



## Conseil d'administration

329<sup>e</sup> session, Genève, 9-24 mars 2017

GB.329/PFA/4

Section du programme, du budget et de l'administration  
Segment du programme, du budget et de l'administration

PFA

Date: 24 février 2017

Original: anglais

### QUATRIÈME QUESTION À L'ORDRE DU JOUR

## Point sur l'assurance-maladie après la cessation de service

#### Objet du document

Le présent document fait la synthèse des activités du Groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur l'assurance-maladie après la cessation de service ainsi que des travaux sur la maîtrise des coûts menés à bien par le Comité de gestion de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du BIT.

**Objectif stratégique pertinent:** Sans objet.

**Principal résultat/élément transversal déterminant:** Sans objet.

**Incidences sur le plan des politiques:** Aucune.

**Incidences juridiques:** Aucune.

**Incidences financières:** Aucune incidence immédiate.

**Suivi nécessaire:** Faire rapport au Conseil d'administration à sa session suivante.

**Unité auteur:** Département du développement des ressources humaines (HRD), bureau du Trésorier et contrôleur des finances (TR/CF).

**Documents connexes:** GB.322/PFA/2; GB.326/PFA/4; documents de l'Assemblée générale des Nations Unies: A/RES/68/244; A/70/590; A/RES/69/251; A/RES/70/248 B; A/70/7/Add.42; A/71/698.



## Introduction et rappel des faits

1. A sa 322<sup>e</sup> session (novembre 2014), le Conseil d'administration a examiné un document offrant un aperçu général de l'assurance-maladie après la cessation de service au BIT et a présenté des solutions de financement envisageables<sup>1</sup>. A sa 326<sup>e</sup> session (mars 2016), il était saisi d'un autre document qui faisait le point sur des questions intéressant l'assurance-maladie après la cessation de service à l'échelle du système des Nations Unies et qui exposait une alternative au financement par capitalisation intégrale<sup>2</sup>.
2. A ces deux sessions, des membres du Conseil d'administration ont jugé préoccupant que l'attention se concentre sur la question du financement des charges à payer et non sur les moyens d'en réduire le montant, notamment par des mesures de maîtrise des coûts. Des considérations similaires ont été exprimées devant l'Assemblée générale des Nations Unies.
3. Dans sa résolution adoptée le 1<sup>er</sup> avril 2016, l'Assemblée générale des Nations Unies a souscrit aux conclusions et aux recommandations que le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires (CCQAB) a formulées dans son rapport<sup>3</sup>. Le comité consultatif a réitéré sa recommandation tendant à maintenir le financement par répartition de l'assurance-maladie après la cessation de service et a également recommandé le maintien du Groupe de travail interinstitutions sur l'assurance-maladie après la cessation de service, afin que ce dernier puisse étudier d'autres moyens d'améliorer l'efficacité et de maîtriser les coûts et formuler des propositions à ce sujet en vue de leur examen par l'Assemblée générale des Nations Unies, à sa soixante et onzième session.
4. Le présent document donne une vue d'ensemble du rapport que le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a établi pour donner suite à ces recommandations et qui fait largement fond sur les travaux du Groupe de travail interinstitutions sur l'assurance-maladie après la cessation de service. Au moment de l'élaboration du présent document en vue du Conseil d'administration du BIT ni le CCQAB, ni l'Assemblée générale des Nations Unies n'avaient encore pris connaissance du rapport en question. On trouvera également dans le présent document une synthèse des résultats des travaux sur la maîtrise des coûts récemment menés par le Comité de gestion de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel (CAPS) ainsi que de plus amples observations sur la constitution d'une réserve au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, formulées en réponse à la demande du Conseil d'administration.

## Rapport de suivi du Secrétaire général sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service

### Examen des recommandations

5. Le rapport du groupe de travail interinstitutions des Nations Unies fait le point sur la suite donnée à chacune des recommandations examinées, à savoir:
  - recommandation 1: négociations collectives avec les tiers administrateurs;

<sup>1</sup> Document GB.322/PFA/2.

