



منظمة الأغذية
والزراعة
للأمم المتحدة

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
Agricultura
y la
Alimentación

CONSEIL

Cent trente-cinquième session

Rome, 17 - 18 novembre 2008

**JIU/REP/2007/2: COUVERTURE MÉDICALE DU PERSONNEL
DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES**

1. Ce rapport du CCI est accompagné de brèves observations du Directeur général et d'observations conjointes plus détaillées du Conseil des chefs de Secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) (document A/62/541/Add. 1 de l'Assemblée générale des Nations Unies). Étant donné le sujet traité, il est porté plus particulièrement à l'attention du Comité financier.

Le tirage du présent document est limité pour réduire au maximum l'impact des méthodes de travail de la FAO sur l'environnement et contribuer à la neutralité climatique. Les délégués et observateurs sont priés d'apporter leur exemplaire personnel en séance et de ne pas demander de copies supplémentaires.

La plupart des documents de réunion de la FAO sont disponibles sur l'Internet, à l'adresse www.fao.org

**JIU/REP/2007/2: COUVERTURE MÉDICALE
DU PERSONNEL DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES**

Observations du Directeur général de la FAO

2. Dans la mesure où la FAO souscrit aux observations du CCS formulées à propos de ce rapport (présentées dans le document A/62/541/Add. 1 de l'Assemblée générale des Nations Unies qui l'accompagne), afin d'éviter tout double emploi, les observations du Directeur général se limitent aux précisions nécessaires du point de vue de la FAO (par exemple lorsque les observations du CCS ne font pas vraiment l'unanimité) ou à des informations générales supplémentaires.
3. En ce qui concerne les recommandations 1, 2 et 3, la FAO fait partie du grand nombre d'organisations qui ne voient pas la nécessité d'examen périodiques des régimes d'assurance maladie du personnel par la CFPI, ni d'un organe consultatif supplémentaire. La FAO fait siennes également nombre de réserves exprimées à propos de la recommandation 6. Les efforts déployés par les institutions ayant leur siège à Rome pour harmoniser leurs régimes d'assurance maladie sont dûment soulignés dans les observations du CCS.
4. En ce qui concerne les recommandations 4 et 5, le Comité financier sait bien que la FAO étudie déjà depuis un certain temps les moyens de financer les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

**COUVERTURE MÉDICALE DU PERSONNEL
DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES**

Rapport établi par

*Victor Vislykh
Deborah Wynes*

Corps commun d'inspection

Genève, 2007



Nations Unies

JIU/REP/2007/2

FRANÇAIS
Original: ANGLAIS

**COUVERTURE MÉDICALE DU PERSONNEL
DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES**

Rapport établi par

*Victor Vislykh
Deborah Wynes*

Corps commun d'inspection

Genève, 2007



Nations Unies

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Couverture médicale du personnel du système des Nations Unies JIU/REP/2007/2

Objectif

Offrir aux États Membres une vue d'ensemble de la couverture médicale du personnel du système des Nations Unies et suggérer des moyens de répondre aux problèmes émergents que posent l'envolée du coût de la couverture médicale, d'une part, et la nécessité de garantir une couverture médicale raisonnable aux fonctionnaires et aux retraités, ainsi qu'aux personnes à leur charge, d'autre part, dans le contexte des pratiques de croissance budgétaire nulle adoptées par les institutions des Nations Unies.

Principales constatations et conclusions

- Depuis la publication de la note initiale du Corps commun d'inspection sur le sujet, en 1977, le coût de la couverture médicale assurée aux fonctionnaires, aux retraités et aux personnes à leur charge qui peuvent y prétendre a connu une croissance exponentielle. Entre 1975 et 2004, le nombre de personnes cotisant aux régimes d'assurance maladie du personnel a augmenté de 122 %. Dans le même temps, le coût de l'assurance maladie a augmenté de 1 387 %, le coût par assuré passant de 540 dollars des États-Unis à 3 620 dollars des États-Unis.
- Plusieurs facteurs continuent de contribuer à l'augmentation du coût des régimes d'assurance maladie du personnel: la hausse du coût des prestations médicales partout dans le monde, des frais d'hospitalisation en particulier, le vieillissement de la communauté internationale qui exige des services auxquels elle a droit, ce qui a un contrecoup financier, l'augmentation systématique de la fréquence d'accès aux soins médicaux et les fluctuations monétaires.
- Bien que l'assurance maladie du personnel vienne en troisième place en termes de coût dans l'ensemble de prestations offert par le système des Nations Unies, après les traitements et les indemnités et les prestations de retraite, elle n'est pas considérée comme une composante du «système commun». C'est ce qui explique que les institutions des Nations Unies aient mis au point, individuellement ou collectivement, des régimes d'assurance maladie dont le coût, l'étendue de la couverture, les conditions d'affiliation, les barèmes de cotisation et les prestations varient considérablement de l'un à l'autre. L'harmonisation des régimes d'assurance maladie s'impose, dans un premier temps, au niveau du lieu d'affectation. Les États Membres n'exercent pas un contrôle suffisant sur les questions qui se posent dans le cadre de l'assurance maladie et ne jouent aucun rôle dans la définition des prestations ni des conditions liées à l'assurance maladie au sein du système des Nations Unies.
- L'élément de la couverture médicale à croître le plus rapidement est l'assurance maladie après la cessation de service. Les questions de définition, de reconnaissance et de financement des charges à payer à ce titre n'ont toujours pas été réglées. Les hypothèses actuarielles évaluent pourtant à 4,2 milliards de dollars des États-Unis, dont plus de 3,6 milliards n'ont pas été provisionnés, les charges à payer au titre des prestations futures (non compris les cotisations des retraités) au 31 décembre 2004 pour les institutions du système.

- Dans sa résolution 60/255, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et prié le Secrétaire général de faire apparaître ces éléments de passif dans les états financiers de l'Organisation. Il est indispensable que les institutions des Nations Unies mettent au point une stratégie de financement à long terme pour faire face à ces obligations dans la durée. Vu les pratiques de croissance budgétaire nulle qu'elles ont adoptées, les États Membres devraient prévoir expressément le financement de ces charges.
- L'option consistant à créer un fonds commun qui recueillerait les réserves déjà en place ou à mettre en place par chaque institution pour couvrir les charges à long terme au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et à confier le placement de ces réserves à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, mérite d'être explorée. Une telle solution contribuerait à minimiser les risques d'investissement, procurerait aux institutions du système un avantage au plan de la gestion et un atout financier et améliorerait la rentabilité des placements.
- Les organes directeurs des institutions des Nations Unies devraient élaborer et adopter des stratégies rationnelles de maîtrise des coûts des régimes d'assurance maladie. Les options ne manquent pas: on pourrait notamment étendre le réseau de prestataires préférentiels pratiquant des tarifs négociés, renforcer et étendre les services médicaux internes pour leur permettre de fournir des soins primaires et des services d'orientation aux fonctionnaires, aux retraités et aux personnes à leur charge, créer des pharmacies internes et faciliter l'accès aux services de santé nationaux en liaison avec les régimes d'assurance maladie offerts aux fonctionnaires internationaux.
- On trouvera énumérées ci-dessous les recommandations à examiner par les organes délibérants. Une autre recommandation (la recommandation 7), à l'intention des chefs de secrétariat, se trouve dans le corps même du rapport.

Recommandations à examiner par les organes délibérants

- **Les organes délibérants des institutions des Nations Unies devraient reconnaître officiellement l'assurance maladie du personnel comme une composante à part entière du système commun. Ils devraient demander à la Commission de la fonction publique internationale (CFPI) de procéder à des examens périodiques afin de faire des recommandations à l'Assemblée générale.**
- **À cet égard, l'Assemblée générale devrait créer, dans un premier temps, un organe consultatif ad hoc qui aiderait la CFPI à formuler des principes, des politiques et des normes plus larges pour les régimes d'assurance maladie. Cet organe serait composé de représentants des États Membres, de hauts fonctionnaires des institutions des Nations Unies, d'un (de) représentant(s) élu(s) du personnel et d'un (de) représentant(s) élu(s) des retraités et bénéficierait du concours de spécialistes des questions de santé et d'assurance du secteur privé.**
- **Les organes délibérants des institutions devraient demander aux chefs de secrétariat d'harmoniser les régimes d'assurance maladie existants, tout d'abord au niveau du lieu d'affectation et, à plus long terme, au sein du système commun en ce qui concerne l'étendue de la couverture, les cotisations et les prestations, et de leur fournir périodiquement des informations sur les questions liées à l'assurance maladie.**

- **L'organe délibérant de chaque institution devrait demander au chef de secrétariat de faire procéder périodiquement à une étude actuarielle fondée sur une méthodologie uniforme à l'échelle du système pour déterminer l'étendue des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et de faire apparaître ces charges dans les états financiers.**
- **L'organe délibérant de chaque institution devrait:**
 - a) **Demander au chef de secrétariat de faire des propositions de financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service;**
 - b) **Prévoir un financement suffisant pour couvrir les charges et créer une réserve à cet effet.**
- **L'Assemblée générale des Nations Unies devrait créer un fonds commun qui recueillerait les réserves (existantes ou à créer), lesquelles devraient être investies selon des modalités similaires à celles suivies pour les avoirs de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.**

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
RÉSUMÉ ANALYTIQUE		iii
SIGLES ET ACRONYMES		viii
I. INTRODUCTION	1 – 8	1
II. RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES	9 – 30	3
A. Croissance des coûts de l'assurance maladie dans le système des Nations Unies	9 – 10	3
B. Absence de contrôle suffisant de la part des États Membres	11 – 14	3
C. Analyse comparative des régimes d'assurance maladie au sein du système des Nations Unies	15	4
D. Étendue de la couverture	16 – 17	5
E. Cotisations	18	5
F. Prestations	19 – 24	5
G. Harmonisation des régimes d'assurance maladie	25 – 30	6
III. ASSURANCE MALADIE APRÈS LA CESSATION DE SERVICE AU SEIN DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES	31 – 44	9
A. Financement du programme d'assurance maladie après la cessation de service	35 – 37	10
B. Étendue des obligations au sein du système des Nations Unies	38 – 39	10
C. Financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie des retraités	40 – 44	11
IV. MESURES DE MAÎTRISE DES COÛTS	45 – 47	13
<u>Annexes</u>		
I. Bref aperçu des différents régimes d'assurance maladie existant au sein du système des Nations Unies		15
II. Nombre de cotisants et coût annuel des régimes d'assurance maladie pour 1997 et 2004		19
III. Analyse comparative de la répartition des charges au titre des primes		21
IV. Analyse comparative de la couverture		23
V. Analyse comparative des prestations		25
VI. Assurance maladie après la cessation de service		27
VII. Couverture médicale du personnel du système des Nations Unies: Aperçu des mesures à prendre pour donner suite aux recommandations		29

SIGLES ET ACRONYMES

AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
ASE	Agence spatiale européenne
BIT	Bureau international du Travail
BMIP	Plan général d'assurance maladie
CAC	Comité administratif de coordination
CAM	Caisse d'assurance maladie
CAPS	Caisse d'assurance maladie pour la protection de la santé du personnel
CCI	Corps commun d'inspection
CCI/CNUCED/OMC	Centre du commerce international
CCPNU	Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies
CCQA	Comité consultatif pour les questions administratives
CCQAB	Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires
CCS	Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination
CFPI	Commission de la fonction publique internationale
OACI	Organisation de l'aviation civile internationale
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FIDA	Fonds international de développement agricole
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
ICCROM	Centre international d'études pour la conservation et la restauration des biens culturels
IPSAS	Normes comptables internationales du secteur public
MMBP	Plan complémentaire d'assurance médicale gros risques
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT	Organisation internationale du Travail
OMI	Organisation maritime internationale
OMM	Organisation météorologique mondiale
OMPI	Organisation internationale de la propriété intellectuelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
ONUG	Office des Nations Unies à Genève
ONUUV	Office des Nations Unies à Vienne

SIGLES ET ACRONYMES (suite)

PAM	Programme alimentaire mondial
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UIT	Union internationale des télécommunications
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNOPS	Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets
UPU	Union postale universelle
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
VNU	Volontaires des Nations Unies
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse (caisse autrichienne d'assurance maladie)

I. INTRODUCTION

1. Le Corps commun d'inspection (CCI) a inscrit à son programme de travail pour 2005 un rapport sur la couverture médicale du personnel du système des Nations Unies¹. L'établissement de ce rapport a été prévu suite à des propositions formelles de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) et de l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI). Ces institutions ont demandé des conseils sur la façon de traiter des nouveaux problèmes rencontrés par leur régime d'assurance maladie suite à la flambée du coût de la couverture médicale et à la nécessité de garantir une couverture médicale à leur personnel, à leurs retraités et aux personnes à leur charge, dans le contexte de pratiques de croissance budgétaire nulle adoptées par les institutions des Nations Unies. Les régimes d'assurance médicale de la plupart des institutions des Nations Unies se sont, de temps à autre, heurtés à des problèmes de même nature, qu'il s'agisse de la gestion, de l'administration ou du financement.

