrétaire général (A/70/590) et dans sa résolution 70/248 B du 1^{er} avril 2016 sur les questions spéciales relatives au budget-programme de l'exercice biennal 2016-2017, l'Assemblée générale a souscrit aux conclusions et recommandations que le Comité avait formulées dans son rapport sur la question (A/70/7/Add.42). Le Comité recommandait à l'Assemblée de 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. Le présent rapport a été établi par le Groupe de travail et approuvé par le Réseau Finances et budget et le Comité de haut niveau sur la gestion. Le Secrétaire général le présente à l'Assemblée conformément à la recommandation du Comité consultatif, telle qu'approuvée par elle.

6. Depuis la soixante-dixième session de l'Assemblée générale, le Groupe de travail s'est concentré sur les recommandations 1, 3, 4, 6 et 7, estimant que la réflexion qu'il mènerait sur ces dernières pouvait produire les effets les plus notables à court terme sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Par conséquent, le présent rapport est consacré à l'état d'avancement de l'application de ces cinq recommandations. La structure du rapport suit celle du document A/70/590.

7. À ses soixante-huitième et soixante-dixième sessions, l'Assemblée générale a souscrit à la recommandation du Comité consultatif tendant à maintenir pour l'instant les modalités de financement par répartition pour couvrir les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (A/68/550, par. 17, et A/70/7/Add.42, par. 28). Toutefois, le Secrétaire général s'inquiète toujours du fait que les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service grèveront les budgets futurs, puisqu'ils ne sont pas financés actuellement. De ce fait, avec le présent rapport, l'un des objectifs consiste à présenter des modalités de financement des nouvelles charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, tout en conservant le financement par répartition pour les charges existantes. Les modalités de financement partiel qui sont proposées visent à garantir un contrôle prudentiel de l'augmentation des charges et à limiter les effets de celle-ci sur les budgets futurs.

8. Il convient de souligner que toutes les sections du rapport, à l'exception de celle portant sur la recommandation 7, ont trait à des éléments intéressants pour toutes les

entités des Nations Unies. La section relative à la recommandation 7, concernant le financement adéquat des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, est propre au Secrétariat de l'ONU. Au moment de l'examen du rapport A/70/590, le Comité consultatif avait demandé un complément d'information sur le caractère contraignant de toute décision prise par l'Assemblée générale pour les organes directeurs des autres entités des Nations Unies. Il lui a été indiqué que les décisions de l'Assemblée ne seraient pas contraignantes pour les autres entités et que les points appelant une décision devraient être présentés aux organes directeurs pour évaluation et approbation formelles.

Recommandation 1 : négociations collectives avec les tiers administrateurs

9. Conformément à la recommandation 1 figurant dans le rapport A/70/590, les entités des Nations Unies ont jeté les bases de la négociation collective avec les tiers administrateurs afin d'obtenir les meilleures conditions, y compris les meilleurs tarifs, pour les services administratifs et l'accès aux réseaux de prestataires de soins de santé. La recommandation 1 découle en partie du fait que le Groupe de travail a constaté que les entités ne connaissaient pas suffisamment les activités des tiers administrateurs et qu'il fallait prendre des mesures afin de les aider à mieux suivre la performance et les tarifs des administrateurs. Le Groupe de travail a constaté également que les entités des Nations Unies pouvaient harmoniser les conditions faites aux tiers administrateurs dans les domaines suivants :

- Indicateurs de résultats
- Méthode de tarification, segmentation des tarifs et base de calcul des tarifs par tâche
- Modalités de présentation de l'information, périodicité des rapports et informations à communiquer
- Contrôles et audit
- Appel d'offres pour les conditions d'assurance et les dispositions contractuelles

10. En ce qui concerne les conditions faites aux tiers administrateurs, les entités des Nations Unies se sont attachées à suivre les pratiques de référence. Afin de soutenir plus avant la négociation collective, elles ont décidé de créer et de tenir à jour une base de données commune dans laquelle les conditions d'assurance et les dispositions contractuelles relatives aux tiers administrateurs, ainsi que des données relatives à la démographie et aux demandes de remboursement, seront rassemblées et mises en commun. Des activités de ce type menées de façon concertée par les différentes entités devraient aider celles-ci à peser davantage sur toutes les questions liées aux assurances.

11. Cigna et Allianz sont les deux principaux tiers administrateurs pour ce qui est des régimes d'assurance maladie proposés par les entités des Nations Unies. C'est également à eux que revient l'essentiel de la couverture des risques externalisés en matière d'assurance maladie. Comme l'a expliqué le Secrétaire général à l'Assemblée générale, à la fin de 2014, parmi les 369 173 personnes interrogées bénéficiant des régimes proposés dans 23 entités des Nations Unies, 305 857 étaient couvertes par un régime administré par un tiers. Parmi elles, 266 916, soit 87,3 %, relevaient d'un régime administré par Cigna.

12. Les entités des Nations Unies qui s'appuient, à des degrés divers, sur des régimes administrés par des tiers ont fait part de taux de satisfaction variables en ce qui concerne les services reçus. Elles ont rencontré ensemble les hauts responsables de Cigna afin de leur faire savoir qu'elles entendaient obtenir les meilleures conditions et les voir appliquées rigoureusement dans l'ensemble du système des Nations Unies, et qu'elles souhaitaient que les services fournis répondent aux normes les plus exigeantes. Il est prévu d'organiser une réunion analogue avec Allianz.

13. La rencontre entre les entités des Nations Unies et Cigna a précédé la réunion biennale du réseau des agents en charge de l'assurance maladie dans les organisations internationales, qui s'est tenue en septembre 2016. Au cours de ses réunions, le réseau, créé en 2000, aborde de nombreuses questions liées à l'assurance maladie, qu'il s'agisse des composantes de la structure des régimes et de la gestion des risques, des mesures administratives ou du financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Cinquante-cinq agents représentant 32 organisations, qui appartiennent ou non au système des Nations Unies, ont participé à la dernière réunion du réseau. Les entités des Nations Unies sont bien représentées dans ce réseau, qui est actuellement présidé par l'OMS. Dans une large mesure, les participants se sont fait l'écho des avis mitigés exprimés par les entités des Nations Unies en ce qui concerne les tarifs et les pratiques des tiers administrateurs.

14. Recommandation A. Il est recommandé de maintenir le Groupe de travail 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 afin de garantir la continuité dans l'action menée pour aligner les conditions d'assurance sur les pratiques de référence, la maîtrise des dépenses et le contrôle des régimes d'assurance maladie administrés par des tiers.

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

15. On se souviendra que, conformément aux conclusions du Comité consultatif, l'Assemblée générale, à sa soixante-dixième session, a souscrit à la recommandation 2 du Groupe de travail, énoncée dans le rapport A/70/590, selon laquelle, en faisant fond sur les succès obtenus dans les négociations collectives avec les prestataires de soins de santé de la région, les organismes basés à Genève qui appliquent un régime autonome (OIT, OMS, Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies) continuent de recenser les domaines dans lesquels de telles négociations pourraient déboucher sur des économies et des améliorations concernant le fonctionnement des régimes. Il a également été recommandé d'élaborer des procédures communes à l'appui des négociations collectives et d'envisager la création d'une base de données commune qui servirait à partager des renseignements sur les pratiques des prestataires de soins de santé, les dispositions des accords conclus et les évaluations de la qualité des services fournis.

