



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 quatre-vingt-onzième session**

**Rome, 16-20 mai 2022**

**Évaluation actuarielle des obligations relatives au personnel – 2021**

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

**M. Aiman Hija**  
**Directeur et Trésorier, Division des finances**  
**Tél.: +3906 5705 4676; courriel: [Aiman.Hija@fao.org](mailto:Aiman.Hija@fao.org)**

*Les documents peuvent être consultés à l'adresse [www.fao.org](http://www.fao.org).*

## RÉSUMÉ

- Le présent document est divisé en deux parties: A et B.
- La **partie A** fournit au Comité financier (ci-après dénommé «le Comité») des informations à jour sur les résultats préliminaires de l'évaluation actuarielle des obligations de l'Organisation au titre des plans en faveur du personnel (ci-après dénommés «les plans»), au 31 décembre 2021. Elle comporte quatre sections:
  - La section I, *Introduction*, donne une description des plans qui prévoient des prestations spécifiques pour le personnel à la cessation de service et en cas de maladie ou d'accident lié au travail. On y explique également l'objectif des évaluations actuarielles annuelles.
  - La section II, *Résultats des évaluations actuarielles*, fait le point sur l'ensemble des obligations liées aux plans aux 31 décembre 2021, 2020 et 2019 et présente les principales hypothèses utilisées pour ces évaluations. En 2021, le montant total des obligations au titre des plans a augmenté de 40,3 millions d'USD, passant de 1 499,5 millions d'USD au 31 décembre 2020 à 1 539,8 millions d'USD au 31 décembre 2021. Les différentes raisons de cette augmentation sont expliquées dans la même section.
  - La section III, *Situation financière actuelle*, indique le montant total des obligations comptabilisées, ainsi que le total des obligations nettes inscrites au bilan au titre des plans, sur la base des évaluations actuarielles; elle présente également le montant total des obligations financées et non financées aux 31 décembre 2021, 2020 et 2019, respectivement. Au 31 décembre 2021, le montant total des obligations non financées se chiffrait à 868,3 millions d'USD, contre 860,0 millions d'USD au 31 décembre 2020.
  - La **partie B** répond à la demande formulée par le Comité à sa cent quatre-vingt-huitième session. Celui-ci a appelé la Direction à étudier des solutions qui permettraient de remédier au déficit de financement, à la lumière des réflexions menées à ce sujet par l'Assemblée générale des Nations Unies, tout en soulignant qu'il était important que les organismes adhérant au régime commun des Nations Unies adoptent une même approche. La partie B comporte six sections:
    - La section I, *Introduction*, décrit le plan général d'assurance médicale (BMIP) et l'assurance médicale gros risques (MMBP), en détaillant davantage les composantes des obligations au titre de l'assurance maladie après cessation de service (AMACS) et leur évolution au cours des dernières années.
    - La section II, *Initiatives relatives aux ressources humaines*, présente les différentes initiatives de maîtrise des coûts qui ont permis d'abaisser le montant des demandes de remboursement et, partant, d'accroître les projections actuarielles des obligations au titre de l'AMACS.
    - La section III, *Analyse comparative des plans d'assurance maladie après cessation de service au sein du système des Nations Unies*, compare les obligations et les fonds disponibles au titre de l'AMACS à la FAO et dans d'autres organismes du système des Nations Unies.
    - La section IV, *Position de l'Organisation des Nations Unies*, contient les dernières informations présentées et examinées par l'Assemblée générale des Nations Unies à la suite du rapport du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (ONU) sur la gestion de l'assurance maladie après la cessation de service (A/76/373).

- La section V, *Stratégies à long terme*, porte sur les stratégies envisagées par la FAO et par diverses autres entités des Nations Unies. Ces stratégies consistent notamment à s'appuyer sur les régimes nationaux d'assurance maladie, à accroître les déductions sur la masse salariale, à augmenter les allocations budgétaires et à effectuer des apports monétaires.
- La section VI, *La voie à suivre*, porte sur des études de propositions visant à réduire le montant des obligations non financées, que l'Organisation a prévu de faire réaliser et dont les résultats seront communiqués à une session ultérieure du Comité financier.

#### INDICATIONS QUE LE COMITÉ FINANCIER EST INVITÉ À DONNER

- Le Comité financier est invité à prendre acte des résultats de l'évaluation actuarielle de 2021 et de la situation financière présente, ainsi que de la comptabilisation et du financement des obligations qui incombaient à l'Organisation au titre des plans en faveur du personnel au 31 décembre 2021.
- Le Comité financier est invité également à prendre acte des efforts déployés actuellement pour étudier d'autres stratégies et solutions qui permettraient de financer les obligations relatives au personnel et à faire rapport au Conseil en conséquence.

#### Projet d'avis

##### **Le Comité financier:**

- **a noté que, au 31 décembre 2021, le montant total des obligations relatives au personnel s'élevait à 1 539,8 millions d'USD, soit une augmentation de 40,3 millions d'USD par rapport à l'évaluation arrêtée au 31 décembre 2020;**
- **a noté également que l'augmentation nette de l'évaluation constatée au 31 décembre 2021 était essentiellement due aux changements attendus de la valeur des obligations sous l'effet de la modification des hypothèses actuarielles;**
- **a constaté que les obligations au titre de l'assurance maladie après cessation de service (AMACS) présentaient un important déficit de financement;**
- **s'est félicité de l'accroissement minime des obligations grâce aux mesures de maîtrise des coûts et a exhorté le Secrétariat à poursuivre les efforts en ce sens;**
- **a pris acte du fait que les plans d'assurance maladie de l'Organisation étaient globalement en accord avec ceux des autres organismes du système des Nations Unies pour ce qui était des conditions d'admissibilité et de la couverture;**
- **a pris note des résultats de l'étude d'autres stratégies et solutions qui permettraient de financer les obligations relatives au personnel et du fait que le Secrétariat ferait rapport au Comité financier, à une session ultérieure, au sujet des études plus approfondies concernant les propositions formulées.**

## PARTIE A

### I. Introduction

1. La FAO (dénommée ci-après «l'Organisation») dispose de quatre plans (dénommés ci-après «les plans») prévoyant des prestations en faveur du personnel soit à la cessation de service, soit en cas de maladie ou d'accident du travail. Ces plans sont les suivants:

- Régime des indemnités pour cessation de service (RICS) – Les dispositions de ce régime ne s'appliquent qu'aux agents des services généraux en poste au Siège. Les indemnités sont versées à ceux-ci au moment où ils quittent le service de l'Organisation ou en cas de promotion à la catégorie du cadre organique.
- Fonds des indemnités de départ (FID) – Il comprend les indemnités payables au personnel au moment de la cessation de service, notamment la prime de rapatriement, les frais du voyage de rapatriement et du déménagement, le versement en compensation des jours de congé annuel accumulés et, le cas échéant, l'indemnité de licenciement et le capital décès.
- Assurance maladie après cessation de service (AMACS) – L'AMACS est un plan d'assurance maladie destiné aux fonctionnaires retraités et aux membres de leur famille qui remplissent certaines conditions d'admissibilité. L'équivalent de l'AMACS pour les fonctionnaires en activité est le plan général d'assurance médicale (BMIP). L'AMACS et le BMIP assurent le remboursement partiel de certains frais (hôpital, médecin, dentiste, psychiatre, physiothérapie, centre de soins palliatifs, verres correcteurs), sous réserve de diverses limitations et exclusions. Les primes de l'AMACS sont partagées nominalement entre les fonctionnaires retraités et l'Organisation.
- Fonds de réserve du plan d'indemnisation du personnel (FRPI) – Ce fonds vise à servir certaines prestations aux fonctionnaires et aux ressources humaines hors fonctionnaires (y compris les consultants et les personnes employées au titre d'un accord de service personnel) en cas d'accident, de maladie ou de décès imputables à l'exercice de leurs fonctions au service de l'Organisation. Ces prestations comprennent une rente ou une somme forfaitaire (complétant les prestations de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, le cas échéant) versées en cas de décès ou d'invalidité et le remboursement des dépenses médicales, frais d'hospitalisation et autres coûts directement liés au préjudice subi, dans une mesure raisonnable.