2. Depuis la création de l'Organisation des Nations Unies, de ses institutions spécialisées et de l'AIEA, la question de l'assurance maladie des fonctionnaires et des personnes à leur charge a été maintes fois examinée par des organes du système commun des Nations Unies tels le Comité administratif de coordination (CAC), désormais Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS), le Comité consultatif pour les questions administratives (CCQA) et le Corps commun d'inspection (CCI). Celui-ci a procédé à un examen approfondi des régimes d'assurance maladie en juin 1977, année de la dernière étude consacrée à la question qui portait sur l'ensemble du système. Cette étude passait en revue un certain nombre de questions capitales, dont les types de régimes, la structure des prestations, les questions financières, administratives et de gestion².

3. En 1977, le CCQA a mis sur pied un groupe de travail chargé d'apporter une réponse commune aux recommandations figurant dans la note du CCI. Cependant, on ne dispose d'aucune information sur les résultats des travaux de ce groupe de travail. Les constatations, observations et recommandations faites par le CCI dans sa note de 1977 demeurent valables dans le contexte actuel. C'est pourquoi les Inspecteurs aimeraient rappeler certaines d'entre elles dans leur présent rapport, afin d'appeler l'attention des États Membres et des institutions des Nations Unies sur les problèmes persistants et tenaces auxquels se heurtent les régimes d'assurance maladie du personnel.

4. Le présent rapport a pour objet de présenter aux États Membres une vue d'ensemble de la couverture médicale dont bénéficie le personnel des Nations Unies, une comparaison avec les pratiques optimales d'autres institutions et un certain nombre de solutions viables visant à assurer une maîtrise plus efficace des dépenses budgétaires connexes, sans compromettre cet élément important des conditions de service offertes dans le système des Nations Unies.

5. Le présent rapport a été établi à partir de questionnaires, d'entretiens et d'une analyse approfondie. Des questionnaires détaillés ont ainsi été envoyés à toutes les institutions participantes. Sur la base des réponses reçues, les Inspecteurs ont eu des entretiens avec de hauts fonctionnaires des institutions participantes et recherché aussi le point de vue d'autres organisations internationales. Dans le cadre de cette étude, ils ont visité des organisations ayant leur siège à New York, Genève, Vienne, Rome, Londres et Paris. Ils ont également eu des entretiens avec de hauts fonctionnaires de la Banque mondiale, du Fonds monétaire international, de la Commission européenne, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et de l'Agence spatiale européenne (ASE) au sujet des régimes d'assurance maladie de ces organisations pour repérer d'éventuels critères de référence et pratiques optimales. Il en a été tenu compte dans la mise au point des recommandations figurant dans le présent

¹ A/60/34 (par. 39 et 40).

² JIU/NOTE/77/2 Note on health insurance schemes in the United Nations system (Note sur les régimes d'assurance maladie au sein du système des Nations Unies).

rapport. Les Inspecteurs ont par ailleurs invité les institutions participantes ainsi que la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (CCPPNU) et la Commission de la fonction publique internationale (CFPI) à faire part de leurs commentaires sur le projet de rapport, et de nombreuses institutions ont répondu. Là encore les Inspecteurs en ont tenu compte lorsqu'ils ont mis la dernière main à leur rapport.

6. Conformément au paragraphe 2 de l'article 11 du statut du CCI, le présent rapport a été mis au point après consultation entre les Inspecteurs de façon que les conclusions et recommandations formulées soient soumises au jugement collectif du Corps commun.

7. Pour faciliter le traitement du rapport et la mise en œuvre et le suivi des recommandations qui y sont énoncées, l'annexe VII contient un tableau indiquant si le rapport a été soumis aux institutions intéressées pour suite à donner ou pour information. Ce tableau répertorie les recommandations qui intéressent chaque organisation en précisant si elles exigent une décision de la part de l'organe délibérant ou de l'organe directeur de l'institution ou peuvent être mises en application par le chef de secrétariat.

8. Les Inspecteurs tiennent à adresser leurs remerciements à tous ceux qui les ont aidés à établir le présent rapport et en particulier à ceux qui ont participé aux entretiens et ont partagé leurs connaissances et compétences.

II. RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES

A. Croissance des coûts de l'assurance maladie dans le système des Nations Unies

9. Dès l'origine de l'Organisation des Nations Unies, de ses institutions spécialisées et de l'AIEA, leur règlement du personnel prévoit que le chef de secrétariat établit pour le personnel un système de sécurité sociale prévoyant notamment des dispositions pour la protection de la santé des intéressés. Une fois nommé à un poste dans le système des Nations Unies, un fonctionnaire peut s'affilier à un régime d'assurance maladie qui couvre ses dépenses médicales en cas de maladie, de maternité ou d'accident. Dans les premiers temps de l'Organisation, l'assurance maladie n'était offerte qu'aux fonctionnaires en activité et l'Organisation ne subventionnait pas les cotisations. Par sa résolution 1095 (XI), du 27 février 1957, l'Assemblée générale a autorisé la répartition à part à peu près égale du coût total de l'assurance maladie entre l'ensemble du personnel participant et l'Organisation, de façon que les fonctionnaires des classes les moins rémunérées reçoivent une assistance financière plus grande que ceux des classes les mieux rémunérées.

10. Selon les informations disponibles, au 31 décembre 2004, le nombre total de cotisants à ces régimes à l'échelle du système était d'environ 84 000 personnes et le coût annuel dépassait les 305 millions de dollars des États-Unis. L'annexe II illustre l'augmentation comparative en pourcentage du nombre de cotisants et du coût annuel des régimes d'assurance maladie pour les institutions des Nations Unies pour 1997 et 2004. Selon la note de 1977 du CCI, en 1975, le nombre de cotisants s'élevait à 38 000 personnes environ, dont 3 000 retraités, et le coût annuel était d'environ 20,5 millions de dollars des États-Unis. L'augmentation en pourcentage du nombre de cotisants depuis 1975 est d'environ 122 %, alors que, pendant la même période, le coût des régimes d'assurance maladie a augmenté de 1 387 %. Après analyse, les Inspecteurs soulignent l'importance croissante de la couverture de l'assurance maladie, troisième élément des conditions d'emploi après les traitements et indemnités et les prestations de retraite, et engagent à l'adoption de mesures propres à maîtriser la croissance exponentielle attendue du coût de la couverture médicale offerte au personnel.

B. Absence de contrôle suffisant de la part des États Membres

11. Aux termes de l'Article 101 de la Charte des Nations Unies, la considération dominante dans la fixation des conditions d'emploi du personnel doit être «la nécessité d'assurer [à l'Organisation] les services de personnes possédant les plus hautes qualités de travail, de compétence et d'intégrité». Jouir d'un niveau de sécurité sociale décent, dans des conditions d'égalité, fait partie des attentes élémentaires de tout fonctionnaire qui entre au service d'une institution des Nations Unies. Selon les principes internationaux établis, notamment ceux garantis par les Conventions et Recommandations pertinentes de l'Organisation internationale du Travail (OIT), ainsi que par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, des régimes décents de sécurité sociale devraient offrir une protection contre les imprévus ou les risques (handicap, maladie, vieillesse, etc.), assurer les soins de santé nécessaires et permettre aux assurés de s'acquitter de leurs responsabilités en matière d'entretien des enfants et autres membres de la famille à charge.

12. Toutes les institutions du système commun ont mis en place un régime ou plan d'assurance maladie d'une sorte ou d'une autre. Les Inspecteurs relèvent l'absence apparente de contrôle de la part des États Membres sur la création des régimes d'assurance maladie au sein du système des Nations Unies. Parties prenantes dans la détermination des barèmes de traitements et autres prestations, dont les prestations de retraite, les États Membres n'ont joué directement aucun rôle dans la définition des prestations de l'assurance maladie offertes aux fonctionnaires et aux retraités. Ce pouvoir de contrôle a été délégué au secrétariat des institutions, d'où des disparités considérables d'une institution à une autre. Les régimes existants font apparaître des différences notables, parfois au sein même d'un lieu d'affectation (New York, Genève ou Vienne) entre personnel recruté sur le plan local et personnel recruté sur le plan

international, entre personnel du siège et personnel sur le terrain, ainsi que des disparités entre les dispositions applicables en matière de cotisation et de taux de remboursement.

13. Jamais l'assurance maladie n'est apparue comme quelque chose devant relever du système commun. Les institutions des Nations Unies ont opposé de la résistance aux tentatives faites par la CFPI pour se pencher sur les aspects des conditions d'emploi touchant à la sécurité sociale, en mettant au point une méthodologie de comparaisons portant sur la rémunération totale. De même, la CFPI a refusé de prendre position lorsqu'en 1982 l'Assemblée générale l'a priée d'examiner la nécessité de relever le pourcentage de la subvention que les organisations appliquant le système commun versaient pour l'assurance maladie des fonctionnaires. Lors d'une rencontre avec les Inspecteurs, l'ancien président de la CFPI a confirmé que l'assurance maladie n'était pas considérée comme une composante du système commun.

14. Il va de soi, pour les Inspecteurs, que l'assurance maladie, à l'égal d'autres prestations relevant du système commun comme les traitements et émoluments, les classes et les prestations de retraite, devrait être régie par des règlements cohérents. Les Inspecteurs sont d'avis que les disparités des régimes d'assurance maladie vont à l'encontre du principe admis d'un système commun pour les questions de personnel et rappellent qu'il «est souhaitable ... de remédier à cet état de choses de façon à uniformiser le traitement du personnel du système des Nations Unies en matière d'assurance maladie dans le cadre du système commun»³. Les États Membres devraient jouer un rôle actif dans cet effort de détermination des prestations de l'assurance maladie afin d'harmoniser les différents régimes, de gommer les disparités et de maîtriser les dépenses.

C. Analyse comparative des régimes d'assurance maladie au sein du système des Nations Unies

15. Il existe actuellement 20 grands régimes d'assurance maladie au sein du système des Nations Unies. On trouvera à l'annexe I un bref aperçu de leurs principaux éléments. Les régimes varient et diffèrent sensiblement d'une institution et d'un lieu d'affectation à l'autre et parfois au sein même d'un lieu d'affectation. Les types de régimes sont les suivants:

- Régimes autogérés et autofinancés comme le Plan d'assurance maladie de l'Organisation, l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies à Genève, le régime d'assurance maladie du personnel de l'Organisation internationale de la santé (OMS), la Caisse d'assurance maladie pour la protection de la santé du personnel (CAPS) de l'OIT et de l'Union internationale des télécommunications (UIT) et la Caisse d'assurance maladie (CAM) de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO);
- Des régimes autofinancés administrés par des prestataires du secteur privé comme Aetna, Blue Cross, le groupe Sun Life et Vanbreda, au Siège de l'ONU et dans les missions sur le terrain, à l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI), à l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), au Programme alimentaire mondial (PAM) et à l'Organisation internationale de la propriété intellectuelle (OMPI);
- Des régimes nationaux ou publics comme la caisse autrichienne d'assurance maladie (Wiener Gebietskrankenkasse – WGKK) pour certaines catégories de personnel dans certains lieux d'affectation.

³ JIU/NOTE/77/2 (p. 30, par. 92).

