

25 février 2021

(21-1627)

Page: 1/9

**Comité du budget, des finances et de l'administration****MISE À JOUR CONCERNANT LE RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE  
DE L'OMC ET LES ENGAGEMENTS AU TITRE DE L'ASSURANCE  
SANTÉ APRÈS CESSATION DE SERVICE****1 APERÇU GÉNÉRAL DES COÛTS DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE**

1.1. Le Régime d'assurance médicale de l'OMC est un élément essentiel de l'ensemble des prestations fournies aux fonctionnaires en activité, aux anciens fonctionnaires (retraités) et aux personnes à leur charge. Les fonctionnaires et anciens fonctionnaires de l'OMC résidant en Suisse sont exemptés de l'obligation de s'affilier à la caisse d'assurance-maladie suisse (LAMal) en vertu des dispositions de l'Accord de siège de l'OMC pour autant que le régime d'assurance médicale de l'OMC offre une couverture au moins équivalente à celle assurée par la LAMal.

1.2. Le Régime d'assurance médicale de l'OMC offre aux fonctionnaires, aux retraités et aux personnes à leur charge à la fois une couverture de base de haute qualité en cas de maladie et d'accident et des prestations d'assurance maladie qui sont généralement fournies par des régimes d'assurance complémentaires facultatifs. Il offre en outre une couverture mondiale et le libre choix des prestataires médicaux, ce qui garantit aux retraités et aux personnes à charge d'être couverts dans leur pays de résidence respectif.

1.3. Le principe du Régime d'assurance médicale de l'OMC est d'assurer, de manière efficace, l'accès à une couverture médicale de qualité et à un coût abordable pour les participants admissibles. La stratégie de gestion donnera donc la priorité à la sensibilisation aux coûts et à l'efficacité comme fondement d'un régime d'assurance médicale viable, tout en tenant compte de la nécessité de maintenir la qualité de la couverture.

1.4. Le Régime d'assurance médicale de l'OMC est fondé sur la comptabilisation au décaissement. Les primes versées chaque année par les bénéficiaires sont en effet calculées suivant une formule d'ajustement qui prend en compte le montant des remboursements effectués l'année précédente, une estimation de l'inflation pour les coûts médicaux, les sinistres survenus mais non encore déclarés et le ratio moyen des remboursements payés aux assurés dépassant 90 000 CHF par personne. La formule prend également en compte les primes versées, ainsi qu'une marge bénéficiaire pour l'administrateur du Régime d'assurance médicale de l'OMC. Le contrat d'administration signé par l'OMC contient toutefois une clause de protection qui limite à 15% l'augmentation maximale des primes pour une année donnée.

1.5. Les années durant lesquelles le montant total des primes versées excède les remboursements effectués, un mécanisme prévu dans la formule d'ajustement annuel des primes permet d'accumuler des fonds qui serviront à compenser les augmentations futures de la prime.

1.6. Le coût des primes du Régime d'assurance médicale de l'OMC est partagé entre les membres du Régime et l'OMC. Les personnes à charge ne bénéficient d'une subvention que dans le cas des enfants ou si le fonctionnaire ou retraité perçoit pour ces personnes une indemnité pour charges de famille. À la fin de 2020, sur un total de 2 286 participants, 182 personnes (soit environ 8%) ne bénéficiaient pas d'une subvention et payaient elles-mêmes l'intégralité de la prime. Ces participants non subventionnés sont notamment les conjoints non à charge et divorcés et les enfants adultes. D'une manière générale, 60% des coûts du Régime sont à la charge de l'OMC et 40% à la charge des participants. Ce taux varie d'une personne à l'autre, en fonction de la classe du fonctionnaire ou du montant de la pension du retraité.

1.7. Les primes ont augmenté de 5 % en 2020. En 2021, les primes sont restées stables, mais cela est au moins partiellement attribuable à la pandémie de COVID-19 et aux changements de comportement à court terme qui en ont résulté, liés à la façon dont les gens utilisent les services médicaux.