16. Grâce aux négociations collectives, les organismes basés à Genève qui appliquent un régime autonome ont continué d'étendre leur réseau de prestataires locaux privilégiés. De ce fait, la réduction des frais liés aux soins hospitaliers oscillait en moyenne entre 25 et 27 % en 2015. Compte tenu du lieu d'affectation où

ces dépenses étaient engagées, les économies sont considérables : on estime que, pour les trois régimes, les économies réalisées en 2015 s'élèvent à 18 millions de dollars. Des économies de cette nature réduisent les engagements au titre du financement sans capitalisation et les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

17. En application de la recommandation 2, les administrateurs des trois régimes appliqués à Genève s'emploient dorénavant à renforcer collectivement leur accès à des réseaux de prestataires de soins de santé en Asie et en Afrique, tout en négociant les tarifs les plus avantageux pour des soins de qualité et en réduisant la volatilité des coûts. Le Groupe de travail étudiera les possibilités de coopération entre les organismes basés à Genève qui appliquent des régimes d'assurance autonomes et des organismes dans tous les lieux d'affectation où les régimes d'assurance maladie sont administrés par des tiers, afin de garantir le meilleur accès possible aux réseaux de prestataires de soins de santé dans tous les organismes des Nations Unies et d'obtenir un bon rapport coût-efficacité.

18. Recommandation B. Il est recommandé que le Groupe de travail étudie les possibilités de coopération entre les organismes dans tous les lieux d'affectation afin d'améliorer l'accès des régimes d'assurance qu'ils appliquent aux réseaux de prestataires de soins de santé dans toutes les régions, de garantir les meilleurs tarifs pour des soins de qualité et de réduire la volatilité des coûts.

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

19. Dans son rapport A/70/590, le Secrétaire général a recommandé que, pour disposer d'une base solide sur laquelle asseoir les négociations concernant les dispositions des contrats qui les lient aux compagnies d'assurance, les organismes dotés de régimes d'assurance externes procèdent à des examens périodiques des conditions proposées par les assureurs et en partagent les résultats avec les autres entités des Nations Unies à des fins de comparaison. À propos de cette recommandation, le Comité consultatif a lui aussi estimé qu'il existait des possibilités de consolidation qui permettraient de faire des économies et d'obtenir des gains d'efficacité, tout en préservant l'accès à des soins de qualité (A/70/7/Add.42, par 14).

20. Les organismes des Nations Unies dont les risques en matière d'assurance maladie sont externalisés en ont confié la gestion à deux assureurs, Allianz et Cigna. Ces compagnies proposent également leurs services en tant que tiers administrateurs. Le Groupe de travail a toutefois décidé d'examiner dans un premier temps les résultats des opérations d'assurance *stricto sensu* indépendamment des tarifs et des pratiques des tiers administrateurs. Si ces deux aspects peuvent être facilement combinés pour dresser un tableau complet des tarifs et des résultats de chaque compagnie, le Groupe de travail estime que les risques et la gestion par des tiers ne doivent pas être obligatoirement confiés à une seule et même entité, comme c'est le cas actuellement. Il est d'avis qu'il ne faudrait pas restreindre le marché de l'assurance maladie aux compagnies qui sont également en mesure de proposer des services de tiers administrateurs.

21. Bien que son objectif principal en lien avec la recommandation 3 soit le placement des risques d'assurance maladie, le Groupe de travail a considéré qu'il importait de dresser le profil des organismes des Nations Unies, aussi bien en

termes de primes d'assurance que de résultats des opérations d'assurance, en tant que clients à l'échelle mondiale de chacune des deux principales compagnies d'assurance. Pour commencer, il a été demandé aux deux compagnies de fournir des données de référence, agrégées et rétrospectives, en lien avec les conditions proposées pour chacune des catégories d'assurance individuelle suivantes :

- Assurance maladie couvrant les fonctionnaires (y compris l'assurance maladie après la cessation de service)
- Assurance couvrant le personnel engagé pour une période de courte durée
- Assurance couvrant le personnel n'ayant pas la qualité de fonctionnaire
- Assurance couvrant la rémunération des fonctionnaires (rémunération des travailleurs)
- Assurance vie groupée sur base volontaire (assurance vie temporaire et assurance invalidité)
- Assurance couvrant les stagiaires
- Assurance couvrant les membres des organes directeurs et des conseils d'administration
- Assurance couvrant les participants à des réunions
- Assurance couvrant les visiteurs et les invités
- Assurance couvrant les Volontaires des Nations Unies
- Assurance couvrant les ambassadeurs de bonne volonté et les messagers de la paix
- Assurance couvrant les administrateurs auxiliaires

22. Pour chaque catégorie d'assurance, les deux compagnies d'assurance ont été priées de nommer les organismes des Nations Unies dont les résultats techniques étaient inclus dans les données agrégées. Elles ont été informées du fait qu'il pourrait leur être demandé, à une date ultérieure, de fournir des données techniques portant sur un organisme précis afin de procéder à des comparaisons. Par souci de transparence, elles ont été invitées à dévoiler toute information susceptible d'affecter leurs propres résultats techniques, concernant par exemple des accords de partage des bénéfices ou des arrangements dérogatoires liés à une cession en réassurance, ou une quelconque remise globale accordée par des prestataires de soins de santé.

23. Il convient de noter que lorsqu'un risque en matière d'assurance maladie est externalisé et confié à l'un des deux principaux assureurs, les exigences en termes d'établissement de rapports sur les résultats des opérations d'assurance et la fréquence à laquelle ces rapports sont soumis varient grandement d'un organisme à l'autre au sein du système des Nations Unies. Le Groupe de travail s'emploie activement à encourager la cohérence à cet égard, et la structure de la demande adressée aux deux compagnies d'assurance pour obtenir des données agrégées et rétrospectives sur les résultats des opérations d'assurance sert de modèle pour l'établissement de ces rapports. Il recommande également qu'au moment du renouvellement, les organismes veillent à ce que les clauses de confidentialité qui font obstacle pour l'heure au partage d'informations au sein du système des Nations

Unies soient retirées des contrats signés avec les compagnies d'assurance et les tiers administrateurs.

24. Le succès des négociations avec les principales compagnies d'assurance repose sur la bonne compréhension de la façon dont le profil de risque des organismes des Nations Unies, tel que défini à la création de la police d'assurance, a débouché sur des résultats financiers concrets pour l'assureur au fil du temps. Pour chaque catégorie d'assurance ou groupe de risques, les résultats financiers sont exprimés sous la forme d'un ratio combiné. Celui-ci est calculé en ramenant le total des dépenses au montant brut de la prime, y compris les primes en réassurance et les réserves techniques associées à un risque accru, tel que celui d'être exposé à la maladie à virus Ebola au cours du déploiement de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola en Afrique de l'Ouest. Les dépenses incluent les demandes de prestation réglées et en instance, les provisions (par exemple, les rentes réalisées), les sinistres inconnus, les commissions de courtage, les coûts de la gestion interne et externe des résultats d'opérations d'assurance et tous les autres coûts ou frais associés directement au risque par la compagnie d'assurance.

25. Un ratio combiné supérieur à 100 % correspond à une perte pour la compagnie d'assurance qui peut être amortie par le recouvrement de la réassurance, assorti des éventuels effets négatifs sur les primes de réassurance. À l'inverse, un ratio combiné inférieur à 100 % traduit un profit pour l'assureur qui peut être majoré dans certains cas par le recouvrement de la réassurance mais qui sera minoré s'il existe un accord de partage des bénéfices au profit de l'organisme des Nations Unies.

26. L'examen des conditions proposées par les assureurs présente un intérêt dans la mesure où il éclaire les décisions prises par rapport aux conditions d'assurance ou au placement des risques. Le Groupe de travail estime que l'obtention de données agrégées permettant de mieux comprendre les résultats du système des Nations Unies en matière de risque constitue une première avancée sur la voie de l'accroissement de l'influence combinée des organismes auprès des compagnies d'assurance. Il est prévu que ces éclaircissements servent de fil conducteur à l'analyse plus précise que le Groupe de travail mène pour déterminer les moyens d'améliorer le rapport coût-rentabilité à court terme, y compris par le partage des bénéfices ou la mutualisation des risques, lorsque les résultats techniques le justifient.

