



الأمم المتحدة

استعراض نوعية نُظم التأمين الصحي وفعاليتها
وكفاءتها واستدامتها في مؤسسات منظومة
الأمم المتحدة

تقرير وحدة التفتيش المشتركة

من إعداد خيسوس ميراندا هيتا



الرجاء إعادة الاستعمال

استعراض نوعية نُظم التأمين الصحي وفعاليتها وكفاءتها واستدامتها في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة

تقرير وحدة التفتيش المشتركة

من إعداد خيسوس ميراندا هيتا



الأمم المتحدة، جنيف، 2023

فريق المشروع

خيسوس ميراندا هيتا، مفتش
ألكسندرا كابيلو، موظفة لشؤون التقييم والتفتيش (المرحلة الاستهلاكية)
كامولماس جابين، موظف لشؤون التقييم والتفتيش
كاثرين ميتشل، مساعدة لشؤون البحوث
باتريك نيكولاس غورغن، خبير استشاري خارجي (التحليل المقارن لسياسات التأمين)

المتدربون الداخليون في مجال البحوث

كريستا تينغبراند (حزيران/يونيه - كانون الأول/ديسمبر 2022)
يوي سو (أيلول/سبتمبر 2022 - آذار/مارس 2023)
تشو هوي (إستر) هوانغ (أيلول/سبتمبر 2022 - آذار/مارس 2023)
لانكسي سون (آذار/مارس - أيلول/سبتمبر 2023)
ريا أوكتايفو (أيلول/سبتمبر - كانون الأول/ديسمبر 2023)
شاوجي ما (أب/أغسطس 2023 - كانون الثاني/يناير 2024)

استعراض نوعية نُظم التأمين الصحي وفعاليتها وكفاءتها واستدامتها في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة

أولاً- المقدمة وأهداف الاستعراض

أدرج استعراض نوعية نُظم التأمين الصحي وفعاليتها وكفاءتها في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة في برنامج عمل وحدة التفتيش المشتركة لعام 2022 تلبية لطلبات مقدمة منذ فترة طويلة من اللجنة الاستشارية المستقلة للمراجعة التابعة للأمانة العامة للأمم المتحدة، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، والمنظمة البحرية الدولية، والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية. ويتمثل الهدف العام لهذا الاستعراض في تحديد مجالات التحسين والممارسات الجيدة المتعلقة بنوعية الخدمة والتنسيق والمواءمة والفعالية والكفاءة والاستدامة المالية الطويلة الأجل لنُظم التأمين الصحي للموظفين العاملين والمتقاعدين داخل المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة. ويُقيّم الاستعراض على وجه التحديد سياسات التأمين الصحي وإدارته، بما في ذلك السياسات والممارسات المتبعة في احتواء التكاليف، واستكشاف الجوانب المالية والجوانب المتعلقة بالميزانية، ودراسة إمكانية تعزيز التنسيق والتعاون بين المنظمات، بما في ذلك تنقل الموظفين. وفي هذا السياق، يُقدم الاستعراض تحليلاً مقارناً يشمل جميع خطط التأمين الصحي الأساسي الخمس والعشرين وخطة تأمين صحي واحدة قائمة بذاتها لرعاية الأسنان للموظفين العاملين والمتقاعدين تديرها المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة وتُشارك في رعايتها بشكل مباشر أو غير مباشر (الفصل الثاني) ويغطي جوانب مختارة تتعلق بفعالية هذه الخطط وكفاءتها (الفصل الثالث)، ومدى كفاية التغطية ونوعية الإدارة (الفصل الرابع)، وحالة الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وتمويلها والآثار المترتبة عليها في الميزانية (الفصل الخامس).

ويُشكل التأمين الصحي جزءاً أساسياً من مجموعة عناصر الأجر المقدم إلى الموظفين والمتقاعدين داخل مؤسسات منظومة الأمم المتحدة. ويمثل نطاقه وتمويله مسألتين مهمتين على نطاق المنظومة، وتتطلبان تعديلات مستمرة بسبب الاتجاهات الديمغرافية بين السكان المؤمن عليهم وزيادة التكاليف الناجمة عن التقدم التكنولوجي والتطورات الأخرى في قطاع الرعاية الصحية. وقد ارتفع عدد الموظفين العاملين والمتقاعدين المؤمن عليهم في إطار نظم التأمين الصحي الأساسي في منظومة الأمم المتحدة من 84 000 شخص في عام 2004 إلى أكثر من 160 000 شخص في نهاية عام 2022، حيث بلغ مجموع عدد الأشخاص المشمولين بالحماية أكثر من 440 000 شخص بعد احتساب أفراد العائلة وغيرهم من المعالين. وازدادت التكلفة السنوية من 296 مليون دولار إلى 1,2 مليار دولار في الفترة نفسها. وارتفع إجمالاً متوسط التكلفة السنوية للتأمين الصحي لعائلة موظف الأمم المتحدة من 3 536 دولاراً في عام 2004 (ما يُعادل 5 478 دولاراً في عام 2028) إلى 7 259 دولاراً في عام 2022، أي بزيادة قدرها 32,5 في المائة بالقيمة الحقيقية.

وعلى الرغم من أن الحق في الضمان الاجتماعي يُشكل جزءاً من مجموعة عناصر الأجر المكفولة للموظفين، فإن النظر فيه باعتباره من مسائل "النظام الموحد" لا يتم إلا في نطاق محدود؛

ويرجع ذلك في جانب منه إلى عدم تنسيق السياسات وعدم وضع توجيهات موحدة، مما أدى إلى تطور كل خطة من خطط التأمين الصحي بطريقة مختلفة على مر تاريخها، ويرجع ذلك أيضاً إلى اختلاف ظروف العرض للخدمات الصحية في مختلف البلدان ومراكز العمل، مما أدى إلى تفاوتات كبيرة في التغطية والتكلفة ودرجة التضامن التوزيع التبادلي للمخاطر الصحية التي تنطوي عليها كل خطة.

ثانياً - النتائج والاستنتاجات الرئيسية

دراسة مقارنة لنظم التأمين الصحي للموظفين العاملين والمتقاعدين في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة

كما سبق أن أشارت وحدة التفتيش المشتركة في تقريرها السابق عن هذا الموضوع⁽¹⁾، خلص الاستعراض إلى أن الهيئات الرئاسية والأجهزة التشريعية لا تقوم بدور يُذكر في وضع سياسات التأمين الصحي ويقع على مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التزام بإنشاء نظام للضمان الاجتماعي لموظفيها، ولكن في جميع الحالات، باستثناء حالة وحدة، تقتصر اللوائح على الاعتراف بالحق في الضمان الاجتماعي وتفويض الرؤساء التنفيذيين للمنظمات كامل سلطة وضع سياسات التأمين الصحي ذات الصلة. وأدى ذلك إلى وجود 26 نظاماً مختلفاً للتأمين الصحي في المنظمات المشاركة (أحدها يتعلق بالتأمين على الأسنان). وإدراكاً لعدم إمكانية وضع نظام تأمين صحي واحد لجميع المنظمات المشاركة، يمكن لوضع مجموعة دنيا من المبادئ أو المتطلبات أو المعايير اللازمة لوضع خطة تأمين صحي ملائمة أن يساعد في تصميم السياسات وتعزيز الاتساق.

ويمكن تصنيف نُظم التأمين الصحي الستة والعشرين في منظومة الأمم المتحدة حسب الكيان الذي يتكفل بالتأمين ضد المخاطر والكيان الذي يدير الخطط. وتُستخدم الفئة الأولى للتمييز بين نُظم التأمين الصحي المؤمّنة ذاتياً والخطط التي تُدار خارجياً، بينما تُشير الفئة الثانية إلى نُظم التأمين المدارة ذاتياً، التي تدير فيها المنظمات خدمة التأمين الصحي بأكملها، وإلى النُظم التي تدار مطالباتها من خلال شركة خارجية تتولى فيها تقديم الخدمات الإدارية. ويندرج نصف نُظم التأمين الصحي داخل منظومة الأمم المتحدة ضمن خطط التأمين الذاتي أو نُظم التأمين الحكر. وتغطي هذه النُظم 82 في المائة من مجموع الأفراد المؤمن عليهم.

وتمثل الاستعانة بمصادر خارجية الطريقة الشائعة في إدارة مطالبات التأمين، حتى بالنسبة للنُظم المؤمّنة ذاتياً: 72 في المائة من المستفيدين مشمولون بنُظم تُدار مطالباتها خارجياً. وعلى العكس من ذلك، يخضع ما يزيد قليلاً على ربع الأشخاص المؤمن عليهم لإحدى الخطط الأربع القائمة المدارة ذاتياً (وبالتالي المؤمّنة ذاتياً)، وجميعها من المقر في جنيف، وتشمل عدداً كبيراً من العملاء يتراوح بين نحو 13 000 مستفيد في منظمة العمل الدولية وأكثر من 41 000 مستفيد في منظمة الصحة العالمية. وأكبر كيان منفرد من حيث عدد الأفراد المشمولين بخطط التأمين هو الأمانة العامة للأمم المتحدة في نيويورك التي لديها خمس خطط ونحو 150 000 شخص مشمول بالحماية.

حوكمة نُظم التأمين الصحي والعمل مع الأعضاء المشتركين في خطط التأمين

تُعد مشاركة المستفيدين في وضع سياسات التأمين الصحي وحوكمة خطته أمراً بالغ الأهمية. ويُشارك ممثلون للأعضاء المشتركين في الخطط من الموظفين العاملين والمتقاعدين رسمياً

في وضع سياسات التأمين الصحي في معظم النُظم، ولكن الموظفين المعيّنين محلياً والمتقاعدين خارج مواقع المقار غير ممثلين تمثيلاً كافياً في اللجان ذات الصلة.

معايير الأهلية

تعتمد مجموعات عناصر التأمين الصحي في كثير من الأحيان على عقد الموظفين ومركز عملهم. وتوفر معظم المنظمات المشاركة مجموعة محددة من عناصر التأمين الصحي لموظفيها العاملين بناءً على مركزهم التعاقدية، وما إذا كانوا معيّنين دولياً أو محلياً، وما إذا كانوا موجودين في موقع المقر (مثل نيويورك وجنيف وفيينا).

وتُطبق نُظم التأمين الصحي الست والعشرون معايير أهلية متفاوتة للموظفين والمتقاعدين وأفراد عائلاتهم والأشخاص المشمولين بالحماية المرتبطين بهم. وتؤدي معايير الأهلية غير المنسقة، ولا سيما بالنسبة للأشخاص الذين يحصلون على أسعار أقساط مدعومة من منظماتهم، إلى عدم تكافؤ الفرص في الحصول على تغطية التأمين الصحي بالنسبة للموظفين العاملين والمتقاعدين وأفراد عائلاتهم، ويدل ذلك على عدم الإنصاف في استخدام التمويل العام.

ولا يوجد دائماً اعتراف متبادل بالمشاركة المسبقة في نُظم التأمين الصحي على نطاق المنظومة دون تحفظات. وعلى الرغم من أن جميع النُظم تعترف بعدد سنوات اشتراك الموظفين في خطط التأمين الصحي المسدد عنها اشتراكات في منظمات الأمم المتحدة الأخرى، فإن منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية تشترطان أن تكون خمس سنوات من السنوات العشر المطلوبة لاستحقاق التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة داخلة في اشتراكات خطط كل منهما.

الأقساط وحصص الاشتراكات بين المنظمات والأعضاء المشتركين في الخطط

في إطار معظم النُظم، تُشكل القدرة على الدفع ومبدأ التضامن بين الأجيال المتأصل في مفهوم الضمان الاجتماعي أساس توزيع الأقساط بين المستفيدين؛ وعلى هذا النحو، يميل الموظفون الذين يتقاضون أجوراً أقل أو الذين تكون أسرهم أكبر إلى الحصول على حصة أكبر من الاشتراكات من منظماتهم، في حين أن الموظفين المتقاعدين ومعالجهم يساهمون بنسبة أقل، ويتلقون إعانات أكبر، ومن المحتمل أنهم يتكبدون مبالغ أكبر من مدفوعات سداد أقساط التأمين الصحي. ويُشكل أيضاً مبدأ التكافل أو مسببات التكاليف، الذي يُميّز في العادة أقساط التأمين التجاري الخاص، جزءاً لا يتجزأ من بعض نُظم التأمين الصحي من خلال استخدام أقساط ثابتة بمبالغ مطلقة، كما هو الحال في نظامي التأمين الصحي الأساسي لمنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة وبرنامج الأغذية العالمي. وتُمثل خطة التأمين الصحي للاتحاد البريدي العالمي الخطة الواحدة التي تجمع اشتراكات ثابتة المبالغ بالاستناد فقط إلى عمر الأعضاء المشتركين في الخطة.

ويتراوح مستوى اشتراكات المنظمات في أقساط التأمين الصحي بين 50 و75 في المائة في جميع الخطط، وتُقدم نصف نُظم التأمين مستوى دعم أعلى للموظفين المتقاعدين مقارنة بالموظفين العاملين، مما يُعزز مبدأ التضامن بين الأجيال المتأصل في فكرة التأمين أو التوزيع التبادلي للمخاطر الصحية. غير أن الموظفين يتحملون عموماً في بعض المنظمات نسبة من تكلفة التأمين تزيد على ما تحمله المنظمة نفسها، كما هو الحال بالنسبة لنظام تغطية التأمين الصحي/التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في منظمة الأغذية والزراعة، وخطة الأمم المتحدة العالمية للموظفين العاملين في الأمانة العامة للأمم المتحدة، ونظامي التأمين للموظفين المتقاعدين في منظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية (اليونيدو).

وفيما يتعلق بتفاوت اشتراكات الموظفين، وجد الاستعراض، من خلال دراسة حالة مقارنة شملت 6 مراكز عمل أن تكاليف التأمين الصحي للموظفين المعيّنين دولياً في الفئات المتطابقة، داخل الموقع نفسه، يمكن أن تختلف بما يصل إلى 2,5 مرة، تبعاً للخطة المختارة، ويمكن أن تختلف هذه التكاليف بما يصل إلى 4 مرات في حالة الموظفين المعيّنين محلياً، مما يعني أن الموظفين العاملين في الظروف نفسها يعاملون معاملة مختلفة، أو في الغالب، على أساس انتمائهم إلى نظام تأمين صحي معيّن. ومن الواضح أن هذه الحالة، إلى جانب عوامل أخرى، مثل الاختلافات في التغطية، تتعارض مع هدف النظام الموحد الذي يحرص على تجنب المنافسة الضارة بين مؤسسات المنظومة عند تعيين الموظفين، وتوفير ظروف عمل متساوية للموظفين في مركز العمل نفسه، بغض النظر عن جهة العمل.

التغطية والاستحقاقات

لأغراض الاستعراض، حُدد 11 بُعداً رئيسياً لمقارنة مستوى التغطية والاستحقاقات في مختلف نُظم التأمين: (أ) خيارات مقدمي الرعاية الصحية والتغطية الجغرافية؛ (ب) التغطية المالية والحماية من المصروفات الكارثية من خلال تدابير وقف الخسارة وأحكان التخفيف من الضائقة المالية؛ (ج) الرعاية العامة للمرضى في العيادات الخارجية وتوفير المنتجات الصيدلانية؛ (د) العلاج في المستشفيات؛ (هـ) العلاج الطبيعي؛ (و) الرعاية الوقائية للبالغين؛ (ز) الرعاية للعيون والأسنان؛ (ح) رعاية الصحة العقلية؛ (ط) الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وعلاجات العقم؛ (ي) رعاية صحة الطفل؛ (ك) الرعاية الطويلة الأجل.

وتُنحى جميع نُظم التأمين حرية اختيار مقدمي الرعاية الصحية للأعضاء المشتركين في الخطة، ولكن بعض النظم، ولا سيما النظم المصممة للأعضاء المشتركين فيها من أمريكا الشمالية، تُقدم استحقاقات تفضيلية كبيرة من مقدمي الرعاية الصحية داخل الشبكة. وبالنسبة للتغطية الجغرافية، تُقدم الخطط المصممة للموظفين العاملين والموظفين المتقاعدين في جميع أنحاء العالم، بغض النظر عن وضعهم الوظيفي، تغطية عالمية، ولكن العديد منها يوفر تغطية محدودة في الولايات المتحدة الأمريكية بسبب ارتفاع التكاليف الطبية. وتتميز النظم المصممة خصيصاً للموظفين المعيّنين محلياً، مثل خطط التأمين الصحي في الأمانة العامة للأمم المتحدة، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) بتغطية محدودة أو منعدمة خارج مراكز العمل أو أماكن إقامة الأعضاء المشتركين في الخطة في الظروف العادية.

وتختلف حدود السداد السنوية اختلافاً كبيراً بين الخطط في مركز العمل نفسه، بل وحتى داخل المنظمة نفسها بين المستفيدين المختلفين. وبالنسبة للتكاليف المتعلقة بالعلاج في المستشفيات، تغطي معظم نُظم التأمين 100 في المائة من تكلفة الغرفة شبه الخاصة أو السرير في جناح عام، ولكن في بعض مراكز العمل، وخاصة في أوروبا وأمريكا الشمالية، قد يوضع حد أقصى للسداد لاحتواء التكاليف.

وفيما يتعلق بالعلاج الطبيعي، يتبين مستوى الاستحقاقات بشدة تبعاً لنظام التأمين، بما في ذلك أنواع الرعاية المشمولة بالنظام. وفيما يتعلق بالرعاية الوقائية، هناك أربعة نُظم لا توفر تغطية على الإطلاق أو توفر تغطية للمعالين فقط أو لا تتضمن بنداً محدداً لإجراء فحوص بدنية روتينية؛ وفيما يتعلق بالنظم التي تغطي هذه الإجراءات، يتبين مستوى التغطية تبايناً كبيراً على الرغم من أن الطب الوقائي ليس مستصوباً لأسباب طبية فحسب، بل هو أيضاً جزء لا يتجزأ من الحق في الصحة بأوسع معانيه، ويمثل طريقة لاحتواء التكاليف على المدى الطويل.

وتتباين أيضاً تغطية الأجهزة البصرية ورعاية صحة الأسنان تبايناً كبيراً بين نُظم التأمين. وتمثل الصحة العقلية مجالاً آخر توجد فيه اختلافات كبيرة في التغطية باختلاف نُظم التأمين. فبالنسبة للعلاج النفسي والمشورة النفسية في العيادات الخارجية، لا تفرض نُظم التأمين التي توفرها الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومكتب الأمم المتحدة في فيينا والأمانة العامة للأمم المتحدة ومنظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية ومنظمة السياحة العالمية حداً أقصى لمبلغ السداد للموظفين العاملين والمتقاعدين، وليس لخططهم حدود مالية عامة. ويبلغ مستوى التغطية المالية أدنى مستوى له في نظامي التأمين لموظفي منظمة الأغذية والزراعة وبرنامج الأغذية العالمي المعيّنين محلياً خارج المقر، حيث إن الحد السنوي للعلاج النفسي والمشورة النفسية للمرضى في العيادات الخارجية محدد بمبلغ 800 دولار.

وتوفّر نُظم التأمين الخمسة والعشرون التي تُقدم هذه التغطية حماية مماثلة للمصروفات المتصلة بالأمومة، معظمها بنسبة 80 في المائة، ولكن التغطية في مجال تنظيم الأسرة غير متسقة ويمكن أن تتحسن عن طريق تحقيق مزيد من المواءمة. وفيما يتعلق بعلاجات العقم الضرورية طبياً، تُقدم 17 خطة تأمينية مستويات متفاوتة من التغطية، بينما لا توفّر 8 خطط أي تغطية على الإطلاق.

ولا يغطي التأمين الصحي عموماً الرعاية الطويلة الأجل التي لا يفي بها التأمين الصحي حتى الآن. وتغطي الرعاية الطويلة الأجل في العادة في إطار سياسة تأمين منفصلة، ولا تُشكل جزءاً من مجموعة عناصر التأمين الصحي. ومن بين نُظم التأمين الصحي الخمسة والعشرين المشمولة بالاستعراض، تشمل 8 نُظم فقط بعض التغطية للرعاية الطويلة الأجل.

ولم يكشف الاستعراض عن أي قيود أو استثناءات محددة للتغطية على أساس العمر أو العرق أو الجنس أو التوجه الجنسي أو أي سمات فردية أخرى.

حماية البيانات المتعلقة بصحة الموظفين

تقع مقر جميع شركات مطالبات التأمين وشركات التأمين التجارية التي تستخدمها خطط التأمين الصحي إما في الولايات المتحدة أو في أوروبا، مما يتطلب الامتثال لقانون قابلية التأمين الصحي والمساءلة بالنسبة للأطراف الثالثة، أو اللائحة العامة لحماية البيانات بالنسبة لشركات التأمين التجارية. ومع ذلك، يختلف مستوى نُضج سياسات حماية البيانات اختلافاً كبيراً بين المنظمات المشاركة.

فعالية نُظم التأمين الصحي وكفاءتها

الأداء المالي لنُظم التأمين الصحي

كانت اشتراكات المنظمات المشغلة أعلى بنسبة 17 في المائة من الاشتراكات المقدمة من المستفيدين، وأعلى بنسبة 83 في المائة من مبالغ اشتراكات المتقاعدين. وبلغت إجمالاً الاشتراكات لكل شخص مؤمن عليه، سواءً الاشتراكات المقدمة من المستفيدين أو الاشتراكات المقدمة من جهات عملهم أو جهات العمل السابقة 3 079 دولاراً في عام 2022. وبالنسبة للموظفين العاملين ومُعاليهم، بلغ مجموع الاشتراكات 845,7 مليون دولار، بينما وصل المبلغ بالنسبة للمتقاعدين ومُعاليهم إلى 367,5 مليون دولار. وبالتالي، بلغ مجموع الاشتراكات مجتمعة 1,2 مليار دولار لتلك السنة.

وبلغ متوسط معدلات الخسائر الكاملة⁽²⁾ لجميع الخطط التي قُدمت بيانات عنها 88,1 في المائة في عام 2022، مما يدل على مستوى جيد من التوازن بين الاشتراكات والمصروفات. وتبلغ معدلات الخسائر⁽³⁾ في الخطط الخمس والعشرين التي أُتيحت بيانات كاملة عنها 83,1 في المائة في المتوسط.

ومن بين الخطط الإحدى والعشرين التي تُتاح بشأنها معلومات ذات صلة، يزيد معدل السداد الفعلي في 14 خطة (حصة النفقات الطبية التي تتحملها فعلياً شركات التأمين) على 80 في المائة. وتُقابل أعلى قيمة خطة التأمين لدى المنظمة العالمية للملكية الفكرية (88,8 في المائة). وفيما يتعلق بنسبة التغطية المالية الذاتية (الجزء الذي يتحمله المستفيدون أنفسهم من تكلفة احتياجات الرعاية الصحية، بما في ذلك الأقساط)، تقل النسبة في سبع خطط عن 50 في المائة، مما يعني أن نظمها تغطي أكثر من نصف التكلفة الفعلية للخدمات الصحية اللازمة خلال السنة. وبلغت الإعانات المقدمة للمتعاقدين (ما يُعادل 61 في المائة من تكاليف التأمين الصحي والتكاليف الطبية) ضعف الإعانات المقدمة للموظفين العاملين.

منع الغش ومكافحته

أبلغت المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة عن 226 حالة غش مفترضة ومؤكدة للتأمين الصحي خلال الفترة بين عامي 2019 و2022، وهو ما يصل إلى ما قيمته 2,2 مليون دولار، استُرد منها حتى الآن نحو 142 000 دولار. وتُشير البيانات المتاحة إلى أن الغش في نظم الرعاية الصحية العالمية يتراوح بين 3,3 و10 في المائة من نفقات الرعاية الصحية. وفي حالة خطط التأمين الصحي في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي تكبدت ما مجموعه 1,05 مليار دولار أمريكي من مبالغ السداد في عام 2022، كانت المبالغ المتكبدة بسبب الغش أقل بكثير مما في الخطط الأخرى.

ويطبق مديرو خطط التأمين في الأمم المتحدة العديد من الأدوات لكشف الغش ومنعه، بدءاً من حدود المدفوعات النقدية إلى أخذ عينات عشوائية من المطالبات، واستخدام المؤشرات للإبلاغ عن الغش المحتمل. وفي حالة الخطط الأربع المُدارة ذاتياً، أنشأ الأفراد المؤمن عليهم نظامهم الخاص لرصد الغش المحتمل ووضعت تدابير للتقليل إلى أدنى حد من مخاطر الغش، بينما تعتمد نظم التأمين التي تُدار مطالباتها خارجياً على شركة لإدارة المطالبات التأمين أو شركة تأمين للقيام بذلك.

ويواجه الموظفون العاملون الذين يتبين ارتكابهم غشاً في التأمين الصحي من خلال نظام التحقيق في المنظمة التي يعملون فيها إجراءات تأديبية مختلفة تبعاً للمنظمة، ولا تستند هذه الإجراءات في جميع الحالات إلى مبدأ التناسب مع خطورة سوء السلوك.

احتواء التكاليف

لا يعتمد معظم مديري خطط التأمين على خطط عمل واضحة لاحتواء التكاليف. ولا تقوم شركات إدارة المطالبات التأمين أو شركات التأمين في العادة بالإبلاغ عن الوفورات المالية (أو التكاليف المتجنبة) نتيجة لتدابير احتواء التكاليف. وعلاوة على ذلك، لم يكشف الاستعراض عن أي دليل يُثبت وجود أي نتائج ملموسة من توصية عام 2018 الصادرة عن الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التي تنص على "استكشاف جميع سُبل احتواء تكاليف

(2) [(المصروفات الطبية + المصروفات الإدارية) × 100/اشترراكات].

(3) [(المصروفات الطبية × 100/اشترراكات).]

التأمين الصحي في سياق المناقشات المشتركة بين الوكالات تحت رعاية اللجنة الإدارية الرفيعة المستوى“ أو حتى على تحقيق هذا التعاون المشترك بين الوكالات على نطاق المنظومة.

ونظراً للحاجة إلى مزيد من المشاركة من جانب المنظمات الراعية، يُقترح تعزيز دور وظيفة المراجعة فيما يتصل باحتواء التكاليف وكشف الغش والتحسين العام لسياسات التأمين الصحي وممارساته.

عملية الشراء

بصرف النظر عن التعاون الحالي والسابق بين الوكالات في مجال الشراء المشترك، مثل التعاون بين شركات إدارة خطط التأمين الصحي، لم يتحقق سوى مستوى محدود من التعاون بين الوكالات وتبادل الممارسات الجيدة والدروس المستفادة بشأن الشراء في مجال التأمين الصحي وإدارته منذ أن أوصى الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بأن تتفاوض مؤسسات منظومة الأمم المتحدة بصورة جماعية مع مقدمي هذه الخدمات وبأن تنظر في موافمة متطلباتها من شركات إدارة مطالبات التأمين مع أفضل الممارسات؛ وشملت هذه الممارسات تحقيق موافمة بشأن مختلف الجوانب الرئيسية، مثل مؤشرات الأداء الرئيسية، ومنهجية التسعير، والإبلاغ والضوابط وعمليات المراجعة. وسلط العديد من الشركات القائمة بإدارة خطط التأمين الضوء أثناء المقابلات على الصعوبات التي تعترض هذا المسعى بسبب الافتقار إلى الخبرة الداخلية وصعوبة الحصول على أمثلة جيدة من المنظمات الأخرى.

كفاية الخدمات وجودتها

أجري في إطار الاستعراض استقصاء واسع النطاق عن طريق الإنترنت في الفترة من 4 أيار/مايو إلى 20 حزيران/يونيه 2023 وقدمت عليه في نهاية المطاف ردود من 163 23 شخصاً يمثلون 14,7 في المائة من مجموع عدد الموظفين العاملين والمتقاعدين المؤمن عليهم. وسأل الاستقصاء عن تصورات المجيبين بشأن ما يلي: (أ) مدى تلبية نُظم التأمين الصحي لاحتياجاتهم من الرعاية الصحية؛ (ب) إمكانية الحصول على الرعاية الصحية والخدمات الأخرى ذات الصلة في مركز عملهم أو في مكان إقامتهم؛ (ج) جودة إدارة نظام التأمين الصحي وفعاليتها.

ومن بين مجالات التغطية الإحدى عشر التي تناولته الاستقصاء، حصلت الرعاية الصحية في المستشفيات والرعاية في العيادات الخارجية والرعاية الوقائية على أعلى تصنيف، وصُنفت بأنها تُلبّي احتياجات المجيبين “بصورة كاملة” أو “في الغالب”. ومن ناحية أخرى، حصلت الرعاية الطويلة الأجل ورعاية الصحة العقلية⁽⁴⁾ ورعاية العيون على أقل عدد من الردود الإيجابية، إلى جانب مجالات أخرى تستحق اهتماماً خاصاً، مثل الرعاية التي تُقدمها العيادات الخارجية للموظفين المعيّنين محلياً، والحالات المتعلقة بالإعاقات الجسدية وأدوية الأمراض المزمنة، والعلاج الطبيعي، والفحوص الصحية الروتينية، والعناية بصحة الإنسان، ورعاية الصحة الإنجابية.

ويتفاوت مستوى اتفاق المجيبين على فعالية آلية تسوية المنازعات المتعلقة بالمطالبات تفاوتاً كبيراً بين نُظم التأمين. ولم يُعرب سوى ما تراوحت نسبته بين 43 و51 في المائة من المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطط الأمانة العامة للأمم المتحدة في الولايات المتحدة، وخطط التأمين الطبي

(4) انظر أيضاً “استعراض سياسات وممارسات الصحة العقلية والرفاه في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة” للاطلاع على دراسة شاملة للسياسات والممارسات ذات الصلة (JIU/REP/2023/4).

لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، وخطة جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة ضد المرض والحوادث في مكتب الأمم المتحدة في جنيف، على أن آلياتهم لتسوية المنازعات المتعلقة بالمطالبات⁽⁵⁾ كانت فعالة، مقارنة بنسبة 94 في المائة من المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطة منظمة السياحة العالمية، و83 في المائة من المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطة الوكالة الدولية للطاقة الذرية. وأعرب أكثر من 80 في المائة من المجيبين عن رضاهم عن سهولة تقديم المطالبات، ولكن مستوى الرضا عن الدقة في معالجة المطالبات تفاوت بين الخطط، حتى في الحالات التي كانت فيها شركة إدارة مطالبات التأمين هي نفسها بالنسبة للخطط المختلفة.

وأعرب نحو 67 في المائة من المجيبين عن رضاهم عن السرعة التي تلقوا بها مطالبات المطالبات، ولكن مستوى الرضا بين المجيبين المعيّنين محلياً كان أقل بكثير (63 في المائة) مقارنة بنظرائهم المعيّنين دولياً (73 في المائة). وبمقارنة الخطط، تبين أن مستوى الرضا بين المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطة التأمين الصحي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين كان هو الأقل (34 في المائة).

الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وتمويلها والآثار المترتبة عليها في الميزانية

يمثل تطبيق المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام كميّار محاسبي لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة خطوة كبيرة في سبيل الدفع قدماً بالشمول والشفافية في البيانات المالية، ولا سيما فيما يتعلق بإبراز الالتزامات المرتبطة بحق الموظفين في الرعاية الصحية بعد التقاعد الذي يُكتسب تدريجياً أثناء حياتهم العملية. ولكن على الرغم من ذلك لا يكفي الإقرار بالالتزامات في ضوء استمرار نقص التمويل.

واسُتُحدث نهج للتقييم المشترك على نطاق المنظومة في عام 2018 لضمان اتساق المنظمات في تحديد الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على المدى الطويل. وبالإضافة إلى بعض الافتراضات الخاصة بخطط التأمين، تستخدم معظم المنظمات المشاركة في وحدة النقيش المشتركة المجموعة نفسها من الافتراضات الاكتوارية الأساسية لتحديد التزاماتها المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، مما يسمح بإجراء مقارنة مفيدة في حساب الالتزامات على نطاق المنظومة وخارجها.

وفي كانون الأول/ديسمبر 2021، بلغت الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة 20,3 مليار دولار استأثرت فيها 5 منظمات مشاركة على ثلثي المجموع، واستحوذت 11 منظمة مشاركة على 90 في المائة. ويعود أكثر من ربع مجموع الالتزامات إلى الأمانة العامة للأمم المتحدة.

وعلى الرغم من أن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة كانت مدرجة في جدول أعمال الهيئات الرئاسية ومجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق ومراجعي الحسابات الخارجيين كمسألة شاملة للمنظومة بأثرها منذ تسعينات القرن الماضي، فإن تمويل هذه الالتزامات ما زال هدفاً لم يتحقق، ولا يمول بالفعل سوى 31 في المائة من هذه الالتزامات.

(5) للرجوع إلى تحليل شامل للآليات الرسمية لتسوية المنازعات في المنظمات المشاركة في وحدة النقيش المشتركة، أنظر "استعراض آليات الاستئناف الداخلية السابقة لمرحلة اللجوء إلى المحكمة المتاحة للموظفين في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة (JIU/REP/2023/2)".

وتستأثر الأمانة العامة للأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية بما نسبته 61 في المائة من مجموع الالتزامات غير الممولة (14 مليار دولار) بينما تمول كليا أو جزئياً الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة) وبرنامج الأغذية العالمي بمعدل يُقارب 85 في المائة أو أكثر؛ وتراكم لدى خمس منظمات (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، واليونيسيف، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأغذية والزراعة) احتياطي يتراوح بين 40 و60 في المائة من التزاماتها؛ وتراوحت نسبة الاحتياطي لدى أربع منظمات (المنظمة البحرية الدولية، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، والمنظمة العالمية للملكية الفكرية) بين 20 و40 في المائة. ولم تُخصص المنظمات المشاركة الثلاث عشرة المتبقية أي تمويل كبير لهذا الغرض.

ولا تعتمد طريقة الدفع على أساس الاستحقاق فقط على الإدارة المالية السليمة أو الاستدامة المالية الطويلة الأجل، ولكنها تمثل أيضاً مسألة متعلقة بالشفافية والكفاءة في المناقشات التشريعية حول الميزانية. ويرجع ذلك إلى سببين: (أ) عدم إدراج الجزء الجديد من التكاليف الطويلة الأجل للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الذي سينشأ كل سنة، في الميزانية، وهو ما يُعادل إخراج تكلفة لا مفر منها من مقترح الميزانية والمناقشات ذات الصلة؛ (ب) الافتقار إلى الشفافية وعدم المواءمة بين التكاليف وأنشطة البرامج يؤدي إلى تصورات غير صحيحة بتوفير موارد لبرامج الميزانية الأخرى، أو تحويل أولويات الميزانية أو الاحتياجات من الحاضر إلى المستقبل أو العكس، أو ببساطة ترك الاشتراكات دون المستوى الذي يتوافق مع التكاليف الحقيقية (في حالة عدم حدوث تحول في الأولويات).

ثالثاً - التوصيات

ألف - التوصيات الرسمية

ترد التوصيات أدناه مع رقم الفقرة المقابلة لها في هذا التقرير.

التوصية 1

ينبغي للرؤساء التنفيذيين لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي تدير خطة تأمين صحي أن يكفلوا بحلول نهاية عام 2026 وضع ترتيبات لتمثيل جميع مجموعات الأعضاء المشتركين في الخطة، بمن فيهم الموظفون المعينون محلياً في الميدان والمتقاعدون، في إدارة خطط التأمين الصحي أو الإشراف عليها أو في لجناتها الاستشارية. (الفقرة 43)

التوصية 2

ينبغي للرؤساء التنفيذيين لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة الذين لم يقوموا بعد بوقف ممارسة دعم أقساط التأمين لأفراد العائلة المعالين من الدرجة الثانية، وأفراد العائلة غير المعالين، وأفراد الأسرة المعيشية الذين لا تربطهم صلة قرابة، وممارسة التوزيع التبادلي لمخاطرهم مع مخاطر الأعضاء الأساسيين، أن يستكشفوا القيام بذلك بحلول نهاية عام 2026. (الفقرة 59)

التوصية 3

ينبغي للرؤساء التنفيذيين لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة الذين لم يكفلوا بعد أن يكون حق أفراد عائلات الموظفين في الاشتراك في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة مشروطاً بخمس سنوات على الأقل من الاشتراك في نظام للتأمين الصحي القائم على الاشتراكات في الأمم المتحدة، دون المساس بالاستثناءات المبررة على النحو الواجب والقائمة على أحداث الحياة، أن يفعلوا ذلك بحلول نهاية عام 2026. (الفقرة 68)

التوصية 4

ينبغي للجمعية العامة للأمم المتحدة أن تطلب إلى لجنة الخدمة المدنية الدولية اقتراح مبادئ توجيهية لتعزيز الاتساق في تطبيق مبادئ التضامن بين الأجيال، والقدرة على الدفع، وحماية العائلة في نظم التأمين الصحي التي تشترك في رعايتها مؤسسات النظام الموحد للأمم المتحدة. (الفقرة 77)

التوصية 5

ينبغي للرؤساء التنفيذيين لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة الذين لم يكفلوا بعد توفير أعلى مستوى من الحماية لجميع البيانات المتعلقة بالتأمين الصحي للمستفيدين، بما في ذلك التقارير الطبية والوصفات الطبية والفحوص والمبالغ المسددة، واشتراط أن يكون الكشف عن البيانات الشخصية المتعلقة بالتأمين الصحي ونقلها ومعالجتها وتخزينها مرهوناً بموافقة خطية من الشخص المعني وأن يكون أي استثناء محتمل موضعاً دون لبس في السياسات ذات الصلة، أن يفعلوا ذلك بحلول نهاية عام 2026. (الفقرة 123)

التوصية 6

ينبغي للرؤساء التنفيذيين لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة الذين لم يكفلوا بعد أن المساهمات الطوعية تغطي الالتزامات المستقبلية المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة للموظفين العاملين في البرامج أو المشاريع الممولة من هذه المساهمات الطوعية عند استحقاقها، أن يفعلوا ذلك اعتباراً من عام 2026. (الفقرة 224)

التوصية 7

ينبغي للأجهزة التشريعية و/أو هيئات الإدارة في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي لم توافق بعد على خطة لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة عند استحقاقها للوظائف الممولة من الاشتراكات المقررة أن تضع استراتيجية طويلة الأجل لهذا الغرض، على الأقل لتغطية الالتزامات المستقبلية المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لجميع الموظفين المعنيين حديثاً. (الفقرة 234)

باء - التوصيات غير الرسمية

تستكمل التوصيات الرسمية بثلاث وثلاثين توصية غير رسمية، مبينة بحروف داكنة في النص، كاقتراحات إضافية موجهة إلى الرؤساء التنفيذيين. وترد أدناه قائمة بهذه التوصيات غير الرسمية مصحوبة برقم الفقرة المقابلة لها في هذا التقرير والسياق اللازم حسب الاقتضاء.

- 1- (يؤدي عدم كفاية نشر شروط الخطة إلى زيادة التعقيد المتأصل في التأمين الصحي). ويقترح المفتش أن تكفل مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي تدير خطة تأمين صحي أن تكون المعلومات المتعلقة بالتغطية والاستحقاقات التي توفرها الخطة والمزايا التي تحققها، بما في ذلك القيود والحدود القصوى، متاحة للجمهور على الإنترنت. (الفقرة 31)
- 2- (لا يُمنح دائماً الاعتراف المتبادل بالمشاركة السابقة في نظم التأمين الصحي على نطاق المنظومة بدون تحفظات بشكل كامل. وتشترط منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية أن تكون 5 سنوات من السنوات العشر المطلوبة لاستحقاق التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة من خطط كل منهما). ويعتقد المفتش أن هذا الإجراء الاحترازي يتنافى مع الحاجة إلى الامتثال لسياسة التنقل فيما بين الوكالات وتعزيزها ومكافحة التمييز على أساس السن. ولذلك يوصي المفتش بإزالة هذا القيد. (الفقرة 63)
- 3- (فيما يتعلق باستخدام أساس آخر غير المعاشات التقاعدية الفعلية لحساب اشتراكات المتقاعدين). يقترح المفتش، كلما توافرت بيانات، أن تستخدم المعاشات التقاعدية الفعلية (أو نسبة موحدة منها) وليس أي مبلغ بديل كأساس لحساب اشتراكات المتقاعدين في نظم التأمين الصحي الخاصة بكل منهم من أجل المواءمة بصورة أفضل بين هذه الاشتراكات وقدرة المتقاعدين على الدفع. (الفقرة 78)
- 4- (مواءمة عدد السنوات التي تؤخذ في الاعتبار عند تقدير المعاش التقاعدي النظري الذي تحسب على أساسه اشتراكات المتقاعدين كوسيلة لخفض حصة الأقساط التي تتحملها المنظمات المشاركة للمتقاعدين ذوي الاشتراكات المحدودة في الخطط). لذلك يقترح المفتش أن يراعي في أساس حساب الاشتراكات، إلى جانب القدرة على الدفع (من الناحية المثالية، المعاش التقاعدي الفعلي)، الحاجة إلى التقليل إلى أدنى حد من الإعانات المفرطة للمتقاعدين الذين كانت مشاركتهم في نظام التأمين منخفضة أثناء الخدمة الفعلية. (الفقرة 82)
- 5- ويرى المفتش أيضاً أن استحقاق الضمان الاجتماعي، ولا سيما التأمين الصحي، يعني ضمناً أن المنظمات تتحمل، كحد أدنى، ما لا يقل عن نصف تكلفة نظم التأمين. (الفقرة 88)
- 6- (يعامل الموظفون الذين يعملون في الظروف نفسها معاملة مختلفة بالاستناد فقط أو في معظم الحالات إلى انتسابهم إلى نظام تأمين معين). ويقترح المفتش أن تنسق مؤسسات منظومة الأمم المتحدة جهودها على مستوى مراكز العمل لكي تتفادى قدر المستطاع التفاوتات في الاشتراكات والتغطية. (الفقرة 92)
- 7- ويقترح المفتش أن تقوم المنظمات المشاركة بتكييف سياساتها وعقودها المتعلقة بالتأمين الصحي لضمان استناد أحكام وقف الخسارة أو التخفيف من الضائقة المالية إلى مبدأ الدعم المالي المكافئ لجميع المشتركين وألا يُمنح الدعم إلا عندما توجد ضائقة مالية فعلية، وأن يكون ذلك بشروط متناسبة مع قدرة الشخص المؤمن عليه على الدفع. (الفقرة 100)
- 8- ويقترح المفتش أن توفر نظم التأمين الصحي التي ترعاها الأمم المتحدة تغطية للرعاية الوقائية، بما في ذلك الفحوص الصحية الروتينية. (الفقرة 106)
- 9- (تسمح عدة نظم بترحيل المبالغ غير المنفقة على الأجهزة البصرية إلى السنة التالية). ويرى المفتش أنه ينبغي الاستعاضة عن هذه الممارسة بتغطية سنوية تكفي لتلبية الاحتياجات الطبية الفعلية عند نشوئها، وبالتالي الحفاظ على الترابط الزمني بين الاشتراكات وتغطية المخاطر وتجنب

اضطرار المستفيدين إلى تأجيل شراء الأجهزة الضرورية لحين تمكنهم من جمع الحد الأقصى من الرصيد المتاح. (الفقرة 107)

10- (داخل مراكز العمل نفسها، يتفاوت مستوى التغطية المالية تفاوتاً كبيراً بين نُظم التأمين). ويوصي المفتش بتقليص الفروق في الحدود القصوى داخل مركز العمل الواحد أو إلغاؤها تدريجياً على سبيل الأولوية من خلال تنسيق السياسات ومواءمتها. (الفقرة 108)

11- وبينما يوصي المفتش بعدم إضافة الرعاية الطويلة الأجل إلى سياسات أو خطط التأمين الصحي، نظراً لاختلاف طبيعتها، فإنه يقترح أن تعمل مؤسسات منظومة الأمم المتحدة مع الموظفين العاملين وممثلي الموظفين المتقاعدين بهدف وضع نظام تأمين مستقل يغطي هذه الأنواع من المخاطر والرعاية بطريقة منسقة وميسورة التكلفة. (الفقرة 116)

12- ويوصي المفتش بالحفاظ على الفصل الواضح للواجبات بين وحدات الموارد البشرية ووظائف إدارة مطالبات التأمين الصحي والشكاوى لضمان أعلى مستوى من الحماية للبيانات الشخصية المتعلقة بالصحة والتأمين الصحي. (الفقرة 121)

13- ويقترح أن تعزز المنظمات التزامها برصد أداء خدمة التأمين الصحي وأن يكون ذلك مستنداً إلى طريقة منهجية وقابلة للقياس أياً كان نوع تقديم الخدمة (تدار ذاتياً أو تستعين بمصادر خارجية). (الفقرة 130)

14- (تتولى شركات التأمين أو شركات إدارة مطالبات التأمين، وليس الإدارة، إصدار موثائق خدمة العملاء). ويقترح المفتش أن تتولى المنظمات نفسها إصدار موثائق خدمة العملاء ونشرها، بغض النظر عن طريقة تقديم خدمات التأمين الصحي. (الفقرة 131)

15- (الخطط الأربع المؤتمنة ذاتياً والمدارة ذاتياً لها أهداف أقل شمولاً تتعلق بخدمة العملاء من الخطط التي تدار خارجياً). وفي حين أن هذه كلها أمثلة جيدة على الأهداف التي تركز على العملاء، فإن المفتش يقترح تفعيلها من خلال مؤشرات الأداء الرئيسية ذات الصلة. (الفقرة 132)

16- (تستخدم مؤشرات الأداء الرئيسية لرصد الأداء ولكن مع تفاوت في مستوى الجودة والشمول). ويرى المفتش أن هذه المؤشرات تشكل ممارسة جيدة ينبغي تكرارها وربما مواءمتها في جميع نُظم التأمين، أياً كانت طرائقها، وجعلها جزءاً من موثائق خدمة العملاء، حسب الاقتضاء. (الفقرة 133)

17- وبالنظر إلى أن تكاليف التأمين الصحي يشترك في تحملها كل من الموظفين العاملين والمتقاعدين على حد سواء، وأن التأمين الصحي عنصر أساسي من حقوقهم في الضمان الاجتماعي، فمن الضروري تزويد الأعضاء المشتركين في الخطة بتقارير دورية، بغض النظر عن الكيان الذي تدير الخطة. (الفقرة 134)

18- ويقترح المفتش أن تتواصل مؤسسات منظومة الأمم المتحدة مع شركات إدارة مطالبات التأمين أو شركات التأمين لطلب معلومات منتظمة عن الأداء المالي لخططها حتى تتمكن من تقييم نتائجها واستخدامها لتشجيع إدخال تغييرات على السياسات والعقود عند الاقتضاء. (الفقرة 141)

19- (ينبغي أن تكون المدفوعات النقدية لمقدمي الخدمات الصحية والصيدليات مقصورة حصراً على المبالغ المعقولة والعرفية لبلد الإقامة والمتعارف عليها في بلد الإقامة لأن تأثير المبالغ على العش يقل كلما زادت المبالغ). ويقترح المفتش تحديث حدود المدفوعات النقدية وتخفيضها، كلما أمكن ذلك، لجميع أنواع التأمين الصحي. (الفقرة 153)

- 20- (أخذ عينات عشوائية من المطالبات للكشف عن حالات الغش بناء على عتبات محددة).
يقترح المفتش استعراض فعالية هذه العتبات دورياً للتأكد من أنها صالحة وتُحقق النتائج المتوقعة.
(الفقرة 154)
- 21- ويقترح المفتش استخدام مؤشرات لرصد مخاطر الغش، ولكن ينبغي وقف العمل بالمؤشرات
التي تربط احتمال حدوث الغش بمرتب المستفيد والاستعاضة عنها بمؤشرات أخرى تعبر بشكل أفضل
عن المخاطر ذات الصلة. (الفقرة 155)
- 22- وفيما يتعلق بالنظم التي تُدار مطالباتها ذاتياً، يوصي المفتش بأن تشمل برامج عملها
التركيز باستمرار على تدريب الموظفين المشاركين في معالجة المطالبات على منع الغش وكشفه،
وأن تكون النظم مواكبة لأحدث تكنولوجيات كشف الغش، بما في ذلك أدوات الذكاء الاصطناعي
التوليدي، أو أن تعتمد عليها. (الفقرة 156)
- 23- (يجب أن تكون التدابير التأديبية متناسبة مع خطورة سوء السلوك مع احترام الحق في
الضمان الاجتماعي). ويوصي المفتش بأن تكون الجزاءات الناشئة عن حالات الغش في التأمين
الصحي، كما هو الحال مع أي غش أو سوء سلوك آخر، متدرجة وفقاً لشدة سوء السلوك، تماثلياً
مع النظامين الأساسي والإداري للموظفين ذوي الصلة. (الفقرة 158)
- 24- (أصدر الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة توصية في عام 2018
تنص على "استكشاف جميع سبل احتواء تكاليف التأمين الصحي في سياق المناقشات المشتركة بين
الوكالات تحت رعاية اللجنة الإدارية الرفيعة المستوى"). ويقترح المفتش أن تقوم المنظمات المشاركة
بتنشيط المناقشات المشتركة بين الوكالات بهدف تنفيذ هذه التوصية. (الفقرة 159)
- 25- ويوصي المفتش بإجراء عمليات مراجعة دورية لتقييم جملة أمور تشمل دقة سجلات الأهلية
والبت في المطالبات، وما إذا كان أداء مدير التأمين يفي بالمعايير المتفق عليها. (الفقرة 166)
- 26- (من الممارسات الجيدة التي كشف عنها الاستعراض إدراج بند في بعض العقود يشترط أن
تكون الجهة المتعاقد معها معتمدة في مجال إدارة مخاطر الغش، فضلاً عن أحكام لإجراء عمليات
مراجعة لنظم الرقابة الداخلية لشركة التأمين أو شركة إدارة مطالبات التأمين). ويقترح المفتش تنقيح
الترتيبات التعاقدية لخطط التأمين التي تُدير مطالباتها شركة خارجية أو المؤمنة خارجياً كلما أمكن
ذلك لإدخال هذه الشروط وضمان ممارسة سلطة المراجعة بفعالية. (الفقرة 167)
- 27- ويقترح المفتش أن تعيد المنظمات المشاركة تقييم التغطية التي توفرها خطة التأمين
الصحي الخاصة بها من أجل سد أهم الثغرات ومواءمة تغطيتها تدريجياً وبطريقة مستدامة مع
النماذج السائدة، وذلك دائماً بالتشاور الوثيق مع ممثلي المشاركين لضمان مراعاة أولوياتهم
وتحقيق الاستقرار المالي للنظم. ووفقاً للاستقصاء العالمي الذي أجرتها وحدة التفتيش المشتركة،
ينبغي أن تكون المجالات التي تحظى باهتمام خاص هي: الرعاية في العيادات الخارجية، وخاصة
للموظفين المعيّنين محلياً؛ والرعاية الطويلة الأجل؛ وحالات الإعاقة الجسدية؛ وأدوية الأمراض
المزمنة؛ والعلاج الطبيعي؛ والفحوص الصحية الروتينية؛ ورعاية الأسنان؛ ورعاية العيون؛ والصحة
العقلية؛ ورعاية الصحة الإنجابية. (الفقرة 187)
- 28- (تختلف مستويات الرضا بشأن دقة شركات إدارة مطالبات التأمين في معالجة المطالبات
اختلافاً كبيراً بين الخطط حتى عندما تكون شركة إدارة مطالبات التأمين هي نفسها). ولذلك يقترح

المفتش مواءمة الاتفاقات على مستوى الخدمة، بما في ذلك رصدها والإبلاغ عنها، على نطاق المنظومة. (الفقرة 195)

29- (مستوى الرضا بين المجيبين المعينين محليا في الاستقصاء العالمي لوحدة التفتيش المشتركة أقل بكثير فيما يتعلق بسرعة السداد مقارنة بنظرائهم المعينين دوليا). ويقترح المفتش أن تستعرض المنظمات المعنية سياساتها وممارساتها المتعلقة بتقديم السلف أو المدفوعات المباشرة لتسريع العمليات والحيلولة دون تعرض المستفيدين لضائقة مالية لا مبرر لها، ولا سيما في حالات الطوارئ وفيما يتعلق بالعلاج في المستشفيات والرعاية الطويلة الأجل. (الفقرة 196)

30- (يعتقد 52 في المائة فقط أن مدير تأمينهم الصحي على دراية بالتغطية المتعلقة بالتوجه الجنسي والهوية الجنسية والتعبير الجنساني والخصائص الجنسية). ويعتقد المفتش أن هذا يشير إلى مجال لتحسين تدريب الموظفين العاملين في مجال العلاقات مع العملاء. ولذلك يقترح أن يتناول المديرين ذلك كموضوع منتظم في برامجهم التدريبية. وترد في الشكل الحادي عشر نتائج الاستقصاء. (الفقرة 201)

31- ولتجنب التخطيط المسبق لاستخدام الوفورات كجزء من آلية تمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، يوصي المفتش بأن يوافق الجهاز التشريعي ذو الصلة على جميع المخصصات الممكنة من الأموال غير المنفقة لأغراض التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة تبعاً لكل حالة على حدة. (الفقرة 222)

32- (شفافية الموازنة لا تقل أهمية عن الشفافية في البيانات المالية). يوصى بالكشف عن التكلفة الكاملة والحقيقية للقوة العاملة وأخذها في الاعتبار في كل دورة من دورات الميزانية عند البت في أولويات الميزانية. (الفقرة 229)

33- (تطبيق طريقة الدفع عند الاستحقاق مستقل عن أي تسويات للتأمين الصحي). ويرى المفتش أن النص على الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة مع تراكم الاستحقاقات ينبغي ألا يكون مشروطاً بتصميم أي تغييرات وتنفيذها في سياسة التأمين الصحي. (الفقرة 233)

الصفحة

iii	..... موجز تنفيذي	
xi	..... أ لف - التوصيات الرسمية	
xii	..... باء - التوصيات غير الرسمية	
xviii	..... مسرد المصطلحات الرئيسية	
1	..... مقدمة	أولاً -
1	..... أ لف - السياق	
3	..... باء - الأهداف والنطاق	
4	..... جيم - الأثر المقصود	
5	..... دال - المنهجية	
8	..... دراسة مقارنة لنظم التأمين الصحي للموظفين العاملين والمتقاعدين	ثانياً -
8	..... أ لف - سياسات التأمين الصحي ومواءمتها مع النظام الأساسي للموظفين	
11	..... باء - طرائق الخطط وإدارتها وحوكمتها	
18	..... جيم - معايير الأهلية	
27	..... دال - أ قساط الاشتراكات وحصصها بين المنظمات والأعضاء المشتركين في الخطط	
39	..... هاء - التغطية والاستحقاقات	
47	..... واو - حماية البيانات الطبية والصحية للموظفين	
50	..... فعالية نظم التأمين الصحي وكفاءتها	ثالثاً -
50	..... أ لف - رصد أهداف نظم التأمين الصحي وأدائها والإبلاغ عنها	
53	..... باء - الأداء المالي لنظم التأمين الصحي	
61	..... جيم - منع الغش واحتواء التكاليف والشراء	
69	..... كفاية الخدمات وجودتها	رابعاً -
69	..... أ لف - التغطية والتكلفة	
76	..... باء - الحصول على الرعاية الصحية	
79	..... جيم - جودة إدارة مطالبات التأمين الصحي	
85	..... الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وتمويلها والآثار المترتبة عليها في الميزانية	خامساً -
85	..... أ لف - حالة الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	
89	..... باء - تمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وميزانيته	
		المرفقات
104	..... أهلية الالتحاق بنظم التأمين الصحي	الأول -
107	..... مؤشرات الأداء الرئيسية الموحدة من الاتفاقات على مستوى الخدمة المبرمة مع شركات إدارة مطالبات التأمين	الثاني -
111	..... لمحة عامة على مقترحات الأمين العام بشأن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	الثالث -
115	..... لمحة عامة عن الإجراءات التي يتعين أن تتخذها المنظمات المشاركة بشأن توصيات وحدة التفتيش المشتركة	الرابع -

مسرد المصطلحات الرئيسية

<p>الانتقاء العكسي، والمعروف أيضاً باسم الانتقاء السلبي، هو مصطلح يستخدم في صناعة التأمين لوصف الحالة التي يكون فيها إقبال الفرد على التأمين مرتبطاً ارتباطاً إيجابياً بمخاطر الخسارة ولا تستطيع شركة التأمين أن تسمح بهذا الارتباط في سعر التأمين. ويمكن أن يؤدي ذلك إلى زعزعة استقرار مُجمَع التأمين ويؤدي إلى ارتفاع أقساط التأمين لجميع المؤمن عليهم.</p>	الانتقاء العكسي	Anti-selection
<p>المشاركة في التأمين هي نسبة مئوية من الخدمات الطبية التي يتلقاها الشخص المؤمن عليه (على سبيل المثال، 20 في المائة من رسوم الاستشارة الطبية).</p>	المشاركة في التأمين	Co-insurance
<p>مخطط التأمين التجاري هو خطة يتم فيها إسناد المخاطر والإدارة إلى شركة تأمين خاصة. ويتم تنظيم خطط التأمين الصحي التجارية كمنظمة مفضلة لتقديم الخدمات، أو كمنظمة صيانة صحية أو كمزيج من الطريقتين. والفرق الرئيسي بين هذين النوعين هو أن منظمة الصيانة الصحية تتطلب من المرضى استخدام مقدمي الخدمات والمرافق داخل الشبكة إذا أرادوا أن يغطي التأمين ما يتكبدوا من تكاليف، في حين أن المنظمة المفضلة لتقديم الخدمة باستخدام مقدمي الخدمات والمرافق خارج الشبكة.</p>	مخطط تأمين تجاري	Commercially insured scheme
<p>الاشتراك هو جزء قسط التأمين الذي يدفعه كل طرف، أي المستفيدون والمنظمة المشغلة المسؤولة عن توفير التأمين إما مباشرة أو من خلال شركة تأمين خارجية.</p>	اشتراك	Contribution
<p>مدفوعات السداد التشاركي، أو المدفوعات المشتركة، هي مبالغ ثابتة يجب على المستفيدين سدادها مقابل تكلفة الخدمات الطبية التي يحصلون عليها (على سبيل المثال، 20 دولاراً لكل استشارة طبية).</p>	مدفوعات السداد التشاركي	Co-payments
<p>هو المبلغ الذي يجب أن يدفعه الشخص المؤمن عليه من جيبه كل عام مقابل خدمات الرعاية الصحية المؤهلة قبل أن تبدأ خطة التأمين في تغطية التكاليف.</p>	مبلغ قابل للخصم	Deductible
<p>هي مصروفات الرعاية الطبية التي لا تغطيها خطة التأمين الصحي. وتشمل هذه المصروفات في العادة المبالغ القابلة للخصم والتأمين المشترك ومدفوعات السداد التشاركي.</p>	مصروفات من الأموال الخاصة	Out-of-pocket expenses
<p>قسط التأمين هو تكلفة التغطية التأمينية التي تشمل اشتراكات جهة العمل والموظفين والمتقاعدين.</p>	قسط التأمين	Premium
<p>التأمين الصحي المؤمن ذاتياً هو نوع من خطط التأمين التي تتحمل فيها جهة العمل المخاطر المالية لتوفير استحقاقات الرعاية الصحية للموظفين.</p>	نظام مؤمن ذاتياً	Self-insured scheme
<p>شركة إدارة مطالبات التأمين هي كيان يتولى معالجة مطالبات التأمين والإدارة اليومية للخطط المؤمنة ذاتياً، بما في ذلك خدمة العملاء.</p>	شركة إدارة مطالبات التأمين	Third-party administrator

أولاً- مقدمة

ألف- السياق

1- الأساس المنطقي

1- **التأمين الصحي وتمويله كشاغل على نطاق المنظومة.** أدرج استعراض نوعية نُظم التأمين الصحي وفعاليتها وكفاءتها واستدامتها في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة في برنامج عمل وحدة التفتيش المشتركة لعام 2022 من أجل تلبية الطلبات المقدمة منذ فترة طويلة من اللجنة الاستشارية المستقلة للمراجعة التابعة للأمانة العامة للأمم المتحدة (2021)، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) (2021)، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (2019)، والمنظمة البحرية الدولية (2018)، والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية (2018). ويمثل التأمين الصحي وتمويله مسألة مهمة على نطاق المنظومة⁽¹⁾ - ولكنها ليست مسألة تخص النظام الموحد تماماً - فقد ظلت مدرجة في جدول أعمال مؤسسات منظومة الأمم المتحدة باستمرار على مر العقود وتخضع لتعديلات مستمرة نتيجة للاتجاهات الديمغرافية بين الأفراد المؤمن عليهم وازدياد التكاليف الناجمة عن التقدم التكنولوجي والتطورات الأخرى في مجال الصحة.