2. Tous les plans susmentionnés sont traités par l'Organisation comme des régimes à prestations définies. Pour se conformer aux exigences en matière de publication de l'information financière, l'Organisation charge, chaque année, une société extérieure d'actuaire d'effectuer une évaluation de tous les plans, afin:

- a) de déterminer ses obligations globales au titre des plans;
- b) d'établir les dépenses annuelles requises pour le fonctionnement des plans;
- c) de calculer les taux de contributions recommandés pour financer intégralement les obligations;
- d) de disposer des informations nécessaires pour établir les états financiers réglementaires.

3. Les évaluations actuarielles de 2021, 2020 et 2019 ont été réalisées par Aon Hewitt ([www.aon.com](http://www.aon.com)). Le présent document, qui se réfère aux résultats de l'évaluation actuarielle arrêtée au 31 décembre 2021, décrit la situation financière actuelle ainsi que la comptabilisation et le financement des obligations de l'Organisation, et fournit des informations au 31 décembre 2020 et 2019, à titre de comparaison.

## II. Résultats des évaluations actuarielles

4. On trouvera, au tableau 1, une comparaison de l'ensemble des obligations actuarielles, par plan, aux 31 décembre 2021, 2020 et 2019.

Tableau 1

<i>(en millions d'USD)</i>								
Plan	2021	Hausse/ (Baisse)		2020	Hausse/ (Baisse)		2019	
		millions d'USD	%		millions d'USD	%		
FRPI	23,1	0,1	0,4 %	23,0	0,3	1,3 %	22,7	
FID	75,8	5,1	7,2 %	70,7	8,2	13,1 %	62,5	
RICS	47,5	(4,9)	-9,4 %	52,4	4,2	8,7 %	48,2	
AMACS	1 393,4	40,0	3,0 %	1 353,4	5,2	0,4 %	1 348,2	
<b>Total des obligations actuarielles</b>	<b>1 539,8</b>	<b>40,3</b>	<b>2,7 %</b>	<b>1 499,5</b>	<b>17,9</b>	<b>1,2 %</b>	<b>1 481,6</b>	

5. L'augmentation nette des obligations actuarielles entre 2020 et 2021 est de 40,3 millions d'USD. Cette évolution en valeur se décompose comme suit:

Tableau 1a

Facteurs d'évolution des plans entre 2020 et 2021	Variations Millions d'USD
Changement attendu, sans nouveaux participants*	36,7
Augmentation des taux d'actualisation	(126,0)
Hausse prévue de 0,4 % des dépenses annuelles au titre de l'assurance maladie	115,1
Demandes de remboursement, dépenses administratives et évolution des taux tendanciels de variation**	6,1
Baisse prévue de l'inflation générale/des traitements du personnel***	7,9
Actualisation des hypothèses relatives à la mortalité des bénéficiaires de rente	1,6
Tous les autres facteurs	(1,1)
<b>Augmentation nette totale</b>	<b>40,3</b>
* Augmentation attendue en raison des frais de service et du coût des intérêts, compensée par la baisse liée aux prestations effectivement versées	
** Y compris l'effet de la variation du taux de change au comptant EUR-USD de l'année précédente	
*** À l'exclusion de l'incidence d'une inflation générale moindre sur la hausse des coûts de l'AMACS	

6. L'évaluation actuarielle des plans exige que la FAO adopte certaines hypothèses afin d'estimer au mieux le coût de la fourniture des prestations à son personnel. Ces hypothèses sont à la fois démographiques (par exemple, taux de mortalité effectif/estimé, taux de rotation du personnel, pourcentage de demandes de remboursement au titre des assurances maladie) et financières (par exemple, taux d'actualisation, montant futur des traitements et des prestations, dépenses médicales futures). En raison de la variation de ces facteurs, tant internes qu'externes, la FAO et les actuaires conduisent un examen annuel des hypothèses utilisées dans les évaluations actuarielles et procèdent à des ajustements quand ils les estiment nécessaires à la précision du calcul des obligations. Comme la plupart des calculs actuariels, les évaluations annuelles demeurent sujettes à nombre d'incertitudes et d'impondérables. En particulier, la valeur des obligations de la FAO au titre des plans est très sensible aux variations du taux de change entre l'euro et le dollar des États-Unis d'Amérique, du taux d'actualisation et des demandes de remboursement de frais médicaux ainsi que de l'inflation des dépenses médicales.

7. Les principales hypothèses utilisées dans les évaluations des plans pour 2021, 2020 et 2019 sont présentées au tableau 2.

Tableau 2

<b>Principales hypothèses</b>	<b>2021</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>
<b>Facteurs économiques</b>			
<b>Taux d'actualisation</b>			
AMACS	2,2 %	1,8 %	2,0 %
RICS	0,7 %	0,2 %	0,6 %
FID	2,0 %	1,4 %	2,2 %
FRPI	3,0 %	2,7 %	3,4 %
<b>Taux d'inflation des frais médicaux</b>	4,04 % en 2022, baisse annuelle de 0,05 % jusqu'à atteindre 3,85 % en 2033 et les années suivantes	4,05 % en 2021, baisse annuelle de 0,05 % jusqu'à atteindre 3,45 % en 2033 et les années suivantes	4,10 % en 2020, baisse annuelle de 0,05 % jusqu'à atteindre 3,70 % en 2028 et les années suivantes
<b>Taux d'inflation général</b>	Varie d'un plan à l'autre (2,1 % - 2,5 %)	Varie d'un plan à l'autre (1,1 % - 1,7 %)	Varie d'un plan à l'autre (1,8 % - 2,2 %)
<b>Taux de change au comptant EUR-USD en fin d'année</b>	1,14	1,23	1,12