<sup>2</sup> Document GB.326/PFA/4.

<sup>3</sup> Voir la résolution A/RES/70/248 B et le rapport A/70/7/Add.42.

- recommandation 2: négociations collectives avec les prestataires de soins de santé;
  - recommandation 3: examen des conditions proposées par les assureurs et négociations avec les compagnies d'assurances;
  - recommandation 4: régimes d'assurance-maladie nationaux;
  - recommandation 5: élargissement du mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies;
  - recommandation 6: établissement d'une méthode d'évaluation générale normalisée et définition et application des principaux facteurs actuariels relatifs aux engagements au titre de l'assurance-maladie;
  - recommandation 7: financement adéquat des engagements au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service;
  - recommandation 8: investissement des réserves.
6. Les recommandations 1 et 3 portent sur les régimes d'assurance autonome administrés par des tiers (recommandation 1) et sur les régimes d'assurance externalisée administrés par des tiers (recommandation 3); elles ne concernent donc pas l'OIT, qui applique un régime d'assurance autonome et d'administration autonome.
7. S'agissant de la recommandation 2 relative aux négociations collectives avec les prestataires de soins de santé, il a été relevé que «grâce à la négociation collective, les organismes basés à Genève<sup>4</sup> qui appliquent un régime autonome ont continué d'étendre leur réseau de prestataires locaux privilégiés. De ce fait, la réduction des frais liés aux soins hospitaliers oscillait en moyenne entre 25 et 27 pour cent en 2015. Compte tenu du lieu d'affectation où ces dépenses étaient engagées, les économies sont considérables: on estime que, pour les trois régimes, les économies réalisées en 2015 s'élèvent à 18 millions de dollars. Des économies de cette nature réduisent les engagements au titre du financement sans capitalisation et les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service». Il a été recommandé que le «groupe de travail étudie les possibilités de coopération entre les organismes dans tous les lieux d'affectation afin d'améliorer l'accès des régimes d'assurance qu'ils appliquent aux réseaux de prestataires de soins de santé dans toutes les régions, de garantir les meilleurs tarifs pour des soins de qualité et de réduire la volatilité des coûts». Dans le cas de l'OIT, les économies réalisées grâce à l'application de ces tarifs négociés sont estimées à quelque 3,0 millions de dollars des Etats-Unis (dollars E.-U) par an.
8. En ce qui concerne la recommandation 4 relative aux régimes d'assurance-maladie nationaux, on rappellera qu'aux Etats-Unis les personnes qui sont affiliées à un régime d'assurance des Nations Unies et qui remplissent les conditions requises sont tenues de s'affilier également au volet B du programme national Medicare, ce qui s'est traduit par une baisse de près de 5 pour cent des engagements de l'ONU au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service. A la lumière de cette expérience, l'Assemblée générale dans sa résolution A/RES/70/248 B «a souscrit à la conclusion formulée par le conseil consultatif selon laquelle il fallait obtenir les renseignements nécessaires pour pouvoir évaluer s'il était fondé et faisable, compte tenu des incidences financières, d'incorporer dans les statuts et règlements régissant les régimes d'assurance-maladie des organismes des Nations Unies

---

<sup>4</sup> Organisation internationale du Travail (OIT), Organisation mondiale de la santé (OMS) et Office des Nations Unies à Genève (ONUG).

l'obligation pour les assurés de s'affilier, pour leur couverture principale, au régime national d'assurance du pays où ils résident habituellement».