2- **يُشكل التأمين الصحي للموظفين شرطاً بالغ الأهمية من شروط الخدمة.** وقد كان التأمين الصحي يُشكل جزءاً أساسياً من مجموعة عناصر أجر موظفي مؤسسات منظومة الأمم المتحدة منذ إنشاء الأمم المتحدة في عام 1945، بل وحتى قبل ذلك، كما في حالة صندوق التأمين الصحي لموظفي منظمة العمل الدولية الذي أنشئ في كانون الأول/ديسمبر 1922 قبل اعتماد أول معيار عمل دولي بشأن "التأمين الصحي". وعلى الرغم من أن التأمين الصحي للموظفين يُشكل شرطاً بالغ الأهمية بشروط الخدمة وثالث أهم عنصر من عناصر الأجر الإجمالية في منظومة الأمم المتحدة وأكثرها تكلفة بعد المرتبات والبدلات والمعاشات التقاعدية، فإن النظر فيه باعتباره من مسائل "النظام الموحد" لا يتم إلا في نطاق محدود، وهو ما يُعزى في جانب منه إلى الافتقار إلى السياسات المنسقة والتوجيه المشترك، مما أدى إلى التطور التاريخي المتميز لكل خطة، وأيضاً بسبب اختلاف ظروف تقديم الخدمات الصحية في مختلف البلدان أو مراكز العمل واختلاف الملامح الديمغرافية للمنظمات. وأدى ذلك إلى الأخذ بمجموعة متنوعة من نُظم التأمين الصحي بمرور الوقت في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة، مع وجود اختلافات كبيرة في التغطية والتكلفة ومعايير الأهلية ودرجة التضامن والتوزيع التبادلي للمخاطر الصحية الكامنة في كل خطة⁽²⁾. واعترفت لجنة الخدمة المدنية الدولية بهذا التنوع في السياسات كممارسة راسخة وليس كهدف⁽³⁾.

3- **الضمان الاجتماعي: ليس فقط استحقاقاً للموظفين ولكنه أيضاً حق من حقوق الإنسان.** وقد أرسى الضمان الاجتماعي كحق أساسي من حقوق الإنسان في الإعلان المتعلق بأهداف ومقاصد منظمة

(1) انظر CEB/2002/5.

(2) استمعت اللجنة الاستشارية المعنية بالمسائل الإدارية، في دورتها الثالثة والعشرين المعقودة في آذار/مارس 1962، إلى تقرير مؤقت من منظمة الصحة العالمية عن تجربتها في نظامها العالمي للتأمين الصحي. ووافقت اللجنة على أنه يمكن لأي منظمة أن تضع مخططاً مماثلاً، ولكن "ينبغي ألا تخرج كثيراً عن خطة منظمة الصحة العالمية، حتى لا تُخل بإمكانية وضع مخطط موحد في نهاية المطاف"، ومع ذلك، وبعد 10 سنوات، خلصت اللجنة، في دورة استثنائية عُقدت في تموز/يوليه 1972، إلى أن وضع مخطط عالمي واحد مشترك بين المنظمات أمر غير عملي (انظر: <https://unsceb.org/health-insurance>).

(3) "نظام الأمم المتحدة الموحد للمرتبات والبدلات والاستحقاقات"، شباط/فبراير 2022، الصفحة 13، متاح في: <https://icsc.un.org/Resources/SAD/Booklets/sabeng.pdf>.

العمل الدولية وتوصية منظمة العمل الدولية رقم 67 لعام 1944 بشأن ضمان الدخل. وهذا الحق مكفول في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وفي العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وتُعرّف منظمة الصحة العالمية الحق في الصحة بأنه "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز" ويشمل هذا الحق، وفقاً للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية وخدماتها الملائمة، أي المناسبة علمياً وطبياً وذات النوعية الجيدة، بما في ذلك الأدوية والمعدات، دون تمييز على أي أساس محظور. وباشتراكات تستند إلى مبدأ الإنصاف⁽⁴⁾. وبالتالي، فإن الحق في الصحة يتجاوز التوافر الرسمي للتأمين الصحي ويدعو إلى توفير خدمات الصحة البدنية والعقلية الكافية على نحو فعال، بغض النظر عن مركز العمل.

2- التطورات الرئيسية منذ استعراض وحدة التفتيش المشتركة للتغطية الطبية لموظفي منظومة الأمم المتحدة في عام 2017

4- **زيادة في عدد الموظفين المؤمن عليهم وزيادة تكاليف التأمين الصحي.** ارتفع عدد الموظفين العاملين والمتقاعدين المؤمن عليهم في إطار نُظُم التأمين الصحي الأساسي في المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة من 84 000 شخص في عام 2004 إلى أكثر من 160 000 شخص في نهاية عام 2022⁽⁵⁾. وارتفعت التكلفة السنوية من 296 مليون دولار⁽⁶⁾ في عام 2004 إلى 1,2 مليار دولار في عام 2022⁽⁷⁾. وارتفع إجمالاً متوسط التكلفة السنوية لعائلة موظف الأمم المتحدة من 3 536 دولاراً في عام 2004 (ما يُعادل 5 478 دولاراً في عام 2022، بعد احتساب التضخم) إلى 7 259 دولاراً في عام 2022، أي بزيادة قدرها 32,5 في المائة بالقيمة الحقيقية.

5- **تؤثر التغييرات في القوانين والأنماط السلوكية على التغييرات في الاحتياجات والمطالب المتعلقة بالتأمين الصحي.** وارتفع خلال العقود الأخيرة متوسط عمر الأمهات في وقت ولادة أول طفل على مستوى العالم، وأصبح الناس يختارون تكوين أسر في مرحلة متأخرة من العمر. ففي بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، على سبيل المثال، ارتفع متوسط العمر عند الولادة الأولى خلال الفترة بين عامي 1995 و2016 بنحو ثلاث سنوات في المتوسط، من 26 إلى 28,9 سنة من العمر⁽⁸⁾، بينما ارتفع العمر في الولايات المتحدة الأمريكية من 24,9 سنة في عام 2000 إلى 27,3 سنة في عام 2021⁽⁹⁾. وأدى ذلك إلى زيادة الطلب على الرعاية الصحية المتعلقة بالخصوبة. وبالإضافة إلى ذلك، قام أكثر من 30 بلداً بتقنين زواج المثليين. وهناك الآن كثير من الأزواج المثليين مؤمن عليهم في إطار نُظُم التأمين الصحي التي تديرها الأمم المتحدة. ويؤثر أيضاً تقدم التكنولوجيا الطبية، مثل توافر الخدمات

(4) اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 14 (2000) بشأن الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه.

(5) لم تشمل الأرقام من عام 2004 الأعضاء المشتركين في خطة مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (170 10 شخصاً في عام 2022) ومنظمة الصحة العالمية (260 شخصاً في عام 2022).

(6) أي ما يُعادل 459 مليون دولار في عام 2022، بعد احتساب التضخم.

(7) لا يشمل رقم عام 2004 التكاليف السنوية للمفوضية (19,6 مليون دولار في عام 2022) ومنظمة السياحة العالمية (1,7 مليون دولار في عام 2022).

(8) منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators* (باريس، منشورات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، 2019).

(9) T.J. Matthews and Brady E. Hamilton, "Mean age of mother, 1970-2000", National Vital Statistics Reports, vol. 51, No. 1 (Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 2002); and Michelle J.K. Osterman and others, "Births: final data for 2021", National Vital Statistics Reports, vol. 72, No. 1 (Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 2023).

الصحية عن بُد وغيرها من الخدمات المقدمة عن طريق الإنترنت، بما في ذلك الخدمات المتعلقة بإدارة التأمين الصحي، على التغييرات في السياسات والمسائل التشغيلية المتعلقة بنُظم التأمين الصحي.

6- **وأدى الأخذ بالمعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام إلى زيادة الاهتمام بالالتزامات المستحقة الناشئة عن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.** وشكل الأخذ بالمعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام، بوصفها المعيار المحاسبي لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة، خطوة كبيرة إلى الأمام من حيث شمول البيانات المالية وشفافيتها، ولا سيما فيما يتعلق بإبراز الالتزامات المتصلة بالحق في الرعاية الصحية بعد التقاعد لموظفي هذه المنظمات، وهو حق يُكتسب تدريجياً خلال حياتهم العملية. ومع ذلك، فإن الاعتراف بالالتزامات، مهما كان مهماً، غير كافٍ نظراً لاستمرار نقص التمويل، مما يعني اختلالاً مالياً متزايداً يؤثر سلباً على الوضع المالي للمنظمات، وزيادة في مخاطر الميزانية، وهو ما قد يكون له، في الأجل الطويل، أثر على تنفيذ الولايات إذا لم يتم توفير الأموال في الوقت المناسب.

7- **واسترشدت التغييرات الرئيسية في السياسات والممارسات بإنشاء فريق عامل معني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.** وبناءً على طلب الجمعية العامة أنشأت شبكة المالية والميزانية في اللجنة الإدارية الرفيعة المستوى التابعة لمجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق فريقاً عاملاً معنياً بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في عام 2015 لدراسة ممارسات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، بل وبعض الجوانب الرئيسية لسياسات التأمين في منظومة الأمم المتحدة، واستكشاف خيارات التمويل المستدام للالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. وقدم الفريق استنتاجاته وتوصياته، بما في ذلك ما يتعلق منها بطرائق تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة والتقييمات الموحدة للالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، وتوجيهات وممارسات جيدة للمنظمات المشاركة، وكانت بمثابة نقاط مرجعية لهذا الاستعراض⁽¹⁰⁾.

باء - الأهداف والنطاق

1- الأهداف

8- **إجراء تقييم مستقل لنُظم التأمين الصحي بحثاً عن فرص لزيادة الكفاءة.** الغرض من الاستعراض وهدفه العام هو توفير تقييم شامل ومقارن ومستقل على نطاق المنظومة لنُظم التأمين الصحي الستة والعشرين للموظفين العاملين⁽¹¹⁾ والمتقاعدين في المنظمات المشاركة، مع التركيز على التغطية والنوعية والفعالية والكفاءة والاستدامة المالية، من أجل تحديد الممارسات الجيدة والمجالات المحتملة للتحسين والتوحيد.

9- **ويهدف الاستعراض أيضاً إلى إيجاد فرص لمزيد من المواءمة.** وعلى الرغم من أن وجود نظام شامل واحد ليس عملياً ولا مستصوباً، فإن الاستعراض يستكشف الجوانب الرئيسية للتأمين الصحي التي يمكن زيادة المواءمة فيها؛ ومن شأن ذلك أن يجعل تغطية التأمين الصحي أكثر إنصافاً وبأسعار ميسورة للجميع. ولهذا الغرض، يقيم الاستعراض سياسات التأمين وإدارته، بما في ذلك سياسات احتواء التكاليف والممارسات المتبعة في ذلك، واستكشاف الجوانب المالية والمتعلقة بالميزانية، ودراسة إمكانية تعزيز التنسيق والتعاون فيما بين المنظمات، بما في ذلك ما يتعلق منها بتنقل الموظفين.

(10) يمكن الرجوع إلى مزيد من المعلومات في المرفق الثالث لهذا التقرير.

(11) الموظفون العاملون هم الموظفون المعيّنون بعقود محددة المدة أو بعقود مستمرة أو مؤقتة، ويشملون الموظفين المعيّنين دولياً ومحلياً على حد سواء.

2- النطاق والتركيز

10- يُغطي الاستعراض جميع المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة. وأجري الاستعراض على نطاق المنظومة وشمل جميع المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة، وهي الأمانة العامة للأمم المتحدة وإدارتها ومكاتبها، وصناديق الأمم المتحدة وبرامجها، وهيئات الأمم المتحدة وكياناتها الأخرى، ووكالات الأمم المتحدة المتخصصة، فضلاً عن الوكالة الدولية للطاقة الذرية.

11- التركيز على خطط التأمين الصحي الأساسي التي تُشارك في رعايتها المنظمات المشاركة. فيما يتعلق بسياسات التأمين، أُجري استعراض شامل لجميع خطط التأمين الصحي الأساسي التي كانت سارية وقت إعداد هذا التقرير والتي تديرها وتشارك في رعايتها المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة. غير أن الاستعراض لا يشمل نُظم التأمين الوطنية (كندا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والنمسا والولايات المتحدة) التي يمكن للموظفين والمتقاعدين المقيمين في هذه البلدان الوصول إليها. واستُبعدت أيضاً من الاستعراض خطط التأمين الصحي التكميلي التي تقدمها بعض المنظمات المشاركة.

12- التأمين الصحي للأفراد من غير الموظفين غير المشمول بالاستعراض. لا يتناول هذا التحليل سوى نُظم التأمين للموظفين العاملين والمتقاعدين ومعاليهم المستحقين وغير المعالين. ونتيجة لذلك، تُستبعد نُظم التأمين الصحي الموجهة إلى الأفراد من غير الموظفين أو الموظفين الذين هم في إجازة خاصة بدون أجر والحالات المماثلة.

13- الإطار الزمني. يُغطي الإطار الزمني للاستعراض الفترة بين عامي 2018 و2022، ويختلف باختلاف المسائل التي يتناولها الاستعراض.

14- مجالات التحليل الرئيسية. يُركز الاستعراض على مجالات التحليل الرئيسية الأربعة المبينة في الجدول 1.

الجدول 1

مجالات التحليل الرئيسية في الاستعراض

النطاق	مجال التحليل
تحليل مقارن للطرائق المتبعة في خطط التأمين وتغطيتها واستثناءاتها وقبورها واشتراكاتها والحقوق المتعلقة بالقابلية للنقل	سياسات التأمين الصحي
تقييم الجوانب الرئيسية للفعالية (الأهداف ومواثيق الخدمة ومؤشرات الأداء الرئيسية) والكفاءة (الأداء المالي، ومنع الغش، واحتواء التكاليف، والشراء)	الفعالية والكفاءة
تحليل تصورات العملاء للتغطية والحصول على الرعاية الصحية وفعالية إدارة نظام التأمين الصحي الخاص بهم	جودة الخدمة
الحالة بشأن الكشف عن الالتزامات؛ والتقييمات المستقلة؛ ومواءمة الافتراضات بالتأمين الصحي بعد انتهاء المالية والديمغرافية؛ وحالة التمويل ومصادره؛ والآثار الطويلة الأجل لاستراتيجيات الخدمة وتمويلها وآثارها الطويلة الأجل	الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء المالية والديمغرافية؛ وحالة التمويل ومصادره؛ والآثار الطويلة الأجل لاستراتيجيات الخدمة وتمويلها وآثارها الطويلة الأجل

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

جيم- الأثر المقصود

15- تعزيز الشفافية والكفاءة والفعالية والجودة والاستدامة. يتمثل الأثر المتوقع في تسليط مزيد من الضوء على الممارسات الجيدة على نطاق المنظومة وإدخال إصلاحات موضوعية وتنظيمية وإدارية تهدف

إلى زيادة الشفافية والكفاءة والفعالية والجودة والاستدامة في خدمات التأمين الصحي المقدمة إلى الموظفين والمتقاعدين. ويُقدم الاستعراض أيضاً أفكاراً لزيادة المواءمة أو التنسيق بين مختلف طرائق توفير التأمين الصحي، فضلاً عن مقترحات لتحسين إمكانية نقل حقوق التأمين الصحي لتيسير تنقل الموظفين العاملين بين الوكالات.

دال - المنهجية

16- **محتوى التقرير.** عقب هذا الفصل التمهيدي، يُركز الفصل الثاني على دراسة مقارنة لنُظم التأمين الصحي لموظفي الأمم المتحدة العاملين والمتقاعدين؛ ويُخصّص الفصل الثالث لتحليل فعالية هذه النُظم وكفاءتها، بما في ذلك رصد أهداف خطط التأمين والإبلاغ عنها، والأداء المالي، ومنع الغش واحتواء التكاليف، وشراء وإدارة العقود مع شركات إدارة مطالبات التأمين وشركات التأمين التجارية؛ ويُركز الفصل الرابع على نوعية الخدمة من خلال تحليل التعقيبات المستمدة من استقصاء عالمي للموظفين أُجري في عام 2023؛ ويتضمن الفصل الخامس دراسة ومناقشة تتناول حالة الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد التقاعد وتمويل هذه الالتزامات وآثارها الطويلة الأجل في الميزانية.

17- **طرق جمع البيانات.** وفقاً للقواعد والمعايير وإجراءات العمل الداخلية في وحدة التفتيش المشتركة، أُجري هذا الاستعراض من خلال مجموعة من طرق جمع البيانات النوعية والكمية التي شملت مصادر مختلفة لضمان اتساق النتائج وصحتها وموثوقيتها. وفي حين تعذر التحقق من دقة بعض المعلومات التي قدمتها المنظمات المشاركة والتي جُمعت من خلال المقابلات مع الوظائف ذات الصلة ومع الموظفين وممثلي المتقاعدين، قام الفريق بالتحقق من المعلومات التي جُمعت واستعرضها للتأكد من اتساقها الداخلي ومعقوليتها، عند اللزوم، وطلب بانتظام مزيداً من المعلومات أو التوضيحات عند الاقتضاء.

18- **أدوات البحث.** كانت الأدلة المستخدمة في إعداد هذا التقرير محدثة حتى 30 أيلول/سبتمبر 2023، وشملت ما يلي:

- استعراض الوثائق والمطبوعات ذات الصلة. أُجري الفريق استعراضاً شاملاً تناول فيه وثائق السياسات والإدارة ذات الصلة، بما في ذلك ما يلي: جميع سياسات التأمين الصحي المشمولة برعاية مشتركة، والعقود ذات الصلة المبرمة مع شركات التأمين الخارجية أو شركات إدارة مطالبات التأمين؛ وتقارير الأمين العام واللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية فيما يتعلق بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، وقرارات الجمعية العامة المتخذة في هذا الشأن؛ والبيانات المالية المراجعة والتقييمات الاكتوارية للالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة المقدمة من المنظمات المشاركة؛ والوثائق المتنوعة المشتركة بين رابطات وممثلي الموظفين والمتقاعدين. واطلع الفريق أيضاً على الوثائق والمواقع الإلكترونية ذات الصلة لمؤسسات القطاعين العام والخاص والمطبوعات التي نُشرت في مجال التأمين الصحي؛
- الاستبيانات. قُدم إلى جميع المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة البالغ عددها 28 منظمة استبيان مؤسسي يطلب بيانات نوعية وكمية ووثائق داعمة. وتضمن الاستبيان 68 سؤالاً عن المجالات الخمسة التالية: (أ) نُظم التأمين الصحي وسياساته؛ (ب) فعالية وكفاءة السياسات وإدارتها؛ (ج) نوعية الخدمات؛ (د) الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وتمويلها وآثارها الطويلة الأجل؛

(هـ) معلومات متابعة بشأن التوصيات التي قدمتها وحدة التفتيش المشتركة في تقريرها السابق⁽¹²⁾؛

- الاستقصاء العالمي للموظفين. أُجري استقصاء عالمي لجميع الموظفين العاملين والمتقاعدين المستفيدين من نظم التأمين الصحي التي ترعاها المنظمات التي يعملون فيها، للحصول على تعليقاتهم بشأن الجوانب الرئيسية للتغطية، بما في ذلك الصحة العقلية، والرعاية المراعية للهوية الجنسية، ومرض فيروس كورونا (كوفيد-19) فضلاً عن نوعية الخدمات الإدارية والحصول على الرعاية الصحية في مراكز عملهم. ورد ما مجموعه 23 163 رداً، أي ما يمثل 14,7 في المائة من مجموع عدد الموظفين العاملين والمتقاعدين المسجلين في نظم التأمين الصحي المشمولة بالاستعراض؛
- المقابلات. استناداً إلى الردود على الاستبيان المؤسسي، أجرى الفريق في الفترة من شباط/فبراير إلى آب/أغسطس 2023 ما مجموعه 48 مقابلة (16 مقابلة حضورية و32 مقابلة عن طريق الإنترنت) مع 147 شخصاً يمثلون المنظمات المشاركة التي تدير نظم التأمين الصحي داخل منظومة الأمم المتحدة، ورابطات الموظفين والمتقاعدين ذات الصلة، ولجنة الخدمة المدنية الدولية، والصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة؛
- أرسلت طلبات متابعة للحصول على معلومات عن جملة أمور، منها الخصائص الديمغرافية والأداء المالي للخطط، إلى مديري خطط التأمين بعد إجراء المقابلات لتمكينهم من استيفاء المعلومات المطلوبة؛
- دراسات الحالة. أُجريت في إطار الاستعراض دراسات حالة لمقارنة حجم الاشتراكات في أقساط التأمين الصحي كنسبة مئوية من مرتبات الموظفين الذين هم في الرتبة والدرجة نفسها وفي مراكز العمل نفسها ولكنهم يحصلون على تغطية تأمينية في إطار خطط تأمين صحي مختلفة. واختيرت في دراسات الحالة ستة مراكز عمل (بانكوك، وبرازيليا، والقاهرة، وجنيف، وجوبا، ونيروبي).

19- **الاستعراض الداخلي من قبل النظراء والمراقبة الخارجية للجودة.** وفقاً للمادة 11-2 من النظام الأساسي لوحدة التفتيش المشتركة، ولأغراض ضمان الجودة، أُجري لمشروع التقرير استعراض داخلي من جانب النظراء من أجل الحصول على تعليقات من جميع مفتشي وحدة التفتيش المشتركة اختبار التوصيات في ضوء الحكمة الجماعية للوحدة. وعممت بعد ذلك النسخة المنقحة من التقرير على المنظمات التي شملها الاستعراض لتمكينها من تصحيح أي أخطاء وقائعية وتقديم تعليقاتها على النتائج والاستنتاجات والتوصيات. ووضع التقرير في صيغته النهائية، وروعت جميع التعليقات الواردة، على الرغم من أن المسؤولية النهائية عن الاستعراض تقع على عاتق المؤلف وحده.

20- **القيود.** نظراً لعدم توافر أداة الاستقصاء المطلوبة التي استُخدمت بدلاً منها منصة أخرى في الوقت الذي كان من المقرر فيه بدء الاستقصاء، تعيّن تأجيل الاستقصاء عدة مرات. ومما أعاق التقدم في تنفيذ المشروع أيضاً عدم توافر الموارد البشرية الأساسية بشكل متقطع منذ بدايته في أيار/مايو 2022 وحتى نهاية كانون الأول/ديسمبر من العام نفسه.

21- **الضمانات الأخلاقية.** أُجري الاستعراض وفقاً للنظام الأساسي لوحدة التفتيش المشتركة ولوائحها الداخلية. وأوليت المراعاة الواجبة لحماية سرية أصحاب المصلحة الذين أجابوا على الاستبيان المؤسسي وشاركوا في المقابلات وقاموا باستيفاء الاستقصاء عن طريق الإنترنت. ولم يتعرض الفريق، في وفائه بالتزاماته المهنية والأخلاقية، لأي نفوذ خارجي كان يمكن أن يؤثر على استقلاله أو إنصافه أو حياده أو نزاهته المهنية أثناء مراحل التخطيط لهذا التقرير وتنفيذه وصياغته.

22- **التوصيات.** يتضمن هذا التقرير سبع توصيات رسمية، اثنتان منها (4 و7) موجهتان إلى الأجهزة التشريعية وهيئات الإدارة، وخمس توصيات موجهة إلى الرؤساء التنفيذيين للمنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة. وسيتيسر إلى حد كبير تنفيذ التوصيات الموجهة إلى الرؤساء التنفيذيين على نحو فعال وفي الوقت المناسب إذا لاقت دعماً صريحاً من الأجهزة التشريعية وهيئات الإدارة. وإذا توبعت مع الرؤساء التنفيذيين للتحقق من تنفيذها. وتستكمل التوصيات الرسمية بثلاث وعشرين توصية غير رسمية مبيّنة بأحرف داكنة في هذا التقرير، وهي اقتراحات تدعو إلى إدخال مزيد من التحسينات. ولتيسير تناول التقرير، فضلاً عن تنفيذ التوصيات ورصدها، يُقدم المرفق الرابع إشارة إلى ما إذا كانت التوصيات مقدمة من أجل اتخاذ إجراءات بشأنها أو للعلم فقط.

23- **شكر وتقدير.** يود المفتش والفريق أن يُعربا عن تقديرهما لجميع المسؤولين في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة وممثلي رابطات الموظفين العاملين والمتقاعدين والمنظمات الأخرى، الذين ساعدوا في إعداد هذا التقرير، ويخصان بالشكر أولئك الذين قدموا ردوداً على الاستبيان المؤسسي والاستقصاء الذي أُجري عن طريق الإنترنت، وشاركوا في المقابلات وإعداد الردود لمتابعة طلبات الحصول على المعلومات، وقدموا إلينا معارفهم وخبراتهم وآرائهم عن طيب خاطر.

ثانياً - دراسة مقارنة لنظم التأمين الصحي للموظفين العاملين والمتقاعدين

24- ترد في هذا الفصل النتائج الرئيسية المستخلصة من دراسة مقارنة لنظم التأمين الصحي الستة والعشرين للموظفين العاملين والمتقاعدين التي تديرها المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة، بهدف تسليط الضوء على أوجه التشابه والاختلاف بين هذه النظم، والقيام، عند الاقتضاء، بتحديد أي أوجه قصور محتملة وأي فرص لتعزيز الشفافية والتنسيق والتعاون والاتساق والمواءمة، والكفاءة. وتناول القسم ألف السياسات ذات الصلة داخل المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة، التي تُنظم توفير استحقاقات التأمين الصحي للموظفين؛ وترد في القسم باء لمحة عامة عن كيفية تنظيم نظم التأمين الصحي وإدارتها؛ ويتضمن القسم جيم دراسة تتناول معايير الأهلية للموظفين العاملين وللتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، بما في ذلك أهلية المعالين وأفراد العائلة وغيرهم من الأشخاص المرتبطين بهم؛ كما يرد استعراض لحصص الاشتراكات في أقساط التأمين الصحي للأعضاء المشتركين في نظم التأمين ومنظمتهم؛ وترد في الفرع هاء مقارنة بين استحقاقات التأمين الصحي والتغطية الصحية التي توفرها جميع خطط التأمين.

25- وعند إجراء التحليل التالي تُقِيم النتائج في ضوء جملة أمور تشمل المبادئ الثلاثة العريضة المنصوص عليها في النظام الموحد للأمم المتحدة، وهي الحاجة إلى ما يلي: (أ) تجنب التباينات الخطيرة من حيث الشروط والأحكام الخاصة بالتوظيف؛ (ب) تجنب التنافس في تعيين الموظفين؛ (ج) تيسير تبادل الموظفين فيما بين مؤسسات النظام الموحد⁽¹³⁾.

ألف - سياسات التأمين الصحي ومواءمتها مع النظام الأساسي للموظفين

26- ما زالت هيئات الإدارة والأجهزة التشريعية لا تقوم بدور يُذكر في صنع سياسات التأمين الصحي. ويقع على مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التزام بوضع نظام للضمان الاجتماعي لموظفيها، بما يشمل توفير الحماية الصحية على النحو المنصوص عليه في النظام الأساسي لموظفي كل منها وفي الصكوك القانونية الأخرى. ولكن في جميع الحالات، باستثناء حالة واحدة، تقتصر اللوائح على الاعتراف بالحق في الضمان الاجتماعي وتقويض الرؤساء التنفيذيين للمنظمات سلطة كاملة لوضع سياسات التأمين الصحي ذات الصلة، كما هو الحال، على سبيل المثال، في البند 6-2 من النظام الأساسي لموظفي الأمم المتحدة⁽¹⁴⁾ الذي ينص فقط على أن "يضع الأمين العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين، بما في ذلك ترتيبات الحماية الصحية"⁽¹⁵⁾.

(13) انظر : https://www.un.org/Depts/OHRM/salaries_allowances/common.htm

(14) ST/SGB/2018/1. المنظمات التي تُطبق النظام الأساسي والإداري لموظفي الأمم المتحدة هي مركز التجارة الدولية، ومؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية (الأونكتاد)، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وبرنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (ممثل الأمم المتحدة)، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة).

(15) يمكن الرجوع إلى محتوى مماثل في صكوك قانونية أخرى تُنظم الحق في الضمان الاجتماعي في المنظمات المشاركة التي لا تُطبق النظام الأساسي والإداري لموظفي الأمم المتحدة، مثل منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة ("يضع المدير العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين وللمتقاعدين المستحقين ومعاليمهم الذين تعترف بهم المنظمة، بما في ذلك توفير ترتيبات للحماية الصحية")؛ ومنظمة العمل الدولية ("الهدف من صندوق التأمين الصحي لموظفي مكتب العمل الدولي ... هو أن يوفر، بالقدر المنصوص عليه في هذا النظام الأساسي وهذه القواعد الإدارية الموضوعية بموجبه، سداد المصروفات التي قد يتكبدها الأشخاص المشمولون بحماية الصندوق من أجل الحماية الصحية - بما في ذلك الرعاية الطبية في حالة المرض والحوادث والأمومة والرعاية الوقائية الشخصية.")؛ والمنظمة البحرية الدولية ("يضع الأمين العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين،

27- ونتيجة لذلك، لا تزال توجد جنباً إلى جنب مجموعة كبيرة ومتنوعة من الخطط. ويُلاحظ المفتش أن البند 6-2 من النظام الأساسي للأمم المتحدة والنظم المماثلة للمنظمات الأخرى المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة لا تُقدم سوى التزام واسع النطاق من المنظمات بتوفير الحماية الصحية. وعلى هذا النحو، يمكن إعمال الحق في الضمان الاجتماعي بطرق مختلفة وبدرجات متفاوتة. وأدى ذلك إلى وجود 26 نظاماً مختلفاً للتأمين الصحي في المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة، على نحو ما سبق أن لاحظته الوحدة في تقريرها السابق عن هذا الموضوع⁽¹⁶⁾، والذي أكدت فيه بالفعل "عدم إشراف الدول الأعضاء على وضع نظم التأمين الصحي على نطاق المنظومة"، في تناقض صارخ مع الدور الذي تؤديه الدول الأعضاء "في تحديد جداول المرتبات وسائر الاستحقاقات، بما فيها المعاشات التقاعدية".

28- ولا يستند الاختلاف بين الخطط في جميع الحالات إلى دواعٍ قاهرة. والحجة الشائعة ضد اتباع نهج واحد يناسب الجميع فيما يتعلق بخطط التأمين الصحي على نطاق منظومة الأمم المتحدة، هي أن مؤسسات منظومة الأمم المتحدة متباينة من حيث ولاياتها، وتعمل في مناطق جغرافية مختلفة، وأن موظفيها (والمقاعدين) مختلفون من حيث توصيفاتهم الوظيفية واحتياجاتهم من الرعاية الصحية، مما يتطلب اختلافات في معايير الأهلية والتغطية، وبالتالي اختلافات في الأقساط والاشتراكات. وعلى الرغم من التوصل في بعض الحالات إلى أسباب مقنعة وراء ذلك (على سبيل المثال، تختلف الرعاية الصحية ومدى توافرها بشكل كبير بين مراكز العمل وأماكن الإقامة) أثناء الاستعراض، ولكن في حالات أخرى، لم يكن من الممكن التوصل إلى هذه الأسباب المقنعة، حيث كان السبب الوحيد الذي قدمه الأشخاص الذين أُجريت مقابلات معهم هو أن الاختلافات ناتجة عن مسارات متباينة اتخذتها نظم التأمين بمرور الزمن. ويرجع ذلك على الأرجح إلى الافتقار إلى التوجيه المنسق على نطاق المنظومة، وبعبارة أخرى، عدم ممارسة الدول الأعضاء رقابة على وضع هذه السياسات على نطاق المنظومة، وهو ما لاحظته وحدة التفتيش المشتركة في عام 2007. ومن الحالات الاستثنائية الجديرة بالملاحظة في هذا السياق حالة الوكالة الدولية للطاقة الذرية التي يتعين على مديرها العام، بموجب البند 8-03 من النظام الأساسي للموظفين، أن يطلب "موافقة مجلس المحافظين" على وضع خطة للتأمين الصحي لموظفي الوكالة⁽¹⁷⁾.

29- وهناك جهود جديرة بالثناء في مواءمة أو تنسيق بعض جوانب خطط التأمين الصحي، ولكن هناك المزيد مما يمكن القيام به. وتجتمع الأمانة العامة للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي

بما في ذلك ترتيبات للحماية الصحية⁽¹⁸⁾؛ والاتحاد الدولي للاتصالات ("يضع الأمين العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين... بما في ذلك ترتيبات للحماية الصحية")؛ واليونسكو ("يدير المدير العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين، بما في ذلك ترتيبات من أجل الحفاظ على الصحة")؛ واليونيدو ("يضع المدير العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين، بما في ذلك ترتيبات للتأمين الصحي")؛ ومنظمة السياحة العالمية ("يرتب الأمين العام نظاماً للتأمين الصحي مع شركة تأمين حسنة السمعة، بما في ذلك ترتيبات للحماية الصحية")؛ والاتحاد البريدي العالمي ("رهنأ بالشروط المنصوص عليها في النظام الإداري للموظفين، يضع المدير العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين، بما في ذلك ترتيبات للحماية الصحية")؛ ومنظمة الصحة العالمية ("يضع المدير العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين، بما في ذلك ترتيبات للحماية الصحية")؛ والمنظمة العالمية للملكية الفكرية ("بالإضافة إلى الأحكام المنصوص عليها عملاً بالبند 6-1، يضع المدير العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين وغيرهم من العاملين في المنظمة العالمية للملكية الفكرية الذين يعينهم المكتب الدولي، وينص بوجه خاص على الحماية الصحية")؛ والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية ("يضع الأمين العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين، بما في ذلك أحكام للحماية الصحية").

(16) JIU/REP/2007/2

(17) ينص البند 8-03 من لائحة موظفي الوكالة الدولية للطاقة الذرية على أن "للمدير العام أن ينشئ، بموافقة مجلس المحافظين، نظام تأمين على المصاريف الطبية ومصاريف المستشفيات للموظفين الذين لا يستفيدون من أي نظام آخر للتأمين الصحي، وذلك إما بإنشاء صندوق تموله الوكالة أو بالتعاقد مع منظمة تجارية. وللوكالة أن تُلزم بالاشتراك في عضوية هذا النظام جميع الموظفين، وبالمساهمة أيضاً في جميع تكاليف هذا النظام أو في جزء منها".

ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واليونيسيف بانتظام من خلال فريق عامل لمناقشة إمكانية مواءمة خططها للتأمين الصحي. وتعمل أيضاً شركات إدارة الخطط المؤمنة ذاتياً التي توجد مقرها في جنيف - منظمة العمل الدولية، ومكتب الأمم المتحدة في جنيف، ومنظمة الصحة العالمية - معاً بانتظام للتفاوض على أسعار تفضيلية مع مقدمي الخدمات الصحية في جنيف ولتبادل المعلومات حول أي تغييرات في سياسات التأمين الصحي، في حين انضم الاتحاد الدولي للاتصالات مؤخراً إلى خطة مكتب الأمم المتحدة في جنيف وأوقف خطته الخاصة المؤمن عليها تجارياً. أن المنظمات التي يوجد مقرها في فيينا - الوكالة الدولية للطاقة الذرية، ومكتب الأمم المتحدة في فيينا، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، واليونيدو - فقد ناقشت خبراتها في إدارة الخطط التجارية الكاملة وتبادلها، وإن لم يكن بشكل منهجي. ومن ناحية أخرى، منذ الاستعراض السابق الذي أجرته وحدة التفتيش المشتركة بشأن هذا الموضوع في عام 2007، أطلقت أربع خطط جديدة للتأمين الصحي، مما أدى إلى مزيد من الاختلافات. وتشمل هذه الخطط خطة جديدة لمنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة صُممت لموظفيها المعيّنين محلياً في الميدان، وخطين لبرنامج الأغذية العالمي الذي قرر الخروج من الخطين اللتين تديرهما منظمة الأغذية والزراعة والشرق في خطة خاصة به. وقام مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع أيضاً بتصميم خطة تأمين صحي خاصة به لموظفيه المعيّنين محلياً في الميدان، تاركاً بذلك خطة التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي.

30- **ولا توجد مجموعة دنيا من المبادئ أو المتطلبات أو المعايير لنظام التأمين الصحي الذي ترعاه الأمم المتحدة.** ويُدرك المفتش أن وجود نظام واحد للتأمين الصحي لمنظومة الأمم المتحدة ليس ممكناً في الوقت الحاضر، ولا يمكن أن يكون فعالاً أو كافياً لتلبية الاحتياجات أو الأفضليات المختلفة للموظفين. ومع ذلك، لا توجد مجموعة دنيا من المبادئ أو المتطلبات أو المعايير لتحديد مدى كفاية نظام التأمين الصحي. ولن تساعد هذه التوجيهات في تصميم السياسات وتعزيز الاتساق فحسب، بل ستساعد أيضاً في تحديد ما إذا كانت نُظم التأمين الصحي الستة والعشرين الحالية تفي بالالتزامات التي جرى التعهد بها بموجب اللوائح والقواعد ذات الصلة - وإن كانت قصيرة وموجزة في كثير من الأحيان. ومن خلال التحليل المقارن للجوانب الرئيسية لنُظم التأمين الصحي المذكورة، بما في ذلك معايير الأهلية، ومستوى الاستحقاقات والتغطية، وقواعد تحديد الأقساط، ينصب الاهتمام في هذا الاستعراض على أوجه التجانس والاختلاف بين هذه النُظم التي يمكن أن تجعل من الممكن فهم الاختلافات بينها ودعم مزيد من المواءمة، إذا تبين أنها مجدية⁽¹⁸⁾ ومستصوبة.

31- **ويؤدي عدم كفاية نشر شروط الخطة إلى زيادة التعقيد المتأصل في التأمين الصحي.** وإلى جانب الالتزام بتوفير حماية الرعاية الصحية للموظفين، تبين للمفتش أن المعلومات المفصلة والسهلة الفهم عن معظم نُظم التأمين الصحي ليست متاحة للجمهور بسهولة. وقد لا يُدرك الموظفون المحتملون أن مستوى التغطية والاستحقاقات التي يوفرها نظام التأمين الصحي لهم كجزء من مجموعة عناصر الأجر قد لا يلبي احتياجاتهم واحتياجات معاليهم على نحو كافٍ. وبالنسبة للمنظمات المشاركة، يعوق ذلك أي جهد لمقارنة وتحسين نُظمها الخاصة بالتأمين الصحي، مما يحول دون تحقيق المواءمة. ومن بين نُظم التأمين الصحي الستة والعشرين المشمولة بالاستعراض، لا يُتاح على شبكة الإنترنت سوى 9 نُظم تديرها منظمات العمل الدولية والأمانة العامة للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والمنظمة العالمية للملكية الفكرية. ولذلك، يقترح المفتش أن تكفل مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي تدير خطة تأمين صحي أن

(18) لا يُتاح دائماً سوى قدر محدود من الحرية في صياغة سياسات التأمين الصحي بسبب المخاطر القانونية المرتبطة بالأثر المحتمل للتغييرات على الحقوق المكتسبة للمشاركين (الوثيقة A/68/353، الفقرة 59 وما يليها؛ والوثيقة A/68/550، الفقرة 22؛ والوثيقة A/70/590، الفقرة 29 وما يليها).

تكون المعلومات المتعلقة بالتغطية والاستحقاقات التي توفرها الخطة، بما في ذلك القيود والحدود القصوى، متاحة للجمهور على الإنترنت. ويقترح المفتش أن تكفل مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي تدير خطة تأمين صحي أن تكون المعلومات المتعلقة بالتغطية والاستحقاقات التي توفرها الخطة والمزايا التي تحققها، بما في ذلك القيود والحدود القصوى، متاحة للجمهور على الإنترنت.

باء - طرائق الخطط وإدارتها وحوكمتها

1- طرائق الخطط وإدارة المطالبات

32- توجد ثلاث طرائق للتأمين والإدارة. ويمكن تصنيف نُظم التأمين الصحي الستة والعشرين في منظومة الأمم المتحدة حسب الكيان الذي يتحمل المخاطر المالية المرتبطة بها والكيان الذي يُعالج المطالبات والمبالغ المسددة. ويُستخدم النوع الأول للتمييز بين النُظم المؤمنة ذاتياً والنُظم المؤمنة خارجياً، في حين يُشير النوع الثاني إلى نُظم التأمين الذاتية الإدارة، التي تُدير فيها المنظمة نفسها كامل خدمات التأمين الصحي، والنُظم التي تتولى شركة خارجية إدارة مطالباتها وتُشرك جهة خارجية في تقديم خدمات الإدارة، مثل: معالجة آليات التسجيل، وعمليات إلغاء التسجيل، والتغييرات في المستفيدين، وإدارة المطالبات وسداد التكاليف؛ وتوفير المعلومات للمؤمن عليه (المنظمة) بشأن إدارة نظام التأمين ومراقبته ونتائجه بصفة عامة؛ وإتاحة إمكانية الوصول إلى شبكته من مقدمي الرعاية الصحية. وفيما يلي طرائق تقديم الخدمات:

- الخطط المؤمنة ذاتياً والمدارة ذاتياً؛
- النُظم المؤمنة ذاتياً والمدارة خارجياً؛
- النُظم المؤمن عليها خارجياً والتي تشمل دائماً إدارة خارجية تتولى القيام بها في العادة شركة التأمين.

33- وتندرج الغالبية العظمى من الأفراد المؤمن عليهم في خطط مؤمنة ذاتياً. ويندرج نصف نُظم التأمين الصحي للأمم المتحدة في النُظم المؤمنة ذاتياً أو نُظم التأمين الحكر، وهي نُظم تتكفل فيها المنظمات بجميع المخاطر المتصلة بتكاليف الرعاية الصحية التي عادة ما تكون أرخص وأكثر كفاءة. وبالإضافة إلى ذلك، لا تهدف النُظم المؤمنة ذاتياً إلى تحقيق الربح، وبالتالي، لا يتعين عليها توفير عائد مالي مقابل أداء نشاط التأمين، وهو ما يتعين على النُظم المدارة خارجياً. وتشمل النُظم المؤمنة ذاتياً ما مجموعه 303 365 مستفيدين، أي 82 في المائة من مجموع الأفراد المؤمن عليهم المشمولين بالخطط الست والعشرين المشمولة بالاستعراض (869 447 شخصاً)⁽¹⁹⁾ في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة.

34- وتغطي الخطط المؤمنة ذاتياً في الأمانة العامة للأمم المتحدة 99 في المائة من الموظفين والمتقاعدين. وداخل الأمانة العامة للأمم المتحدة، تتولى ثلاثة كيانات الإشراف على خططها الخاصة، وهي الأمانة العامة للأمم المتحدة في نيويورك التي تتولى الإشراف على جميع خططها الخمس المؤمنة ذاتياً والمدارة خارجياً (899 148 عميلاً)؛ ومكتب الأمم المتحدة في جنيف الذي يُشرف على ثاني أكبر خطة مؤمنة ذاتياً ومدارة ذاتياً في المنظومة، إذ يزيد عدد المشتركين فيها على 36 000 شخص؛ ومكتب الأمم المتحدة في فيينا/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة الذي يستعين بمصادر خارجية لإدارة خطته التي تخدم 2 710 مستفيدين⁽²⁰⁾.

(19) لم يُدرج عدد الأعضاء المشتركين في الخطة المؤمنة ذاتياً في إطار خطة Cigna لتقديم رعاية الأسنان تجنباً لازدواجية العد.

(20) اليونيدو هي المنظمة المؤمن عليها.

35- وعادة ما تكون الخطط المؤمّنة ذاتياً أكبر من الخطط التي يُستعان فيها بمصادر خارجية. وعادة ما تكون النُظم المؤمّنة ذاتياً أكبر من حيث الحجم؛ إذ يشمل 11 من هذه النُظم الثلاثة عشر أكثر من 10 000 من الأعضاء المشتركين في كل خطة، وأكثر من 25 000 عضو في 9 منها. ويرجع ذلك في معظمه إلى الحاجة إلى وجود كتلة حرجية كافية لإدارة المخاطر بصورة كافية، ولكي تكون الخطط المدارة ذاتياً قادرة على استيعاب تكلفة الإدارة. وأكبر نظام، بالأرقام المطلقة، هو خطة الأمم المتحدة العالمية للأمانة العامة للأمم المتحدة (61 665 عضواً مشتركاً في الخطة) التي تُديرها Cigna⁽²¹⁾.

36- وتُشيع طريقة الاستعانة بمصادر خارجية، حتى بالنسبة للنُظم المؤمّنة ذاتياً. ويمثل الأفراد المشمولون بنُظم مدارة خارجياً 72 في المائة من مجموع الأفراد المشمولين بالحماية. وعلى العكس من ذلك، فإن ما يزيد قليلاً على ربع الأشخاص المؤمن عليهم يخضعون لواحدة من الخطط الأربع القائمة المدارة ذاتياً (وبالتالي، المؤمّنة ذاتياً) وكلها⁽²²⁾ يقع مقارها في جنيف ولديها عدد كبير من العملاء، يتراوح عددهم بين 13 000 مستفيد في منظمة العمل الدولية وأكثر من 41 000 مستفيد في منظمة الصحة العالمية. وأكبر كيان منفرد من حيث عدد الأفراد المشمولين بالخطط هو الأمانة العامة للأمم المتحدة في نيويورك، إذ يبلغ عدد الأشخاص المشمولين بالحماية 148 899 شخصاً (33 في المائة من المجموع) في إطار خمس خطط كلها مؤمّنة ذاتياً وتتولى شركة خارجية إدارة مطالباتها.

37- وتتميّز الخطط المؤمّن عليها تجارياً في العادة بأن حجمها أصغر. وباستثناء نظام تغطية التأمين الصحي لبرنامج الأغذية العالمي الذي يشمل أكثر من 40 000 عضو، ونظام التأمين الصحي الأساسي لمنظمة الأغذية والزراعة الذي يضم نحو 16 000 مستخدم، فإن نُظم التأمين التجاري الكامل، التي تُوفّر الحماية في إطارها لما مجموعه 82 566 شخصاً (18 في المائة من المجموع) تميل إلى أن تكون أصغر حجماً، ويبلغ متوسط عدد الأعضاء المشتركين فيها 6 353 عضواً. ومن هذه الخطط الثلاث عشرة المُعدة بالاستعانة بمصادر خارجية، يقل عدد الأعضاء في 9 منها عن 5 000 عضو، بينما يقل عدد الأعضاء في 6 منها عن 1 000 فرد أو أقل. والسبب الرئيسي في أن هذه الخطط مؤمّن عليها خارجياً هو حجمها وكتلتها الحرجية غير الكافية لتجميع المخاطر، مما قد يؤدي، في جملة أمور، إلى عدم القدرة على مواجهة التوترات المالية المحتملة الناجمة عن التغيّرات السنوية في النفقات بسبب الاعتلال غير المتوقع أو المطالبات الباهظة التكلفة بشكل استثنائي.

38- ويوجد لدى بعض المنظمات أكثر من خطة، بينما يشترك البعض الآخر في الخطط التي تضعها منظمات أخرى. ومن بين المنظمات المشاركة في وحدة التقنيات المشتركة، هناك 17 منظمة فقط هي منظمات مؤمّن عليها⁽²³⁾، في حين أن المنظمات الإحدى عشرة المتبقية⁽²⁴⁾ تُوفّر حماية لموظفيها العاملين

(21) تدير Cigna بصفة عامة 17 خطة من أصل 26 خطة تضم 307 512 شخصاً، أي 64 في المائة من المجموع. وشركة التأمين بالنسبة لعشر من هذه الخطط هي أيضاً Cigna.

(22) صندوق التأمين الصحي لموظفي منظمة العمل الدولية، وجمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة في مكتب الأمم المتحدة في جنيف، وخطة التأمين الطبي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، والتأمين الصحي لموظفي منظمة الصحة العالمية.

(23) منظمة الأغذية والزراعة، والوكالة الدولية للطاقة الذرية، ومنظمة الطيران المدني الدولي، ومنظمة العمل الدولية، والمنظمة البحرية الدولية، والأمانة العامة للأمم المتحدة (بما في ذلك مكتب الأمم المتحدة في جنيف)، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، واليونسكو، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، واليونيسيف، واليونيدو، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، ومنظمة السياحة العالمية، والاتحاد البريدي العالمي، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظمة الصحة العالمية، والمنظمة العالمية للملكية الفكرية.

(24) مركز التجارة الدولية، والاتحاد الدولي للاتصالات، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والأونكتاد، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وموئل الأمم المتحدة، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، واليونيسيف، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، هي المنظمات المؤمّن لها صاحبة خطط التأمين الصحي المصممة للموظفين المعيّنين محلياً خارج موقع المقر. ويؤمن على الموظفين المعيّنين دولياً في إطار النُظم التي تديرها الأمانة العامة للأمم المتحدة.

والمقاعدين بموجب أحد نُظم التأمين التسعة التي تشمل أيضاً أعضاءً من منظمات أخرى⁽²⁵⁾. وهذه ممارسة جيدة ترتبط في العادة بوفورات الحجم الناتجة عن تجميع المخاطر والموارد الإدارية المشتركة، على نحو ما يجسده الاتحاد الدولي للاتصالات، الذي يؤمن على موظفيه في إطار جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة ضد المرض والحوادث منذ عام 2020. فالمنظمات التي تُقدم خطط تأمين متعددة تفعل ذلك في العادة من أجل تلبية ظروف السوق المحددة التي تعمل فيها. وعلى سبيل المثال، توجد لدى الأمانة العامة للأمم المتحدة خطط منفصلة للأشخاص المؤمن عليهم داخل الولايات المتحدة وخارجها. وبالمثل، صُممت ثمانية نُظم للتأمين الصحي خصيصاً للموظفين المعيّنين محلياً خارج مواقع المقر.

39- ويبين الجدول والرسم البياني أدناه التوزيع المفصل لنُظم التأمين الصحي لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة حسب طرائق التأمين والإدارة.

الجدول 2

الطريقة وإدارة المطالبات في نُظم التأمين الصحي الستة والعشرين في الأمم المتحدة وعدد الأعضاء المشتركين في كل خطة⁽¹⁾

مؤمنة ذاتياً		مؤمنة تجارياً بالكامل	
إدارة الخطة	عدد المشتركين في الخطة	إدارة الخطة	عدد المشتركين في الخطة
(شركة إدارة المطالبات التأمين)		(شركة إدارة المطالبات التأمين)	
إدارة ذاتية	منظمة العمل الدولية - صندوق التأمين الصحي للموظفين	غير منطبق	12 984
	مكتب الأمم المتحدة في جنيف - جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة		36 560
	مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - خطة التأمين الصحي		34 517
	منظمة الصحة العالمية - التأمين الصحي للموظفين		41 359
مجموع المستفيدين		125 420	
مشركة لإدارة مطالبات التأمين	منظمة الطيران المدني الدولي - خطة الاستحقاقات الطبية (Cigna)	منظمة الأغذية والزراعة - خطة التأمين الصحي الأساسي/التغطية الطبية بعد انتهاء الخدمة (Cigna)	3 106
	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Aetna	منظمة الأغذية والزراعة - خطة تغطية التأمين الطبي/التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (Cigna)	501
	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Cigna لرعاية الأسنان	الوكالة الدولية للطاقة الذرية - خطة التأمين الطبي الكامل/خطة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (Cigna)	4 326

(25) خطة Aetna، وخطة رعاية الأسنان التي تديرها شركة Cigna، وخطة Empire Blue Cross، وخطة التأمين الطبي وخطة الأمم المتحدة العالمية، وجمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة (التي يُشرف عليها مكتب الأمم المتحدة في جنيف)، وخطة التأمين الطبي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي.

مؤمنة تجارياً بالكامل		مؤمنة ذاتياً	
عدد المشتركين	إدارة الخطة (شركة إدارة مطالبات التأمين) في الخطة	عدد المشتركين في الخطة	إدارة الخطة (شركة إدارة مطالبات التأمين)
1 000	المنظمة البحرية الدولية - خطة التأمين الصحي الجماعي (Cigna)	26 628	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Empire Blue Cross
2 710	مكتب الأمم المتحدة في فيينا/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة - التأمين الطبي الجماعي للمقر (Allianz Care)	52 135	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة التأمين الطبي (Cigna)
403	اليونيدو - تأمين المصروفات الطبية لموظفي فئة الخدمات العامة والموظفين الوطنيين في مراكز العمل الميدانية (خطة الخدمات العامة الميدانية) (Allianz Care)	61 665	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة الأمم المتحدة العالمية (Cigna)
2 187	اليونيدو - التأمين الطبي الجماعي للمقر (Allianz Care)	36 567	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - خطة التأمين الصحي (Cigna)
515	مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع - خطة التأمين الطبي (Cigna)	7 371	اليونسكو - صندوق التأمين الصحي (MSH International)
481	المنظمة العالمية للسياحة - خطة التأمين الصحي والتأمين ضد الحوادث (Cigna)	43 940	اليونيسيف - خطة التأمين الطبي (Cigna)
791	الاتحاد البريدي العالمي - صندوق التأمين الصحي (Cigna)		
9 614	برنامج الأغذية العالمي - خطة التأمين الصحي الأساسي (Cigna)		
10 160	برنامج الأغذية العالمي - نظام تغطية التأمين الصحي (Cigna)		
3 903	المنظمة العالمية للملكية الفكرية - خطة التأمين الطبي الجماعي (Cigna)		
82 566	مجموع المستفيدين	239 883	مجموع المستفيدين

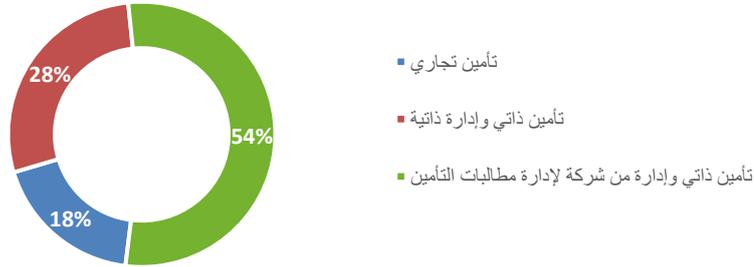
المصدر: البيانات الواردة من المنظمات المشاركة. الجدول من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

(أ) البيانات حتى 31 كانون الأول/ديسمبر 2022؛

(ب) باستثناء عدد الأعضاء المشتركين في الخطة المؤمن عليهم في إطار نظام Cigna لرعاية الأسنان في الأمانة العامة للأمم المتحدة، لأن هذه خطة تكميلية.

الشكل الأول

النسبة المئوية للأفراد المشمولين بالتأمين في منظومة الأمم المتحدة، حسب طريقة التأمين



المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

2- إشراك الأعضاء المشتركين في خطط التأمين في حوكمة نظم التأمين الصحي

40- من الأهمية بمكان إشراك المستفيدين في وضع السياسات وفي إدارة خطط التأمين الصحي. وتشمل 20 خطة من خطط التأمين الصحي الست والعشرين آلية للحوكمة وإدارة المطالبات تُمكن ممثلي الأعضاء المشتركين في الخطة من المشاركة رسمياً في قرارات السياسة المتعلقة بالتأمين الصحي. وتُنظم هذه الآلية إما كهيئة قائمة بذاتها يتم إنشاؤها للإشراف على خطة (خطط) التأمين الصحي ذات الصلة، كما في حالة صندوق التأمين الصحي لموظفي منظمة العمل الدولية، أو كهيئة فرعية لآلية إدارية أكبر لإدارة الموظفين، مثل لجنة التأمين الصحي والتأمين على الحياة التابعة للأمانة العامة للأمم المتحدة، وهي لجنة استشارية دائمة منبثقة عن لجنة التفاوض المشتركة. وفي حين أن ولاياتها ووظائفها قد تختلف في تفاصيلها، فإن مسؤولياتها تشمل في العادة الإشراف على السلامة المالية للخطة (الخطط) ولا سيما في حالة نظم التأمين الذاتي، وكفالة الامتثال للقواعد واللوائح ذات الصلة، واستعراض الأداء العام، وتزويد الإدارة بمدخلات متصلة بتغييرات السياسة والتغطية ومبلغ الأقساط والمسائل المتصلة بالشراء.

41- الرضا العام عن مستوى التفاعلات ونطاقها. يتم تمثيل أعضاء الخطة إما عن طريق ترشيحات من الموظفين المعيّنين، وفي بعض الحالات، عن طريق رابطات الموظفين المتقاعدين، أو عن طريق انتخاب أعضاء الخطة. وتبين من المقابلات التي أُجريت مع ممثلي رابطات الموظفين والمتقاعدين إلى أن معظمهم راضون عن قدرتهم على التعامل مع منظماتهم على مستوى السياسات من خلال هذه الآليات، ولا سيما رضاهم عن قدرتهم على تقديم مدخلات في عملية صنع القرار. وفي حين أنه لا يمكن في عدة حالات أن يكون ممثلو الأعضاء المتقاعدين المشتركين في الخطة مراقبين إلا بسبب وضعهم كغير موظفين، فإن أعمال معظم هذه الهيئات موجهة نحو النظر في المدخلات المقدمة من الأعضاء والمراقبين على حد سواء، والسعي إلى التوصل إلى توافق في الآراء، وهي ممارسة جيدة.

42- ولا يتم إشراك الموظفين المعيّنين محلياً والمتقاعدين خارج مواقع المقر أو تمثيلهم بالقدر الكافي. وبالنظر إلى أن جميع خطط التأمين الصحي تُدار على مستوى المقر، فإن ممثلي الموظفين المرشحين عادة ما يكونون من المقيمين في موقع المقر، وفي هذه الحالة يتوقف تلقي المدخلات من الموظفين خارج المقر إلى حد كبير على آلية التعاقد مع فرادى رابطات الموظفين. وتُمثل هيئات الرقابة على التأمين الصحي لموظفي منظمة الصحة العالمية الهيئات الوحيدة التي تضمن تمثيل الموظفين من المقر والمكاتب الإقليمية على حد سواء. وفيما عدا ذلك، تبين للمفتش، فيما يتعلق بالمنظمات المشاركة التي لها مكاتب ميدانية، أن الموظفين العاملين في الميدان، ولا سيما المعيّنين محلياً، لا يبالون مستوى

جدياً من التمثيل. ومن ذلك على سبيل المثال أن موظفي الأمانة العامة للأمم المتحدة المعيّنين محلياً خارج نيويورك والمؤمن عليهم في إطار خطة التأمين الطبي غير ممثلين في لجنة التأمين الصحي والتأمين على الحياة. وفي حين أن اللجان المماثلة في منظمة الأغذية والزراعة وبرنامج الأغذية العالمي تضمن مقاعد لممثلين من اتحاد موظفي فئة الخدمات العامة المشترك بين منظمة الأغذية والزراعة وبرنامج الأغذية العالمي، فإنها لا تضمن تمثيل الممثلين المعيّنين محلياً في الميدان. ولا يوجد على الإطلاق لدى خطط التأمين الطبي لموظفي برنامج الأمم المتحدة الإنمائي⁽²⁶⁾ وبرنامج الأمم المتحدة لخدمات المشاريع المعيّنين محلياً في الميدان أي آلية رسمية يمكن من خلالها للأعضاء المشتركين في الخطة أن يشاركوا في عملية صنع القرارات المتعلقة بالخطة. ويرد بيان موجز لآليات الحوكمة والإدارة القائمة في خطة التأمين الصحي في الجدول 3.