D. Étendue de la couverture

16. L'étendue de la couverture proposée par les régimes d'assurance maladie varie selon les régimes. Les institutions des Nations Unies offrent toutes une couverture maladie (voir annexe IV) à tous les fonctionnaires en activité et aux personnes directement ou non directement à leur charge comme aux retraités et aux personnes à leur charge, les deux catégories étant considérées comme un seul et même groupe. Cependant, les critères d'admission aux régimes d'assurance maladie varient en termes de période minimale d'activité requise. Ainsi, un contrat de trois mois est le minimum requis à l'OACI, alors que la plupart des autres institutions exigent un contrat de six mois. De même, les critères d'admission pour les retraités et les personnes à leur charge varient comme le montre l'annexe VI. À l'exception de quelques organisations comme l'AIEA, l'OACI et l'Organisation maritime internationale (OMI), le personnel au bénéfice de contrats de courte durée, les consultants et les titulaires d'accords de services spéciaux sont couverts par le régime d'assurance maladie du personnel de l'institution dont ils relèvent.

17. La plupart des institutions font obligation aux fonctionnaires de participer à l'un des régimes d'assurance maladie de base, à l'exception de ceux qui peuvent justifier d'une couverture par un régime extérieur au système des Nations Unies. Il est par contre facultatif de participer à des régimes complémentaires comme le Plan complémentaire d'assurance médicale gros risques (MMBP) à Rome ou le Plan complémentaire d'assurance maladie à Vienne. Ces régimes complémentaires sont destinés à couvrir les dépenses qui ne sont pas remboursées par les régimes de base et le fonctionnaire est seul à y cotiser. Tous les régimes assurent une couverture dans le monde entier, les prestations et remboursements variant de l'un à l'autre. Les régimes nationaux, comme la caisse autrichienne n'assurent par contre une couverture que sur le territoire de l'Union européenne et des pays qui ont conclu un accord bilatéral à ce sujet avec l'Autriche.

E. Cotisations

18. Actuellement, les fonctionnaires cotisent à hauteur d'un pourcentage ou d'un montant fixe de la prime dont les institutions prennent le solde à leur charge. On trouvera à l'annexe III une analyse comparative de la part de la prime payée par les fonctionnaires et les retraités et par les institutions. Il existe des différences considérables entre la part des fonctionnaires en activité et retraités et celle des institutions. De même, le montant des primes varie énormément. Les Inspecteurs reconnaissent que dans un lieu d'affectation les coûts médicaux conditionnent le montant des primes, mais notent que, dans certains lieux d'affectation comme Genève par exemple où différentes institutions offrent des prestations similaires, rien ne justifie les écarts dans la répartition des parts de prime entre fonctionnaires et institution ni dans la détermination du montant des primes. Il en va de même de certains des autres lieux d'affectation où sont postés de nombreux fonctionnaires du système commun qui travaillent pour différentes institutions et où ces institutions disposent de leur propre régime de soins de santé. Il faudrait, dans un même lieu d'affectation, harmoniser les parts de cotisation et le montant des primes.

F. Prestations

19. Afin de répondre aux demandes croissantes de prestations et de services, les régimes d'assurance maladie révisent périodiquement leur barème de prestations. La révision se fait dans ce cas essentiellement au niveau des prestations, par exemple services de soins de longue durée, soins dentaires, équipement optique, etc. En même temps, de nouvelles règles sont appliquées aux prestations et aux dépenses de pharmacie. On trouvera à l'annexe V une analyse comparative des principales prestations offertes par les régimes d'assurance maladie au sein du système des Nations Unies.

20. Tous les régimes garantissent la liberté de choix des prestataires, médecins, pharmaciens et établissements médicaux. Aucun régime ne plafonne le montant global des sommes qui peuvent être remboursées à un assuré sa vie durant, mais la somme des remboursements annuels est soumise à une

limite qui va de 1 million de dollars des États-Unis à la FAO/PAM à 30 000 dollars des États-Unis pour le personnel temporaire de l'OMS au cours des trois premiers mois de contrat. Dans des organisations comme l'OACI, seules certaines prestations sont plafonnées ou limitées par année de prestation.

21. La plupart des régimes prévoient le remboursement à 80 % des honoraires de généralistes, médecins, chirurgiens, psychiatres, obstétriciens et gynécologues. Certains prévoient un remboursement à 100 %, d'autres à 75 %. Dans un même lieu d'affectation, les taux de remboursement d'un même service varient. À New York, les dépenses sont remboursées à 100 % dans le cadre du réseau de prestataires de soins privilégiés proposé par Aetna Open Choice (sous réserve de franchises annuelles et de coassurance), alors que les autres régimes proposent un taux de remboursement de 80 % seulement. Les régimes existant à Genève présentent eux aussi des disparités. Pour les médicaments délivrés sur ordonnance, le taux de remboursement est de 80 %. Dans d'autres régimes, à l'OACI par exemple, les médicaments délivrés sous leur nom de marque sont couverts à 80 %, les génériques à 90 %.

22. Les taux de remboursement des soins ambulatoires (analyses de laboratoire, radiographies, prothèses, etc.) et des soins en établissement vont de 75 à 100 %. On constate le même genre de variations pour des procédures médicales comme la mammographie, l'appareillage orthopédique, etc. Les services infirmiers sont très diversement remboursés selon les régimes.

23. L'hospitalisation, à savoir le séjour dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement médical reconnu, représente une procédure de soins onéreuse que les régimes d'assurance maladie ne remboursent pas aux mêmes taux. Ainsi, à l'ONU, à l'OMS, à l'OIT et à l'OMPI, l'hospitalisation en chambre commune est remboursée à 100 %. Par contre, le taux de remboursement de l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée va de 70 % au titre du plan d'assurance maladie du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) à 100 % au titre du régime de l'OMPI. De même, certains régimes seulement avancent la somme requise à titre de caution par certains hôpitaux au moment de l'admission.

24. De façon générale, la fourchette de remboursement des soins dentaires (examens périodiques de routine, traitement des caries, pose de couronnes, etc.) s'étend de 80 à 100 % selon les régimes. Mais les taux annuels maximums de remboursement ne sont pas identiques d'un régime à l'autre. Le régime de l'OMS plafonne les remboursements à 1 500 dollars des États-Unis par an, somme portée à 30 000 dollars des États-Unis si les soins dentaires font suite à un accident. Le régime de l'OMPI fixe le remboursement à 75 % et à 3 500 francs suisses maximum par an, alors que le taux de remboursement atteint 85 % si les soins sont dispensés en France. De même, le remboursement des frais d'orthodontie varie d'un régime à l'autre.

G. Harmonisation des régimes d'assurance maladie

25. Considérant les disparités considérables qui existent entre les différents régimes d'assurance maladie au plan des cotisations, des prestations et de l'étendue de la couverture, les Inspecteurs pensent que l'harmonisation des règlements et des prestations au sein du système des Nations Unies est une option qui doit être examinée au plus tôt. Ils sont préoccupés par ailleurs par le fait que des disparités non négligeables entre les régimes risquent de faire obstacle à la mobilité du personnel entre institutions des Nations Unies.

26. La question de l'harmonisation des régimes d'assurance maladie s'est posée dès l'origine du système des Nations Unies, lorsque les différentes institutions ont mis sur pied les dispositions voulues pour leurs fonctionnaires. Dans les années 50 et 60, des organes du système commun comme le CCQA et le CAC se sont toujours dits intéressés par la création d'un régime commun d'assurance maladie pour l'ensemble du personnel des institutions des Nations Unies. À sa treizième session, en septembre 1952, le CCQA «a engagé instamment les organisations qui avaient mis sur pied un plan à l'intention de leur personnel à envisager de permettre au personnel d'autres institutions de la même région membres du

système de s'y affilier. Si plusieurs organisations ... disposent de plans individuels applicables à leur personnel, elles devraient étudier la possibilité de concevoir un plan unique qui couvre l'ensemble de leur personnel».

27. Après avoir passé en revue en 1977 les principaux problèmes rencontrés par les régimes d'assurance maladie du système des Nations Unies et avoir noté «la complexité des régimes et le labyrinthe de règlements compliqués sur lesquels ces régimes ont été édifiés», le CCI a jugé «souhaitable de tendre vers la mise au point d'un régime unique couvrant tous les fonctionnaires internationaux appartenant à toutes les institutions des Nations Unies ... qu'ils soient en fonction au siège des institutions ou sur le terrain». Il n'en demeure pas moins que les Inspecteurs ne sont pas allés jusqu'à faire de cette constatation une recommandation car ils estimaient qu'elle aurait peu de chances de se concrétiser vu les problèmes pratiques à prendre en considération. Ils ont suggéré en revanche que, dans un premier temps, les organisations ayant leur siège à Genève fusionnent leurs régimes et proposent un régime unique à l'ensemble du personnel en fonction à Genève et sur le terrain.

28. Les Inspecteurs ont aussi recommandé «la création d'un comité interinstitutions de l'assurance maladie qui examinerait les conclusions tirées dans [la note] et mettrait au point un régime commun qui serait d'abord instauré à Genève avant d'être étendu à d'autres lieux d'affectation». Ils ont donné à entendre que le comité envisagé aurait pour tâche d'élaborer des plans en vue de la mise sur pied d'un régime commun d'assurance maladie auto-administré pour l'ensemble des organisations ayant leur siège à Genève, prémices d'un éventuel régime européen ou régional englobant toutes les institutions des Nations Unies basées en Europe. Ce comité aurait pour objectif à long terme d'élaborer des propositions en vue d'un régime commun de prestations suffisamment souple pour tenir compte des différents systèmes de soins de santé, de manière à instaurer deux régimes, l'un pour l'Amérique du Nord et l'autre pour le reste du monde⁴. Comme il est indiqué au paragraphe 8 ci-dessus, aucune mesure concrète n'a été prise pour donner suite aux recommandations du CCI.

29. Étudiant la situation 29 ans plus tard et se fondant sur de nombreux entretiens et échanges de vues avec de hauts fonctionnaires et des représentants du personnel des diverses institutions des Nations Unies dans différents lieux d'affectation, les Inspecteurs concluent qu'il est peut-être encore possible d'instaurer un régime unique mondial d'assurance maladie pour l'ensemble du système des Nations Unies. Un tel objectif serait réalisable à long terme après harmonisation des régimes au niveau du lieu d'affectation. À l'occasion des entretiens organisés en vue de l'établissement du présent rapport, les représentants des institutions ont déclaré qu'il y avait des raisons à la coexistence de différents régimes au sein du système des Nations Unies. Ils ont évoqué notamment l'histoire des institutions, la différenciation des besoins médicaux selon la nature du mandat et la fonction de chaque institution, le rapport coût/efficacité des différents régimes, les pratiques médicales et les régimes juridiques régissant la profession médicale dans un lieu d'affectation ou un pays hôte donné.

30. Quoi qu'il en soit de ces raisons, les Inspecteurs s'inquiètent des disparités en termes d'étendue de la couverture, de prestations, de niveau de remboursement et de flambée des coûts de la protection de la santé, comme l'illustre l'annexe II, entre les principaux régimes d'assurance maladie en vigueur au sein du système des Nations Unies. À leur avis, les régimes devraient tous offrir aux fonctionnaires et aux personnes à leur charge un niveau comparable de sécurité en matière de santé, quels que soient leurs catégorie, niveau et lieu d'affectation. Les Inspecteurs sont aussi d'avis que la coexistence de régimes aussi nombreux ne saurait continuer de se justifier par des raisons historiques et de rapport coût/efficacité. De même, la coexistence de plusieurs régimes dans un même lieu d'affectation, comme c'est le cas à New York et Genève, qui s'appliquent dans le même environnement médical et juridique, est indéfendable. Les Inspecteurs soulignent la nécessité d'établir un régime unique mondial pour l'ensemble du système des Nations Unies, assez souple pour satisfaire les besoins divers des institutions et pour

⁴ JIU/NOTE/77/2 (p. 34 recommandations).

s'adapter à l'environnement médical et juridique de celles-ci. À cet égard, ils tiennent à appeler l'attention sur les régimes offerts par des prestataires du secteur privé présents dans le monde entier. En tant que première étape sur la voie de la réalisation de cet objectif, l'harmonisation des régimes d'assurance maladie au sein du système des Nations Unies s'impose.