27. Entre 2006 et 2015, le montant brut agrégé de la prime, toutes catégories d'assurance confondues chez les deux assureurs, s'élevait à 1 235,5 millions de dollars, dont 91,1 %, soit 1 125,8 millions, portaient sur l'assurance maladie des fonctionnaires, y compris l'assurance maladie après la cessation de service. Au cours de la même période, le ratio combiné agrégé était de 93,7 % et la part nette des bénéfices issus des résultats techniques s'élevait à 39,1 million de dollars, soit 3,2 % du montant brut de la prime. En ce qui concerne l'assurance maladie des fonctionnaires, le ratio combiné était de 94,4 % et la part nette des bénéfices issus des résultats techniques s'élevait à 35,9 millions de dollars, soit 3,2 % du montant brut de la prime.

28. En 2010, Cigna a racheté Vanbreda International NV, courtier en assurance et tiers administrateur en assurance maladie très présent dans les organisations internationales et non gouvernementales. Par conséquent, le portefeuille d'assurance maladie qui avait été confié à Allianz par Vanbreda a été partiellement transféré à

Cigna à partir de 2012. Afin de conserver son portefeuille international dans ce domaine, Allianz a renforcé ses propres capacités de tiers administrateur et est entré en concurrence avec Vanbreda, rebaptisé Cigna IGO Health Benefits en 2015.

29. Le Groupe de travail a constaté l'ampleur de cette concurrence dans les données techniques reçues des deux compagnies d'assurance. Au cours des cinq années qui ont précédé l'année 2011, le ratio combiné pour l'assurance maladie des fonctionnaires était de 90,2 % et le ratio net des bénéficiaires était de 7,2 %. En revanche, entre 2011 et 2015, le ratio combiné était de 97,3 % et le ratio net des bénéficiaires était de 0,4 %. Le Groupe de travail a également noté que les augmentations considérables du montant des primes brutes, correspondant apparemment à l'acquisition de nouveaux clients, coïncidaient avec des augmentations tout aussi notables dans les ratios bruts des pertes, obtenus en ramenant les dépenses liées aux demandes avant le recouvrement des réassurances au montant brut de la prime. Cette évolution s'est traduite par la fluctuation des résultats techniques agrégés pendant plusieurs années. Entre 2011 et 2015, le montant net consolidé du résultat technique pour l'assurance maladie des fonctionnaires a oscillé entre un gain de 6,2 million de dollars et une perte de 2,7 millions de dollars. Le Groupe de travail a souligné qu'il était nécessaire de faire preuve de prudence pour ce qui est d'exposer les organismes des Nations Unies à des hausses coûteuses du montant des primes visant à résorber les pertes imputables à une sous-évaluation à la création de la police d'assurance.

30. On se souviendra que, dans tous les organismes des Nations Unies, le fonctionnement de l'assurance maladie dont bénéficient les fonctionnaires en activité et à la retraite suit les principes de l'assurance mutuelle : les contributions agrégées des fonctionnaires en activité dépassent le montant des prestations dont ils bénéficient tant qu'ils sont en poste, et les contributions excédentaires sont affectées au financement du déficit agrégé du côté des fonctionnaires à la retraite. L'application de ce principe de solidarité intergénérationnelle se traduit par le maintien d'une participation élevée aux régimes d'assurance maladie après le départ à la retraite.

31. En outre, et ce en dépit de leur fréquence, les demandes au titre de l'assurance maladie découlent rarement d'une catastrophe. Par conséquent, et en tenant compte de la participation élevée des fonctionnaires à la retraite aux régimes d'assurance maladie des organismes des Nations Unies, les résultats techniques associés à ces régimes sont généralement prévisibles, contrairement à ceux qui sont associés à des catégories d'assurance plus volatiles, telles que celles liées aux biens et aux dommages, à la responsabilité civile ou à la rémunération des travailleurs. Alors que l'évaluation de ces catégories plus volatiles est fondée sur la valeur, les risques en matière d'assurance maladie dans les organismes des Nations Unies peuvent être garantis sur la base du prix de revient affecté d'une majoration déterminée. Il en découle qu'il y a tout lieu de penser que l'assurance autonome du risque en matière de santé est un choix opportun, à condition qu'une échelle critique suffisante puisse être atteinte et que les précautions et les contrôles qui s'imposent soient en place pour procéder au suivi des normes dans le domaine du règlement des demandes, en particulier lorsque celui-ci est confié à un tiers administrateur. Cette orientation est encore confortée par les conclusions qui peuvent être tirées des données techniques transmises par Cigna et Allianz et par le risque modéré que représente le retrait d'un assureur du régime d'assurance maladie couvrant le personnel recruté sur le plan

international si les résultats techniques nets étaient continuellement en deçà des objectifs fixés.

32. Il est possible de parvenir à l'échelle critique en regroupant les risques des organismes en matière d'assurance maladie dans des dispositifs de captive d'assurance, tels que ceux créés au Secrétariat de l'ONU, aussi bien à New York qu'à l'Office des Nations Unies à Genève, en gardant à l'esprit les spécificités géographiques ou organisationnelles. Toutefois, étant donné que les dépenses en soins de santé sont fonction de la démographie, qui peut varier sensiblement d'un organisme à l'autre, certains organismes pourraient se retrouver confrontés à des coûts supérieurs en raison de la mutualisation des risques. Il importe donc d'élaborer des mécanismes de péréquation relatifs à la solvabilité des régimes d'assurance.

33. Recommandation C. Il est recommandé que le Groupe de travail prie instamment les organismes d'adapter les clauses de confidentialité figurant dans les polices d'assurance et les contrats signés avec des tiers administrateurs qui excluent actuellement la possibilité d'un partage d'informations au sein du système des Nations Unies et d'effectuer sur une base régulière des examens des conditions proposées par les assureurs à l'échelle du système, de sorte qu'ils puissent tirer parti de leur action commune et de leur expérience technique au cours des négociations avec les assureurs. Il est en outre recommandé que le Groupe de travail encourage la mutualisation des risques lorsqu'elle est réalisable, y compris dans le cadre de dispositifs de captive d'assurance, le cas échéant.

Recommandation 4 : régimes nationaux d'assurance maladie

34. Il est rappelé que dans sa résolution 70/248 B, consacrée aux questions spéciales relatives au budget-programme de l'exercice biennal 2016-2017, l'Assemblée générale a souscrit à la conclusion formulée par le Conseil consultatif selon laquelle il fallait obtenir les renseignements nécessaires pour pouvoir évaluer s'il était fondé et faisable, compte tenu des incidences financières, d'incorporer dans les statuts et règlements régissant les régimes d'assurance maladie des organismes des Nations Unies l'obligation pour les assurés 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 alors financé par les régimes d'assurance maladie des organismes, qui fourniraient aussi une assurance complémentaire afin de garantir que les niveaux de couverture restent dans l'ensemble équivalents à ceux offerts dans les conditions actuelles d'assurance. On suppose 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 pâtit, ni que la couverture devienne inabordable pour les assurés, même si les soins étaient administrés en dehors de leur pays de résidence.

35. Il est aussi rappelé que, si les assurés étaient tenus de s'affilier à des régimes nationaux d'assurance maladie aux termes des statuts et règlements, les incidences administratives, les coûts et les effets sur les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pourraient varier, souvent considérablement, d'un pays à l'autre de même que d'un régime à l'autre. Tout en estimant que des économies seraient réalisables dans les régions où des retraités du système des

Nations Unies et d'anciens fonctionnaires résident en nombre appréciable, le Comité consultatif escompte que le Groupe de travail prendrait dûment en considération les spécificités des régimes nationaux d'assurance maladie.