1.8. Le tableau ci-après illustre l'évolution de l'indice des primes entre l'OMC et l'assurance médicale suisse. Globalement, il convient de noter que l'indice des primes de l'OMC reste inférieur à l'indice suisse.

**Tableau 1 Comparaison avec l'indice d'assurance médicale suisse**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Indice des primes d'assurance médicale suisse <sup>1</sup>	100	103	107	112	112	113
Indice des primes OMC	100	100	100	100	105	111

## 2 MESURES ENTREPRISES POUR MAÎTRISER LES COÛTS

2.1. Les remboursements sont limités à ce qui est "raisonnable et d'usage" pour le pays dans lequel les soins sont dispensés, mais ils ne peuvent en aucun cas dépasser les taux applicables à Genève. Étant donné que les coûts médicaux sont souvent moins élevés hors de la Suisse, les assurés sont encouragés à se faire soigner dans des régions où les coûts sont moins élevés, lorsque cela est possible.

2.2. L'obligation d'un accord préalable pour les hospitalisations prévues et pour de nombreux actes et traitements médicaux est l'occasion pour l'administrateur du Régime de s'assurer que les coûts sont raisonnables et, dans la mesure du possible, d'obtenir des rabais supplémentaires. Le processus d'accord préalable permet également à l'administrateur de rembourser les bénéficiaires qui prennent un deuxième avis ou d'évaluer si d'autres options de traitement pourraient réduire la durée d'hospitalisation ou les dépenses inutiles.

2.3. L'administrateur a également négocié des rabais spéciaux et des accords de paiement direct avec de nombreux hôpitaux, médecins généralistes et spécialistes.

2.4. En 2019, grâce à la gestion active du Régime de l'OMC par Allianz, les économies ci-après ont été réalisées:

- réseau des patients hospitalisés en Suisse: 404 000 CHF;
- réseau des patients hospitalisés aux États-Unis: 175 000 CHF; et
- gestion active des cas médicaux: 135 000 CHF.

2.5. L'OMC intervient activement auprès des participants au Régime pour leur rappeler d'être conscients et consciencieux s'agissant des dépenses de santé et de leur incidence sur notre Régime d'assurance médicale et sur nos futures primes, et pour les en remercier.

## 3 GESTION DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE

3.1. La responsabilité de la gestion du Régime d'assurance médicale incombe au Directeur général. D'un point de vue opérationnel, la gestion du Régime est confiée à la Division des ressources humaines. En outre, un organe consultatif mixte, le Comité de gestion de l'assurance médicale (CGAM), conseille le Directeur général sur toute proposition de modification du Régime d'assurance médicale. Il est composé de représentants du Directeur général, de l'Association du personnel et de l'Association des fonctionnaires retraités du GATT/OMC.

3.2. Les responsabilités ci-après incombent au CGAM:

- a. Contrôler le fonctionnement et la situation financière du Régime, compte tenu des dispositions du contrat collectif conclu avec l'administrateur du Régime.

<sup>1</sup> Source: Office fédéral de la statistique, IPAM.

- b. Recommander au Directeur général le montant global de la prime pour chaque année.
- c. Analyser et, si nécessaire, renégocier les primes et les prestations de l'assurance en prenant en considération les besoins spécifiques des fonctionnaires en activité et retraités et des personnes à leur charge.
- d. Analyser et recommander au Directeur général la politique de subventionnement des primes globales par assuré.
- e. Informer le Directeur général et les participants au Régime de toute modification des modalités et des conditions du contrat avec l'administrateur du Régime, des cotisations ou des pratiques de l'administrateur du Régime.
- f. Interpréter les dispositions du contrat collectif avec l'aide de représentants de l'administrateur du Régime et de la Division des ressources humaines et se prononcer sur les cas.