الجدول 3

الآليات الرسمية لإشراك أعضاء خطة التأمين في صنع سياسات التأمين الصحي

خطة التأمين الصحي	الحوكمة/آلية الإدارة	المشاركة الرسمية للأشخاص المؤمن عليهم
منظمة الأغذية والزراعة - نظام التأمين الصحي الأساسي/التغطية الطبية بعد انتهاء الخدمة، نظام تغطية التأمين الصحي/التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	اللجنة الاستشارية للتأمين الصحي في منظمة الأغذية والزراعة	ممثلون معينون من رابطة موظفي فئة الخدمات العامة ورابطة موظفي الفئة الفنية والمتقاعدين
الوكالة الدولية للطاقة الذرية - خطة التأمين الطبي الكامل/خطة التأمين الطبي بعد انتهاء الخدمة	اللجنة الفرعية المعنية بالتأمين الصحي والتأمين على الحياة المنبثقة عن اللجنة الاستشارية المشتركة	ممثلو الأعضاء المشتركين في الخطة الذين ترشحهم رابطة الموظفين، بمن فيهم ممثلو أعضاء الخطة المتقاعدون
منظمة الطيران المدني الدولي - خطة الاستحقاقات الطبية	لجنة الصحة والتأمين	ممثلون معينون لرابطة الموظفين والمتقاعدين
منظمة العمل الدولية - صندوق التأمين الصحي لموظفي المنظمة البحرية الدولية - خطة التأمين الطبي الجماعي	لجنة الإدارة	الممثلون المنتخبون لأعضاء الخطة، والذين قد يشملون ممثلين عن الموظفين المتقاعدين
مكتب الأمم المتحدة في جنيف - جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة	لا توجد آلية رسمية	لا توجد مشاركة رسمية
مكتب الأمم المتحدة في فيينا/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة - التأمين الطبي الجماعي لموظفي المقر	اللجنة التنفيذية لجمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة	ممثلون معينون من رابطات الموظفين والمتقاعدين
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Aetna، وخطة Empire Blue Cross، وخطة Cigna لرعاية الأسنان، وخطة الأمم المتحدة العالمية، وخطة التأمين الصحي	اللجنة الاستشارية المشتركة بين اليونيدو ومكتب الأمم المتحدة في فيينا للجنة الدائمة المعنية بالتأمين الصحي والتأمين على الحياة	ممثل معين من رابطة الموظفين والمتقاعدين
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - خطة التأمين الصحي	لجنة التأمين الصحي والتأمين على الحياة	ممثلون معينون من رابطة الموظفين
مجلس خطة التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي	مجلس خطة التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي	ممثلون معينون من رابطة موظفي برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان وهيئة الأمم المتحدة للمرأة

(26) تشمل خطة التأمين الطبي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي أيضاً الموظفين الميدانيين المعيّنين محلياً في صندوق الأمم المتحدة للسكان وهيئة الأمم المتحدة للمرأة.

خطة التأمين الصحي	الحكومة/آلية الإدارة	المشاركة الرسمية للأشخاص المؤمن عليهم
اليونسكو - صندوق التأمين الصحي	مجلس الإدارة	الممثلون المنتخبون يمثلون الأشخاص المؤمن عليهم وقد يشملون الموظفين المتقاعدين؛ تعيين ممثلين عن رابطات الموظفين والمتقاعدين بصفة مراقبين؛ الأشخاص المؤمن عليهم الذين يتم التعاقد معهم أيضاً من خلال جمعية عامة سنوية
مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - لجنة إدارة خطة التأمين الطبي	لجنة إدارة خطة التأمين الطبي	ممثل معين من رابطة الموظفين
اليونيسيف - خطة التأمين الطبي	لجنة خطة التأمين الطبي لليونيسيف	ممثلون معينون من رابطة الموظفين
اليونيدو - خطة التأمين لموظفي فئة الخدمات العامة العاملين في الميدان، التأمين الطبي الجماعي لموظفي المقر	اللجنة الدائمة المشتركة بين اليونيدو ومكتب الأمم المتحدة في فيينا واللجنة الدائمة المعنية بالتأمين الصحي والتأمين على الحياة	ممثلون معينون من رابطات الموظفين والمتقاعدين
مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع - خطة التأمين الطبي	لا توجد آلية رسمية	لا توجد مشاركة رسمية
منظمة السياحة العالمية - خطة التأمين الصحي والتأمين ضد الحوادث	لا توجد آلية رسمية	لا توجد مشاركة رسمية
الاتحاد البريدي العالمي - صندوق التأمين الصحي	الفريق العامل المخصص	ممثلون من رابطة الموظفين يشاركون في التغييرات التي يتعين إجراؤها على سياسة التأمين الصحي، كما هو الحال أثناء عملية طرح العروض
برنامج الأغذية العالمي - خطة التأمين الصحي الأساسي، نظام تغطية التأمين الصحي	مجلس التأمين الصحي لبرنامج الأغذية العالمي	ممثلون معينون من الهيئات الثلاث المعترف بها لتمثيل الموظفين: رابطات موظفي فئة الخدمات العامة، وموظفي الفئة الفنية، والمتقاعدين
منظمة الصحة العالمية - التأمين الصحي للموظفين	لجنة الرقابة العالمية للتأمين الصحي للموظفين	ممثلون معينون من المقر ولجان الموظفين الإقليمية؛ الأعضاء المنتخبون من قبل أعضاء الخطة المتقاعدين
المنظمة العالمية للملكية الفكرية - خطة التأمين الطبي الجماعي	اللجنة الدائمة العالمية للتأمين الصحي للموظفين	ممثلون معينون من المقر ولجان الموظفين الإقليمية؛ الأعضاء المنتخبون من قبل أعضاء الخطة المتقاعدين
	لجنة إدارة التأمين الجماعي للموظفين	ممثلون معينون من رابطة الموظفين، بمن فيهم الموظفون العاملون والمتقاعدون

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

43- يُتَوَقَّع أن تُعزز التوصية التالية فعالية عمليات اتخاذ القرارات المتعلقة بسياسة التأمين الصحي ومراقبة الإدارة لضمان مراعاة احتياجات مختلف فئات أعضاء الخطة رسمياً في عمليات وضع السياسات.

التوصية 1

ينبغي للرؤساء التنفيذيين لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي تدير خطة تأمين صحي أن يكفلوا بحلول نهاية عام 2026 وضع ترتيبات لتمثيل جميع مجموعات الأعضاء المشتركين في الخطة، بمن فيهم الموظفون المعينون محلياً في الميدان والمتقاعدون، في إدارة خطط التأمين الصحي أو الإشراف عليها أو في لجناتها الاستشارية.

جيم - معايير الأهلية

44- ما زالت أوجه عدم المساواة في الحصول على التأمين الصحي تُمثل مشكلة. وتُطبق نُظم التأمين الصحي الستة والعشرين معايير مختلفة لأهلية الموظفين والمتقاعدين وأفراد عائلاتهم والأشخاص المرتبطين بهم أو المشمولين بحماية خاصة، على النحو المبين في هذا القسم. ويؤدي اختلاف معايير الأهلية، ولا سيما بالنسبة للأشخاص الذين يتلقون أسعار أقساط مدعومة من منظماتهم، إلى عدم المساواة في الحصول على تغطية التأمين الصحي بين الموظفين العاملين والموظفين المتقاعدين وأفراد عائلاتهم، ويدل على عدم الإنصاف في استخدام التمويل العام من جانب مؤسسات منظومة الأمم المتحدة.

1- معايير الأهلية للموظفين العاملين

45- تعتمد مجموعات عناصر التأمين الصحي في كثير من الأحيان على الطرائق التعاقدية ومراكز العمل. وتُقدم معظم المنظمات المشاركة مجموعة محددة من عناصر التأمين الصحي لموظفيها العاملين بالاستناد إلى وضعهم التعاقدية، سواء كانوا معيّنين دولياً أو محلياً، وإلى مراكز عملهم، وما إذا كانوا في موقع المقر أو خارجه. ويُخصّص الجدول الوارد في المرفق الأول معايير الأهلية للموظفين العاملين على أساس نوع عقدهم وموقعهم.

46- ولا تنطبق الاستثناءات من التسجيل الإلزامي على الموظفين المعيّنين محلياً. ويمثل التسجيل في نُظم التأمين الصحي في المنظمة شرطاً إلزامياً في معظم المنظمات المشاركة. ويمنح بعضها، مثل جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة في مكتب الأمم المتحدة في جنيف، إعفاء للموظفين الذين يمكنهم أن يثبتوا أن لديهم تغطية كافية بالتأمين الصحي من خلال خطة أخرى، عامة كانت أم خاصة. غير أن هذه الإعفاءات غير متاحة للنُظم المصممة تحديداً للموظفين المعيّنين محلياً، مثل خطط التأمين الطبي للأمانة العامة للأمم المتحدة، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، واليونسيف⁽²⁷⁾. وفي إطار هذه الخطط، يكون تسجيل الموظفين إلزامياً تلقائياً وغير قابل للإلغاء.

47- وتتاح نُظم التأمين الوطنية في لندن ومونتريال وفيينا. وفي مراكز العمل الثلاثة هذه، يمكن للموظفين العاملين أن يستفيدوا من خطط التأمين الصحي الوطنية. وفي فيينا، يمكن للموظفين أن يختاروا عدم الاشتراك في خطط التأمين الصحي لمنظماتهم والتسجيل في نظام التأمين الوطني (Österreichische Gesundheitskasse)، حيث تدعم منظماتهم تكاليف المشاركة (الوكالة الدولية للطاقة الذرية، واليونسيف، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ومكتب الأمم المتحدة في فيينا). وفي مونتريال، يمكن للمقيمين الكنديين أيضاً أن يختاروا عدم الانضمام إلى خطة منظمة الطيران المدني الدولي إذا التحقوا بخطط التأمين الصحي في كيبك. وفي المنظمة البحرية الدولية، يسجل الموظفون تلقائياً في دائرة الصحة الوطنية في المملكة المتحدة، التي يمكن استخدامها لتغطيتها لتكميل خطة التأمين الصحي للمنظمة البحرية الدولية.

48- ولم يتبين من الاستعراض وجود أي قيود على الأهلية على أساس الظروف الصحية السابقة أو الحالية. وتشمل معايير الأهلية لكل خطة الموظفين العاملين بغض النظر عن ظروفهم الصحية السابقة وعاداتهم الصحية ونوع جنسهم، وهذه تُمثل ممارسة جيدة.

(27) فيما يتعلق بخطط التأمين الطبي، يمكن منح إعفاء من المشاركة لمراكز عمل محددة.

2- معايير الأهلية لأفراد عائلات الموظفين العاملين وشركائهم

49- تتفاوت أهلية العائلة وأفراد الأسرة المعيشية تفاوتاً كبيراً من خطة إلى أخرى. ويمكن للموظفين أن يسجلوا أفراد عائلتهم في جميع نظم التأمين البالغ عددها 26 نظاماً، وفي بعض الحالات، الأشخاص الآخرين المرتبطين بهم في إطار نظام التأمين نفسه، ويكون ذلك في معظمه اختياريًا. وتختلف معايير الأهلية اختلافاً كبيراً، ولا سيما فيما يتعلق بما إذا كان يحق لهؤلاء الأفراد المرتبطين الحصول على إعانة مالية لأقساط التأمين من المنظمة.

50- وتدعم معظم الخطط أقساط التأمين الصحي للأزواج غير المعالين. وتدعم جميع نظم التأمين الصحي، باستثناء ستة نظم، أقساط التأمين الصحي لأحد الزوجين المعترف بهما للموظف في نظام التأمين نفسه، بغض النظر عن حالة الإعاقة. والنظم الستة التي تقدم أقساط مدعومة للأزواج المعالين المعترف بهم فقط هي تلك التي تديرها الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومنظمة العمل الدولية ومكتب الأمم المتحدة في جنيف واليونسكو ومنظمة السياحة العالمية والاتحاد البريدي العالمي. ومع ذلك، يحق للأزواج غير المعالين أن يسجلوا أنفسهم بدون إعانات من المنظمة في إطار خطط الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومنظمة العمل الدولية ومكتب الأمم المتحدة في جنيف ومنظمة السياحة العالمية والاتحاد البريدي العالمي. ولا تقدم اليونسكو خيار الدفع الكامل. ويحق للأزواج المطلقين المنفصلين قانوناً الاستمرار في التسجيل في نظام الوكالة الدولية للطاقة الذرية، مع الحصول على قسط مدعوم، ولكن يُطلب منهم إثبات حالة الإعاقة. وفي إطار نظام منظمة الصحة العالمية، لا يحق الاستمرار في التسجيل إلا للزوجين المطلقين في حالة الأعضاء المتقاعدين.

51- ولا يحق للأزواج المعالين من زواج المثليين المعترف به قانوناً لموظفي الاتحاد الدولي للاتصالات التسجيل في خطة التأمين الصحي الخاصة به. وفي 26 حزيران/يونيه 2014، أصدر الأمين العام للأمم المتحدة نشرة⁽²⁸⁾ تنص على أن الحالة الشخصية للموظفين، لأغراض الاستحقاقات بموجب النظامين الأساسي والإداري للموظفين التي حددت بموجبها الحالة الشخصية. ويعني ذلك أن الزوج المثلي للموظف يُعترف به إذا كان الزواج (أو الاقتران) معترفاً به قانوناً في بلد جنسية الموظف أو البلد الذي عُقد فيه الزواج (أو الاقتران). ورهنًا بمعايير الأهلية لخطة التأمين الصحي، ينبغي أن يكون الزوج المعال أو غير المعال من زواج أو اقتران مثلي معترف به قادراً على التسجيل في الخطة، وإذا كان مؤهلاً لذلك، ينبغي أن يحصل على إعانات من المنظمة لأقساط التأمين. وتبين من الاستعراض أن الاتحاد الدولي للاتصالات هو المنظمة الوحيدة المشاركة التي لا تعترف بأزواج الموظفين من زواج أو اقتران مثلي، حتى لو كانت الزوجات معترفاً بها قانوناً⁽²⁹⁾. ويؤدي ذلك إلى عدم تمكن الأزواج المعالين من التسجيل في خطة التأمين الصحي التي تقدمها وتدعمها المنظمة (وهي في حالة الاتحاد الدولي للاتصالات خطة مكتب الأمم المتحدة في جنيف). وتعترف المنظمات المشاركة الأخرى التي تُسجل موظفيها في خطط مكتب الأمم المتحدة في جنيف، مثل الأمانة العامة للأمم المتحدة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية، بتسجيل الأزواج المثليين المعالين الذين يُعترف قانوناً بزواجهم أو اقترانهم وتسمح بهذا التسجيل. وفي عام 2022، اقترح الأمين العام للاتحاد الدولي للاتصالات على مجلس الاتحاد تعديل النظام

(28) ST/SGB/2004/13/Rev.1

(29) جاء في الحكم الصادر عن المحكمة الإدارية لمنظمة العمل الدولية رقم 2643 المؤرخ 27 نيسان/أبريل 2007 أن النظامين الأساسي والإداري لموظفي الاتحاد الدولي للاتصالات يعرفان صراحة "الزوج" بأنه زوج وزوجة. وأوصت المحكمة بعد ذلك بأن تحال مسألة الاعتراف بالشراكات المنزلية إلى مجلس الاتحاد الدولي للاتصالات من أجل تعديل القواعد "من أجل توفير الحماية اللازمة من أي شكل من أشكال التمييز القائم على الحالة العائلية والميل الجنسي". انظر: https://www.ilo.org/dyn/triblex/triblexmain.fullText?p_lang=en&p_judgment_no=2643&p_language_code=EN

الأساسي للموظفين⁽³⁰⁾ للسماح بالاعتراف بالشراكات المنزلية وفقاً لنشرة الأمين العام للأمم المتحدة لعام 2014. غير أن المجلس لم يتوصل إلى توافق في الآراء، وطلب من أمانة الاتحاد الدولي للاتصالات أن يواصل التشاور مع الدول الأعضاء وأن يقدم تقريراً عن ذلك في دورة مقبلة للمجلس.

52- وتطبق حدود سن الأهلية المختلفة على الأطفال المعالين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و30 عاماً. ويحق لأولاد الموظف المعالين الالتحاق بخطة التأمين الصحي نفسها والحصول على إعانات من المنظمة. وتتشابه معايير الطفل المعال جميع المنظمات المشاركة، التي تعترف بالطفل الذي يقل عمره عن 18 عاماً، أو الذي يقل عمره عن 21 عاماً إذا كان متبرعاً للدراسة في مؤسسة تعليمية، أو بدون فرض حدود للسن إذا كان عاجزاً بدنياً أو عقلياً عن العمل في إطار معظم الخطط. ومع ذلك، تسمح جميع نظم التأمين، باستثناء أربعة منها، للأطفال الذين تزيد أعمارهم على 21 عاماً (غير المصابين بإعاقة) بالالتحاق بالمدارس والحصول على إعانات من المنظمة، مع اختلاف الحدود العليا للسن بين 25 و28 عاماً، شريطة أن يكونوا معالين، أي عاطلين عن العمل وغير متزوجين. ويرتبط الحد الأدنى للسن، وهو 25 عاماً، بالحد الأقصى لسن تقديم منحة التعليم. ولا ترتبط حدود السن الأخرى التي تتجاوز 25 عاماً بأي من الاستحقاقات أو البدلات الحالية، ولا توجد إلا في سياق معايير الأهلية للتأمين الصحي. ويوضح الجدول 4 الحدود العمرية المختلفة للأطفال المستحقين للتسجيل في التأمين الصحي المدعوم الذي تطبقه المنظمات المشاركة.

الجدول 4

الحدود العمرية لأطفال الموظف العامل أو الموظف المتعاقد المستحقين للتسجيل في نظام التأمين الصحي نفسه والحصول على إعانات من المنظمة

الحد الأدنى لسن الطفل (بالسنوات)	المنظمات المؤمن لها في إطار نظم التأمين الصحي
حتى سن 21 عاماً	الوكالة الدولية للطاقة الذرية، ومنظمة الطيران المدني الدولي، ومنظمة العمل الدولية، ومكتب الأمم المتحدة في جنيف، ومنظمة السياحة العالمية
حتى سن 25 عاماً	منظمة الطيران المدني الدولي، والمنظمة البحرية الدولية، والأمانة العامة للأمم المتحدة، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، واليونسكو، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، واليونسيف، واليونيدو، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، ومكتب الأمم المتحدة في فيينا، والاتحاد البريدي العالمي، والمنظمة العالمية للملكية الفكرية
حتى سن 26	منظمة الأغذية والزراعة، وبرنامج الأغذية العالمي
حتى سن 28	منظمة الصحة العالمية

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

53- وفي أيضاً الأطفال غير المعالين بشروط الأهلية، رهنًا بحدود عمرية عليا متفاوتة وشروط أخرى. وتسمح نظم التأمين التي تُقدم أقساطاً مدعومة للأطفال المعالين حتى سن 21 عاماً بتسجيل الأطفال بعد هذه السن ولكن بدون إعانات من المنظمة، شريطة أن يكون الأطفال عاطلين عن العمل وغير متزوجين؛ وهذه ممارسة جيدة. ومع ذلك، تتفاوت الحدود العمرية العليا بموجب هذه الممارسة. وتسمح الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومنظمة العمل الدولية ومكتب الأمم المتحدة في جنيف للأطفال بالتسجيل حتى سن 30 عاماً، بينما تسمح لهم منظمة السياحة العالمية بالتسجيل حتى سن 25 عاماً. ولا يفرض مكتب الأمم المتحدة في فيينا ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أي حدود

(30) "تقرير الأمين العام: الأحوال الشخصية لأغراض الاستحقاقات التي يمنحها الاتحاد"، الوثيقة C22/47-E، متاحة في:

https://www.itu.int/dms_pub/itu-s/md/22/cl/c/S22-CL-C-0047!!MSW-A.docx

عمرية على الأطفال الذين تزيد أعمارهم على 25 عاماً، ما داموا عاطلين عن العمل وغير متزوجين وما زالوا معتمدين مالياً على الموظف العامل أو الموظف المتقاعد.

54- ولم يتبين من الاستعراض وجود أي قيود على الأهلية بناءً على الظروف الصحية السابقة أو الحالية. وتشمل معايير الأهلية لكل خطة المعالين بغض النظر عن ظروفهم الصحية السابقة وعاداتهم الصحية ونوع جنسهم ما داموا مسجلين في غضون الإطار الزمني المطلوب.

55- وفي أيضاً المعالون من الدرجة الثانية بمعايير الأهلية، سواء بإعانة أو بدونها، في تسع خطط. ومن بين نُظم التأمين الصحي الستة والعشرين، تسمح 9 نُظم لمعالٍ واحد من الدرجة الثانية بالتسجيل في النظام نفسه الذي يلتحق به الموظف العامل بقسط مدعوم. وهذه هي نُظم منظمة الأغذية والزراعة والوكالة الدولية للطاقة الذرية واليونيدو ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومكتب الأمم المتحدة في فيينا وبرنامج الأغذية العالمي ومنظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية. ولا يختلف تعريف المعالين من الدرجة الثانية بين هذه النُظم؛ فهو يشير إلى أحد الوالدين أو الأخ الذي يتلقى أكثر من نصف مجموع الدعم المالي من الموظف، مقارنة بالمصادر الأخرى، والمبلغ الذي يقدمه الموظف هو أكثر من ضعف مبلغ بدل الإعالة. ولا يُعترف إلا بمعالٍ واحد من الدرجة الثانية في وقت معين، وهذا هو الحال فقط في حالة عدم وجود زوج معترف به. وتسمح نُظم منظمة العمل الدولية ومكتب الأمم المتحدة في جنيف ومنظمة السياحة العالمية للمعالين من الدرجة الثانية بالتسجيل في الأقسام غير المدعومة. وباستثناء نظامي تغطية التأمين الصحي في منظمة الأغذية والزراعة وبرنامج الأغذية العالمي، لا يسمح أي من نُظم التأمين الصحي المصممة حصراً للموظفين المعيّنين محلياً خارج مواقع المقار بتسجيل المعالين من الدرجة الثانية.

56- وتسمح المنظمات التي تتخذ من فيينا مقراً لها بتسجيل أفراد الأسرة المعيشية من غير أفراد العائلة. وبالإضافة إلى أفراد عائلات الموظفين العاملين والمتقاعدين، تسمح الوكالة الدولية للطاقة الذرية بتسجيل ما يصل إلى شخصين مقيمان في الأسرة المعيشية نفسها، ولكن بدون إعانات. وبالمثل، يسمح مكتب الأمم المتحدة في فيينا ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة للأشخاص الذين يعولهم الموظف مالياً ويكونون من غير مواطني النمسا ويعيشون في الأسرة المعيشية للموظف بالتسجيل بدون الحصول على إعانة.

57- وينبغي عدم تسجيل أفراد العائلة أو أفراد الأسرة المعيشية غير المستقلين والمعالين من الدرجة الثانية وينبغي ألا تكون مخاطرهم موزعة تبادلياً. ويرى المفتش أن قبول الأزواج والأبناء غير المعالين والمعالين من الدرجة الثانية ممارسة جيدة ومفيدة لعائلة الموظف ولإستدامة الخطة على حد سواء، ولو لمجرد أن زيادة العضوية في الخطة قد يكون لها أثر إيجابي على القدرة التفاوضية للمنظمات في التفاوض مع شركات التأمين أو مقدمي الخدمات الصحية، في حين تجعل من السهل حصول عائلات الموظفين على الحماية من المخاطر الصحية وربما بتكلفة معقولة. وما لم يتوصل إليه الاستعراض هو الأسباب، استناداً إلى مبادئ الضمان الاجتماعي، التي تجعل أقساط التأمين الصحي مدعومة لهؤلاء الأشخاص في إطار بعض الخطط، بخلاف التطور التاريخي للخطط على مر الزمن. ولذلك، يرى المفتش أن قبول أفراد العائلة أو أفراد الأسرة المعيشية غير المعالين والمعالين من الدرجة الثانية ينبغي ألا يكون مدعوماً وألا تكون مخاطرهم موزعة تبادلياً (ولا سيما إذا كانت الملامح العامة لمواصفات مخاطرهم مختلفة عن المتوسط) إلى جانب الأعضاء المدعومين في الخطة؛ وهذا هو الحال في إطار خطة جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة في مكتب الأمم المتحدة في جنيف، التي تُمثل، في رأي المفتش، أفضل ممارسة يجري العمل بها. ومن خلال تبادل أو مزج المخاطر الصحية لأعضاء الخطة غير المدعومين نظرياً مع مخاطر الأعضاء المدعومين صراحة، تتحمل المنظمات المشاركة مخاطر دعم المجموعة

الأولى إذا انحرقت ملامح المخاطر الخاصة بهم عن المتوسط بالنسبة للأفراد المدعومين بسبب السن أو غيره من محددات الإنفاق على الرعاية الصحية. وعلى العكس من ذلك، إذا كان هؤلاء الأفراد يُشكلون مجموعة منفصلة، كما في حالة جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة، فإن مخاطرهم الصحية ستتناسمها تلك المجموعة وحدها، وينبغي أن تكون الأقساط التي يدفعونها كافية لتغطية كامل تكلفة الخدمات الصحية التي يتلقاها أعضاء المجموعة في كل فترة قيد النظر.

58- ويمكن اعتبار عدم التماثل الحالي في الإعانات عقبة أمام تنقل الموظفين. ويكون ذلك على حساب الخطط أو الأماكن التي لا تتاح فيها إعانات لأفراد العائلة غير المعالين وأفراد العائلة المعالين من الدرجة الثانية. وينبغي إزالة عدم التماثل لأنه يُشكل ميزة تنافسية على بعض المنظمات على غيرها، وهو ما يتنافى مع مفهوم النظام الموحد لاستحقاقات موظفي الأمم المتحدة.

59- وبناءً على نتائج الاستعراض، يُتوقع أن تؤدي التوصية التالية إلى تحقيق وفورات مالية في الخطط التي يحق فيها للمعالين من الدرجة الثانية وأفراد العائلة غير المعالين التسجيل في خطة التأمين والحصول على إعانة للأقساط، في حين يتم التوزيع التبادلي للمخاطر الصحية التي يتعرضون لها مع المشاركين الأساسيين. ويهدف ذلك أيضاً إلى تيسير التنقل بين الوكالات ومنع المنافسة الضارة على أساس خطط التأمين الصحي الخاصة بها.

التوصية 2

ينبغي للرؤساء التنفيذيين لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة الذين لم يقوموا بعد بوقف ممارسة دعم أقساط التأمين لأفراد العائلة المعالين من الدرجة الثانية، وأفراد العائلة غير المعالين، وأفراد الأسرة المعيشية الذين لا تربطهم صلة قرابة، وممارسة التوزيع التبادلي لمخاطرهم مع مخاطر الأعضاء الأساسيين، أن يستكشفوا القيام بذلك بحلول نهاية عام 2026.

3- معايير الأهلية للموظفين المتقاعدين والأعضاء المرتبطين بهم

60- ولا تزال الفروق في شروط الأقدمية للحصول على التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة قائمة بالنسبة للموظفين المعيّنين في 1 تموز/يوليه 2007 أو بعده. ويكون التسجيل في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة دائماً اختيارياً ومتاحاً فقط كاستمرار فوري للتغطية في خطة التأمين الصحي نفسها القائمة على الاشتراكات في منظومة الأمم المتحدة التي كان المتقاعد مسجلاً فيها أثناء الخدمة الفعلية⁽³¹⁾. وحددت الجمعية العامة في قرارها 264/61، في جملة أمور، أنه لكي يكون الموظفون المعيّنون في 1 تموز/يوليه 2007 أو بعد هذا التاريخ عند تقاعدهم مستحقين للحصول على التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، يجب أن يكونوا قد اشتروا في خطة للأمم المتحدة للتأمين الصحي لمدة لا تقل عن 10 سنوات. وتُطبق جميع⁽³²⁾ نُظم التأمين الصحي، باستثناء أربعة نُظم تأمين صحي هذا الشرط الأدنى للاشتراك القائم على الاشتراكات. وأما النظامان اللذان تُطبقهما منظمة الأغذية والزراعة وبرنامج الأغذية العالمي المصممان خصيصاً للموظفين المعيّنين محلياً خارج مقر عملهم، فيتطلبان خمس سنوات فقط من

(31) تبعاً للمنظمات التي يعمل فيها الموظف العامل، قد يكون هناك خيار للتحويل إلى خطة تقاعد أخرى أكثر ملاءمة لموقع إقامته. وعادة ما يحدث هذا التغيير لمرة واحدة ولا رجعة فيه.

(32) يلاحظ أنه في حين أدرجت الأمانة العامة للأمم المتحدة هذا الشرط في نظامها الأساسي للموظفين، فقد تأجل التنفيذ الفعلي حتى عام 2024 بسبب تعقيدات تقنية (انظر A/78/7).

الاشتراك، وكذلك الحال بالنسبة لخطط المنظمة العالمية للملكية الفكرية والاتحاد البريدي العالمي بالنسبة لجميع الموظفين.

61- **التقاعد المبكر بعد مشاركة محدودة قائمة على الاشتراكات.** في حين ألغت الجمعية العامة، في قرارها المذكور أعلاه، شرط الاشتراك بعد خمس سنوات من المشاركة، فإن هذا الخيار ما زال متاحاً في عدة نظم. ويعني ذلك أن الموظف الذي ينفصل عن منظمته على الأقل في سن التقاعد المبكر ويكون قد اشترك في نظام للتأمين الصحي القائم على الاشتراكات في الأمم المتحدة لأكثر من 5 سنوات ولكن أقل من 10 سنوات يكون مؤهلاً للحصول على التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بدون إعانة من المنظمة. وحالما تصل الاشتراكات إلى 10 سنوات، ستكون أقساط التأمين الصحي مشمولة بالإعانة. ويُتاح هذا الخيار للموظفين المشاركين في خطط التأمين الطبي للأمانة العامة للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واليونسيف ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع وخطط الاستحقاقات الطبية لمنظمة الطيران المدني الدولي.

62- **الموظفون الذين تنتهي خدمتهم قبل سن التقاعد المبكر⁽³³⁾.** الغرض من التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة هو توسيع نطاق تغطية التأمين الصحي لموظفي الأمم المتحدة حتى سن تقاعدهم، مما يشمل الموظفين الذين انتهت خدمتهم، باستثناء حالات الفصل دون سابق إنذار، إما باستحقاقات عجز بموجب قواعد الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة أو في سن التقاعد المبكر أو في سن التقاعد العادي⁽³⁴⁾. ولكن قد يكون الموظفون الذين تنتهي خدمتهم قبل سن التقاعد المبكر في العديد من المنظمات المشاركة مستحقين أيضاً للحصول على التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بإعانة من المنظمة أو بدونها. وتقدم جميع هذه الخدمات إلى الموظفين الذين تنتهي خدمتهم وتتراوح أعمارهم بين 50 و55 عاماً واختاروا الحصول على معاش تقاعدي مؤجل. ولا يُحدد سن التقاعد المبكر المقابل على أساس تاريخ دخول الموظفين إلى الخدمة، وهو إما 55 أو 58 سنة من العمر إلا في برنامج الأغذية العالمي ومنظمة الصحة العالمية (انظر الجدول 5).

الجدول 5

الحد الأدنى لعدد سنوات المشاركة القائمة على الاشتراكات في أحد نظم الأمم المتحدة للتأمين الصحي القائم على الاشتراكات المطلوب للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة للموظفين الذين تنتهي خدمتهم بين سن 50 و55 سنة الذين يدخلون الخدمة في 1 تموز/يوليه 2007 أو بعد ذلك التاريخ

الحد الأدنى لعدد السنوات	نظام التأمين الصحي	إعانة من المنظمة
20	التغطية الطبية بعد انتهاء الخدمة في منظمة الأغذية والزراعة	لا
20 (منها 10 سنوات متصلة)	خطة الوكالة الدولية للطاقة الذرية للتأمين الطبي بعد انتهاء الخدمة	نعم، من سن 55 سنة
20	خطة اليونيدو للخدمات العامة الميدانية	لا
20 سنة تراكمية	خطة التأمين الصحي الأساسي لبرنامج الأغذية العالمي ⁽¹⁾	لا

(33) في سن 55 سنة أو بعدها بالنسبة للموظفين المنضمين إلى الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة قبل 1 كانون الثاني/يناير 2014 أو في سن 58 سنة أو بعدها بالنسبة للذين ينضمون إلى الصندوق بعد 1 كانون الثاني/يناير 2014.

(34) في سن 60 سنة بالنسبة للموظفين الذين انضموا إلى الصندوق قبل 1 كانون الثاني/يناير 1990؛ وفي سن 62 سنة بالنسبة للموظفين الذين انضموا إلى الصندوق ما بين 1 كانون الثاني/يناير 1990 و31 كانون الأول/ديسمبر 2013؛ أو في سن 65 سنة بالنسبة للموظفين الذين انضموا في 1 كانون الثاني/يناير 2014 أو بعد ذلك.

الحد الأدنى لعدد السنوات	نظام التأمين الصحي	إيغانة من المنظمة
20 (في خطة منظمة الصحة العالمية فقط)	التأمين الصحي لموظفي منظمة الصحة العالمية ^(أ)	نعم، من سن التقاعد المبكر
15 سنة تراكمية	نظام تغطية التأمين الصحي لبرنامج الأغذية العالمي ^(ب)	لا
15 سنة تراكمية ^(ب)	خطة التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي	نعم
10	التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لمنظمة الأغذية والزراعة (للموظفين المعيّنين محلياً خارج موقع المقر)	لا
10	خطة الاستحقاقات الطبية في منظمة الطيران المدني الدولي	لا
5	خطة التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي خطة التأمين الصحي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين خطة التأمين الطبي لمكتب الأمم المتحدة للمشاريع	نعم، بعد 10 سنوات

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

- (أ) للموظفين الذين ينضمون للصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة بعد 1 كانون الثاني/يناير 2014 وتنتهي خدمتهم بين سن 53 و58 سنة؛
- (ب) بالنسبة للموظفين الذين انتهت خدمتهم بالتراضي أو بسبب إلغاء الوظيفة.

63- ولا يُمنح دائماً الاعتراف المتبادل بالمشاركة السابقة في نظم التأمين الصحي على نطاق المنظمة بدون تحفظات بشكل كامل. وتعترف جميع نظم التأمين بعدد سنوات مشاركة الموظفين في خطط التأمين الصحي القائمة على الاشتراكات التي تضعها مؤسسات الأمم المتحدة الأخرى، وفقاً للاتفاق المشترك بين المنظمات المتعلقة بنقل الموظفين أو إعارتهم أو انتدابهم بين المنظمات التي تُطبق نظام الأمم المتحدة الموحد للمرتبات والبدلات الذي بموجبه "يحق للموظف المنقول ومن يعولهم الاشتراك في أي ترتيبات للتأمين الصحي أو التأمين الجماعي على الحياة في تلك المنظمة بدون تحفظات طبية أو فترات انتظار جديدة"⁽³⁵⁾. غير أن منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية تشترطان أن تكون خمس سنوات من السنوات العشر المطلوبة لاستحقاق التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة من خطط كل منهما، مما يُشكل عائقاً موضوعياً أمام تنقل الموظفين فيما بين الوكالات⁽³⁶⁾، وتترتب على ذلك آثار شديدة خاصة عندما يكون الأشخاص المعنيون في سن الستين أو أكثر. وليس من الصعب أن نفهم أن هذا التدبير ليس له أي غرض سوى منع وصول الموظفين السنوات الأخيرة من نشاطهم المهني من منظمات أخرى إلى هاتين المنظمتين، على افتراض أن قبول هذا التنقل سيُكبد المنظمة المتلقية عبئاً مالياً لا مبرر له فيما يتعلق بحق الموظفين المعنيين في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة⁽³⁷⁾. وليس من قبيل المصادفة أن هذا القيد الذي لا وجود له في جميع خطط التأمين الأخرى التي جرى فحصها، موجود في خطتين من الخطط التي تُقدم أوسع وأكبر تغطية داخل المنظمة (وتشملان نسبة عالية نسبياً من المتقاعدين مقارنة بالموظفين العاملين، حيث إن هاتين الخطتين هما من بين أكثر الخطط التي لها أقدمية في المنظمة). ويعتقد المفتش أن هذا التحوط، وإن كان معقولاً من وجهة النظر المالية، يتنافى مع الحاجة إلى الامتثال لسياسة التنقل بين الوكالات وتعزيزها ومكافحة التمييز

(35) انظر: https://hr.un.org/sites/hr.un.org/files/handbook/Mobility%20Agreement_2019.pdf

(36) انظر استعراض وحدة التفتيش المشتركة المعنون "استعراض تبادل الموظفين وتدبير التنقل المماثلة بين الوكالات في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة" (JIU/REP/2019/8) للاطلاع على تحليل شامل للسياسات والممارسات ذات الصلة.

(37) A/73/792.

على أساس السن، التي ترعاها منظمة الصحة العالمية، من بين منظمات أخرى تابعة للأمم المتحدة⁽³⁸⁾. ولذلك يوصي المفتش بإزالة هذا القيد⁽³⁹⁾.

64- ويحق لأفراد عائلات الموظفين المتقاعدين عموماً الحصول على التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. وبصفة عامة، يحق لأفراد العائلة المستحقين الذين كانوا مسجلين في نفس نظام التأمين الصحي مع الموظفين قبل تقاعدهم أن يستمروا في الخطة نفسها، باستثناء المعالين من الدرجة الثانية في إطار الخطط التي تدير مطالباتها اليونيدو ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومكتب الأمم المتحدة في فيينا.

65- ولم يتبين من الاستعراض وجود أي قيود على الأهلية استناداً إلى الشروط السابقة. وتشمل شروط الأهلية لكل خطة الموظفين المتقاعدين ومعاليتهم، بغض النظر عن ظروفهم الصحية السابقة وعاداتهم الصحية ونوع جنسهم.

66- ولا تشترط بعض الخطط حداً أدنى من الاشتراكات لأفراد العائلة لكي يكونوا مستحقين للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. وقد أدخلت الجمعية العامة، من خلال قرارها 264/61، شرطاً يقضي بوجود أن يكون المعالون قد شاركوا في خطة تأمين صحي للأمم المتحدة قائمة على الاشتراكات لمدة لا تقل عن خمس سنوات وقت تقاعد الموظف لكي يكونوا مستحقين للحصول على تأمين صحي مدعوم بعد انتهاء الخدمة⁽⁴⁰⁾. وإجمالاً، فإن 14 نظاماً من أصل 26 نظاماً يتبع هذا الشرط المسبق. ويبين الجدول 6 نظم التأمين الصحي التي تُطبق معياراً مختلفاً يتراوح بين عدم فرض أي حد أدنى وإنفاذ شرط مدته عشر سنوات. وإذا لم يستوف أفراد العائلة الحد الأدنى لعدد السنوات اللازمة، فإن بإمكانهم التسجيل في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة غير المدعوم بإعانة لحين استيفائهم هذا الشرط، ومن ثم يتم دعم الأقساط التي يقومون بدفعها.

(38) منظمة الصحة العالمية، التقرير العالمي حول التمييز على أساس السن (جنيف، 2021).

(39) عندما نوقشت مسائل التنقل بين الوكالات والتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في إطار الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الذي أنشأه الأمين العام تحت رعاية شبكة المالية والميزانية للجنة الإدارية الرفيعة المستوى التابعة لمجلس الرؤساء التنفيذيين عملاً بالقرار 244/68، والذي طلبت فيه الجمعية العامة إلى الأمين العام أن يُجري استقصاء لخطط التأمين الصحي على نطاق المنظومة، وأن يستكشف خيارات الكفاءة واحتواء التكاليف، اتفق على أنه "ينبغي لوكالات منظومة الأمم المتحدة أن تقبل نقل بعض مزاي واستحقاقات التأمين الصحي المستحقة، فضلاً عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، دون نقل التمويل، لأن هذه العملية مرهقة من الناحية الإدارية". وذكر أن هذا الرأي تؤيده "إحصاءات التنقل فيما بين الوكالات التي قدمتها أمانة مجلس الرؤساء التنفيذيين عن الفترة 2013-2016 وشملت 38 وكالة [وهو ما يبين] أن الفرق بين عدد الموظفين القادمين وعدد الموظفين المغادرين لا يكاد يُذكر بالنظر إلى العدد الكلي للموظفين في الوكالات" (A/73/662، الفقرات من 50 إلى 54).

(40) أو عامين إذا كان لدى الزوج أو الزوجة تغطية لدى جهة عمل خارجية أو حكومة وطنية، ما لم يكن المعال حديثاً خلال هذه الفترة وتم تسجيله في غضون 30 يوماً من تاريخ سريان علاقة الإعالة.

الجدول 6

الحد الأدنى لعدد سنوات الاشتراك (بخلاف خمس سنوات) من الاشتراك في خطة الأمم المتحدة للتأمين الصحي القائم على الاشتراكات اللازم لأفراد عائلات الموظفين الذين يلتحقون بالخدمة في 1 تموز/يوليه 2007 أو بعد ذلك التاريخ ليكونوا مستحقين للحصول على التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

الحد الأدنى لعدد السنوات	نظام التأمين الصحي
10	منظمة الأغذية والزراعة - التغطية الطبية بعد انتهاء الخدمة اليونسكو - الصندوق التأمين الصحي برنامج الأغذية العالمي - خطة التأمين الصحي الأساسي منظمة الصحة العالمية - التأمين الصحي للموظفين
2	الوكالة الدولية للطاقة الذرية - خطة التأمين الطبي بعد انتهاء الخدمة اليونيدو - خطة الخدمات العامة الميدانية وخطة التأمين الطبي الكامل
	لا يوجد حد أدنى للمتطلبات ما دام الموظفون مؤمن عليهم وقت انتهاء خدمة الموظف
	منظمة الطيران المدني الدولي - خطة الاستحقاقات الطبية منظمة العمل الدولية - صندوق التأمين الصحي للموظفين المنظمة البحرية الدولية - خطة التأمين الطبي الجماعي برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - خطة التأمين الصحي (بما في ذلك صندوق الأمم المتحدة لسكان وهيئة الأمم المتحدة للمرأة) مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - خطة التأمين الصحي مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع - خطة التأمين الطبي منظمة السياحة العالمية - خطة التأمين الصحي والتأمين ضد الحوادث الاتحاد البريدي العالمي - صندوق التأمين الصحي

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

67- وهناك خطر الانتقاء السلبي في التسجيل المتأخر لأفراد العائلة. وفي رأي المفتش أن إمكانية الحصول على التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة دون اشتراط أن يكون قد سبق الاشتراك في خطة التأمين، تُفسح المجال أمام إمكانية الانتقاء السلبي لأن الأفراد الأكثر عرضة لخطر التعرض لحدث سلبي هم أكثر عرضة للسعي إلى التسجيل في نظام تديره الأمم المتحدة عندما يتحقق الخطر أو يكون على وشك أن يتحقق، وهو ما يميل إلى الزيادة مع التقدم في السن. وهذا، في نهاية المطاف، هو السبب في تحديد فترة دنيا للعضوية القائمة على الاشتراكات كشرط أساسي للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، وهو ما اعتمد بالفعل في 18 خطة للأمم المتحدة.

68- ويُتوقع أن تؤدي التوصية التالية إلى تحقيق وفورات مالية وتوزيع أكثر إنصافاً للمخاطر المتعلقة بالحق في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لأفراد العائلة بالنسبة للنظم التي لا تتطلب حداً أدنى لعدد سنوات الاشتراك أو تتطلب فترة اشتراك قصيرة جداً قبل اكتساب الحق في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، وفقاً لقرار الجمعية العامة 264/61. ومن المتوقع أيضاً أن يساعد ذلك على تحقيق تكافؤ الفرص فيما يتعلق بتنقل الموظفين بين الوكالات، وتجنب المنافسة غير الضرورية بين المنظمات من خلال فرض شروط أكثر سخاءً لاستحقاق التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لهؤلاء الأفراد من العائلة.

التوصية 3

ينبغي للرؤساء التنفيذيين لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة الذين لم يكفلوا بعد أن يكون حق أفراد عائلات الموظفين في الاشتراك بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة مشروطاً بخمس سنوات على الأقل من الاشتراك في نظام للتأمين الصحي القائم على الاشتراكات في الأمم المتحدة، دون المساس بالاستثناءات المبررة على النحو الواجب والقائمة على أحداث الحياة، أن يفعلوا ذلك بحلول نهاية عام 2026.

دال - أفساط الاشتراكات وحصصها بين المنظمات والأعضاء المشتركين في الخطط

1- الإنصاف والتضامن كأساس لتحديد الاشتراكات⁽⁴¹⁾

69- ويتعين إجراء مزيد من المواءمة في نماذج الضمان التي تقوم عليها نظم التأمين الصحي التي ترعاها الأمم المتحدة لكفالة التوزيع المنصف للأفساط والمخاطر. وتحدد أفساط التأمين الصحي الخاص عموماً على أساس المخاطر وعوامل التكلفة الأخرى للأشخاص المؤمن عليهم، مثل الظروف الصحية الموجودة من قبل، ونمط الحياة، والعمر، والموقع الجغرافي، وكلها تهدف إلى تحقيق التوازن بين مبدأ التوزيع التبادلي للمخاطر المتأصل في جميع طرائق التأمين والمسؤولية الشخصية. وبالمستوى نفسه من التغطية، يمكن للفرد الشاب الذي يتمتع بصحة جيدة أن يتوقع دفع أفساط تأمين صحي أقل من الشخص الأكبر سناً والأقل صحة، بينما يحصل الأخير على تغطية أقل شمولاً إذا كانت أفساطه هي نفسها التي يدفعها المشتركون الأصغر سناً. وعلى العكس من ذلك في سياق الضمان الاجتماعي، كما في نظم التأمين الوطنية للتأمين الصحي أو نظم منظومة الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات الدولية، فإن مبدأ التضامن القائم على أساس القدرة على الدفع وعمر المستفيد، هو العنصر الأساسي، وأما العنصر الآخر (الذي يتميز به أي تأمين، سواء كان عاماً أو خاصاً) فهو التوزيع التبادلي للمخاطر بين المشاركين بغض النظر عن أعمارهم وظروفهم الصحية ومستوى دخلهم. وبهذه الطريقة، فإن تطبيق هذين المبدأين، أي التضامن والتوزيع التبادلي للمخاطر على سواء، يُعزز التغطية المنصفة للرعاية الصحية للجميع، حيث إن ذلك يُعتبر منفعة خاصة وصالحاً عاماً وحقاً أساسياً من حقوق الإنسان⁽⁴²⁾. ومع ذلك، لا ينطبق ذلك بالتساوي بين جميع الخطط، وهو ما سيُنقش لاحقاً في هذا التقرير.

(41) انظر الوثيقة التكميلية لهذا الاستعراض للاطلاع على مزيد من التفاصيل عن أفساط التأمين الصحي.

(42) تعترف عدة صكوك دولية بحق الإنسان في الصحة. فالفقرة 1 من المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان تؤكد أن "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية"، على الرغم من أن العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية يوفر أشمل مادة بشأن الحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان. وبالإضافة إلى ذلك، تعترف اتفاقيات منظمة العمل الدولية بالحق في الصحة والضمان الاجتماعي، ومن هذه الاتفاقيات اتفاقية الضمان الاجتماعي (المعايير الدنيا)، 1952 (رقم 102)؛ واتفاقية المساواة في المعاملة (الضمان الاجتماعي)، 1962 (رقم 118)؛ واتفاقية إعانات إصابات العمل، 1964 [الجدول الأول المعدل في 1980] (رقم 121)؛ واتفاقية إعانات العجز والشيخوخة والورثة، 1967 (رقم 128)؛ واتفاقية الرعاية الطبية واستحقاقات المرض، 1969 (رقم 130)؛ واتفاقية المحافظة على حقوق الضمان الاجتماعي، 1982 (رقم 157)؛ واتفاقية حماية الأمومة، 2000 (رقم 183). وتعترف عدة صكوك إقليمية لحقوق الإنسان أيضاً بالحق في الصحة، مثل المادة 11 من الميثاق الاجتماعي الأوروبي؛ والمادة 16 من الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب؛ والمادة 10 من البروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان المتعلقة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وبالمثل، فإن الحق في الصحة أعلنته لجنة حقوق الإنسان وأعلن كذلك في إعلان وبرنامج عمل فيينا لعام 1993 وغيرها من الصكوك الدولية (التعليق العام رقم 14 (2000) للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الفقرة 2).

70- وقد وضعت الجمعية العامة المبدأين الأساسيين لاشتراكات التأمين الصحي في عام 1957. وتجدر الإشارة إلى أن الأمين العام مخول، بموجب قرار الجمعية العامة 1095 ألف (د-11)، بتمويل خطط الرعاية الطبية والرعاية في المستشفيات للموظفين، بحيث يُمنح "قدر أكبر من المساعدة المالية" إلى "الموظفين في مستويات المرتبات الأدنى أكبر مما يُمنح للموظفين في مستويات المرتبات الأعلى". ويعني ذلك أنه على الرغم من أن مجموع اشتراكات المنظمة ومجموعة المستفيدين ينبغي أن يكون متساوياً (في عام 1957، كانت المنظمة تدفع 50 في المائة من الأقساط و50 في المائة يدفعها الموظفون)، فإن اشتراكات الموظفين يجب أن تكون دالة (متناسبة أو حتى أكثر من متناسبة، ولكن يجب أن تكون إيجابية دائماً) لمرتبات كل منهم. والمبدأ الأساسي اللذان يحكمان تمويل هذا الجزء من سياسة الضمان الاجتماعي، كما هو منصوص عليه في القرار، هما أن مبدأ الرعاية الصحية مثل المعاشات التقاعدية، مسؤولية مشتركة لكلا الطرفين، أي جهة العمل والموظفين، وينبغي أن تُقسم الاشتراكات بين المشاركين على أساس قدرتهم على الدفع، على الرغم من وجود العديد من الطرق المختلفة للامتثال لولاية الهيئة التشريعية في هذا السياق (من خلال معدل تناسبي أو جدول تصاعدي أو متدرج، على سبيل المثال).

71- وتتميز معظم نظم التأمين بالقدرة على الدفع ومبادئ التضامن بين الأجيال كأساس لتوزيع الأقساط بين المستفيدين. ومن بين نظم التأمين الصحي البالغ عددها 26 نظاماً، تُحصل في 21 منها اشتراكات التأمين الصحي من الأعضاء المشتركين في الخطة على أساس نسبة مئوية ثابتة من أجر العضو المشترك في الخطة⁽⁴³⁾، مع اختلافات تبعاً لحجم العائلة، باستثناء منظمة السياحة العالمية التي تُطبق نسبة مئوية ثابتة بغض النظر عن حجم العائلة. ويرى المفتش أن تصميم هذه المعدلات التناسبية للاشتراكات ممارسة جيدة لأنها بسيطة وسهلة الفهم، في حين أنها تشمل التضامن على أساس القدرة على الدفع وعلى أساس العمر (مبدأ التضامن بين الأجيال). ويتعزز هذا النوع المتعدد المبادئ من التضامن في بعض الأحيان عن طريق جداول متدرجة (كما في حالة الأمانة العامة للأمم المتحدة ونظم الوكالة الدولية للطاقة الذرية)⁽⁴⁴⁾، وبالتالي جعل المساهمات في الحماية الصحية تصاعدياً، وهي بذلك تحاكي ضرائب الدخل التصاعدي الوطنية أو هيكل معدلات النظام الموحد للأمم المتحدة المطبق لتحديد الاقتطاعات الإلزامية بمرتبات الموظفين. ونتيجة لذلك، لا يكون التضامن متناسباً مع دخل الموظفين فحسب، بل يصبح أكثر من متناسب كلما ازدادت المرتبات.

72- ويظهر أيضاً البُعد العائلي للتضامن بدرجات متفاوتة. أما الهياكل البسيطة للاشتراكات، مثل منظمة السياحة العالمية التي يُعفى فيها جميع أفراد العائلة المسجلين، بدون حد عددي، من الاشتراكات، فهي تُمثل بُعداً جديداً للتضامن يُركز على العائلة. وفي هذه الحالة، تُعطي إعانة منظمة السياحة العالمية 100 في المائة من أقساط التأمين لجميع الأفراد المستحقين في عائلة الموظف (أي الزوج المعال والأطفال المعالين)، مع إدماج التأمين الصحي كعنصر من عناصر سياسة المنظمة لحماية العائلة.

73- ويُشكل أيضاً مبدأ التكافؤ أو مسببات التكاليف، الذي يُميز في العادة أقساط التأمين التجاري الخاص، جزءاً لا يتجزأ من بعض نظم التأمين. واستخدام الأقساط الثابتة بالقيمة المطلقة هو طريقة أخرى لحساب الاشتراكات لا تراعي التضامن على أساس القدرة على الدفع وتُستبدلها بصيغة مقيدة لمبدأ التكافؤ أو مسببات التكاليف، وهو ما يُميز في العادة أقساط التأمين التجاري الخاص. وعلى غرار ضريبة الأعتاق

(43) المنظمات المؤمّن لها في هذه النظم هي منظمة العمل الدولية، ومكتب الأمم المتحدة في جنيف، ومكتب الأمم المتحدة في فيينا، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وأمانة الأمم المتحدة في نيويورك، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، واليونسكو، ومفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، واليونسيف، ومنظمة الأمم المتحدة للتنمية الصناعية، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظمة الصحة العالمية.

(44) A/61/730، الفقرات 11، و12، و13.

تستند الأقساط الثابتة إلى حجم العائلة بدلاً من المخصصات، التي يمكن أن يُضاف إليها عنصر من عناصر بيانات المخاطر الفردية داخل العائلة، مما يؤدي إلى اشتراكات مختلفة للأطفال وبالبالغين. وفي إطار نظام التأمين الصحي الأساسي لمنظمة الأغذية والزراعة وخطة التأمين الصحي الأساسي لبرنامج الأغذية العالمي، يُحصّل مبلغ ثابت من الأعضاء المشتركين في هاتين الخطتين، ولكن مع التحذير بأن الاشتراكات محددة بنسبة 5 في المائة من المخصصات. وعلى الرغم من سهولة فهم هذا الترتيب للوهلة الأولى، فإنه قد يسفر، من الناحية العملية، عن اختلافات في الاشتراكات تتراوح بين 1 و5 في المائة من المخصصات، وعن إعانات أكبر للأسر التي لديها العديد من الأطفال المعالين (كما في حالة منظمة السياحة العالمية)، وعن موظفين ذوي مرتبات أقل يدفعون مبالغ أكبر نسبياً (5 في المائة من مرتباتهم في أسوأ الحالات) مقارنة بأصحاب المرتبات الأعلى (الذين يمثل المبلغ الثابت نفسه بالنسبة لهم بالتأكيد نسبة أقل من دخلهم).

74- **خطط يكون فيها التضامن على أساس القدرة على الدفع منعماً أو محدوداً.** وتمثل خطة الاتحاد البريدي العالمي للتأمين الصحي الخطة الوحيدة التي تُحصّل فيها الاشتراكات بمعدل ثابت على أساس سن الأعضاء المشتركين في الخطة، بغض النظر عن مستوى دخلهم، كما جرت العادة على ذلك في صناعة التأمين الخاص. وهذا يعني ضمناً، من جهة، أنه لا توجد إعانة متبادلة بين الأشخاص المؤمن عليهم (أو إعانات أكثر من المنظمة) على أساس القدرة على الدفع، ومن جهة أخرى، أن درجة التوزيع التبادلي للمخاطر محدودة بصورة أكبر، حيث يدفع الأشخاص الذين لديهم مخاطر أعلى، مثل السن، مبالغ أكبر (أي التأمين الذاتي على جزء أكبر، على الأقل من حيث القيمة المطلقة، من المخاطر). وفي إطار نموذج منظمة الطيران المدني الدولي، تُطبق نسب مئوية مختلفة على أقساط التأمين بالنسبة للموظفين المعيّنين دولياً والموظفين المعيّنين وطنياً، مما قد يؤدي إلى إعانات متبادلة بين المشاركين أو إلى توزيع غير متكافئ للإعانات المقدمة من المنظمة بين المجموعتين على أساس شرط خارج عن المبدأ الأساسي المتمثل في القدرة على الدفع.

75- **ويؤدي تنوع نماذج التضامن التي تُشكل جزءاً لا يتجزأ من الطريقة التي يتم بها تقييم اشتراكات الأشخاص المؤمن عليهم إلى نتائج مذهلة في بعض الأحيان.** ولأغراض توضيح الآثار المرتبطة بهذه الطرق المختلفة لحساب الاشتراكات، ترد في الجدول 7 النسبة المئوية لصافي أجر الموظفين على أساس مبلغ الاشتراك في خطة التأمين الصحي لمنظماتهم، ويُقارن، كدراسات حالة (أ) بين موظف يبلغ من العمر 35 عاماً يشغل وظيفة في الرتبة ف-3، الدرجة الخامسة، وموظف في العمر نفسه يشغل وظيفة في الرتبة خ (ع) 5، الدرجة الخامسة. ويبين التحليل المستمد من دراسات الحالة أنه في هذه الحالات، يمكن لموظف الرتبة خ ع-5، الدرجة الخامسة، ينقاضي دخلاً أقل من موظف في الرتبة ف-3، الدرجة الخامسة، في مركز العمل نفسه (جنيف، بانكوك، روما) أن يساهم بنسبة مئوية أعلى في إطار نظام التأمين الصحي نفسه.

الجدول 7

نسبة صافي أجر الموظف المخصصة لقسط التأمين الصحي: مقارنة بين موظف معين دولياً يبلغ من العمر 35 عاماً برتبة ف-3 من الدرجة الخامسة وموظف معين محلياً يبلغ من العمر 35 عاماً في الرتبة خ ع - 5 من الدرجة الخامسة في مركز العمل نفسه (بغض النظر عن الجنس)

الموظف + شخص بالغ		الموظف + شخص بالغ		الموظف فقط	
واحد + طفل واحد	واحد	واحد	واحد	واحد	واحد
خ ع-5	ف-3	خ ع-5	ف-3	خ ع-5	ف-3
الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة
نظام التأمين الصحي/مركز العمل الخامسة الخامسة الخامسة الخامسة الخامسة الخامسة					
بانكوك					
4,24	3,29	4,35	3,38	2,20	1,79
منظمة الطيران المدني الدولي: خطط الاستحقاقات الطبية					
جنيف، بيرن					
6,50	5,41	5,54	4,42	3,02	2,34
الاتحاد البريدي العالمي: صندوق التأمين الصحي					
5,39	5,23	4,71	4,38	2,51	2,32
المنظمة العالمية للملكية الفكرية: خطة التأمين الطبي الجماعي					
روما					
5,00	4,54	5,00	3,71	3,56	2,02
منظمة الأغذية والزراعة: نظام التأمين الصحي الأساسي					
5,00	3,77	5,00	3,06	2,84	1,61
برنامج الأغذية العالمي: خطة التأمين الصحي الأساسي					

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

76- وهناك حاجة إلى مزيد من الشفافية والتنسيق في تشكيل التضامن بين نظم التأمين. ويستند في العادة نموذج التضامن الأساسي الذي تختاره كل خطة لتحديد اشتراكات الموظفين إلى تقليد راسخ وعريق. غير أن تعقد الصيغ المستخدمة وما تتطوي عليه من عواقب لم يكن مفهوماً في بعض الأحيان لدى المستفيدين، بل وحتى لدى مديري خطط التأمين، وهو ما اتضح أثناء المقابلات وأثناء جمع البيانات من الاستبيان المؤسسي. ويعتقد المفتش أن هناك حاجة إلى مزيد من الشفافية والمناقشة بين المنظمة وممثلي الموظفين لضمان بلورة فهم واضح لنطاق هذه الترتيبات وأثرها على مستوى التوزيع التبادلي للمخاطر والتضامن بين الأجيال والتضامن بين الأشخاص المنصوص عليه في نظم التأمين. وعلاوة على ذلك، يرى المفتش أن هناك أيضاً مجالاً للأخذ بنهج شامل للمنظومة بأسرها في معالجة هذا الموضوع لوضع مجموعة من مبادئ تحديد الاشتراكات التي يمكن أن تُعزز المواءمة وقابلية المقارنة ويمكن أن تُعبّر عن نهج مشترك إزاء ما يُشكل أحد أهم عناصر مفهوم التضامن الاجتماعي، بما يتجاوز التغطية وتقسيم الأقساط بين الموظفين العاملين والمتقاعدين ومنظماتهم⁽⁴⁵⁾.