36. Suite à sa recommandation, le Groupe de travail a contacté les États Membres pour connaître les critères que devraient remplir les personnes assurées par l'intermédiaire des organismes des Nations Unies pour être admises au bénéfice de la couverture principale offerte par les régimes nationaux d'assurance maladie, ainsi que les conditions et modalités de l'assurance. Pour recueillir l'information, le Groupe de travail a adopté une démarche en deux temps qui lui permettra de se concentrer sur les régimes nationaux qui ont le plus de chances d'être avantageusement adossés aux régimes des organismes, en ayant pour critère l'intérêt des organismes et celui des assurés.

37. Une enquête initiale, comportant cinq questions, a été élaborée et distribuée à tous les représentants permanents et observateurs permanents auprès de l'Organisation des Nations Unies. Le but était de voir dans quelle mesure les États Membres étaient disposés à permettre aux fonctionnaires et anciens fonctionnaires de bénéficier de leur régime national d'assurance maladie, ainsi que d'obtenir des données de référence sur les niveaux de protection par rapport aux coûts. Cette enquête a été conçue de façon que le Groupe de travail puisse établir :

a) Si les fonctionnaires et anciens fonctionnaires, ainsi que les membres de leur famille, résidant dans un État Membre donné pourraient bénéficier ou être admis au bénéfice de la couverture du régime national d'assurance maladie, à supposer qu'ils n'aient jamais cotisé audit régime mais étant entendu qu'ils verseraient des cotisations dès leur affiliation;

b) Quel serait le montant de la prime mensuelle par personne dans le cadre du régime national d'assurance maladie (il convient de noter que le montant de la prime pouvait être exprimé en pourcentage du revenu), dans l'hypothèse où l'assuré serait installé dans une chambre non individuelle en cas d'hospitalisation et pourrait choisir librement le prestataire de soins (médecin, établissement médical, etc.);

c) Quel serait le taux de remboursement de base des frais médicaux offert par le régime national d'assurance maladie, dans l'hypothèse où l'assuré serait installé dans une chambre à plusieurs lits en cas d'hospitalisation et pourrait choisir librement le prestataire de soins (médecin, établissement médical, etc.);

d) Si, dans l'hypothèse où une personne assurée dans le cadre d'un régime national vit à proximité de la frontière d'un autre État Membre, le régime couvrirait les traitements médicaux dispensés dans un hôpital public de cet autre État;

e) Si la même tarification serait appliquée à un patient couvert par le régime national d'assurance maladie et à un patient couvert par le régime d'un autre État Membre, dans le cas où ce patient serait traité dans un hôpital public.

38. Les réponses à l'enquête pouvaient être fournies sur papier ou via un site d'enquête en ligne. Les répondants ont reçu l'assurance que les données, ainsi que l'analyse des réponses, seraient synthétisées et intégrées dans le présent rapport de suivi, que celui-ci ne contiendrait aucune information propre à un État Membre et que les délibérations des organes législatifs concernant le rapport ne porteraient pas non plus sur des informations se rapportant directement à un État Membre. La confidentialité des informations communiquées serait intégralement garantie.

39. Le Groupe de travail enverra une deuxième enquête aux représentants permanents des États Membres dont les régimes d'assurance maladie couvrent ou pourraient couvrir les fonctionnaires et/ou anciens fonctionnaires des organismes du système des Nations Unies qui vivent dans ces États Membres, ainsi que les membres de famille à leur charge. Cette deuxième enquête visera à recueillir des renseignements plus détaillés sur les conditions des régimes nationaux d'assurance maladie qui permettront au Groupe de travail de procéder à une analyse coût-avantage complète pays par pays et d'évaluer les incidences sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

40. Le Groupe de travail a insisté sur la complexité de l'analyse coût-avantage. Tandis que 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. Dans d'autres États Membres encore, les systèmes de santé sont financés principalement par les recettes fiscales générales et sont ouverts à toutes les personnes résidant habituellement dans le pays; toutefois, le choix du prestataire de soins de santé (médecin, établissement médical, etc.) peut être restreint. Les régimes nationaux d'assurance maladie et les systèmes de santé d'un certain nombre d'États Membres connaissent actuellement des changements qui pourraient dans certains cas compromettre la validité à long terme de l'analyse réalisée par le Groupe de travail.

41. Les travaux du Groupe de travail relatifs à la recommandation 4 présentée dans le rapport A/70/590 sont en cours. Au moment de l'établissement du présent rapport de suivi, 5 % environ des missions permanentes avaient répondu à l'enquête. Le Groupe de travail juge l'exhaustivité des informations reçues encourageante, mais le nombre de réponses est actuellement insuffisant pour pouvoir tirer des conclusions. Les missions permanentes qui ont tardé à répondre à l'enquête seront instamment priées de le faire.

Recommandation 5 : élargissement du mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies

42. Comme expliqué dans le rapport A/70/590, il est rappelé que le Groupe de travail, après avoir étudié cette éventualité, a conclu qu'il n'était pas opportun d'élargir le mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies. Il est aussi rappelé que, dans les conclusions qu'ils a formulées au sujet de ce rapport, le Comité consultatif, tout en prenant note des avis exprimés par la Caisse commune des pensions et le Groupe de travail, n'était pas en état de recommander de souscrire à la recommandation 5 pour l'heure et restait d'avis que le financement et l'administration des prestations liées à l'assurance maladie après la cessation de service étaient un sujet de préoccupation pour l'ensemble du système et que, pour le résoudre au mieux, une approche à l'échelle du système s'imposait. Le Comité a recommandé que le Groupe de travail continue d'examiner les options envisageables pour une telle approche à l'échelle du système, sans exclure que la Caisse des pensions puisse jouer un rôle.

43. Eu égard au fait qu'il ait souscrit aux recommandations 1 à 3 figurant dans le rapport A/70/590, le Comité consultatif s'est dit conscient de la diversité des régimes d'assurance maladie proposés par les entités des Nations Unies tant pour ce qui est des marchés dans lesquels ils opéraient que des catégories de personnel qui en bénéficiaient. Il était également conscient que ces régimes étaient régis par des

modalités administratives différentes. Le Comité a cependant estimé qu'il existait des possibilités de consolidation qui permettraient de faire des économies et d'obtenir des gains d'efficacité, tout en préservant l'accès à des soins de qualité.

44. Lors de l'examen des possibilités de regroupement de tous les régimes du système des Nations Unies en un régime commun d'assurance maladie géré par la Caisse commune des pensions, le Groupe de travail n'a pas pu trouver d'éléments de preuves quant à l'obtention de gains d'efficacité d'ordre financier, opérationnel ou administratif. Aussi bien le Comité mixte que les responsables de la Caisse commune des pensions étaient du même avis. Ils ont également exprimé leurs inquiétudes quant à toute dispersion de la Caisse ou à toute complexification de son fonctionnement, qui pourraient porter atteinte à la réalisation de sa mission en matière de prestations de retraite.

45. Il n'en reste pas moins que le Groupe de travail est conscient qu'il faut permettre à toutes les entités du système des Nations Unies de bénéficier des avantages financiers et des gains d'efficacité administratifs qui vont de pair avec une taille critique. Les régimes d'assurance maladie plus petits peuvent être fusionnés avec des régimes plus grands ou bien intégrés selon des critères géographiques ou organisationnels, comme cela a été fait au Secrétariat de l'Organisation, tant à New York qu'à Genève. Cela suppose qu'il n'y ait pas de différences importantes dans la couverture ou les prestations, et que les organisations puissent s'entendre sur les critères d'admission, les niveaux de services, la participation au financement des frais de gestion, la représentation dans les instances de gouvernance des régimes et l'élaboration d'un mécanisme de péréquation aux fins de la solvabilité.