### III. Situation financière actuelle

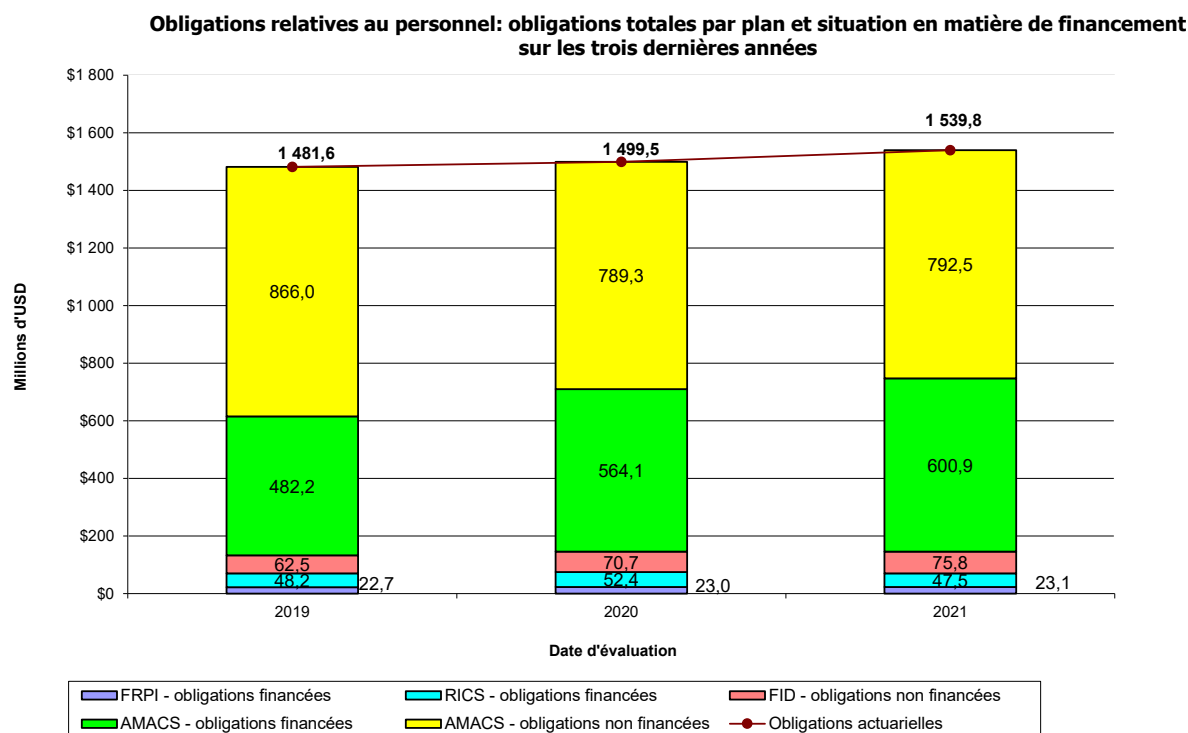
8. Le tableau 3 ci-après indique le montant total des obligations comptabilisées au titre des plans sur la base des évaluations actuarielles, ainsi que le montant total des obligations financées et non financées pour tous les plans, comparé à la juste valeur boursière des placements à long terme affectés à ce financement aux 31 décembre 2021, 2020 et 2019, respectivement.

Tableau 3

<b>Placements à long terme affectés au financement des plans</b>			
<b>Plan</b>	<b>2021</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>
	<b>Millions d'USD</b>	<b>Millions d'USD</b>	<b>Millions d'USD</b>
<b>Intégralement financé</b>			
FRPI	23,1	23,0	22,7
RICS	47,5	52,4	48,2
<b>Partiellement financé</b>			
AMACS	600,9	564,1	482,2
<b>Total des obligations financées</b>	<b>671,5</b>	<b>639,5</b>	<b>553,1</b>
<b>Financé par:</b>			
Placements à long terme d'affectation spéciale	<b>671,5</b>	<b>639,5</b>	<b>553,1</b>
<b>Non financé</b>			
AMACS	792,5	789,3	866,0
FID	75,8	70,7	62,5
<b>Total des obligations non financées</b>	<b>868,3</b>	<b>860,0</b>	<b>928,5</b>
<b>Total des obligations actuarielles</b>	<b>1 539,8</b>	<b>1 499,5</b>	<b>1 481,6</b>

9. Les résolutions 10/99 et 10/2001 de la Conférence prévoient que les placements à long terme et tout revenu qu'ils produisent serviront en premier lieu à financer le RICS et le FRPI de manière que des fonds suffisants soient disponibles pour l'un et l'autre. Ces résolutions prévoient en outre qu'au-delà, les placements et les revenus des placements seront affectés d'abord à l'AMACS, puis au FID. Au 31 décembre 2021, le financement tant de l'AMACS que du FID reste insuffisant, comme l'illustre le graphique 1.

Graphique 1



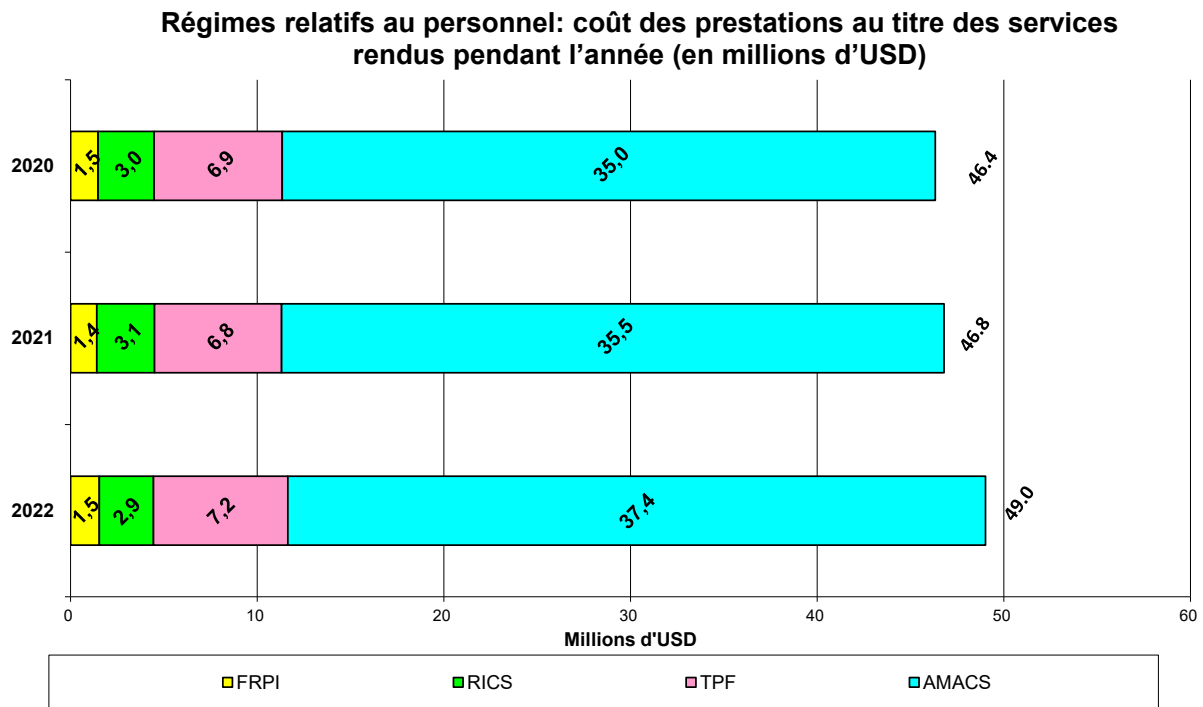
10. En 2021, la valeur comptable des placements à long terme de l'Organisation affectés au financement des obligations liées aux plans a augmenté de 32,0 millions d'USD, passant de 639,5 millions d'USD au 31 décembre 2020 à 671,5 millions d'USD au 31 décembre 2021. On trouvera de plus amples informations sur ces placements dans le rapport sur les placements 2021 (document FC 191/3).

11. Outre les obligations passées non financées, les prestations au titre des services rendus durant la période visée ont un coût, quel que soit le régime. Le coût de ces prestations est un élément ordinaire des dépenses de personnel qui correspond aux prestations qui seront versées à l'avenir en échange des services fournis par les membres du personnel en activité durant l'année. Seule la part du coût des prestations dues au titre des services rendus au cours de la période qui relève du Programme ordinaire est financée par les crédits budgétaires prévus dans le Programme de travail et budget (PTB). Le PTB est élaboré sur la base des dernières estimations disponibles du coût de ces prestations, telles qu'établies par les actuaires externes. La part relative aux fonds fiduciaires est imputée aux projets financés par des fonds fiduciaires.