(45) يمكن أن تكون النماذج النوع السائد في السوق، حيث يقتصر التضامن على تجميع المخاطر بين مجموعة كبيرة من الأفراد ولا تستند الاشتراكات إلى الدخل أو القدرة على الدفع، بل إلى المخاطر أو النفقات المتوقعة (سن وعدد أفراد العائلة، وحتى الحالة الصحية)؛ والنوع المعتدل في إعادة التوزيع، حيث تُحدد المدفوعات بالتناسب مباشرة مع الدخل وبغض النظر عن السن وحجم العائلة، وبالتالي، عندما تتساوى جميع الأمور، يُساهم أصحاب الدخل الأعلى في دعم من يحصلون على دخل أقل، وتحصل الأسر الأكبر حجماً على إعانة من خلال الأسر الأصغر حجماً، وبصفة خاصة العزاب ذوي الدخل المماثل؛ والقابلية الكبيرة لإعادة التوزيع، حيث يُطبق مقياس مترج على الدخل لتحديد الاشتراكات، بالإضافة إلى عدم مراعاة السن أو تكوين العائلة، مما يُعزز الإعانات المتبادلة المبنية في الحالة السابقة؛ وجداول تنازلية، حيث يُطبق معدل متاسب عكسياً مع الدخل (يُمثل الدخل الثابت الذي يشبه ضريبة الأعناق، أبسط تعبير في هذه الفئة).

77- ويمكن أن يؤدي عدم وجود توجيهات مشتركة بشأن نموذج التضامن الذي تُحدد على أساسه حصة الاشتراكات إلى تفاقم التباينات في مستوى الدعم الذي تقدمه المنظمات للمشاركين في الخطة وإلى عدم الإنصاف في تقسيم الاشتراكات داخل مجموعة المستفيدين. ومن المتوقع أن تؤدي التوصية التالية إلى تعزيز اتساق السياسات ومواءمتها، وبالتالي تعزيز الشفافية والقابلية للمقارنة وتُنقل الموظفين بين الوكالات في خطط التأمين الصحي للمنظمات المشاركة.

التوصية 4

ينبغي للجمعية العامة للأمم المتحدة أن تطلب إلى لجنة الخدمة المدنية الدولية اقتراح مبادئ توجيهية لتعزيز الاتساق في تطبيق مبادئ التضامن بين الأجيال، والقدرة على الدفع، وحماية العائلة في نُظم التأمين الصحي التي تشترك في رعايتها مؤسسات النظام الموحد للأمم المتحدة.

2- الأساس الذي يقوم عليه حساب اشتراكات الموظفين المتقاعدين

78- المعاشات التقاعدية الفعلية هي الطريقة الأكثر دقة لتقييم قدرة المتقاعدين على الدفع، كما هو الحال بالنسبة للموظفين العاملين وفي حين أنه بالنسبة للموظفين العاملين فإن أساس الاقتطاع يكون في العادة هو صافي المرتب الشهري الأساسي مضافاً إليه تسوية مقر العمل (بالنسبة للموظفين المعيّنين دولياً) والبدلات الأخرى، مثل بدلات اللغة وبدلات غير المقيمين، فإن هذا الأساس بالنسبة للمتقاعدين يختلف من المعاشات التقاعدية الفعلية إلى مبلغ يُعتبر معادلاً وظيفياً، مثل النسبة المئوية من آخر مرتب للموظف أثناء الخدمة الفعلية. والغرض من ذلك هو تبسيط الحسابات وتجنب الاعتماد على بيانات الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة، غير أن القياس الأكثر إنصافاً فيما يتعلق بالقدرة على الدفع، والأكثر دقة، هو المعاشات التقاعدية الفعلية، كما يشهد على ذلك استخدام المرتبات في حالة الموظفين العاملين وكما قررت الجمعية العامة في قرارها 1 095 ألف (د-11) المؤرخ 27 شباط/فبراير 1957⁽⁴⁶⁾. ولهذا السبب، بالإضافة إلى تعزيز القابلية للمقارنة بين نُظم التأمين وتحقيق المواءمة بينها في المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة، يقترح المفتش، كلما توافرت بيانات، أن تستخدم المعاشات التقاعدية الفعلية (أو نسبة موحدة منها) وليس أي مبلغ بديل كأساس لحساب اشتراكات المتقاعدين في نُظم التأمين الصحي الخاصة بكل منهم من أجل المواءمة بصورة أفضل بين هذه الاشتراكات وقدرة المتقاعدين على الدفع، دون المساس باستخدام المعاش التقاعدي النظري للغرض نفسه، على النحو المبين في الفقرات أدناه.

79- ويمكن للمعاش التقاعدي النظري كأساس لحساب اشتراكات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة أن يُعزز التضامن ويساعد على احتواء التكاليف. ويُشكل استخدام معاش تقاعدي نظري يُعادل الحد الأدنى من سنوات العضوية لتحديد اشتراكات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة شكلاً آخر من أشكال التضامن مع الأعضاء ذوي الحياة الوظيفية الأطول عندما تُحسب الاشتراكات على أساس المعاشات التقاعدية الفعلية⁽⁴⁷⁾، فضلاً عن كونه وسيلة لاحتواء التكاليف. وقد وافقت الجمعية العامة، في

(46) إن الجمعية العامة [...] "تخول الأمين العام أن يوسع، اعتباراً من أول حزيران (يونيه) 1957 ... أنظمة التأمين الطبي والتأمين الخاص بالعلاج في المستشفيات المطبقة في الوقت الحاضر على الموظفين، على أن تمول هذه الأنظمة على أساس توزيع مجموع النفقات بين الموظفين المشتركين في تلك الأنظمة وبين المنظمة بنسبة متساوية تقريباً، بحيث ينال موظفو الدرجات الدنيا مساعدة مالية تفوق المساعدة التي ينالها موظفو الدرجات العليا".

(47) يُستخدم في بعض الأحيان جزء من المعاش التقاعدي، بدلاً من المعاش التقاعدي الفعلي الكامل، لأغراض حساب اشتراكات المتقاعدين، وذلك بقصد تخفيض هذه الاشتراكات تناسيباً. وما دامت النسبة مطبقة على المعاشات التقاعدية هي نفسها النسبة المطبقة على معاشات جميع المتقاعدين، أي 50 في المائة للجميع، فإن أثر إعادة التوازن بين الاشتراكات المقدمة من الأعضاء ذوي الحياة الوظيفية الأقصر من خلال استخدام معاش تقاعدي نظري ومن لديهم حياة وظيفية أطول يبقى على حاله دون تغيير.

قرارها 264/61، على تطبيق معاش تقاعدي نظري لا يقل عن 25 سنة من الخدمة كأساس لتقدير اشتراكات المتقاعدين الذين لديهم عدد أقل من سنوات الاشتراك في خطة التأمين الصحي التي تتولى الأمم المتحدة إدارة مطالباتها، بحيث يتعين عليهم دفع الاشتراك المقابل للمعاشات التقاعدية الأعلى من المعاش التقاعدي الذي يتقاضونه بالفعل، مما يؤدي إلى قيام المنظمة (وسائر المتقاعدين) بدفع اشتراكات أقل⁽⁴⁸⁾. وبالنظر إلى أصل هذه المبادرة، تجدر الإشارة إلى أنه لا علاقة لها بمبدأ القدرة على الدفع، بل تتعلق باكتساب الحق في إعانة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

80- **ولا يُطبق المعاش التقاعدي النظري سوى عدد قليل من المنظمات المشاركة.** ومن بين 26 نظاماً من نُظم التأمين الصحي، هناك 8 نُظم تتمثل للقرار المذكور أعلاه أو تتبعه. والمنظمات المؤمن لها في هذه النُظم هي منظمة العمل الدولية، ومكتب الأمم المتحدة في جنيف، والأمانة العامة للأمم المتحدة في نيويورك، واليونيدو. وتُطبق نُظم التأمين في إطار اليونسكو ومنظمة الصحة العالمية أيضاً أساساً مماثلاً، ولكن اليونسكو تستخدم معاشاً تقاعدياً نظرياً لمدة 20 سنة، بينما تُطبق منظمة الصحة العالمية فترة مدتها 30 سنة. ولا يستخدم أي من نُظم التأمين الأخرى أي معاش تقاعدي نظري للحد من الإعانات المقدمة إلى المتقاعدين، على الرغم من أن استخدام المخصصات الفعلية وقت انتهاء الخدمة قد يؤدي إلى آثار مماثلة من حيث زيادة اشتراكات المتقاعدين.

81- ويرد في الجدول 8 تطبيق أسس مختلفة على الموظفين المتقاعدين المستحقين للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة والإعانات المقدمة من المنظمة لأقساط التأمين الصحي.

الجدول 8

أساس حساب اشتراك الموظف المتقاعد في أقساط التأمين الصحي

أساس الحساب	المنظمات المشاركة ونظام التأمين الصحي
معاش تقاعدي نظري لا يقل عن 10 سنوات (ما لم يكن مبلغ المعاش التقاعدي الفعلي الكامل أعلى)	منظمة السياحة العالمية - خطة التأمين الصحي والتأمين ضد الحوادث
معاش نظري لا يقل عن 20 سنة	اليونسكو - صندوق التأمين الصحي
معاش تقاعدي نظري لا يقل عن 25 سنة (ما لم يكن مبلغ المعاش التقاعدي الفعلي الكامل أعلى)	منظمة العمل الدولية - صندوق التأمين الصحي مكتب الأمم المتحدة في جنيف - جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة
	مكتب الأمم المتحدة في فيينا - خطة التأمين الطبي الكامل
	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة إيتنا، وخطة (Aetna)
	وخطة Empire Blue Cross، وخطة Cigna لرعاية الأسنان، وخطة الأمم المتحدة العالمية
	اليونيدو - خطة التأمين الطبي الكامل وخطة الخدمات العامة الميدانية
معاش تقاعدي نظري لا يقل عن 30 سنة أو كامل مبلغ المعاش التقاعدي في حالة التقاعد بعد أكثر من 30 سنة من الاشتراك في الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة	منظمة الصحة العالمية - التأمين الصحي للموظفين

(48) على الرغم من أن الجمعية العامة وافقت في قرارها 264/61 على استخدام المعاش التقاعدي النظري، فإن هذا الحكم لم يدخل حيز النفاذ إلا في تموز/يوليه 2017 بالنسبة لجميع الموظفين المعيّنين منذ 1 تموز/يوليه 2007، حيث أُرجئ التنفيذ الكامل ريثما ينظر الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في آليات الاستحقاق البديلة. وفي ضوء عدم توافر آراء الفريق العامل بشأن هذه البدائل، دخل الحكم الذي وافقت عليه الجمعية العامة حيز النفاذ الكامل اعتباراً من 1 كانون الثاني/يناير 2003 (A/76/373، الفقرة 63).

منظمة الأغذية والزراعة - التغطية الطبية بعد انتهاء الخدمة والتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	استحقاق دوري كامل من الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة (بعد إعادة حسابه ليشمل أي جزء قد يكون استُبدل بمبلغ مقطوع)، بما في ذلك تسويات تكلفة المعيشة؛ أو 46 في المائة من متوسط الأجر النهائي ^(أ) وفقاً لحسابات الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة
برنامج الأغذية العالمي - خطة التأمين الصحي الأساسي	استحقاق دوري كامل من الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة (بعد إعادة حسابه ليشمل أي جزء قد يكون استُبدل بمبلغ مقطوع)، بما في ذلك تسويات تكلفة المعيشة؛ أو 32 في المائة من متوسط الأجر النهائي ^(أ) ، وفقاً لحسابات الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة
الوكالة الدولية للطاقة الذرية - خطة التأمين الطبي بعد انتهاء الخدمة	المخصصات الشهرية الصافية خلال آخر شهر كامل من الخدمة (ثابتة طوال فترة حياة المتقاعدين) لتحديد النسبة المئوية التي سيُساهم بها العضو المشترك في الخطة في مبلغ قسط التأمين
المنظمة البحرية الدولية - خطة التأمين الطبي الجماعي	أكبر المبلغين التاليين: ثلث الأجر المستخدم لحساب الاشتراك في تاريخ انتهاء الخدمة أو الاستحقاق الدوري الكامل للصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة (بعد إعادة حسابه ليشمل أي جزء قد يكون استُبدل بمبلغ مقطوع)
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة التأمين الطبي برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - خطة التأمين الصحي مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - خطة التأمين الصحي اليونيسيف - خطة التأمين الطبي برنامج الأغذية العالمي - نظام تغطية التأمين الصحي	50 في المائة من صافي المرتب الحالي المقابل لرتبة الموظف المتقاعد ودرجته عند انتهاء خدمته، مع تعديله دورياً حسب الزيادات في تكلفة المعيشة التي يُعلنها الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة
مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع - خطة التأمين الطبي	صافي المرتب الحالي المقابل لرتبة الموظف المتقاعد ودرجته عند انتهاء خدمته ^(ب)
منظمة الطيران المدني الدولي - خطة الاستحقاقات الطبية الاتحاد البريدي العالمي - صندوق التأمين الطبي المنظمة العالمية للملكية الفكرية - خطة التأمين الطبي الجماعي	مبالغ الاشتراكات الثابتة غير المنطبقة، بغض النظر عن مستوى الدخل

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

- (أ) متوسط الأجر الداخل في حساب المعاش التقاعدي لأعلى 36 شهراً من السنوات الخمس الأخيرة من الخدمة
(ب) ومع ذلك، تبلغ معدلات الاشتراكات للموظفين المتقاعدين 50 في المائة من معدلات الاشتراكات للموظفين العاملين.

82- **ويُعد تخفيض الاشتراكات التي تدفعها المنظمات المشاركة للمتعاقدين الذين يشتركون اشتراكاً محدوداً في الخطط ممارسة جيدة. وكما هو مبين، وضعت مجموعة متنوعة من النهج في جميع الخطط لحساب اشتراكات المتقاعدين على أساس قدرتهم على الدفع أو المعيار البديل المتعلق بمسببات النفقات. وتتراوح هذه النهج بين المعاشات التقاعدية الفعلية - وهي أقرب تقدير تقريبي للقدرة على الدفع - وآخر أجر تقاضاه الموظف المتقاعد أثناء وجوده في الخدمة الفعلية، ومبلغ صافي المرتب الحالي المقابل لآخر رتبة ودرجة للموظف المتقاعد، أو حتى مبلغ الاشتراكات بمعدل ثابت لا صلة له بالدخل. وباستثناء معدل المبلغ الموحد، تستند جميع النهج الأخرى إلى الدخل، وبالتالي إلى المبدأ الأساسي المتمثل في القدرة على الدفع المطبق في العادة على نُظم الضمان الاجتماعي واعتمده الدول الأعضاء في عام 1957؛ ويرى المفتش أن جميع هذه النهج مقبولة، وهي فكرة أيدها ممثلو رابطات الموظفين الذين أُجريت معهم مقابلات والذين لم يثيروا أي شواغل في هذا الشأن. غير أن ما يمكن أن يساعد على زيادة المواءمة هو عدد السنوات التي تؤخذ في الاعتبار عند تقدير المعاش التقاعدي النظري المستخدم لحساب اشتراكات المتقاعدين كوسيلة لتخفيض حصة الأقساط التي تتحملها المنظمات المشاركة للمتعاقدين ذوي الاشتراكات**

المحدودة في الخطط. لذلك يقترح المفتش أن يراعى في أساس حساب الاشتراكات، إلى جانب القدرة على الدفع (من الناحية المثالية، المعاش التقاعدي الفعلي)، الحاجة إلى التقليل إلى أدنى حد من الإعانات المفرطة للمتقاعدين الذين كانت مشاركتهم في نظام التأمين منخفضة أثناء الخدمة الفعلية.

3- حصص أقساط التأمين بين الأعضاء المشتركين في الخطة والمنظمات

83- تقتضي مبادئ تقاسم أقساط التأمين التي وضعتها الجمعية العامة أن تُغطي جهة العمل 50 في المائة أو أكثر من التكلفة، على أن تكون الاشتراكات التي يتحملها المستفيدون محددة على أساس أجورهم. وقررت الجمعية العامة في قرارها 1095 ألف (د-11)، الذي اعتمده في 27 شباط/فبراير 1957، أن تمول نظم الرعاية الطبية ونظم الرعاية في المستشفيات المطبقة على الموظفين "على أساس توزيع مجموع النفقات بين الموظفين المشتركين في تلك الأنظمة وبين المنظمة بنسبة متساوية تقريباً"، وإن كانت الجمعية العامة قد أدخلت في عام 1983⁽⁴⁹⁾ نسبة قصوى قدرها 2 إلى 1 بين حصة المنظمة وحصة الأعضاء المشتركين في الخطة على سبيل التجربة لنظم التأمين الصحي في الولايات المتحدة بسبب ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية في ذلك البلد⁽⁵⁰⁾. وفي حين أن التوزيع الإجمالي للاشتراكات يتبع هذه النسبة، فإنها لا تُطبق بشكل ثابت، حيث إن اشتراكات الأعضاء في نظام التأمين، وفقاً للقرار المذكور أعلاه، هي دالة على صافي أجورهم، بما يجعل اشتراكات المنظمة، التي تغطي الرصيد المستحق لكل قسط فردي، تتناسب عكسياً مع مستويات المرتبات. وبالإضافة إلى ذلك، واستناداً أيضاً إلى مبالغ الأقساط والنسب المئوية المحددة لاشتراكات الموظفين، تكون حصة المنظمة أعلى قليلاً بالنسبة لمن تكون لديه عائلة أكبر، وبالتالي يُدرج في تحديد الاشتراكات عامل لحماية العائلة مرتبط أيضاً بنموذج المخاطر المتباينة التي تتعرض لها الأسر تبعاً لحجمها.

84- ويتراوح المستوى الفعلي لاشتراكات المنظمات في أقساط التأمين الصحي بين 50 في المائة و75 في المائة. وتحفظ مجموعة من المنظمات المشاركة - منظمة العمل الدولية، ومنظمة الطيران المدني الدولي (للموظفين المعيّنين دولياً)، ومكتب الأمم المتحدة في جنيف، ومكتب الأمم المتحدة في فيينا، واليونسكو، واليونيدو، والاتحاد البريدي العالمي - بحصة الاشتراك عند نحو 50 في المائة بالنسبة للموظفين العاملين. وفي إطار نظم التأمين الصحي التي تقتصر على الموظفين المعيّنين محلياً خارج المقر، تُقدم المنظمات أعلى مستوى من الاشتراكات، تتراوح بين 50 في المائة و75 في المائة، كما هو الحال بالنسبة لخطط التأمين الطبي التي تديرها الأمانة العامة للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واليونسيف ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، وخطة تغطية التأمين الطبي التي تديرها منظمة الأغذية والزراعة، وخطة الاستحقاقات الطبية التي تديرها منظمة الطيران المدني الدولي. ويمثل التأمين الصحي لموظفي منظمة الصحة العالمية نظام التأمين الوحيد الذي تبلغ نسبة اشتراكه 2 إلى 1 بين المنظمة وأعضاء الخطة المستحقين، وتطبق على الأعضاء المشتركين في الخطة في جميع أنحاء العالم.

85- وتوفّر نصف نظم التأمين فقط مستوى من الإعانة للموظفين المتقاعدين أعلى من مستوى الإعانة للموظفين العاملين، مما يُعزز مبدأ التضامن بين الأجيال المتأصل في فكرة التأمين أو التوزيع التبادلي للمخاطر الصحية. وتُحدد عدة نظم نسباً مئوية ثابتة لحصص الاشتراكات. فعلى سبيل المثال، تبلغ حصص الاشتراكات في مخطتي منظمة العمل الدولية ومكتب الأمم المتحدة في فيينا نسبة 50

(49) قرار الجمعية العامة 235/38.

(50) أصدرت الجمعية العامة آخر تأكيد لهذا القرار في عام 2014 في قرارها 251/69 الذي يقضي بأن تستمر المنظمة والموظفون العاملون والمتقاعدون المشتركون في خطط التأمين الصحي في العمل بالنسب الحالية لتقاسم أقساط التأمين الصحي.

إلى 50 بين المنظمة والموظفين العاملين ونسبة 67 إلى 33 بين المنظمة والموظفين المتقاعدين، كما هو مبين في الجدول 9. ويمكن الرجوع إلى مزيد من التفاصيل عن الترتيبات المتعلقة بحصة الاشتراكات في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

86- وفي بعض المنظمات، يدفع الموظفون عموماً نسبة من الأقساط أعلى مما تدفعه المنظمة. وكما يتبين من الجدول 10، فإن هذا هو الحال بالنسبة لخطة تغطية التأمين الطبي في منظمة الأغذية والزراعة، وخطة الأمم المتحدة العالمية في الأمانة العامة للأمم المتحدة (للموظفين العاملين) ومخطتي اليونيدو للمتقاعدين.

87- وفي حين أن مبادئ التضامن بين الأشخاص وبين الأجيال موجودة في معظم الخطط، هناك تفاوتات في توزيع الأقساط. وخلص المفتش إلى أن الترتيبات الحالية لتقاسم تكاليف أقساط التأمين الصحي بين المنظمات والأعضاء المشتركين في الخطة متوائمة بصفة عامة مع قرارات الجمعية العامة ذات الصلة ومع مبادئ التضامن بين الأشخاص والأجيال المتأصلة في مفهوم الضمان الاجتماعي، حيث إن الموظفين الذين يتقاضون معدلات أجور أقل ولديهم أسر أكبر يحصلون في العادة على حصة أكبر من الاشتراكات من منظماتهم، في حين أن الموظفين المتقاعدين ومعاليمهم يساهمون بنسبة أقل ويتلقون إعانات أعلى، ويحتمل أن يتكبوا مبالغ أكبر من مبالغ مدفوعات التأمين الصحي. ومع ذلك، وكما جاء من قبل، تكثر أوجه عدم المساواة النسبية في تقاسم تكاليف التأمين الصحي، كما هو مبين في الجدول 9 وموضح بالتفصيل في القسم الفرعي التالي.

الجدول 9

الحصص الإجمالية للمساهمات حسب نظام التأمين الصحي في عام 2022⁽¹⁾

نظام التأمين الصحي		المنظمة: الموظفون المتقاعدون	المنظمة: الموظفون العاملون	حصص الاشتراك (%)
منظمة الأغذية والزراعة - نظام التأمين الصحي الأساسي/التغطية الطبية بعد انتهاء الخدمة	61:39	63:37		
منظمة الأغذية والزراعة - نظام تغطية التأمين الصحي/التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	39:61		غير منطبق	
الوكالة الدولية للطاقة الذرية - خطة التأمين الطبي الكامل/خطة التأمين الطبي بعد انتهاء الخدمة ^(ب)	40:60	44:56		
منظمة الطيران المدني الدولي - خطة الاستحقاقات الطبية	48:52	52:48		
منظمة العمل الدولية - صندوق التأمين الصحي للموظفين	52:48	67:33		
المنظمة البحرية الدولية - خطة التأمين الطبي الجماعي	63:37	83:17		
مكتب الأمم المتحدة في جنيف - جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة	47:53	65:35		
مكتب الأمم المتحدة في فيينا/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة - خطة التأمين الطبي الكامل	56:44	77:23		
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Aetna	51:49	75:25		
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Cigna لرعاية الأسنان	55:45	71:29		
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Empire Blue Cross	59:41	78:22		
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة التأمين الطبي للأمم المتحدة	79:21	67:33		
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة الأمم المتحدة العالمية	34:66	61:39		
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - خطة التأمين الصحي	77:23	75:28		
اليونسكو - صندوق التأمين الصحي	50:50	50:50		
مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - خطة التأمين الطبي	78:22			

(البيانات المصنفة غير متاحة)

حصص الاشتراك (%)		نظام التأمين الصحي
المنظمة: الموظفون المنظمون المتقاعدون	المنظمة: الموظفون العاملون	
البيانات غير متاحة	79:21	اليونيسيف - خطة التأمين الطبي
30:70	53:47	اليونيدو - خطة الخدمات العامة الميدانية
30:70	53:47	اليونيدو - خطة التأمين الطبي الكامل
89:11	77:23	مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع - خطة التأمين الطبي
البيانات غير متاحة		منظمة السياحة العالمية - خطة التأمين الصحي والتأمين ضد الحوادث
البيانات غير متاحة		الاتحاد البريدي العالمي - صندوق التأمين الصحي
57:43	52:48	برنامج الأغذية العالمي - خطة التأمين الصحي الأساسي
69:31	67:33	منظمة الصحة العالمية - التأمين الصحي للموظفين
48:52	47:53	المنظمة العالمية للملكية الفكرية - خطة التأمين الطبي الجماعي

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة استناداً إلى المعلومات المالية المقدمة من المنظمات المشاركة.

- (أ) تشمل الاشتراكات المقدمة من المنظمات أيضاً مدفوعات إضافية مقابل أتعاب شركة إدارة مطالبات التأمين أو رسوماً إدارية داخلية متصلة بالمطالبات، إن وجدت؛
- (ب) تشمل مبالغ الاشتراكات من الموظفين العاملين والمتقاعدين مبالغ مدعومة بإعانات. ويؤثر ذلك تأثيراً طفيفاً على حساب النسبة.

88- ويلزم وضع معايير موحدة لتقاسم تكاليف التأمين الصحي. وتمشياً مع التوصية 4 من هذا الاستعراض، يرى المفتش أنه بغض النظر عن الاختلافات في التغطية، لا يوجد سبب واضح لتطبيق معدلات متباينة لتقاسم الأقساط بين المنظمات والمستفيدين في مختلف نظم التأمين. ويرى المفتش أيضاً أن استحقاق الضمان الاجتماعي، ولا سيما التأمين الصحي، يعني ضمناً أن المنظمات تتحمل، كحد أدنى، ما لا يقل عن نصف تكلفة نظم التأمين.

4- دراسة مقارنة لاشتراكات الموظفين في أقساط التأمين الصحي في ستة مراكز عمل

89- استخدم الاستعراض دراسات حالة لدراسة المدفوعات المتعلقة بأقساط التأمين الصحي التي يدفعها الموظفون العاملون، واختيرت ستة مراكز عمل من مناطق مختلفة هي: بانكوك، وبرازيليا، والقاهرة، وجنيف، وجوبا، ونيروبي، وتستضيف مراكز العمل المذكورة كيانات مختلفة من الأمم المتحدة، مما يعني وجود عدد كبير من نظم التأمين الصحي المختلفة. واستعرضت دراسات الحالة النسبة المئوية لأجور موظف معين دولياً برتبة ف-3 من الدرجة الخامسة، وموظف معين وطنياً برتبة خ ع-5 من الدرجة الخامسة⁽⁵¹⁾، مقسمة على قسط التأمين الصحي.

90- ويمكن أن تختلف تكلفة التأمين الصحي للموظفين من الفئة نفسها داخل مركز العمل الواحد بمعامل يصل إلى 2,5، حسب المنظمة والخطة. وتبين البيانات المستمدة من دراسات الحالة أن من الممكن وجود اختلاف بمعامل يصل إلى 2,5 بين أقل قسط وأكبر قسط للموظفين من الرتبة ف-3 من الدرجة الخامسة داخل مراكز العمل نفسها. وعلى سبيل المثال، يدفع الموظف في الرتبة ف-3 من الدرجة الخامسة المؤمن عليه في إطار خطة الأمم المتحدة العالمية للأمانة العامة للأمم المتحدة في بانكوك 121,73 دولاراً في الشهر مقابل حصته من اشتراكات أقساط التأمين (للموظف فقط)، أي 1,48 في المائة من أجره الصافي، في حين أنه إذا كان مؤمناً عليه في إطار صندوق التأمين الصحي لموظفي

(51) تستند البيانات إلى جداول المرتبات ومعدلات تسوية مقر العمل وأسعار الصرف المعمول بها في الأمم المتحدة في 31 تموز/يوليه 2023.

منظمة العمل الدولية فإنه يدفع 291,99 دولاراً في الشهر، أي 3,55 في المائة من الأجر الصافي نفسه. وبالمثل، بالنسبة لعائلة مكونة من ثلاثة أفراد، (موظف وزوجة وطفل واحد) في نيروبي، يدفع الموظف في إطار خطة الأمم المتحدة العالمية 309,01 دولاراً في الشهر، أي 3,6 في المائة من أجره الصافي، مقارنة بمبلغ 541,25 دولاراً في الشهر، أي 6,31 في المائة من الأجر الصافي إذا كان مؤمناً عليه في إطار التأمين الطبي الجماعي لموظفي اليونيدو العاملين في المقر.

91- ويمكن أن توجد اختلافات كبيرة في حالة موظفي فئة الخدمات العامة. وبالنسبة لموظف في الرتبة خ (ع) 5 من الدرجة الخامسة، يمكن أن يكون هناك فرق يصل إلى أربعة أضعاف في اشتراكه في أقساط التأمين بين نظامين. فعلى سبيل المثال، يبلغ الاشتراك الشهري في قسط التأمين الشهري للموظف الواحد وأحد أفراد عائلته البالغين في نيروبي 18,27 دولاراً، أي 1,35 في المائة من الأجر الصافي، في إطار خطط التأمين الصحي للأمانة العامة للأمم المتحدة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، و77,65 دولاراً، أي 5,74 في المائة من الأجر الصافي نفسه، في إطار خطة الاستحقاقات الطبية لمنظمة الطيران المدني الدولي. ويرد في الجدول 10 حجم القسط الشهري والنسبة المئوية من الأجر الصافي المخصصة لقسط التأمين الذي يدفعه موظف برتبة ف-3 من الدرجة الخامسة في بانكوك. وترد في الجدول 11 مجموعة مماثلة من البيانات المتعلقة بموظف برتبة خ ع - 5 من الدرجة الخامسة في مركز العمل نفسه. ويمكن الاطلاع على البيانات المقدمة من مراكز العمل الستة المختارة لدراسات الحالة في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

الجدول 10

مبلغ الأقساط الشهرية للتأمين الصحي والنسبة المئوية من الأجر الصافي لموظف برتبة ف-3 من الدرجة الخامسة في بانكوك

مبلغ القسط الشهري (بالدولار)			نظام التأمين الصحي
(النسبة المئوية من مرتب الموظف المخصصة لقسط التأمين)			
الموظف فقط	الموظف + فرد واحد	الموظف + اثنان من أفراد العائلة المستحقين	
مركز العمل: بانكوك			
176,43 (2,15)	344,63 (3,95)	432,27 (4,82)	منظمة الأغذية والزراعة - نظام التأمين الصحي الأساسي
147,12 (1,79)	294,44 (3,38)	294,44 (3,29)	منظمة الطيران المدني الدولي - خطة استحقاقات الخدمات الطبية
291,99 (3,55)	402,80 (4,62)	446,34 (4,98)	منظمة العمل الدولية - صندوق التأمين الصحي للموظفين
121,73 (1,48)	199,66 (2,29)	322,66 (3,60)	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة الأمم المتحدة العالمية لموظفي الأمانة العامة للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وهيئة الأمم المتحدة للمرأة وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع
259,91 (3,16)	414,30 (4,75)	496,53 (5,54)	اليونسكو - صندوق التأمين الصحي
259,35 (3,15)	412,35 (4,73)	565,15 (6,31)	اليونيدو - خطة التأمين الطبي الكامل
279,65 (3,40)	383,62 (4,40)	430,21 (4,80)	مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة
141,64 (1,72)	285,13 (3,27)	359,92 (4,02)	برنامج الأغذية العالمي - خطة التأمين الصحي الأساسي

مبلغ القسط الشهري (بالدولار)			نظام التأمين الصحي
(النسبة المئوية من مرتب الموظف المخصصة لقسط التأمين)			
الموظف فقط	الموظف + فرد واحد	الموظف + اثنان من أفراد العائلة المستحقين	
(2,55) 209,74	(5,10) 444,65	(5,45) 488,47	منظمة الصحة العالمية - التأمين الصحي للموظفين، وأيضاً لموظفي برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

الجدول 11

مبلغ أقساط التأمين الصحي الشهرية والنسبة المئوية من الأجر الصافي للموظف برتبة خ ع -5 من الدرجة الخامسة في بانكوك

مبلغ القسط الشهري (بالدولار)			نظام التأمين الصحي
(النسبة المئوية من مرتب الموظف المخصصة لقسط التأمين)			
الموظف فقط	الموظف + فرد واحد	الموظف + اثنان من أفراد العائلة المستحقين	
(1,43) 29,81	(1,82) 38,08	(2,61) 56,10	مركز العمل: بانكوك منظمة الأغذية والزراعة - نظام تغطية التأمين الصحي
(2,20) 45,82	(4,36) 91,13	(4,24) 91,13	منظمة الطيران المدني الدولي - خطة استحقاقات الخدمات الطبية
(3,55) 74,00	(4,62) 96,67	(4,98) 107,05	منظمة العمل الدولية - صندوق التأمين الصحي للموظفين
(1,05) 21,89	(1,35) 28,25	(1,85) 39,77	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة التأمين الصحي
(1,10) 22,93	(1,40) 29,29	(2,00) 42,99	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - خطة التأمين الصحي
(3,16) 65,87	(4,73) 99,02	(5,54) 119,08	اليونسكو - صندوق التأمين الصحي
(1,10) 22,93	(1,40) 29,29	(1,90) 40,84	اليونيسيف - خطة التأمين الصحي
(1,05) 21,89	(1,35) 28,25	(1,85) 39,77	مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - خطة التأمين الصحي
(1,85) 38,57	(2,78) 58,06	(5,54) 119,08	اليونيدو - خطة التأمين الطبي الكامل
(1,10) 22,93	(1,40) 29,29	(2,00) 42,99	مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع - خطة التأمين الصحي
(1,21) 25,22	(1,54) 32,22	(2,20) 47,29	برنامج الأغذية العالمي - خطة التأمين الصحي الأساسي
(2,55) 53,16	(5,10) 106,71	(5,45) 117,15	منظمة الأغذية والزراعة - التأمين الصحي للموظفين، وأيضاً لموظفي برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

92- يلزم زيادة التنسيق لتجنب المنافسة الضارة وضمان شروط خدمة أكثر قابلية للمقارنة. وفي ضوء البيانات المبيّنة في الجدولين 10 و 11 ونتائج المقابلات التي أُجريت، يبدو أنه لا توجد أسباب وجيهة للتفاوتات الملاحظة، باستثناء وجود نظم تأمين متعددة متفاوتة من حيث التغطية (انظر القسم هاء أدناه) ومن حيث مصروفات الإدارة في الموقع نفسه. وعلى الرغم من أن هذا التفسير قد يكون مقبولاً من حيث فهم الاختلافات، فإن النتيجة قابلة للنقاش، لأنها تعني ضمناً أن الموظفين الذين يعملون في الظروف نفسها يعملون معاملة مختلفة بالاستناد فقط أو في الغالب إلى انتمائهم إلى نظام تأمين معين. ومن الواضح أن هذا الوضع، إلى جانب الحالات الأخرى التي سبقت الإشارة إليها، والاختلافات في التغطية المبيّنة في القسم هاء أدناه، يتعارض مع هدف النظام الموحد الذي يتجنب المنافسة الضارة بين مؤسسات المنظومة عند تعيين الموظفين، مع توفير ظروف عمل متساوية للموظفين في مركز العمل نفسه، بصرف النظر عن جهة العمل. ويقترح المفتش أن تنسق مؤسسات منظومة الأمم المتحدة جهودها على مستوى مراكز العمل لكي تتفادى قدر المستطاع التفاوتات في الاشتراكات والتغطية.

هاء - التغطية والاستحقاقات

93- وقع الاختيار على أحد عشر بُعداً رئيسياً لمقارنة مستوى التغطية والاستحقاقات بين نظم التأمين. ولا توجد أي معايير معترف بها دولياً لمستوى تغطية التأمين الصحي للموظفين يمكن أن يستخدمها هذا الاستعراض لتقييم مدى كفاية نظم التأمين الصحي داخل منظومة الأمم المتحدة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن التفاصيل الدقيقة بشأن ما تقدمه مختلف نظم التأمين من حيث الشمول والاستحقاقات، إلى جانب مبالغ الأقساط المختلفة، تجعل من غير العملي الحكم على ما إذا كان أحد نظم التأمين يوفر تغطية أفضل من غيره. ومع ذلك، أُختير في هذا الاستعراض 11 بُعداً رئيسياً لمقارنة مستوى التغطية والاستحقاقات التي توفرها هذه النظم ولتقديم بعض الأفكار لتحقيق مزيد من المواءمة. واختيرت الأبعاد من خلال النظر في السمات ومجالات التغطية الأكثر شيوعاً في معظم خطط التأمين الصحي وأكثرها استخداماً من جانب الأعضاء المشتركين في الخطة. ويرد في هذا القسم ملخص يوجز النتائج الرئيسية، بينما يرد مزيد من التفاصيل في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض. وبالإضافة إلى ذلك، يناقش الفصل الرابع من التقرير تعقيبات أعضاء الخطة بشأن مدى تلبية التغطية والاستحقاقات لاحتياجاتهم⁽⁵²⁾. وقد تتطلب بعض الاستحقاقات وأنواع التغطية إنذاراً مسبقاً و/أو يتعين أن تفي بشروط معينة يفرضها نظام التأمين المسؤول عن الاستحقاقات والتغطية. ولأغراض المقارنة، لا يشمل التحليل هذه التفاصيل الدقيقة.

1- اختيار مقدمي الرعاية الصحية والتغطية الجغرافية

94- تتيج جميع نظم التأمين حرية اختيار مقدمي الرعاية الصحية للأعضاء المشتركين الخطط، ولكن بعض نظم التأمين، ولا سيما نظم التأمين المصممة للأعضاء المشتركين في الخطط في شمال أفريقيا، تُقدم استحقاقات تفضيلية كبيرة من مقدمي الخدمات داخل الشبكة. وعلى سبيل المثال، يوفر نظام Aetna ونظام Empire Blue Cross، في الأمانة العامة للأمم المتحدة، تغطية كاملة لأعضاء الخطة بدون خصومات وحد أقصى أقل للمدفوعات الخاصة لمعظم الخدمات مع مقدمي الخدمات داخل الشبكة. وأما خارج أمريكا الشمالية، لا تُقدم معظم نظم التأمين أي مزايا ذات شأن بين مختلف مقدمي الخدمات، ولكن في الحالات التي تُطبق فيها الأسعار المتفاوض عليها مع مقدمي خدمات محددتين في مدن معينة.

95- وتُتاح تغطية عالمية النطاق، باستثناء معظم الموظفين المعيّنين محلياً في الميدان. وفيما يتعلق بالتغطية الجغرافية، فإن نظم التأمين المصممة للموظفين العاملين والمتقاعدين في جميع

(52) تجدر الإشارة إلى أن البيانات المقدمة هنا تستند إلى وثائق السياسات المتاحة وقت كتابة هذا التقرير.

أنحاء العالم، بغض النظر عن وضعهم الوظيفي (المعيّنين دولياً أو المعيّنين محلياً)، توفّر تغطية عالمية النطاق ذات "تكلفة معقولة وحسب المألوف" حيث يتم تلقي الخدمة، ولكن العديد من نظم التأمين تُقدم تغطية محدودة في الولايات المتحدة بسبب ارتفاع تكاليف الخدمات في هذا البلد. وتتميّز الخطط المصممة خصيصاً للموظفين المعيّنين محلياً، مثل خطط التأمين الصحي للأمانة العامة للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واليونيسيف، بتغطية محدودة أو منعدمة خارج مراكز العمل أو أماكن إقامة الأعضاء المشتركين في الخطط في الظروف العادية⁽⁵³⁾. وقد يُشكل هذا الأمر تحدياً كبيراً للأعضاء المشتركين في الخطط المقيمين في مراكز العمل التي تكون فيها إمكانية الحصول على الرعاية الصحية محدودة؛ وتستحق هذه الحالة اهتماماً أوثق ومستمرّاً لتجنب أوجه القصور في توفير التأمين الصحي على نحو ملائم كجزء من الحق في الضمان الاجتماعي للموظفين العاملين والمتقاعدين.

2- التغطية المالية والحماية من المصروفات الكارثية

96- تتفاوت حدود السداد السنوية تفاوتاً كبيراً بين الخطط داخل مركز العمل نفسه، بل وحتى داخل المنظمة نفسها. ومن بين نظم التأمين الستة والعشرين، يتراوح الحد الإجمالي للسداد السنوي بين 60 000 دولار للشخص الواحد إلى حد غير مسمى. وداخل الخطة الواحدة، يُقدم الحد الأقصى العام بالتساوي لجميع أعضاء الخطة في مركز العمل نفسه، بغض النظر عن حالة التعيين والدرجة الوظيفية. ويلاحظ بالتالي أن مستوى التغطية المالية في نظام التأمين يُطبق مبدأ التضامن، مما يتيح لأعضاء الخطة الذين تتفاوت مستويات دخلهم وعمرهم وظروفهم الصحية الاستفادة من نظام التأمين على قدم المساواة تبعاً لاحتياجاتهم الصحية وليس تبعاً لفئة مرتباتهم أو تعيينهم. غير أن التغطية المالية يمكن أن تتفاوت تفاوتاً كبيراً بين الخطط داخل مركز العمل نفسه، بما في ذلك في الحالات التي تُسند فيها، داخل المنظمة المشاركة نفسها، نظم تأمين صحي مختلفة إلى موظفين معيّنين دولياً ومحلياً ومتقاعدين. ويرد مزيد من التفاصيل عن حدود السداد السنوية لهذه الخطط في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

97- وهناك حماية إضافية من الضائقة المالية الناشئة عن ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية بشكل غير عادي. وبالنظر إلى أن التأمين الصحي يُشكل جزءاً من حماية الضمان الاجتماعي التي توفرها الأمم المتحدة لموظفيها العاملين والمتقاعدين وأفراد عائلاتهم المستحقين والأفراد المرتبطين بهم، توفّر معظم نظم التأمين الصحي حماية إضافية من الضائقة المالية التي يمكن أن تنشأ عن تكاليف الرعاية الصحية العالية أو الكارثية. ويتخذ ذلك شكل تدابير لوقف الخسارة و/أو أحكامٍ للتخفيف من الضائقة. وتوضع في إطار تدابير وقف الخسارة حدود قصوى لمبالغ المصروفات التي ينفقها الشخص من أمواله الخاصة (التأمين المشترك، أي النسبة المئوية للتكاليف الطبية التي تُدفع مقابل كل استشارة أو علاج) لتكاليف الرعاية الصحية للعضو المشترك في الخطة. وبمجرد بلوغ هذا الحد الأقصى، يغطي نظام التأمين الصحي التكاليف المتبقية بمعدل كامل أو أعلى، بصرف النظر عن الحد الأقصى المالي العام للخطة.

98- وينبغي أن تستند الحماية من المصروفات الكارثية إلى مفهوم المساواة في الجُهد المالي لجميع المشاركين. ومن بين نظم التأمين الستة والعشرين يُمنح تدبير لوقف الخسارة في 22 نظاماً، ولكن تختلف الحدود القصوى المحددة لمبالغ المصروفات التي تتفق من الأموال الخاصة. وفي العديد من الخطط، يُحدد مبلغ المصروفات التي تتفق من الأموال الخاصة كنسبة مئوية من الأجر الشهري

(53) يُلاحظ أنه بالنسبة لخطط التأمين الصحي، يمكن للأعضاء الحصول من مراكز العمل القريبة على الخدمات الطبية غير المتوفرة في مراكز عملهم من خلال ترتيبات منطقة الرعاية الإقليمية.

أو السنوي لعضو الخطة الأساسية، في حين تستخدم خطط أخرى مبلغاً ثابتاً ومتساوياً للجميع. وبالنظر إلى الغرض من هذا البند، وهو الحيلولة دون تعرض المشتركين لضائقة مالية كبيرة بسبب المرض، يرى المفتش أن بند وقف الخسارة ينبغي أن يُحدد دائماً بمبالغ نسبية وليس بمبالغ مطلقة، لسبب بسيط، هو أن الأهمية المالية لمبلغ 1 000 دولار، على سبيل المثال، بالنسبة لشخص يتقاضى مرتباً قدره 1 000 دولار في الشهر أكبر مما هي بالنسبة لشخص يتقاضى 10 أضعاف هذا المبلغ.

99- وهناك تغطية استثنائية عند الوصول إلى الحد الأقصى للخطة وتكبد مصروفات استثنائية. وتوفر أحكام التخفيف من الضائقة تغطية مالية إضافية بصفة استثنائية للأعضاء المشتركين في الخطة الذين تصل مبالغ السداد الخاصة بهم إلى الحد الأقصى الإجمالي المحدد للتغطية المالية للخطة. ولذلك، لا تنطبق أحكام التخفيف من الضائقة على نظم التأمين التي لا توضع لها حدود قصوى، مثل نظم التأمين التي تديرها الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومكتب الأمم المتحدة في جنيف ومكتب الأمم المتحدة في فيينا ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة واليونيدو ومنظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية. ومن بين نظم التأمين التي لها حد أقصى لمستوى السداد، هناك 10 نظم تشمل بنوداً متعلقة بالتخفيف من الضائقة المالية. وترد تفاصيل إضافية عن تدابير وقف الخسارة وأحكام التخفيف من الضائقة المالية في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض⁽⁵⁴⁾.

100- وتعتبر بنود وقف الخسارة والتخفيف من الضائقة المالية، بالاقتران مع الحدود القصوى العامة للسداد، من الممارسات الجيدة. واستناداً إلى الاختلافات في التغطية المالية الإجمالية وفي توافر ونطاق بنود وقف الخسارة والتخفيف من الضائقة المالية، من الواضح أن مستوى الحماية الاجتماعية في التأمين الصحي يختلف اختلافاً كبيراً بين نظم التأمين. ويرى المفتش أن بنود وقف الخسارة والتخفيف من الضائقة المالية، بالاقتران مع الحدود القصوى العامة للسداد تُمثل ممارسات جيدة لاحتواء التكاليف مع ضمان الحماية الكاملة عند الحاجة، ولا سيما لإتاحة تغطية المخاطر الصحية الأكثر خطورة والأعلى تكلفة. ويقترح المفتش أن تقوم المنظمات المشاركة بتكييف سياساتها وعقودها المتعلقة بالتأمين الصحي لضمان استناد أحكام وقف الخسارة أو التخفيف من الضائقة المالية إلى مبدأ الدعم المالي المكافئ لجميع المشتركين وألا يُمنح الدعم إلا عندما توجد ضائقة مالية فعلية، وأن يكون ذلك بشروط متناسبة مع قدرة الشخص المؤمن عليه على الدفع.

3- الرعاية العامة لمرضى العيادات الخارجية والمنتجات الصيدلانية

101- تتراوح معدلات السداد بين 75 و100 في المائة من المصروفات الطبية والصيدلانية. ومن بين نظم التأمين الصحي التي لا يوجد مقار لها في أمريكا الشمالية، تُسدد جميع نظم التأمين ما يقرب من 80 في المائة من مصروفات الرعاية الصحية لمرضى العيادات الخارجية دون اقتطاعات، باستثناء نظام اليونيسكو الذي يُسدد 75 في المائة، ونظام منظمة السياحة العالمية الذي يغطي 100 في المائة لمقدمي الخدمات داخل الشبكة في إسبانيا و90 في المائة في أماكن أخرى، والنظامين اللذين يستخدمهما الاتحاد البريدي العالمي والمنظمة العالمية للملكية الفكرية اللذين يغطيان 90 في المائة من المصروفات بعد الخصم السنوي. وفيما يتعلق بالنظم التي يوجد مقار لها في أمريكا الشمالية، يبلغ مستوى التغطية 100 في المائة من مقدمي الخدمات داخل الشبكة بمبلغ صغير (يتراوح بين 15 و20 دولاراً) للدفع المشترك لكل زيارة و80 في المائة بعد الاقتطاعات في حالة مقدمي الخدمة خارج الشبكة. وبالمثل، فيما يتعلق بالمنتجات الصيدلانية الموصوفة، تبلغ معدلات السداد في معظمها 80 في المائة، بينما

(54) في الاستقصاء العالمي للموظفين التي أجريت في إطار هذا الاستعراض، أفاد 13 في المائة من المجيبين (2 580 شخصاً) أنهم قدموا طلباً للحصول على سداد استثنائي في السنوات الأربع الماضية، وأفاد 56 في المائة من هؤلاء المجيبين عن تلبية طلباتهم.

لا تتجاوز قلة من نُظم التأمين 90 في المائة⁽⁵⁵⁾. ويمكن الرجوع إلى مزيد من التفاصيل في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

4- الإقامة في المستشفيات

102- فيما يتعلق بتكاليف الإقامة في المستشفيات (الغرفة والإقامة شاملة الوجبات)، تغطي معظم الخطط نسبة 100 في المائة لغرفة شبيهة خاصة أو سرير في جناح عام. وفي بعض مراكز العمل، ولا سيما في أوروبا وأمريكا الشمالية، يمكن الإشارة إلى حد أقصى للسداد كتدبير لاحتواء التكاليف، وهو ما يُعتبر ممارسة جيدة. ويُقدم مستوى سداد أقل، يصل على سبيل المثال إلى 80 في المائة بدلاً من 100 في المائة، لتغطية تكاليف الغرفة الخاصة، وهو ما يُعتبر ممارسة جيدة أخرى لاحتواء التكاليف. ويُعد نظام منظمة السياحة العالمية الوحيد الذي يغطي 100 في المائة من المصروفات لجميع أنواع الغرف من مقدمي الخدمات داخل الشبكة في إسبانيا. ولمزيد من التفاصيل، انظر الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

5- العلاج الطبيعي

103- فيما يتعلق بالعلاج الطبيعي العام، يتفاوت مستوى الاستحقاقات تفاوتاً كبيراً بين نُظم التأمين، بما في ذلك أنواع الرعاية المشمولة. وفي حين أن معظم نُظم التأمين تُغطي أنواعاً مختلفة من العلاج الطبيعي، مثل المعالجة الفيزيائية، والعلاج المهني ومعالجة العظام، بنسبة 80 في المائة من التكاليف، فإن الحدود القصوى تختلف اختلافاً كبيراً، إذ تصل إلى 4 000 دولار سنوياً في إطار نظام منظمة العمل الدولية، مقابل مبلغ يصل إلى 600 دولار سنوياً في إطار نظام التأمين الصحي الأساسي لمنظمة الأغذية والزراعة. وتُحدد عدة نُظم التكلفة لكل جلسة أو لكل عدد من الجلسات، أو كليهما، ولكن دون حد أقصى للمبلغ في السنة. كما تغطي بعض نُظم التأمين، مثل نظام التأمين الخاص بالوكالة الدولية للطاقة الذرية، مثل العلاج بموجات الصدمات، ويشمل نظام التأمين الذي تُنفذه المنظمة العالمية للملكية الفكرية العلاج بالحركة وعلاج الشياتسو (بنسبة 90 في المائة) بينما لا يُتاح ذلك في معظم نُظم التأمين الأخرى. وترد المقارنة المفصلة في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

6- الرعاية الوقائية للبالغين

104- هناك أربعة نُظم لا توفر تغطية للفحوص المدنية الروتينية، ومن بين نُظم التأمين التي تغطي هذه الإجراءات، يتفاوت مستوى التغطية تفاوتاً كبيراً⁽⁵⁶⁾. وفيما يتعلق بالفحوص البدنية الروتينية، لا توفر أربعة نُظم في إطار المنظمة البحرية الدولية⁽⁵⁷⁾ وبرنامج الأغذية العالمي (نظام التأمين الصحي الأساسي) والمنظمة العالمية للملكية الفكرية أي تغطية على الإطلاق، أو لا توفر تغطية للموظفين، أو لا تذكر ذلك تحديداً في المعلومات المتعلقة بالاستحقاقات. وفيما يتعلق بالنُظم التي تغطي الفحوص الروتينية، يتراوح الحد الأقصى للسداد، على سبيل المثال، بين 300 دولار كل سنتين (نظام التأمين الصحي الأساسي

(55) هناك بعض الاختلافات في تفاصيل ما يغطيه إطار المنتجات الصيدلانية، ولكن معظم النُظم لا تغطي الفيتامينات والمعادن حتى عند وصفها. وبالنسبة لهذا الجانب من تغطية التأمين الصحي، لا يوجد فرق كبير بين النُظم.

(56) لا علاقة لمخطط Cigna لرعاية الأسنان في الأمانة العامة للأمم المتحدة بهذا الجانب.

(57) تغطي المنظمة البحرية الدولية بشكل مباشر الفحوص الطبية السنوية للموظفين الذين تزيد أعمارهم على 50 عاماً والفحوص التي تجري كل سنتين للموظفين الذين تزيد أعمارهم على 40 عاماً، وليس من خلال خطتها للتأمين الصحي. وبالنسبة للمعالين الذين تبلغ أعمارهم 40 عاماً فأكثر، تُسدد المنظمة 100 في المائة من التكاليف بحد أقصى قدره 580 دولاراً وتغطي تكلفة فحص بدني روتيني واحد كحد أقصى كل سنتين تقويميتين. وبالنسبة للمتقاعدين وأزواجهم، تُسدد لهم المنظمة التكاليف بنسبة 100 في المائة بحد أقصى قدره 580 دولاراً وتغطي تكاليف ما يصل إلى فحص بدني روتيني واحد كل سنتين تقويميتين.

لمنظمة الأغذية والزراعة) و1 050 دولاراً في السنة (خطة الأمم المتحدة العالمية للأمانة العامة للأمم المتحدة) وعدم وجود حد أقصى محدد (مثل تغطية التأمين الصحي لمنظمة الأغذية والزراعة، وجمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة في مكتب الأمم المتحدة في جنيف، وخطة Aetna وخطة Empire Blue Cross للأمانة العامة للأمم المتحدة).

105- وفيما يتعلق بالفحوص الروتينية لسرطان الثدي وسرطان عنق الرحم وسرطان البروستاتا، توفر جميع نظم التأمين تقريباً تغطية تتراوح بين 80 و100 في المائة من المصاروفات، في بعض الحالات بالإضافة إلى الحدود القصوى للفحوص البدنية الروتينية. ويقدم أحد عشر نظاماً تغطية محددة لتظير القولون كفحص روتيني لسرطان القولون والمستقيم. ويرد مزيد من التفاصيل في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

106- ويشكل الطب الوقائي جزءاً من الحق في الصحة ووسيلة لاحتواء التكاليف. ويرى المفتش أن خدمات الرعاية الصحية المقدمة للفرد بغرض الوقاية من المرض أو الإعاقة أو غير ذلك من الظروف الصحية المعاكسة، أو الكشف المبكر عن هذه الحالات، ليست فقط مستنوبة لدواعٍ طبية، بل هي أيضاً جزءاً لا يتجزأ من الحق في الصحة بالمعنى الأوسع، وطريقة لاحتواء التكاليف على المدى الطويل⁽⁵⁸⁾. وكما نكر الأمين العام للأمم المتحدة في تقريره الرابع عن إدارة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة⁽⁵⁹⁾، "الأساس المنطقي [لإدراج الرعاية الوقائية في السياسات] هو أن الرعاية الوقائية أكثر كفاءة من العلاج من حيث التكلفة. ومن شأن الكشف المبكر عن الأمراض المزمنة والخطيرة أن يُمكن المشاركين من اتخاذ خطوات لتحسين المحافظة على صحتهم. وقد تؤدي الوقاية المبكرة من هذه الحالات أيضاً إلى انخفاض معدلات التغيب عن العمل وزيادة الإنتاجية بين الموظفين العاملين، وهي تكاليف لا تنعكس بسهولة في تكاليف برنامج التأمين". ويقترح المفتش أن توفر خطط التأمين الصحي التي ترعاها الأمم المتحدة تغطية للرعاية الوقائية، بما في ذلك الفحوص الصحية الروتينية.

7- رعاية العيون والأسنان

107- تتفاوت تغطية رعاية الإنسان والأجهزة البصرية تفاوتاً كبيراً بين نظم التأمين. وتتفاوت المبالغ القصوى لرعاية الأسنان تفاوتاً كبيراً، إذ تتراوح بين 500 دولار سنوياً (نظم تغطية التأمين الصحي في منظمة الأغذية والزراعة وبرنامج الأغذية العالمي، المصممة خصيصاً للموظفين المعيّنين محلياً في الميدان) و4 469 دولاراً في السنة في إطار خطة التأمين الصحي للاتحاد البريدي العالمي (ولكن تُسدّد بنسبة 75 في المائة). وفيما يتعلق برعاية العيون، تمثل خطة التأمين الطبي الجماعي للمنظمة البحرية الدولية⁽⁶⁰⁾ الخطة الوحيدة التي لا تغطي فحوص العيون لتحديد قياس النظر، في حين أن الخطط الأخرى تُسدّد 80 في المائة من النفقات. ويتراوح الحد الأقصى لمبلغ الأجهزة البصرية من 102 دولارات في السنة في المنظمة البحرية الدولية و1 117 دولاراً في السنة في إطار خطة التأمين الطبي الجماعي في المنظمة العالمية للملكية الفكرية. وترد في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض مقارنة بين تغطية رعاية الأسنان ورعاية العيون بين نظم التأمين الصحي ذات الصلة. وفي إطار عدة نظم، يُسمح بترحيل المبلغ غير المنفق إلى السنة التالية، بما في ذلك نظم التأمين المستخدمة في إطار منظمة العمل الدولية ومكتب الأمم المتحدة

(58) وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يمكن تحقيق عائد يصل إلى 6 دولارات مقابل كل دولار يستثمر في التدخلات الوقائية للأمراض غير المعدية، مثل أمراض القلب والسكري والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي، وذلك من خلال خفض التكاليف الصحية وتحسين الإنتاجية ("إنقاذ الأرواح وتقليل الإنفاق: مبررات الاستثمار في الأمراض غير السارية") (جنيف، 2021).

(59) A/68/353.

(60) الفنتان 3 و5.

في جنيف ومكتب الأمم المتحدة في فيينا ومنظمة السياحة العالمية والاتحاد البريدي العالمي ومنظمة الصحة العالمية، وما يشبه استرداد قسط التأمين (في حال تكبد المصروفات بالفعل في السنة التالية) لأن هذه التغطية كانت مقابل خطر سيتحقق، إن وجد، خلال السنة التي دُفعت فيها هذه الاشتراكات. ويرى المفتش أنه ينبغي الاستعاضة عن هذه الممارسة بتغطية سنوية تكفي لتلبية الاحتياجات الطبية الفعلية عند نشوئها، وبالتالي الحفاظ على الترابط الزمني بين الاشتراكات وتغطية المخاطر وتجنب اضطراب المستفيدين إلى تأجيل شراء الأجهزة الضرورية لحين تمكنهم من جمع الحد الأقصى من الرصيد المتاح.

108- وينبغي ألا يكون القصد من الحدود القصوى هو منع الأشخاص المؤمن عليهم من الحصول على ما هو ضروري ومعقول طبياً. وتُعبّر الحدود القصوى المتفاوتة لبعض نظم التأمين الصحي في مجال رعاية العيون وخدمات رعاية صحة الأسنان ارتفاع تكلفة المعيشة في مراكز العمل التي يقيم فيها معظم الأعضاء المشتركين في الخطة (كما هو الحال في جنيف ونيويورك وباريس وروما). ومع ذلك، يمكن أن يتفاوت مستوى التغطية تفاوتاً كبيراً بين نظم التأمين داخل مركز العمل نفسه، ويمكن أن يؤدي ذلك إلى اختلافات كبيرة في المصروفات التي ينفقها الأعضاء المشتركين في الخطط المختلفة من أموالهم الخاصة. وبالنظر إلى الحاجة إلى إبقاء المصروفات ضمن حدود معقولة وميسورة فإن الحدود القصوى للرعاية البصرية وخدمات رعاية صحة الأسنان مفهومة. غير أن هذا ينبغي ألا يعني أن الحدود القصوى تمنع الأشخاص المؤمن عليهم من الحصول على ما هو ضروري طبياً لعلاج أمراضهم ومنع تدهورها، على الأقل وفقاً للظروف السائدة في مكان الإقامة أو بلد الإقامة. ويوصي المفتش بتقليص الفروق في الحدود القصوى داخل مركز العمل الواحد أو إلغاؤها تدريجياً على سبيل الأولوية من خلال تنسيق السياسات ومواءمتها.