46. Recommandation D. Il est recommandé de cesser d'examiner la possibilité d'élargir le mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies et que le Groupe de travail concentre ses efforts sur l'amélioration de la cohérence dans la conception des régimes d'assurance maladie et leur regroupement selon des critères géographiques et organisationnels dans le but de parvenir à une taille critique.

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

47. L'évaluation annuelle des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service offre un instantané de la manière dont une organisation donnée du système des Nations Unies prend en compte le droit de ses fonctionnaires et anciens fonctionnaires à des prestations d'assurance maladie après la cessation de service dans ses prévisions concernant la part du coût de ces prestations qu'elle assumera sur le long terme. L'évaluation de ces charges à payer est une estimation des dépenses futures réalisée à un instant donné en fonction du profil du personnel actif et retraité et d'hypothèses actuarielles établies à la date de l'évaluation; elle peut dès lors varier considérablement d'une année sur l'autre, les charges à payer dépendant fortement des valeurs fixées pour les principaux facteurs actuariels. Il convient également de noter que la méthode appliquée pour déterminer ces valeurs peut différer d'une organisation à l'autre.

48. Les évaluations des engagements des organismes des Nations Unies au titre de l'assurance maladie après la cessation de service sont effectuées par des actuaires indépendants conformément aux prescriptions des Normes comptables internationales pour le secteur public. En raison de la diversité des profils démographiques et des politiques relatives aux contrats, certains facteurs actuariels ne sauraient être universellement appliqués aux évaluations des engagements de tous les organismes des Nations Unies. Il n'est pas non plus toujours possible, pour une organisation dont l'assurance maladie a été confiée à un assureur du secteur privé, d'appliquer tous les facteurs qui entrent en compte dans l'évaluation des engagements d'une organisation qui assure elle-même les risques en matière de santé ou qui le fait par l'intermédiaire d'un dispositif de captive d'assurance interne au système des Nations Unies.

49. Il est néanmoins possible aux organisations de s'entendre sur une méthode harmonisée de détermination de la valeur d'un certain nombre de facteurs actuariels clefs servant à l'évaluation des engagements. Cela permettrait d'estimer de manière plus homogène l'ensemble des engagements du système des Nations Unies et de mieux comparer les engagements des différents organismes du système.

50. Il est rappelé que, dans les conclusions de son rapport relatif au rapport publié sous la cote A/70/590, le Comité consultatif escomptait que, dans la mesure du possible, les mesures nécessaires seraient prises pour normaliser la méthode d'évaluation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service entre tous les organismes du système des Nations Unies au plus tard en décembre 2017 (A/70/7/Add.42, par. 26). Dans le cadre du Réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion, le Groupe de travail des normes comptables a été chargé de mener cette tâche à bien.

51. La méthode d'évaluation généralement utilisée dans l'ensemble du système des Nations Unies est la méthode de répartition des prestations au prorata des services. Après que les dispositions de la norme 25 des Normes comptables internationales pour le secteur public ont été remplacées par celles de la norme 39, il n'a plus été possible aux organisations de différer la comptabilisation des variations du montant net de leurs engagements au titre des prestations définies (selon la « méthode du corridor »). Le Groupe de travail des normes comptables a décidé que les organisations qui appliquent actuellement la méthode du corridor pour comptabiliser les gains et pertes actuariels devront adopter la méthode de comptabilisation en réserves en 2018 au plus tard. L'harmonisation de la méthode d'évaluation et le passage à la méthode de comptabilisation en réserves permettront d'améliorer la comparabilité de manière appréciable.

52. Le Groupe de travail des normes comptables était généralement d'avis qu'un certain nombre de facteurs clefs d'évaluation des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pourraient être harmonisés. L'hypothèse financière qui influence le plus l'évaluation des charges à payer est le taux d'actualisation. Même minime, une fluctuation du taux d'actualisation peut avoir des effets considérables. Ce taux est dérivé des taux de rendement effectif et reflète la « valeur temps de l'argent ». Il constitue un facteur déterminant de l'évaluation des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, étant donné que les prestations y afférentes sont versées pendant une longue période. Le Groupe de travail des normes comptables a décidé en principe 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 trois monnaies dans lesquelles les prestations d'assurance maladie sont le plus souvent versées: le dollar, l'euro et le franc suisse. Les organismes des Nations Unies utiliseraient ces courbes des taux pour évaluer leurs engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, en tenant compte de la durée estimée des futurs flux de trésorerie. Ils exigeraient de leurs actuaires indépendants qu'ils expliquent, dans leurs rapports d'évaluation, comment les flux de trésorerie et les courbes des taux ont été employés afin d'obtenir une moyenne pondérée des taux d'actualisation sur la base du montant des décaissements relatifs aux prestations d'assurance maladie dans chaque monnaie.

53. Le Groupe de travail des normes comptables a décidé que toutes les organisations utiliseront le taux de change opérationnel de l'ONU applicable à la fin de l'année pour la conversion des monnaies. Il a également décidé qu'à moins que cela ne soit pas justifié, certaines hypothèses actuarielles appliquées pour établir les projections de la Caisse commune des pensions devraient également être employées pour évaluer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans les organismes des Nations Unies. Ces hypothèses sont examinées par le Comité d'actuaires de la Caisse des pensions et comprennent les taux de mortalité, les taux d'invalidité, les taux de départ à la retraite et les taux d'ajustement des pensions. Les hypothèses de la Caisse sur les augmentations de salaire à l'échelle mondiale devraient être utilisées, sauf pour les organisations dont les engagements sont concentrés en un seul lieu. Les organisations qui présentent un important déséquilibre géographique emploieront des hypothèses particulières en fonction du lieu.

54. Il a également été convenu qu'il faudrait adopter une conception harmonisée de l'inflation générale en établissant des taux pour les principaux lieux d'affectation des Nations Unies, à savoir New York, Genève, Rome et Vienne. Pour les autres lieux, des niveaux de référence indicatifs propres pourraient être utilisés pour déterminer le taux d'inflation générale. Ce dernier 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. Une analyse plus poussée est nécessaire en ce qui concerne les taux tendanciel des dépenses de santé pour déterminer si des hypothèses géographiques harmonisées peuvent être posées ou si ces hypothèses doivent être propres à chaque régime d'assurance maladie du système des Nations Unies. L'analyse pourrait révéler qu'il serait préférable d'employer en même temps des hypothèses propres aux lieux et propres aux régimes.

55. La possibilité d'adopter une démarche harmonisée concernant d'autres facteurs de l'évaluation, tels que la couverture des conjoints, la cotisation au régime et le taux de renouvellement du personnel, doit être étudiée plus avant. Avant l'échéance de décembre 2017, en plus d'officialiser ses décisions s'agissant de la méthode d'évaluation des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et des principaux facteurs d'évaluation, le Groupe de travail sur les normes comptables portera son attention sur les méthodes utilisées pour évaluer les coûts annuels d'administration des régimes d'assurance maladie et s'emploiera à dégager une position commune quant aux types d'actifs qui devraient pouvoir servir à contrebalancer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

56. Recommandation E. Il est recommandé que le Groupe de travail des normes comptables continue d'accorder toute l'attention voulue à l'harmonisation des principes régissant l'évaluation des charges à payer.

