



联合国
粮食及
农业组织

Food and Agriculture
Organization of the
United Nations

Organisation des Nations
Unies pour l'alimentation
et l'agriculture

Продовольственная и
сельскохозяйственная организация
Объединенных Наций

Organización de las
Naciones Unidas para la
Alimentación y la Agricultura

منظمة
الغذية والزراعة
للأمم المتحدة

F

COMITÉ FINANCIER

Cent soixantième session

Rome, 2-6 novembre 2015

**Financement des obligations au titre de l'assurance maladie
après cessation de service**

Pour toute question relative au contenu du présent document, prière de s'adresser à:

Mme Monika Altmaier

Directrice du Bureau des ressources humaines

Tél.: +3906 5705 6422

Le code QR peut être utilisé pour télécharger le présent document. Cette initiative de la FAO vise à instaurer des méthodes de travail et des modes de communication plus respectueux de l'environnement.

Les autres documents de la FAO peuvent être consultés à l'adresse www.fao.org.



mo831

RÉSUMÉ

- La question de l'engagement que représente pour la FAO le financement d'une partie des dépenses d'assurance maladie de ses fonctionnaires à la retraite (assurance maladie après cessation de service ou AMACS) est à l'examen depuis de nombreuses années et l'Organisation devant désormais, suite à l'adoption des normes comptables internationales pour le secteur public (normes IPSAS), faire apparaître cette obligation dans ses états financiers, la question du non-financement des obligations accumulées est plus manifeste.
- À sa cent cinquante-septième session, tenue en mars 2015, le Comité financier a examiné le document FC 157/6 intitulé «Évaluation actuarielle des obligations relatives au personnel – 2014», qui contenait des informations détaillées sur l'ampleur des obligations accumulées au titre de l'AMACS au 31 décembre 2014. Le Comité a reconnu l'importance de cette question très complexe et rappelé qu'il l'avait régulièrement examinée et commentée au cours de ses sessions précédentes. Il a encouragé le Secrétariat à continuer à prendre une part active dans la recherche, dans le cadre du Régime commun des traitements et indemnités, d'une solution à ce problème, notamment en siégeant au sein du Groupe de travail de l'ONU sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.
- On trouvera dans le présent document un point sur les dernières discussions consacrées à cette question au sein du système des Nations Unies et des explications plus détaillées sur certaines possibilités concernant le financement et la limitation du coût des obligations au titre de l'AMACS.

INDICATIONS QUE LE COMITÉ FINANCIER EST INVITÉ À DONNER

- Le Comité est invité à examiner les informations présentées et à donner les points de vue ou indications qu'il juge utiles.

Projet d'avis

Le Comité:

- **a pris note des informations données sur les travaux en cours au sein du Groupe de travail de l'ONU sur l'assurance maladie après la cessation de service;**
- **a encouragé le Secrétariat à continuer de participer au Groupe de travail afin d'examiner des options qui permettraient à la FAO de remédier au déficit de financement des obligations au titre de l'AMACS;**
- **a demandé instamment au Secrétariat de ne pas relâcher l'effort qui est fait pour limiter le coût de l'actuel plan d'assurance maladie.**

A. Introduction

1. Depuis la réunion du Comité financier de mars 2015, le Secrétariat a poursuivi ses efforts afin de trouver une solution optimale au problème de l'AMACS, notamment en consultant les organisations qui appliquent le régime commun des Nations Unies et en participant aux travaux du Groupe de travail sur l'assurance maladie après la cessation de service du Réseau finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion, en juin, à Genève, et en septembre, à Rome. La FAO est un membre actif du comité directeur de ce groupe de travail.

B. État d'avancement des travaux du Groupe de travail de l'ONU sur l'assurance maladie après la cessation de service

2. Le Groupe de travail a procédé à des analyses quantitatives et qualitatives des plans; il s'est notamment intéressé aux conditions d'ouverture des droits, à la couverture offerte, aux aspects démographiques, au coût, et aux hypothèses retenues pour les évaluations.