12. Le graphique 2 illustre le coût des prestations au titre des services rendus<sup>1</sup> pour tous les régimes sur les trois dernières années, jusqu'au 31 décembre 2022. Ce coût a été calculé à partir des évaluations actuarielles des années précédentes, arrêtées respectivement aux 31 décembre 2021, 2020 et 2019.

<sup>1</sup> Le coût des prestations pour le FRPI comprend une composante relative aux ressources humaines hors fonctionnaires, dont il a été reconnu lors de l'évaluation de 2019 qu'elles étaient couvertes par les dispositions du plan.

Graphique 2



## PARTIE B

13. La partie B répond à la demande formulée par le Comité à sa cent quatre-vingt-huitième session. Celui-ci a appelé la Direction à étudier des solutions qui permettraient de remédier au déficit de financement, à la lumière des réflexions menées à ce sujet par l'Assemblée générale des Nations Unies, tout en soulignant qu'il était important que les organismes adhérant au régime commun des Nations Unies adoptent une même approche.

14. La section I, *Introduction*, décrit le BMIP et la MMBP, en détaillant davantage les composantes des obligations au titre de l'AMACS et leur évolution au cours des dernières années.

15. La section II, *Initiatives relatives aux ressources humaines*, présente les différentes initiatives de maîtrise des coûts qui ont permis d'abaisser le montant des demandes de remboursement et, partant, d'accroître les projections actuarielles des obligations au titre de l'AMACS.

16. La section III, *Analyse comparative des plans d'assurance maladie après cessation de service au sein du système des Nations Unies*, compare les obligations et les fonds disponibles au titre de l'AMACS à la FAO et dans d'autres organismes du système des Nations Unies.

17. La section IV, *Position de l'Organisation des Nations Unies*, contient les dernières informations présentées et examinées par l'Assemblée générale des Nations Unies à la suite du rapport du Secrétaire général de l'ONU sur la gestion de l'assurance maladie après la cessation de service (A/76/373).

18. La section V, *Stratégies à long terme*, porte sur les stratégies envisagées par la FAO et par diverses autres entités des Nations Unies. Ces stratégies consistent notamment à s'appuyer sur les régimes nationaux d'assurance maladie, à accroître les déductions sur la masse salariale, à augmenter les allocations budgétaires et à effectuer des apports monétaires.



19. La section VI, *La voie à suivre*, porte sur des études relatives à des propositions visant à réduire le montant des obligations non financées, que l'Organisation a prévu de faire réaliser et dont les résultats seront communiqués à une session ultérieure du Comité financier.

## I. Introduction

20. L'assurance maladie qui couvre les membres du personnel de l'Organisation, étendue aux fonctionnaires retraités et aux membres de leur famille remplissant certains critères d'admissibilité, comporte deux volets: le BMIP et la MMBP. Le BMIP et la MMBP sont eux-mêmes subdivisés en deux régimes en fonction de la monnaie dans laquelle les primes sont libellées: l'un en dollars des États-Unis et l'autre en euros.

21. Le BMIP assure le remboursement partiel de certains frais (hôpital, médecin, dentiste, psychiatre, physiothérapie, centre de soins palliatifs, verres correcteurs), sous réserve de diverses limitations et exclusions. Le coût du BMIP est partagé entre les participants et l'Organisation, tandis que celui de la MMBP est imputé intégralement aux assurés. En conséquence, la MMBP n'est pas pris en compte dans les obligations relatives à l'AMACS.

22. Les obligations au titre de l'AMACS correspondent à la valeur actuelle de la part du coût de l'assurance maladie qui échoira à l'Organisation tant pour les membres du personnel en activité que pour les retraités, pendant le reste de leur vie. Il convient de les distinguer du coût des prestations dues au titre des services rendus pendant la période concernée<sup>2</sup>, qui sont un élément ordinaire des dépenses de personnel et sont financés par les crédits budgétaires du Programme ordinaire pour chaque exercice biennal.

23. Les obligations au titre de l'AMACS varient d'une année à l'autre et sont soumises à des facteurs macroéconomiques qui évoluent dans le temps, et dont certains sont indépendants de la volonté de l'Organisation. Le coût des plans d'assurance maladie est partagé entre l'Organisation et le personnel. Cependant, ce coût a augmenté au fil du temps en raison de l'accroissement de l'espérance de vie et de la hausse du coût des services médicaux.

24. Au 31 décembre 2021, le déficit net de financement des obligations au titre de l'AMACS s'élevait à 792,5 millions d'USD. L'amortissement correspond au coût annuel du financement de ces obligations nettes au titre des services passés sur une période fixée par les organes directeurs. Si les coûts d'amortissement sont couverts en totalité pendant cette période, alors les obligations au titre des services passés seront considérées comme pleinement financées à cette date. Il convient de distinguer les coûts d'amortissement des dépenses liées aux services rendus durant la période concernée; ils représentent une contribution annuelle de 42,4 millions d'USD, calculée sur la base de la date visée pour le financement intégral, à savoir le 31 décembre 2039.

25. Les décisions que les organes directeurs ont prises antérieurement ont permis de réduire les obligations non encore dues et non financées de l'AMACS. L'amortissement des obligations au titre de l'AMACS pour les services passés, par exemple, avait été partiellement financé par une contribution spéciale des États Membres d'un montant de 14,1 millions d'USD par exercice biennal. Cependant, les Membres ont décidé par voie de scrutin de supprimer cette contribution après la fin de l'exercice 2016-2017 (voir le paragraphe 42). En conséquence, les obligations non financées ont continué à s'accumuler.

26. Comme l'illustre le graphique 3 ci-dessous, les facteurs ayant influé sur l'évaluation des obligations au titre de l'AMACS peuvent être classés dans les catégories suivantes:

---

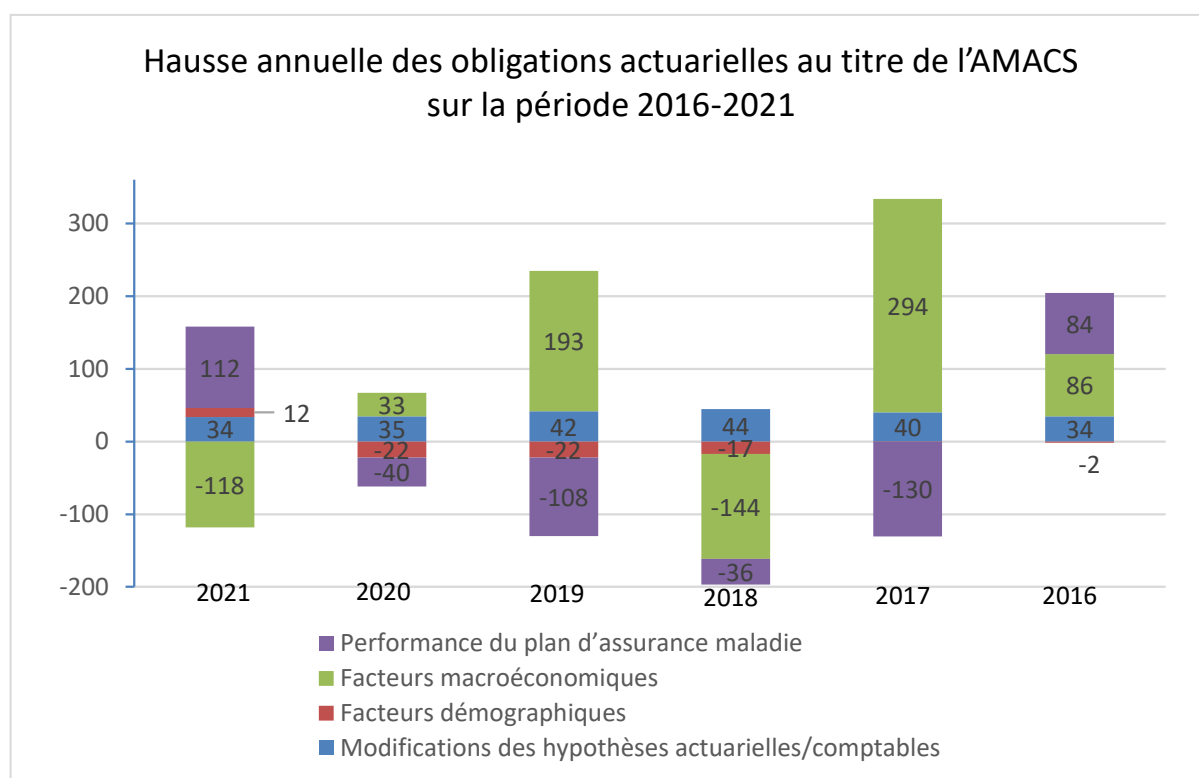
<sup>2</sup> Voir les paragraphes 9 et 10 et le graphique 2.

- a) modifications des hypothèses actuarielles/comptables indépendantes de la volonté de l'Organisation<sup>3</sup>;
- b) facteurs démographiques (nouveaux recrutements, retraite anticipée et répartition générale par âge);
- c) facteurs macroéconomiques (tels que taux d'actualisation et taux de change);
- d) performance du plan d'assurance maladie.

27. Entre le 31 décembre 2015 et le 31 décembre 2021, le montant des obligations au titre de l'AMACS est passé de 989,6 millions à 1 393,4 millions d'USD, soit une hausse de 403,8 millions, qui se décompose comme suit:

- a) une augmentation de 229,2 millions due à une modification des hypothèses actuarielles/comptables indépendante de la volonté de l'Organisation;
- b) une diminution de 51,3 millions d'USD due à des facteurs démographiques;
- c) une augmentation de 343,2 millions d'USD due à des facteurs macroéconomiques;
- d) une diminution de 117,3 millions d'USD due à la performance du plan d'assurance maladie.

Graphique 3



## II. Initiatives relatives aux ressources humaines

28. La réduction du montant des obligations au titre de l'AMACS qui est imputable à la performance du plan d'assurance maladie (117,3 millions d'USD) est le fruit d'une stratégie claire de maîtrise des coûts, qui comporte trois volets:

<sup>3</sup> On entend par «modifications des hypothèses actuarielles/comptables indépendantes de la volonté de l'Organisation» le montant actuariel du coût des services rendus pour l'année en cours, les intérêts sur (les fonds excédentaires)/le déficit et le montant net des prestations effectivement versées pendant l'année. Les hypothèses tiennent compte de facteurs comme le taux d'intérêt actuel, l'inflation attendue des dépenses médicales, l'augmentation de l'espérance de vie et le taux de change entre le dollar des États-Unis et l'euro.

- a) des contrats d'assurance compétitifs;
- b) une atténuation de l'augmentation des coûts liés aux demandes de remboursement;
- c) un examen continu de la conception et de la structure du plan.

#### Des contrats d'assurance compétitifs

29. À l'issue de la procédure d'appel d'offres lancée aux fins du choix d'une compagnie d'assurance médicale mondiale, l'entreprise Cigna a été retenue pour le BMIP et la MMBP en 2020. L'Organisation est parvenue à limiter la hausse des primes à 5,25 pour cent, alors que Cigna proposait initialement 9,19 pour cent, ce qui lui a permis d'économiser environ 1,8 million d'USD par an.

30. En outre, le contrat passé avec Cigna prévoit une formule de renouvellement annuel plafonnée à 6 pour cent afin de ne pas compromettre la pérennité du plan, de faire en sorte qu'il demeure abordable financièrement et d'atténuer toute hausse éventuelle et imprévue des primes.

#### Une atténuation de l'augmentation des coûts liés aux demandes de remboursement

31. L'atténuation des coûts liés aux demandes de remboursement de frais médicaux fait partie intégrante du contrat, ce qui implique de fixer, tant pour le gestionnaire des demandes que pour l'assureur, des objectifs concernant spécifiquement l'inflation dans l'accord sur le niveau de service. Différentes initiatives ont permis de maîtriser les coûts, à savoir:

- a) L'approbation préalable des hospitalisations et des traitements ambulatoires de plus de 1 000 USD planifiés à l'avance.
- b) La promotion des médicaments génériques. Les participants sont encouragés à se procurer des médicaments génériques si ceux-ci sont autorisés et largement disponibles dans leur pays.
- c) La désignation de prestataires affiliés à privilégier dans les lieux d'affectation stratégiques. En 2020, l'Organisation a demandé à Cigna de développer le réseau des prestataires affiliés à privilégier dans les lieux d'affectation stratégiques, en commençant par l'Italie puis en étendant le système à d'autres lieux, comme le Chili et la Thaïlande. Étant donné que Cigna dispose déjà d'un réseau vaste et compétitif aux États-Unis, la majorité des demandes de remboursement devraient concerner des prestataires affiliés. Cela permettra de réaliser des économies grâce à la négociation de taux d'actualisation plus élevés, à l'établissement d'une liste de prestataires affiliés à privilégier et à l'orientation des assurés vers ces prestataires. Les économies que ce système d'affiliation a permis de réaliser dans les cinq pays pour lesquels les demandes de remboursement sont les plus élevées (Chili, États-Unis d'Amérique, Italie, Suisse et Thaïlande) étaient estimées à 3,9 millions d'USD en 2020 et à 5,1 millions d'USD en 2021.
- d) L'élargissement du réseau de prestataires à privilégier dans des lieux d'affectation où le contexte est difficile, comme le Yémen, en partenariat avec le tiers administrateur. Cela facilite l'accès aux soins dans ces lieux.
- e) Des campagnes sur la télésanté et le bien-être. Les services de télésanté, lancés en 2020, sont gratuits pour les participants. En 2021, l'utilisation de ces services a enregistré une hausse constante et les efforts destinés à promouvoir la culture de la télésanté vont se poursuivre.
- f) L'incitation des participants qui remplissent les conditions d'admissibilité au régime national d'assurance maladie ou à une couverture médicale privée à utiliser le BMIP ou la MMBP comme une assurance complémentaire (autrement dit, en supplément de la couverture fournie par le régime national d'assurance maladie ou l'assurance médicale privée). À titre d'encouragement, les participants qui optent pour une autre couverture médicale en tant qu'assurance principale et font du BMIP ou de la MMBP leur assurance

complémentaire bénéficiant du remboursement intégral des dépenses à la charge de l'assuré que l'assurance principale ne rembourse pas.