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

57. Conformément aux Normes comptables internationales pour le secteur public, les engagements liés aux avantages du personnel doivent être comptabilisés dans les états financiers des organisations. Toutefois, ces normes étant muettes sur les modalités de financement de ces engagements, il revient aux organisations de choisir la méthode la plus judicieuse afin de disposer des fonds nécessaires pour faire face à leurs obligations aux échéances prévues. Il convient de rappeler la position du Comité consultatif, reprise à son compte par l'Assemblée générale, selon laquelle le Secrétaire général n'a pas donné d'explications suffisantes justifiant le fait de réserver des ressources budgétaires à cette fin.

58. Le Secrétaire général s'inquiète toujours du fait que, n'étant pas financés par capitalisation, les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service risquent de grever les budgets futurs. La part des décaissements bisannuels dus par l'employeur à cet égard devrait vraisemblablement passer de 218,1 millions de dollars en 2016-2017 à 352,8 millions en 2024-2025 et à 719,4 millions en 2040-2041 pour les entités directement concernées par les décisions de l'Assemblée générale dans ce domaine. Pour le système des Nations Unies dans son ensemble, le montant de ces décaissements devrait passer de 350,3 millions de dollars en 2016-2017 à 610,0 millions en 2024-2025 et à 1 399,3 millions en 2040-2041. Il est donc proposé de financer par capitalisation partielle les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans le but d'exercer un contrôle prudentiel sur l'augmentation de ces charges et d'en limiter les effets sur les budgets futurs.

59. Comme indiqué dans l'introduction du présent rapport, cette proposition ne concerne que les organismes du système des Nations Unies régis par l'Assemblée générale. Les chefs de secrétariat des organisations qui ne relèvent pas de l'Assemblée devront, s'ils ne l'ont pas déjà fait, soumettre pour examen des propositions de financement séparées à leurs propres organes directeurs. Il convient de noter qu'un certain nombre d'organes directeurs attendent de connaître l'issue des délibérations de l'Assemblée avant de prendre une décision. Les organisations dont les organes directeurs ont déjà approuvé le financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ont fait appel à des stratégies de financement diverses. Tout en étant conscient que le financement de ces engagements est une question qui intéresse l'ensemble du système, le Groupe de travail est d'avis qu'il n'est peut-être pas nécessaire ni possible de la résoudre en adoptant une démarche unique et globale.

60. Il est proposé de financer par capitalisation les nouveaux engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service tout en conservant le système de financement par répartition pour les engagements existants. Dans ce contexte, on entend par « nouveaux engagements » les engagements concernant les fonctionnaires recrutés à partir du 1^{er} janvier 2020 uniquement. Les engagements rattachés aux fonctionnaires déjà recrutés mais n'ayant pas encore droit à l'assurance maladie après la cessation de service seraient pris en compte dans le

calcul des engagements existants associés aux membres du personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2020. Les nouveaux engagements seraient financés par capitalisation sur une base annuelle comprenant le coût des services rendus et le coût financier, tandis que les engagements préexistants resteraient financés par répartition avant de décliner sous l'effet de l'attrition après une période initiale de croissance continue.

61. À l'appui de cette proposition, il a été demandé qu'Ernst & Young, l'actuaire indépendant de l'Organisation, établisse des projections à long terme sur les flux de trésorerie prévus au regard de l'accroissement du volume d'engagements. Le recours à la méthode de la comptabilité de caisse et non à celle de la comptabilité d'exercice pour l'établissement de ces projections permet de suivre plus précisément les dépenses engagées et les recettes enregistrées. La valorisation au 31 décembre 2015 des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service a servi de base à l'élaboration des projections et, par souci d'exactitude, le présent rapport de suivi fait état des conséquences budgétaires projetées sur une période de 87 ans (voir fig. I) et sur une période d'une cinquantaine d'années (voir fig. II et III) à partir du 1^{er} janvier 2016, prévoyant un délai de deux ans pour la mise en place du financement. Ce choix n'a pas d'incidence significative sur la représentation de la manière dont vont évoluer les engagements courants des dépenses liés à l'assurance maladie après la cessation de service. Une projection intégralement détaillée fondée sur l'hypothèse d'une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2020 sera établie sous réserve de l'avis que l'Assemblée générale émettra quant à la présente proposition de financement par capitalisation partielle de ces engagements.

62. Les projections présentées dans les figures ci-après s'appliquent 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 : Tribunal international chargé de juger les personnes accusées d'actes de génocide ou d'autres violations graves du droit international humanitaire commis sur le territoire du Rwanda et les citoyens rwandais accusés de tels actes ou violations commis sur le territoire d'États voisins entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1994, Tribunal international chargé de juger les personnes accusées de violations graves du droit international humanitaire commises sur le territoire de l'ex-Yougoslavie depuis 1991, Centre du commerce international, Arrangement de financement conjoint, Mécanisme international appelé à exercer les fonctions résiduelles des tribunaux pénaux, Organisation des Nations Unies, Commission d'indemnisation des Nations Unies, 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, Programme des Nations Unies pour l'environnement, secrétariat de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat), Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche (UNITAR), Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Les opérations de maintien de la paix ont été exclues du champ de la projection du fait du caractère fluctuant de leurs effectifs, facteur potentiel de sous-évaluation ou de surévaluation des besoins de financement. Pour cette même raison, 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 prévus dans le cadre de la projection. Si des projections ont été établies pour le PNUD, le FNUAP, le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux

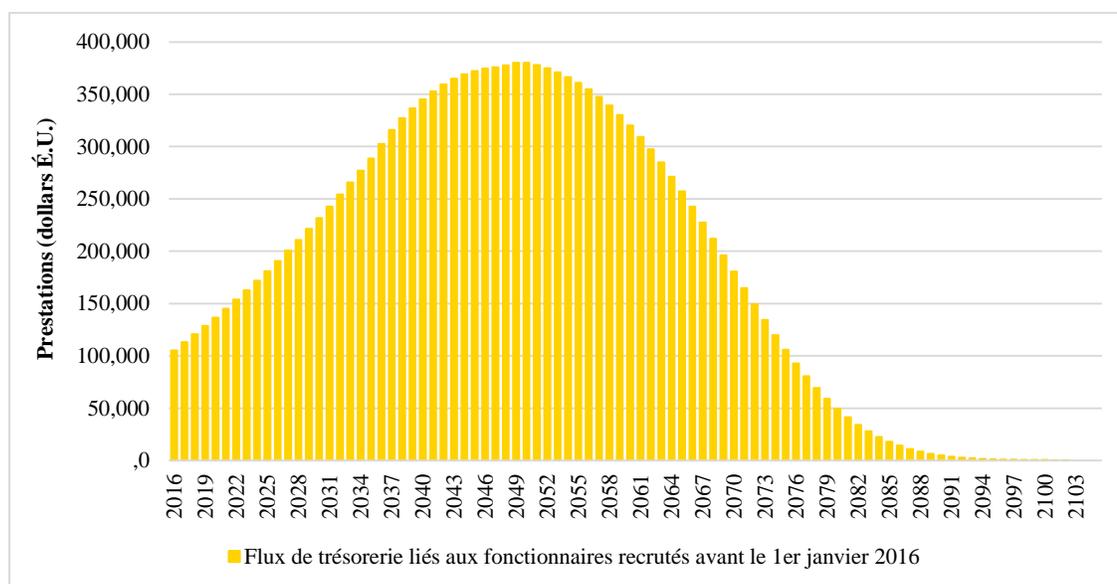
projets, l'Université des Nations Unies et ONU-Femmes, elles n'ont cependant pas été intégrées à l'ensemble présenté ci-après. Des projections distinctes ont été faites pour les opérations de maintien de la paix.