3. Le rapport du Groupe de travail compte quatre composantes:

Composante A: Analyse des coûts et dispositions administratives

Composante B: Examen du cadre du système des Nations Unies relatif à l'assurance maladie après la cessation de service

Composante C: Détermination et présentation du montant des obligations

Composante D: Autres possibilités pour financer les obligations

COMPOSANTE A: ANALYSE DES COÛTS ET DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

4. La composante A traitait de plusieurs questions, notamment: la diversité des plans d'assurance maladie; le choix entre développement des capacités en interne et externalisation; les régimes communs d'assurance maladie et le regroupement au niveau mondial; la comparaison des conditions d'assurance; les modifications structurelles des conditions d'assurance; et les droits acquis.

5. Les recommandations ci-après ont été présentées au titre de la composante A.

Recommandation 1: Négociations collectives avec les administrateurs tiers

6. Il conviendrait que les organismes du système des Nations Unies négocient avec les administrateurs tiers de façon collective afin d'obtenir le meilleur prix pour les services administratifs et l'accès réseau. Pour favoriser ces négociations collectives, il conviendrait que les organismes créent et tiennent à jour une base de données commune qui contiendrait des informations sur les aspects démographiques, les plans, les demandes de remboursement, les clauses des contrats conclus avec les administrateurs tiers, les dépenses de personnel et les cas de fraude.

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

7. Il conviendrait que les organismes administrant eux-mêmes leurs plans recensent les secteurs où les demandes de remboursement sont nombreuses et où les soins sont chers, et pour lesquels des négociations collectives avec les prestataires de soins de santé pourraient déboucher sur des économies et/ou des améliorations opérationnelles substantielles. Ces organismes devraient mettre en place des

procédures communes pour pouvoir négocier collectivement avec les prestataires de soins de santé et les réseaux de prestataires afin d'obtenir le meilleur accès possible à des soins de santé de qualité et le meilleur prix, et de réduire autant que possible les variations de prix.

8. Il conviendrait que ces organismes alimentent la base de données commune du système des Nations Unies, créent une base de données commune similaire et fournissent des informations supplémentaires sur les pratiques des prestataires de soins de santé, les clauses des contrats et les évaluations de la qualité.

Recommandation 3: Examens des garanties et négociations avec les assureurs

9. Afin d'avoir une base solide pour contester les clauses des assureurs, les organismes dont les plans sont assurés par un assureur externe devraient procéder à des examens périodiques des garanties, dont il faudrait partager les résultats au sein du système des Nations Unies aux fins de comparaison.

**COMPOSANTE B: EXAMEN DU CADRE DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES
RELATIF À L'ASSURANCE MALADIE APRÈS LA CESSATION DE SERVICE**

10. Le Groupe de travail a mené ses travaux dans un souci de satisfaction des impératifs sur le plan social. Du fait de la mobilité des fonctionnaires du système des Nations Unies, des fonctionnaires retraités et des membres de leur famille, la couverture d'assurance maladie fournie sous les auspices des organismes des Nations Unies remplace celle fournie par les systèmes nationaux de sécurité sociale et les systèmes locaux d'assurance maladie complémentaire.

11. En plus d'avoir analysé les différentes options possibles pour limiter le coût des assurances, le Groupe de travail a procédé à des recherches de haut niveau sur les plans nationaux d'assurance maladie aux États-Unis, en France, en Suisse, en Italie et au Royaume-Uni. Avec ces recherches, le Groupe de travail voulait répondre à la question de savoir si l'on pouvait reproduire ailleurs l'expérience positive de l'ONU aux États-Unis, où l'Organisation a exploité le programme Medicare en exigeant des personnes couvertes satisfaisant aux critères d'admission qu'elles souscrivent au volet B de ce programme. Les organismes du système des Nations Unies pourraient, le cas échéant, intégrer des obligations similaires dans leurs plans d'assurance maladie et réduire ainsi le coût de la couverture offerte au titre de l'assurance maladie après la cessation de service sans toutefois réduire la couverture.