9. Il y a également lieu de rappeler que, dans un tel cas de figure, le régime d'assurance-maladie de l'Organisation prendrait en charge les cotisations au régime national, continuerait de couvrir les assurés et agirait à titre de deuxième assurance dans le pays de résidence et de première assurance dans le reste du monde.
10. Conscient que les conditions proposées par les régimes d'assurance nationaux varient considérablement d'un pays à l'autre, le groupe de travail interinstitutions a sollicité la collaboration des Etats membres afin de recueillir des informations sur les conditions à remplir pour être admis au bénéfice de la couverture principale offerte par leurs régimes d'assurance nationaux respectifs. A cette fin, une enquête a été préparée et distribuée à tous les représentants permanents et observateurs permanents auprès de l'ONU. Elle devait permettre au groupe de travail d'établir:
  - i) si les fonctionnaires et anciens fonctionnaires, ainsi que les membres de leur famille, résidant dans un Etat membre donné pourraient bénéficier ou être admis au bénéfice de la couverture du régime national d'assurance-maladie, à supposer qu'ils n'aient jamais cotisé audit régime mais étant entendu qu'ils verseraient des cotisations dès leur affiliation;
  - ii) quel serait le montant de la prime mensuelle par personne dans le cadre du régime national d'assurance-maladie;
  - iii) quel serait le taux de remboursement de base des frais médicaux offert par le régime national d'assurance-maladie;
  - iv) si, dans l'hypothèse où une personne assurée dans le cadre d'un régime national vit à proximité de la frontière d'un autre Etat membre, le régime couvrirait les traitements médicaux dispensés dans un hôpital public de cet autre Etat;
  - v) si la même tarification serait appliquée à un patient couvert par le régime national d'assurance-maladie et à un patient couvert par le régime d'un autre Etat membre, dans le cas où ce patient serait traité dans un hôpital public.
11. Au moment d'achever son rapport, le groupe de travail des Nations Unies n'avait pas reçu suffisamment de réponses pour pouvoir formuler des conclusions.
12. Une deuxième enquête sera adressée aux Etats membres dont les régimes d'assurance-maladie couvrent, ou pourraient couvrir, des fonctionnaires et/ou anciens fonctionnaires des organismes du système des Nations Unies. Cette deuxième enquête visera à recueillir des renseignements plus détaillés sur les conditions des régimes nationaux d'assurance-maladie qui permettront au groupe de travail de procéder à une analyse coût-avantage complète pays par pays, d'étudier la viabilité de cette approche et d'évaluer ses incidences sur les charges à payer au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service.
13. Pour ce qui est de la recommandation 5, il a été recommandé de cesser d'examiner la possibilité d'élargir le mandat de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, faute d'éléments de preuve quant aux gains d'efficacité d'ordre financier, opérationnel ou administratif qu'un tel élargissement permettrait d'obtenir.
14. En ce qui concerne la recommandation 6 sur l'établissement d'une méthode d'évaluation générale normalisée et sur la définition et l'application des principaux facteurs actuariels relatifs aux engagements au titre de l'assurance-maladie, le Groupe de travail des normes

comptables des Nations Unies a formulé des recommandations visant à harmoniser la méthode d'évaluation et l'application des principaux facteurs actuariels. Ces recommandations n'ont pas d'incidences concrètes sur l'évaluation de l'assurance-maladie après la cessation de service au BIT, étant donné que les méthodes et les facteurs appliqués par l'Organisation sont déjà conformes à ces recommandations. Il est proposé qu'à compter du 31 décembre 2017 les organismes des Nations Unies progressent encore dans l'application commune d'hypothèses actuarielles supplémentaires afin d'améliorer la comparabilité des engagements au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service. Le groupe de travail a recommandé en outre que le Groupe de travail des normes comptables des Nations Unies continue d'accorder toute l'attention voulue à l'harmonisation des principes régissant l'évaluation des charges à payer.

15. S'agissant de la recommandation 7 relative au financement adéquat des engagements au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, le Secrétaire général s'inquiète toujours du montant des engagements qui ne sont pas financés actuellement et présente dans son rapport une proposition concernant le financement partiel de ces engagements. Cette proposition est analogue à celle qui a été soumise au Conseil d'administration en mars 2016: il s'agirait de financer, sur une base annuelle comprenant le coût des services rendus et le coût financier, les engagements au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service qui concernent les fonctionnaires nouvellement recrutés, et ce afin de financer par capitalisation intégrale les obligations projetées de l'ONU à l'égard de ces nouveaux fonctionnaires à compter de la date de leur cessation de service. Les obligations préexistantes à l'égard des fonctionnaires en activité ou à la retraite seraient, quant à elles, financées par répartition.
16. Pour ce qui est de la recommandation 8 relative à l'investissement des réserves, il est recommandé que le Groupe de travail sur les services de trésorerie communs, créé par le réseau Finances et budget du Comité de haut niveau sur la gestion, continue de favoriser la coopération interinstitutions dans le domaine de l'investissement des fonds réservés au financement des engagements au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service, l'objectif étant de réaliser des économies d'échelle.