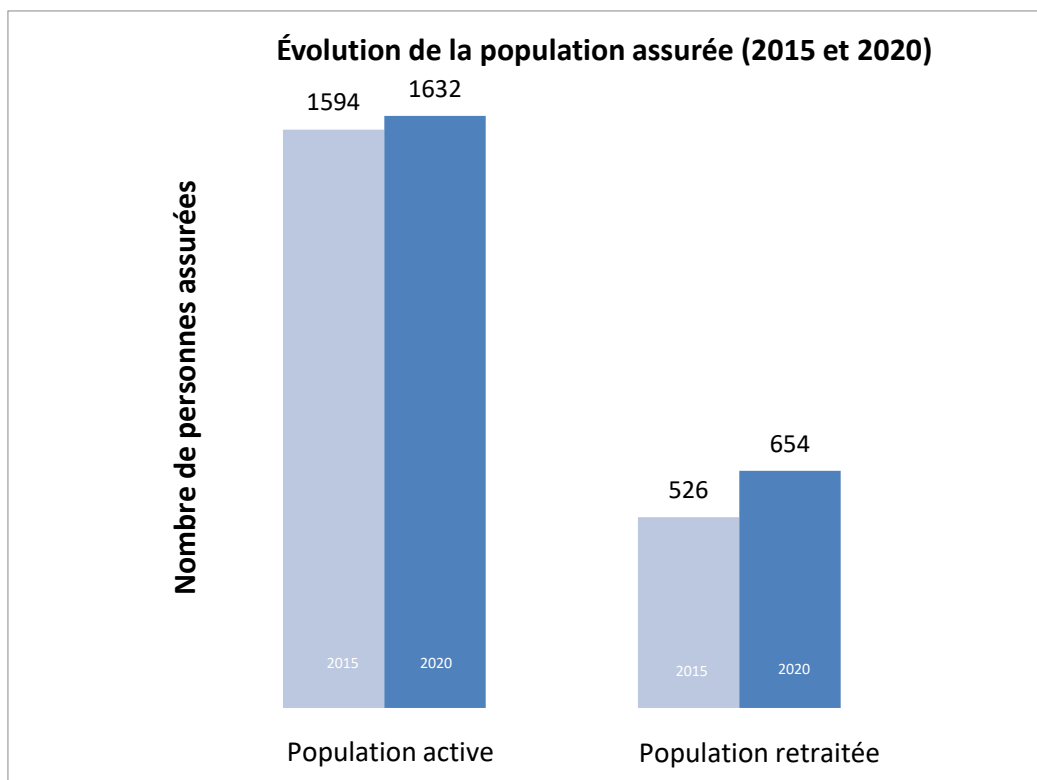
3.3. Le CGAM procède régulièrement, en coordination avec les administrateurs du régime médicale, à un suivi continu du tableau des prestations en mettant l'accent sur la durabilité du Régime, et des mesures raisonnables de contrôle des coûts seront introduites à l'avenir.

3.4. En 2020, plusieurs recommandations formulées par la Division des ressources humaines ont été examinées par le CGAM et transmises au Directeur général. En raison du départ inattendu du dernier Directeur général et de la confusion créée par la pandémie de COVID-19, ces recommandations restent en attente d'examen par la nouvelle Directrice générale.