Recommandation 1

Les organes délibérants des institutions des Nations Unies devraient reconnaître officiellement l'assurance maladie du personnel comme une composante à part entière du système commun. Ils devraient demander à la Commission de la fonction publique internationale (CFPI) de procéder à des examens périodiques afin de faire des recommandations à l'Assemblée générale.

Recommandation 2

À cet égard, l'Assemblée générale devrait créer, dans un premier temps, un organe consultatif ad hoc qui aiderait la CFPI à formuler des principes, des politiques et des normes plus larges pour les régimes d'assurance maladie. Cet organe serait composé de représentants des États Membres, de hauts fonctionnaires des institutions des Nations Unies, d'un (de) représentant(s) élu(s) du personnel et d'un (de) représentant(s) élu(s) des retraités et bénéficierait du concours de spécialistes des questions de santé et d'assurance du secteur privé.

Recommandation 3

Les organes délibérants des institutions devraient demander aux chefs de secrétariat d'harmoniser les régimes d'assurance maladie existants, tout d'abord au niveau du lieu d'affectation et, à plus long terme, au sein du système commun en ce qui concerne l'étendue de la couverture, les cotisations et les prestations, et de leur fournir périodiquement des informations sur les questions liées à l'assurance maladie.

III. ASSURANCE MALADIE APRÈS LA CESSATION DE SERVICE AU SEIN DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES

31. Au début des années 50, des institutions comme le BIT ont étendu leur régime d'assurance maladie, à titre facultatif, aux fonctionnaires qui prenaient leur retraite. D'autres organisations leur ont emboîté le pas et fait bénéficier de leur régime d'assurance maladie les fonctionnaires à la retraite et les personnes à leur charge. À l'ONU, dans un rapport soumis à l'Assemblée générale à sa vingt et unième session (A/6491 et Corr.1), le Secrétaire général faisait observer que la cessation automatique de l'assurance lorsque le fonctionnaire partait à la retraite était «par trop rigoureuse» et suggérait d'étendre la protection contre la maladie après la cessation de service à tous les retraités de l'Organisation dans des conditions similaires à celles qui étaient de pratique courante parmi les États Membres, qui assuraient une protection contre la maladie à leurs fonctionnaires et à leur famille après la cessation des services. À sa 1501^e séance plénière le 20 décembre 1966, l'Assemblée générale a approuvé la création du programme d'assurance maladie après la cessation de service.

32. Au début, les institutions ne versaient pas de cotisation de contrepartie pour les retraités. En l'absence de subvention, les retraités devaient s'acquitter de l'intégralité de la prime. Cette position a changé en 1965 lorsque le BIT a fait valoir qu'«un grand nombre de fonctionnaires retraités et de personnes à leur charge, placés dans une situation financière moins favorable que celle des fonctionnaires en service [étaient] tenus, par comparaison avec ceux-ci, de consacrer à l'assurance médicale une partie de leur revenu tout à fait disproportionnée ... le principe de l'assurance sociale qui, depuis 1958, [était] totalement appliqué aux personnes assurées en service et en vertu duquel il [devait] y avoir partage des dépenses, sans que l'on considère si la personne est un bon ou un mauvais risque, devrait être maintenant étendu aux fonctionnaires retraités et aux personnes à leur charge»⁵. L'organe directeur de l'OIT a approuvé le partage du coût de l'assurance des retraités et, ultérieurement, d'autres institutions des Nations Unies ont suivi son exemple.

33. Actuellement, tous les régimes d'assurance maladie du système des Nations Unies offrent une couverture avec partage des coûts aux retraités et aux personnes à leur charge. Dans tous ces régimes, la couverture proposée aux retraités est facultative et ceux-ci ne peuvent en bénéficier que s'ils ont cotisé sans interruption à un régime du système des Nations Unies. Pour être affiliés au programme d'assurance maladie après la cessation de service, l'ancien fonctionnaire et les personnes à sa charge qui peuvent y prétendre doivent être tous couverts par l'un de ces régimes au moment où l'intéressé prend sa retraite. À ce moment-là, l'intéressé peut passer du plan d'assurance maladie qui le couvrait à un autre adapté à son lieu de résidence.

34. Dès son institution, le programme d'assurance maladie après la cessation de service a connu une forte croissance au sein du système des Nations Unies tant du nombre des assurés que des coûts correspondants. À l'ONU, la moyenne des affiliations à l'assurance maladie après la cessation de service a plus que doublé sur dix ans, passant de 2 672 retraités pour l'exercice biennal 1984-1985 à 7 105 à la fin de l'exercice biennal 2002-2003. Pendant la même période, la subvention de l'Organisation à l'assurance maladie des retraités a pratiquement décuplé, passant de 6,9 à 67,7 millions de dollars des États-Unis. Les autres institutions du système ont enregistré des tendances similaires. L'effet combiné de plusieurs éléments, à savoir la composition démographique de la population assurée, la proportion croissante des retraités affiliés, l'allongement de l'espérance de vie et la hausse vertigineuse des dépenses médicales, gonfle inexorablement les coûts de l'assurance maladie et entraîne une révision à la hausse des cotisations des assurés comme des organisations. Vu l'évolution passée, les affiliations et les dépenses médicales devraient poursuivre leur croissance.

⁵ ILO G.B.162/FA/D.15/19, cent soixante-deuxième session, mai 1965.

A. Financement du programme d'assurance maladie après la cessation de service

35. Outre le coût des subventions versées par les organisations pour couvrir les retraités, le problème majeur que pose le programme d'assurance maladie après la cessation de service touche au montant des charges à payer et à leur financement. Les engagements accumulés au titre de l'assurance maladie après la cessation de service représentent la valeur actualisée des prestations futures en échange desquelles les fonctionnaires actifs et retraités ont déjà rendu un service. Dans nombre d'institutions des Nations Unies, les ressources sont provisionnées tous les deux ans et les prestations après la cessation de service sont comptabilisées au décaissement. Les dépenses liées aux régimes d'assurance maladie après la cessation de service n'apparaissent pas séparément des dépenses de personnel. Dans d'autres institutions, elles figurent à part. Aussi est-il difficile de déterminer le volume de la subvention versée au sein du système au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Les Inspecteurs relèvent que le montant des crédits qui sont ouverts ne comprend pas le financement des charges qui seront à payer du fait des droits à prestations acquis par les fonctionnaires au cours de leur service.

36. La question du financement des charges à payer au titre des prestations après la cessation de service est certes à l'examen depuis plusieurs années au sein des organes interinstitutions, mais ceux-ci n'ont pas encore trouvé les moyens à mettre en œuvre pour résoudre le problème. Le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires (CCQAB), en examinant le projet de budget-programme pour l'exercice biennal 1998-1999⁶, a soulevé la question des obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Il a demandé qu'elle soit traitée à l'échelle du système dans un rapport du Secrétaire général. Les Inspecteurs se félicitent des récentes propositions avancées par le Secrétaire général dans son rapport A/61/730 «Charges à payer au titre de l'assurance maladie et mode de financement proposé»⁷.

37. Le Comité des commissaires aux comptes a insisté (A/57/201) sur l'urgence qu'il y avait pour toutes les organisations à reconnaître les charges à payer au titre de l'assurance maladie des retraités et à les faire apparaître dans les états financiers. L'Assemblée générale a demandé pour sa part au Secrétaire général, dans sa résolution 58/249 A du 23 décembre 2003, de lui communiquer le montant total du passif non provisionné que représentent les prestations payables à la cessation de service et après, et de lui proposer des mesures visant à assurer le financement intégral de ces éléments de passif.

B. Étendue des obligations au sein du système des Nations Unies

38. Bien que les institutions des Nations Unies aient entrepris des études actuarielles, seules quelques-unes procèdent périodiquement à de telles études, comme le montre l'annexe VI, pour déterminer l'ampleur de leurs obligations au titre de l'assurance maladie des retraités. Les notes aux états financiers rendent compte de ces obligations qui sont mises à jour dans les états biennaux ultérieurs. Se fondant sur les réponses reçues à leur questionnaire, les Inspecteurs notent que les institutions ont engagé les services de consultants et de sociétés privés pour effectuer les études actuarielles. Ces sociétés ont adopté uniformément les Normes comptables internationales (IAS 19) mais ne sont pas parties des mêmes principes et hypothèses pour déterminer l'ampleur des charges. Les Inspecteurs pensent qu'il vaudrait mieux et qu'il serait plus rentable d'adopter des principes et des hypothèses uniformes et cohérents aux fins d'une étude actuarielle à l'échelle du système, s'inspirant de celles de la CCPPNU.

39. Sur la base des études actuarielles déjà réalisées, la valeur actuarielle des charges à payer que représentent les prestations futures (non compris les cotisations des retraités) est estimée, au 31 décembre 2004, à 4,3 milliards de dollars des États-Unis, comme le montre l'annexe VI. Ce chiffre sera revu à la

⁶ Documents officiels de l'Assemblée générale, cinquante-deuxième session, supplément n° 7 (A/52/7/Rev.1), par. X.25.

⁷ Ce rapport porte sur l'Organisation des Nations Unies, le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, le Tribunal pénal international pour le Rwanda et la Commission d'indemnisation des Nations Unies.

hausse une fois que les organisations auront toutes achevé l'étude actuarielle de leurs obligations et auront fait des projections à partir de décembre 2005.

C. Financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie des retraités

40. Vu l'importance des charges en jeu, un certain nombre d'organisations ont reconnu leurs obligations au titre de l'assurance maladie des retraités et s'efforcent de trouver des moyens de les financer, comme le montre l'annexe VI. Aucune institution des Nations Unies n'a prévu de provisionner intégralement ces obligations. Dix d'entre elles qui ont des charges à payer n'ont pas encore commencé à les provisionner. En revanche, depuis plusieurs années, des institutions comme le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la FAO et le PAM font le nécessaire pour les financer en partie. Le PNUD a prévu une enveloppe de 54 millions de dollars des États-Unis pour les exercices biennaux expirant les 31 décembre 2001 et 2003. L'UNICEF a créé en 2003 une réserve de 30 millions de dollars des États-Unis à laquelle il se propose de verser une contribution annuelle pour financer intégralement ses obligations. Depuis 1998, la FAO et le PAM consacrent aux programmes de soins de santé après la cessation de service une partie de leur réserve générale, destinée au financement de tous les programmes en faveur du personnel. Les régimes auto-administrés de l'OMS et de l'ONUG ont créé des réserves comme leurs statuts respectifs l'exigeaient pour couvrir les frais futurs des prestations aux retraités. Le montant des ressources mises de côté pour couvrir les obligations est de l'ordre de 632 millions de dollars des États-Unis et représente environ 15 % des obligations reconnues comme le montre l'annexe VI. Dans le système des Nations Unies, les charges non financées à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service demeurent sensiblement supérieures au financement prévu jusqu'ici.

41. Les Inspecteurs prennent acte par ailleurs de l'adoption des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) par le système des Nations Unies et de leur mise en œuvre progressive d'ici au 1^{er} janvier 2010. L'un des avantages de l'adoption de normes comptables internationalement reconnues tient à ce qu'elles permettent de refléter assez bien les obligations découlant pour le système des Nations Unies des prestations à servir après la cessation de service et en particulier les charges au titre de l'assurance maladie.

42. Vu l'ampleur des obligations, les Inspecteurs sont d'avis que les institutions des Nations Unies doivent élaborer une stratégie de financement à long terme. Dans le contexte des pratiques de croissance budgétaire nulle adoptées par la plupart des institutions des Nations Unies, la recherche de sources de financement sera pour elles une entreprise de longue haleine. Les Inspecteurs relèvent que, dans son rapport sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et le mode de financement proposé⁸, le Secrétaire général a recommandé une stratégie de financement pour l'ONU dont les principaux éléments sont les suivants: financement annuel sur le long terme, inscription d'un montant équivalent à 4 % de la masse salariale à tous les budgets sur lesquels des traitements sont imputés; utilisation, le cas échéant, du solde inutilisé du montant définitif des crédits ouverts au budget ordinaire de l'ONU; et utilisation du montant excédentaire des recettes accessoires inscrites au budget ordinaire de l'ONU (recettes effectives par rapport aux recettes prévues). Les Inspecteurs souscrivent aux recommandations du Secrétaire général et pensent que toutes les institutions des Nations Unies doivent soumettre à leur organe directeur respectif le montant total de leurs charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et élaborer une stratégie similaire à celle proposée par le Secrétaire général pour faire face à leurs obligations à long terme.