63. Les taux d'actualisation retenus par l'actuaire indépendant pour établir les projections à long terme relatives aux flux de trésorerie prévus sont identiques à ceux qui ont été utilisés pour la plus récente valorisation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Cependant, 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 décisions relatives au financement peuvent reposer sur des considérations plus réalistes quant aux possibilités d'investissement. Les projections établies par l'actuaire indépendant partent de l'hypothèse d'un taux de rendement des investissements (RDI) de 3,50 %. Le RDI est plus optimiste que les taux d'actualisation retenus pour la valorisation des engagements. 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.

64. La figure I illustre l'évolution sur 87 ans des engagements liés au personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2016 jusqu'à leur extinction sous l'effet de l'attrition en 2103. Sur la figure I comme sur les figures II et III ci-après, 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. Le total de ces engagements au 31 décembre 2015, calculé par l'actuaire indépendant pour les entités concernées par les projections ci-après, s'élevait à 4,3 milliards de dollars des États-Unis.

Figure I

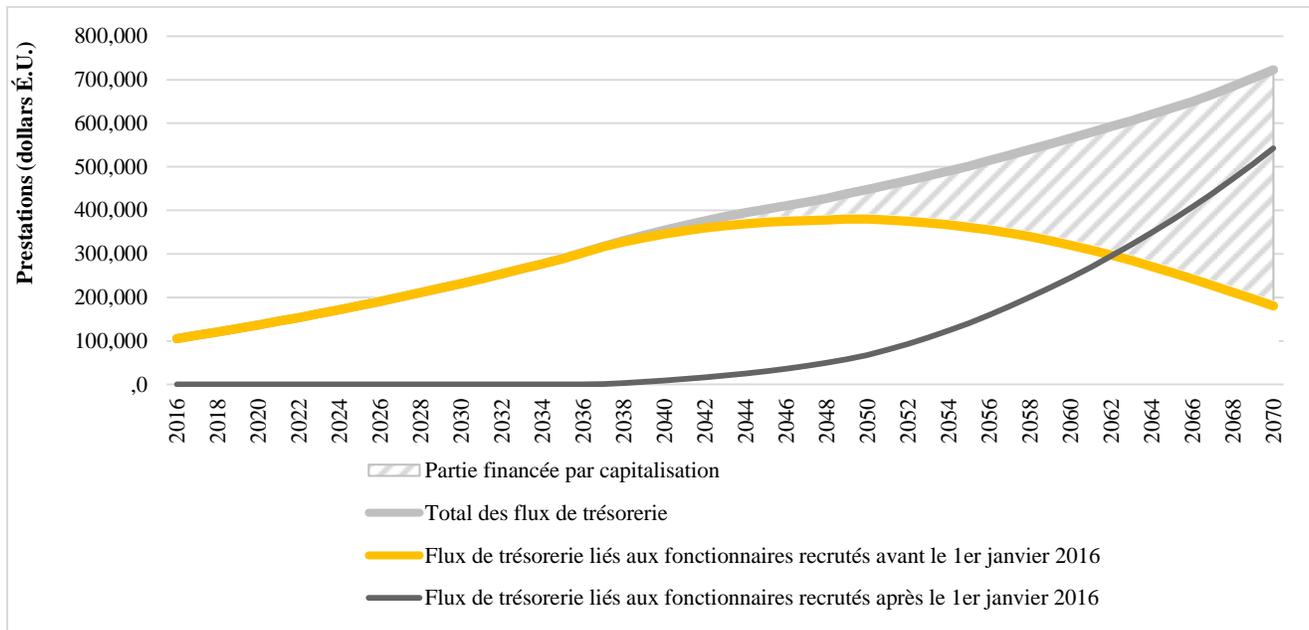
Évolution, jusqu'à leur extinction, des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service concernant le personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2016



65. La figure II donne à voir l'évolution des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service sur une cinquantaine d'années en l'absence de capitalisation. La courbe inférieure représente l'évolution des engagements concernant le personnel recruté à partir du 1^{er} janvier 2016 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 2016. La courbe supérieure représente l'évolution totale des deux engagements, c'est-à-dire celle de l'ensemble des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service financés par répartition. Comme le montrent les figures, en l'absence de capitalisation, la part des décaissements annuels de l'employeur devrait augmenter d'environ 100,0 millions de dollars des États-Unis tous les 10 ans.

66. Sur la figure II, la zone hachurée délimitée par la courbe supérieure et la courbe intermédiaire représente la part des engagements de l'Organisation 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 2018. 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 2070)



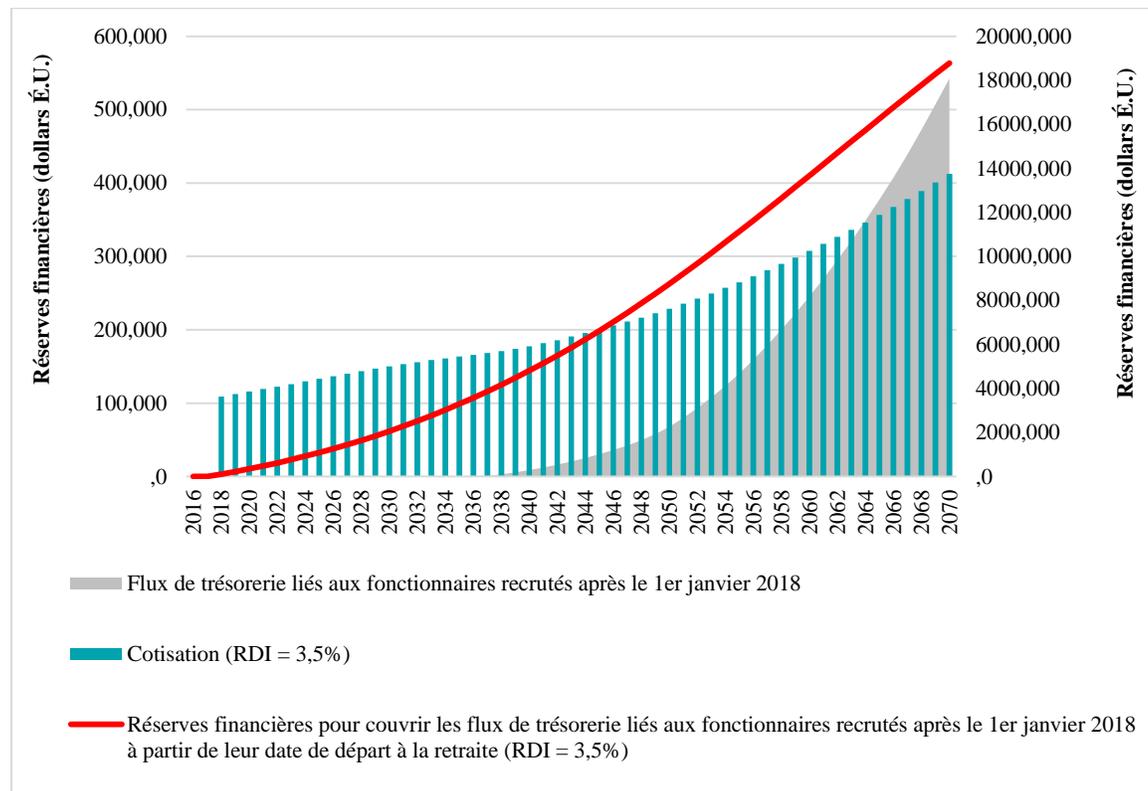
67. Comme on le voit sur la figure II, avec le temps, la part de l'employeur des prestations d'assurance maladie payables après la cessation de service aux fonctionnaires recrutés à partir du 1^{er} janvier 2018 devient supérieure à celle des prestations dues au personnel recruté avant cette date. À terme, lorsque les

engagements concernant les fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} janvier 2018 se seront éteints et que le mode de financement proposé aura porté ses fruits, la part de l'employeur – et, partant, les engagements des entités au titre de l'assurance maladie après la cessation de service – sera intégralement financée sur la réserve accumulée.