#### **4 PERSONNES ASSURÉES**

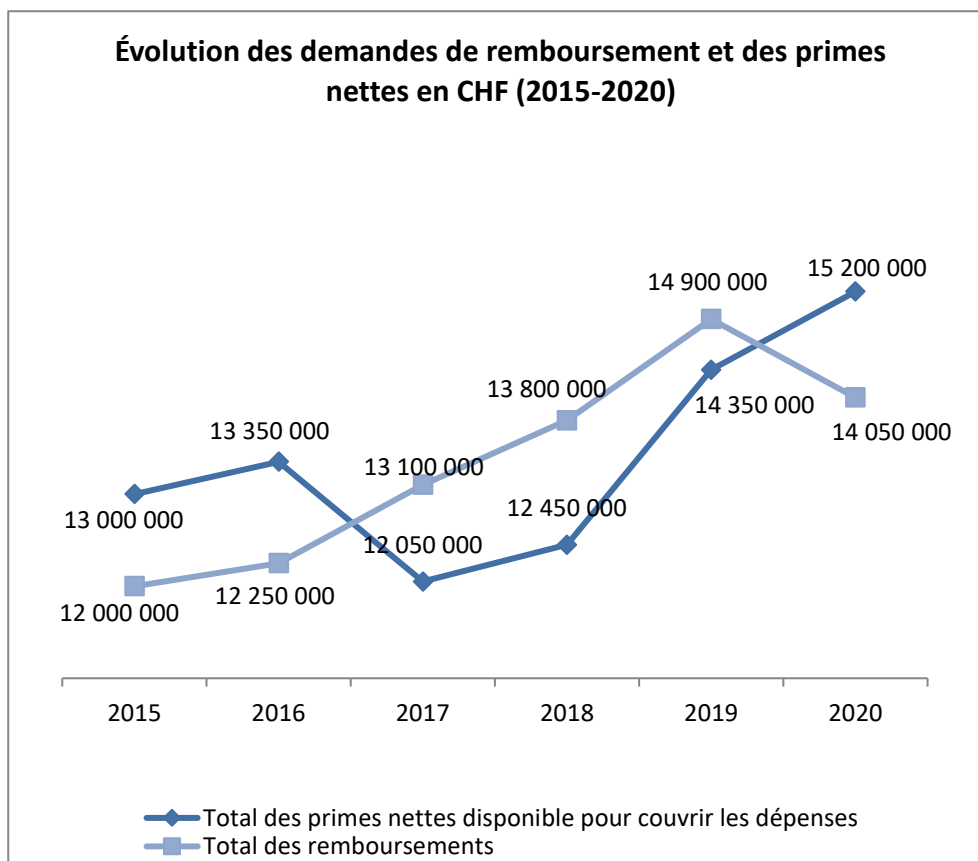
4.1. À la fin de 2020, les fonctionnaires en activité et les personnes à leur charge représentaient environ 71% de la totalité des personnes assurées, tandis que les retraités et les personnes à leur charge en représentaient 29%.

4.2. Le graphique ci-après illustre l'évolution, pour certaines années, des principales catégories de personnes assurées de l'OMC. La population active augmente lentement, alors que le nombre des retraités accuse une hausse plus prononcée.

**Graphique 1 Évolution de la population assurée (2015 et 2020)**

## **5 APERÇU GÉNÉRAL DE LA SITUATION FINANCIÈRE DU RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICALE**

5.1. Le graphique ci-après montre l'évolution des primes nettes et des remboursements au cours des six dernières années.

**Graphique 2 Évolution des demandes de remboursement et des primes nettes**

5.2. Le niveau de remboursement plus élevé par rapport à la prime nette totale versée a entraîné l'augmentation des primes d'assurance pour 2019 ainsi que pour 2020. En 2020, cependant, en raison de la pandémie de COVID-19, qui a entraîné le report de nombreuses consultations et hospitalisations prévues, le Régime de l'OMC a connu une baisse temporaire des remboursements. Le Régime peut connaître des variations d'une année sur l'autre. Les périodes de stabilité peuvent être suivies de fortes hausses des coûts. Il est probable que la tendance générale soit à l'augmentation des primes au fil du temps en raison de l'inflation médicale et de l'évolution démographique des participants au Régime. L'objectif global est donc de gérer le taux d'augmentation de manière responsable sur le long terme.