43. Dans sa résolution 60/255, l'Assemblée générale a reconnu les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service indiquées dans le rapport du Secrétaire général

⁸ A/60/450 du 27 octobre 2005.

(A/60/450), et prié celui-ci de faire le nécessaire pour que ces éléments de passif apparaissent dans les états financiers de l'Organisation. Les Inspecteurs sont d'avis qu'il ne suffit pas de faire apparaître ces charges dans les états financiers et qu'il faudrait trouver un financement suffisant pour y faire face.

44. Les Inspecteurs constatent que les institutions qui ont créé une réserve en accumulant des fonds pour s'acquitter de leurs obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ont investi leur réserve individuellement dans des placements à court et à long terme. Il serait, à leur avis, raisonnable d'envisager de créer un fonds commun en fusionnant les réserves qui existent et celles qui seront créées pour financer les charges futures. Chaque institution gérerait séparément sa réserve pour en faciliter le suivi et le contrôle, mais les réserves seraient mises en commun aux fins des placements. Une telle solution contribuerait à minimiser les risques d'investissement, procurerait aux institutions du système un avantage au plan de la gestion et un atout financier et améliorerait la rentabilité des placements. Le fonds commun devrait être investi selon des modalités similaires à celles suivies pour les avoirs de la CCPPNU.

Recommandation 4

L'organe délibérant de chaque institution devrait demander au chef de secrétariat de faire procéder périodiquement à une étude actuarielle fondée sur une méthodologie uniforme à l'échelle du système pour déterminer l'étendue des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et de faire apparaître ces charges dans les états financiers.

Recommandation 5

L'organe délibérant de chaque institution devrait:

- a) Demander au chef de secrétariat de faire des propositions de financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service;**
- b) Prévoir un financement suffisant pour couvrir les charges et créer une réserve à cet effet.**

Recommandation 6

L'Assemblée générale des Nations Unies devrait créer un fonds commun qui recueillerait les réserves (existantes ou à créer), lesquelles devraient être investies selon des modalités similaires à celles suivies pour les avoirs de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.

IV. MESURES DE MAÎTRISE DES COÛTS

45. Dans les années 90, face à l'envolée des dépenses de santé, plusieurs organisations, individuellement et collectivement, ont entrepris d'élaborer des propositions de programme de maîtrise des coûts pour contrôler autant que faire se peut les dépenses. Elles ont suivi diverses méthodes à cet effet, dont l'imposition de restrictions pour certains types de prestations ou la rationalisation des remboursements, des dépenses d'hospitalisation notamment (fixation de plafonds, nombre maximal de journées remboursables, hospitalisation en chambre commune etc.). Les caisses maladie des organisations ayant leur siège à Genève ont toutes mené de concert des négociations avec certains prestataires de soins de santé pour essayer de réduire leurs dépenses. Certaines organisations telles l'OIT ont mandaté des études pour trouver des moyens de freiner l'augmentation des coûts de leur régime d'assurance et assurer un financement suffisant au regard du volume et de l'étendue des soins de santé dont les assurés ont besoin. Malgré ces efforts, le coût croissant des régimes d'assurance maladie, comme le montre l'annexe II, est un sujet de préoccupation de plus en plus vive des institutions des Nations Unies. De l'avis des Inspecteurs, des mesures efficaces doivent être prises pour juguler les coûts, faute de quoi les assurés risquent de voir leur accès à un niveau raisonnable de soins de santé menacé.

46. Les professionnels de l'assurance maladie des institutions des Nations Unies se rencontrent périodiquement, coordonnent leur action au niveau opérationnel, partagent leur expérience et éprouvent les uns comme les autres le même souci de maîtriser les coûts de la couverture médicale. Les options décrites ci-dessous méritent que les professionnels de l'assurance maladie impliqués dans la maîtrise des coûts au sein du système des Nations Unies y prêtent attention:

- Étendre le réseau de prestataires de soins privilégiés, hôpitaux, cliniques, laboratoires et pharmacies à des tarifs négociés à un niveau acceptable;
- Tenter de définir, de façon unifiée, les types de prestations susceptibles d'être rationalisées et chercher à obtenir des tarifs préférentiels dans les différents lieux d'affectation;
- Renforcer et étendre les systèmes de prestations internes dans l'environnement médical et juridique du lieu d'affectation, fournir des soins de santé primaires et un service d'orientation aux fonctionnaires, aux retraités et aux personnes à leur charge. Le service médical interne de la FAO à Rome propose des soins de santé primaires, des services de kinésithérapie et la vente de médicaments, alors que ceux du Siège de l'ONU à New York, de l'ONUG, de l'OMPI, de l'OMS et de l'OIT à Genève et de l'AIEA à Vienne n'offrent que des consultations à visée préventive et des premiers secours et répondent aux urgences médicales des fonctionnaires. Ces services peuvent être étendus à partir des ressources et facilités existantes au profit d'un meilleur usage des moyens disponibles et de la maîtrise des coûts;
- Ouvrir des pharmacies internes pour l'approvisionnement en médicaments des fonctionnaires et des retraités qui suivent un traitement contre une maladie chronique;
- Entreprendre des activités d'éducation à la santé et de promotion de la santé et fournir des services d'information sur l'utilisation rationnelle des soins de santé.

47. Une autre mesure que les Inspecteurs suggèrent serait d'explorer la possibilité de fournir un accès aux services de santé nationaux dans le cadre des régimes d'assurance maladie des fonctionnaires internationaux et de faire une étude en vue de déterminer l'accessibilité des régimes de santé nationaux aux fonctionnaires actifs et retraités, chercher dans quelle mesure les régimes des institutions pourraient être coordonnés avec les régimes nationaux, explorer les démarches que les fonctionnaires pourraient devoir entreprendre pendant la vie active ou après la cessation de service pour conserver une couverture

médicale au titre des régimes nationaux et améliorer l'information sur l'ouverture de ces régimes au personnel international et sur les modalités et formalités d'affiliation.

Recommandation 7

Les chefs de secrétariat devraient de leur propre initiative mettre en œuvre des mesures de maîtrise des coûts dans leur organisation respective et veiller à ce que ces mesures soient prises de façon concertée par les différentes organisations d'un même lieu d'affectation.

Annexe I

BREF APERÇU DES DIFFÉRENTS RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE EXISTANT AU SEIN DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES

1. Siège de l'ONU à New York, PNUD, UNICEF et FNUAP et fonctionnaires recrutés aux plans international et national en poste dans des lieux d'affectation désignés:

a) Aetna Open Choice (réseau de prestataires de soins privilégiés), administré par une société privée d'assurance maladie, offre une couverture dans le monde entier pour les dépenses d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale et de médicaments délivrés sur ordonnance. Au titre de ce plan, l'assuré peut obtenir les traitements médicaux nécessaires en cas de maladie ou d'accident couverts par l'assurance à l'hôpital ou auprès du médecin de son choix que le prestataire de soins fasse partie du réseau (forfait de 10 dollars des États-Unis par visite sans qu'il soit nécessaire de remplir une demande de remboursement) ou non (remboursement à 100 % des dépenses d'hospitalisation et à 80 % des frais «raisonnables et pratiqués habituellement» pour les autres dépenses médicales).

b) Empire Blue Cross (réseau de prestataires de soins privilégiés), administré également par une société privée d'assurance maladie, offre des prestations de réseau, dont un large éventail de prestataires participants couvrant la plupart des spécialités médicales, et des prestations hors réseau. Un vaste réseau de médecins à New York même (zone métropolitaine) et sur l'ensemble du territoire des États-Unis participe à ce plan. Lorsque les traitements sont dispensés par un prestataire du réseau, l'assuré s'acquitte d'un forfait de 10 dollars des États-Unis. Lorsqu'ils sont dispensés par un prestataire hors réseau, le remboursement est limité à 80 %.

c) Le Plan d'assurance maladie pour New York est un réseau de soins coordonnés et suit le principe des soins médicaux et d'hospitalisation de groupe prépayés. Le fonctionnaire n'a rien à déboursier pour des services couverts par le plan et dispensés par de nombreux groupes médicaux participants dans la zone métropolitaine de New York. Le plan assure aussi la couverture intégrale des traitements d'urgence nécessaires où que ce soit dans le monde.

d) Le programme CIGNA Dental (réseau de prestataires de soins privilégiés) est géré par une société privée et offre un large réseau de prestataires participants dans la zone métropolitaine de New York et sur l'ensemble du territoire des États-Unis. Il fonctionne comme un réseau de prestataires de soins privilégiés; les dentistes affiliés perçoivent des honoraires fixés selon un barème négocié avec CIGNA, remboursés à 100 % à l'assuré. S'agissant des services dispensés par des prestataires hors réseau, le remboursement est limité à 80 % des frais raisonnables et pratiqués habituellement et en tout état de cause plafonné à 2 250 dollars des États-Unis par an.

e) Outre les plans ci-dessus, la MEDEX Assistance Corporation (MEDEX) offre ses services pour une cotisation mensuelle modeste aux fonctionnaires affiliés à Aetna et Empire Blue Cross. Ce programme assure une assistance médicale d'urgence, dont des services d'évacuation médicale, de rapatriement et d'aide au transport lorsque le fonctionnaire se trouve à 100 miles (160 km) au moins de chez lui.

À l'exception du Plan d'assurance maladie pour New York, les plans d'assurance maladie du Siège de l'ONU sont indexés sur les résultats. Chaque année, les primes sont calculées en fonction du coût des traitements médicaux et dentaires dispensés aux assurés de l'ONU au cours de l'année précédente, auquel s'ajoutent l'effet escompté de la croissance de la consommation de ces services et de l'inflation et une dotation suffisante pour couvrir les dépenses administratives. L'année qui suit une période de forte consommation, on peut s'attendre à ce que le taux d'augmentation des primes soit relativement élevé. Inversement, si la consommation a été modérée, le taux d'augmentation des primes est lui aussi modéré.

f) Le programme Vanbreda d'assurance des frais médicaux, d'hospitalisation et dentaires des fonctionnaires hors siège, administré par une société privée, couvre les fonctionnaires et anciens fonctionnaires qui résident partout dans le monde à l'exception des États-Unis. La prime est calculée en fonction des demandes de remboursement soumises par les affiliés de quelque région du monde que ce soit et reflète la variation des niveaux de prix. En conséquence, on distingue trois grandes régions géographiques qui permettent de déterminer le niveau des primes: le groupe 1 regroupe tous les lieux d'affectation en dehors du Chili, du Mexique et de l'Europe occidentale, le groupe 2 les pays d'Europe occidentale et le groupe 3 le Chili et le Mexique. Tous les fonctionnaires au bénéfice d'un contrat de trois mois minimum de la série 100/300 et d'un mois minimum de la série 200 peuvent s'y affilier.

g) Le Plan d'assurance maladie est un plan autogéré et autofinancé, proposé au personnel recruté localement de la catégorie des services généraux et aux administrateurs recrutés sur le plan national dans des lieux d'affectation hors siège, notamment les bureaux extérieurs et les missions de maintien de la paix. Il fait suite à la résolution 41/209 de l'Assemblée générale. L'administration du plan sous tous ses aspects est confiée aux lieux d'affectation. Les cotisations, établies lorsque le plan a été instauré en 1987, n'ont pas été revues depuis. Le PNUD a chargé un cabinet de courtage indépendant du traitement des demandes de remboursement.