- g) L'incitation des prestataires de services à investir dans des technologies intelligentes afin d'améliorer l'efficacité et d'accroître les économies d'ordre clinique lors de la révision des dossiers.
- h) Une gestion attitrée des dossiers. Grâce à la gestion active et attitrée des dossiers introduite dans le dernier contrat en date passé avec Cigna pour le BMIP et la MMBP, qui a pris effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020, l'Organisation a réalisé des économies d'un montant de 0,9 million d'USD en 2020 et de 0,8 million d'USD en 2021. Le tableau 4 contient des extraits des rapports de gestion des dossiers concernant 2020 et 2021 qui illustrent les différentes initiatives et détaillent les économies globales réalisées en 2020 et 2021.

Tableau 4

ANNÉE 2020	Plan en EUR		Plan en USD	
	ANNÉE COMPLÈTE		ANNÉE COMPLÈTE	
	Nb de dossiers	Économies en USD	Nb de dossiers	Économies en USD
Autorisation préalable			236	183 037
Coordination des dossiers	15	93 921	32	135 482
Gestion des cas cliniques	86	154 479	141	226 135
Aide à la prise de décision	3	2 700	7	-
Gestion des situations chroniques	1	-	1	-
Examen des demandes de remboursement			22	13 375
États-Unis seuls				112 265
TOTAL	105	251 100	439	670 294
ÉCONOMIES TOTALES CONSOLIDÉES 2020 – plans en EUR/USD				921 394

Tableau 5

ANNÉE 2021	Plan en EUR		Plan en USD	
	ANNÉE COMPLÈTE		ANNÉE COMPLÈTE	
	Nb de dossiers	Économies en USD	Nb de dossiers	Économies en USD
Examen des besoins médicaux			100	136 613
Examen des coûts	62	169 683	45	110 975
Orientation	4	70 491	2	75 222
Gestion des cas cliniques	77	75 343	64	87 140
Aide à la prise de décision	-	-	-	-
États-Unis seuls				75 716
TOTAL	101	315 517	211	485 665
ÉCONOMIES TOTALES CONSOLIDÉES 2021 – plans en EUR/USD				801 182

### Un examen continu de la conception et de la structure du plan

32. L'Organisation étudie actuellement des mesures supplémentaires, sur la base des observations formulées par les participants et le Comité consultatif mixte sur la couverture médicale (JAC/MC), parmi lesquelles:

- a) Des vérifications et des évaluations semestrielles du profil de risque et des obligations concernant le BMIP et la MMBP, qui seraient confiées à une entreprise de contrôle externe. Cela permettrait de disposer d'une évaluation impartiale et transparente du plan et donnerait des indications pour obtenir les meilleures conditions contractuelles possibles lors des futurs appels d'offres et assurer ainsi la pérennité financière du plan d'assurance maladie.
- b) À compter de 2022, tout participant au BMIP pourra, s'il le souhaite et à titre définitif, opter pour le régime de couverture médicale (MICS) qui fournit une couverture dans des conditions analogues aux collègues des bureaux décentralisés. Cette solution intéresserait principalement les participants recrutés sur le plan local, en particulier ceux qui peuvent

bénéficiaire d'un régime national d'assurance maladie ou d'une couverture médicale privée et utilisent le plan proposé par la FAO à titre complémentaire. Elle devrait permettre de réduire, à long terme, les obligations qui incombent à l'Organisation en la matière.

- c) Par ailleurs, la FAO a rationalisé la période de sortie du BMIP pour les retraités. Il n'y a désormais plus de délai d'attente.

### **III. Analyse comparative des plans d'assurance maladie après cessation de service au sein du système des Nations Unies**

33. Les plans d'assurance maladie de la FAO sont globalement en accord avec ceux des autres organismes du système des Nations Unies pour ce qui est des conditions d'admissibilité, de la couverture et du partage des coûts. La continuité de la couverture entre le BMIP et la MMBP, grâce au régime d'assurance maladie après cessation de service, est un élément crucial de la sécurité sociale des membres du personnel qui prennent leur retraite, dont la plupart ne sont pas couverts par les régimes nationaux d'assurance maladie.

34. Comme l'illustre le tableau 6, le financement des obligations au titre de l'AMACS au sein du système des Nations Unies allait de 0 à 100 pour cent, la moyenne s'établissant à 38 pour cent. En comparaison, les fonds disponibles à la FAO selon l'estimation actuarielle de 2020 représentaient 42 pour cent (43,1 pour cent au 31 décembre 2021). Les obligations de l'Organisation au titre de l'AMACS occupent, en valeur absolue, la quatrième place au sein du système des Nations Unies.

35. Bien que certaines reposent strictement sur un système par répartition<sup>4</sup> et que d'autres soient peut-être intégralement financées, la plupart se définissent comme hybrides: elles relèvent à la fois d'un système par répartition et d'un ensemble de stratégies de financement diverses (crédits budgétaires, contributions annuelles, affectation d'excédents budgétaires et/ou de la rémunération de placements, et prélèvement sur la masse salariale du personnel en activité, par exemple).

36. Voici quelques exemples généraux des stratégies adoptées:

- a. Programme alimentaire mondial (PAM) – Financement des prestations au titre des services rendus pendant la période visée en imputant leur coût aux fonds et aux programmes concernés, des intérêts grâce à la rémunération des placements réalisés, et des obligations passées non financées en affectant 7,5 millions d'USD supplémentaires par an jusqu'en 2025. Les placements destinés au financement des prestations après cessation de service visent à protéger le taux de financement et à produire des revenus suffisants pour contribuer à financer les obligations actuelles et futures. Ils associent dividendes et revenu fixe.
- b. Fonds international de développement agricole (FIDA) – Financement intégral, selon les évaluations actuarielles, au moyen de ressources issues des membres et de revenus de placements. Un fonds fiduciaire pour l'AMACS, créé en 2003, est investi dans divers fonds à revenu fixe.
- c. Organisation mondiale de la Santé (OMS) – Le financement consiste en un premier niveau de contributions au profit des membres du personnel, encore en activité ou non (dont un tiers est payé par les participants et deux tiers par l'OMS). En outre, la décision a été prise en 2011 de veiller à la pérennité à long terme du fonds d'assurance maladie en accroissant annuellement les taux de contribution d'un certain pourcentage. Jusqu'en 2019, les taux de contribution ont augmenté de 4 pour cent par an. À compter de 2020, cette hausse a été abaissée à 2 pour cent par an.

---

<sup>4</sup> Seul le coût des prestations au titre des services rendus pendant la période visée est financé par cette méthode. À cet égard, un certain montant du budget est affecté afin de régler les prestations au moment où les dépenses correspondantes sont réellement engagées. Le système par répartition n'inclut pas le paiement des avantages futurs auxquels les employés auront droit.