### 5.1 Contribution de l'OMC aux primes d'assurance médicale de l'OMC

5.3. Le tableau ci-après montre l'évolution de la contribution de l'OMC aux primes d'assurance médicale pour les fonctionnaires en activité, les retraités et les personnes à charge admissibles entre 2015 et 2020. L'augmentation collective de la contribution au régime d'assurance maladie de 2015 à 2020 est de 654 736 CHF, soit 8,7%. En 2020, la contribution a augmenté d'environ 80 000 CHF pour s'établir à 4,15% du budget global de l'OMC.

**Tableau 2 Contribution de l'OMC aux primes d'assurance médicale de l'OMC**

Année	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Budget de l'OMC en CHF</b>	197 203 900	197 203 900	197 203 900	197 203 900	197 203 900	197 203 900
<b>Contribution de l'OMC à l'assurance médicale en CHF</b>	7 534 820	7 882 878	7 397 624	7 832 600	8 109 942	8 189 556
<b>Contribution de l'OMC à l'assurance médicale en %</b>	3,82%	4,00%	3,75%	3,97%	4,11%	4,15%

Année	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Variation d'une année sur l'autre de la contribution à l'assurance médicale en CHF	34 548	348 058	-485 254	434 976	277 342	79 614
Variation d'une année sur l'autre de la contribution à l'assurance médicale en CHF	0,46%	4,62%	-6,16%	5,88%	3,54%	0,98%

## 6 REMBOURSEMENTS PAR RAPPORT AUX PRIMES, PAR CATÉGORIE D'ASSURÉS, EN 2020

6.1. Les fonctionnaires en activité et les personnes à leur charge représentent 71% de la population totale assurée et 68% des primes, et ils reçoivent 55% du montant total des remboursements au titre du Régime. Les retraités et les personnes à leur charge représentent 29% de la population totale assurée et 32% des primes, et ils reçoivent 45% du montant total des remboursements au titre du Régime. Comme indiqué ci-dessus, si l'on fait abstraction de l'évolution démographique de la population du Régime, les coûts de l'assurance santé après cessation de service représenteront dans l'avenir une part croissante du total des coûts du Régime.

**Tableau 3 Remboursements par rapport aux primes, par catégorie d'assurés en 2020**

Population	% du montant total des remboursements	% du montant total de contribution aux primes	% de la population assurée
Fonctionnaires en activité et personnes à leur charge	55%	68%	71%
Retraités et personnes à leur charge	45%	32%	29%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## 7 ENGAGEMENTS AU TITRE DE L'ASSURANCE SANTÉ APRÈS CESSATION DE SERVICE

7.1. Depuis 2012, l'OMC utilise les Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) aux fins de l'établissement de ses rapports financiers. Dans ce cadre, les organisations doivent faire état du total du passif estimé à la fin de chaque exercice pour les prestations dues aux employés, y compris les engagements à long terme associés à des régimes à prestations déterminées.

7.2. Le Régime d'assurance médicale de l'OMC est un régime à prestations déterminées avec des engagements à long terme puisque, comme le Régime des pensions, il promet un versement dans le futur au nom des fonctionnaires admissibles pour une prestation qui est déterminée aujourd'hui mais dont le coût ne l'est pas.

7.3. C'est une forme de rémunération différée. Les employés renoncent à une somme d'argent aujourd'hui en acceptant de recevoir plus tard, en échange, une rémunération sous forme de prestation prédéterminée. Le risque que la prestation promise coûte finalement plus ou moins que prévu pèse sur l'Organisation. Si le coût est inférieur, l'OMC fait un bénéfice. Si le coût est supérieur, elle enregistre une perte.

7.4. Dans la plupart des organisations, on constate que le coût des prestations promises a tendance à être plus élevé que prévu. Cela peut s'expliquer par l'augmentation de l'espérance de vie et par une mauvaise compréhension générale de la différence entre le coût actuel (comptabilisation au décaissement) et le coût total (coût actuel plus coûts relatifs aux droits à prestations futures cumulés dans la période actuelle). La plupart des organisations ont donc sous-estimé l'impact que finiraient par avoir les prestations promises sur leur situation financière. C'est pourquoi les Normes IPSAS exigent que le coût estimatif total des prestations promises soit indiqué, même s'il ne se traduit pas par un versement dans la période actuelle.