## **Résultat des délibérations de l'Assemblée générale des Nations Unies**

17. Un exposé oral sera présenté au Conseil d'administration, si l'Assemblée générale achève d'examiner la question d'ici à la tenue de la 329<sup>e</sup> session.

## **Evolution de la situation à l'OIT**

18. Le Comité de gestion de la CAPS reste pleinement conscient de la nécessité de limiter l'augmentation des coûts des soins de santé. Début 2016, dans le droit fil de la décision prise par le Conseil d'administration en mars 2016, il a créé son propre groupe de travail sur la maîtrise des coûts dans le but de maîtriser les dépenses médicales tout en respectant les caractéristiques essentielles de la couverture offerte par la Caisse. En outre, le Bureau a fait appel aux services d'experts extérieurs auxquels il a confié la tâche d'étudier le modèle de fonctionnement de la Caisse afin de s'assurer que le BIT fournit aux fonctionnaires en activité et aux retraités une assurance santé selon les modalités les plus efficaces, efficaces et fiables possible.

---

## Groupe de travail du Comité de gestion de la CAPS sur la maîtrise des coûts

19. Le groupe de travail a analysé les statistiques relatives aux dépenses en tenant compte de différents critères, tels que le montant facturé, la répartition géographique, le type de dépenses, etc.
20. La CAPS compte plus de 11 000 assurés, dont quelque 3 000 fonctionnaires et les membres de leur famille qui sont à leur charge et environ 2 500 anciens fonctionnaires, ou leurs survivants, et les membres de leur famille qui sont à leur charge. Les assurés soumettent environ 45 000 demandes de remboursement par an, soit plus 160 000 factures, et le montant des remboursements effectués par la CAPS est d'environ 45 millions de dollars E.-U. par an.
21. Le groupe de travail a également étudié un certain nombre d'articles de revues spécialisées consacrés à la question de l'inflation médicale ainsi que les pratiques des systèmes nationaux de soins de santé et d'autres régimes privés d'assurance-maladie.
22. Sans surprise, le groupe de travail a constaté que les frais d'hospitalisation, les frais dentaires, les honoraires de médecins, ainsi que les coûts afférents aux soins médicaux, aux médicaments, aux prestations hospitalières publiques et aux opérations chirurgicales représentaient 80 pour cent des dépenses totales de la Caisse. En outre, les deux tiers des dépenses correspondent à des soins de santé dispensés en Suisse, pays de résidence d'une grande majorité des fonctionnaires et des retraités.
23. Les recommandations formulées par le groupe de travail à l'intention du comité de gestion s'articulent autour de quatre grands axes:
  - 1) encourager les assurés à faire des choix responsables;
  - 2) intensifier la promotion par la CAPS des mesures préventives;
  - 3) renforcer la maîtrise des coûts;
  - 4) poursuivre la coopération interorganisations.
24. Il est possible de générer des économies substantielles en encourageant les assurés à faire des choix responsables. A cet égard, le groupe de travail a notamment recommandé les mesures suivantes, lorsqu'elles sont applicables: demander au moins deux estimations, ou trois de préférence, pour toute intervention chirurgicale non urgente nécessitant une hospitalisation; étudier les possibilités de recourir à des services de soins infirmiers ambulatoires en remplacement d'une hospitalisation de longue durée; consulter de préférence des médecins qui sont conventionnés par la sécurité sociale en France, ou qui appliquent les tarifs LAMal en Suisse ou qui sont agréés par des systèmes analogues dans d'autres pays, le cas échéant; utiliser des médicaments génériques au lieu des médicaments originaux (dans la mesure du possible); acheter les médicaments prescrits dans les pharmacies qui sont les plus compétitives à proximité du lieu de résidence de l'assuré ou qui offrent des remises sur les médicaments.
25. Les mesures préventives sont remboursées depuis 2015. L'expérience acquise au cours de cette première année de mise en œuvre montre que ces mesures ont un coût négligeable par rapport aux effets positifs qu'elles peuvent avoir sur l'état de santé futur des personnes concernées. Le groupe de travail a formulé plusieurs recommandations concernant la promotion des mesures préventives, en vue d'en étendre la portée et d'envisager également la possibilité pour la CAPS de conclure un accord avec une entreprise de télémédecine