Tableau 6

**Analyse comparative des obligations au titre de l'AMACS  
qui incombent à différents organismes du système des Nations Unies**

Organisme	Monnaie	31 décembre 2020 (en millions)		Pourcentage de financement	Retraités actuels Système par répartition
		Obligations totales	Fonds disponibles		
FAO	USD	1 353,4	564,0	42 %	Partiellement
AIEA	EUR	346,3	-	0 %	Oui
CPI	EUR	46,9	-	0 %	Oui
FIDA	USD	159,1	100,1	100 %	Oui
OIT	USD	2 046,1	10,7	1 %	Partiellement
OMI	USD	43,9	12,9	21 %	Oui
OIM	USD	65,5	248,4	100 %	Partiellement
UIT	CHF	631,8	13,0	2 %	Partiellement
ONU-Femmes	USD	93,4	71,8	77 %	Non
ONUSIDA	USD	150,7	112,0	74 %	Partiellement
UNCCD	USD	29,5	0,2	1 %	Oui
PNUD	USD	1 174,0	918,0	78 %	Non
PNUE	USD	273,1	73,2	27 %	Oui
UNESCO	USD	778,8	29,6	4 %	Oui
CCNUCC	USD	150,7	3,8	3 %	Partiellement
FNUAP	USD	0,4	0,3	87 %	Non
HCR	USD	1 121,9	377,5	37 %	Partiellement
UNICEF	USD	1 540,9	773,9	50 %	Non
ONUDI	EUR	223,0	-	0 %	Oui
ONUDC	USD	96,1	45,4	47 %	Oui
UNOP 5	USD	84,1	84,1	100 %	Partiellement
UNRWA	USD	0,8	-	0 %	Oui
OMT	EUR	30,0	1,9	6 %	Non
PAM	USD	1 077,2	984,0	91 %	Non
OMS	USD	3 862,7	1 391,2	36 %	Non
OMPI	USD	512,7	222,4	43 %	Partiellement
OMM	USD	95,9	2,2	2 %	Partiellement

#### IV. Position de l'Organisation des Nations Unies

37. À la soixante-treizième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, tenue en septembre 2018, le Secrétaire général de l'ONU a présenté un rapport sur la gestion de l'assurance maladie après la cessation de service (A/73/662). Il a exposé les conclusions et les recommandations du Groupe de travail interinstitutions sur l'assurance maladie après la cessation de service et a recommandé que soit approuvé le prélèvement d'une cotisation sur la masse salariale pour commencer à couvrir les besoins de financement à long terme découlant des obligations accumulées au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

38. L'Assemblée générale, dans sa résolution 73/279 B, a fait remarquer que la proposition de prélèvement d'une cotisation sur la masse salariale entraînerait une mise en recouvrement auprès des États Membres et a décidé de maintenir le financement par répartition des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. En outre, elle a demandé au Secrétaire général d'étudier de manière plus approfondie des moyens d'améliorer l'efficacité et la maîtrise des coûts et des obligations au titre de l'assurance maladie et de lui présenter des propositions complètes sur le

financement des obligations accumulées au titre des prestations d'assurance maladie après la cessation de service. Au 31 décembre 2020, le montant de ces obligations s'élevait à 7,5 milliards d'USD.

39. Le Secrétaire général a répondu à cette demande d'informations complémentaires et de propositions dans le rapport (A/76/373) qu'il a présenté à la soixante-seizième session de l'Assemblée générale, en septembre 2021, dans lequel il fournissait des renseignements sur la réduction des coûts afférents aux régimes d'assurance maladie (section II), l'évaluation actuarielle des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service (section III), des propositions de financement et d'investissement (section IV), le partage du coût des primes d'assurance maladie après la cessation de service (section V) et les projections relatives aux effectifs des opérations de maintien de la paix (section VI).

40. Le Secrétaire général a demandé à l'Assemblée générale d'examiner les recommandations ci-dessous concernant le financement des obligations de l'ONU au titre de l'assurance maladie après la cessation de service:

- a) Que le financement par répartition des obligations de l'ONU au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pour les membres du personnel recrutés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2023 soit maintenu.
- b) Que les obligations concernant les fonctionnaires recrutés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023 soient financées par capitalisation<sup>5</sup>, au moyen d'une cotisation prélevée sur la masse salariale équivalente à 6 pour cent des dépenses de personnel, et qu'une réserve financière spéciale soit créée.
- c) Que le taux de la cotisation prélevée sur la masse salariale soit revu tous les trois ans et ajusté en fonction du montant prévisionnel des fonds accumulés dans la réserve.

41. S'agissant de la recommandation b), qui concerne les fonctionnaires recrutés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023, le Secrétaire général avait proposé que l'ONU commence à constituer une réserve pour couvrir jusqu'à 75 pour cent des besoins de trésorerie projetés lorsque ces fonctionnaires prendront leur retraite, en prélevant une cotisation de 6 pour cent sur les dépenses de personnel (traitements bruts et indemnités de poste). Il était indiqué dans le rapport que, outre le financement par répartition pour les retraités actuels, l'ONU prélevait déjà une cotisation de 6 pour cent sur les dépenses correspondant au traitement du personnel relevant de ressources extrabudgétaires. Cela a permis de créer une réserve dont les fonds ont été investis dans un portefeuille diversifié de valeurs à revenu fixe.

42. Après avoir examiné les recommandations figurant dans le rapport A/76/363, le Comité consultatif indépendant pour les questions d'audit a exprimé des préoccupations quant à la mise en œuvre du financement par répartition et du financement par capitalisation des prestations d'assurance maladie après la cessation de service, indépendamment de la date de recrutement et du type de contrat. Par ailleurs, le Comité consultatif a demandé au Secrétaire général de justifier la proposition de ne financer que jusqu'à 75 pour cent des besoins de trésorerie, alors que la proposition précédente prévoyait le financement intégral.

43. Le Comité consultatif n'a pas souscrit aux propositions du Secrétaire général contenues dans le rapport A/76/373 et a demandé qu'un examen plus approfondi soit réalisé afin de cerner, en collaboration avec les gouvernements nationaux, les possibilités offertes dans les pays où le nombre de retraités du Secrétariat de l'ONU était élevé, y compris l'idée de prendre d'autres mesures d'incitation ou d'obliger les retraités à participer aux plans nationaux, et qu'il soit fait rapport sur les résultats de cette initiative.

---

<sup>5</sup> Y compris le coût des prestations au titre des services rendus pendant la période concernée et le coût d'amortissement des obligations futures.

## V. Stratégies à long terme

44. S'agissant des obligations non financées au titre de l'AMACS, la FAO a déjà mis en œuvre certaines des recommandations du Groupe de travail interinstitutions sur l'assurance maladie après la cessation de service. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, le coût des prestations dues au titre des services rendus au cours de la période concernée 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 visée par les membres du personnel relevant de ressources 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 biennales supplémentaires d'un montant de 14,1 millions d'USD, mises en recouvrement auprès des Membres sur la période 2004-2017, ont été approuvées par la Conférence afin d'assurer un financement partiel des obligations. Ces contributions distinctes s'ajoutent aux crédits budgétaires approuvés aux fins du financement du programme de travail. Cependant, la Conférence n'a pas approuvé le maintien de cette rubrique budgétaire spécifique dans les budgets biennaux suivants: PTB 2018-2019 ([C 2017/REP](#)), PTB 2020-2021 ([C 2019/REP](#)) et PTB 2022-2023 ([C 2021/REP](#)).

45. À la cent soixantième session du Comité financier (FC 160/5), le Secrétariat s'est penché sur les progrès accomplis au sujet des solutions suivantes, présentées aux membres aux cent cinquante-quatrième et cent cinquante-sixième sessions du Comité financier (documents FC 154/3 Add.1 et FC 156/5, respectivement), lesquelles ne s'excluaient pas mutuellement:

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

46. Solution a) Accroître le financement des obligations: Bien que le PTB prévoie le financement des coûts au titre des services rendus pendant la période visée, toute augmentation du financement des obligations nécessiterait de recourir à des ressources extrabudgétaires supplémentaires, sur le même modèle que l'approche antérieure qui consistait à approuver le financement partiel des obligations au titre de l'AMACS concernant les services passés sous la forme d'une contribution supplémentaire pour l'exercice biennal.