12. Deux recommandations ont été présentées au titre de la composante B.

Recommandation 1: Régimes nationaux d'assurance maladie

13. Il conviendrait de demander au Groupe de travail de continuer à étudier la faisabilité et les incidences financières de l'intégration, dans les plans d'assurance maladie du système des Nations Unies, de l'obligation, pour le bénéficiaire, de souscrire, le cas échéant, à un régime national d'assurance maladie; et d'entamer un dialogue avec les États Membres s'agissant de l'ouverture du droit, pour les (anciens) fonctionnaires, à une couverture de base au titre de ces régimes.

Recommandation 2: Élargissement du mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies

14. S'il ne faut pas élargir le rôle de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, et notamment de la Division de la gestion des investissements, il conviendrait cependant, comme l'a recommandé le CCQAB¹, de demander à la Caisse de partager son expérience de la centralisation et de

¹ Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires.

l'administration d'un plan complexe dans lequel interviennent plusieurs employeurs, en vue du regroupement éventuel des organismes du système des Nations Unies pour la gestion commune de l'assurance maladie après la cessation de service.

COMPOSANTE C: DÉTERMINATION ET PRÉSENTATION DU MONTANT DES OBLIGATIONS

15. Le Groupe de travail a eu du mal à trouver de la cohérence dans la façon dont les différents organismes du système des Nations Unies représentés dans l'enquête déterminent le montant de leurs obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Il a proposé qu'un sous-groupe mette au point une approche commune pour l'évaluation actuarielle des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service à l'échelle du système des Nations Unies.

16. Au total, dans l'ensemble du système des Nations Unies, les obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service sont passées de 12,1 milliards d'USD en 2012 à 16,1 milliards d'USD en 2014. Ces obligations représentent la valeur actuelle de la partie constatée des prestations qui seront dues aux fonctionnaires en poste et aux retraités, calculée fin 2014 conformément aux normes IPSAS. Ces obligations s'accroissent chaque année du fait de la constatation de nouveaux droits à prestation pour les fonctionnaires en poste («coût des services rendus au cours de la période») et de l'augmentation de la valeur actuelle des obligations futures en termes de prestations à mesure que l'on approche du moment du règlement («coût financier»). Les obligations sont en principe réduites par le paiement des frais médicaux des retraités. Ces obligations sont présentées avant déduction des fonds mis en réserve aux fins de leur paiement.

Tableau 1

Organisme	Siège	Montant total des obligations comptables (USD)	Fonds mis en réserve pour les obligations (USD)	Fonds mis en réserve pour les obligations (en pourcentage)
FIDA	Rome	95 900 000	Information non fournie	Information non fournie
PAM	Rome	477 813 075	389 900 000	82 %
FAO	Rome	1 239 700 000	351 760 000	28 %
OMPI	Genève	156 500 000	84 600 000	54 %
OMS, CIRC, CIC, OPS, ONUSIDA, UNITAID	Genève	1 918 060 177	676 882 039	35 %
HCR	Genève	545 477 000	31 700 000	6 %
UIT	Genève	519 413 374	8 105 370	2 %
OIT	Genève	1 088 200 000	2 400 000	<1 %
OMM	Genève	53 740 600	-	0 %
ITC	Genève	79 845 000	-	0 %
OMI	Londres	47 567 646	Information non fournie	Information non fournie
FNUAP	New York	282 022 000	162 048 000	57 %
PNUD	New York	1 141 510 000	500 000 000	44 %
UNICEF	New York	1 081 081 000	390 092 000	36 %
Secrétariat de l'ONU	New York	5 552 538 000	-	0 %
AIEA	Vienne	202 798 000	-	0 %
ONUDI	Vienne	202 797 200	-	0 %
OACI	Montréal	112 000 000	1 000 000	1 %
OMC	Madrid	18 465 093	1 599 943	9 %
UNOPS	Copenhague	52 308 000	-	0 %
UNESCO	Paris	1 248 470 000	-	0 %
Total		16 116 206 165	2 561 947 352	17 %

17. La recommandation ci-après a été présentée au titre de la composante C.

Recommandation 1: Harmoniser la méthode générale d'évaluation et la définition et l'application de facteurs clés pour l'évaluation des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

18. Il conviendrait que le Groupe de travail coordonne ses efforts avec le Groupe de travail sur les normes comptables du Réseau finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion afin d'harmoniser à la fois la méthode générale d'évaluation des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et la définition et l'application de facteurs clés pour l'évaluation.