spécialisée. Il a recommandé en outre d'intensifier les campagnes d'information afin de sensibiliser les assurés à ces questions.

26. Le groupe de travail a également recommandé de renforcer les contrôles des coûts en envisageant de recourir, en Suisse, aux services d'une entreprise de contrôle des coûts et d'utiliser un système de «gestion des cas» ainsi qu'en procédant à une analyse détaillée de l'évolution des coûts. A cet égard, un poste a été créé au sein du secrétariat de la Caisse pour traiter la question des risques et de la conformité. Selon les informations communiquées à la CAPS, le coût de ce type de service est rapidement compensé par les réductions du montant des remboursements médicaux.
27. Le groupe de travail a recommandé de poursuivre la collaboration avec les autres organisations internationales qui appliquent le même type de régime d'assurance-maladie (assurance et administration autonomes), comme l'OMS et l'Office des Nations Unies à Genève, et de négocier des tarifs préférentiels auprès des prestataires de soins de santé conjointement avec les autres grandes institutions ayant leur siège à Genève. Actuellement, l'OMS, l'ONUG, l'UNIQA (tiers administrateur de l'Organisation européenne pour la recherche nucléaire (CERN)) et l'OIT ont conclu des accords avec dix prestataires de soins de santé dans la région de Genève, parmi lesquels tous les grands hôpitaux et cliniques. Prises ensemble, ces quatre organisations représentent le plus important groupe d'assurés de la région de Genève, ce qui explique pourquoi les tarifs préférentiels négociés dans le cadre de ces accords sont si compétitifs. Le groupe de travail a également recommandé d'envisager la possibilité de négocier collectivement des tarifs préférentiels avec de nouveaux établissements médicaux situés dans d'autres lieux d'affectation, où résident de nombreux fonctionnaires et retraités. Cette recommandation est analogue à la recommandation 2 du groupe de travail interinstitutions des Nations Unies, et les travaux ont déjà commencé dans ce domaine.
28. Toutes les recommandations du groupe de travail ont récemment été approuvées par le Comité de gestion de la CAPS et leur mise en œuvre devrait permettre de réaliser de nouvelles économies.

### **Constitution d'une réserve au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service**

29. La constitution d'une réserve pour l'assurance-maladie après la cessation de service dépend des décisions qui seront prises en ce qui concerne le financement des charges à payer au titre de cette assurance. Il ressort des deux documents du Conseil d'administration mentionnés au paragraphe 1, et des conclusions de l'Assemblée générale des Nations Unies, que les Etats Membres préfèrent continuer d'appliquer un mode de financement par répartition. Le Directeur général partage l'avis du Secrétaire général de l'ONU selon lequel les engagements au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service grèveront les budgets futurs, puisqu'ils ne sont pas financés actuellement, mais il reconnaît que, dans le contexte financier actuel, les Etats Membres ne seront peut-être pas en mesure de faire face aux incidences budgétaires immédiates qu'aurait la constitution d'une réserve.
30. En l'absence d'une décision de l'Assemblée générale des Nations Unies quant au financement ou d'une indication du Conseil d'administration donnant à penser que le financement du passif est une priorité immédiate, aucune nouvelle proposition n'est présentée au sujet de la constitution d'une réserve au titre de l'assurance-maladie après la cessation de service.