47. Les résultats de débats plus approfondis et une évaluation de la possibilité d'accroître les prélèvements pour les fonctionnaires nouvellement recrutés devraient être inclus dans un examen qu'il est proposé de confier à des actuaires en 2022.

48. Certains organismes du système des Nations Unies ont également étudié cette possibilité, qui est traitée dans le rapport A/73/662 du Secrétaire général de l'ONU sur la gestion de l'assurance maladie après la cessation de service. Cette solution est en cours d'examen et n'a pas encore été approuvée par l'Assemblée générale. L'objectif est de réduire le montant des obligations non financées, plutôt que le montant global des obligations. Le prélèvement accru sur la masse salariale peut être financé de l'une des trois manières suivantes:

- i) augmentation des montants imputés aux budgets, financés intégralement par l'Organisation ou des donateurs, dans le cas du personnel relevant de ressources extrabudgétaires;
- ii) hausse des déductions sur le traitement des fonctionnaires en activité;
- iii) combinaison des deux premières solutions, les coûts étant partagés entre les participants et l'Organisation ou les donateurs.

49. Solution b) Ajuster le plan d'assurance et les dispositions relatives à la répartition des coûts: Les modalités de partage des coûts en vigueur à la FAO sont en accord avec l'approche commune des autres organismes ayant leur siège à Rome, ainsi qu'avec les meilleures pratiques du régime commun



des Nations Unies concernant la répartition transparente des primes entre l'Organisation et le personnel. Actuellement, la contribution de l'Organisation à la prime AMACS est comparable à celle des autres organismes du système des Nations Unies.

50. Solution c) Adopter des mesures de maîtrise des coûts: L'Organisation a pris diverses mesures, telles que présentées à la section II, *Initiatives relatives aux ressources humaines*, et continuera d'étudier tous les moyens possibles de maîtriser les coûts.

51. Solution d) Couverture des obligations par un assureur: Dans cette hypothèse, l'Organisation passerait un contrat avec une compagnie d'assurance afin de financer les futures obligations au titre de l'assurance maladie concernant tant les fonctionnaires en activité que les retraités contre un montant annuel négocié. Cependant, il convient de noter que les fonctionnaires en activité et les personnes à leur charge font en moyenne moins de demandes de remboursement de frais médicaux et subventionnent donc les retraités. Par conséquent, les montants versés à l'assureur seraient probablement supérieurs au coût des prestations au titre des services rendus pendant la période visée qui sont financées actuellement. Néanmoins, la viabilité de la solution consistant à faire assurer les obligations en externe serait évaluée de manière plus approfondie dans le cadre de l'examen externe du BMIP et de la MMBP que le JAC/MC a autorisé récemment et qui sera réalisé en 2022.

52. Régimes nationaux d'assurance maladie: Pour réduire l'écart entre les obligations comptabilisées et les fonds disponibles, il est également possible de tirer parti des régimes nationaux d'assurance maladie (solution présentée à la cent quarante-troisième session du Comité financier, dans le document FC 134/4), dans le droit fil de la proposition du Secrétariat de l'ONU visant à ce que les retraités qui résident aux États-Unis adhèrent au plan Medicare Part B. Bien que la FAO encourage le recours à ses plans d'assurance maladie en complément des régimes nationaux, une analyse antérieure a montré que les coûts par personne du BMIP et de la MMBP à la charge de l'Organisation étaient inférieurs, dans de nombreux pays, au montant annuel des dépenses médicales publiques, exprimé en dollars des États-Unis en parité de pouvoir d'achat, sur la base des données extraites du site web de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). D'autres préoccupations découlaient des disparités quant au niveau de soins que les régimes nationaux d'assurance maladie étaient en mesure de financer, en fonction du lieu d'affectation des membres du personnel et du lieu de résidence des retraités concernés. Néanmoins, la FAO serait disposée à participer à une initiative qui serait mise en place conjointement à l'échelle du système des Nations Unies. À cet effet, il faudrait prendre des mesures au niveau de chaque pays, ce qui impliquerait une révision des accords conclus entre les gouvernements nationaux et les organismes du système des Nations Unies.

53. L'Organisation fera réaliser une étude externe de modélisation financière afin d'élaborer un rapport détaillé sur la structure possible et les incidences financières éventuelles qu'aurait la mise en œuvre de stratégies de financement nouvelles et viables. La FAO a pris note de la réponse de l'Assemblée générale des Nations Unies au rapport du Secrétaire général sur l'assurance maladie après la cessation de service (A/76/373) et tiendra compte de ses conclusions et des répercussions de celles-ci dans l'étude à venir. Le Secrétariat fera rapport sur les conclusions du rapport détaillé et les propositions au Comité financier à une date ultérieure.

## VI. La voie à suivre

54. L'importance des plans d'assurance maladie dans les conditions générales d'emploi proposées par la FAO et les autres organismes du système des Nations Unies ne doit pas être sous-estimée. Le fait de limiter la couverture du plan proposé par la FAO se heurterait probablement à une certaine résistance de la part du personnel et réduirait la capacité de l'Organisation de recruter du personnel hautement qualifié et de le maintenir en poste. En outre, tout changement potentiel de la couverture et de la structure du plan ne concernerait vraisemblablement que les nouveaux participants, ce qui n'aurait finalement qu'un impact minime sur les obligations au titre de l'AMACS.

55. Comme indiqué dans les différentes sections de ce rapport, l'Organisation examine constamment des moyens de faire face au mieux au problème de plus en plus pressant du déficit de financement de l'AMACS. Des efforts ont été déployés pour revoir la structure des plans et les prestations offertes afin de maîtriser les coûts et de maximiser l'efficacité. Les initiatives visant à réaliser des économies ont été vivement encouragées, notamment le fait d'inciter les fonctionnaires en activité et les retraités à profiter des régimes nationaux d'assurance maladie, le cas échéant.

56. En 2022, la FAO commandera des études, individuelles et collectives, sur les propositions formulées, afin de réduire le montant des obligations non financées et de déterminer quelles sont les meilleures pratiques sur le marché. Il sera fait rapport sur les résultats de ces études à une session ultérieure du Comité financier. Les études porteront notamment sur:

- a) Une nouvelle répartition des coûts entre les fonctionnaires nouvellement recrutés et l'Organisation, moyennant des prélèvements et des déductions plus élevés sur la masse salariale pour compléter les fonds actuels et financer progressivement une réserve pour toutes les obligations futures au titre de l'AMACS qui concerneront ces fonctionnaires.
- b) Un plan d'assurance maladie plus complet et plus intéressant au niveau financier pour les retraités qui peuvent bénéficier d'un régime national d'assurance maladie de grande qualité, afin de les encourager à n'utiliser le plan d'assurance maladie de l'Organisation qu'à titre complémentaire.
- c) Une politique prévoyant de subventionner en partie ou en totalité la contribution aux systèmes de santé nationaux dans les lieux où le coût des soins médicaux est élevé, comme les États-Unis et l'Italie, suivie d'une étude de faisabilité dans des pays stratégiques où résident un grand nombre de retraités.
- d) Couverture des obligations par un assureur.
- e) Examen des autres pratiques optimales au sein des organismes du système des Nations Unies, y compris des études comparatives des politiques de financement des investissements.

57. La FAO demeure résolue à limiter les coûts de ses plans d'assurance maladie en maîtrisant les facteurs sur lesquels elle a une influence et à collaborer avec les Membres pour trouver des solutions pérennes à l'augmentation des obligations non financées au titre de l'AMACS.