8- رعاية الصحة العقلية

109- تشكل تغطية خدمات الصحة العقلية أيضاً أحد المجالات التي توجد فيها اختلافات كبيرة بين الخطط. وكما هو الحال في الأبعاد الأخرى التي جرى فحصها، يتفاوت مستوى التغطية لهذا الجانب المهم من التأمين الصحي تفاوتاً كبيراً بين نظم التأمين الصحي⁽⁶¹⁾. وتُسدّد معظم نظم التأمين نسبة 80 في المائة، باستثناء اليونيسكو التي تُسدّد بنسبة 75 في المائة، والمنظمة العالمية للملكية الفكرية ومنظمة السياحة العالمية والاتحاد البريدي العالمي بنسبة 90 في المائة، وخطة Aetna وخطة Empire Blue Cross. بنسبة 100 في المائة لمقدمي الخدمات داخل الشبكة (مع مبلغ صغير من المدفوعات المشتركة). وبالإضافة إلى ذلك، وفي إطار معظم نظم التأمين، يُفرض أيضاً حد مالي لمبلغ السداد وحد أقصى لمبلغ كل جلسة استشارية و/أو حد أقصى لعدد الجلسات المسموح بها في السنة. وفيما يتعلق بالعلاج النفسي والمشورة النفسية في العيادات الخارجية، لا تفرض نظم التأمين في الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومكتب الأمم المتحدة في فيينا/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، والأمانة العامة للأمم المتحدة (خطة إيتنا) واليونيدو، ومنظمة السياحة العالمية، حداً أقصى لمبلغ السداد للموظفين العاملين والمتقاعدين، كما لا تفرض خططها حدوداً مالية إجمالية. ويعني ذلك أن الأعضاء المشتركين في الخطة في إطار هذه النظم يتمتعون بأعلى مستوى (غير محدود) من التغطية لخدمات المشورة النفسية/العلاج النفسي. ويوفر النظامان المقدمان في منظمة الأغذية والزراعة وبرنامج الأغذية العالمي للموظفين المعيّنين محلياً في الميدان أدنى تغطية مالية كحد سنوي للعلاج النفسي والمشورة النفسية في

(61) انظر تقرير وحدة التفتيش المشتركة المعنون "استعراض السياسات والممارسات المتعلقة بالصحة العقلية والرفاه في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة" (JIU/REP/2023/4) للاطلاع على مزيد من التفاصيل عن السياسات والممارسات المتعلقة بالصحة العقلية والرفاه في المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة.

العيادات الخارجية، وهو 800 دولار سنوياً. وترد مقارنة بين التغطية المتعلقة بالصحة العقلية بين نُظم التأمين المختلفة في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض. ويرحب المفتش باستراتيجية منظومة الأمم المتحدة للصحة العقلية والرفاه في مكان العمل لعام 2024 وما بعده الصادرة عن اللجنة الإدارية الرفيعة المستوى، التي تدعو مؤسسات منظومة الأمم المتحدة إلى استعراض تغطية التأمين الصحي فيما يتعلق برعاية الصحة العقلية.

110- **وعدّل العديد من مديري خطط التأمين تغطية خطتهم المتعلقة بالصحة العقلية استجابة لجائحة مرض فيروس كورونا (كوفيد-19).** وتبين من المقابلات أن العديد من مديري خطط التأمين أفادوا بتقديم خدمات جديدة أو تغطية أفضل لدعم الأعضاء المشتركين في الخطة المتأثرين بالجائحة. وشملت هذه الخدمات إدخال خدمات الرعاية الصحية عن بُعد مع المعالجين والمتخصصين المهنيين في مجال الصحة العقلية (المنظمة البحرية الدولية، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، واليونيسيف)، وزيادة تصل إلى 24 جلسة للعلاج النفسي بدون وصفة طبية، وتوسيع تعريف خبراء الصحة العقلية استناداً إلى السياق المحلي، ورفع الحد الأقصى لعلاجات تعاطي المخدرات (منظمة الصحة العالمية).

9- الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وعلاج العقم

111- **تُقدم نُظم التأمين الصحي الخمسة والعشرون تغطية متشابهة للنفقات المتعلقة بالأومومة،** معظمها بنسبة 80 في المائة، ولكن تغطية تنظيم الأسرة غير متساوية وستستفيد من زيادة المواءمة. وفيما يتعلق بإجراءات تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل، تتفاوت التغطية بين عدم وجود تغطية على الإطلاق (بالنسبة للنظم في إطار منظمة الأغذية والزراعة⁽⁶²⁾، واليونسكو، واليونيدو⁽⁶³⁾)، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع⁽⁶⁴⁾، ومنظمة السياحة العالمية) وسداد يتراوح بين 80 و100 من تكاليف إنهاء الحمل والتعقيم ووسائل منع الحمل.

112- **ولا تتوافر علاجات العقم إلا في إطار 17 نظاماً.** وفيما يتعلق بعلاجات العقم الضرورية طبياً والتي تُعد إجراءات عالية التكلفة، تُقدم مستويات مختلفة من التغطية في إطار 17 نظاماً، في حين لا تُقدم تغطية في إطار 8 نظم. وفيما يتعلق بمن تشملهم التغطية، يُفرض حد أقصى لسن المرأة في إطار عدة خطط، وتتراوح السن بين 40 و46 عاماً. ويُحدد عدد المحاولات ومبلغ الحد الأقصى في بعض نظم التأمين، بينما ترفض نظم أخرى حداً أقصى لكل حمل ناجح. ويُلاحظ أن علاج العقم متاح للنساء المستحقات بغض النظر عن حالتهم الزوجية، ويشمل ذلك النساء المثليات المتزوجات، وهو أمر يستحق الثناء. ولا يغطي أي من هذه النظم مسألة الحمل لفائدة الغير. ويرد مزيد من التفاصيل عن تغطية علاج العقم حسب نظام التأمين في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

10- الرعاية الجيدة للأطفال

113- **توفّر معظم نُظم التأمين تغطية لخدمات الرعاية الوقائية الروتينية للأطفال المعروفة أيضاً باسم** الرعاية الجيدة للأطفال، منذ الولادة وحتى سنٍ معينة. وتُعد خطة المنظمة البحرية الدولية الخطة الوحيدة التي لا تغطي الرعاية الجيدة للأطفال، بما في ذلك التحصينات، حيث تغطي دائرة الصحة الوطنية في المملكة المتحدة صحة الطفل ورعايته وتحصيناته. ولم ترد الإشارة إلى تغطية الرعاية الصحية للأطفال بشكل محدد في العديد من نُظم التأمين، ولكن تغطية الرعاية الوقائية يمكن أن تغطي هذه المصروفات

(62) مخطط تغطية التأمين الصحي للموظفين المعيّنين محلياً خارج موقع المقر.

(63) خطة الخدمات العامة الميدانية للموظفين المعيّنين محلياً خارج موقع المقر.

(64) خطة التأمين الصحي للموظفين المعيّنين محلياً خارج موقع المقر.

ذات الصلة. وفيما يتعلق بالنظم التي تشمل صراحة الرعاية الصحية للطفل، يختلف عدد الفحوص الروتينية المسموح بها تبعاً لعمر الطفل. ويمكن الاطلاع على مزيد من التفاصيل في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

11- الرعاية الطويلة الأجل

114- لا يغطي التأمين الصحي عموماً الرعاية الطويلة الأجل ولم تتحقق هذه التغطية حتى الآن. والغرض الرئيسي من تأمين الرعاية الطويلة الأجل ليس الوقاية من الأمراض أو علاجها، ولكن لمساعدة الشخص المشمول بالتأمين على تلبية الاحتياجات اليومية التي لا يستطيع الوفاء بها بسبب المشاكل الصحية أو الإصابات أو الحوادث أو السن. وبالتالي، تشير الرعاية الطويلة الأجل أساساً إلى المساعدة غير الطبية في الأنشطة اليومية الروتينية، سواء في المنزل أو في مؤسسات الرعاية الصحية، مثل الرعاية التمريضية المنزلية ومرافق الرعاية الدائمة. وفي حين أن الرعاية الطويلة الأجل غالباً ما ترتبط برعاية الشيخوخة، يمكن أن يحتاج إليها أيضاً الشباب الذين يعانون من ظروف بدنية أو عقلية ممتدة أو غير محددة الأجل. وعادة ما تكون الرعاية الطويلة الأجل مشمولة في إطار تأميني منفصل للرعاية الطويلة الأجل ولا تُقدم كجزء من مجموعة عناصر التأمين الصحي. ومن بين نظم التأمين الصحي الخمسة والعشرين في منظومة الأمم المتحدة، هناك 8 نظم فقط توفر بعض التغطية التي تشمل الرعاية الطويلة الأجل. ويمكن الرجوع إلى مزيد من التفاصيل في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

115- وقد نوقشت منذ فترة طويلة مسألة توفير الرعاية الطويلة الأجل كجزء من نظام الأمم المتحدة للضمان الاجتماعي، ولكن لم يتم التوصل إلى نتيجة بسبب قيود التمويل. وفي عام 1994، قُدم إلى اللجنة الاستشارية المعنية بالمسائل الإدارية مقترح من اليونيدو واتحاد رابطات الموظفين المدنيين الدوليين السابقين ورابطة الموظفين المدنيين الدوليين السابقين (نيويورك) للحصول على تأمين جماعي طوعي عالمي للرعاية الطويلة الأجل في النظام الموحد؛ وما زالت المناقشات جارية حول هذا الموضوع منذ ذلك الحين. ويستند الأساس المنطقي لتوفير تأمين الرعاية الطويلة الأجل، ولا سيما للموظفين المعيّنين دولياً، إلى تنقل الموظفين، مما يجعل الكثيرين منهم غير مستحقين للاستفادة من نظم الحماية الاجتماعية التي توفرها بلدانهم الأصلية، وربما يُحرمون من شبكة الأمان التي يوفرها أقرب الأقرباء. واستُكشفت عدة خيارات، بما في ذلك من خلال فريق عامل معني بالرعاية الطويلة الأجل في إطار الشبكات المشتركة للموارد البشرية والمالية والميزانية. ومع ذلك، وعلى غرار الترتيبات المتعلقة بنظم التأمين الصحي، لم يُبذل أي جهد مشترك.

116- وتعد الحماية التي توفرها اليونيدو ضد هذا الخطر مثلاً جيداً يحتذى به. وفي حين أن خطة التأمين الصحي الجماعي للمقر في اليونيدو لا تغطي الرعاية الطويلة الأجل، أتاحت المنظمة خطة تأمين محددة للرعاية الطويلة الأجل يشترك فيها تلقائياً الأعضاء المشتركين في خطة التأمين الصحي (مع خيار الانسحاب من الاشتراك). ويشترك في رعاية قسط التأمين (65.7 دولاراً سنوياً للشخص الواحد) كل من اليونيدو (25 في المائة) ومجلس موظفي اليونيدو (25 في المائة). وتتمثل التغطية الرئيسية في توفير مبلغ مستقطع قدره 986 دولاراً شهرياً للأعضاء المشتركين في الخطة عندما تعترف شركة التأمين بأنه في حالة إعاقة لأسباب طبية. وبينما يوصي المفتش بعدم إضافة الرعاية الطويلة الأجل إلى سياسات أو خطط التأمين الصحي، نظراً لاختلاف طبيعتها، فإنه يقترح أن تعمل مؤسسات منظومة الأمم المتحدة مع الموظفين العاملين وممثلي الموظفين المتقاعدين بهدف وضع نظام تأمين مستقلة تغطي هذه الأنواع من المخاطر والرعاية بطريقة منسقة وميسورة التكلفة.

واو - حماية البيانات الطبية والصحية للموظفين

117- لا تُلزم أي خطة الموظفين بالكشف عن حالتهم الصحية والطبية عند الانضمام، بما في ذلك عند الانتقال إلى التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة عند التقاعد. ومع ذلك، فإن كيفية معالجة البيانات الواردة من خلال تقديم المطالبات وحمياتها تعتمد إلى حد كبير على طريقة إدارة المطالبة في الخطة وسياسة حماية البيانات الشخصية في المنظمة المشاركة.

118- وتتبع خطط التأمين الصحي التي تتولى شركة خارجية إدارة مطالباتها إطاراً قانونياً شاملاً لحماية البيانات. وفيما يتعلق بخطط التأمين الصحي الاثنتين والعشرين التي تتولى شركة خارجية إدارة مطالباتها أو التي يؤمن عليها تجارياً بالكامل (انظر الجدول 2)، تم التوصل إلى اتفاق يتعلق بحماية البيانات الشخصية للأعضاء المشتركين في الخطة، بما يشمل البيانات الطبية والبيانات المتصلة بالصحة، كجزء من اتفاق أو عقد على مستوى الخدمة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن جميع شركات إدارة مطالبات التأمين وشركات التأمين التجارية التي تستخدمها خطط التأمين الصحي تقع مقرها في الولايات المتحدة أو في أوروبا، مما يتطلب منها الامتثال لقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996، بالنسبة للأولى، أو اللائحة العامة لحماية البيانات، بالنسبة للثانية. ومن المقابلات التي أُجريت مع كل من المنظمات المشاركة وممثلي رابطات الموظفين العاملين والمتقاعدين، جرى الإبلاغ عن حالات متفرقة من الكشف عن البيانات الشخصية من جانب شركات إدارة مطالبات التأمين أو شركات التأمين، ولكنها عولجت فيما بعد.

119- وتتفاوت مستوى نُضج سياسات حماية البيانات تفاوتاً كبيراً بين المنظمات المشاركة. ويتوقف مدى حماية البيانات الطبية والبيانات المتصلة بالصحة للأعضاء المشتركين في الخطة إلى حد كبير على سياسة كل منظمة ولوائحها في مجال حماية البيانات الشخصية. وفي حين أن دراسة هذه السياسات بتعمق تتجاوز نطاق هذا الاستعراض، أظهرت المقابلات أن مستوى نُضج هذه السياسات يتفاوت بدرجة كبيرة بين المنظمات المشاركة. وفي حين أن غالبية المطالبات المقدمة في إطار خطط التأمين الصحي الاثنتين والعشرين تعالج خارجياً، تم في بعض الحالات الكشف للمنظمات عن البيانات الطبية المتعلقة بالمطالبة للعضو المشترك في الخطة، بما في ذلك من أجل تطبيق أحكام التخفيف من الضائقة المالية، والمنازعات المتعلقة بالمطالبة، والتحقيقات في الغش المحتمل في التأمين الصحي. وأبلغ المفتش بأن الملفات في تلك الحالات كانت تُراجع بدون الكشف عن هوية العضو المشترك في الخطة، ولكن من غير الواضح ما إذا كانت هذه الممارسة تحكمها سياسات ملائمة لحماية البيانات الشخصية.

120- وتتيح مركزية إدارة المطالبات ضمانات أكبر فيما يتعلق بالمخاطر المتصلة بحماية البيانات. وفيما يتعلق بالخطط المؤمنة ذاتياً والمُدارة ذاتياً في إطار منظمة العمل الدولية ومكتب الأمم المتحدة في جنيف ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة الصحة العالمية، يخضع التعامل مع البيانات الطبية والصحية للأعضاء المشتركين في الخطة للقواعد الداخلية المطبقة في هذه المنظمات. وفيما يتعلق بالخطط المستخدمة في منظمة العمل الدولية ومكتب الأمم المتحدة في جنيف ومنظمة الصحة العالمية، تتولى إدارة المطالبات وحدة مركزية في مقر كل منها، وتوفّر هذه الوحدة طبقة إضافية من الحماية للبيانات الطبية الخاصة بالأعضاء المشتركين في الخطة من الناحية الهيكلية. وفي حالة منظمة العمل الدولية، تخضع البيانات الشخصية المتعلقة بالتأمين الصحي لتوجيه تُصنف بموجبها الحالة الصحية الشخصية للفرد على أنها "بيانات شخصية حساسة"⁽⁶⁵⁾ لا يمكن الكشف عنها لأطراف ثالثة بدون موافقة خطية صريحة من الفرد المعني. وتشمل سياسة حماية البيانات الخاصة بجمعية التأمين التعاوني لموظفي

(65) توجيه مكتب منظمة العمل الدولية IGDS No. 457 (الإصدار 1)، "حماية البيانات الشخصية".

الأمم المتحدة في مكتب الأمم المتحدة في جنيف بياناً ينص على عدم الكشف عن البيانات الشخصية الخاصة بالأعضاء المشتركين في الخطة، ولكنها تشير أيضاً إلى استثناءات يجوز فيها الكشف عن المعلومات الشخصية للأعضاء المشتركين في الخطة. ولم تُحدد هذه الاستثناءات بوضوح، ولا يشترط موافقة أعضاء الخطة قبل الكشف عنها. وفي حالة منظمة الصحة العالمية، تخضع المعلومات الشخصية، بما فيها السجلات الطبية، لسياسة الكشف عن المعلومات الخاصة بالمنظمة وتُعد "أو معلومات سرية". وفي إطار هذه الفئة، لا يُكشف من المعلومات إلا ما هو ضروري للحفاظ على المصالح المشروعة العامة أو الخاصة (بما في ذلك الخصوصية الشخصية). غير أن قواعد التأمين الصحي لا تنص بوضوح على كيفية معالجة البيانات الطبية المتعلقة بتقديم المطالبات والمنازعات.

121- وهناك مخاطر مرتبطة بتعامل وحدات الموارد البشرية المحلية مباشرة مع البيانات الصحية للموظفين. وتمثل خطة التأمين الصحي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين الخطة الوحيدة التي تعالج فيها معظم عمليات استعراض المطالبات والموافقة عليها محلياً على مستوى المكاتب القطرية والإقليمية. ويتطلب إجراء مطالبات الخطة تقديم إيصال دفع يشمل التكاليف المفصلة للخدمات أو العلاج المقدم أو وصفة طبية تتضمن تفاصيل التشخيص. ويُعين مساعد موارد بشرية في هذه المكاتب للتعامل مع المطالبات. وفي حين أن الموظفين الذين يتعاملون مع المطالبات ملزمون بالتوقيع على اتفاق سرية، فإن معالجة هذه المطالبات مباشرة من جانب وحدة محلية للموارد البشرية، يوافق عليها بعد ذلك رئيس المكتب، يثير قلقاً بالغاً، ولا سيما من حيث احتمالات إساءة استخدام البيانات الطبية والصحية الخاصة بالموظفين. ويوصي المفتش بالحفاظ على الفصل الواضح للواجبات بين وحدات الموارد البشرية ووظائف إدارة مطالبات التأمين الصحي والشكاوى لضمان أعلى مستوى من الحماية للبيانات الشخصية المتعلقة بالصحة والتأمين الصحي.

122- ولا ينشأ عن سداد مبالغ مطالبات التأمين الصحي من خلال كشف المرتبات زيادة في حماية البيانات، بل يزيد من خطر الكشف عن هذه المعلومات. وبغض النظر عن الكيان الذي يتولى معالجة المطالبات، فإن خطتي التأمين الصحي للأمانة العامة للأمم المتحدة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين تُسدان مبالغ المطالبات المتعلقة بالتأمين الصحي عن طريق كشف المرتبات، مما قد يُعرض معلومات خاصة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالظروف الصحية لكيانات غير ذات صلة، كما في الحالة التي يحتاج فيها الشخص المعني إلى إثبات الأجر الذي يتقاضاه لطرف ثالث، أو فيما يتعلق بالمعاملات المصرفية التي تتطلب على قروض أو ضمانات مصرفية.

123- ومن المتوقع أن تؤدي التوصيات التالية إلى تعزيز سياسات حماية البيانات وتعزيز الرقابة والامتثال.

التوصية 5

ينبغي للرؤساء التنفيذيين لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة الذين لم يكفوا بعد توفير أعلى مستوى من الحماية لجميع البيانات المتعلقة بالتأمين الصحي للمستفيدين، بما في ذلك التقارير الطبية والوصفات الطبية والفحوص والمبالغ المسددة، واشترط أن يكون الكشف عن البيانات الشخصية المتعلقة بالتأمين الصحي ونقلها ومعالجتها وتخزينها مرهوناً بموافقة خطية من الشخص المعني وأن يكون أي استثناء محتمل موضحاً دون لبس في السياسات ذات الصلة، أن يفعلوا ذلك بحلول نهاية عام 2026.

124- الاعتراف بالواقع دون التخلي عن التحسين. تنشأ الاختلافات في التغطية أساساً عن تطور نُظم التأمين وتفاوت ديناميات المفاوضات مع ممثلي الموظفين. وهذه حقيقة لا يمكن إغفالها عند النظر

فيما إذا كان من الممكن زيادة موءمة السياسات. وسيكون من الصعب إزالة الاختلافات في التغطية لأن ذلك يعني ضمناً زيادة تكاليف نظم التأمين ذات التغطية المحدودة أو إجراء تخفيض غير مقبول في التغطية بالنسبة للنظم التي توفر حماية أكبر. وفي الواقع أن هذا هو السبب في أنه لم يوضع حتى الآن إطار معياري للمقارنة بشأن مسألة التغطية التي يوفرها التأمين الصحي.

125- ويلزم تنسيق جميع التعديلات الرئيسية المستقبلية على التأمين الصحي بين جميع الكيانات، على أن يتم ذلك دائماً بالتعاون الوثيق مع المستفيدين. وينبغي أن يظل الهدف النهائي هو المضي قدماً نحو مزيد من الموءمة، سواءً من خلال إدخال تغييرات محددة ولموسة على جوانب معينة (كما هو مقترح في هذا التقرير) أو تضيق الفجوة بين نظم التأمين. وينبغي أن تستند كلتا الاستراتيجيتين إلى الشفافية وإلى توافر معلومات مفصلة تتيح للجهات المؤمن لها تقييم الوضع النسبي في النظام في أي وقت من الأوقات من أجل تحديد ما إذا كانت هناك حاجة إلى التغيير أم لا. واستناداً إلى هذه المعلومات، سيكون من الممكن رسم مسار تقارب طويل الأجل، وهو ما ينطوي، في رأي المفتش، على تنسيق الإصلاحات بأقصى قدر ممكن من الدقة بين جميع الكيانات، على الأقل على مستوى مركز العمل الذي تُدار فيه سياسات التأمين الصحي (أي جنيف ونيويورك روما وفيينا).

ثالثاً - فعالية نظم التأمين الصحي وكفاءتها

126- ينقسم هذا الفصل إلى ثلاثة أجزاء: يُركز القسم ألف على رصد أهداف نظم التأمين الصحي وأدائها والإبلاغ عنها، ويُركز القسم باء على الأداء المالي للخطط؛ ويتناول القسم جيم منع الغش واحتواء التكاليف، والتعاقد مع شركات إدارة مطالبات التأمين ومقدمي خدمات التأمين الصحي.

ألف - رصد أهداف نظم التأمين الصحي وأدائها والإبلاغ عنها

127- لا يقاس تحقيق أهداف السياسات الرفيعة المستوى. وكما ذكر آنفاً، تُشير جميع المنظمات المشاركة، في النظامين الأساسيين والإداري لموظفيها، إلى التزامها وتقيدها بوضع نظام للضمان الاجتماعي وإدارته لموظفيها ومتقاعديها. غير أن هذه القواعد تُصاغ عموماً بعبارة عامة جداً، مما لا يتيح بلورة فهم دقيق لمدى الالتزامات ويجعل من الصعب رصد الامتثال لها. وترد بعض الأمثلة على هذه البيانات في الجدول 12.

الجدول 12

الأهداف التنظيمية الرفيعة المستوى المتصلة بالتأمين الصحي للموظفين العاملين والمتقاعدين

المنظمة	الهدف الرفيع المستوى
منظمة الأغذية والزراعة	توفير تغطية تأمين صحي عالية الجودة وفعالة لجميع موظفي المنظمة في جميع أنحاء العالم، والوفاء بواجبها المتمثل في رعاية الموظفين، مع الحفاظ على استدامتها المالية.
منظمة العمل الدولية	يتمثل الهدف... في القيام، بالقدر المنصوص عليه في هذه اللوائح والقواعد الإدارية الموضوعية بموجبها بسداد المصروفات التي قد يتكبدها الأشخاص المشمولون بحماية الصندوق في مجال الحماية الصحية - بما في ذلك الرعاية الطبية في حالات المرض والحوادث والأمومة والرعاية الوقائية الشخصية.
الأمانة العامة للأمم المتحدة	يضع الأمين العام نظاماً للضمان الاجتماعي للموظفين... [من أجل] توفير أشمل تغطية تأمين صحي للموظفين والمتقاعدين ومعاليهم المستحقين... وكفالة حصول جميع المشتركين في الخطة (الموظفون العاملون والمتقاعدون ومعالمهم المستحقون) المسجلون في الخطط الصحية التي تديرها لجنة التأمين الصحي والتأمين على الحياة على الاستحقاقات والمنتجات التي توفر الحماية الكافية ضد المرض والخسارة.
مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين	تُشكل خطة التأمين الصحي جزءاً من نظام الضمان الاجتماعي للموظفين الذي وضعه الأمين العام وفقاً للبند 6-2 من النظام الأساسي للموظفين. وتوفر الخطة الحماية من التكلفة العالية للرعاية الصحية التي تشمل الرعاية الوقائية أو إدارة الحالات المزمنة أو الأمومة أو الأحداث الكارثية التي تسفر عن مرض أو إصابة خطيرة. غير أن الخطة لا تهدف إلى تغطية جميع أنواع المصروفات الطبية أو نفقات خدمات رعاية صحة الأسنان أو تغطية هذه المصروفات بالتكلفة الكاملة.
مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع	الهدف من خطة التأمين الصحي هو مساعدة المشتركين وأفراد العائلة المستحقين في تغطية المصروفات المتكبدة مقابل بعض الخدمات والمرافق واللوازم الصحية الناشئة عن المرض أو الحوادث أو الأمومة والتي ينبغي سدادها في الحدود المنصوص عليها في قواعد خطة التأمين الصحي لمكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع.
الاتحاد البريدي العالمي	ضمان رفاه الموظفين العاملين والمتقاعدين من خلال توفير الرعاية الصحية الجيدة لهم ولعائلاتهم.
برنامج الأغذية العالمي	تزويد موظفي برنامج الأغذية العالمي العاملين والمتقاعدين ومعاليهم في جميع أنحاء العالم بإمكانية الحصول على نحو مستدام وبطريقة فعالة من حيث التكلفة على الرعاية الصحية الجيدة والحماية المالية من خلال خدمات تأمينية ميسورة التكلفة للتخفيف من المخاطر الصحية وتعزيز ثقافة مؤسسية للصحة وتهئية مكان عمل تمكيني وداعم.
منظمة الصحة العالمية	تتمثل رسالة التأمين الصحي للموظفين في توفير إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية والأدوية العالية الجودة والأمن والفعالية والميسورة التكلفة، وكفالة الحماية من المخاطر المالية بتكلفة معقولة، مع خدمة المشاركين بكفاءة وكرامة ونزاهة.

المصدر: قامت بنجميه وحدة التفتيش المشتركة استناداً إلى وثائق مقدمة من المنظمات المشاركة.

128- ويُقاس الأداء مقابل الأهداف الرفيعة المستوى في بعض الأحيان من خلال استقصاءات مستوى الرضا. واستطاع المفتش أن يجد أمثلة قليلة تُرصد فيها هذه الأهداف العامة ويتم قياسها. ويُسلط الجدول 13 الضوء على بعض الأمثلة، وهي أمثلة لا تُعد حتى الآن مثالية ولكن الجهود المبذولة جديرة بالثناء. ويعد برنامج الأغذية العالمي المنظمة التي تبين أنها تربط بوضوح بين توفير التأمين الصحي واستراتيجية رفاه الموظفين⁽⁶⁶⁾ وسياسة شؤون العاملين⁽⁶⁷⁾، وهي ممارسة جيدة إضافية.

الجدول 13

أمثلة لمؤشرات رصد تحقيق أهداف التأمين الصحي

مؤشر الأداء الرئيسي	النتائج/النشاط	المنظمة المشاركة
النسبة المئوية للموظفين الذين يدركون مختلف الاستحقاقات، فضلاً عن الموارد والخدمات المتاحة في برنامج الأمم المتحدة الإنمائي من أجل الصحة والرفاه	وضع وتنفيذ وتقييم برامج وأدوات وموارد رعاية الموظفين القائمة على الأدلة على مستوى المنظمة وعلى المستوى المحلي لمساعدة الموظفين ومعالجهم المستحقين على الحفاظ على سلامتهم وصحتهم ورفاههم وكفالة حصولهم على هذه الخدمات عند الالتحاق ببرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وطيلة كامل مدة عملهم في المنظمة.	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - استراتيجية الصحة والسلامة والرفاه في مكان العمل للفترة 2021-2023
النسبة المئوية للموظفين الذين يشعرون أن المنظمة تتخذ تدابير كافية لحماية الصحة والرفاه (يُقاس من خلال استقصاء عالمي سنوي للموظفين)	الحصول على الخدمة: توسيع شبكة مقدمي الخدمات لحظة التأمين المؤسسية لبرنامج الأغذية العالمي؛ والتصميم والإدارة الفعالة من حيث التكلفة فيما يتعلق بنظم استحقاقات التأمين الصحي لجميع الموظفين	برنامج الأغذية العالمي - استراتيجية رفاه الموظفين للفترة 2020-2024

المصدر: قامت بتجميعه وحدة التفتيش المشتركة.

129- ويمكن استخدام بيانات المطالبات لرصد الأهداف الرفيعة المستوى. وتُشكل بيانات المطالبات التي لا يُكشف عن هوية أصحابها مصدراً قيماً للمعلومات عن حالة صحة الموظفين ورفاههم، ولكنها غير مستغلة بشكل كافٍ. ويُنظر إلى التأمين الصحي للموظفين إلى حد كبير على أنه استحقاق قائم بذاته من استحقاقات الموظفين، ولا يكاد يرتبط بأي حال من الأحوال باستراتيجية المنظمة بشأن صحة الموظفين ورفاههم. ولذلك، لم يجد الاستعراض أي أمثلة جيدة لبيانات المطالبات التي لا يُكشف عن هوية أصحابها والتي تُستخدم في وضع السياسات المتعلقة بصحة الموظفين ورفاههم أو في إجراء تقييم شامل للنظم.

130- ولا يوجد التزام من المنظمة تجاه خطط التأمين الصحي التي تُدار مطالباتها خارجياً ولا تجاه رصدها. وكما ذُكر من قبل، فإن معظم خدمات التأمين الصحي يُستعان في إجراءاتها بمصادر خارجية، إما بشكل كامل أو فقط فيما يتعلق بإدارتها⁽⁶⁸⁾. ويؤدي ذلك في بعض الأحيان إلى إضعاف الملكية ويدفع

(66) انظر: https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000127406

(67) انظر: https://executiveboard.wfp.org/document_download/WFP-0000127449

(68) يُعهد ببعض نظم المنظمات إلى جهات خارجية مرتين، أولاً إلى منظمة أخرى في المنظومة لإدارة سياسة التأمين الخاصة بالمنظمة بالنيابة عنها، ثم إلى شركة لإدارة مطالبات التأمين يتم التعاقد معها لإدارة عمليات السداد وشبكة مقدمي الخدمات وسائر الأنشطة ذات الصلة. وينطبق ذلك على برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونسيف ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع التي يكون موظفوها المعيّنون دولياً أعضاء في الخطط التي تديرها الأمانة العامة للأمم المتحدة؛ ومكتب الأمم المتحدة في فيينا/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة مع اليونيدو.

المنظمات إلى التصرف، بدرجات متفاوتة، كما لو أن مسؤوليتها عن توفير التأمين الصحي قد أسندت إلى جهات خارجية أيضاً. وظهر هذا القصور في المقابلات التي أُجريت مع العديد من المنظمات المشاركة، وعندما سُئل المبيين عن كيفية تقييمهم مستوى تحقيق أهداف التأمين الصحي، اكتفوا بالإشارة إلى عدم ورود شكاوى من الأعضاء المشتركين في الخطة باعتبار ذلك مؤشراً على أن التأمين الصحي المقدم فعال ويلبي احتياجاتهم بشكل كافٍ. وذكر أصحاب المصلحة في الميدان أيضاً أن نوعية الخدمات التي تقدمها شركات إدارة مطالبات التأمين لا تخضع في جميع الحالات لرصد على المستوى الإقليمي أو على المستوى دون الإقليمي. ويعتقد المفتش أنه لا بد من زيادة العمل مع المنظمات المؤمن لها ومع الأعضاء المشتركين في الخطط بمختلف المواقع الجغرافية من أجل بلورة فهم أفضل للتحديات التي يواجهها الموظفون والإدارة فيما يتعلق بتوفير التغطية الجيدة والشاملة، وكذلك من أجل البرهنة على أن التأمين الصحي يُشكل جزءاً أساسياً من السياسات التنظيمية من أجل رفاه الموظفين⁽⁶⁹⁾. ولذلك يُقترح أنه أياً كان نوع تقديم الخدمة (تدار ذاتياً أو تستعين بمصادر خارجية)، ينبغي للمنظمات أن تُعزز التزامها برصد أداء خدمة التأمين الصحي وأن تفعل ذلك بطريقة منهجية وقابلة للقياس.

131- وينبغي للمنظمة أن تحدد موثيق خدمة العملاء وأن تنشرها. ويشمل معظم خطط التأمين الصحي ميثاقاً أو اتفاقاً لخدمة العملاء لإثبات التزامها بخدمة الأعضاء المشتركين في الخطة، ولكن يُعبر عن ذلك أساساً من خلال شركة إدارة مطالبات التأمين أو شركة التأمين التجارية وليس من خلال أي صك رسمي من صكوك السياسات، مما يوحي بأن الأمر يتعلق بمشكلة خارجية. ويقترح المفتش أن تتولى المنظمات نفسها إصدار موثيق خدمة العملاء ونشرها، بغض النظر عن طريقة تقديم خدمات التأمين الصحي.

132- وللخطط الأربع المؤمّنة ذاتياً والمُدارة ذاتياً أهداف أقل شمولاً فيما يتعلق بخدمة العملاء مقارنة بالخطط التي تُدار مطالباتها خارجياً. ويرجع ذلك في جانب منه إلى أن القواعد التي تحكم هذه الخطط قد وضعت منذ فترة طويلة، في حين أن شركات التأمين التجارية وشركات إدارة مطالبات التأمين تواصل تحديث أهداف الخدمة لعمالها. وعلى سبيل المثال، تذكر جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة في مكتب الأمم المتحدة في جنيف أن هدفها من خدمة العملاء هو "أن تُسدد، ضمن الحدود المنصوص عليها في القواعد الداخلية للجمعية، النفقات التي يتكبدها أعضاؤها بسبب المرض أو الحوادث أو الأمومة". ومقارنة بذلك، تستند أهداف خدمة العملاء التي حددتها شركة التأمين الصحي للوكالة الدولية للطاقة الذرية (Cigna) إلى ضمان الحصول على الرعاية الجيدة بسعر تفضيلي، وتعزيز حرية اختيار مقدمي الرعاية الصحية، وتيسير الدفع المباشر للمصروفات الطبية، ومعالجة المطالبات الطبية بسرعة. وفي حين أن هذه كلها أمثلة جيدة على الأهداف التي تركز على العملاء، فإن المفتش يقترح تفعيلها من خلال مؤشرات الأداء الرئيسية ذات الصلة.

133- وتُستخدم مؤشرات الأداء الرئيسية لرصد الأداء، ولكن بدرجات متفاوتة من الجودة والشمول. وعادة ما تضع خطط التأمين الصحي التي تتولى شركة خارجية إدارة مطالباتها أو تستعين بشركة تأمين تجارية، قائمة تشمل مؤشرات الأداء الرئيسية مع المتعاقد معها من خلال اتفاق على مستوى الخدمة⁽⁷⁰⁾. وهذه القائمة ليست موحدة، على الرغم من أن هذه الاتفاقات في بعض الحالات تبرم مع الشركة نفسها.

(69) ذكرت إحدى التوصيات المنبثقة عن التقرير السابق الصادر عن وحدة التفتيش المشتركة (JIU/REP/2007/2) بشأن التغطية الطبية لموظفي منظومة الأمم المتحدة أنه "ينبغي للهيئات التشريعية في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة أن تعترف رسمياً بأن التأمين الصحي للموظفين جزء مهم لا يتجزأ من النظام الموحد"، ولكنها لم تُنفذ حتى الآن.

(70) ترد في المرفق الثاني قائمة بمؤشرات الأداء الرئيسية المستمدة من الاتفاقات الحالية على مستوى الخدمة.

ومن الواضح عدم إجراء تنسيق أو تبادل يُذكر للخبرات والمعلومات بين مديري خطط التأمين⁽⁷¹⁾. ولا يمتلك معظم مديري خطط التأمين خبرة داخلية تمكنهم من التفاوض على شروط فعالة ورصد المؤشرات المتفق عليها عن كثب لمساءلة الجهات المتعاقد معها على تقديم خدمات التأمين الصحي مساهمة كاملة عن أداء الخدمة، في حين أن البعض الآخر كان أكثر نجاحاً في القيام بذلك، بل فرض غرامات على المتعاقدين الذين فشلوا في تحقيق الأهداف المتفق عليها. وترد في المرفق الثاني مؤشرات الأداء الرئيسية من الاتفاقات على مستوى الخدمة التي أبرمتها المنظمات المشاركة في وحدة التقنيات المشتركة مع شركات إدارة مطالبات التأمين. ويرى المفتش أن هذه المؤشرات تشكل ممارسة جيدة ينبغي تكرارها وربما مواءمتها في جميع نظم التأمين، أياً كانت طرائقها، وجعلها جزءاً من موثيق خدمة العملاء، حسب الاقتضاء.

134- وهناك حاجة إلى مزيد من الشفافية للمستفيدين بشأن نتائج الخطط. وتُركز التقارير المنتظمة عن التأمين الصحي أساساً على الأداء التشغيلي للخطط، مثل عدد المطالبات المقدمة وقيمتها، ومتوسط المدة التي تستغرقها عملية المطالبات. وتولى إعداد هذه التقارير أساساً المنظمات أو الشركات التي تتولى إدارة خطط التأمين، والجمهور المستهدف الرئيسي هو الرؤساء التنفيذيون أو هيئات الإدارة أو كلاهما. ولم تقم سوى ثمانية كيانات بإعداد تقرير للأعضاء المشتركين في الخطة، وهو أمر جدير بالثناء (منظمة الأغذية والزراعة، ومنظمة الطيران المدني الدولي، ومنظمة العمل الدولية، واليونسكو، ومكتب الأمم المتحدة في جنيف، ومنظمة السياحة العالمية، وبرنامج الأغذية العالمي، ومنظمة الصحة العالمية). وبالنظر إلى أن تكاليف التأمين الصحي يشترك في تحملها كل من الموظفين العاملين والمتقاعدين على حد سواء، وأن التأمين الصحي عنصر أساسي من حقوقهم في الضمان الاجتماعي، فمن الضروري تزويد الأعضاء المشتركين في الخطة بتقارير دورية، بغض النظر عن الكيان الذي يدير الخطة.

باء - الأداء المالي لنظم التأمين الصحي

1- التعاريف والمعلومات المنهجية

135- أربعة مؤشرات لتحديد الأداء المالي للتأمين الصحي من منظور نظم التأمين والمستفيدين. ويستند هذا التحليل إلى حساب أربعة مؤشرات رئيسية يمكن استخدامها، مجتمعة، لوصف الأداء المالي العام لخطط التأمين من وجهة نظر شركة التأمين والأشخاص المؤمن عليهم. والمؤشران الأولان هما "نسبة الخسارة" و"نسبة الخسارة الكاملة"، وهما يمثلان النتائج من منظور مقدم التأمين⁽⁷²⁾، بينما تُعبّر "نسبة السداد الفعلي" و"نسبة التغطية المالية الذاتية" عن الأثر المالي لخطة التأمين الصحي على المشاركين فيها.

136- نسب الخسارة لقياس الأداء المالي من منظور شركة التأمين. تقيس نسبة الخسارة مدى كفاية الاشتراكات لتغطية المصروفات، أو بشكل أعم، عند النظر إليها من منظور شركة التأمين على المدى الطويل، الاستدامة المالية للنظم. وعند تحليل نسب الخسارة، من المهم أنها يكون مفهوماً أن تقارن

(71) توجد بعض الأعمال التعاونية، مثل عملية طرح العطاءات المشتركة في الأمانة العامة للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي واليونسيف للتعاقد مع شركة لإدارة مطالبات التأمين في إطار خططها الخاصة بالتأمين الصحي، مما سمح بوضع قائمة منسقة بمؤشرات الأداء الرئيسية، ولكن هذا استثناء من القاعدة.

(72) في حين أن نسبة الخسارة لا تحسب النفقات الطبية إلا على أنها "نفقات"، فإن نسبة الخسارة الكاملة لا تضيف إلى جانب النفقات (بسط الكسر) المبالغ المسددة فحسب، ولكن أيضاً التكاليف الإدارية المرتبطة بها.

المصروفات المتكبدة⁽⁷³⁾ مع موارد نظام التأمين أو إيراداته⁽⁷⁴⁾. وبالتالي فإن نسب الخسارة تُعبّر عن الفائض المتحقق في الفترة المشمولة بالاستعراض إذا كانت النسبة أقل من 100 في المائة، أو عن زيادة النفقات على الإيرادات (العجز) إذا كانت النسبة أكبر من 100 في المائة⁽⁷⁵⁾.

137- وتقيس نسبة السداد الفعلي حصة النفقات الطبية الفعلية التي يتكبدها المستفيدين والتي تسدها شركة التأمين فعلياً. وتُقارن نسبة السداد الفعلي بين المبالغ المسددة وقيمة الفواتير المقابلة للمبالغ المطالب بها أو المصروفات المتكبدة. وهي تقيس بالتالي حصة النفقات الطبية التي يتكبدها المستفيدون بالفعل والتي تُسدها شركة التأمين فعلياً خلال الفترة المعنية، وهي آخر فترة كانت البيانات متاحة بشأنها عندما قُدمت إلى وحدة التفتيش المشتركة، وهي عام 2022⁽⁷⁶⁾.

138- وتُعبّر نسبة التغطية الذاتية المالية عن التكلفة الفعلية للتأمين التي يتحملها المستفيدون. ولحساب نسبة التغطية المالية الذاتية، يُفترض أن مجموع المصروفات الصحية ("المصروفات الإجمالية") لكل شخص مؤمن عليه تتكون من مجموع اشتراكاته في نظام التأمين بالإضافة إلى تكلفة الرعاية الطبية التي يتلقاها خلال العام، أي المبالغ التي يدفعها مقابل فواتير الرعاية الصحية أو المبالغ التي تدفعها بالنيابة عنه شركة التأمين في حالة المدفوعات المباشرة (التي تُدفع في العادة للاشتراكات داخل الشبكة والعلاج في المستشفيات). وتُحسب المصروفات الصافية بعد ذلك عن طريق خصم المبالغ التي تُحصل من المصروفات الإجمالية. وتمثل المصروفات الصافية، بالقيمة المطلقة، مقدار ما ينفقه الشخص المشمول بالتأمين على الصحة بالقيمة الصافية في الفترة المعنية. وبالتالي فإن نسبة التغطية الذاتية المالية تشير إلى نسبة المصروفات الصافية مقارنة باحتياجات الرعاية الصحية الفعلية (المصروفات الطبية المتكبدة). وعندما تتجاوز هذه النسبة، بحكم تعريفها، 100 في المائة، يعني ذلك أن المستفيدين يدفعون أكثر مما يحصلون عليه من الناحية النقدية، وذلك في العادة لأن اشتراكاتهم تتجاوز احتياجاتهم الطبية. وفي المقابل، كلما كانت هذه النسبة أقل من 100 في المائة، كلما ارتفعت الإعانة التي يحصل عليها الأشخاص المؤمن عليهم.

(73) لأغراض تبسيط جمع البيانات وعمليات الحساب، لا تتفق المصروفات المحسوبة في هذه الميزانية إلا مع التكاليف الطبية (فيما يتعلق بنسبة الخسارة) والمصروفات الطبية بالإضافة إلى المصروفات الإدارية فيما يتعلق بنسبة الخسارة الكاملة.

(74) لأغراض الدراسة، يتألف دخل أي مخطط من اشتراكات مقدمة من المستفيدين والمنظمة، سواء كانت نقدية أو عينية (الخدمات الإدارية التي يقدمها المخطط بدون تحميل تكلفتها على الاشتراكات التي يدفعها الأشخاص المؤمن عليهم).

(75) بناءً على ذلك، بالنسبة لنظم التأمين الذاتي، تعني النسب المنخفضة جداً إمكانية تخفيض الاشتراكات أو زيادة الاحتياطات. وفيما يتعلق بالنظم التي تستعين بمصادر خارجية، تعني نسبة الخسارة المنخفضة جداً، مع ثبات جميع العوامل الأخرى، أن أقساط التأمين مرتفعة جداً أو أن هناك عقبات تحول دون الاستخدام السليم لخدمات الرعاية الصحية، وأن هناك، من حيث المبدأ، مجالاً لإعادة التفاوض بشأن شروط العقد مع مقدم التأمين أو لتحسين الامتثال للعقود.

(76) في حالة عدم وجود مطالبات متكبدة ولكن لم تُسدد من الفترات السابقة، فإن أعلى قيمة ممكنة لهذه النسبة هي 100 في المائة (بالنسبة للنظم التي لا توجد فيها مدفوعات مشتركة أو تأمين مشترك. وبالنظر إلى أن معظم الخطط تشمل تأميناً مشتركاً لمعظم الخدمات، مما يعني أن الشخص المؤمن عليه ينبغي أن يدفع نسبة مئوية (تبلغ في العادة 20 في المائة) من أمواله الخاصة لكل استشارة أو لكل علاج، من المتوقع أن تأخذ هذه النسبة قيماً تبلغ 80 في المائة أو تقل عن هذه النسبة، لأن 80 في المائة هي في العادة الحد الأقصى للمبلغ المسدد. وهكذا، فكلما ارتفع معدل السداد الفعلي إلى أكثر من 80 في المائة بالنسبة لهذه النظم في سنة معينة، كلما ارتفعت المبالغ المستحقة (والتي سويت الآن) على شركة التأمين من الفترات السابقة، وكلما طال متوسط المدة الزمنية التي يستغرقها السداد. وفيما يتعلق بالنظم التي لا تشمل مدفوعات مشتركة كبيرة أو تأمين مشترك، وبالتالي يبلغ فيها معدل السداد مستويات أعلى (90 في المائة أو 100 في المائة في العادة)، يدل معدل السداد الفعلي على وجود مشكلة في الوقت الذي يستغرقه تجهيز عمليات السداد ما لم تكن القيمة أعلى بكثير من 100 في المائة.

المؤشرات الرئيسية لقياس الأداء المالي للنظم

المؤشر	الوصف	الصيغة
نسبة الخسارة (%)	كفاية الاشتراكات والإعانات	مجموع المصروفات الطبية $\times 100$ / دخل
نسبة الخسارة الكاملة (%)	كفاية الاشتراكات والإعانات	(مجموع النفقات الطبية + النفقات الإدارية) $\times 100$ / دخل نظام التأمين
نسبة السداد الفعلي (%)	حصص المصروفات الطبية التي يتحملها شركة التأمين فعلياً	المبلغ الإجمالي مدفوعات السداد التي قُدمت $\times 100$ / المبلغ الإجمالي للفواتير أو المصروفات الطبية المتكبدة
نسبة التغطية الذاتية المالية (%)	جزء تكلفة احتياجات الرعاية الصحية (بما في ذلك أقساط التأمين الصحي) التي يتحملها المستفيدون أنفسهم	(الاشتراكات التي يدفعها المستفيدون + تكلفة الرعاية الطبية المستلمة - مبالغ السداد الواردة) $\times 100$ / تكلفة الرعاية الطبية المستلمة = (المصروفات الصافية) $\times 100$ / المصروفات الطبية المتكبدة

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

139- **الثغرات المنهجية.** عند تفسير النتائج التالية، ينبغي أن يوضع في الاعتبار أن الهدف الرئيسي من هذا التحليل هو توفير مجموعة محدودة من مؤشرات الأداء الرئيسية لوصف الخطط لأغراض القياس المرجعي ولتعزيز مواءمة السياسات. وهذا هو السبب في أنه في ضوء عبء العمل الذي تتحمله المنظمات المشاركة في قيامها بجمع بيانات كاملة ومتعددة السنوات عن الخصائص الديمغرافية والنتائج المالية لنظمها، لم تُطلب معلومات عن الاستعراض بعد عام 2022⁽⁷⁷⁾؛ ولذلك لا تُستبعد إمكانية الحصول على نتائج مختلفة عند تحليل البيانات نفسها على مدى فترة زمنية أطول تغطي عدة سنوات في دورة الأعمال⁽⁷⁸⁾. وهناك قيد آخر ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار، وهو أنه للسبب نفسه - ولتجنب عبء العمل المفرط الذي ينطوي عليه جمع البيانات - تستند بيانات السداد المطلوبة إلى النقد، وبالتالي فإنها تشمل جميع المدفوعات التي تُسدد في السنة، بصرف النظر عن تاريخ استحقاقها؛ وفي السياق نفسه، فإن مبلغ المصروفات المتكبدة هو قيمة الفواتير الواردة في عام 2022، حتى وإن كانت الخدمات التي تُشير إليها قد قدمت في وقت سابق⁽⁷⁹⁾.

140- **يجب النظر إلى التكاليف الإدارية باعتبارها دخلاً إضافياً للخطة عندما لا تُحتسب هذه التكاليف ضمن حسابات الاشتراكات.** وفيما يتعلق بالنظم التي تقدم فيها الخطة أو المنظمة الرعاية خدمات إدارية (مثل التسجيل وتحصيل الاشتراكات والإشراف والاتصال مع شركة إدارة مطالبات التأمين

(77) قدمت إحدى المنظمات المشاركة بيانات تتعلق بعام 2021 لأن بيانات عام 2022 لم يكن من السهل الحصول عليها عندما طُلبت المعلومات.

(78) تأثرت بيانات عام 2022 بصفة خاصة، كما يشهد على ذلك الأشخاص الذين أُجريت مقابلات معهم تأثراً واضحاً بجائحة كوفيد-19، إذ أُرجئ جانب كبير من النفقات الطبية التي كانت ستُكبد في العادة في عام 2021 إلى عام 2022 بسبب القيود التي كانت سائدة في السنة الأولى التي نُفشت فيها الجائحة في معظم البلدان. وأدى ذلك إلى أثر سلبي مباشر على النتائج الفردية لجميع النظم، ولا سيما على نسب الخسائر. ولكن بالنظر إلى أن هذا الأثر السلبي كان موزعاً بالتساوي على مجموعة النظم، ما زال التحليل المقارن قائماً كمقياس (في الوقت المناسب) للصحة والسواء النسبيين لكل خطة.

(79) في تحليل السلاسل الزمنية، تميل الاختلافات الناتجة عن عدم تطابق التوقيت إلى معاوضة كل منها الآخر، ولكن هذا ليس هو الحال عندما تُحلل سنة واحدة فقط (تحليل مقطعي)، كما هو الحال في هذه الدراسة.

أو شركة التأمين الخارجية) التي لا تؤخذ قيمتها في الاعتبار عند حساب اشتراكات المستفيدين، تُطلب أيضاً تقدير هذه القيمة لإضافتها كدخل عيني للنظام. ويُدرج أيضاً المبلغ الذي تدفعه المنظمة إلى مدير خارجي، شريطة ألا تكون هذه التكلفة مدرجة أيضاً في حساب الاشتراكات المقدمة من المستفيدين، كدخل للنظام لأغراض هذا التحليل. وبالتالي فإن إجمالي دخل كل خطة هو مجموع الاشتراكات المقدمة نقداً من كلا الطرفين والقيمة التقديرية أو الدقيقة للخدمات الإدارية التي لم تُدرج ضمن اشتراكات المشاركين، بغض النظر عما إذا كانت هذه الخدمات قد قُدمت داخلياً (كما في حالة منظمة العمل الدولية) أو من خلال مدير خارجي (مثل اليونيدو). ولذلك، ولدواعٍ متعلقة بتبسيط جمع البيانات، لم يؤخذ في الاعتبار الدخل المالي وأي دخل آخر يمكن أن يكون موجوداً في الممارسة العملية.

141- وتنطوي البيانات المقدمة على قيود يمكن معالجتها من خلال إجراء رصد أدق لأداء الخطة. ومن بين هذه نُظم التأمين التي وردت بشأنها بيانات، قدم 11 نظاماً معلومات كاملة⁽⁸⁰⁾، وافترق 11 نظاماً إلى معلومات عن تكلفة خدمات الإدارة الصحية الداخلية، مما يؤدي إلى تقدير التكلفة الإجمالية بأقل من قيمتها، وبالتالي إلى تقدير نسبة الخسارة الكاملة⁽⁸¹⁾ بأقل من قيمتها. وافترقت خمسة نُظم إلى معلومات جوهرية، معظمها يتعلق بإجمالي المصروفات المقدمة لتغطية المطالبات⁽⁸²⁾، وهو ما يشير إلى عدم وجود رقابة على المدير الخارجي أو شركة التأمين الخارجية. ويقترح المفتش أن تتواصل مؤسسات منظومة الأمم المتحدة مع شركات إدارة مطالبات التأمين أو شركات التأمين لطلب معلومات منتظمة عن الأداء المالي لخططها حتى تتمكن من تقييم نتائجها واستخدامها لتشجيع إدخال تغييرات على السياسات والعقود عند الاقتضاء.

2- نتائج التحليل⁽⁸³⁾

142- ويشكل الموظفون العاملون وعائلاتهم 83 في المائة من المؤمن عليهم، بينما يُشكل المتقاعدون النسبة المتبقية. وإجمالاً، قُدمت معلومات عن 26 خطة تأمين تغطي 447 869 شخصاً⁽⁸⁴⁾، منهم 373 707 موظفين عاملين وأفراد عائلاتهم و162 74 متقاعداً وأقاربهم المشمولين

(80) نظام التأمين الصحي الأساسي ومخطط تغطية التأمين الطبي في منظمة الأغذية والزراعة، وصندوق التأمين الصحي للموظفين في منظمة العمل الدولية، وخطة التأمين الطبي الجماعي للمنظمة البحرية الدولية، وجمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة في مكتب الأمم المتحدة في جنيف، وخطة التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وصندوق التأمين الصحي في اليونيسكو، ونظام التأمين الصحي الأساسي ومخطط تغطية التأمين الصحي في برنامج الأغذية العالمي، والتأمين الصحي لموظفي منظمة الصحة العالمية، وخطة التأمين الطبي الجماعي للمنظمة العالمية للملكية الفكرية.

(81) خطة التأمين الطبي الكامل للوكالة الدولية للطاقة الذرية، وخطة الاستحقاقات الطبية لمنظمة الطيران المدني الدولي، وخطة Aetna وخطة Cigna لرعاية الأسنان، وخطة Empire Blue Cross وخطة التأمين الصحي وخطة الأمم المتحدة العالمية في الأمانة العامة للأمم المتحدة، وخطة التأمين الصحي لليونيسيف، وخطة الخدمات العامة الميدانية وخطة التأمين الطبي الكامل لليونيدو، وصندوق التأمين الصحي للاتحاد البريدي العالمي.

(82) خطة التأمين الطبي الكامل لمكتب الأمم المتحدة في فيينا، وخطة التأمين الصحي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وخطة الخدمات العامة الميدانية وخطة التأمين الطبي الكامل لليونيدو، وخطة التأمين الصحي لمكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع.

(83) تطلب إجراء التحليل الوارد أدناه طلب معلومات من المنظمات المشاركة عن الموظفين المؤمن عليهم (العدد، مع التمييز بين الموظفين العاملين والموظفين المتقاعدين وإدراج أفراد العائلة المشمولين بالتأمين في كل مجموعة)؛ والاشتراكات المقدمة من المشتركين سواء كانوا موظفين عاملين أو متقاعدين أو جهات عمل، وفي هذه الحالة الأخيرة، طُلبت بيانات مفصلة عن الاشتراكات لكل من مجموعتي المستفيدين الفرعيتين والقيمة المقدرة للخدمات الإدارية التي لم تؤخذ في الاعتبار عند حساب الاشتراكات المقدمة من المستفيدين؛ ومبلغ المصروفات المقابلة للرعاية الصحية التي تلقاها المستفيدون في السنة التي جرى النظر فيها؛ والمبالغ المسددة والمدفوعات المباشرة التي قدمتها شركات التأمين؛ والتكاليف الإدارية المتكبدة.

(84) لم يُدرج عدد أعضاء الخطة المؤمن عليهم في إطار خطة Cigna لرعاية الأسنان التي تستخدمها الأمانة العامة للأمم المتحدة تجنباً لازدواجية العد.

بالحماية. وتمثل الفئة الأولى 83 في المائة من مجموع الأفراد المؤمن عليهم، بينما تُمثل الفئة الثانية النسبة المتبقية، وهي 17 في المائة.

143- وفي المتوسط، ساهمت مؤسسات منظومة الأمم المتحدة بنسبة من الاشتراكات تزيد 17 في المائة على اشتراكات الموظفين العاملين و83 في المائة عن المتقاعدين. وفي عام 2022، وفيما يتعلق بكل شخص مؤمن عليه من عائلات الموظفين العاملين، بلغت اشتراكات الموظفين ما متوسطه 1 349 دولاراً، بينما ساهمت المنظمات باشتراكات بلغت 1 576 دولاراً عن الشخص (أكثر بنسبة 17 في المائة)، وبذلك بلغ إجمالي الاشتراك 2 926 دولاراً لكل شخص في السنة. وفيما يتعلق بكل شخص مؤمن عليه من عائلة الموظف المتقاعد، ساهم المتقاعدون بما متوسطه 1 388 دولاراً لكل فرد من أفراد العائلة، بينما ساهمت المنظمات بمبلغ 2 540 دولاراً - أي بزيادة قدرها 83 في المائة. وبلغ إجمالي متوسط الاشتراك السنوي لكل فرد مؤمن عليه من عائلة المتقاعد 3 928 دولاراً في عام 2022. ويزيد هذا المبلغ بنسبة 34 في المائة عن متوسط الاشتراك لكل فرد من أفراد عائلة الموظف العامل. وبلغ مجموع الاشتراكات السنوية في عام 2022⁽⁸⁵⁾ لكل شخص مؤمن عليه، سواءً من المستفيدين أو المنظمات، ما متوسطه 3 079 دولاراً. وفيما يتعلق بالموظفين العاملين ومعاليهم، بلغ مجموع الاشتراكات في نظم التأمين الأربعة والعشرين في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي تتوافر عليها بيانات 845 770 821 دولاراً في عام 2022، بينما بلغ مجموع الاشتراكات بالنسبة للمتقاعدين ومعاليهم 367 528 901 دولار، وبذلك بلغ مجموع الاشتراكات مجتمعة 1,2 مليار دولار في السنة.

144- ويوضح الجدول التالي المؤشرات المالية المقدّرة المقابلة لبيانات عام 2022 التي قدمتها المنظمات المشاركة.

الجدول 15

النسبة المالية حسب خطة التأمين الصحي (2022)

المنظمة المؤمن لها ونظام التأمين	نسبة الخسارة الكاملة (%)	نسبة الخسارة (%)	نسبة السداد الفعلي (%)	نسبة التغطية الذاتية المالية (%)
منظمة الأغذية والزراعة - نظام التأمين الصحي الأساسي	97,6	93,5	85,4	49,3
منظمة الأغذية والزراعة - نظام تغطية التأمين الصحي	169,0	127,1	77,3	59,8
الوكالة الدولية للطاقة الذرية - خطة التأمين الطبي الكامل	بيانات غير متاحة	99,0	80,8	67,1
منظمة الطيران المدني الدولي - خطة الاستحقاقات الطبية	بيانات غير متاحة	89,3	78,5	65,6
منظمة العمل الدولية - صندوق التأمين الصحي للموظفين	93,5	96,8	82,7	53,93
المنظمة البحرية الدولية - خطة التأمين الطبي الجماعي	85,9	85,5	87,6	41,8
مكتب الأمم المتحدة في جنيف - جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة	81,1	77,8	77,8	70,4

(85) لم تُحتسب هنا المساهمات العينية والمبالغ المدفوعة مباشرة إلى شركات إدارة مطالبات التأمين (غير المدرجة في حساب اشتراكات المستفيدين).