2. Genève

a) L'assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies en poste à Genève est une mutuelle autofinancée et auto-administrée, créée par les fonctionnaires de l'ONUG en vertu du Statut du personnel. Elle est administrée par un Comité exécutif composé de sept membres représentant l'administration de l'ONUG et le conseil de coordination du personnel. La prime est calculée sur la base de la rémunération nette des fonctionnaires. L'assurance mutuelle couvre les fonctionnaires de l'ONUG, du HCR et de l'OMM.

b) L'assurance maladie du personnel, créée par l'OMS, est un programme autofinancé dont l'objectif est d'assurer le remboursement d'une grande partie des dépenses de soins de santé reconnus nécessaires, engagées par les fonctionnaires de l'OMS où que ce soit dans le monde. Les cotisations des assurés sont calculées sur la base de leur rémunération. Des comités de surveillance au siège et dans les bureaux régionaux suivent et contrôlent le fonctionnement et la situation financière du programme.

c) La Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel (CAPS) du BIT et de l'UIT est une caisse auto-administrée, financée par les cotisations des assurés, calculées sur la base de leur rémunération. Le comité de gestion qui se compose de huit membres titulaires (trois membres titulaires représentant les assurés du BIT, un membre titulaire représentant les assurés de l'UIT, trois membres titulaires représentant le Directeur général du BIT et un membre titulaire représentant le Secrétaire général de l'UIT) est chargé de gérer la caisse.

d) L'assurance maladie de groupe de l'OMPI est offerte sur la base d'un contrat conclu par les Assurances générales de France IART, société privée. Le contrat a été délégué à Vanbreda International en tant que courtier pour la gestion, l'exécution et la réalisation du contrat. Les cotisations, qui couvrent deux groupes, à savoir les adultes de plus de 21 ans et les enfants de moins de 21 ans, sont révisées périodiquement.

e) Assurance collective. Une société privée suisse, KPT Assurances SA, offre un régime d'assurance maladie aux fonctionnaires permanents de l'UPU, Vanbreda International assurant le reste du personnel.

3. Vienne

a) Vanbreda International, assureur privé, offre un régime d'assurance médicale commun à l'ONU/ONUDI. L'ONUDI est la titulaire de la police et l'ONU est une institution participante. Le plan d'assurance médicale primaire et le plan d'assurance médicale complémentaire assurent une couverture dans le monde entier et remboursent à 80 % les frais de consultations/examens médicaux et dentaires et d'hospitalisation. Le tarif des primes est calculé en fonction des primes versées et des remboursements effectués sur une période de référence de 12 mois.

b) Vanbreda offre un plan d'assurance médicale primaire et un plan d'assurance médicale complémentaire au personnel permanent de l'AIEA, ainsi qu'un régime d'assurance médicale commun au personnel au bénéfice de contrats de courte durée.

c) Outre ces deux plans privés, la Caisse autrichienne d'assurance maladie (WGKK), caisse de sécurité sociale, est aussi à la disposition des fonctionnaires à Vienne.

4. Rome

Le PAM et la FAO offrent deux régimes d'assurance médicale à leur personnel. Tous les fonctionnaires, où que ce soit dans le monde, doivent s'affilier au plan d'assurance médicale primaire. Le Plan complémentaire d'assurance médicale gros risques (MMBP) est un régime facultatif. Le coût du régime de base est partagé entre l'organisation et le personnel, alors que les primes au titre du MMBP sont entièrement à la charge du personnel. Vanbreda International gère l'un et l'autre plan.

5. Paris

La Caisse d'assurance maladie de l'UNESCO, mutualiste et autogérée, offre une couverture partout dans le monde. Elle est gérée par un conseil de gestion composé de cinq membres: un Président nommé par le Directeur général, deux membres élus par les assurés, un représentant de la gestion des ressources humaines et un représentant du contrôleur. Les cotisations des assurés sont calculées sur la base de leur rémunération annuelle et révisées lorsque la situation financière de la Caisse l'exige.

6. Montréal

Le plan d'assurance maladie du Sun Life group de l'OACI est un plan facultatif privé qui assure une couverture partout dans le monde.

7. Londres

Vanbreda International offre une assurance maladie au personnel de l'OMI.

Annexe II

**NOMBRE DE COTISANTS ET COÛT ANNUEL DES RÉGIMES
D'ASSURANCE MALADIE POUR 1997 ET 2004**

Organisation	Nombre de cotisants (actifs et retraités) aux régimes d'assurance maladie			Coût annuel des régimes d'assurance maladie (en milliers de dollars des États-Unis)		
	1997 ⁹	2004 ¹⁰	indice de 2004 1997 = 100	1997 ¹¹	2004 ¹²	indice de 2004 1997 = 100
ONU ¹³	39 119	46 352	118	86 551	175 447	203
BIT	4 289	4 737	110	8 432	11 846	141
FAO ¹⁴	9 097	9 833	108	16 809	24 342	145
UNESCO	4 285	4 600	107	6 723	15 932	236
OACI	997	997		1 844	2 929	159
OMS	7 682	9 262	121	21 900	37 173	170
UPU	509	573	113	561	2 255	401
UIT	1 178	1 501	127	3 169	4 530	143
OMM	384	473	123	1 736	2 699	155
OMI	342	342		539	1 439	267
OMPI	783	1 022	131	2 357	5 455	231
ONUDI	1 113	1 102	100	2 767	4 316	156
AIEA	2 599	2 953	114	4 839	7 729	160
Total	72 377	83 747¹⁵	116	158 227	296 092	187

⁹ Source: ACC/1999/FB/R.13 – Rapport biennal sur le coût de l'assurance maladie.

¹⁰ Source: réponses au questionnaire du CCI.

¹¹ Source: ACC/1999/FB/R.13 – Rapport biennal sur le coût de l'assurance maladie.

¹² Toutes les sommes en devises ont été converties en dollars au taux de change officiel de décembre 2004.

¹³ Y compris les programmes d'assurance maladie administrés hors Siège (fonctionnaires et retraités du Secrétariat), du PNUD, du Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS), du FNUAP et de l'UNICEF. Y compris également l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies à Genève (fonctionnaires et retraités de l'ONUG), toutes les caisses et programmes à Genève, de l'OMM, des VNU, du secrétariat de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC), du secrétariat de la Convention sur la lutte contre la désertification et de l'École des cadres du système des Nations Unies.

¹⁴ Y compris le PAM.

¹⁵ Y compris des estimations pour l'OACI et l'OMI, calculées à partir des chiffres de 1997.

Annexe III

**ANALYSE COMPARATIVE DE LA RÉPARTITION DES CHARGES
AU TITRE DES PRIMES**

Partage des coûts (plan de base) ¹⁶				
Organisation	Personnel	Organisation	Retraités	Organisation
ONU ¹⁷	40	60	20	80
Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies à Genève	50	50	33	67
BIT ¹⁸	50	50	33	67
FAO ¹⁹	50	50	50	50
UNESCO	50	50	50	50
OACI	P-65, G-50	P-35, G-50	50	50
OMS ²⁰	33	67	33	67
UPU	50	50	50	50
UIT ²¹	50	50	33	67
OMM	50	50	33	67
OMI	33	67	25	75
OMPI	De 25 à 50	De 75 à 50	35	65
ONUDI	50	50	25	75
AIEA ²²	50	50	50	50

¹⁶ En pourcentage du montant total de la prime.

¹⁷ Les coûts des programmes hors territoire des États-Unis autres que l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies à Genève, se répartissent à peu près comme suit: le personnel prend environ 60 % de la prime à sa charge et l'Organisation 40 %; les retraités 30 % et l'Organisation 70 %.

¹⁸ En pourcentage des traitements ou pensions de retraite.

¹⁹ Y compris le PAM, le FIDA et l'ICCROM. La part du personnel est limitée à 5 % du traitement brut. Toute somme excédentaire est à la charge de l'institution. La part des retraités représente au maximum 4 % de 32 % de la rémunération mensuelle moyenne finale ou 4 % du montant de la pension de retraite à taux plein, le montant le plus élevé étant retenu.

²⁰ La cotisation du personnel en activité est calculée sur la base de la rémunération – traitement net auquel s'ajoute l'ajustement de poste ou toute indemnité de non-résident; celle des retraités est calculée sur la base de la pension à taux plein.

²¹ En pourcentage du traitement ou de la pension.

²² À l'AIEA, les primes représentent une somme forfaitaire par assuré et ne sont pas calculées en pourcentage du traitement. C'est pourquoi la part de la prime à la charge du fonctionnaire varie de 20 à 70 % (20, 30, 40, 50, 60 et 70) de ses émoluments mensuels nets. La part à la charge des retraités varie de 15 à 60 % (15, 25, 35, 50 et 60) en fonction des émoluments nets perçus le dernier mois complet d'activité. Globalement, la contribution de l'institution représente environ 50 % des primes.

Annexe IV

ANALYSE COMPARATIVE DE LA COUVERTURE

Personnel permanent et personnes à charge		Retraités					Autres ²³		
Personnel permanent	Personnes directement à charge	Personnes non directement à charge	Retraités	Personnes directement à charge ²⁴	Personnes non directement à charge ²⁵	Contrats de courte durée	Contrats de consultant	Contrats de services spéciaux	
ONU ²⁶	oui	oui	oui	oui	oui ²⁷	oui	oui	oui	
BIT	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
FAO	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
UNESCO	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	
OACI	non	non	oui	oui	non	oui	non	non	
OMS	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
UPU	oui	oui	oui	oui	oui	N.d.	N.d.	N.d.	
UIT	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
OMM	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
OMI	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	
OMPI	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	
ONUDI	oui	N.d.	oui	oui	oui	oui	non	oui	
AIEA	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	

²³ Différents régimes d'assurance/indemnisation étendent la couverture aux personnel et retraités de la catégorie «autres».

²⁴ On entend par personnes directement à charge le conjoint et les enfants qui remplissent les conditions voulues aux termes du règlement du personnel pertinent.

²⁵ On entend par personnes non directement à charge le père, la mère, le frère ou la sœur qui remplissent les conditions voulues aux termes du règlement du personnel pertinent.

²⁶ L'ONU englobe le Siège de l'Organisation, le PNUD, le FNUAP, l'UNICEF, le HCR, l'ONUSU et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC).

²⁷ Seule l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies à Genève couvre des personnes non directement à charge des fonctionnaires actifs ou retraités.

Annexe V

ANALYSE COMPARATIVE DES PRESTATIONS

Organisation	Plafond annuel (en dollars É.-U.)	Limite au cours de la vie	Liberté de choix des prestataires ²⁸	Formule de remboursement (en pourcentage des dépenses engagées)					
				Honoraires de médecin et médicaments délivrés sur ordonnance	Services ambulatoires ²⁹ /soins en établissement ³⁰	Soins médicaux ³¹	Hospitalisation ³²	Soins infirmiers	Soins dentaires ³³
ONU ³⁴	N.d.	non	³⁵	Voir note 35	Voir note 35	Voir note 35	Voir note 35	Voir note 35	Voir note 35
BIT	150 000	non	oui	80	80	80	80	80	80
FAO ³⁶	1 000 000	non	oui	80	80	80 ³⁷	100/80 ³⁸	100	80 ³⁹
UNESCO	⁴⁰	non	oui	75	75 ⁴¹	75	90	75	80
OACI	⁴²	non	oui	80 ⁴³	80	80	80/100 ⁴⁴	80	80
OMS	30 000 ⁴⁵	non	oui	80	80	80	80/100 ⁴⁶	80	80 ⁴⁷

²⁸ Médecins, pharmaciens et établissements médicaux.

²⁹ Y compris services ambulatoires tels qu'analyses de laboratoire, prothèses, béquilles, etc.

³⁰ Y compris séjour en sanatorium et transport en ambulance.

³¹ Y compris mammographies et autres examens du sein, appareillage orthopédique, orthèse, etc.

³² Remboursement des frais de séjour. Les frais d'hospitalisation recouvrent, dans la plupart des cas, les dépenses pour les services dispensés à l'hôpital (soins infirmiers, radiographies, frais de salle d'opération, etc.).

³³ Soins dentaires de routine, par exemple contrôles périodiques, traitement des caries, pose de couronnes, etc.

³⁴ Y compris le PNUD, le FNUAP et l'UNICEF.

³⁵ Les participants sont libres de choisir des prestataires de services affiliés ou non au réseau. Les frais à la charge des assurés pour les services dispensés hors réseau sont généralement supérieurs. Le taux de remboursement (habituellement de l'ordre de 80 à 100 %) varie selon les services fournis et, ce qui est plus important, selon que les services sont fournis dans le réseau ou hors réseau.

³⁶ Y compris le PAM.

³⁷ Les mammographies sont remboursées à 100 %.