COMPOSANTE D: AUTRES POSSIBILITÉS POUR FINANCER LES OBLIGATIONS

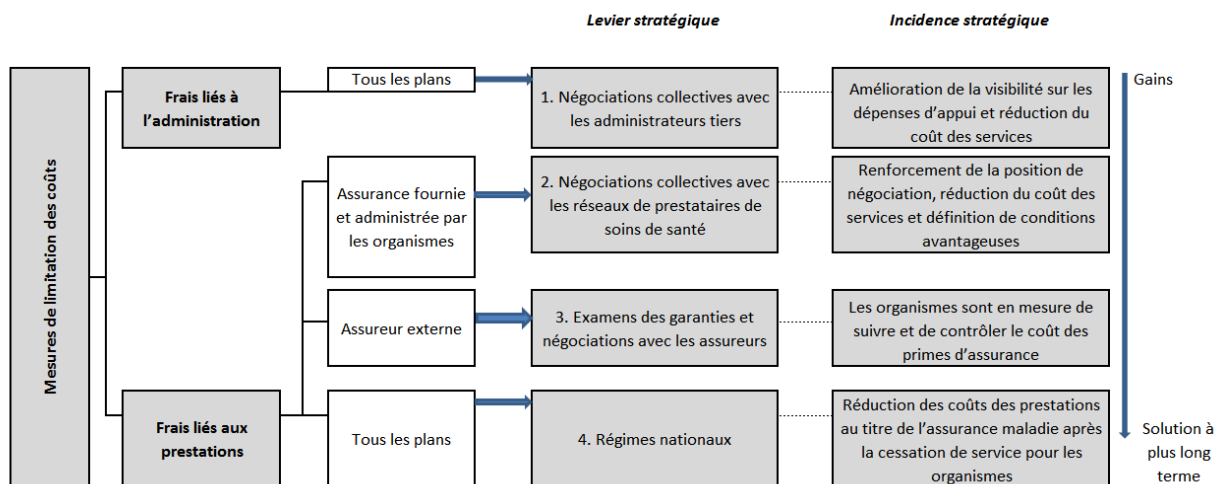
Point de vue du CCQAB sur les obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