نسبة التغطية الذاتية المالية (%)	نسبة السداد الفعلي (%)	نسبة الخسارة (%)	نسبة الخسارة الكاملة (%)	المنظمة المؤمن لها ونظام التأمين	الطريقة
البيانات غير متاحة	البيانات غير متاحة	65,2	72,2	مكتب الأمم المتحدة في فيينا - خطة التأمين الطبي الكامل	تأمين تجاري
60,9	64,9	87,9	البيانات غير متاحة	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Aetna	تأمين ذاتي
73,0	48,3	90,5	البيانات غير متاحة	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Cigna لرعاية الأسنان	تأمين ذاتي
78,8	33,6	97,7	البيانات غير متاحة	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Empire Blue Cross	تأمين ذاتي
30,1	87,5	107,2	البيانات غير متاحة	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة التأمين الصحي	تأمين ذاتي
72,4	87,2	87,9	البيانات غير متاحة	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة الأمم المتحدة العالمية	تأمين ذاتي
29,0	84,4	148,9	169,8	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - خطة التأمين الصحي	تأمين ذاتي
80,6	87,7	64,1	66,7	اليونسكو - صندوق التأمين الصحي	تأمين ذاتي
البيانات غير متاحة	البيانات غير متاحة	55,0	59,8	مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - خطة التأمين الصحي	تأمين ذاتي
44,6	85,7	63,5	البيانات غير متاحة	اليونيسيف - خطة التأمين الصحي	تأمين ذاتي
البيانات غير متاحة	البيانات غير متاحة	83,2	البيانات غير متاحة	اليونيدو - خطة الخدمات العامة الميدانية	تأمين تجاري
البيانات غير متاحة	البيانات غير متاحة	68,7	البيانات غير متاحة	اليونيدو - خطة التأمين الطبي الكامل	تأمين تجاري
البيانات غير متاحة	البيانات غير متاحة	53,4	68,3	مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع - خطة التأمين الصحي	تأمين تجاري
البيانات غير متاحة	86,9	البيانات غير متاحة	البيانات غير متاحة	الاتحاد البريدي العالمي - صندوق التأمين الصحي	تأمين تجاري
البيانات غير متاحة	86,9	28,5	28,6	منظمة السياحة العالمية - خطة التأمين الصحي والتأمين ضد الحوادث	تأمين تجاري
64,2	84,8	81,9	86,0	برنامج الأغذية العالمي - خطة التأمين الصحي الأساسي	تأمين تجاري
41,8	84,9	75,4	88,8	برنامج الأغذية العالمي - نظام تغطية التأمين الصحي	تأمين تجاري
69,8	73,7	54,6	58,5	منظمة الصحة العالمية - التأمين الصحي للموظفين	تأمين ذاتي
44,4	88,8	94,8	94,9	المنظمة العالمية للملكية الفكرية - خطة التأمين الطبي الجماعي	تأمين تجاري

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

145- ويبلغ المتوسط الحسابي البسيط لنسبة الخسارة الكاملة 88,1 في المائة، مما يدل، بصفة عامة، على التوافق الجيد بين الاشتراكات والمصروفات. وفيما يتعلق بالجدول 15، فإن 6 خطط من أصل 15 خطة تتضمن معلومات كاملة عن حساب نسبة الخسارة الكاملة، لها قيم تتراوح بين 85 و100 في المائة، مما يدل على مستوى جيد من التوافق بشكل خاص بين الاشتراكات والمصروفات المتعلقة بالمطالبات والإدارة، في حين أن مجموعة أخرى من 6 خطط لديها أيضاً نسب سليمة تتراوح بين 50 و85 في المائة⁽⁸⁶⁾. وفيما يتعلق بنسب الخسائر، يبلغ المتوسط الحسابي البسيط للخطط الخمس والعشرين التي تشمل معلومات كاملة، يبلغ 83,1 في المائة. وتبلغ عموماً نسب الخسائر مستويات سليمة في 21 نظاماً، أي في 84 في المائة من المجموع.

146- وتتراوح نسبة السداد الفعلي في 14 خطة من أصل 21 خطة من الخطط التي تشمل معلومات، بين 80 و88,8 في المائة. وهناك خمس خطط تتراوح النسبة فيها بين 65 في المائة و80 في المائة، بينما تقل النسبة عن 50 في المائة في اثنتين من خطط الأمانة العامة للأمم المتحدة. وتُسجل خطة التأمين الطبي الجماعي للمنظمة العالمية للملكية الفكرية أعلى قيمة (88,8 في المائة)، وتليها مباشرة خطة التأمين الطبي الجماعي للمنظمة البحرية الدولية، وصندوق التأمين الصحي لليونسكو، وخطة التأمين الصحي للأمانة العامة للأمم المتحدة، وخطة الأمم المتحدة العالمية، وخطة التأمين الصحي والتأمين ضد الحوادث لمنظمة السياحة العالمية، وصندوق التأمين الصحي للاتحاد البريدي العالمي، وكلها نسب تبلغ نحو 87 في المائة.

147- ومن بين 19 خطة توجد بيانات بشأنها، هناك 17 خطة تقل فيها نسب التغطية الذاتية المالية عن 75 في المائة. وفيما يتعلق بنسب التغطية الذاتية المالية، وردت بيانات من 19 خطة (انظر الجدول 16). ومن بين هذه الخطط، سُجلت نسب أقل من 50 في المائة في سبع منها، مما يعني أن خططها تغطي أكثر من نصف التكلفة الفعلية للخدمات الصحية الضرورية خلال السنة. وكانت الخطط التي توفّر أعلى مستويات الحماية المالية في عام 2022 هي خطط التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي والأمانة العامة للأمم المتحدة، وتليها خطة التأمين الطبي الجماعي للمنظمة البحرية الدولية، ونظام تغطية التأمين الصحي لبرنامج الأغذية العالمي. وكانت نسبة التغطية الذاتية للمستفيدين من هاتين الخطتين تحديداً منخفضة إلى 30 في المائة، ومن ثم فقد حصلوا على أعلى نسبة إعانة (نحو 70 في المائة من المصروفات) لتلبية احتياجاتهم الصحية في عام 2022. وفيما يتعلق بالأنظم التي تتجاوز فيها نسب التغطية الذاتية المالية 50 في المائة، كانت الإعانة التي حصل عليها المستفيدون أقل من اشتراكاتهم ومصروفاتهم الطبية التي دفعوها من أموالهم الخاصة. ويبلغ المتوسط الحسابي البسيط للتغطية الذاتية المالية لهذه المجموعة المكونة من 19 خطة 75,7 في المائة.

148- وبإلقاء نظرة فاحصة على نسبة التغطية الذاتية المالية، يتأكد أن التضامن بين الأجيال متجنز بقوة في خطط الأمم المتحدة للتأمين الصحي⁽⁸⁷⁾. وبالرجوع إلى الجدول 16، نجد أن متوسط

(86) تبلغ نسب الخسائر مستويات منخفضة أو مرتفعة بصورة غير عادية في أربعة نُظم (مخطط تغطية التأمين الطبي في منظمة الأغذية والزراعة، وخطة التأمين الطبي الكامل في اليونيدو، وصندوق التأمين الصحي في اليونسكو، وخطة التأمين الصحي والتأمين ضد الحوادث في منظمة السياحة العالمية)، مما قد يوحي بمشكلة محتملة فيما يتعلق بنوعية المعلومات المقدمة.

(87) يهدف جزء من الإعانة الإضافية التي يتلقاها المتقاعدون إلى تغطية الضرائب على المعاشات التقاعدية، على نحو ما أقر به تقرير الأمين العام الأخير عن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، A/76/373، الفقرة 57 ("منذ كانون الثاني/يناير 1974 تُقسم التكاليف [تكاليف التأمين الصحي] بين الموظفين المتقاعدين والموظفين العاملين، بحيث تتمثل النتيجة في أن يبلغ مقدار المساهمات بالنسبة للمتقاعدين حوالي نصف مقدار مساهمات الموظفين العاملين، مع الحفاظ على نسب التقاسم المقررة بين المنظمة والمشاركين كمجموعة. ويأخذ هذا الترتيب في الاعتبار أن المعاشات التقاعدية تخضع للضريبة في حين تستند مساهمات الموظفين إلى صافي الدخل. ويتحقق ذلك بتحويل جزء من حصة المنظمة من الأقساط من الموظفين العاملين إلى المتقاعدين، مما يؤدي إلى تقديم إعانة مالية بين الأجيال من الموظفين العاملين إلى المتقاعدين").

نسبة الموظفين العاملين تبلغ في نُظم التأمين التسعة عشر التي تتوفر عنها بيانات تبلغ 75,3 في المائة، في حين يبلغ المتوسط بالنسبة للمتقاعدين 39 في المائة، ويعني ذلك أن الإعانات المقدمة إلى المتقاعدين (61 في المائة) تزيد بمقدار 14 نقطة مئوية على إعانات الموظفين العاملين (24,7 في المائة).

الجدول 16

نسبة التغطية الذاتية المالية (النسبة المئوية) حسب خطة التأمين الصحي ونوع العضو المؤمن عليه (2022)

المنظمة المؤمن لها ونظام التأمين	الطريقة	الموظفون العاملون + المعالون	المتقاعدون + المعالون	النسبة الإجمالية
منظمة الأغذية والزراعة - نظام التأمين الصحي الأساسي	تأمين تجاري	72,0	38,4	49,3
منظمة الصحة العالمية - نظام تغطية التأمين الصحي	تأمين تجاري	59,8	غير منطبقة	59,8
الوكالة الدولية للطاقة الذرية - خطة التأمين الطبي الكامل	تأمين تجاري	93,2	48,8	67,1
منظمة الطيران المدني الدولي - خطة الاستحقاقات الطبية	تأمين ذاتي	66,9	64,4	65,6
منظمة العمل الدولية - صندوق التأمين الصحي للموظفين	تأمين ذاتي	94,2	35,3	53,93
المنظمة البحرية الدولية - خطة التأمين الطبي الجماعي	تأمين تجاري	65,3	24,8	41,8
مكتب الأمم المتحدة في جنيف - جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة	تأمين ذاتي	107,8	40,1	70,4
مكتب الأمم المتحدة في فيينا - خطة التأمين الطبي الكامل	تأمين تجاري	البيانات غير متاحة		
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Aetna	تأمين ذاتي	75,3	29,8	60,9
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Cigna لرعاية الأسنان	تأمين ذاتي	75,5	68,6	73,0
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Empire Blue Cross	تأمين ذاتي	75,2	84,2	78,8
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة التأمين الصحي	تأمين ذاتي	35,5	13,2	30,1
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة الأمم المتحدة العالمية	تأمين ذاتي	99,9	31,2	72,4
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - خطة التأمين الصحي	تأمين ذاتي	30,6	24,8	29,0
اليونسكو - خطة التأمين الصحي	تأمين ذاتي	144,8	50,5	80,6
مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - خطة التأمين الصحي	تأمين ذاتي	البيانات غير متاحة		
اليونيسيف - خطة التأمين الصحي	تأمين ذاتي	48,9	26,1	44,6
اليونيدو - خطة الخدمات العامة الميدانية	تأمين تجاري	البيانات غير متاحة		
اليونيدو - خطة التأمين الطبي الكامل	تأمين تجاري	البيانات غير متاحة		
مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع - خطة التأمين الصحي	تأمين تجاري	البيانات غير متاحة		
برنامج الأغذية العالمي - خطة التأمين الصحي الأساسي	تأمين تجاري	89,5	34,1	64,2

النسبة الإجمالية	المتقاعدون + المعالون	الموظفون العاملون + المعالون	الطريقة	المنظمة المؤمن لها ونظام التأمين
41,8	21,7	44,3	تأمين تجاري	برنامج الأغذية العالمي - نظام تغطية التأمين الصحي
69,8	42,0	91,4	تأمين ذاتي	منظمة الصحة العالمية - التأمين الصحي للموظفين
44,4	24,4	60,7	تأمين تجاري	المنظمة العالمية للملكية الفكرية - خطة التأمين الطبي الجماعي

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

جيم - منع الغش واحتواء التكاليف والشراء

1- منع الغش وكشفه

149- تتفاوت التوعية بشأن أساليب الغش بين المنظمات. وارتكاب الغش في التأمين الصحي لا يتعارض مع معايير سلوك الموظفين في منظومة الأمم المتحدة فحسب، بل يمكن أن يؤدي أيضاً إلى ارتفاع في أقساط التأمين الصحي أو إلى تغييرات أخرى في السياسات على حساب المنظمات المؤمن لها والمستفيدين من التأمين، بصرف النظر عما إذا كانت الخطط مؤمنة ذاتياً أو مؤمنة تجارياً. ولكن الاستعراض خلص إلى أن درجة الوعي بأساليب الغش متفاوتة بين المنظمات، حيث إن المنظمات التي لديها خطط مؤمن عليها تجارياً هي عموماً أقل المنظمات نشاطاً في هذا المجال. ومن الممارسات الجيدة التي لوحظت في هذا السياق إدراج صيغة في العقود المبرمة مع شركة التأمين التجارية يتم بموجبها تقاسم الوفورات الناتجة عن انخفاض مستوى الإنفاق بين المنظمة المؤمن لها وشركة التأمين في حدود معينة، مما يؤدي، من الناحية النظرية على الأقل، إلى إيجاد حافز لاحتواء التكاليف ومكافحة الغش من كلا الجانبين⁽⁸⁸⁾.

150- ويقل معدل انتشار حالات الغش في التأمين الصحي المبلغ عنها عن المتوسط، ولكن يجب توخي اليقظة. وأبلغت المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة عن 226 حالة غش مفترضة ومؤكدة في التأمين الصحي في الفترة بين عامي 2019 و2022، وبلغت المبالغ المتكبدة بسبب الغش ما مجموعه 2,2 مليون دولار استُرد منها ما يقرب من 142 000 دولار⁽⁸⁹⁾. وتُشير البيانات المتاحة إلى أن الغش في نُظم الرعاية الصحية على نطاق العالم، يمثل ما بين 3,29 في المائة أو 10 في المائة من نفقات الرعاية الصحية⁽⁹⁰⁾. وفي حالة خطط التأمين الصحي في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة، التي تكبدت مبلغاً إجمالياً قدره 1,05 مليار دولار في عام 2022، بلغت قيمة المبالغ المتكبدة بسبب أنشطة الغش مستويات أقل بكثير من هذه المعايير المرجعية العالمية. غير أن ذلك لا يعني انخفاضاً في معدلات انتشار الغش، بل يدل على أن عدد حالات الغش المعروفة رسمياً قد يكون منخفضاً. ومن هذا المنطلق، أشار بعض المجهيين إلى ممارسات محتملة منطوية على غش في بعض المجالات (مثل التواطؤ بين مقدمي الخدمات الطبية أو الصيادلة أو الأشخاص المؤمن عليهم، أو الرسوم الباهظة على نحو غير عادي التي تفرض على موظفي الأمم المتحدة، أو قيام أفراد العائلة غير المؤمن عليهم باستخدام بطاقات التأمين) أي يلاحظها أحد أو لا يُتخذ إجراء بشأنها بسبب ضعف نظام المراقبة.

(88) ينطبق ذلك على المادة 25 من العقد المبرم بين منظمة اليونيدو والشركة المؤمنة عليها.

(89) ما زالت عدة حالات قيد التحقيق.

(90) Jim Gee and others, "The financial cost of healthcare fraud" (MacIntyre Hudson LLP and Centre for Counter Fraud Studies, University of Portsmouth, 2010)

151- ويُمثل كشف الغش في مجال التأمين الصحي مجالاً تقنياً يتطلب خبرة وموارد متخصصة. وتعتمد خطط التأمين الصحي التي تتولى شركة خارجية إدارة مطالباتها أو التي يكون مؤمن عليها تجارياً بشكل رئيسي على الجهات المتعاقد معها لتقديم خدمات التأمين الصحي من أجل إنشاء نظام لكشف حالات الغش المحتملة والتحقيق فيها. وفي هذه الحالات، تستفيد المنظمات المشاركة من خبرة المتعاقدين لأن رصد الغش وكشفه في التأمين الصحي يتطلب خبرة متخصصة لا تتاح في العادة داخل المنظمة، باستثناء نظم التأمين المُدارة ذاتياً؛ ولكن هذا ينبغي ألا يكون حائلاً دون المشاركة في أنشطة مكافحة الغش. ويرد في الشكل الثاني مثال لنظام كشف الغش لدى إحدى شركات التأمين الصحي الدولية.

الشكل الثاني

مثال لنظام كشف الغش الذي يتبعه مقدّم تأمين صحي دولي

<p>موارد متخصصة: اختصاصيون في الطب الإكلينيكي، وعلماء في مجال البيانات، ومراجعون ومحققون أمثلة للدوافع المتعددة الأوجه لفحص المطالبات المقدمة</p> <ul style="list-style-type: none"> • القواعد الآلية التي تُحدد المجموعات غير العادية من رموز التشخيص والإجراءات الطبية • المراجعة الإكلينيكية وتدقيق تسعير المطالبات خارج الشبكة • مبالغ المطالبات التي تزيد عن حدود معينة • القواعد المحمية بالملكية الفكرية للسيناريوهات أو نظم التأمين المعروفة المنطوية على غش • تحديد مقدمي خدمات الرعاية الصحية المعروفين الذين يرتكبون أعمال غش • استخدام مؤشر الاشتباه • عمليات التقيب في البيانات لتحليل الغش بعد الدفع للكشف عن التهديدات والاتجاهات الناشئة

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

152- وكشفت جميع نظم التأمين الأربعة المُدارة ذاتياً عن حالات غش مفترضة وأبلغت عنها، في حين أن 9 نظم من أصل 22 نظاماً من نظم التأمين المُدارة ذاتياً لم تقم بذلك. وفي حين أن من الواضح أن شركات التأمين الصحي التجارية أو شركات إدارة مطالبات التأمين تتمتع بخبرة كبيرة في كشف الغش لأنه جزء من خبرتها الأساسية في هذا المجال، لم يشمل الاستعراض أي تحليل مقارن مفصل لتحديد فعالية النظم التي تُنفذها نظم التأمين المُدارة ذاتياً. ومع ذلك، اكتشف مديرو نظم التأمين حالات غش مفترضة وأبلغوا عنها في جميع نظم التأمين الأربعة المُدارة ذاتياً (64 حالة في الفترة بين عامي 2019 و2022)، بينما لم يتم الإبلاغ عن أي حالة غش على الإطلاق في إطار 9 نظم من أصل 22 نظاماً من نظم التأمين التي تتولى أطراف ثالثة إدارة مطالباتها أو نظم التأمين المؤمن عليها تجارياً.

153- **حدود المدفوعات النقدية لمنع الغش.** في حالة الخطط الأربع المؤمنة ذاتياً والمُدارة ذاتياً، أنشأت المنظمات المؤمن لها النظام الخاص بها لرصد حالات الغش المحتملة أو وضع تدابير للتقليل إلى أدنى حد من مخاطر الغش. وعلى سبيل المثال، يُحدد نظام منظمة الصحة العالمية مبلغ المدفوعات النقدية التي يدفعها الأعضاء المشتركين في الخطة لمقدمي الرعاية الصحية بمبلغ 250 دولاراً بالنسبة لجنيف وفرنسا المجاورة، و2 000 دولار لسائر العالم، بينما يُحدد نظام منظمة العمل الدولية المدفوعات النقدية بمبلغ 1 000 دولار، وتُحدد جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة في مكتب الأمم المتحدة في جنيف هذه المدفوعات بمبلغ 500 دولار. وعلى الرغم من أن هذه المنظمات تستحق التقدير لسياساتها في مكافحة الغش، فإن الفرق الكبير في المبالغ أمر لافت للنظر لا سيما وأن جميع هذه

المنظمات يقع في جنيف. ويدل ذلك على أن هناك مجالاً للتحسين في تنسيق السياسات والممارسات في هذا المجال. ويقترح المفتش تحديث حدود المدفوعات النقدية وتخفيضها، كلما أمكن ذلك، لجميع أنواع التأمين الصحي.

154- أخذ عينات عشوائية من المطالبات لكشف حالات الغش. في النظامين الخاصين بمنظمة العمل الدولية ومكتب الأمم المتحدة في جنيف، يجري كل شهر فحص متعمق لعينات المطالبات التي يتجاوز مبلغها عتبة محددة، وما يُعتبر أيضاً ممارسة جيدة على الرغم من أن فعاليتها تعتمد على إبقاء العتبة منخفضة بما يكفي لتثبيط السلوك التكيفي أو الانتهازي. ويقترح المفتش استعراض فعالية هذه العتبات دورياً للتأكد من أنها صالحة وتُحقق النتائج المتوقعة.

155- استخدام مؤشرات لكشف حالات الغش المحتملة. تشمل نُظم إدارة المطالبات في جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية بعض المؤشرات التي يمكن أن تُظهر حالات شاذة، مثل استخدام نسبة المطالبات إلى المرتب كدافع لاستعراض المطالبات في حالة منظمة العمل الدولية. وعلى الرغم من التشجيع بقوة على استخدام المؤشرات لرصد مخاطر الغش، يرى المفتش أن ربط احتمال الغش بالمرتب المستفيد يعني افتراض أن المطالبات المقدمة من الموظفين ذوو الأجور المنخفضة يتوقع أيضاً أن تكون منخفضة، كما لو كانت تكلفة العلاج أو احتمالات حدوث مخاطر صحية دالة على الدخل الشخصي. ويقترح المفتش استخدام مؤشرات لرصد مخاطر الغش، ولكن ينبغي وقف العمل بالمؤشرات التي تربط احتمال حدوث الغش بالمرتب المستفيد والاستعاضة عنها بمؤشرات أخرى تعبر بشكل أفضل عن المخاطر ذات الصلة.

156- ويزيد التدريب والتنسيق أيضاً من فعالية منع الغش. وتعتمد بعض الخطط على الكفاءة والخبرة لدى مراجعي المطالبات في المكاتب القطرية والإقليمية لكشف الغش المحتمل. وفي حين أن لا مركزية هذه الوظيفة لا تُشكل في حد ذاتها خطراً على نزاهة عملية استعراض المطالبات، من الضروري أن يكون الأشخاص المكلفون بالقيام بهذه الوظيفة مدربين ومنسقين على نحو كافٍ لضمان أقصى درجات الموضوعية والمهنية والإنصاف في تطبيق تدابير الفحص والمراقبة المناسبة. وفيما يتعلق بالنظم التي تُدار مطالباتها ذاتياً، يوصي المفتش بأن تشمل برامج عملها التركيز باستمرار على تدريب الموظفين المشاركين في معالجة المطالبات، على منع الغش وكشفه، وأن تكون نُظم التأمين مواكبة لأحدث تكنولوجيات كشف الغش، بما في ذلك أدوات الذكاء الاصطناعي التوليدي، أو أن تعتمد عليها.

157- وتتفاوت الإجراءات التأديبية في حالات الغش المؤكدة بين نُظم التأمين. ويواجه الموظفون العاملون الذين يتبين من خلال نظام التحقيق في منظماتهم أنهم ارتكبوا غشاً في التأمين الصحي إجراءات تأديبية مختلفة. وتختلف هذه الإجراءات باختلاف المنظمة. وبالنسبة للحالات المؤكدة، تتراوح الإجراءات التأديبية بين الفصل بصرف النظر عن المبلغ المالي الذي ينطوي عليه الغش، كما في حالة مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، والإجراءات التأديبية المصممة حسب خطورة الحالة في الاتحاد الدولي للاتصالات والأمانة العامة للأمم المتحدة واليونسكو واليونيدو وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي. وعادة ما تُسفر حالات الغش المؤكدة التي يتورط فيها موظفون متقاعدون عن إنهاء اشتراكهم في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

158- ويجب أن تكون التدابير التأديبية متناسبة مع جسامة سوء السلوك. وفي حين يوافق المفتش على أنه يجب التحقيق في حالات الغش المشتبه فيها تحقيقاً شاملاً ومنهجياً، ينبغي أن يوضع في الاعتبار أيضاً أن المخالفات لا يستحق جميعها الرد نفسه. ومن مبادئ القانون التي يجب أن تُطبق في جميع الحالات المتعلقة بمخالفات المحظورات أو القواعد الإلزامية أن يكون الجزاء متناسباً مع درجة خطورة سوء السلوك (”يكون أي تدبير تأديبي يوقع على الموظف متناسباً مع طبيعة السلوك المرتكب وجسامته“،

وفقاً للقاعدة 10-3 (ب) من النظام الإداري لموظفي الأمم المتحدة)، إذ من البديهي أن المخالفات ليست كلها متساوية في الضرر⁽⁹¹⁾. ومن ناحية أخرى، فإن الحق في الضمان الاجتماعي هو حق ينبغي عدم حرمان الموظف منه ما لم يكن قد فصل من الخدمة إما طوعية أو نتيجة لعملية تأديبية، لأن هذا الحق هو استحقاق يرتبط ارتباطاً وثيقاً بعلاقة العمل. ويوصي المفتش بأن تكون الجزاءات الناشئة عن حالات الغش في التأمين الصحي، كما هو الحال مع أي غش أو سوء سلوك آخر، متدرجة وفقاً لشدة سوء السلوك، تماشياً مع النظامين الأساسيين والإداريين للموظفين ذوي الصلة.

2- احتواء التكاليف

159- وكانت هناك مناقشات وعلاقات تعاون محدودة جداً بين الوكالات بشأن احتواء التكاليف. وفي عام 2018، أصدر الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة توصية دعا فيها إلى "مواصلة استكشاف جميع السبل الكفيلة باحتواء تكاليف التأمين الصحي في سياق المناقشات المشتركة بين الوكالات تحت رعاية اللجنة الإدارية الرفيعة المستوى"⁽⁹²⁾. وتهدف التوصية إلى خفض تكاليف مؤسسات منظومة الأمم المتحدة المتصلة بخطط التأمين الصحي، بما في ذلك الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. ويبدو من المقابلات والمناقشات التي أجريت مع المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة أن هذا التعاون المشترك بين الوكالات على نطاق المنظومة لم يحدث. غير أنه كانت هناك بعض الحالات المتفرقة التي بذلت فيها جهود خاصة بكل موقع، ولا سيما من خلال عمليات التبادل والمناقشات بين المنظمات التي تتخذ من جنيف مقراً لها (منظمة العمل الدولية ومكتب الأمم المتحدة في جنيف ومنظمة الصحة العالمية)⁽⁹³⁾ والمنظمات التي تتخذ من الولايات المتحدة مقراً لها (الأمانة العامة للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي واليونيسيف، فيما يتعلق بخططها الخاصة بالتأمين الصحي)⁽⁹⁴⁾. ويقترح المفتش أن تقوم المنظمات المشاركة بتنشيط المناقشات المشتركة بين الوكالات بهدف تنفيذ هذه التوصية.

160- ولا يوجد لدى معظم مديري خطط التأمين خطة عمل واضحة لاحتواء التكاليف. وأشار العديد من مديري خطط التأمين أثناء المقابلات التي أجريت معهم إلى عدم وجود أي خطط لاحتواء التكاليف، في حين أوضح الباقون أن بعض التدابير قد اتخذت. وتعتمد المؤسسات التي تستعين بشركة خارجية لإدارة مطالبات التأمين أو شركة تأمين بشكل أساسي على خبرة هذه المؤسسات التجارية، التي أثبتت، من خلال أمثلة مشتركة، أنها قادرة على تنفيذ مجموعة من الإجراءات لخفض التكاليف غير الضرورية أو تجنبها. ولكن يلاحظ أن احتواء التكاليف لم يُدرج في أي حالة من الحالات كهدف في الترتيبات التعاقدية مع هذه الشركات كجزء من نظام رصد الأداء. وبالمثل، لا يُشكل احتواء التكاليف جزءاً من مؤشرات الأداء الرئيسية للخطط المؤمنة ذاتياً. وبالإضافة إلى مديري خطط التأمين، اضطلعت رابطات المتقاعدين بدور مهم في التوعية بين أعضائها بتدابير الاقتصاد في التكاليف، وهو أمر جدير بالثناء.

(91) المطالبة بسداد مبلغ 30 دولاراً على نحو غير صحيح لا يشبه المطالبة بتعويض قدره 30 000 دولار. فبينما في الحالة الأولى، بالإضافة إلى رفض السداد، ينبغي أن توقع على المدعي عقوبة بسيطة، وفي الحالة الثانية ينبغي أن يخضع لتدبير أكثر خطورة يشمل، عند الاقتضاء، الفصل التأديبي. انظر: <https://www.un.org/internaljustice/oaj/en/proportionality-sanction> للاطلاع على السوابق القضائية لمحكمة الأمم المتحدة للاستئناف فيما يتعلق بمبدأ التناسب.

(92) A/73/662.

(93) يركز الجهد المشترك بين المنظمات التي تتخذ من جنيف مقراً لها على التفاوض على الأسعار مع مقدمي الخدمات الطبية في سويسرا.

(94) قامت المنظمات التي تتخذ من الولايات المتحدة مقراً لها بالتعاقد مع شركة لإدارة مطالبات التأمين في إطار خطة التأمين الصحي الخاصة بها.

161- وتعزز التعديلات التي أُدخلت على تصاميم الخطط ومعايير الأهلية خفض التكاليف على المدى الطويل، ولكنها قد تأتي على حساب التغطية غير المنصفة للموظفين. وأطلقت منظمة الأغذية والزراعة خطة تأمين صحي جديدة مصممة تحديداً للموظفين المعيّنين محلياً في الميدان الذين التحقوا بالعمل في المنظمة في 1 تشرين الأول/أكتوبر 2016 أو بعد ذلك التاريخ. وفي السابق، لم يكن لدى منظمة الأغذية والزراعة سوى خطة واحدة، وهي نظام التأمين الصحي الأساسي لجميع الموظفين في جميع أنحاء العالم، وهو نظام كان يوفر تغطية منصفة للجميع. وتتميز الخطة الجديدة، وهي نظام تغطية التأمين الصحي، بتغطية أقل من الخطة الأصلية بشكل عام، وبمعدل سنوي يبلغ 39,93 دولاراً أمريكياً للشخص الواحد لعام 2023، وهو مبلغ أقل بكثير مقارنة بمبلغ 143,53 دولاراً للخطة الأصلية. وبالتالي، أدى إطلاق الخطة الجديدة إلى خفض تكاليف التأمين الصحي للمنظمة، بما في ذلك تكاليف التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في المستقبل. ويُلاحظ أن وجود خطتين منفصلتين، إحداهما للموظفين في المقر وللموظفين المعيّنين دولياً في الميدان والأخرى للموظفين المعيّنين محلياً في الميدان، هي طريقة شائعة تستخدمها معظم المنظمات المشاركة⁽⁹⁵⁾. ولا تزال الخطة الأحدث من هاتين الخطتين في منظمة الأغذية والزراعة صغيرة (شارك فيها 223 موظفاً عاملاً حتى نهاية عام 2022). ويبقى أن نرى إلى أي مدى ستُلبي هذه الخطة احتياجات الموظفين المستهدفين بشكل كافٍ.

162- وتتطلب بعض تدابير احتواء التكاليف تخطيطاً طويلاً الأجل. وفي عام 2023، خفضت الوكالة الدولية للطاقة الذرية سن الأطفال غير المعالين من الأعضاء المشتركين في خطة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة من 30 إلى 25 سنة كتدبير لاحتواء التكاليف⁽⁹⁶⁾. وسيساعد ذلك أيضاً على خفض عدد أعضاء خطة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في المنظمة على المدى الطويل. ولم تتضح بعد نتيجة هذا التدبير المتعلق باحتواء التكاليف، ولكنه يوضح أن تدابير خفض التكاليف على المدى الطويل قد تتطلب تخطيطاً طويلاً الأجل.

163- ونجح استخدام نُظم التأمين الصحي الوطنية في خفض التكاليف، ولكنه غير قابل للتطبيق في كل مكان. وفي عام 2011، طلبت الأمانة العامة للأمم المتحدة من موظفيها المتقاعدين المقيمين في الولايات المتحدة الذين حصلوا على تأمين طبي بعد انتهاء الخدمة أن يسجلوا في الجزء بء من برنامج Medicare، وهو برنامج اتحادي في الولايات المتحدة تُسدد المنظمة أقساطه. ويُشكل الجزء بء من البرنامج المذكور التغطية الأساسية⁽⁹⁷⁾ للموظفين المتقاعدين، بينما تُشكل خطط الأمم المتحدة تغطية ثانوية. ومن حيث الجوهر، لم يطرأ أي تغيير على تغطية الأعضاء المشتركين في الخطة، ولكن الأمم المتحدة قادرة على تحقيق وفورات في التكاليف بسبب انخفاض المبالغ المسددة في إطار خططها. وبالنسبة للفترة المالية المنتهية في 31 كانون الأول/ديسمبر 2020، قَدَّر الخبراء الاكتواريون الاستشاريون أن الوفورات المتوقعة من هذه المبادرة خفضت تقييم الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي المتراكمة بعد انتهاء الخدمة بنسبة 8 في المائة، مما أدى إلى تخفيض يُقدَّر بنحو 600 مليون دولار في الالتزامات

(95) من بين المنظمات المشاركة البالغ عددها 28 منظمة، لا يوجد سوى الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومنظمة العمل الدولية واليونسكو ومنظمة السياحة العالمية والاتحاد البريدي العالمي ومنظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية، التي لديها خطة تأمين صحي واحدة لجميع الموظفين. ويُلاحظ أن منظمة العمل الدولية واليونسكو ومنظمة الصحة العالمية هي المنظمات الواحدة بين هذه المنظمات التي لديها عدد كبير من الموظفين في الميدان.

(96) لا ينطبق ذلك إلا على الموظفين الذين التحقوا بالخدمة في 1 آذار/مارس 2023 أو بعد ذلك التاريخ.

(97) الجزء بء من خطة التأمين الصحي 'ميدكير' (Medicare) تغطي نوعين من الخدمات: (أ) الخدمات أو الإمدادات اللازمة لتشخيص الحالات الطبية أو علاجها؛ و(ب) الرعاية الوقائية.

المستحقة في ذلك الوقت⁽⁹⁸⁾. وعدلت منظمة الصحة العالمية قواعد التأمين الصحي لموظفيها المتقاعدين المقيمين في الولايات المتحدة وفقاً لذلك. وتنتظر منظمة الأغذية والزراعة حالياً في هذا الخيار.

164- **وتُتاح خطط وطنية في النمسا وكندا وسويسرا والمملكة المتحدة.** وفي المملكة المتحدة، يمكن لموظفي المنظمة البحرية الدولية الحصول على الخدمة الصحية الوطنية في البلد. وفي حين أن استخدام الخدمة الصحية الوطنية يُعد تكميلياً، تُوفّر خطة التأمين الصحي في المنظمة البحرية الدولية حوافز مالية للأعضاء المشتركين في الخطة الذين يستخدمون الخدمة الصحية الوطنية، وهي ممارسة جيدة. وفي بلدان أخرى، مثل النمسا وكندا، تتاح للموظفين فرصة الانسحاب من خطط المنظمات والاتحاق بالخطط الوطنية مع إعانة من المنظمة. ولا توجد بيانات متاحة عن الكيفية التي أدى بها ذلك إلى توفير التكاليف بالنسبة للمنظمات. أما بالنسبة لمتقاعدي الاتحاد البريدي العالمي الذين يختارون أن يكونوا مؤمنين في إطار التأمين الصحي الوطني في سويسرا، الذي ينظمه القانون الاتحادي للتأمين الصحي، فإن الاتحاد البريدي العالمي يدعم أقساط التأمين ويوفر خطة تأمين صحي تكميلية مدعومة. ولم تبلغ المنظمة عن أي وفورات في التكاليف نتيجة لهذا الترتيب.

165- **ولم يتمكن معظم مديري خطط التأمين من إثبات نتائج ملموسة لتدابير احتواء التكاليف.** وتبين من الاستعراض وجود أمثلة قليلة جداً على قيام شركات إدارة مطالبات التأمين بالإبلاغ عن الوفورات المالية (أو التكاليف المتجنبة) نتيجة لتدابير احتواء التكاليف. وفيما يتعلق بخطة التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، على سبيل المثال، أبلغت شركة إدارة مطالبات التأمين في عام 2021 عن تجنب/خفض التكاليف بمبلغ 1,06 مليون دولار من خلال التفاوض مع مقدمي الرعاية الصحية، وتوفير الخدمات الإكلينيكية وإدارة الحالات وتدابير مكافحة الغش والهدر وإساءة الاستخدام. وفي إطار التأمين الصحي لموظفي منظمة الصحة العالمية، يتم تتبع وفورات التكاليف من خلال أنشطة إدارة الحالات التي أسفرت أيضاً في عام 2022 عن وفورات بلغت 1,06 مليون دولار. وبخلاف ذلك، تبين للمفتش أن الجهود الشاملة لاحتواء تكاليف التأمين الصحي لا تُبذل بشكل صارم ومنهجي. وتتمثل الممارسات الحالية لاحتواء التكاليف في الآتي:

- رصد مبالغ المطالبات لضمان التكاليف المعقولة وحسب المألوف
- التفاوض على أسعار تفضيلية مع مقدمي الخدمات الصحية المحليين وداخل الشبكة
- تقديم حوافز مالية عندما يكون الأعضاء المشتركين في الخطة قادرين على إثبات توفير التكاليف؛ مثل الاستفادة من خدمات التأمين الصحي الوطنية، والبحث عن الخدمات من مقدمي الخدمات الأقل تكلفة واستخدام الأدوية الجنيسة
- توفير خدمات طبية مباشرة في مراكز العمل التي لا تُتاح فيها خدمات ذات نوعية جيدة
- العمل مع الأعضاء المشتركين في الخطة، ولا سيما فيما يتعلق بالحالة المالية للخطة
- تعزيز الرعاية الوقائية
- الاستشارات الإكلينيكية وإدارة الحالات، ولا سيما بالنسبة للحالات المزمنة
- تعزيز منع الغش ومكافحته
- التوعية بين الأعضاء المشتركين في الخطة.

166- ولا تُجري معظم المنظمات مراجعة لنظم التأمين الصحي. وتؤدي وظيفة المراجعة دوراً لا غنى عنه في احتواء التكاليف وكشف الغش وتحسين سياسات التأمين الصحي وممارساته بوجه عام. وتكتسي أنشطة المراقبة، مثل المراجعة المقررة للمطالبات الطبية وتقييم السياسات المتعلقة بنظم التأمين الصحي التي يديرها مقر الأمم المتحدة، أهمية قصوى لضمان بيئة ملائمة للمراقبة وحفز احتواء التكاليف ومنع الغش وكشفه في جميع أنواع الخطط. ويوصي المفتش بإجراء عمليات مراجعة دورية لتقييم جملة أمور تشمل دقة سجلات الأهلية والبت في المطالبات، وما إذا كان أداء مدير التأمين يفي بالمعايير المتفق عليها.

167- وينبغي أن تسمح العقود لمالكي الخطط بمراجعة حسابات مديري خطط التأمين وشركات التأمين. ومن الممارسات الجيدة الأخرى التي كشف عنها الاستعراض إدراج بند في بعض عقود التأمين أو الإدارة يشترط أن تكون الجهة المتعاقد معها حاصلة على شهادة اعتماد من كيان خارجي معتمد في مجال إدارة مخاطر الغش وكشفها ومنعها، فضلاً عن أحكام تسمح للمنظمة المشاركة بإجراء عمليات مراجعة في الموقع أو خارج الموقع لنظم الرقابة الداخلية لشركة التأمين أو شركة إدارة مطالبات التأمين وإجراءاتها وممارساتها المتعلقة بإدارة المطالبات ومنع الغش ومكافحته ومعالجته. ويقترح المفتش تنقيح الترتيبات التعاقدية لخطط التأمين التي تدير مطالباتها شركة خارجية أو المؤمّنة خارجياً كلما أمكن ذلك لإدخال هذه الشروط وضمان ممارسة سلطة المراجعة بفعالية.

3- الشراء

168- وأقيمت علاقات تعاون محدودة بين الوكالات وجرى تبادل محدود للممارسات الجيدة والدروس المستفادة بشأن التعاقد مع شركات التأمين الصحي التجارية وشركات إدارة مطالبات التأمين. وفي عام 2015، قدم الأمين العام تقريراً⁽⁹⁹⁾ بشأن ضرورة أن تتفاوض مؤسسات منظومة الأمم المتحدة بشكل جماعي مع شركات إدارة مطالبات التأمين وشركات التأمين الصحي التجارية لتحقيق المستوى الأمثل للأسعار وإتاحة إمكانية الوصول إلى الشبكة. وأوصى الأمين العام في تقريره الذي صدر لاحقاً⁽¹⁰⁰⁾ بأن تنظر المنظمات في مواءمة متطلباتها من شركات إدارة مطالبات التأمين مع أفضل الممارسات التي تشمل تحقيق المواءمة بشأن مختلف الجوانب الرئيسية، مثل مؤشرات الأداء الرئيسية، ومنهجية التسعير، وهيكّل الإبلاغ وتواتره والضوابط وعمليات المراجعة. ولم يتبين للمفتش بذل أي جهود ناشئة عن هذه التوصية، إلى جانب التعاون القائم والتاريخي بين الوكالات في مجال الشراء المشترك، مثل التعاون بين مديري خطط التأمين الصحي.

169- ويعني عدم وجود تنسيق بين الوكالات ضياع الفرص المتاحة لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة لتعزيز القوة التفاوضية في سوق التأمين الصحي التي لا يوجد فيها سوى عدد قليل من البائعين. وهناك ما يقرب من 240 000 عضو مشترك في خطة الأمم المتحدة مؤمن عليهم في إطار خطة التأمين الصحي التي تديرها أطراف ثالثة، وما يقرب من 83 000 شخص مؤمن عليهم في إطار خطط التأمين الصحي التجارية. وعلى الرغم من ذلك، أُجريت عمليات شراء خدمات التأمين الصحي بصورة منفصلة، بما في ذلك خطط مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع ومنظمة السياحة العالمية والاتحاد البريدي العالمي التي يغطي كل منها أقل من 1 000 شخص (تخضع هذه الخطط الثلاث لشركة التأمين الصحي نفسها) وتجدر الإشارة إلى أنه لا يمكن تنفيذ عمليات الشراء المشترك بسهولة بسبب الاختلافات في دورات الشراء والقواعد التشغيلية ونظم الإدارة المؤسسية، على سبيل المثال لا الحصر.

(99) A/70/590.

(100) A/73/662.

ولم تُبذل محاولات سابقة لتعزيز مواعمة متطلبات الشراء، بما في ذلك استخدام اتفاق نموذجي يُعبر عن أفضل الممارسات المعمول بها في هذا المجال، وذلك بسبب عدم وجود هيئة تنسيق مركزية ومستودع لإدارة المعرفة، بعد توقف الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. وأثناء المقابلات التي أُجريت، سلط العديد من مديري خطط التأمين الضوء على صعوبات إعداد الاختصاصات بسبب الافتقار إلى الخبرة الداخلية وصعوبة الوصول إلى أمثلة جيدة من المنظمات الأخرى. واستعانت بعض المنظمات المشاركة بمستشار خارجي للتأمين الصحي من أجل دعم عملية تقديم العطاءات، وهي ممارسة جيدة. ومن التحديات الأخرى ندرة البائعين المؤهلين للدخول في عملية العطاءات التنافسية. وبالنسبة للخطط التسع عشرة التي تديرها شركات لإدارة مطالبات التأمين والمؤمن عليها تجارياً خارج الولايات المتحدة، لم تُستخدم سوى ثلاث شركات، هي: شركة Cigna (15 خطة)، وشركة Allianz Care (3 خطط، ولكن جهة واحدة مؤمن لها) وشركة MSH International (خطة واحدة). وفي حين أن هذا يُشكل تحدياً، فإنه يمثل أيضاً فرصة لمفاوضات جماعية ولمواعمة الاتفاقات على مستوى الخدمة، ولا سيما مع شركة Cigna.

رابعاً - كفاية الخدمات وجودتها

170 - استقصاء عالمي لتغطية التأمين الصحي شملت أكثر من 23 000 رد. ويعرض هذا القسم تصورات الموظفين العاملين والمتقاعدين وآراءهم بشأن مدى ملاءمة نُظُم التأمين الصحي التي انضموا إليها ومدى ملاءمتها وفعاليتها. ولأغراض الاستعراض، جُمعت البيانات وجرى تحليلها بالاستناد أساساً إلى استقصاء أجر عن طريق الإنترنت على نطاق واسع في الفترة بين 4 أيار/مايو 2023 و20 حزيران/يونيه 2023، وقُدِّمت ردود في نهاية المطاف من 23 163 موظفاً عاملاً ومتقاعداً في جميع أنحاء العالم. وشكل عدد المجيبين على الاستقصاء 14,7 في المائة من مجموع عدد الموظفين العاملين والمتقاعدين المؤمن عليهم في إطار خطة التأمين الصحي الخمسة والعشرين للأمم المتحدة (266 157 شخصاً)⁽¹⁰¹⁾. وعلى الرغم من أنه لا يمكن القول، نتيجة للمنهجية المستخدمة، بأن نتائج الاستقصاء شاملة إحصائياً لسكان الذين جرت استشارتهم، فإن حجم الردود الواردة يسمح بالتوصل إلى استنتاجات صحيحة لأغراض هذا التحليل، الذي يتمثل هدفه الرئيسي في تحديد أوجه القصور والمجالات التي يمكن تحسينها.

171 - وشمل الاستقصاء مدى كفاية التغطية، وإمكانية الحصول على الرعاية الصحية، وفعالية إدارة مطالبات خطة التأمين الصحي. وسُئِلَ المجيبين عن تصوراتهم بشأن الجوانب المتصلة بما يلي: (أ) مدى تلبية نظام التأمين الصحي لاحتياجاتهم واحتياجات معاليهم من الرعاية الصحية؛ (ب) مستوى سهولة الحصول على الرعاية الصحية والخدمات الأخرى ذات الصلة في مراكز عملهم؛ (ج) فعالية إدارة مطالبات التأمين في نظام التأمين الصحي الخاص بهم. ويرد ملخص للنتائج في هذا القسم. ويمكن الرجوع إلى النتائج العامة التي خلص إليها الاستقصاء في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

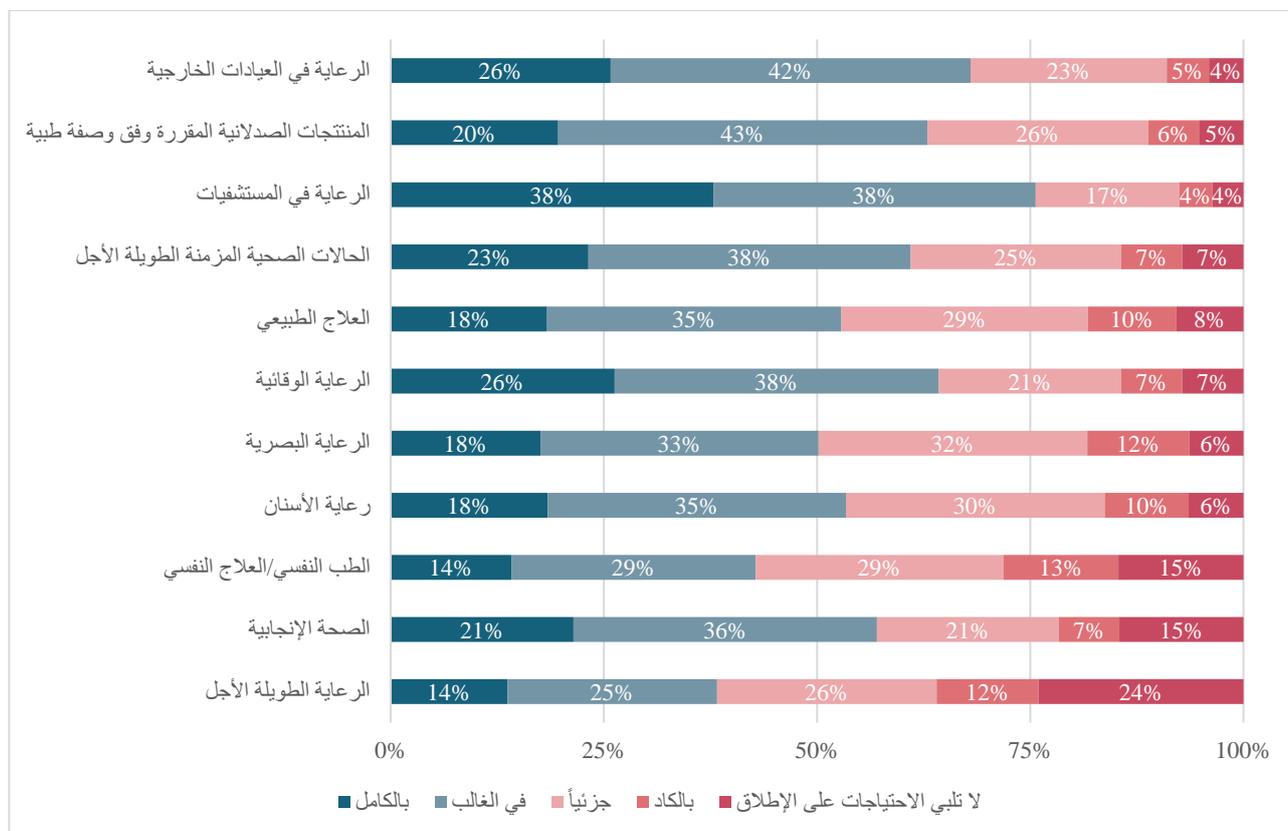
ألف - التغطية والتكلفة

172 - التغطية غير مرضية تماماً في العديد من مجالات الرعاية. طُلب إلى المجيبين على الاستقصاء تقييم مدى تلبية تغطية خطة تأمينهم الصحي التي تُشارك في رعايتها منظماتهم لاحتياجاتهم، بما في ذلك احتياجات معاليهم المسجلين في نظام التأمين. ومن بين مجالات التغطية الإحدى عشر التي سُئِلَ عنها المجيبين، قِيمَتِ الرعاية في المستشفيات وفي العيادات الخارجية والرعاية الوقائية على أنها تُلبي احتياجات المجيبين "بالكامل" أو "في الغالب". ومن ناحية أخرى، حصلت الرعاية الطويلة الأجل ورعاية الصحة العقلية (المشورة النفسية والعلاج النفسي) ورعاية العيون على أقل عدد من الردود التي تقيد بأن التغطية تُلبي "بالكامل" أو "في الغالب" احتياجات المجيبين. ويرد في الشكل الثالث مُجمل النتائج المستخلصة من الاستقصاء.

(101) عدد الموظفين العاملين والمتقاعدين المشتركين في الخطط بدون أفراد العائلة المشمولين بالحماية.

الشكل الثالث

تصورات المجيبين على الاستقصاء حول مدى تلبية احتياجاتهم، بما في ذلك احتياجات معاليهم، في نظام التأمين الصحي الأساسي الذي تُشارك منظماتهم في رعايته



المصدر: الاستقصاء العالمي للموظفين الذي أجرته وحدة التفتيش المشتركة حول نظم التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة في عام 2023.

173- ويرى 68 في المائة من مجموع المجيبين أن الرعاية في العيادات الخارجية تفي باحتياجاتهم. وفيما يتعلق بالرعاية في العيادات الخارجية، من بين خطط التأمين الصحي الخمس والعشرين، أعطى المجيبون المؤمن عليهم في إطار خطة التأمين الصحي للاتحاد البريدي العالمي ومنظمة السياحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية أعلى تصنيف من حيث تلبية الاحتياجات "بالكامل" أو "في الغالب". وأعطى المجيبون المؤمن عليهم في إطار صندوق التأمين الصحي لليونسكو وخطط التأمين الصحي لمكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي واليونسيف ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وخطة الخدمات العامة الميدانية لليونيدو أدنى تقييم للسؤال عما إذا كانت التغطية تُلبي احتياجاتهم "بالكامل" أو "في الغالب". وباستثناء خطة اليونسكو، تُلبي نظم التأمين الأربعة الأخيرة تحديداً احتياجات الموظفين المعيّنين محلياً خارج مواقع المقار.

174- وتفي تغطية الرعاية في المستشفيات بالكامل أو في الغالب بتوقعات 76 في المائة من المجيبين. وفيما يتعلق بالرعاية في المستشفيات، أفاد غالبية المجيبين (أكثر من 60 في المائة لكل نظام) بأن تغطية خطة تأمينهم الصحي تفي باحتياجاتهم "في الغالب" أو "بالكامل"، حيث حصلت خطة المنظمة العالمية للملكية الفكرية على أعلى تصنيف (97 في المائة) وخطة اليونسكو على أدنى تقييم (62 في المائة).

175- ويعتقد نحو 63 في المائة من المجيبين أن تغطية الأدوية مرضية. وفيما يتعلق بالأدوية الموصوفة طبياً، بينما يعتقد 63 في المائة من المجيبين أن احتياجاتهم تُلبي "بالكامل" أو "في الغالب"، ورد أكثر من 2 000 تعليق يفيد بعدم تلبية هذه الاحتياجات، بما في ذلك ما يتعلق ببعض المنتجات الصيدلانية، مثل الفيتامينات والمعادن، التي لا تغطيها الخطة على الرغم من أن الأطباء يصفونها. واستناداً إلى تحليل الردود حسب الخطة، قُدم أقل عدد من الردود بشأن تلبية الاحتياجات "بالكامل" أو "في الغالب" من المجيبين المؤمن عليهم في إطار نظام التأمين الصحي لبرنامج الأغذية العالمي، وخطط التأمين الصحي للأمانة العامة للأمم المتحدة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واليونسيف ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع فيما يتعلق بالموظفين المعيّنين محلياً خارج مواقع المقار، وخطة اليونسكو.

176- وفي حين أن 61 في المائة من المجيبين ذكروا أن تأمينهم الصحي يفي باحتياجاتهم في الحالات الصحية المزمنة الطويلة الأجل، تتفاوت النتائج التي خلص إليها الاستقصاء إلى حد كبير بين الخطط. ورأى أكثر من 90 في المائة من المجيبين في المنظمة العالمية للملكية الفكرية أن خطة تأمينهم الصحي تُلبى هذه الاحتياجات "بالكامل" أو "في الغالب"، مقارنة بنسبة 50 في المائة فقط من المجيبين في اليونسكو وموظفي اليونسكو المعيّنين محلياً في الميدان. وبالمقارنة بين المجيبين المعيّنين محلياً والموظفين المعيّنين دولياً، أفادت نسبة 67 في المائة من المجيبين من الفئة الأولى أن تغطية تأمينهم الصحي في هذا المجال من الرعاية الصحية كافية بالمقارنة مع نسبة 66 في المائة من الفئة الثانية. ولم يكن هناك فرق كبير بين المجيبين من الإناث والذكور⁽¹⁰²⁾. ومن التعليقات الواردة، كانت أهم الشواغل تتعلق بعدم كفاية التغطية أو الحدود القصوى المحدودة لسداد تكاليف الرعاية الطويلة الأجل لكبار السن، والعلاج الطبيعي لفترات ممتدة، والحالات المرتبطة بالإعاقات البدنية، وأدوية الأمراض المزمنة، مثل السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان والآلام المزمنة.

177- ولم يصنف العلاج الطبيعي على أنه يلبي الاحتياجات بالكامل أو في الغالب سوى 53 في المائة فقط من المجيبين. بالنسبة للعلاج الطبيعي، أفاد نحو 53 في المائة من جميع المجيبين على الاستبيان أن احتياجاتهم قد تُلبى "بالكامل" أو "في الغالب". وبيّن تحليل الردود حسب خطة التأمين الصحي أن خطط منظمة العمل الدولية ومنظمة السياحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية تلقت أكبر عدد من الردود التي أفادت بأنها تلبية احتياجات المجيبين "بالكامل" أو "في الغالب" (كل منها أكثر من 70 في المائة). وتقدم منظمة السياحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية أعلى معدل سداد في هذا المجال (معدل سداد 100 في المائة لمقدمي الخدمات داخل الشبكة في إسبانيا بالنسبة لمنظمة السياحة العالمية و90 في المائة بالنسبة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية). وباستثناء هاتين الخطتين، لا يبدو أن هناك علاقة قوية بين مستوى التغطية والردود على الاستبيان، باستثناء خطة اليونسكو التي حصلت على أدنى تقييم (30 في المائة فقط من المجيبين المؤمن عليهم بموجب هذه الخطة يعتقدون أن احتياجاتهم للعلاج الطبيعي قد تمت تلبيةها "بالكامل" أو "في الغالب"). هذه الخطة هي من بين تلك التي تقدم أدنى مستوى من التغطية، حيث يبلغ معدل السداد 70 في المائة مع ما يصل إلى 15 دولاراً لكل جلسة وحتى 50 جلسة في السنة. وبالإضافة إلى ذلك، وعلى غرار نمط الاستجابة في مجالات الرعاية الأخرى، حصلت خطط التأمين الطبي للأمانة العامة للأمم المتحدة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واليونسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي على بعض من أدنى التقييمات، حيث أفاد أقل من 50 في المائة من المجيبين بأن احتياجاتهم قد تُلبى "بالكامل" أو "في الغالب".

(102) فيما يتعلق بالمجيبين السبعة عشر الذين حددوا أنفسهم على أن لهم تصنيف آخر لجنسهم، ذكر 12 منهم أن تغطيتهم بالتأمين الصحي لا تُلبى احتياجاتهم أو تلبية جزئياً فقط.

178- وأفادت نسبة 64 في المائة من المجيبين بأن تغطية الرعاية الوقائية جيدة. وتمثل الرعاية الوقائية المجال الذي حصل على معدل استجابة جيد بشكل عام، حيث ذكر المجيبون أن احتياجاتهم لبيت "بالكامل" أو "في الغالب" (64 في المائة)، على الرغم من تفاوت مستوى التغطية بين الخطط. وعلى غرار مجالات الرعاية الأخرى، قدم المجيبون المؤمن عليهم من اليونيسكو وفي إطار خطط التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واليونسيف أدنى معدل استجابة بشأن احتياجاتهم التي تُلبى "بالكامل" أو "في الغالب" (تراوحت النسبة بين 50 و52 في المائة). وفيما يتعلق بأعضاء الخطة الذين يعتبرون أنفسهم أو من يعولونهم أنفسهم أو معاليهم بأن لديهم ميلا جنسيا غير المغايرين جنسيا، تعلق أكثر ما أثير من شواغل بعدم وجود تغطية للفحوص الروتينية للأمراض المنقولة جنسياً بخلاف فيروس نقص المناعة البشرية، وتغطية العلاج الوقائي قبل التعرض للفيروس للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية.

179- وأفادت نسبة 46 في المائة من المجيبين بعدم كفاية تغطية رعاية الأسنان، مع وجود اختلافات كبيرة بين نُظم التأمين. وبالنسبة لرعاية الأسنان، ذكر 54 في المائة من جميع المجيبين أن التغطية تلي احتياجاتهم "بالكامل" أو "في الغالب"، ولكن النسبة المئوية للردود تختلف اختلافاً كبيراً حسب نظام التأمين الصحي، حيث تتراوح بين 37 في المائة (اليونسكو ونظام تغطية التأمين الصحي لبرنامج الأغذية العالمي) و80 في المائة (المنظمة العالمية للملكية الفكرية). وأعطى المجيبون المؤمن عليهم في إطار خطط منظمة الأغذية والزراعة وبرنامج الأغذية العالمي (نظام التأمين الصحي الأساسي) التي تتخذ من روما مقراً لها أدنى تقييم (40 في المائة و41 في المائة على التوالي). وقد يوحي ذلك بأن المستوى الحالي للتغطية لا يتناسب بصورة جيدة مع التكاليف المتكبدة في البلد. وفي الردود التي قدمت داخل مربع التعليقات المفتوحة في الاستقصاء بشأن الاحتياجات غير الملباة، كانت رعاية الأسنان أحد أكثر المواضيع التي ذُكرت على أنها غير كافية (أكثر من 1 700 تعليق). ويمكن الرجوع في الشكل الرابع إلى بعض الأمثلة على التعليقات.