7.5. Conformément aux Normes IPSAS, l'OMC doit faire état dans ses rapports financiers de l'ensemble des engagements liés aux prestations dues aux employés à la fin de chaque exercice. L'Organisation a en effet pour obligation de fournir les prestations convenues à ses employés et à

ses retraités, et assume le risque que ces prestations aient un coût supérieur aux recettes tirées des cotisations.

7.6. La fourniture d'une assurance santé après cessation de service aux retraités et aux personnes à leur charge fait partie de ces engagements et figure dans les états financiers de l'OMC. L'Organisation en a pris acte pour la première fois dans le cadre des ajustements initiaux aux Normes IPSAS en janvier 2012. Conformément aux Normes IPSAS, les engagements associés à l'assurance santé après cessation de service sont calculés suivant la méthode actuarielle des unités de crédit projetées, qui exige de rendre compte chaque année de l'évolution du total des engagements relatifs à des prestations déterminées. La variation de ce passif a chaque année un effet sur les états financiers.

7.7. Le montant indiqué pour les engagements liés à l'assurance santé après cessation de service était resté relativement stable ces dernières années. Toutefois, en raison principalement de la baisse des taux d'intérêt, ces engagements ont augmenté en 2018. Le montant des engagements en 2019 a légèrement diminué mais est resté globalement stable par rapport à l'année précédente.

- 31 décembre 2015: 245,5 millions de CHF
- 31 décembre 2016: 226,3 millions de CHF
- 31 décembre 2017: 228,9 millions de CHF
- 31 décembre 2018: 283,7 millions de CHF
- 31 décembre 2019: 277,2 millions de CHF

#### **7.1 Évolution projetée des engagements à long terme au titre de l'assurance santé après cessation de service**

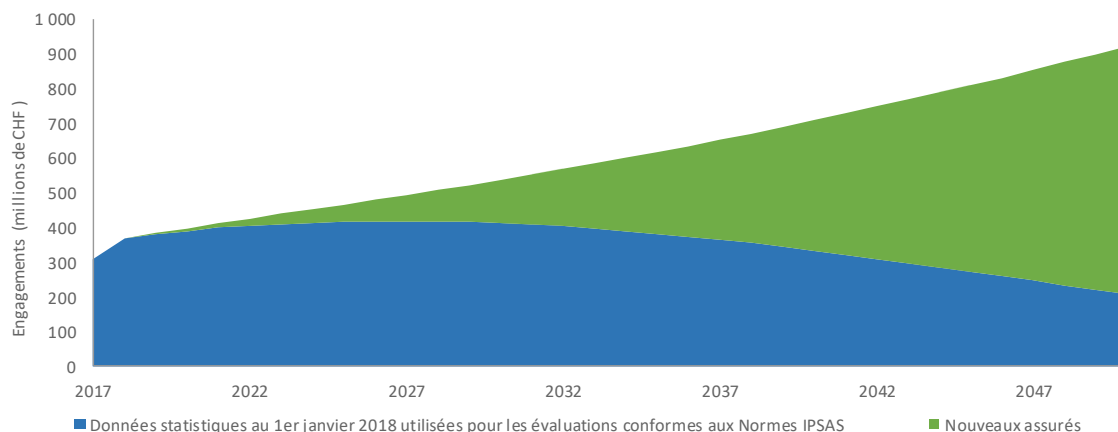
7.8. Le montant des engagements liés à l'assurance santé après cessation de service tel qu'il figure dans les états financiers (et tel que décrit ci-dessus) indique les engagements échus au titre des prestations en date du rapport.