³⁸ Pour les frais d'hospitalisation en Italie, 100 % à concurrence de 260 euros, 80 % des 240 euros suivants. Les plafonds et pourcentages appliqués pour les soins dispensés hors d'Italie varient d'un pays à l'autre.

³⁹ À concurrence de 700 dollars des États-Unis par personne.

⁴⁰ Limites forfaitaires annuelles applicables au remboursement de certaines prestations.

⁴¹ Chimiothérapie et radiothérapie remboursées à 100 %.

⁴² En général formule de remboursement à 80 %. Le remboursement de certaines prestations est plafonné ou limité par année de prestations.

⁴³ Les médicaments qui portent un nom de marque sont remboursés à 80 %, les génériques à 90 %.

⁴⁴ Remboursement à 80 % à concurrence de 20 000 dollars des États-Unis; 100 % ensuite.

⁴⁵ Applicable au personnel temporaire et aux consultants.

Organisation	Plafond annuel (en dollars É.-U.)	Limite au cours de la vie	Liberté de choix des prestataires ⁴⁸	Formule de remboursement (en pourcentage des dépenses engagées)					
				Honoraires de médecin et médicaments sur ordonnance	Services ambulatoires ⁴⁹ /soins en établissement ⁵⁰	Soins médicaux ⁵¹	Hospitalisation ⁵²	Soins infirmiers	Soins dentaires ⁵³
UPU	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.
UIT	150 000	non	oui	80	80	80	80	80	80
OMM	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.
OMI	non	non	oui	80	80	80	100 ⁵⁴	100	80
OMPI	voir note 55	non	oui	55	voir note 55	voir note 55	100 ⁵⁶	voir note 55	75 ⁵⁷
ONUDI	non	non	oui	80	90	80	100/90/70 ⁵⁸	non	80 ⁵⁹
AIEA ⁶⁰	non	non	oui	80	90 ⁶¹	80	100/90/80 ⁶²	80	80 ⁶³

⁴⁶ Remboursement à 80 % des frais d'hospitalisation, de clinique ou autre établissement médical reconnu; remboursement à 100 % en chambre commune.

⁴⁷ À concurrence de 1 500 dollars des États-Unis par an. Dans les cas où les soins dentaires font suite à un accident, frais remboursés à concurrence de 30 000 dollars des États-Unis.

⁴⁸ Médecins, pharmaciens et établissements médicaux.

⁴⁹ Y compris services ambulatoires tels qu'analyses de laboratoire, prothèses, béquilles, etc.

⁵⁰ Y compris séjour en sanatorium et transport en ambulance.

⁵¹ Y compris mammographies et autres examens du sein, appareillage orthopédique, orthèse, etc.

⁵² Remboursement des frais de séjour. [Voir note 32 ci-dessus.]

⁵³ Soins dentaires de routine, par exemple contrôles périodiques, traitement des caries, pose de couronnes, etc.

⁵⁴ À concurrence de 550 livres sterling par jour.

⁵⁵ Tout assuré de plus de 21 ans doit s'acquitter par année civile d'une franchise de 350 francs suisses et payer 10 % des dépenses engagées au-delà. Cependant, les frais à la charge du participant ne doivent pas excéder 2 000 francs suisses par an et par assuré de cette catégorie. S'agissant des assurés de moins de 21 ans, une limite de 250 francs suisses par an est fixée pour la part de 10 %. Le montant total des dépenses à la charge du participant au titre des 10 % ne peut dépasser 500 francs suisses pour l'ensemble des assurés de la famille de moins de 21 ans.

⁵⁶ Un assuré qui choisit d'être hospitalisé en chambre privée prend à sa charge 10 % du coût des traitements médicaux à concurrence de 1 000 francs suisses. Il prend également à sa charge 10 % des frais de séjour à concurrence de 850 francs suisses par jour et 100 % des frais au-delà de cette limite.

⁵⁷ À concurrence de 3 500 francs suisses par an. Le taux de remboursement de soins dispensés en France atteint 85 %.

⁵⁸ 100 % en chambre commune, 90 % en chambre semi-privée et 70 % en chambre privée.

⁵⁹ Sous réserve d'un maximum de 1 455 euros par année civile.

⁶⁰ Au titre du FMIP. Les autres plans appliquent des taux de remboursement différents.

⁶¹ Interventions chirurgicales ne nécessitant pas un séjour à l'hôpital.

⁶² 100 % en chambre commune, 90 % en chambre semi-privée et 80 % en chambre privée.

⁶³ 80 %, plafonné à 1 770 euros.

Annexe VI

ASSURANCE MALADIE APRÈS LA CESSATION DE SERVICE

Organisation	Conditions d'admission (nombre d'années d'affiliation au moment du départ à la retraite)	Année de la dernière étude actuarielle	Montant total des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service ⁶⁴ (en millions de dollars des États-Unis)	Financement jusqu'en 2004 (en millions de dollars des États-Unis)	Charges non provisionnées (en millions de dollars des États-Unis)
ONU	10 ans	2002	1 484,9	25,0 ⁶⁵	1 459,9
PNUD	10 ans	2003	263,2	135,0	128,2
UNICEF	10 ans	2003	182,5	40,0	142,5
FNUAP	10 ans	2003	54,5	-	54,5
HCR	10 ans	2002	136,1	-	136,1
BIT	10 ans	2004	474,0	-	474,0
FAO ⁶⁶	10 ans	2004	562,5	178,8	383,7
UNESCO	10 ans	N.d.	322,6	-	322,6
OACI	5 ans	2004	32,5	-	32,5
OMS	10 ans	2003	371,2	252,2	119,0
UPU	Aucune limite fixée	N.d.	N.d.	N.d.	N.d.
UIT	10 ans	2004	185,1	-	185,1
OMM	10 ans	2002	12,1	1,3	10,8
OMI	10 ans	N.d.	Pas d'information	Pas d'information	Pas d'information
OMPI	5 ans	1999	43,2	-	43,2
ONUDI	10 ans	2000	59,1	-	59,1
AIEA	5 ans ⁶⁷	2002	80,9	-	80,9
Total			4 264,4	632,3	3 632,1

⁶⁴ Chiffres tirés pour la plupart du Rapport du Secrétaire général intitulé «Charges à payer au titre de l'assurance maladie et mode de financement proposé» A/60/450.

⁶⁵ Réserve actuarielle de l'Assurance maladie contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies en poste à Genève pour les risques à long terme.

⁶⁶ Y compris le PAM.

⁶⁷ Le fonctionnaire de 55 ans ou plus qui cesse son service a la possibilité de continuer à participer à l'assurance maladie après la cessation de service à condition d'avoir cotisé au plan d'assurance maladie pendant une période de cinq ans. Cependant, pour avoir droit à la subvention de l'Agence, il doit avoir travaillé dix ans sans interruption avant la cessation de service. Le fonctionnaire de 50 à 55 ans qui cesse son service peut continuer à participer à l'assurance maladie après la cessation de service à condition d'avoir cotisé au plan d'assurance maladie pendant une période de vingt ans dont dix sans interruption avant la cessation de service. Dans ce dernier cas, il n'a droit à la subvention de l'Agence qu'à partir de 55 ans révolus.

Annexe VII

COUVERTURE MÉDICALE DU PERSONNEL DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES: APERÇU DES MESURES
À PRENDRE POUR DONNER SUITE AUX RECOMMANDATIONS

		ONU et fonds et programmes spéciaux											Institutions spécialisées et AIEA												
		ONU	CNUCED	UNODC	PNUE	Habitat	HCR	UNRWA	PNUD	FNUAP	UNICEF	PAM	BIT	FAO	UNESCO	OACI	OMS	UPU	UIT	OMM	OMI	OMPI	ONUDI	CCI	AIEA
Rapport	Pour suite à donner	X					X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Pour information et examen		X	X	X	X		X																	
	Recommandation 1	D					D		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	Recommandation 2	D																							
	Recommandation 3	D					D		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	Recommandation 4	D					D		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	Recommandation 5	D					D		D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	Recommandation 6	D																							
	Recommandation 7	S											S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Légende: D: Recommandation adressée à l'organe délibérant pour qu'il prenne une décision.

S: Recommandation adressée au chef de secrétariat pour qu'il y donne suite.

Case vide: La recommandation n'exige l'adoption d'aucune mesure de la part de l'institution.

* Recouvre toutes les entités énumérées dans la circulaire ST/SGB/2002/11 autres que la CNUCED, l'ONUDC, le PNUE, ONU-Habitat, le HCR et l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient.



Assemblée générale

Distr. générale
14 janvier 2008
Français
Original : anglais

Soixante-deuxième session

Points 126, 128 et 134 de l'ordre du jour

Examen de l'efficacité du fonctionnement administratif et financier de l'Organisation des Nations Unies

Projet de budget-programme pour l'exercice biennal 2008-2009

Corps commun d'inspection

Couverture médicale du personnel du système des Nations Unies

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de communiquer aux membres de l'Assemblée générale, pour examen, ses observations ainsi que celles du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination sur le rapport du Corps commun d'inspection intitulé « Couverture médicale du personnel du système des Nations Unies » (voir A/62/541).

Résumé

Le rapport du Corps commun d'inspection intitulé « Couverture médicale du personnel du système des Nations Unies » (voir A/62/541) examine les questions relatives aux prestations d'assurance maladie offertes aux fonctionnaires et note l'envolée du coût de l'assurance maladie pour les organismes des Nations Unies. Le Corps commun formule une série de recommandations destinées aux chefs de secrétariat, aux organes délibérants et à l'Assemblée générale, dont l'objectif est d'accroître l'harmonisation au sein du système en vue de réduire les dépenses afférentes à l'assurance maladie et de régler les questions de financement de l'assurance maladie après la cessation de service.



On trouvera dans la présente note une synthèse des vues des organismes des Nations Unies sur les recommandations proposées par le Corps commun d'inspection dans son rapport, établie à partir des observations formulées par les organisations membres du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS). Les membres du CCS accueillent avec satisfaction l'étude détaillée des régimes d'assurance maladie en vigueur dans les différents organismes. Toutefois, beaucoup estiment que la question nécessite une analyse actuarielle et financière plus rigoureuse afin d'évaluer l'incidence du type de régime commun proposé dans le rapport. Nombre d'organismes s'interrogent sur la nécessité d'un fonds commun, dans la mesure où ils inscrivent déjà au passif les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et ont commencé à prendre des mesures pour financer ces charges. Ils reconnaissent également la nécessité de mesures de maîtrise des coûts et nombre d'entre eux signalent qu'ils ont déjà commencé à examiner leur régime d'assurance maladie.

I. Introduction

1. Le rapport du Corps commun d'inspection intitulé « Couverture médicale du personnel du système des Nations Unies » (voir A/62/541) examine les questions relatives aux prestations d'assurance maladie offertes aux fonctionnaires et constate deux tendances qui se sont fait jour au cours des 30 dernières années : a) l'envolée du coût de l'assurance maladie; et b) la diversité des régimes d'assurance maladie en vigueur dans les différents organismes des Nations Unies. Le Corps commun retrace l'historique de l'assurance maladie offerte aux fonctionnaires et présente plusieurs recommandations visant à introduire une plus grande uniformité à travers le système. Il examine par ailleurs les questions relatives aux charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et à leur financement, et recommande des mesures de maîtrise des coûts.

II. Observations générales

2. Les organismes se félicitent du rapport, dont ils apprécient le caractère exhaustif. On y trouve notamment une étude détaillée des différents régimes d'assurance maladie existant au sein du système des Nations Unies, ainsi qu'une analyse comparative du coût annuel de ces régimes, de la répartition des charges au titre des primes, de la couverture et des prestations. Les organisations estiment d'une façon générale que le rapport contient des idées et propositions intéressantes qui méritent d'être examinées plus avant. Toutefois, certaines propositions ne font pas l'unanimité.

3. Les organisations considèrent notamment que, sur plusieurs aspects, le rapport ne va pas assez loin. Notant tout d'abord que le Corps commun propose que les organisations s'acheminent vers l'adoption d'un régime d'assurance maladie commun, elles font valoir que l'importance de la question justifie que l'on fasse des projections actuarielles et financières complètes, calculées pour chaque organisme (chacun des régimes examinés sous l'intitulé « Organisation des Nations Unies » étant traité à part), afin d'évaluer précisément l'incidence d'un modèle de régime commun sur chaque organisation.