الشكل الرابع

أمثلة للتعليقات المتصلة بتغطية رعاية الأسنان

<p>“ تأمين الرعاية الصحية لدينا لا يغطي معظم مشاكل الأسنان، كما أن المبلغ السنوي الذي يُستخدم في علاج الأسنان ضئيل للغاية.”</p>	<p>“ تأمين الأسنان محدود للغاية. وغالباً ما أجد نفسي مضطراً لأن أدفع من أموالي الخاصة لأن تأمين الأسنان الخاص بي بلغ الحد الأقصى لهذا العام”</p>
<p>“ تأمين الأسنان ضعيف للغاية - وعندما تُجري فحوص في السنة فإن ذلك يلتهم التغطية.”</p>	<p>“ لا يتوافق الحد الأقصى للمبلغ القابل للسداد مع اتجاه الزيادة في الأسعار التي يفرضها الأخصائيون في مجال طب الأسنان.”</p>

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

180- وترى نسبة 49 في المائة من المجيبين أن تغطية رعاية العيون غير كافية، مع وجود اختلافات كبيرة بين الخطط. وفيما يتعلق برعاية العيون، ذكر 51 في المائة من المجيبين أن التغطية في

هذا المجال تُلبي احتياجاتهم "بالكامل" أو "في الغالب". وفي الردود التي قُدمت حسب الخطة، حصل أكثر من نصف الخطط على تقييم منخفض (أقل من 50 في المائة بالنسبة لتلبية احتياجات المجبيين "بالكامل" أو "في الغالب")، مما يُشير إلى عدم تلبية احتياجات كبيرة. وأفاد نحو 30 في المائة من المجبيين المؤمن عليهم في إطار خطتي التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع وخطة المنظمة البحرية الدولية أن التغطية تُلبي احتياجاتهم "بالكاد" أو "لا تُلبي احتياجاتهم على الإطلاق". ويتوافق ذلك مع انخفاض مستوى التغطية التي توفرها هذه الخطط في هذا المجال. ومن ناحية أخرى، توفّر الخطتان اللتان حصلتا على أعلى تصنيف، وهما خطتا منظمة العمل الدولية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية، مستوى تغطية أعلى بكثير. وأشار أكثر من 1 200 مجيب تحديداً إلى هذا المجال داخل مربع التعليقات المفتوحة في الاستقصاء، باعتباره حاجة لا تفي بها الخطة. ويمكن الرجوع في الشكل الخامس إلى بعض الأمثلة على التعليقات.

الشكل الخامس

أمثلة على التعليقات المتصلة بتغطية رعاية العيون

“ خدمات رعاية العيون بسيطة أكثر من اللازم **ولا تغطي الخطة النظارات المناسبة أو رعاية العيون** بشكل عام، بما في ذلك قطرة العين التي أصبحت الآن ضرورة يومية، مثل دهانات

“ يتعين تحسين خدمات رعاية العيون. فهي **بالكاد تغطي العدسات اللاصقة والوصفات الطبية الجديدة**. وندفع من أموالنا الخاصة مبالغ كبيرة للغاية.

“ لا توجد **أي تغطية** لسداد تكلفة العلاجات البصرية. ولا تُسدد النفقات المتعلقة بنفقات علاج العيون.

“ تغطية تكاليف النظارات الطبية **غير كافية لتغطية الاحتياجات** - ٢٥٠ دولاراً فقط للإطارات والعدسات، وهو مبلغ ضئيل جداً مقارنة بالتكاليف اليومية الحالية

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

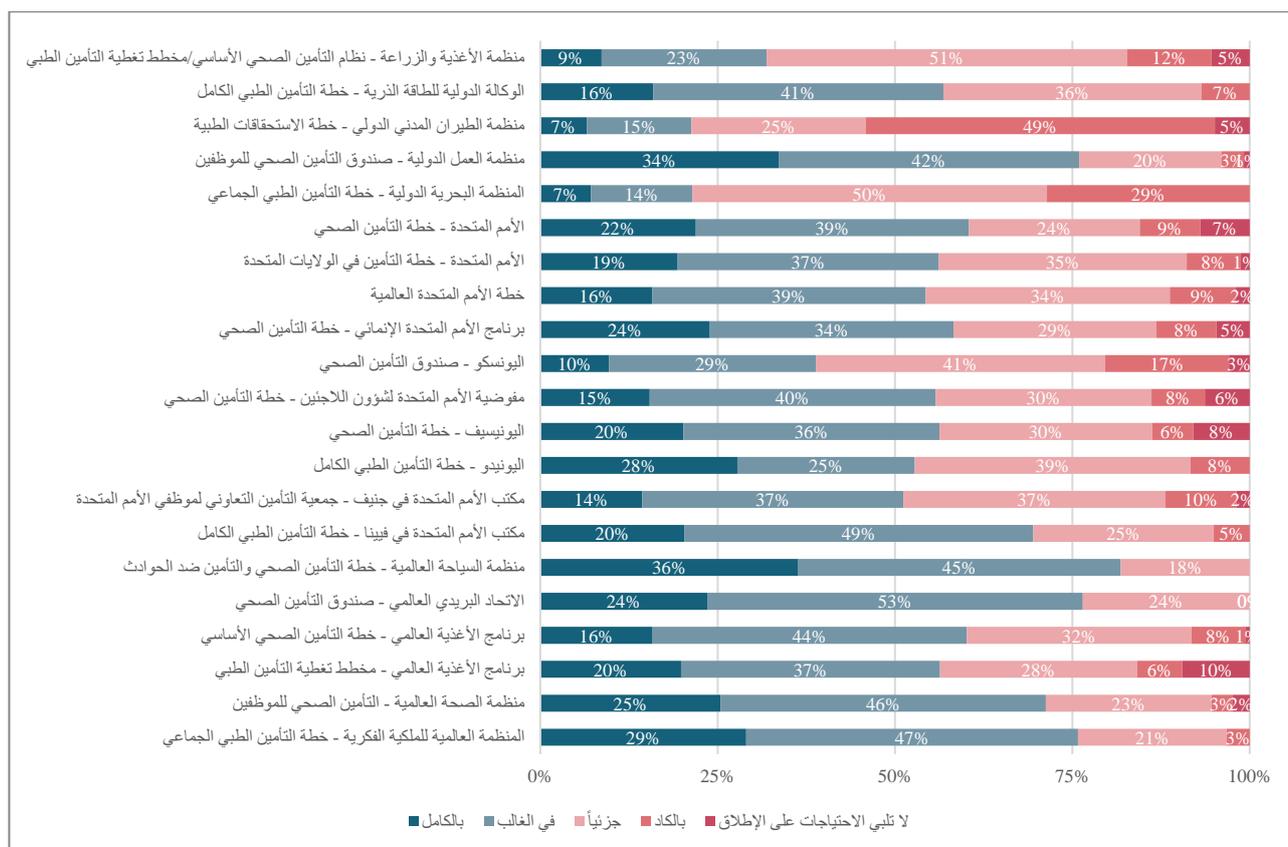
181- ولم يجد سوى 43 في المائة من المجبيين أن تغطية رعاية الصحة العقلية كافية. وتعتبر رعاية الصحة العقلية (المشورة النفسية والعلاج النفسي) أحد المجالات التي أشارت فيها الردود على الاستقصاء إلى نقص خطير في تلبية الاحتياجات⁽¹⁰³⁾. وأشار أكثر من 50 في المائة من المجبيين إلى أن تغطيتهم تُلبي احتياجاتهم "بالكامل" أو "في الغالب" في سبع خطط فقط من خطط التأمين

(103) تتسق هذه النتيجة مع الاستنتاج الذي خلصت إليه وحدة التفتيش المشتركة في استعراض السياسات والممارسات المتعلقة بالصحة العقلية والرفاه في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة (JIU/REP/2023/4) الذي يتضمن التوصية التالية: تشجع المفتشتان المؤسسات المشاركة على استخدام الإرشادات القائمة التي يتيحها مجلس التنفيذ وعلى إجراء استعراض شامل لنظمتها الخاصة بالتأمين. وسيُسهّم ذلك في تحقيق الهدف الاستراتيجي المعلن المتمثل في ضرورة قيام الأمم المتحدة باستعراض وتبسيط وتوحيد خططها للتأمين الصحي فيما يتعلق بالصحة العقلية والرفاه والإعاقة. وتتيح إعادة تقييم نُظم التأمين الصحي على نطاق المنظومة فرصاً لوضع نهج مشترك، وضمان التغطية الأساسية للصحة العقلية للموظفين ورفاههم - ومن ثم زيادة الوصول إلى خدمات الدعم النفسي الاجتماعي.

الصحي⁽¹⁰⁴⁾. وهذه الخطط هي الخطتان المستخدمتان في الأمانة العامة للأمم المتحدة، ويوجد مقرهما في الولايات المتحدة، وخطط منظمة العمل الدولية ومنظمة السياحة العالمية والاتحاد البريدي العالمي ومنظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية. والخطط الثلاث التي حصلت على أدنى تقييم (بين 22 في المائة و28 في المائة من المجيبين قالوا إن احتياجاتهم قد بُيّت "بالكامل" أو "في الغالب") هي خطط منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الطيران المدني الدولي واليونسكو. وترد نتائج الاستقصاء المتعلقة باحتياجات رعاية الصحة العقلية حسب نظام الرعاية الصحية في الشكل السادس.

الشكل السادس

تصورات المجيبين على الاستقصاء بشأن مدى تلبية استحقاقات التأمين الصحي المتصلة بالمشورة النفسية والعلاج النفسي (رعاية الصحة العقلية) لاحتياجاتهم، بما في ذلك احتياجات معاليهم



المصدر: الاستقصاء العالمي للموظفين الذي أجرته وحدة التفتيش المشتركة حول نظم التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة لعام 2023.

182- وأشار نحو 44 في المائة من المجيبين الذين كانوا في حاجة إلى خدمات رعاية للصحة العقلية إلى أن التغطية لم تكن كافية خلال السنوات الثلاث السابقة. وتبين من الاستقصاء أن 18 في المائة من المجيبين (أي 3 797 شخصاً من أصل 21 051 شخصاً أجابوا على هذا السؤال) استفادوا من مطالبات التأمين الصحي المتصلة بالمشورة النفسية أو العلاج النفسي أو رعاية الصحة العقلية في السنوات الثلاث السابقة سواءً لأنفسهم أو لمعاليهم. ومن بين هؤلاء المجيبين، أشار 56 في المائة منهم إلى أن التغطية "بالكامل" أو "في الغالب" مكنته من الحصول على رعاية الصحة العقلية التي كانوا يحتاجون إليها هم أو من يعولونهم، بينما ذكر 32 في المائة منهم أن التغطية كانت تلبى احتياجاتهم

(104) عدد المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطة الخدمات العامة الميدانية في اليونيدو لا يكفي لإجراء التحليل.

”جزئياً“، وذكر 9 في المائة إلى أنها تُلبي احتياجاتهم ”بالكاد“، وأشار 3 في المائة إلى أن التغطية ”لا تُلبي احتياجاتهم على الإطلاق“. ولم يجد التحليل فروقاً كبيرة في الإجابات بين المجيبين من الذكور والإناث وبين الموظفين المعيّنين محلياً والموظفين المعيّنين دولياً العاملين والمتقاعدين. ومن الناحية الجغرافية، أشار المجيبون الذين تقع مراكز عملهم أو بلدان إقامتهم الرئيسية في أفريقيا إلى أن التغطية تُلبي احتياجاتهم بدرجة أقل مقارنة بالمجيبين من المناطق الأخرى.

183- وتُعد تغطية الرعاية الصحية الإنجابية أيضاً غير متكافئة بين نُظم التأمين، حيث صنفتها 57 في المائة من المجيبين في المتوسط بأنها مرضية. وبالنسبة للرعاية الصحية الإنجابية، أشار حوالي 57 في المائة من المجيبين إلى أن احتياجاتهم قد نُبئت ”بالكامل“ أو ”في الغالب“. ومن تحليل التوزيع، قدم أقل من 50 في المائة من المجيبين المشمولين بخطط منظمة الأغذية والزراعة ومنظمة الطيران المدني الدولي واليونسكو وخطة التأمين الصحي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين هذه الإجابات، في حين حصلت خطة المنظمة العالمية للملكية الفكرية على هذه التقييمات في أكثر من 85 في المائة من الإجابات. بالنسبة لأعضاء الخطة الذين يحددون أنفسهم أو من يعولونهم على أن لهم ميولاً جنسية أخرى غير المغايرين جنسياً، كانت التغطية المتعلقة بعلاجات العقم هي التحدي الرئيسي. وتروحت المخاوف من عدم تقديم خططهم علاجات العقم على الإطلاق إلى العوائق التي تحول دون حصولهم على التغطية كزوجين مثليين.

184- وكان مستوى الرضا عن تغطية الرعاية الطويلة الأجل منخفضاً جداً. وكانت الرعاية الطويلة الأجل هي المجال الذي حصل على أقل الإجابات من حيث تلبية احتياجات المستجيبين ”بالكامل“ أو ”في الغالب“ (38 في المائة). وفي المقابلات التي أجريت مع ممثلي رابطات المتقاعدين، كان هذا المجال هو المجال الذي أثير أكثر من غيره باعتباره غير مشمول بتغطية كافية في معظم نُظم التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة⁽¹⁰⁵⁾.

185- وذكر نحو 65 في المائة من المجيبين أنهم يرون أن التغطية كانت تُلبي ”بالكامل“ أو ”في الغالب“ احتياجاتهم المتعلقة بكوفيد-19. ويتعلق المجال الرئيسي للاحتياجات التي لا تلبها التغطية، كما أثير في أكثر من 1 350 تعليقا من المجيبين، بفحوص كوفيد-19، التي لا تسدد على الرغم من أنها قد تكون مطلوبة للعمل أو السفر. ومن التحديات التي أشار إليها المجيبون صعوبة الحصول على وصفة طبية من الطبيب في ذروة الجائحة، مما أثر أيضاً على تكاليف الرعاية الطبية والأدوية الموصوفة القابلة للسداد. وقدمت غالبية التعليقات المتعلقة بصعوبات الحصول على مدفوعات التأمين الصحي من المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطط التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي واليونسيف ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والمؤمن عليهم في إطار خطة الأمم المتحدة العالمية.

186- وعالجت تغطية التأمين الصحي الاحتياجات الجنسانية بصورة جيدة، حيث ذكر أكثر من 80 في المائة من المجيبين أنهم ”موافقون بشدة“ أو ”موافقون“. وكانت نسبة الموافقة بين المجيبات أقل (82 في المائة) مقارنة بالمجيبين (87 في المائة). وبالنسبة للأشخاص الذين يعرفون أنفسهم أو من يعولونهم على أن لديهم ميولاً جنسية أخرى مغايرة، ذكر 79 في المائة منهم أنهم موافقون على أن تغطية التأمين الصحي الخاصة بهم تُلبي احتياجاتهم الجنسانية بصورة جيدة.

187- ويقترح المفتش أن تعيد المنظمات المشاركة تقييم التغطية التي توفرها خطط التأمين الصحي الخاصة بها من أجل سد أهم الثغرات ومواءمة تغطيتها تدريجياً وبطريقة مستدامة مع النماذج السائدة، وذلك دائماً بالتشاور الوثيق مع ممثلي المشاركين لضمان مراعاة أولوياتهم وتحقيق الاستقرار المالي

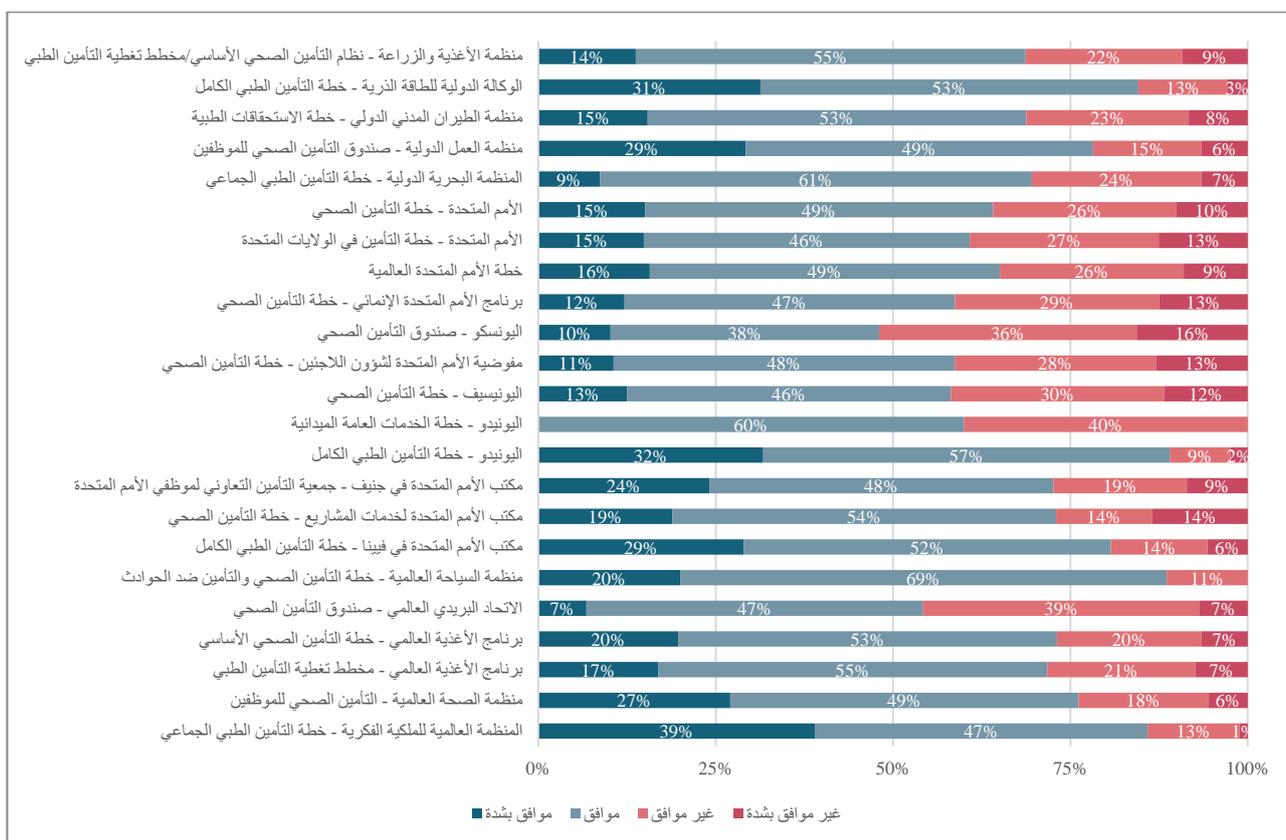
(105) انظر الفقرات من 114 إلى 116 أعلاه.

للنظم. ووفقاً للاستقصاء العالمي الذي أجرته وحدة التفتيش المشتركة، ينبغي أن تكون المجالات التي تحظى باهتمام خاص هي: الرعاية في العيادات الخارجية، وخاصة للموظفين المعيّنين محلياً؛ والرعاية الطويلة الأجل؛ وحالات الإعاقة الجسدية؛ وأدوية الأمراض المزمنة؛ والعلاج الطبيعي؛ والفحوص الصحية الروتينية؛ ورعاية الأسنان؛ ورعاية العيون؛ ورعاية الصحة العقلية؛ ورعاية الصحة الإنجابية.

188 - وأُعربت غالبية المجيبين عن الرضا عن توافر المعلومات المتعلقة بالتغطية، ولكن مع تباين وجهات النظر حول قيمة أقساط التأمين مقابل المال. وذكر نحو 48 في المائة فقط من المجيبين من اليونسكو أنهم "موافقون بشدة" أو "موافقون" على أن أقساط التأمين الصحي التي يشتركون في دفعها هم ومنظمتهم توفر قيمة جيدة مقابل المال. ويتوافق ذلك مع التحليل الورد في استعراض مبالغ أقساط الخطة، التي هي في الطرف الأعلى للنطاق بالنسبة لمستوى التغطية، إذ يبلغ مستوى سداد معظم التكاليف 75 في المائة. وتراوحت التعقيبات المقدمة من المجيبين المؤمن عليهم في إطار سائر نُظم التأمين بين 54 في المائة ممن "يوافقون بشدة" أو "يوافق" (المجيبون من الاتحاد البريدي العالمي) و89 في المائة ممن يوافقون على ذلك (المجيبون من اليونيدو ومنظمة السياحة العالمية). وترد في الشكل السابع نتائج الاستقصاء حسب الخطة.

الشكل السابع

مستوى الاتفاق بين المجيبين على مدى ما يتحده قسط التأمين الصحي الذي يشتركون في دفعه هم ومنظمتهم من قيمة جيدة مقابل المال



المصدر: الاستقصاء العالمي للموظفين الذي أجرته وحدة التفتيش المشتركة حول نُظم التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة لعام 2023.

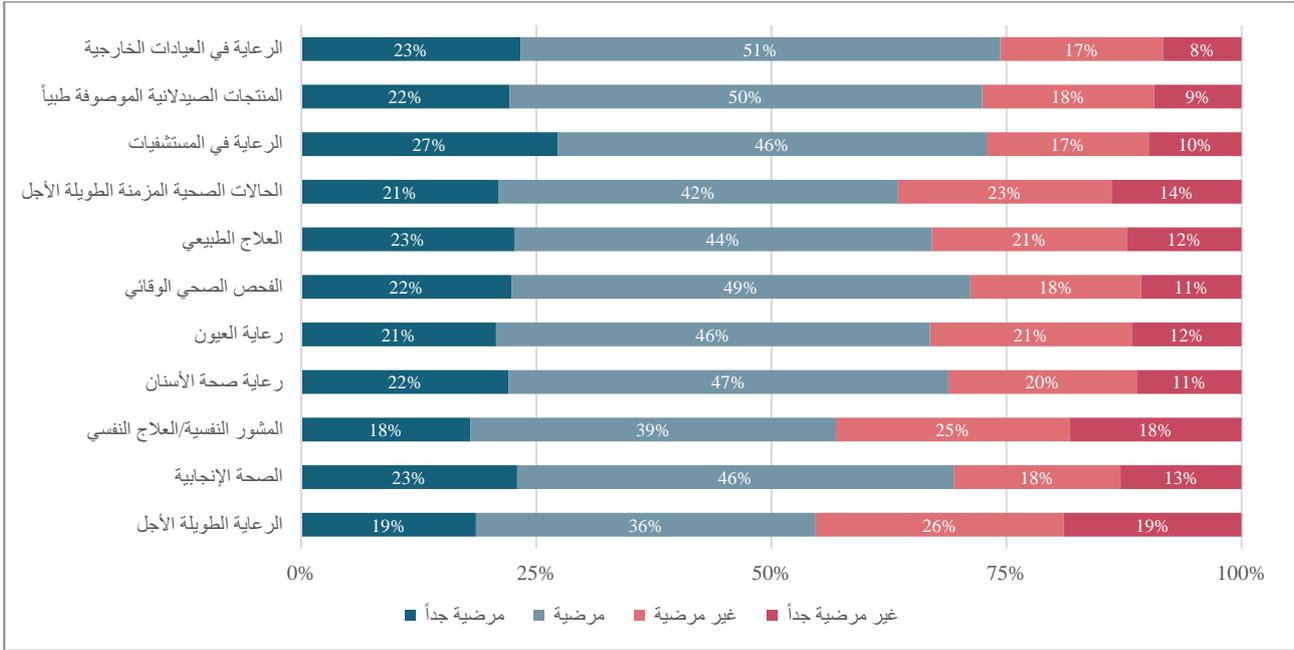
باء - الحصول على الرعاية الصحية

189 - لا يكفي الحصول على تأمين؛ إذ يجب أن تتوفر أيضاً خدمات صحية كافية. وكجزء من الاستقصاء الذي أجري في إطار هذا الاستعراض، طُلب أيضاً من الموظفين العاملين الحصول على

تعقيباتهم بشأن مدى رضاهم عن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية في مراكز عملهم. ومن بين مجالات التغطية الرئيسية الأحد عشر التي جرى بحثها، صنّف ما يزيد على 70 في المائة من المجيبين الحصول على الرعاية في العيادات الخارجية، والرعاية في المستشفيات، والأدوية، وخدمات الفحوص الصحية الوقائية على أنها مُرضية أو مُرضية جداً، في حين تلقى الحصول على الرعاية الطويلة الأجل ورعاية الصحة العقلية أعلى مستوى من التعقيبات غير المرضية التي بلغت نسبتها 45 في المائة و43 في المائة على التوالي. وترد في الشكل الثامن نتائج الاستقصاء.

الشكل الثامن

تصورات المجيبين بشأن الحصول على الرعاية الصحية في مراكز العمل



المصدر: الاستقصاء العالمي للموظفين الذي أجرته وحدة التفتيش المشتركة حول نُظم التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة لعام 2023.

190- ومن بين المناطق الخمس التي شملها الاستقصاء⁽¹⁰⁶⁾، كان المجيبون العاملون في أفريقيا هم الأقل رضا عن وصولهم إلى معظم مجالات الرعاية. وفي أفريقيا، كان الحصول على رعاية الأسنان ورعاية العيون، والعلاج الطبيعي، والرعاية الطويلة الأجل، والعلاجات بالمتصلة بالحالات الصحية المزمنة، والصحة العقلية هي المجالات التي حصلت على أدنى مستويات الرضا (جميعها أقل من 50 في المائة)⁽¹⁰⁷⁾. وكان المجيبون من مراكز العمل في آسيا⁽¹⁰⁸⁾ راضين إلى حد كبير عن معظم مجالات الرعاية، باستثناء الحصول على رعاية الصحة العقلية للمشاركين في آسيا الوسطى⁽¹⁰⁹⁾ وجنوب آسيا⁽¹¹⁰⁾.

(106) المناطق الخمس هي أفريقيا، والأمريكتان، وآسيا، وأوروبا، وأوقيانوسيا.

(107) في أوقيانوسيا، كان المجيبون العاملون في مركزي العمل في ميكرونيزيا (مثل كريباس وجزر مارشال) وبولينيزيا (مثل ساموا وتونغا) أقل رضا عن إمكانية الحصول على الرعاية الوقائية (25 في المائة)، والرعاية في العيادات الخارجية (32 في المائة)، والرعاية في المستشفيات (17 في المائة)، ورعاية صحة العيون (18 في المائة) ورعاية الصحة العقلية (6 في المائة) والرعاية الطويلة الأجل (صفر في المائة). غير أن الشمول التمثيلي لهذه البيانات محدود، إذ لم يُصنّف مختلف مجالات الرعاية من هاتين المنطقتين دون الإقليميتين سوى ما تراوح بين 14 و22 مجيباً.

(108) فيرغيزستان، وطاجيكستان، وتركمنستان، وأوزبكستان.

(109) في مقدمتها تلك الموجودة في أفغانستان وبنغلاديش وباكستان.

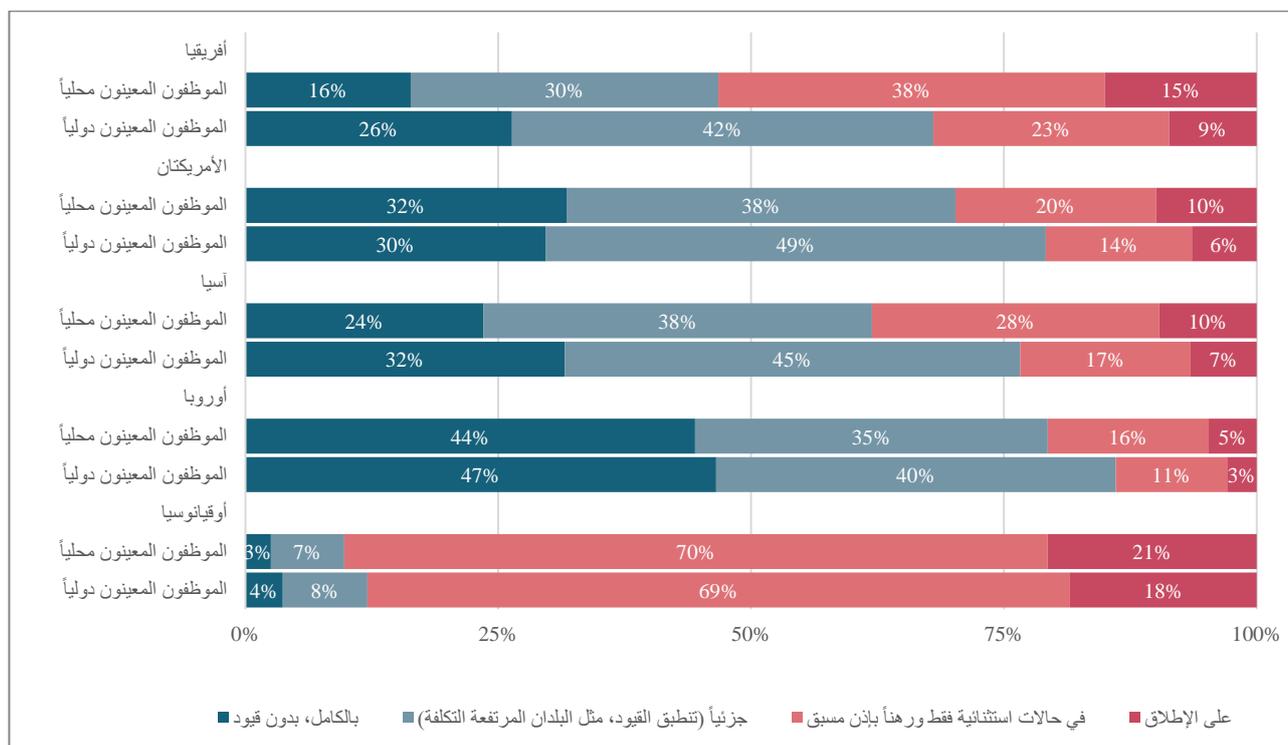
(110) الموجودون أساساً في لبنان وتركيا واليمن.

وغرب آسيا (جميعها أقل من 50 في المائة). ويمكن الرجوع إلى نتائج الاستقصاء المفصلة المتعلقة بالحصول على الرعاية الصحية في الورقة التكميلية لهذا الاستعراض.

191- ويختلف مستوى الرضا بشأن الحصول على الرعاية الصحية خارج مراكز العمل باختلاف المناطق وحسب نوع العقد. فعندما سُئل المجيبون عن مدى تمكنهم من الحصول على الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات ذات الصلة غير المتاحة في مراكز عملهم (بالنسبة للموظفين) أو في أماكن إقامتهم الرئيسية (بالنسبة للمتقاعدين)، كانت ردود المجيبين في أفريقيا أكثر إيجابية بقليل، ولكن أكثر من نصف المجيبين من الموظفين العاملين والمتقاعدين المعينين محلياً ذكروا أن نظام التأمين الصحي ساعدهم في الحصول على الرعاية الصحية خارج مراكز عملهم أو أماكن إقامتهم الرئيسية في حالات استثنائية فقط ورهنا بإذن مسبق (38 في المائة) أو أنه لم يساعدهم على الإطلاق (15 في المائة)⁽¹¹¹⁾. وترد في الشكل التاسع نتائج الاستقصاء حسب المنطقة وفئة التوظيف للمجيبين.

الشكل التاسع

التصورات بشأن مدى مساهمة نظم التأمين الصحي في تمكين المجيبين من الحصول على الرعاية الصحية غير المتاحة في مراكز عملهم (بالنسبة للموظفين) أو في أماكن إقامتهم الرئيسية (بالنسبة للمتقاعدين)



المصدر: الاستقصاء العالمي للموظفين الذي أجرته وحدة التفتيش المشتركة حول نظم التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة لعام 2023.

192- وذكر أقل من نصف المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطة اليونسكو وخطتي التأمين الصحي لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أن المصروفات التي ينفقونها من أموالهم الخاصة أو المدفوعات المشتركة يمكن تحملها. وعلى الصعيد الإقليمي، ذكر أقل من نصف المجيبين الذين توجد مراكز عملهم أو بلدان إقامتهم الرئيسية في أوقيانوسيا وأفريقيا أنهم "موافقون بشدة"

(111) ذكر 3 في المائة فقط من المجيبين المقيمين في أوقيانوسيا أنهم تلقوا مساعدة "بالكامل دون أي قيود" وذكر 8 في المائة أنهم تلقوا مساعدة "جزئياً (تطبيق القيود، مثل البلدان المرتفعة التكلفة)".

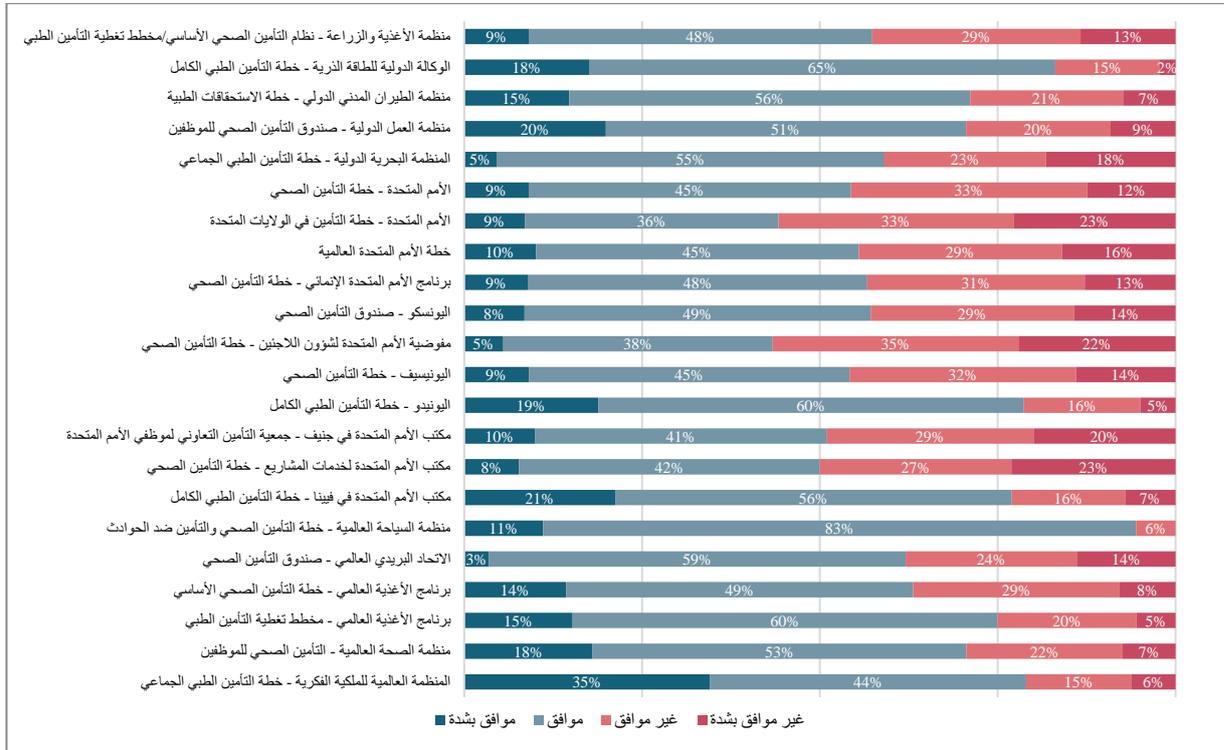
أو "موافقون" على أن النفقات غير الخاصة يمكن تحملها وأعطى المجيبون في المناطق الأخرى نسبة موافقة أعلى على هذه العبارة (52 في المائة لآسيا و63 في المائة للأمريكتين و67 في المائة لأوروبا). وذكر عموماً المجيبون المعينون دولياً أن المصروفات التي ينفقونها من أموالهم الخاصة أكثر من نظرائهم المعينين وطنياً (61 في المائة مقابل 56 في المائة ممن ذكروا أنهم "موافقون بشدة" أو "موافقون").

جيم - جودة إدارة مطالبات التأمين الصحي

193 - يتفاوت مستوى الاتفاق على فعالية آلية تسوية المنازعات المتعلقة بالمطالبات تفاوتاً كبيراً بين نظم التأمين. فقد وافق ما تراوح بين 43 في المائة و51 في المائة فقط من المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطط الأمانة العامة للأمم المتحدة في الولايات المتحدة⁽¹¹²⁾، وخطط التأمين الصحي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع وجمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة في مكتب الأمم المتحدة في جنيف، على أن آليات تسوية المنازعات المتعلقة بالمطالبات فعالة، بالمقارنة مع 94 في المائة من المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطة منظمة السياحة العالمية، و83 في المائة من المجيبين في إطار خطة الوكالة الدولية للطاقة الذرية. وترد في الشكل العاشر نتائج الاستقصاء حسب نظام التأمين. وتتطابق هذه النتائج مع نتائج الاستقصاء بشأن مستوى الرضا عن وضوح التعليل المقدم في حالات التسوية الجزئية أو عدم التسوية، والاستجابة لهذه الاستفسارات ونتائج أي منازعات متصلة بالمطالبات.

الشكل العاشر

مستوى الاتفاق بين المجيبين على مدى رضاهم عن فعالية آلية تسوية المنازعات المتعلقة بالمطالبات التي تيسرها منظماتهم⁽¹¹³⁾



المصدر: الاستقصاء العالمي للموظفين الذي أجرته وحدة النقش المشتركة حول نظم التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة لعام 2023.

(112) خطة Aetna وخطة Empire وخطة Cigna لخدمات رعاية صحة الأسنان في الأمانة العامة للأمم المتحدة.

(113) ورد عدد غير كاف من الردود من المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطة اليونيدو للخدمات العامة الميدانية.

194- وأعرب أكثر من 80 في المائة من المجيبين عن رضاهم عن سهولة تقديم المطالبات. ومع ذلك، ينخفض معدل الرضا إلى أقل من 60 في المائة بالنسبة للمجيبين المؤمن عليهم في إطار خطة التأمين الصحي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. وبخلاف ذلك، لا توجد اختلافات ملحوظة في النتائج، بغض النظر عما إذا المطالبات تعالجها المنظمات المشاركة أو شركة لإدارة المطالبات. وفيما يتعلق بالمتطلبات اللغوية لتقديم المطالبات، صنفتها أكثر من 90 في المائة من المجيبين على أنها "مرضية جدا" أو "مرضية".

195- يتفاوت مستوى الرضا عن الدقة في معالجة المطالبات إلى حد ما بين خطط التأمين الصحي، حتى عندما تتولى الشركة نفسها إدارة المطالبات. وكان المجيبون المؤمن عليهم في إطار خطتي التأمين الصحي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع هم الأقل رضا (63 و65 في المائة راضون). ومن ناحية أخرى، كان أكثر من 90 في المائة من المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطط الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومنظمة الطيران المدني الدولي واليونيدو (خطة التأمين الطبي الكامل) ومنظمة السياحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية راضين عن دقة معالجة المطالبات. ووفقاً لهذه الإجابات، لا توجد علاقة بين الجهة التي تدير المطالبات (سواء داخلياً أو بالاستعانة بشركة لإدارة المطالبات) ومستوى الرضا عن دقة معالجة المطالبات. ومن اللافت للنظر أن مستويات الرضا عن دقة معالجة المطالبات من جانب شركات إدارة مطالبات التأمين تتفاوت تفاوتاً كبيراً بين الخطط حتى عندما تدار مطالبات التأمين من جانب الشركة نفسها، ولذلك يقترح المفتش مواعمة الاتفاقات على مستوى الخدمة، بما في ذلك رصدها والإبلاغ عنها، على نطاق المنظومة.

196- وتشكل سرعة السداد تحدياً رئيسياً يثيره الأعضاء المشتركين في الخطة⁽¹¹⁴⁾. وفي الاستقصاء، أعرب عموماً 67 في المائة من المجيبين عن رضاهم عن السرعة التي تلقوا بها المبالغ المسددة، وكان المجيبون المعينون محلياً أقل رضا (63 في المائة) من نظرائهم المعينين دولياً (73 في المائة). وفيما بين الخطط، كان المجيبون المؤمن عليهم في إطار خطة التأمين الصحي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين هم الأقل رضا (34 في المائة)، في حين كان 94 في المائة من المؤمن عليهم في إطار خطة المنظمة العالمية للملكية الفكرية راضين. وأعرب الموظفون في أفريقيا أثناء المقابلات التي أجريت معهم عن قلقهم بشأن عدم وجود خيارات للمؤسسات الصحية، بما في ذلك المؤسسات التي يمكن أن تدفع فيها خطط التأمين الصحي حصتها من المبالغ المسددة مباشرة. وعلاوة على ذلك، تكرر ذكر الاضطرار إلى الدفع مقدماً وانتظار السداد كعامل تسبب في ضائقة مالية للموظفين، ولا سيما الموظفون المعينين محلياً. ووفقاً لنتائج الاستقصاء، لا يوجد ارتباط بين مستوى الرضا عن سرعة السداد وما إذا كانت جهة إدارة المطالبات داخلية أو خارجية. وعلاوة على ذلك، وكما في حالة الدقة في معالجة المطالبات، فإن مستويات الرضا تتفاوت إلى حد كبير بين الخطط حتى عندما تتولى الشركة نفسها إدارة مطالبات التأمين. ويقترح المفتش أن تستعرض المنظمات المعنية سياساتها وممارساتها المتعلقة بتقديم السلف أو المدفوعات المباشرة لتسريع العمليات والحيولة دون تعرض المستفيدين لضائقة مالية لا مبرر لها، ولا سيما في حالات الطوارئ وفيما يتعلق بالعلاج في المستشفيات والرعاية الطويلة الأجل.

197- وهناك اعتقاد بأن عمليات السداد التي تُعالج من خلال كشوف المرتبات تسبب تأخيرات لا داعي لها. وذكر الموظفون الذين أجريت معهم مقابلات أيضاً أن التغيير الذي أدخل مؤخراً على القواعد الإدارية لخطة التأمين الصحي للأمانة العامة للأمم المتحدة فيما يتعلق بسداد المطالبات التي يتعين دفعها من خلال كشوف المرتبات قد أدى أيضاً إلى إطالة المدة التي يستغرقها تلقي المبالغ المسددة

(114) يلاحظ أن المدة الزمنية لمعالجة المطالبات قد تتأثر بتراكم الأعمال المتأخرة بسبب تأجيل العلاج والمشاورات أثناء توشي جائحة كوفيد-19 وربما يكون ذلك قد أثر على مستوى رضا المجيبين.

وتشويه تفسير كشوف المرتبات لأنها لا تشمل الآن الأجور فحسب، بل تشكل أيضاً التعويضات عن المصروفات الطبية المتكبدة.

198- وأعرب نحو 80 في المائة من المجيبين عن رضاهم عن المستوى العام للمهنية في الاتصالات من جانب مديري خطط التأمين الصحي. وسُجل أعلى معدل للرضا (أكثر من 90 في المائة) بين المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطط الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومكتب الأمم المتحدة في فيينا ومنظمة الصحة العالمية والمنظمة العالمية للملكية الفكرية، وبلغ معدل الرضا أدنى مستوى له (66 في المائة) بين الأشخاص المؤمن عليهم في إطار خطة التأمين الصحي لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين.

199- وذكر 62 في المائة فقط من المجيبين أنهم لا يشعرون بالأمان لطرح أسئلة على مدير التأمين الصحي بشأن الرعاية المراعية للهوية الجنسية⁽¹¹⁵⁾. وأشار نحو 8 في المائة من المجيبين على الاستقصاء (1 846 شخصاً) إلى أنهم و/أو معاليهم يعرفون أنفسهم بأنهم من ذوي الميول الجنسية الأخرى غير الميول الجنسية المغايرة؛ وأعرب 62 في المائة من المجيبين عن شعورهم بالأمان في طرح أسئلة حول التغطية المتعلقة بالميل الجنسي والهوية الجنسية والتعبير الجنساني و/أو الخصائص الجنسية (على سبيل المثال، الرعاية المراعية للهوية الجنسية أو الدعم الإيجابي الشامل للجميع). وفي الردود على الاستقصاءات حسب خطة التأمين الصحي، ذكر أقل من نصف المجيبين المؤمن عليهم في إطار نظام التأمين الصحي الأساسي لبرنامج الأغذية العالمي وخطة الأمم المتحدة العالمية للأمانة العامة للأمم المتحدة، وخطة التأمين الطبي الأساسي للوكالة الدولية للطاقة الذرية، وجمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة في مكتب الأمم المتحدة في جنيف، أنهم يشعرون بالأمان عند الاستفسار عن التغطية المتعلقة بالميل الجنسي والهوية الجنسية والتعبير الجنساني و/أو الخصائص الجنسية، مقارنةً بالمجيبين المؤمن عليهم في إطار خطتي مكتب الأمم المتحدة في فيينا ومنظمة العمل الدولية (90 في المائة و 85 في المائة على التوالي). وفيما يتعلق بالمجيبين المؤمن عليهم في إطار خطة الاستحقاقات الطبية لمنظمة الطيران المدني الدولي، لم يوافق 5 من أصل 7 مجيبين على الشعور بالأمان عند طرح الأسئلة المتعلقة بالميل الجنسي والهوية الجنسية والتعبير الجنساني و/أو الخصائص الجنسية. ويُلاحظ الاستعراض أن تصور المجيبين لهذه المسألة يمكن أن يكون مرتبطاً بالثقافة التنظيمية بشكل عام، وليس مقتصراً فقط على إدارة مطالبات التأمين الصحي.

200- ويعتقد 78 في المائة من مجموع المجيبين أنهم عوملوا بكرامة وباحترام عند مناقشة التغطية المتعلقة بالميل الجنسي و/أو الهوية الجنسية و/أو التعبير الجنساني و/أو الخصائص الجنسية. ومن خلال تفاعلهم مع المنظمة و/أو مدير التأمين الصحي، رأت نسبة عالية من المجيبين على كل خطة من الخطط أنهم يعاملون بكرامة وباحترام، مع حصول خطط الأمانة العامة للأمم المتحدة في الولايات المتحدة على أعلى تصنيف (94 في المائة) ونظام التأمين الصحي الأساسي/نظام تغطية التأمين الصحي في منظمة الأغذية والزراعة على أقل تصنيف (65 في المائة).

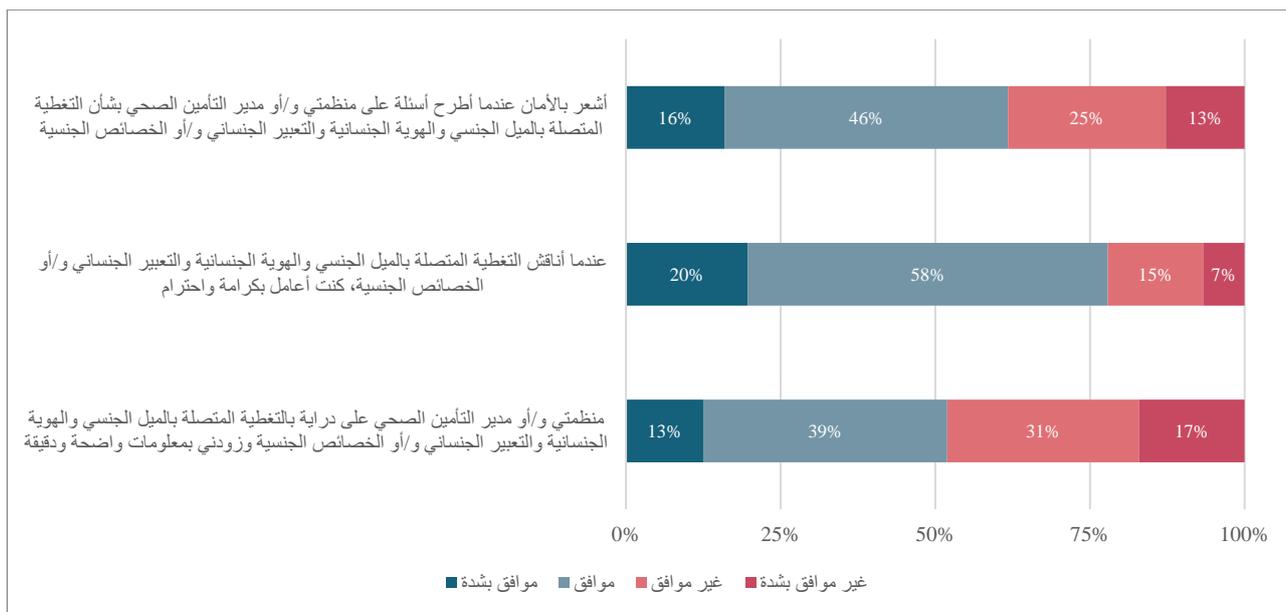
201- ويعتقد 52 في المائة فقط أن مدير التأمين الصحي على دراية بتغطية الميل الجنسي والهوية الجنسية والتعبير الجنساني و/أو الخصائص الجنسية. وفي هذا السياق، أعطى المستفيدون المؤمن عليهم في إطار صندوق التأمين الصحي لليونسكو، وجمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة في

(115) وفقاً للتعريف الوارد في التصنيف الدولي الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، تشمل الرعاية الصحية المراعية للهوية الجنسية أي تدخل واحد أو أي مجموعة من التدخلات الاجتماعية أو النفسية أو السلوكية أو الطبية (بما في ذلك العلاج الهرموني أو الجراحة) المصممة لدعم وتأكيد الهوية الجنسية للفرد. انظر: <https://www.who.int/standards/classifications/> frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd

مكتب الأمم المتحدة في جنيف، وخطة الأمم المتحدة العالمية في الأمانة العامة للأمم المتحدة، أدنى تصنيف (27 في المائة و30 في المائة و34 في المائة على التوالي). ويعتقد المفتش أن هذا يشير إلى مجال لتحسين تدريب الموظفين العاملين في مجال العلاقات مع العملاء. ولذلك يقترح أن يتناول المديرين ذلك كموضوع منظم في برامجهم التدريبية. وترد في الشكل الحادي عشر نتائج الاستقصاء.

الشكل الحادي عشر

تصور المجيبين على الاستقصاء لقدرة المنظمة و/أو مدير التأمين الصحي على التعامل مع الاستفسارات المتعلقة بالرعاية المراعية للهوية الجنسية



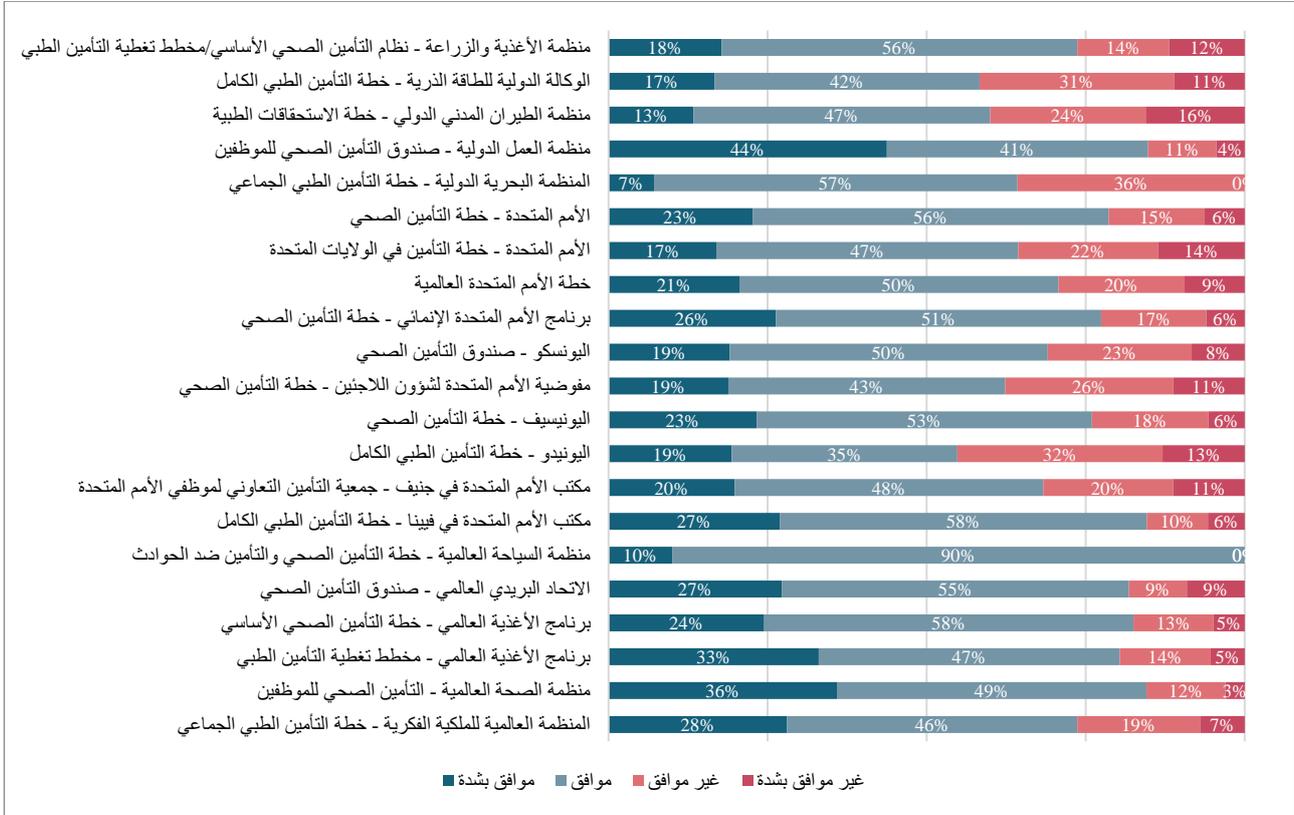
المصدر: الاستقصاء العالمي للموظفين الذي أجرته وحدة التحقيقات المشتركة حول نظم التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة لعام 2023.

202- وذكر 73 في المائة من مجموع المجيبين أنهم يشعرون بالأمان عند طرح أسئلة حول التغطية والمبالغ المسددة المتعلقة برعاية الصحة العقلية. وتلقى نحو 18 في المائة من المجيبين (3 797 شخصاً) تعويضات التأمين الصحي المتعلقة برعاية الصحة العقلية في السنوات الثلاث السابقة. وذكر عموماً 73 في المائة من المجيبين أنهم "موافقون بشدة" أو "موافقون" على أنهم شعروا بالأمان عند طرح أسئلة على منظماتهم أو مدير التأمين الصحي حول التغطية والمبالغ المسددة المتعلقة بالمشورة النفسية والعلاج النفسي ورعاية الصحة العقلية. ومع ذلك، وبمقارنة الإناث والذكور من المجيبين، كانت الفئة الأولى أقل إيجابية (70 في المائة موافقون) مقارنة بالفئة الثانية (78 في المائة). وبالمقارنة بين الموظفين المعيّنين على المستوى الوطني والموظفين المعيّنين دولياً، كانت الفئة الأولى أكثر إيجابية (77 في المائة موافقون) مقارنة بالفئة الثانية (70 في المائة). وبالمقارنة بين النظامين⁽¹¹⁶⁾، بلغت نسبة الموافقة أقل مستوى بها بين المجيبين المؤمن عليهم في إطار خطط اليونيدو (خطة التأمين الطبي الكامل) والوكالة الدولية للطاقة الذرية ومنظمة الطيران المدني الدولي (55 و58 و60 في المائة على التوالي). وترد في الشكل الثاني عشر نتائج الاستقصاء حسب خطة التأمين الصحي.

(116) استُبعد التحليل المستند من خطة الخدمات العامة الميدانية لليونيدو وخطة التأمين الصحي لمكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع بسبب عدم كفاية عدد المجيبين.

الشكل الثاني عشر

مستوى الاتفاق بين المجيبين عند سؤالهم عما إذا كانوا يشعرون بالأمان عند طرح أسئلة على منظماتهم أو مدير التأمين الصحي حول التغطية والمبالغ المسددة المتعلقة برعاية الصحة العقلية



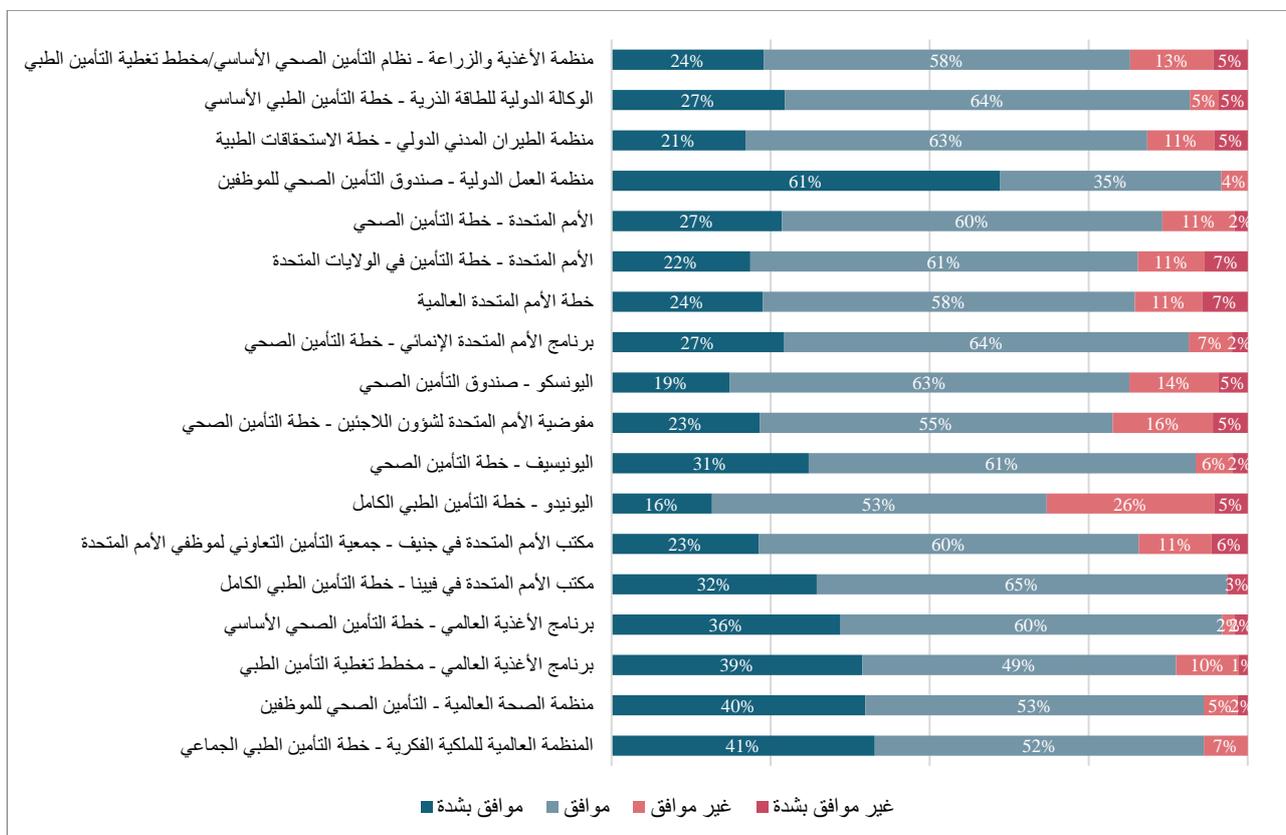
المصدر: الاستقصاء العالمي للموظفين الذي أجرته وحدة النفتيش المشتركة حول نظم التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة لعام 2023.

203- وذكر حوالي 83 في المائة من المجيبين أنهم يشعرون أنهم عوملوا بكرامة واحترام عند مناقشة السداد المتعلق برعاية الصحة العقلية، دون وجود فرق كبير بين الإناث والذكور المجيبين. وكانت نسبة الموافقة بين المجيبين المعينين على المستوى الوطني أكثر بقليل (89 في المائة) من نظرائهم المعينين دولياً (85 في المائة). وحصلت جميع نظم التأمين⁽¹¹⁷⁾ على أكثر من 75 في المائة من الردود الإيجابية، باستثناء خطة التأمين الطبي الكامل لليونيدو، التي بلغت فيها نسبة الموافقة 68 في المائة فقط من المجيبين. وترد في الشكل الثالث عشر نتائج الاستقصاء حسب خطة التأمين الصحي.

(117) استُبعد التحليل المستمد من المنظمة البحرية الدولية وخطة الخدمات العامة الميدانية لليونيدو وخطة التأمين الصحي لمكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع ومنظمة السياحة العالمية والاتحاد البريدي العالمي بسبب عدم كفاية عدد المجيبين.

الشكل الثالث عشر

مستوى الاتفاق بين المجيبين عند سؤالهم عما إذا كانوا قد عوملوا بكرامة واحترام عند مناقشة المبالغ المسددة المتعلقة برعاية الصحة العقلية



المصدر: الاستقصاء العالمي للموظفين الذي أجرته وحدة البحث المشتركة حول نظم التأمين الصحي في منظومة الأمم المتحدة لعام 2023.

خامساً- الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وتمويلها والآثار المترتبة عليها في الميزانية

204- ينقسم هذا الفصل إلى قسمين: يعرض القسم ألف بإيجاز تطور الالتزامات الطويلة الأجل المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة والكشف عنها وحالتها المحاسبية الراهنة؛ ويُركز القسم باء على تمويل هذه الالتزامات وميزنتها لضمان الاستدامة المالية الطويلة الأجل لنُظم التأمين الصحي. وتُناقش أيضاً مصادر التمويل المحتملة والاستراتيجيات والأسس المنطقية وأثر نهج الدفع أولاً بأول والشفافية وعملية الميزنة.