7.9. Un point de vue plus pratique concernant les engagements aux fins de la gestion courante du Régime consiste à faire des projections de l'évolution future de ces engagements et à estimer à quel moment les coûts réels auront un impact sur le budget de l'Organisation. Une telle évaluation des financements exige un autre genre d'analyse que celui des calculs suivant les normes IPSAS et s'appuie sur des hypothèses différentes pour faire des projections des coûts futurs. Une analyse de ce type a été entreprise pour la première fois en 2014 et révisée en 2018. Il est normal que ces projections ne soient mises à jour que tous les trois ou quatre ans. Une mise à jour de l'évolution projetée à long terme des coûts des engagements sera entreprise en 2021.

7.10. Il est important d'indiquer que les chiffres relatifs à ces engagements et ces coûts projetés sont préliminaires et toujours examinés par les actuaires. Ils sont susceptibles d'évoluer légèrement en cas de modification des hypothèses spécifiques et ils changeront certainement au fil du temps, à mesure que la situation évoluera. Cependant, ils donnent un aperçu plausible des perspectives et ils seront périodiquement actualisés et notifiés aux Membres dans le cadre de futures mises à jour des engagements au titre de l'assurance santé après cessation de service.

7.11. D'après les données relatives à la population des assurés de 2018, les perspectives à long terme laissent entrevoir une augmentation régulière des engagements au titre de l'assurance santé après cessation de service dans un avenir prévisible si l'OMC conserve la méthode de comptabilisation au décaissement. Le principal facteur de cette augmentation sera l'accroissement du nombre de retraités au cours des 30 prochaines années. Ce chiffre devrait se stabiliser dans 30 ans environ, soit autour de l'année 2047. En se fondant sur des hypothèses prudentes concernant le taux d'actualisation, on s'attend à ce que le niveau des engagements, actuellement inférieur à 300 millions de CHF, dépasse 850 millions de CHF d'ici à 2047. Si les taux d'intérêt reviennent à des valeurs plus habituelles d'un point de vue historique, les estimations concernant les engagements seraient revues à la baisse.

**Figure 1 Évolution prévue du total des engagements au titre de l'assurance santé après cessation de service entre 2017 et 2050**