19. Certains organismes ont constitué des réserves pour faire face à leurs obligations futures au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Il a été déterminé que la valeur des actifs que les organismes représentés dans l'enquête du groupe de travail ont mis en réserve pour couvrir leurs obligations au titre de l'AMACS s'élève au total à un peu moins de 2,6 milliards d'USD, ce qui donne en 2014 un déficit de financement de quelque 13,5 milliards d'USD (17,0 pour cent des obligations étant financées).
20. Peu d'organismes financent activement le coût des services rendus au cours de la période et le coût financier, lesquels contribuent beaucoup à l'augmentation des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Si elle atténue les incidences budgétaires à court terme, cette approche entraîne, sur le long terme, une augmentation du volume des fonds qu'il faudra au final réaffecter à la couverture des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et qui ne pourront donc pas servir à l'accomplissement des missions.
21. Certains organismes ont mis au point des stratégies d'investissement et des stratégies de change adaptées à leurs obligations. Le Groupe de travail a étudié la possibilité de créer un mécanisme interorganisations pour l'investissement des réserves constituées aux fins de la couverture des obligations au titre de l'AMACS. La création d'un tel fonds d'investissement nécessiterait la mise en place de plusieurs éléments, notamment: des mécanismes de gouvernance distincts et indépendants, des lignes directrices et orientations claires pour les investissements tenant bien compte des risques, des mécanismes de communication des informations et des mécanismes comptables distincts, une vérification indépendante des comptes ainsi que des points de référence. En attendant que le Groupe de travail approfondisse l'analyse de cette possibilité, les organismes peuvent envisager de coopérer avec leurs homologues du système des Nations Unies en vue d'exploiter au mieux les accords conclus avec les gestionnaires d'actifs externes et de maximiser les rendements, tout en réduisant autant que possible les frais de gestion.
22. Les recommandations ci-après ont été formulées au titre de la composante D.
- Recommandation 1: Financement des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service*
23. Il conviendrait que les organismes changent de logique et financent leurs obligations au titre de l'AMACS lorsque celles-ci sont constatées et non plus lorsque celles-ci doivent être réglées.
24. Plus précisément, les chefs de secrétariat devraient gérer les fonds extrabudgétaires de façon à s'assurer qu'aucun compte avec des obligations non financées ne soit clos avant que les obligations ne soient soldées par l'affectation de fonds disponibles à ces obligations reconnues. Les organismes devraient envisager d'intégrer le coût standard des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service – au minimum le coût des services rendus au cours de la période, plus les intérêts correspondants – dans le coût du personnel. Pour les organismes financés au moyen de contributions statutaires, il conviendrait que les États Membres intègrent, à l'avenir, le coût total des obligations, au moment de leur constatation, dans les budgets statutaires, et ce de façon progressive à court ou à moyen terme. Une autre solution serait que les Membres et les autres parties contributrices envisagent de faire un versement unique aux organismes pour couvrir les déficits historiques de financement des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

Recommandation 2: Placement des réserves

25. En attendant que le Groupe de travail approfondisse l'analyse de la création d'un mécanisme interorganisations pour l'investissement des réserves accumulées aux fins de la couverture des obligations au titre de l'AMACS, les organismes du système des Nations Unies devraient, le cas échéant, coopérer afin d'exploiter au mieux les accords conclus avec les gestionnaires d'actifs externes et de maximiser les rendements, tout en réduisant autant que possible les frais de gestion.

26. Au titre des questions diverses, le Groupe de travail a aussi analysé et proposé plusieurs mesures de limitation des coûts, présentées dans la figure ci-dessous.



27. Lors de ses délibérations, le Groupe de travail a aussi traité des options ci-après pour les futures obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

Tableau 2

Option	Description
Conserver les plans existants	Conserver les 23 plans sans modification de l'architecture, des prestations, des conditions d'ouverture des droits, etc. Utiliser les 4 leviers de réduction des coûts Exiger le financement adéquat des obligations actuelles
Réformer les plans existants	Conserver les 23 plans et proposer, sans obligation, le regroupement de certains d'entre eux Modifier les conditions d'ouverture des droits et les prestations pour les nouveaux arrivants après une date ultérieure Conserver les droits et avantages acquis pour les participants actuels Mettre au point une nouvelle approche pour permettre la mobilité au sein du système des Nations Unies pour les participants actuels et les participants aux plans Exiger le financement adéquat des obligations actuelles
Créer un nouvel ensemble de plans	Harmoniser les plans d'assurance en un seul ensemble de plans pour les nouveaux arrivants après une date ultérieure Gérer de façon centralisée les risques et le financement mis en commun de façon à permettre la mobilité au sein du système des Nations Unies (sur le modèle de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies)

	Définir de nouvelles conditions d'ouverture des droits et prestations pour les nouveaux arrivants Préserver les droits acquis pour les participants actuels et maintenir ceux-ci dans les plans existants Établir une feuille de route pour le financement et l'élimination progressive (avec maintien des droits acquis) des plans existants à mesure que les nouveaux arrivants souscrivent aux nouveaux plans Exiger le financement adéquat des obligations actuelles
--	---