4. Par ailleurs, beaucoup d'organismes marquent leur désaccord avec l'observation figurant dans le résumé analytique, selon laquelle « le coût de la couverture médicale [...] a connu une croissance exponentielle », comme semblent le montrer les chiffres suivants :

Entre 1975 et 2004, le nombre de personnes cotisant aux régimes d'assurance maladie du personnel a augmenté de 122 %. Dans le même temps, le coût de l'assurance maladie a augmenté de 1 387 %, le coût par assuré passant de 540 dollars des États-Unis à 3 620 dollars des États Unis.

5. En réponse à cette affirmation, plusieurs organismes soulignent qu'il ressort d'une analyse des données pertinentes que la croissance nominale des frais médicaux au cours de la période de 30 ans considérée (1975-2004) a été d'environ 6,5 % par an et n'a donc pas été différente du taux moyen d'inflation des frais médicaux dans les principaux lieux d'affectation au cours de la même période. En dollars constants, en utilisant comme coefficient d'actualisation l'indice des prix à la consommation des États-Unis, l'augmentation moyenne des coûts n'a été que de 2,1 % par an. Bien que toute augmentation soit regrettable, les organismes pensent

que le Corps commun devrait éviter d'employer des expressions comme « croissance exponentielle » car elles ne correspondent pas à l'augmentation des coûts observée au cours de la période lorsqu'ils sont calculés en termes réels, corrigés de l'inflation. En outre, ils notent que l'augmentation du coût de l'assurance maladie, prise hors du contexte du coût de la vie ou du coût des soins médicaux, apparaît comme un phénomène propre au système des Nations Unies et non comme un phénomène général qui touche de nombreux régimes nationaux de protection sociale. Bien que l'augmentation du coût de l'assurance maladie soit indéniable, une comparaison avec des points de référence extérieurs permettrait d'évaluer plus objectivement la situation à l'intérieur du système des Nations Unies.

6. Les membres du CCS ont par ailleurs noté que le résumé analytique cite « plusieurs facteurs » qui « continuent de contribuer à l'augmentation du coût des régimes d'assurance maladie du personnel : la hausse du coût des prestations médicales partout dans le monde, [...] le vieillissement de la communauté internationale qui exige des services auxquels elle a droit, [...] l'augmentation systématique de la fréquence d'accès aux soins médicaux et les fluctuations monétaires ». Or, les organismes s'interrogent sur la manière dont l'adoption d'un régime commun pourrait contribuer à réduire les incidences de ces facteurs sur la hausse des coûts de l'assurance maladie, et notent qu'il faudrait procéder à une étude actuarielle et financière exhaustive pour déterminer comment l'adoption d'un régime commun améliorerait la capacité de chaque organisme d'atténuer les effets financiers de la structure démographique de la main-d'œuvre, du vieillissement, des changements en matière de morbidité et de mortalité, du lieu de résidence, de l'évolution des techniques médicales, etc.

III. Observations sur les différentes recommandations

Recommandation 1

Les organes délibérants des institutions des Nations Unies devraient reconnaître officiellement l'assurance maladie du personnel comme une composante à part entière du régime commun. Ils devraient demander à la Commission de la fonction publique internationale (CFPI) de procéder à des examens périodiques afin de faire des recommandations à l'Assemblée générale.

Recommandation 2

À cet égard, l'Assemblée générale devrait créer, dans un premier temps, un organe consultatif ad hoc qui aiderait la CFPI à formuler des principes, des politiques et des normes plus larges pour les régimes d'assurance maladie. Cet organe serait composé de représentants des États Membres, de hauts fonctionnaires des institutions des Nations Unies, d'un (de) représentant(s) élu(s) du personnel et d'un (de) représentant(s) élu(s) des retraités et bénéficierait du concours de spécialistes des questions de santé et d'assurance du secteur privé.

Recommandation 3

Les organes délibérants des institutions devraient demander aux chefs de secrétariat d'harmoniser les régimes d'assurance maladie existants, tout

d'abord au niveau du lieu d'affectation et, à plus long terme, au sein du régime commun en ce qui concerne l'étendue de la couverture, les cotisations et les prestations, et de leur fournir périodiquement des informations sur les questions liées à l'assurance maladie.

7. Le rapport regroupant ces trois recommandations sous un même titre, de nombreuses organisations les ont traitées ensemble. Tout en souscrivant généralement à la nécessité d'une cohérence des politiques au sein du système des Nations Unies, y compris d'une approche commune des prestations offertes aux fonctionnaires, et tout en notant que ces recommandations bénéficient d'un large appui de la part des organismes du système, nombre d'organisations ont indiqué que les données présentées dans le rapport ne permettaient pas d'établir avec certitude le niveau d'adhésion des organisations.

8. En ce qui concerne la recommandation 1, les organisations souscrivent à la notion selon laquelle les régimes d'assurance maladie sont « une composante à part entière du régime commun ». Toutefois, elles n'approuvent pas toutes l'idée que la CFPI devrait « procéder à des examens périodiques » sur la question. Nombre d'entre elles font observer que la question est déjà à l'examen dans certaines organisations dans le contexte de l'introduction des Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) et dans le cadre du réseau ressources humaines du CCS et du réseau des services médicaux.

9. Pour des raisons analogues, nombre d'organisations ne voient pas la nécessité pour la CFPI de créer un organe consultatif ad hoc qui serait chargé de procéder à des examens périodiques ou d'examiner les questions d'assurance maladie. Les organisations souscrivent généralement à l'idée qui sous-tend la recommandation 2, à savoir que les politiques devraient être réexaminées périodiquement, mais ne sont pas persuadées que la création d'un organe consultatif supplémentaire pour aider la CFPI représente la meilleure façon d'atteindre cet objectif, compte notamment tenu du fait que ses répercussions sur la gouvernance du système des Nations Unies ne sont pas claires.

10. La recommandation 3, selon laquelle il faudrait demander aux chefs de secrétariat de commencer à harmoniser les régimes d'assurance maladie existants, a suscité des réponses très diverses de la part des organisations, nombre d'entre elles mettant en exergue les difficultés qu'il y aurait à réaliser, ne serait-ce que partiellement, cet objectif. Certaines, en particulier les organisations ayant leur siège à Rome, ont fait observer qu'elles avaient déjà harmonisé leurs régimes d'assurance maladie dans une mesure limitée. Beaucoup d'autres ont estimé qu'il serait extrêmement difficile de parvenir à une telle harmonisation, même à long terme, compte tenu du fait que le régime d'assurance maladie de chaque organisation dépend de divers facteurs tels que l'histoire de l'organisation, la différenciation des besoins médicaux selon la nature du mandat et la fonction de chaque organisation, le rapport coût/efficacité des différents régimes, les pratiques médicales et les régimes juridiques régissant la profession médicale dans un lieu d'affectation donné.

11. De nombreuses organisations estiment en outre que la mise en place d'un régime unique n'est pas la seule solution qui permette d'offrir une couverture médicale équitable à l'échelle du système, c'est-à-dire un accès égal de tous les fonctionnaires en activité ou retraités à un même ensemble de prestations et de soins de santé. Un tel résultat peut être obtenu par le biais d'un fonds unique ou de plusieurs fonds, sur la base d'un ensemble minimum de règles communes. En outre, ces organisations constatent que, dans son rapport, le Corps commun n'a pas examiné les différentes manières d'harmoniser les régimes d'assurance maladie, qui peuvent aller d'un « panier » commun (minimum) de biens et de services auxquels s'appliquerait un barème de remboursement commun, à un système « à la carte » assorti d'une politique de financement commune. Certains aspects déterminants de l'assurance maladie, comme l'étendue de la couverture, la proximité, la gouvernance et les dépenses opérationnelles, ne sont pas analysés non plus dans le rapport.

Recommandation 4

L'organe délibérant de chaque institution devrait demander au chef de secrétariat de faire procéder périodiquement à une étude actuarielle fondée sur une méthodologie uniforme à l'échelle du système pour déterminer l'étendue des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et de faire apparaître ces charges dans les états financiers.

12. Les membres du CCS acceptent généralement le principe selon lequel il faut procéder périodiquement à des études actuarielles, beaucoup indiquant qu'ils réalisent déjà régulièrement de telles études. Ils font observer qu'avec l'adoption et la mise en place des Normes comptables internationales du secteur public, les organismes du système calculeront et publieront cet élément de passif de manière plus uniforme.

Recommandation 5

L'organe délibérant de chaque institution devrait :

a) Demander au chef de secrétariat de faire des propositions de financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service;

b) Prévoir un financement suffisant pour couvrir les charges et créer une réserve à cet effet.

13. Tous les organismes du système reconnaissent la nécessité de financer les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, et beaucoup indiquent qu'ils ont déjà mis en œuvre des programmes à cet effet. Certains précisent que leurs obligations à ce titre sont intégralement financées, tandis que d'autres déclarent avoir mis en place, au cours des dernières années, des mécanismes en vue de calculer et de financer cet élément de passif. La plupart indiquent qu'ils accueilleraient favorablement des propositions de leurs organes directeurs ou de l'Assemblée générale concernant des moyens novateurs qui permettraient de financer des charges.

Recommandation 6

L'Assemblée générale des Nations Unies devrait créer un fonds commun qui recueillerait les réserves (existantes ou à créer), lesquelles devraient être investies selon des modalités similaires à celles suivies pour les avoirs de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.

14. Si certains membres du CCS ont souscrit à cette recommandation sur le plan du principe, beaucoup ont engagé l'Assemblée générale, à qui la recommandation est adressée, à tenir compte de plusieurs facteurs importants avant de créer un fonds commun, notamment la structure démographique du personnel en activité et des retraités, la situation actuelle concernant le financement des charges à payer et les politiques des organisations concernant la contribution annuelle. On peut s'attendre à ce que, d'une organisation à l'autre, ces facteurs continuent d'être très différents à moyen terme, et le regroupement de toutes les réserves dans un fonds commun risque de ne pas offrir le meilleur rapport actif-passif pour chacune. En outre, les organisations font observer qu'elles devront comparer la rentabilité de leur stratégie d'investissement actuelle aux solutions proposées avant d'accepter d'y participer. En conséquence, tout en étant généralement favorables à des initiatives à l'échelle du système, les organisations ne peuvent se prononcer sur la validité de la recommandation tant que les règles régissant le fonds commun proposé n'auront pas été clairement explicitées.

Recommandation 7

Les chefs de secrétariat devraient de leur propre initiative mettre en œuvre des mesures de maîtrise des coûts dans leurs organisations respectives et veiller à ce que ces mesures soient prises de façon concertée par les différentes organisations d'un même lieu d'affectation.

15. Les organismes du système font observer que la maîtrise des coûts est un processus régulier ou continu, et indiquent qu'ils procèdent périodiquement à un examen des régimes d'assurance maladie existants pour veiller à ce qu'ils soient efficaces par rapport aux coûts. Ils expriment toutefois des réserves concernant certaines des mesures préconisées dans le rapport. Ainsi, la proposition selon laquelle les organisations devraient fournir des « services d'orientation » à leurs fonctionnaires appelle des explications quant au but recherché. En effet, s'il s'agit d'offrir un service d'orientation facultatif, la mesure ne permet pas de faire des économies d'échelle. D'un autre côté, si l'objectif est de faire une première sélection et d'orienter les fonctionnaires vers des prestataires donnés, la mesure contrevient aux dispositions du Statut du personnel concernant le libre choix du prestataire de soins. Une autre mesure qui, de l'avis des organisations, nécessite des éclaircissements, est la proposition relative à la création de pharmacies, dans la mesure où le coût résultant de l'emploi de pharmaciens, et les risques afférents à la tenue d'un stock de produits pharmaceutiques, y compris la responsabilité inhérente à la manipulation de médicaments, ne semblent pas justifiés. D'une façon générale, les organisations font observer que l'amélioration des services d'assurance maladie offerts par les organisations réduira nécessairement le coût des primes d'assurance, ce qui est le principal objectif visé par le rapport.