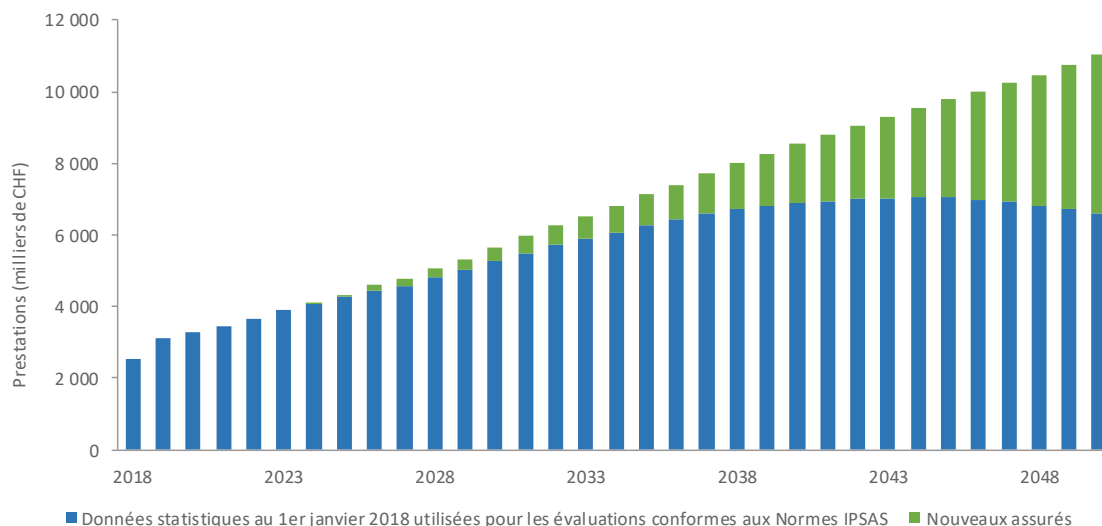


7.12. Les estimations des engagements au titre de l'assurance santé après cessation de service pour 2047, réalisées en 2018, sont inférieures aux estimations de 2014, soit la dernière fois que des projections à long terme ont été réalisées concernant ces engagements. À l'époque ces engagements étaient estimés à plus de 1 milliard de CHF pour 2047. La révision à la baisse peut s'expliquer par des hausses de primes moins importantes que prévu ces dernières années, et par l'âge moins avancé des nouveaux assurés du Régime, ces dernières années, que ce qui était précédemment envisagé. Toutefois, plusieurs variables pertinentes interviennent et même une légère évolution de ces variables sur 30 ans peut avoir un impact significatif sur les estimations.

7.13. Sur le plan des implications budgétaires, lorsque c'est l'approche de la comptabilisation au décaissement qui est retenue pour le financement, ce sont les estimations annuelles des flux de trésorerie qui sont plus importantes que la valeur absolue des estimations des engagements. Ce sont les flux de trésorerie annuels nécessaires pour amortir les engagements qui viennent à échéance chaque année qui ont des implications directes sur le budget.

7.14. Actuellement, les flux de trésorerie nécessaires pour financer les engagements au titre de l'assurance santé après cessation de service sont légèrement inférieurs à 3 millions de CHF par an. Tout comme les engagements, ces flux devraient augmenter progressivement dans un avenir prévisible. Les estimations actuelles des flux de trésorerie annuels pour 2047 s'établissent à près de 11 millions de CHF. Cela représente une augmentation de plus de trois fois le montant actuel. Ce montant peut être géré sur une période de 30 ans et il correspond aux tendances connues en matière d'inflation pour les soins médicaux et d'évolution des données démographiques du Régime.

**Figure 2 Évolution prévue du coût total des prestations au titre de l'assurance santé après cessation de service entre 2018 et 2050**





7.15. Nous continuons de travailler avec les actuaires pour entreprendre des analyses de sensibilité et expérimenter d'autres changements dans les hypothèses afin de mieux comprendre comment l'évolution des principales variables pourrait influencer les projections à l'avenir. Les Membres seront tenus informés de ces analyses plus poussées en temps voulu.

## **8 COMPTE SPÉCIAL DE RÉSERVE POUR L'ASSURANCE SANTÉ APRÈS CESSATION DE SERVICE**

8.1. À la suite de l'élaboration, en 2017, de la Stratégie de l'OMC relative à l'assurance santé après cessation de service, le Secrétariat a proposé d'adopter une approche de financement partiel des engagements au titre de l'assurance santé après cessation de service par la création d'un fonds pour l'assurance santé après cessation de service qui serait initialement financé par les excédents budgétaires accumulés entre 2012 et 2017. À l'époque, le Comité du budget, des finances et de l'administration (CBFA) n'avait pas accepté de créer un tel fonds et avait décidé de maintenir la comptabilisation au décaissement. Toutefois, il a décidé d'établir un compte spécial de réserve (CSR) pour le Régime d'assurance médicale. Ce compte a été établi pour "préserver" les économies réalisées sur les lignes budgétaires du Régime d'assurance médicale en vue de les affecter exclusivement à la gestion des coûts de l'assurance santé après cessation de service lorsque ces derniers deviendront un élément important des coûts globaux. Toute décision d'utiliser les fonds du CSR serait assujettie à l'approbation de la CBFA.

8.2. À la fin de 2020, le CSR du Régime d'assurance médicale avait un solde cumulé de 4,5 millions de CHF résultant des économies réalisées sur les lignes budgétaires du Régime d'assurance médicale. Une source supplémentaire de financement relative à l'assurance santé après cessation de service découle d'une majoration appliquée pour les salaires afférents aux postes financés par des fonds extrabudgétaires. Cette évaluation a contribué à hauteur de 1,3 million de CHF au CSR.

---