68. Il a également 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 2020 (coût des services rendus) ainsi que son taux de croissance projeté (coût financier). On entend par « par capitalisation intégrale » l'accumulation de réserves financières suffisantes pour, dans un premier temps, réduire d'abord et, dans un second, financer entièrement les charges prévues au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pour les jeunes retraités à partir du jour de leur départ à la retraite. Bien que la cotisation corresponde au financement des nouveaux engagements, elle est exprimée en pourcentage de la masse salariale (hors indemnité de poste), quelle que soit la date de recrutement des fonctionnaires.

69. La figure III illustre les conséquences du mode proposé pour le financement du coût des services rendus et du coût financier, sur la base d'une projection pour un groupe avec entrants et de l'hypothèse selon laquelle le nombre des fonctionnaires nouvellement recrutés pouvant bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service correspondra au nombre des fonctionnaires partant à la retraite pouvant également y prétendre. La part de l'employeur des prestations d'assurance maladie payables après la cessation de service au personnel recruté après le 1^{er} janvier 2018 y est représentée, de même que la cotisation sociale (6,17 % de la masse salariale sur la base d'un taux de rendement de 3,5 %) correspondant au financement proposé du coût des services rendus et du coût financier. La courbe représente l'accumulation de réserves correspondant au financement proposé. Les réserves financières qui apparaissent sur la figure, atteignant 18,8 milliards de dollars en 2070, sont nettes de la part de l'employeur des prestations payables au personnel recruté après le 1^{er} janvier 2018 et sont comptabilisées en contrepartie du passif dans la valorisation des engagements des organisations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. La réserve serait accumulée de la même façon si le mode de financement proposé était mis en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2020.

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 2018



70. Le tableau ci-après présente 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 de 6,17 % prélevée sur la masse salariale pour financer par capitalisation ces engagements pour le personnel recruté à partir du 1^{er} janvier 2020. Après un pic en 2050-2051, les engagements concernant le personnel recruté avant le 1^{er} janvier 2020 commencent à diminuer, tandis que la part financée par capitalisation du total des engagements continue de croître. En conséquence, à partir de l'exercice 2070-2071, 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, ces prestations grèveraient le budget de l'exercice 2068-2069 à hauteur de 1,4 milliard de dollars. Leur poids continuerait à augmenter au fil des exercices, puisque les charges dues au titre du financement par répartition ne seraient couvertes par aucune réserve de fonds.

Incidences sur les budgets biennaux des charges à payer au titre du financement par répartition et de la cotisation prélevée sur la masse salariale

(En milliers de dollars des États-Unis)

<i>Exercice biennal</i>	<i>Charges à payer au titre du financement par répartition</i>	<i>Cotisation sur la masse salariale</i>	Total
2020-2021	281 754	234 966	516 720
2048-2049	757 793	438 920	1 196 713
2068-2069	408 248	789 727	1 197 975

71. Même si 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 en limitant la croissance, l'Organisation des Nations Unies devrait continuer à financer par répartition les engagements nés avant le 31 décembre 2019 dans le cadre du régime par répartition. La diminution des engagements calculée pour un groupe fermé ne serait comptabilisée dans la valorisation des engagements des organisations qu'à partir du moment où le passif actuariel accumulé au 31 décembre 2019 commencerait à reculer en 2052, sous l'effet principalement de l'attrition, après un pic des versements de prestations estimé à 380,0 millions de dollars.

72. Recommandation F. Il est recommandé à l'Assemblée générale d'approuver le principe du financement par capitalisation des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pour les fonctionnaires recrutés à partir du 1^{er} janvier 2020 en vue de couvrir intégralement les montants payables à ces fonctionnaires dès la date de leur départ à la retraite. Il est également recommandé que le mode de financement proposé soit confirmé par l'Assemblée à sa soixante-douzième session après examen d'une projection intégralement détaillée reposant sur l'hypothèse d'une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2020.

Recommandation 8 : investissement des réserves

73. Il convient de rappeler que, comme indiqué dans le rapport du Secrétaire général (A/70/590), le Groupe de travail, en examinant les possibilités d'investissement des fonds réservés pour financer les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, a recommandé que les organisations du système des Nations Unies réfléchissent, par l'intermédiaire du Groupe de travail sur les services de trésorerie communs créé par le Réseau finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion, à l'opportunité 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.

74. Le Groupe de travail a signalé que le regroupement, à des fins d'investissement, des réserves prévues par différentes organisations au titre de l'assurance maladie soulèverait des difficultés particulières dues à la fois à la diversité des besoins et des niveaux de financement et à des questions d'appropriation et de gouvernance. Compte tenu de la conclusion selon laquelle il serait peu judicieux de recourir à des arrangements conjoints, le recours aux investissements combinés ne serait guère plus applicable. Néanmoins, la mise en commun des stratégies d'investissement et l'utilisation d'appels d'offres conjoints

pour des spécialistes de placement chargés des portefeuilles de chaque organisation sont des questions que le Groupe de travail compte approfondir.

75. Étant donné que l'Assemblée générale n'avait pas pris de décision concernant le financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service au moment où le Groupe de travail a formulé sa recommandation, le Comité consultatif n'était pas en mesure d'en préconiser l'approbation. Tout en n'excluant pas la possibilité de mettre en place un mécanisme interinstitutions chargé de placer les réserves accumulées, le Comité a néanmoins estimé que la recommandation du Groupe de travail ne manquait pas d'intérêt.

76. Le PNUD a lancé une invitation à soumissionner au nom du Fonds d'équipement des Nations Unies (FENU), du PNUD, du FNUAP, de l'UNICEF et d'ONU-Femmes, organisations ayant leur siège à New York, qui a abouti à la sélection de deux sociétés privées de gestion des investissements chargées de gérer les fonds destinés à couvrir les engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, soit un montant de plus de 1,1 milliard de dollars. Ces fonds sont investis conformément aux instructions données par un comité de gestion commun rassemblant des représentants des cinq organisations en question. Si les fonds sont mis en commun à des fins d'investissement, ils sont néanmoins conservés séparément par une même banque sur des comptes propres à chaque organisation. Cette coopération doit permettre de réduire les frais de gestion et d'améliorer le rendement des investissements tout en assurant une meilleure correspondance entre les actifs investis et les engagements correspondants.

77. Pour appuyer plusieurs organisations du système des Nations Unies qui ont mis de côté des fonds réservés à la couverture de leurs engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, le Groupe de travail sur les services de trésorerie communs examine les possibilités de collaboration sur le modèle de l'initiative du FENU, du PNUD, du FNUAP, de l'UNICEF et d'ONU-Femmes. Cet examen constituera une base de travail solide en attendant que l'Assemblée générale et les autres organes directeurs du système des Nations Unies se prononcent sur la question du financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

78. Recommandation G. Il est recommandé que le Groupe de travail sur les services de trésorerie communs, créé par le Réseau finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion, continue de favoriser la coopération interinstitutions dans le domaine de l'investissement des fonds réservés au financement des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

79. L'Assemblée générale souhaitera peut-être :

- a) Prendre note avec intérêt du présent rapport de suivi;
- b) Faire siennes les recommandations A à G qui y sont formulées;
- c) Prier le Secrétaire général de maintenir le Groupe de travail et de lui rendre compte de ces questions à sa soixante-treizième session, en particulier en ce qui concerne les conclusions du Groupe de travail sur la possibilité de faire admettre les assurés au bénéfice des régimes d'assurance maladie nationaux des États Membres à titre principal.