C. Prochaines étapes pour le système des Nations Unies

28. Le rapport du Groupe de travail va être présenté à l'Assemblée générale pour décision sur les prochaines étapes.

Options dont dispose la FAO pour remédier au déficit de financement des obligations au titre de l'AMACS

29. On rappellera que la FAO a déjà mis en œuvre certaines des recommandations du Groupe de travail. Depuis le 1^{er} janvier 1998, le coût des prestations dues au titre des services rendus au cours de la période par les fonctionnaires relevant du Programme ordinaire est financé à chaque exercice biennal sur les crédits ouverts au titre du Programme ordinaire, et est inscrit au titre de dépenses dans les comptes officiels. Le coût des prestations au titre des services rendus au cours de la période concernant les membres du personnel relevant des fonds extrabudgétaires est imputé aux dépenses des projets du fonds fiduciaire correspondant et, à ce titre, est financé par les recettes des projets. Par ailleurs, des contributions supplémentaires, d'un montant de 14,1 millions d'USD, mises en recouvrement auprès des Membres, ont été approuvées par la Conférence depuis 2004-2005 afin d'assurer un financement partiel. Ces contributions distinctes s'ajoutent aux crédits budgétaires approuvés aux fins du financement du programme de travail. En conséquence, comme on le voit dans le tableau 1, des fonds ont été mis en réserve à raison d'environ 28 pour cent des obligations comptables totales de la FAO.

30. Concernant le déficit de financement, le Secrétariat a proposé, à la cent cinquante-sixième session du Comité financier (FC 156/5), les options ci-après, qui ne s'excluent pas mutuellement et peuvent dans certains cas se combiner.

- a) Trouver un financement supplémentaire
- b) Ajuster le plan d'assurance et les dispositions relatives à la répartition des coûts
- c) Adopter des mesures de limitation des coûts
- d) Faire couvrir les obligations par un assureur

31. Aucune mesure n'a été prise s'agissant des options a) et d), mais le Secrétariat envisage les mesures ci-après pour ajuster le plan d'assurance et les dispositions relatives à la répartition des coûts.

1. Pour le BMIP/MMBP, abandonner la prime fixe et calculer la prime sur un pourcentage de la rémunération effectivement perçue ou de l'intégralité de la pension, en suivant les pourcentages ci-après et sans plafond:

Type de BMIP	Pourcentage
Célibataire	1,50 %
Membre du personnel + 1 personne à charge	3,00 %
Membre du personnel + 2 personnes à charge	3,78 %
Membre du personnel + 3 personnes à charge	4,56 %
Membre du personnel + 4 personnes à charge	5,34 %

2. Ne plus couvrir les nouvelles recrues des services généraux affectés hors Siège avec le BMIP/MMBP mais avec le MICS A

- a) Le MICS A est un plan d'assurance maladie que le PAM utilise pour son personnel recruté localement. Ce plan offre des prestations moins importantes et a une limite très basse (60 000 USD, contre un million d'USD avec le BMIP).
- b) Les conditions d'ouverture à droits au titre du MICS A sont basées sur la circulaire ST/IC/2009/25 relative au classement des lieux d'affectation et aux prestations spéciales auxquelles ont droit les fonctionnaires en poste dans certains lieux d'affectation. S'agissant de la souscription au MICS A, tous les lieux d'affectation classés dans la catégorie H resteront dans le BMIP et tous les autres relèveront du MICS A.
- c) Les lieux d'affectation ci-après ne seraient pas concernés par le passage au MICS A: Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse.

32. Le Secrétariat prévoit d'étudier plus avant la possibilité d'une utilisation combinée des régimes nationaux d'assurance maladie et du plan de la FAO.

33. Dans les pays où le système national d'assurance maladie offre une couverture raisonnable, ce système national pourrait devenir la couverture de base et le plan d'assurance de la FAO pourrait venir en complément afin de fournir une couverture supplémentaire et de combler les lacunes dans la couverture offerte par le système national. L'examen de cette possibilité nécessite une analyse plus approfondie des législations nationales.