ألف- حالة الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

205- الحق في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة هو التزام تعاقدي تنشأ عنه التزامات طويلة الأجل للمنظمات التي تستخدمه. وفي كانون الأول/ديسمبر 1966، وافقت الجمعية العامة، في دورتها العامة 1501، على إنشاء برنامج التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة باعتباره التزاماً محدد الاستحقاقات⁽¹¹⁸⁾ يتألف من توفير تغطية تأمين صحي مدعوم بإعانات لموظفي المنظمات الدولية المتقاعدين وأفراد العائلة الذين يجب أن يستوفوا معايير أهلية معيّنة، على النحو الذي نوقش في موضع آخر من هذا التقرير. ومنذ ذلك الحين، أصبح استحقاق التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التزاماً تعاقدياً يُشكل جزءاً من مجموعة عناصر الأجر لموظفي الأمم المتحدة وعنصراً حيوياً من حقوقهم في الضمان الاجتماعي. ويُنشئ التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التزامات طويلة الأجل للمنظمات المشغلة تُقابل حصتها من المدفوعات المستقبلية لأقساط التأمين الصحي أو المطالبات المقدمة من المستفيدين لأنها شكل من أشكال التعويض المؤجل. وعلى غرار المعاشات التقاعدية وغيرها من استحقاقات ما بعد الخدمة، فإنها تُمثل المبالغ التي تدين بها المنظمة لموظفيها أو المستفيدين منها مقابل استحقاقات التأمين الصحي المكتسبة أثناء الخدمة الفعلية والتي لا تُدفع لحين التقاعد.

206- ويُشكل حالياً الاعتراف بالالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في البيانات المالية ممارسة شائعة على نطاق المنظومة⁽¹¹⁹⁾. ويستجيب الكشف عن الالتزامات للحاجة إلى توفير معلومات شفافة لمستخدمي البيانات المالية، أي هيئات الإدارة والأجهزة التشريعية والدول الأعضاء والجهات المانحة والموظفين، عن طبيعة استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة ومستواها وكيفية تأثيرها على المركز المالي للكيان القائم بالإبلاغ. وطلبت الجمعية العامة، في قرارها 249/58، إلى الأمين العام أن يُقدم تقريراً عن النطاق الكامل للالتزامات غير الممولة المتعلقة بالتأمين الصحي بعد

(118) في إطار المعايير المحاسبية الدولية للقطاع الخاص، تُصنف خطط استحقاقات ما بعد الخدمة إما كخطط اشتراكات محددة أو خطط استحقاقات محددة. وفي إطار خطة الاشتراكات المحددة، يقتصر التزام الكيان على المبلغ الذي يوافق على المساهمة به في الصندوق. وفيما يتعلق بخطة الاستحقاقات المحددة بوصفها التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، يتمثل الالتزام في توفير استحقاقات متفق عليها للموظفين المتقاعدين وفقاً للقواعد ذات الصلة. وتختلف خطة الاشتراكات المحددة وخطة الاستحقاقات المحددة من حيث توزيع المخاطر. ففي خطة الاستحقاقات المحددة، تتحمل جهة العمل أو الخطة المخاطر الاكتوارية (احتمال أن تُكَلّف الاستحقاقات أكثر من المتوقع) ومخاطر الاستثمار (احتمال حدوث خسائر فيما يتعلق بالعائد المتوقع على استثمارات صندوق التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة). وفي المقابل، طبع خطة الاشتراكات المحددة جميع المخاطر على عاتق الموظفين.

(119) أوصى مجلس مراجعي الحسابات بالكشف الكامل عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في البيانات المالية قبل أن تعتمد مؤسسات منظومة الأمم المتحدة المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام كمعايير محاسبية لها (انظر A/57/201).

انتهاء الخدمة للموظفين في الأمم المتحدة وصناديقها وبرامجها⁽¹²⁰⁾ وعند النظر في تقرير الأمين العام⁽¹²¹⁾ وعلى تقرير اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية ذي الصلة⁽¹²²⁾، طلبت الجمعية العامة في قرارها 255/60، إلى الأمين العام، "أن يتخذ الخطوات اللازمة للكشف عن هذه الالتزامات المتعلقة باستحقاقات نهاية الخدمة"، وبالتالي الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في البيانات المالية للأمم المتحدة، وهو ما تحقق لأول مرة في البيانات المالية لفترة السنتين المنتهية في 31 كانون الأول/ديسمبر 2007⁽¹²³⁾. وعلى نطاق المنظومة بأسرها، اكتسب الاعتراف بالالتزامات في البيانات المالية، الذي بدأ في عام 2008، زخماً مع تطبيق المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام وأصبح الآن ممارسة شائعة.

207- وتُقدّر الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة باستخدام طريقة التقييم الاكتواري ومجموعة من الافتراضات المتفق عليها بصورة مشتركة. ولما كانت المدفوعات غير مؤكدة من حيث توقيتها ومقدارها، إذ تعتمد على عوامل مختلفة، مثل معدلات الوفيات ومعدلات تضخم التكاليف الطبية، والابتكار الطبي، وأنماط استخدام الرعاية الصحية، يجب تقدير الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لأخذها في الحسبان. وتحقيقاً لهذه الغاية، تُحسب الالتزامات باستخدام طريقة التقييم الاكتواري⁽¹²⁴⁾ وبعض الافتراضات⁽¹²⁵⁾ لتقدير القيمة الحالية⁽¹²⁶⁾ للاستحقاقات التي اكتسبها الموظفون نتيجة خدمتهم في الفترة الحالية والفترات السابقة.

208- الافتراضات المالية والديمغرافية. على نحو ما تُشجع عليه المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام وإن لم تشترطه⁽¹²⁷⁾، تستعين جميع الخطط بخبراء إكتواريين مؤهلين في قياس الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. ولضمان الاتساق والقابلية للمقارنة على نطاق المنظومة، طُلب توحيد الافتراضات كجزء من استقصاء خطط الأمم المتحدة للتأمين الصحي الذي أجراه الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الذي أنشأه الأمين العام بناءً على طلب الجمعية العامة⁽¹²⁸⁾. وتستند الافتراضات إلى توقعات السوق للفترة التي ستسوى فيها الالتزامات، ويجب أن تكون متوافقة وغير متحيزة

(120) في ذلك الوقت، كان الكشف عن الالتزامات يتم داخل الملاحظات على البيانات المالية (بدلاً من إدراجها في بيان المركز المالي).

(121) A/60/540، و A/60/450/Corr.1.

(122) A/60/7/Add.11.

(123) A/63/5 (Vol. I).

(124) ينص المعيار 39 من المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام: استحقاقات الموظفين، على أسلوب اكتواري محدد لحساب الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة ومراعاتها، وهو ما يُسمى طريقة تقدير المبالغ المستحقة حسب الوحدة (الفقرتان 59 (أ) و 1' و 69). وتستند هذه الطريقة إلى افتراض اكتساب كل موظف استحقاقاته المتعلقة بالتأمين الصحي طيلة فترة عمله، وبالتالي فإن كل فترة خدمة تنشأ عنها وحدة إضافية من استحقاقات التأمين الصحي. وتُقدّر الطريقة القيمة الحالية لاستحقاقات التأمين الصحي في المستقبل لكل موظف بخصم المدفوعات المتوقعة في المستقبل باستخدام سعر خصم مناسب.

(125) المعيار 39 من المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام، الفقرات من 77 إلى 100.

(126) تُقاس الالتزامات من حيث القيمة الحالية باستخدام معدل خصم لأن هذه الالتزامات يمكن تسويتها بعد عدة سنوات من أداء الموظفين الخدمات التي أدت إلى اكتساب الحق في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

(127) المعيار 39 من المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام، الفقرة 61.

(128) من هذا المنطلق، صدرت التوصية في عام 2015 (A/70/590، الفقرة 54) بأن "تقوم فرقة العمل المعنية بمعايير المحاسبة بوضع نهج تقييم اكتواري مشترك فيما يتصل بالتزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على نطاق منظومة الأمم المتحدة ككل"، وهي توصية أقرتها الجمعية العامة لاحقاً في قرارها 248/70 بآراء واستكملت من خلال التقرير الثالث للأمين العام بشأن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (A/73/662)، الذي صدر في 19 كانون الأول/ديسمبر 2018. وأنشأ الأمين العام الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة تحت رعاية شبكة المالية والميزانية للجنة الإدارية الرفيعة المستوى التابعة لمجلس الرؤساء التنفيذيين، عملاً بقرار الجمعية العامة 244/68.

أي لا تتسم بعدم الحيف ولا تكون مفرطة في التحفظ⁽¹²⁹⁾. ويُكشف عن الافتراضات في البيانات المالية وفقاً للمعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام وتشمل العناصر التالية:

- الافتراضات المالية والاقتصادية، مثل أسعار الخصم وأسعار الصرف، والزيادات في المرتبات، ومستويات الاستحقاقات، ومعدلات التضخم، ومعدلات الاتجاهات الطبية التي تمثل التضخم المتوقع في الأسعار، والتقدم التكنولوجي، وأنماط الاستخدام، وتحويل التكاليف من البرامج الاجتماعية أو إليها
- الافتراضات الديمغرافية، مثل جداول الوفيات والعجز، ومعدلات التقاعد، ومعدلات الانسحاب، ومعدلات تسوية المعاشات التقاعدية. (وضعت هذه الجداول بالطريقة نفسها التي وضعت بها جداول الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة)

209- ووضع نهج للتقييم المشترك على نطاق المنظومة في عام 2018 لضمان الاتساق بين المنظمات. وبناءً على "مذكرة رئيس فرقة العمل المعنية بالمعايير المحاسبية التابعة لمنظومة الأمم المتحدة: الافتراضات الاكتوارية الموحدة للالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة للسنة المالية 2022"، المؤرخة 17 كانون الثاني/يناير 2023، فإن الافتراضات الديمغرافية المستخدمة في عملية تقييم التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة هي نفسها التي يستخدمها الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة (مثل معدلات الوفيات، ومعدلات الانسحاب، ومعدلات التقاعد، والوضع العائلي)⁽¹³⁰⁾. وبالإضافة إلى بعض الافتراضات الخاصة بكل خطة، مثل معدلات تغطية الزوجين، ومعدلات المشاركة في الخطة، ومعدلات دوران الموظفين، تتبع جميع المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة، باستثناء الاتحاد البريدي العالمي، مجموعة الافتراضات الاكتوارية الأساسية نفسها لتحديد الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الخاصة بكل منها، مما يسمح بإجراء مقارنة مفيدة بين طرق حساب الالتزامات على نطاق المنظومة وخارجها، على النحو الذي تقتضيه المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام.

210- وفي كانون الأول/ديسمبر 2021، بلغت الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة 20,3 مليار دولار⁽¹³¹⁾، وتُشارك 5 منظمات بنحو ثلثي المجموع و 11 بنسبة 90 في المائة. وترد في الجدول التالي أحدث تقديرات الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (2021) وفقاً للبيانات المقدمة من المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة. وكما هو واضح، فإن أكثر من ربع مجموع الالتزامات يخص الأمانة العامة للأمم المتحدة، وتستحوذ المنظمات الخمس الأولى على ثلثي المجموع.

(129) لم يتناول الاستعراض مسألة الامتثال لهذه المتطلبات وغيرها من المتطلبات والمعايير المحاسبية لأن مراجعي الحسابات هم وحدهم المسؤولون عن التحقق من صحة الالتزامات المبلغ عنها في البيانات المالية.

(130) A/61/730، الفقرة 21.

(131) استناداً إلى التقارير المالية لعام 2021 المقدمة من المنظمات المشاركة، باستخدام الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة غير الجارية (إن وجدت).

الجدول 17

الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في 31 كانون الأول/ديسمبر 2021^(أ)

النسبة المئوية التراكمية	النسبة المئوية من المجموع	المجموع (دولار)	المنظمة المشاركة
26,6	26,6	5 414 808 000	الأمانة العامة للأمم المتحدة (بما في ذلك الأونكتاد والأونروا) ^(ب)
39,2	12,6	2 555 000 000	منظمة الصحة العالمية
49,0	9,8	1 991 875 000	منظمة العمل الدولية
57,1	8,1	1 648 546 000	اليونيسيف
63,8	6,7	1 362 312 000	منظمة الأغذية والزراعة
69,7	5,9	1 200 464 000	مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
75,4	5,7	1 168 732 000	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
79,8	4,4	892 000 000	برنامج الأغذية العالمي
82,9	3,1	633 538 547	المنظمة العالمية للملكية الفكرية
85,9	3,0	609 649 162	الاتحاد الدولي للاتصالات
88,9	3,0	606 585 000	اليونسكو
90,7	1,8	362 836 000	صندوق الأمم المتحدة للسكان
92,4	1,7	345 937 568	الوكالة الدولية للطاقة الذرية
93,6	1,2	243 424 973	اليونيدو
94,8	1,2	236 436 768	برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
95,9	1,1	232 250 000	برنامج الأمم المتحدة للبيئة
96,7	0,8	164 783 000	مركز التجارة الدولية
97,3	0,6	119 997 726	منظمة الطيران المدني الدولي
97,8	0,5	103 042 000	هيئة الأمم المتحدة للمرأة
98,3	0,5	101 562 000	مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
98,8	0,4	87 600 000	مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع
99,2	0,4	83 235 754	المنظمة العالمية للأرصاد الجوية
99,4	0,3	54 216 255	المنظمة البحرية الدولية
99,7	0,2	46 986 439	الاتحاد البريدي العالمي
99,8	0,2	34 513 000	موئل الأمم المتحدة
100,0	0,2	33 960 703	منظمة السياحة العالمية
100,0	0,0	771 000	منظمة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى
100,0	100,0	20 335 062 895	المجموع الكلي

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

(أ) على النحو الوارد في التقارير المالية المقدمة من المنظمات المشاركة. بناءً على سعر الصرف المعمول به في الأمم

المتحدة في 30 حزيران/يونيه 2023؛

(ب) بالنسبة للموظفين الدوليين الممولين من الميزانية العادية للأمم المتحدة.

211- وينبغي توخي الحذر عند النظر في عمليات تحديد القيمة لأنها شديدة الحساسية للتغيرات في الافتراضات. وينبغي التشديد على أن التقييمات، بسبب حساسيتها للتغيرات في الافتراضات، يجب أن تُعامل بحذر وأن يُنظر إليها فقط كأفضل تقدير للكيان في نهاية كل فترة إبلاغ، وبالتالي كمؤشر للمدفوعات التي يتعين سدادها في المستقبل، وكدليل لاتخاذ القرارات بشأن الاستراتيجية العامة لتخصيص الأموال اللازمة للوفاء بهذه الالتزامات، حسب الحالة. ويترتب على ذلك أن تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، في رأي المفتش، لا يلزم أن يكون الهدف من تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي الطويلة الأجل بعد انتهاء الخدمة هو الوصول إلى نسبة 100 في المائة عندما يكون التمويل من الاشتراكات المقررة؛ والغرض من ذلك هو تجنب الإفراط في الميزنة والإفراط في التمويل ولأنه يمكن أيضاً أن تكون المعدلات الأكثر واقعية والميسورة صالحة لتحقيق الهدف النهائي لتمويل هذه الالتزامات الطويلة الأجل، وهو أساساً منع وجود قيود مالية أو قيود خطيرة في الميزانية عندما يحين موعد استحقاق المدفوعات، وفي الوقت نفسه عندما تكون قدرة الدول الأعضاء على سد العجز محدودة أو عندما يكون استعدادها للقيام بذلك محدوداً⁽¹³²⁾. غير أنه بالنسبة للبرامج الممولة من التبرعات، ينبغي أن تؤخذ التكلفة الكاملة للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في الحسبان في هذه التبرعات عند استحقاقها، نظراً لأن الجهات المانحة لا تتحمل أي مسؤولية مالية عن الكيانات المعنية بمجرد إنجاز البرنامج أو المشروع الذي قُدمت الأموال من أجله.

212- وأكدت التطورات الأخيرة في الأسواق المالية حساسية التقييمات للتغيرات في الافتراضات، إذ أثرت الزيادة المطردة في معدلات الخصم تأثيراً إيجابياً على الخطط. وهذا هو ما تُعبّر عنه البيانات ذات الصلة بالمركز المالي وما يتصل بذلك من دراسات الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التي جرى الرجوع إليها⁽¹³³⁾. ومع ذلك، وفي ظل استقرار الاقتصاد العالمي وانخفاض معدلات التضخم وأسعار الفائدة، يمكن توقع الاتجاه المعاكس، مما سيؤدي إلى زيادة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بناءً على ذلك. وينبغي أن يؤخذ هذا التقلب في الاعتبار عند تقييم الإجراءات التي يتعين اتخاذها إذا كانت أموال التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة أو أصوله قريبة من مبلغ الالتزامات المرتبطة به أو تزيد عنه لفترة من الزمن، كما في حالة الخطط التي بلغت بالفعل نسبة 100 في المائة من التمويل.

باء - تمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وميزانيته

1- حالة التمويل

213- في حين أن الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لم يعد يمثل مشكلة، فإن تمويل هذه الالتزامات لا يزال هدفاً لم يتحقق، إذ لم يمول بالفعل سوى 31 في المائة من

(132) اعتمد الأمين العام هذا النهج في تقريره عن إدارة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (A/76/373)، على النحو الموضح في الفقرة 26 من تقرير اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية (A/76/579) ("أبلغت اللجنة [من خلال الأمانة العامة] بأن التمويل الجزئي [المقترح] الذي يبلغ [75 في المائة] لاحتياجات التندقات النقدية اللازمة مستقبلاً للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة قد أُقترح نظراً لحساسية تقدير التكاليف المستقبلية المتصلة بتغير الافتراضات الديمغرافية والاقتصادية المرتبطة بالتوقعات الاكتوارية، وأن المقترح لم يُقدم لتوفير تمويل كامل من أجل التخفيف من احتمال الإفراط في تمويل الالتزام"). وقد سبق أن أعربت اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية عن القلق نفسه إزاء عدم استقرار هذه الحسابات (A/73/792، الفقرة 24)، وهو ما دفع إلى التنقيح المقترح لجدول المرتبات كل ثلاث سنوات الذي قدمه الأمين العام في تقاريره عن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (على سبيل المثال، A/76/373، الفقرة 77 (ج)).

(133) وفقاً لمجلس مراجعي الحسابات (A/78/5 (Vol. I))، بلغت الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بالنسبة للأمم المتحدة ذروتها في عام 2020، وهي آخذة في التراجع منذ ذلك الحين. وفي عام 2022 فقط، انخفضت الالتزامات بنسبة 23,3 في المائة مقارنة بعام 2021، من 7,24 مليار دولار إلى 5,55 مليار دولار. وتوجد نتائج مماثلة في التقارير المالية السنوية والدراسات الاكتوارية للمنظمات المشاركة الأخرى.

الالتزامات. ومن الأهمية الحاسمة ملاحظة أن الاعتراف بالالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في البيانات المالية لا يعتمد على مصادر تمويل المنظمات أو حتى على مجرد وجود موارد لتمويلها: ذلك أنه حتى إذا لم يكن لدى المنظمات احتياطي محدد أو تدفقات محددة للإيرادات اللازمة لتمويل التزاماتها، لا يزال يتعين تسجيل هذه الالتزامات، أي إدخالها في الحسابات، على أساس الاستحقاقات التي حصل عليها الموظفون خلال الفترة المشمولة بالتقرير. ومع ذلك، في حين أن الكشف عن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لم يعد مسألة مطروحة، فإن تمويلها لا يزال هدفاً غير متحقق بالنسبة لمعظم المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة، نظراً لأن نسبة 31 في المائة فقط من مجموع الالتزامات تمّواً حالياً⁽¹³⁴⁾، على النحو المبين في الجدول 18. ومع ذلك، وبالمقارنة مع الأرقام الواردة في الاستعراض السابق الذي أجرته وحدة التفتيش المشتركة بشأن الموضوع نفسه في عام 2007، تحسن الجزء الممول من الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لمعظم المنظمات المشاركة، حيثما توافرت البيانات.

الجدول 18

حالة تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في 31 كانون الأول/ديسمبر 2021⁽¹⁾ مقارنة بالمبالغ الواردة في استعراض وحدة التفتيش المشتركة لعام 2007 للتغطية الطبية لموظفي منظومة الأمم المتحدة⁽²⁾

النسبة المئوية للالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الممولة	النسبة المئوية للالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الممولة	النسبة المئوية للالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الممولة	الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التي جرى الكشف عنها (بالدولار) في نهاية عام 2021	الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الواردة في تقرير وحدة التفتيش المشتركة لعام 2007 (بالدولار)	المنظمة المشاركة
32,0	44,1	600 925 000	1 362 312 000	562 200 000	منظمة الأغذية والزراعة
0,0	0,1	219 058	345 937 568	80 900 000	الوكالة الدولية للطاقة الذرية
0,0	0,9	1 137 225	119 997 726	32 500 000	منظمة الطيران المدني الدولي
0,0	1,4	27 593 000	1 991 875 000	474 000 000	منظمة العمل الدولية
لا توجد معلومات	21,7	11 757 962	54 216 255	لا توجد معلومات	المنظمة البحرية الدولية
لا توجد معلومات	8,5	13 966 000	164 783 000	لا توجد معلومات	مركز التجارة الدولية
0,0	2,4	14 525 140	609 649 162	185 100 000	الاتحاد الدولي للاتصالات
2,0	2,5	138 048 000	5 414 808 000	1 484 900 000	الأمانة العامة للأمم المتحدة بما في ذلك الأونكتاد والأونروا ⁽³⁾
لا توجد معلومات	59,3	140 207 902	236 436 768	لا توجد معلومات	برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
51,0	86,2	1 007 850 000	1 168 732 000	263 200 000	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي

(134) منظمة الصحة العالمية هي أول منظمة تعترف بالحاجة إلى رصد اعتمادات للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، وبدأت في تمويل الالتزامات المستحقة عن طريق الاشتراكات السنوية الخاصة في عام 1989.

النسبة المئوية للاتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الممولة على النحو الوارد في استعراض وحدة التفتيش المشتركة عام 2007	النسبة المئوية للاتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الممولة في عام 2021 (النسبة المئوية)	مبلغ التمويل المخصص للاتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في عام 2021 (بالدولار)	الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التي جرى الكشف عنها (بالدولار) في نهاية عام 2021	الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الواردة في تقرير وحدة التفتيش المشتركة عام 2007 (بالدولار)	المنظمة المشاركة
لا توجد معلومات	31,4	72 932 000	232 250 000	لا توجد معلومات	برنامج الأمم المتحدة للبيئة
0,0	6,0	36 500 000	606 585 000	322 600 000	اليونسكو
0,0	92,7	336 179 000	362 836 000	لا توجد معلومات	صندوق الأمم المتحدة للسكان
لا توجد معلومات	لا توجد معلومات	لا توجد معلومات	34 513 000	لا توجد معلومات	مؤئل الأمم المتحدة
لا توجد معلومات	103,5	106 600 000	103 042 000	لا توجد معلومات	هيئة الأمم المتحدة للمرأة
0,0	39,0	468 300 000	1 200 464 000	136 100 000	مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين
22,0	43,9	724 133 000	1 648 546 000	182 500 000	اليونيسيف
0,0	0,0	0	243 424 973	59 100 000	اليونيدو
لا توجد معلومات	52,7	53 541 000	101 562 000	لا توجد معلومات	برنامج الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة
لا توجد معلومات	128,1	112 200 000	87 600 000	لا توجد معلومات	مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع
لا توجد معلومات	0,0	0	771 000	لا توجد معلومات	الأونروا ^(د)
لا توجد معلومات	8,4	2 847 755	33 960 703	لا توجد معلومات	منظمة السياحة العالمية
لا توجد معلومات	0,0	0	46 986 439	لا توجد معلومات	الاتحاد البريدي العالمي
لا توجد معلومات	100,0	892 000 000	892 000 000	لا توجد معلومات	برنامج الأغذية العالمي
68,0	50,8	1 298 000 000	2 555 000 000	371 200 000	منظمة الصحة العالمية
0,0	39,0	221 363 437	633 538 547	43 200 000	المنظمة العالمية للملكية الفكرية
11,0	0,0	0	83 235 754	12 100 000	المنظمة العالمية للأرصاد الجوية
	31,0	6 306 795 490	20 335 062 895		المجموع

المصدر: قامت بتجميعها وحدة التفتيش المشتركة بالاستناد إلى البيانات المالية للمنظمات المشاركة.

(أ) استناداً إلى سعر الصرف المعمول به في الأمم المتحدة في 30 حزيران/يونيه 2023، وتستخدم الالتزامات غير المتداولة عند توافرها؛

(ب) بناءً على سنوات مختلفة من الدراسة الاكتوارية (من 1999 إلى 2004)؛

(ج) لوظائف الموظفين الدوليين الممولة من الميزانية العادية للأمم المتحدة؛

(د) لوظائف الموظفين المعيّنين دولياً غير الممولة من الميزانية العادية للأمم المتحدة.

214- وظلت الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة مدرجة في جدول أعمال هيئات الإدارة ومجلس الرؤساء التنفيذيين ومراجعي الحسابات الخارجيين باعتبارها مسألة مطروحة على نطاق المنظومة منذ تسعينات القرن الماضي. ولا تزال الحاجة إلى تحديد آليات تمويل وتنفيذها من أجل تمويل

هذه الالتزامات موضوع مناقشات مطولة داخل مؤسسات منظومة الأمم المتحدة وفيما بينها⁽¹³⁵⁾. وفي هذا السياق، أثارَت اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية، في استعراضها الذي أجرتَه في عام 1997 للميزانية البرنامجية المقترحة للأمم المتحدة لفترة السنتين 1998-1999⁽¹³⁶⁾، مسألة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وأوصت بأن يعالج الأمين العام الآثار المترتبة على نموها على المدى الطويل وأثرها على نطاق المنظومة⁽¹³⁷⁾. وفي الوقت نفسه، لاحظ مجلس مراجعي الحسابات في تقرير الموجز المقترض المؤرخ 27 حزيران/يونيه 2001⁽¹³⁸⁾ "أشار [...] إلى أن معظم المنظمات لم يروصد اعتماداً لتغطية الخصوم الناجمة عن استحقاقات الموظفين والتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة"⁽¹³⁹⁾،

(135) في عام 2017، أصدرت مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ورقة غرفة اجتماعات (متاحة في:

<https://www.unhcr.org/au/media/funding-after-service-health-insurance-and-repatriation-benefit-liabilities>) بشأن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، في حين أطلعت أمانة منظمة العمل الدولية مجلس إدارتها على آخر

المستجدات بشأن عمل الفريق العامل الذي أنشأته شبكة المالية والميزانية للجنة الرفيعة المستوى التابعة لمجلس الرؤساء التنفيذيين المعني بالتنسيق من أجل دراسة المسألة من منظور شامل للمنظومة بأسرها، وكذلك نتائج عمل لجنة إدارة صندوق التأمين الصحي لموظفي منظمة العمل الدولية بشأن احتواء التكاليف (الوثيقة GB.329/PFA/4). وفي عامي 2017 و 2018، أوصت لجنة البرنامج والميزانية في المنظمة العالمية للملكية الفكرية جمعيات المنظمة العالمية للملكية الفكرية بأن تطلب إلى الأمانة العامة مواصلة المشاركة في الفريق العامل المذكور أعلاه المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة ورصد أي مقترحات يقدمها الأمين العام في دورات الجمعية العامة للأمم المتحدة ذات الصلة (الوثيقتان WO/PBC/26/6 و WO/PBC/28/11). وخلال الدورة الأربعين (2019) لمؤتمرها العام، قدمت اليونسكو تقريراً عن تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (تقرير المديرية العامة عن حالة صندوق التأمين الصحي وبنيتها الإدارية، الوثيقة 40 C/51). ونظر المؤتمر العام لليونسكو، أثناء دورته لعام 2022، في حالة تمويل الالتزامات على نطاق منظومة الأمم المتحدة، ومبادئ التمويل وخياراته (انظر: خطة التمويل الطويلة الأجل للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، الوثيقة 214 EX/6).

(136) A/52/7/Rev.1، الجزء العاشر، الفقرة عاشرًا - 25.

(137) أكدت اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية من جديد في عام 2013 طبيعة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الشاملة لكامل نطاق المنظومة. ولاحظت اللجنة أن "تمويل استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة مسألة تغطي بالاهتمام على نطاق المنظومة" (A/68/550)، وبناءً على ذلك، طلبت الجمعية العامة، في قرارها 244/68، إلى الأمين العام "أن يدرس خيار توسيع نطاق ولاية الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة... لتشمل إدارة استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة" وأيضاً "أن يُجري استقصاء لخطط الرعاية الصحية الحالية للموظفين العاملين والمتقاعدين داخل منظومة الأمم المتحدة". ومع ذلك، وبالنظر إلى أن قرارات الجمعية العامة ليست ملزمة لسائر مؤسسات المنظومة، يتعين أن تقترح على هيئات الإدارة المختصة الأخرى توصيات اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية التي تقرها الجمعية العامة لتقييمها وإقرارها رسمياً (A/71/698، الفقرة 8). ويتجلى أيضاً البُعد المتعلق بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على نطاق المنظومة من خلال الطريقة التي تصرفت بها بعض المنظمات، كما هو مبين في المرفق الثاني من تقرير الأمين العام A/64/366؛ وبعد مرور 12 عاماً على التوصية التي أصدرتها اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية بأن تعالج الجمعية العامة الآثار المترتبة على نموها على المدى الطويل وأثرها على نطاق المنظومة دون أن تنجح في ذلك، لم تقم الوكالة الدولية للطاقة الذرية ومنظمة العمل الدولية ومنظمة التجارة الدولية ومنظمة الطيران المدني الدولي والاتحاد الدولي للاتصالات ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين واليونسكو وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة واليونيدو ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع وصندوق الأمم المتحدة للسكان والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى بتجنيب أي أموال لهذا الغرض أو لم تكن لديها خطط لتمويل الالتزامات المتركمة، ريثما تتخذ الجمعية العامة قرارات من شأنها إثراء مناقشاتها حول هذا الموضوع، في حين أن منظمة الأغذية والزراعة واليونسيف وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وبرنامج الأغذية العالمي والمنظمة العالمية للملكية الفكرية قد مولت التزاماتها جزئياً.

(138) A/57/201.

(139) وفقاً لمجلس مراجعي الحسابات، قام برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، في فترة السنتين 2000-2001، ولأول مرة، بتحميل مبلغ 54 مليون دولار فيما يتعلق بالتأمين الصحي بعد التقاعد، وهو ما يمثل مع ذلك 21 في المائة فقط من الالتزامات المقدرة بمبلغ 256 مليون دولار، في حين لم تُدرج أي اعتمادات على الإطلاق للالتزامات المقدرة في 31 كانون الأول/ديسمبر 2001 بالنسبة للأمم المتحدة (1,44 مليار دولار)، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (143.6 مليون دولار)، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (228 مليون دولار)، واليونسيف (196.4 مليون دولار)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (59.7 مليون دولار)، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع (38.9 مليون دولار).

ولذلك فقد "أوصى بأن تقوم الأمم المتحدة وصناديقها وبرامجها المختلفة بإعادة النظر في آلية وأهداف رصد الاعتمادات لتغطية متوجبات استحقاقات نهاية الخدمة".

215- ولم تتوصل الجمعية العامة حتى الآن إلى أي اتفاق لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة عند استحقاقها، على الرغم من المقترحات العديدة والمناقشات المطولة. وطلبت الجمعية العامة في قرارها 249/58 إلى الأمين العام أن يقترح تدابير تكفل تحقيق تقدم في سبيل تمويل الالتزامات بالكامل. ونتيجة لذلك، أصدر الأمين العام، في 27 تشرين الأول/أكتوبر 2005، أول تقرير من تقاريره الثمانية عن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة⁽¹⁴⁰⁾ الذي أدرج فيه توصية بشأن "اعتماد سياسة تمويل طويلة الأجل توفر مستويات اشتراكات سنوية يمكن التنبؤ بها ومرنة في آن معاً ومن شأنها أن تدعم عملية كفاءة القيام على نحو منظم بتجنيب الأموال الكافية لتغطية تكاليف المشتركين حالياً في خطط التأمين والالتزامات المتعلقة بالاستحقاقات مستقبلاً". ومع ذلك، لم تتخذ الجمعية العامة أي قرار بشأن السياسة المقترحة في ذلك الوقت⁽¹⁴¹⁾، كما أنها لم تؤيد حتى تاريخه أيّاً من المقترحات اللاحقة التي قدمها الأمين العام لتمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة⁽¹⁴²⁾.

216- ولا يزال الدفع أولاً بأول هو نموذج التمويل في نصف المنظمات. وباستثناء حالة الوظائف الممولة من موارد خارجة عن الميزانية، والتي تُغطي الالتزامات ذات الصلة من خلال رسوم على كشف المرتبات تتحملها الجهات المانحة في بعض المنظمات، وعلى الرغم من جميع المناقشات السابقة والسنوات العديدة التي انقضت منذ مناقشة هذه المسألة لأول مرة، فإن الواقع هو أن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لا يزال يمول في نصف المنظمات المشاركة البالغ عددها 28 منظمة على أساس الدفع أولاً بأول، حيث لا تُقدم الأموال إلا لدفع المطالبات الطبية للمتقاعدين الحاليين (بالنسبة لنظم التأمين الذاتي) أو حصة المنظمات من الأقساط (بالنسبة لخطط التأمين التجاري).

217- وتستأثر الأمانة العامة للأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية بنسبة 61 في المائة من الالتزامات غير الممولة. وكما هو مبين في الجدول 18، هناك خمس منظمات، هي برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة) وبرنامج الأغذية العالمي، تمول التزاماتها المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة تمويلاً كاملاً أو جزئياً بمعدل يبلغ نحو 85 في المائة أو أكثر؛ وراكمت خمس منظمات (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز واليونيسيف ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأغذية والزراعة) احتياطياً يتراوح بين 40 في المائة و60 في المائة من التزاماتها؛ وراكمت أربع منظمات (المنظمة البحرية الدولية وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والمنظمة العالمية للملكية الفكرية) احتياطياً يتراوح بين 20 في المائة و40 في المائة. ولم تقم المنظمات المشاركة الثلاث عشرة المتبقية بتجنيب أي تمويل كبير (أقل من 10 في المائة، وفي معظم الحالات لم تخصص أي أموال على الإطلاق) لهذا الغرض. وبوجه عام، وكما جاء من قبل، بلغ مستوى تمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في 31 كانون الأول/ديسمبر 2021 نسبة 31 في المائة، في حين بلغت الالتزامات غير الممولة 14 مليار دولار، منها 37,6 في المائة للأمانة العامة

(140) A/60/450، و A/60/450/Corr.1.

(141) قرار الجمعية العامة 255/60.

(142) انظر المرفق الثالث للاطلاع على موجز مقتضب لمقترحات الأمين العام وتقارير اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية، وقرارات الجمعية العامة بشأن الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

للأمم المتحدة، و 14 في المائة لمنظمة العمل الدولية، و 9 في المائة لمنظمة الصحة العالمية. وتستحوذ جميع المنظمات الأخرى على 7 في المائة أو أقل من كامل الالتزامات.

218- وإذا لم يُتخذ أي قرار، سيستمر خطر حدوث أزمة مالية يمكن أن تؤثر على تنفيذ الولاية. وفيما يتعلق بالأمانة العامة للأمم المتحدة ووفقاً لأحدث تقرير للأمين العام عن إدارة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، أدى نهج الدفع أولاً بأول إلى تزايد الالتزامات غير الممولة التي يتوقع حالياً أن تبلغ في مجموعها 20,2 مليار دولار بحلول عام 2052⁽¹⁴³⁾. وأدى ذلك أيضاً إلى زيادة مخصصات الميزانية السنوية للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة والتي من المتوقع أن تصل، بالقيمة الحالية، إلى 499,7 مليون دولار بحلول عام 2051⁽¹⁴⁴⁾، أي أكثر من أربعة أضعاف المبلغ المطلوب حالياً، وإن كان عدد المشاركين في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة سيتضاعف بنسبة 2,4، من 16 143 شخصاً إلى 38 101 شخص بحلول العام نفسه. وفي حال عدم القيام بأي إجراء، من السهل التنبؤ بحجم الأزمة المالية التي تلوح في الأفق عندما يؤخذ في الاعتبار أن مبلغ 500 مليون دولار (بالقيمة الحالية، وليس بقيمة عام 2051) يعادل نحو 15 في المائة من الميزانية العادية للأمم المتحدة لعام 2023. وخلص الاستعراض إلى أن معظم الكيانات لا تُجري تقديرات طويلة الأجل للالتزامات بانتظام، وأقل من ذلك بكثير بالنسبة للأثر الطويل الأجل لطريقة الدفع أولاً بأول على الميزانيات مستقبلاً، في حين أن العديد من المنظمات، مثل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع وهيئة الأمم المتحدة للمرأة ومنظمة الصحة العالمية، قد وافقت على استراتيجية أو خطة ونفذتها في سبيل تحقيق هذا الهدف، وتناقش منظمة الأغذية والزراعة والوكالة الدولية للطاقة الذرية واليونسكو حالياً هذه الخطة⁽¹⁴⁵⁾.

الجدول 19

الممارسات الحالية في تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة فيما بين المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة

المنظمة المشاركة	الدفع أولاً بأول	الاستحقاق	مصادر التمويل الأخرى	دفع النفقات على أساس
منظمة الأغذية والزراعة	نعم، للموظفين الممولين من الميزانية العادية	نعم، للموظفين الممولين من خارج الميزانية	مخصصات تمويل من حين لآخر لتغطية احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	من مخصصات تمويل من حين لآخر لتغطية احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
الوكالة الدولية للطاقة الذرية	نعم، للموظفين الممولين من الميزانية العادية	نعم، للموظفين الممولين من خارج الميزانية		من مخصصات تمويل من حين لآخر لتغطية احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
منظمة الطيران المدني الدولي	نعم	لا	مخصص لمرة واحدة من أجل تمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	
منظمة العمل الدولية	نعم، للموظفين الممولين من الميزانية العادية	نعم، للموظفين الممولين من خارج الميزانية	مخصصات من آن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	من مخصصات تمويل من آن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
المنظمة البحرية الدولية	نعم، للموظفين الممولين من الميزانية العادية	نعم، للموظفين الممولين من خارج الميزانية	مخصصات من آن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	من مخصصات تمويل من آن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
مركز التجارة الدولية	نعم، للموظفين الممولين من الميزانية العادية	نعم، للموظفين الممولين من خارج الميزانية		من مخصصات تمويل من آن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

(143) A/76/373، الجدول 3.

(144) المرجع نفسه، الفقرة 20.

(145) انظر، على سبيل المثال، وثيقة المجلس التنفيذي لليونسكو EX/28/217، التي تتضمن مقترحاً مقدماً إلى المؤتمر العام من أجل تمويل التزامات اليونسكو غير الممولة المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وذلك بمواءمة الآلية الحالية المتبعة في تمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة في الميزانية العادية مع آلية المساهمات الطوعية.

المنظمة المشاركة	الدفع أولاً بأول	دفع النفقات على أساس الاستحقاق	مصادر التمويل الأخرى
الاتحاد الدولي للاتصالات	نعم	لا	مخصصات من أن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
الأمانة العامة للأمم المتحدة، بما في ذلك الأونكتاد والأونروا ^(أ)	نعم، للموظفين الممولين من الميزانية العادية	نعم، للموظفين الممولين من خارج الميزانية	مخصصات من أن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	نعم	لا	مخصصات من أن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	لا	نعم	مخصص لمرة واحدة من أجل تمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
برنامج الأمم المتحدة للبيئة	لا	نعم	مخصص لمرة واحدة من أجل تمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
اليونسكو	نعم، للموظفين الممولين من الميزانية العادية	نعم، للموظفين الممولين من خارج الميزانية	مخصص لمرة واحدة من أجل تمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
صندوق الأمم المتحدة للسكان	لا	نعم	مخصص لمرة واحدة من أجل تمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
موتل الأمم المتحدة	لا	نعم	حافطة الاستثمار
هيئة الأمم المتحدة للمرأة	لا	نعم	حافطة الاستثمار
مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين	لا	نعم	حافطة الاستثمار
اليونيسيف	لا	نعم، 5 في المائة للموظفين المعيّنين دولياً و4 في المائة للموظفين المعيّنين محلياً	مخصص لمرة واحدة من أجل تمويل احتياطي التأمين بعد انتهاء الخدمة
اليونيدو	نعم	لا	حافطة الاستثمار
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة	نعم، للموظفين الممولين من الميزانية العادية	نعم، للموظفين الممولين من خارج الميزانية	حافطة الاستثمار
مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع	لا	نعم	حافطة الاستثمار
الأونروا ^(ب)	نعم	لا	مخصصات من أن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
منظمة السياحة العالمية	نعم	لا	مخصصات من أن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
الاتحاد البريدي العالمي	نعم	لا	مخصصات من أن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
برنامج الأغذية العالمي	لا	نعم	مخصصات من أن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
منظمة الصحة العالمية	نعم	لا	مخصصات من أن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
المنظمة العالمية للملكية الفكرية	لا	نعم	مخصصات من أن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة
المنظمة العالمية للأرصاد الجوية	لا	نعم	مخصصات من أن لآخر لتمويل احتياطي التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

- (أ) بالنسبة للموظفين المعيّنين دولياً الممولين من الميزانية العادية للأمم المتحدة؛
(ب) بالنسبة للموظفين المعيّنين دولياً الممولين من الميزانية العادية للأمم المتحدة.

2- مصادر تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة واستراتيجياته وأسبابه

219- ينبغي تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على أساس الاستحقاق، ولكن مصدر التمويل ووتيرته يتوقفان على الظروف الخاصة بكل منظمة. وكما هو الحال بالنسبة لأي التزامات أخرى، يجب في العادة تمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة من خارج المنظمة، إما من الاشتراكات المقررة أو التبرعات أو المساهمات الطوعية، أو الرسوم أو الدخل المتحقق من الممتلكات، ولكن يمكن أيضاً تمويله داخلياً أو من الاحتياطيات المتراكمة، أو حتى من الأموال غير المنفقة أو من الاعتمادات الحالية أو السابقة، إذا سمحت بذلك القواعد واللوائح المعمول بها أو إذا قررت ذلك هيئة الإدارة المختصة أو الجهاز التشريعي المختص تبعاً لكل حالة على حدة⁽¹⁴⁶⁾. ويوضح هذا التنوع في الخيارات، إلى جانب الملاحح الديمغرافية المحددة لمختلف الخطط، أنه، كما لاحظ الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، "مع التسليم بأن تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة مسألة تعني المنظومة بأسرها، يرى الفريق العامل أن اتباع نهج واحد على نطاق المنظومة في تناول تلك المسألة قد لا يكون ضرورياً أو قابلاً للتحقيق"⁽¹⁴⁷⁾.

220- استخدام الاحتياطيات الناشئة عن اشتراكات التأمين الصحي (المغالي فيها) المقدمة من المستفيدين. نظراً لأن تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة يعني توفير الأموال اللازمة لتمويل حصة الكيانات من أقساط أو تكلفة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، ينبغي عدم استخدام الاحتياطيات الناشئة عن الاشتراكات (المغالي فيها) المقدمة من المستفيدين لهذا الغرض، لأن هذا يعني أن الأشخاص المؤمن عليهم، الذين يفترض أن يكونوا المستفيدين من إعانات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التي تقدمها جهة العمل، سيقدمون بدورهم الدعم للمؤسسة التي يعملون فيها، وسيدفعون بالتالي هم أنفسهم تكاليف الدعم. وللسبب نفسه، يجب استبعاد الخصومات أو الإعفاءات من الأقساط التي تمنحها نظم التأمين من حين لآخر أي مبلغ تُساهم به المنظمة أو يُساهم به نظام التأمين الذي تستخدمه جهة العمل. وباختصار، فإن جزء الاحتياطيات الذي تُساهم به المنظمة من الاحتياطيات لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة ينبغي ألا يستخدم لتمويل هذه الالتزامات، وذلك تحديداً لأن هذه الالتزامات تقع على الكيانات وليس على المستفيدين.

221- استخدام الاحتياطيات المتراكمة لتمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة تبعاً لكل حالة على حدة لتجنب الزيادة في المساهمات أو للتخفيف منها. وفيما يتعلق بالمنظمات التي لديها قاعدة قوية من الأصول الصافية والفائض المتراكم، فإن عدم توفير تدفقات نقدية محددة من الخارج لتغطية الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة تغطية كاملة باستمرار عند استحقاقها، لا يُشكل أو لا ينبغي بالضرورة أن يُشكل مصدر قلق من حيث ملاءمتها المالية، بل وحتى سيولتها المالية، شريطة أن تكون الأصول مناسبة من حيث طبيعتها وأن تُدار بطريقة تتفق مع استحقاق التزاماتها. ويمكن لهذا النوع من المنظمات أن يتحمل تخصيص احتياطيات للاحتياجات الطويلة الأجل للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (دون اشتراط تقديم مساهمات إضافية من الدول الأعضاء، أو تعريض تنفيذ الولاية للخطر، أو المساس بالاستقرار المالي للكيان واستقرار ميزانيته) عن طريق ضخ مبالغ نقدية لمرة واحدة أو بصورة دورية في الصندوق ذي الصلة. وهذه هي حالة برنامج الأمم المتحدة الإنمائي الذي لديه بالفعل معدل تمويل قدره 89 في المائة للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بعد أن قرر ضخ تحويل نقدي لمرة واحدة قدره 49,7 مليون دولار أمريكي إلى التزاماته المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة من فائضه المتراكم في عام 2022. وعلى نحو مماثل، قامت منظمة الأغذية والزراعة والاتحاد الدولي للاتصالات

(146) جرى التفكير في جميع هذه المصادر في المقترح الأول الذي قدمه الأمين العام لتمويل الالتزامات الطويلة الأجل المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (A/60/450، و A/60/450/Corr.1، الفقرة 16).

(147) A/71/698، الفقرة 59.

وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة السياحة العالمية أيضاً بإعادة تخصيص هذه الموارد المتراكمة من حين إلى آخر لكي تتمكن من تلبية احتياجاتها المالية دون طلب أموال إضافية من الدول الأعضاء (انظر الجدول 19). وتمول أيضاً منظمات أخرى، مثل هيئة الأمم المتحدة للمرأة وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، التزاماتها المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة من حوافز استثماراتها، مما يعفي الدول الأعضاء من ضرورة زيادة مساهماتها، مع ضمان الملاءة المالية للمنظمة وحماية تنفيذ البرامج.

222- ويمكن استخدام أرصدة الميزانية غير المنفقة للغرض نفسه. ويمكن تطبيق المنطق نفسه، مع مراعاة ما يقتضيه اختلاف الحال، على استخدام الأرصدة الحرة في الميزانية لكي تمول (جزئياً) الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، على النحو الذي اقترحه الأمين العام لأول مرة في عام 2005⁽¹⁴⁸⁾ كبدل لاشتراط فرض أنصبة مقررة خاصة على الدول الأعضاء. ويرى المفتش أنه بصرف النظر عما إذا كان النظام المالي والقواعد المالية يأذنان للرؤساء التنفيذيين باستخدام الأموال الحرة لأغراض غير تخفيض الأنصبة المقررة المقبلة على الدول الأعضاء، مثل تمويل الالتزامات الطويلة الأجل المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، أو ما إذا كانت هيئات الإدارة أو الأجهزة التشريعية تُقرر، تبعاً لكل حالة على حدة⁽¹⁴⁹⁾، السماح بتعليق العمل بالنظام المالي وتخصيص هذه الوفورات تحديداً لهذا الغرض⁽¹⁵⁰⁾، ولا يمكن إنكار أن الوفورات المتحققة في الأموال تتبع من المصدر نفسه (الاشتراكات المقررة سابقاً) التي ستعود إليها وأن استخدامها لتمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة يؤدي إلى الحيلولة دون حدوث زيادات في الأنصبة المقررة في المستقبل. وهذا الاستخدام للأموال غير المنفقة هو نتيجة مُتلى من حيث إنه لا يلحق أي ضرر بالمساهمين ويُساعد على الوفاء بالتزاماتهم المالية الطويلة الأجل ويؤدي إلى استقرار الحالة المالية للمنظمات المعنية أو تحسينها. ومع ذلك، وكما جاء في تقرير اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية⁽¹⁵¹⁾، ينبغي عدم السماح باستخدام المنهج للوفورات كجزء من آلية لتمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لأن ذلك قد يُشجع على المُبالغة عمداً في اعتمادات الميزانية. ومن هذا المنطلق، ولتجنب التخطيط المسبق لاستخدام الوفورات كجزء من آلية تمويل التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، يوصي المفتش بأن يوافق الجهاز التشريعي ذو الصلة على جميع المخصصات الممكنة من الأموال غير المنفقة لأغراض التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة تبعاً لكل حالة على حدة.

223- وينبغي أن تشمل المساهمات الطوعية تكاليف التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة دون استثناءات. وفيما يتعلق بالمنظمات التي تمول حصراً أو بشكل شبه كامل من المساهمات الطوعية⁽¹⁵²⁾،

(148) A/61/730، الفقرة 30، وA/64/366، الفقرات 12 و65 و66 و71 و86 (أ) '1'.

(149) وفقاً لما قرره الجمعية العامة، على سبيل المثال، في قرارها 272/76 [“لإن الجمعية العامة] تلاحظ المبلغ غير الاعتيادي من الأموال غير المنفقة من الميزانية العادية لعام 2021 التي يتعين تقييدها لحساب الدول الأعضاء، ويُقرر، استثنائياً ودون أن يُشكل ذلك سابقة، استعمال مبلغ 100 مليون دولار من دولارات الولايات المتحدة من تلك الأموال لزيادة رصيد صندوق رأس المال المتداول“].

(150) أبدت اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية معارضتها لاستخدام هذا الخيار (“تعتبر اللجنة أن تحويل الأرصدة غير المنقولة إلى أوجه استخدام مختلفة تماماً يُشكل ممارسة غير ملائمة في الإدارة المالية. وبالتالي توصي بعدم الخروج عن البند 3-5 من النظام المالي“ (A/61/791)).

(151) A/60/7/Add.11، الفقرة 17.

(152) وفقاً للتقرير الصادر بعنوان *Financing the United Nations Development System Annual Report: Choices in Uncertain Times* (التقرير السنوي عن تمويل منظومة الأمم المتحدة الإنمائي: الخيارات في زمن اللاتيقين) (مؤسسة داغ همرشولد، 2023)، كان توزيع مجموع التمويل المقدم من منظومة الأمم المتحدة في عام 2021 حسب أداة التمويل على النحو التالي: (أ) الاشتراكات المقررة، 20,7 في المائة (13,6 مليار دولار)؛ (ب) المساهمات الأساسية الطوعية، 10,4 في المائة (6,8 مليارات دولار)؛ (ج) المساهمات المخصصة الطوعية، 60,7 في المائة (40 مليار دولار)؛ و(د) الإيرادات الأخرى، 8,2 في المائة (5,3 مليارات دولار). ولذلك تبلغ المساهمات الطوعية 46,8 مليار دولار، أي ما يعادل 71,1 في المائة من جميع الأموال.

ينبغي أن تشمل مساهمات المانحين، سواء كانت مخصصة أو غير مخصصة، باعتبارها عنصراً آخر من عناصر تكاليف الموظفين، الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة ذات الصلة التي تتناسب مع الوقت الذي يقضونه في تنفيذ المشروع أو البرنامج الممول من تلك المساهمات الطوعية. وينطبق ذلك على جميع الكيانات بموجب البند 3-12 من النظام المالي للأمم المتحدة⁽¹⁵³⁾ وكذلك بالنسبة لمنظمات أخرى مثل منظمة الأغذية والزراعة والوكالة الدولية للطاقة الذرية ومنظمة العمل الدولية والمنظمة البحرية الدولية ومركز التجارة الدولية⁽¹⁵⁴⁾. ومع ذلك، وجد الاستعراض أن بعض المنظمات المشاركة⁽¹⁵⁵⁾ لا تأخذ في الاعتبار هذه التكاليف عند قبول التبرعات أو المساهمات الطوعية (انظر الجدول 19). وفي هذا السياق، يعتقد المفتش أن قبول التبرعات دون تحميل تكلفة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة للموظفين المعنيين على تكلفة البرامج أو المشاريع التي خصصت لها الأموال هو شكل من أشكال المنافسة غير المبررة بين المنظمات ينبغي تجنبه.

224- وتهدف التوصية التالية إلى تعزيز تنسيق السياسات والممارسات في مجال تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة فيما يتعلق بالبرامج والمشاريع الممولة من المساهمات الطوعية.

التوصية 6

ينبغي للرؤساء التنفيذيين لمؤسسات منظومة الأمم المتحدة الذين لم يكفلوا بعد أن المساهمات الطوعية تغطي الالتزامات المستقبلية المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة للموظفين العاملين في البرامج أو المشاريع الممولة من هذه المساهمات الطوعية عند استحقاقها، أن يفعلوا ذلك اعتباراً من عام 2026.

225- ويجب أن تغطي الاشتراكات المقررة التكلفة الكاملة للعمليات عندما لا تكفي مصادر الدخل الأخرى. وبالنسبة للمنظمات أو البرامج التي ليس لديها إيرادات أو مصادر تمويل كبيرة للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بخلاف الاشتراكات المقررة، لا مفر من أن تتحمل الدول الأعضاء العبء، كما هو الحال بالنسبة لأي نفقات أخرى متصلة بأنشطة المنظمات المعنية. ويتعلق السؤال في هذه الحالة بالوقت الذي ستقدم أو يجب أن تقدم فيه المساهمات الإضافية اللازمة، وهو سؤال لا يمكن أن تجيب عليه سوى الدول الأعضاء لأن تحديد أولويات المنظمات⁽¹⁵⁶⁾ هو من اختصاصها وحدها، وبالتالي تحديد الوقت

(153) يضبط البند 3-12 من النظام المالي للأمم المتحدة قبول المساهمات الطوعية التي تنطوي على مسؤولية مالية إضافية للمنظمة. وأعلن للجمعية العامة عن اعتزام الأمين العام، في تقريره A/64/366 البدء في تمويل الالتزامات المستحقة المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة من خلال فرض "رسم [...] تُخصم من صافي تكاليف المرتبات الأساسية للموظفين الممولة في إطار الأموال الخارجة عن الميزانية والحسابات الخاصة، كجزء من التكاليف العامة للموظفين"، وبدأ تطبيق ذلك اعتباراً من 1 كانون الثاني/يناير 2017 (A/72/5 (Vol. I))، الفصل الرابع، الفقرة 36). انظر أيضاً مذكرة المراقب المالي للأمم المتحدة المؤرخة 29 تشرين الثاني/نوفمبر 2016 والمعنونة "التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة للموظفين الممولين من المساهمات الطوعية والموارد غير المقررة الأخرى".

(154) يُحسب هذا المكون من مكونات التكلفة في العادة عن طريق رسم جدول مرتبات يتحمله المانحون أنفسهم. ومن حيث الكفاية، ينبغي أن يغطي الرسم كامل الالتزامات الناشئة عن التمويل المقدم، وإن لم يكن من الضروري أن يكون هو نفسه بالنسبة لجميع الكيانات أو الخطط، ذلك أن الاحتياجات من التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة تختلف تبعاً للملامح العامة للأشخاص المؤمن عليهم. ومن هذا المنطلق، لا مفر من أن يترتب على ذلك أن رسوم المرتبات الناشئة عن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة قد تُشكل من الناحية العملية عاملاً تنافسياً في سوق البرامج أو المشاريع الممولة من الجهات المانحة، مما يُعطي ميزة إضافية للكيانات التي لديها أفراد أصغر سناً وأكثر صحة أو الذين قضوا فترات أقصر في حياتهم الوظيفية.

(155) منظمة الطيران المدني الدولي، والاتحاد الدولي للاتصالات، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، واليونيسكو، واليونيدو، والأونروا، والاتحاد البريدي العالمي، ومنظمة الصحة العالمية.

(156) قرار الجمعية العامة 283/60، القسم الثالث، الفقرة 2.

الذي يتعين فيه دفع هذه المساهمات، مع مراعاة أنه في حين أن المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام لا تتطلب رصد مخصصات لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على المدى الطويل قبل استحقاق المدفوعات، فإن المنظمات المشاركة تتحمل مسؤولية حماية سلامتها المالية واستدامتها والوفاء بالتزاماتها تجاه المتقاعدين. وبناءً على ذلك، ينبغي أن تُصاغ المناقشة المتعلقة بالتوقيت ضمن حدود ما هو سليم وعملي من الناحية المالية، مع مراعاة جميع المصالح المشروعة المطروحة: من ناحية، الحاجة إلى التخفيف من المخاطر المالية المرتبطة بالرصيد المتزايد للالتزامات غير الممولة، ومن ناحية أخرى، تكلفة الفرصة البديلة لتخصيص أموال لتمويل احتياجات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة قبل استحقاقها بوقت كافٍ على حساب تأجيل أولويات أخرى⁽¹⁵⁷⁾. وهذا التفكير وارد ضمناً في اعتقاد اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية بأن "هدف ضمان توافر الموارد الكافية لتسوية الالتزامات المتعلقة باستحقاقات الموظفين المعترف بها يمكن تحقيقه دون القيام... على الفور بإنشاء احتياطي"⁽¹⁵⁸⁾ وهو محور المناقشات التي دارت حتى الآن في إطار تقارير الأمين العام عن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

226- وتؤثر الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التي لا تدرج في حسابات الاشتراكات المقررة تأثيراً سلبياً على الأصول الصافية للمنظمة، مما يؤدي إلى تآكل مركزها المالي تدريجياً. وفيما يتعلق بالاستقرار المالي للمنظمات المشاركة، تنشأ عن نقص الأموال آثار مالية كبيرة: فبقدر ما تكون هذه الالتزامات، مثلها مثل أي التزامات أخرى، غير مضمونة بشكل واضح من مجمل أصول المنظمات، فإن كل التزام سنوي جديد ("تكلفة الخدمة" و"تكلفة الفائدة" المرتبطة بها)⁽¹⁵⁹⁾ من التزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التي لم تؤخذ في الحسبان في حسابات الاشتراكات المقررة سيؤثر سلباً على صافي أصول المنظمة، مما يؤدي إلى تآكل مركزها المالي واستقرارها واستدامتها تدريجياً. ويمكن نظرياً في الحالات القصوى أن يؤدي حساب هذه الالتزامات إلى سيناريو سلبي لحقوق الملكية تفوق فيه الديون الأصول، وتفتقر المنظمة إلى الموارد اللازمة للوفاء بالتزاماتها المالية حتى في الأجل القصير.

227- ومع تراكم الالتزامات غير الممولة، يزداد أيضاً احتمال حدوث تأثير سلبي كبير على الميزانيات في المستقبل. وفيما يتعلق بالمنظمات العامة ككل، من المستبعد جداً أن يكون هذا هو الحال، لأن الحكومات والهيئات التشريعية يمكنها، بل ويتعين عليها دائماً، أن توفر موارد إضافية أو تتخذ قرارات لمواجهة أي عجز من أجل ضمان سداد الالتزامات، على الأقل عندما يحين أجل استحقاقها، سواء عن طريق زيادة الاشتراكات المقررة أو إجراء تغييرات في أولويات الميزانية أو غير ذلك من الوسائل. وتكمن المشكلة في أنه، رهناً بحجم هذه التغييرات، قد يكون من الصعب استيعاب الأثر على كلا الجانبين (الدول الأعضاء بوصفها مساهمة، والمنظمة المشاركة المعنية إذا تعين إدخال تغييرات في أولويات السياسات

(157) يمكن القول بأن الالتزامات الطويلة الأجل، وبالتالي لم تبلغ أجل استحقاقها، لا تحتاج إلى سيولة لدعمها إلى أن يحين موعد استحقاقها، في حين أن الأنشطة البرمجية الحالية أو القصيرة الأجل للمنظمات الدولية، بل وحتى احتياجات الإنفاق العام الداخلي، تستحق الأولوية. وبالنظر إلى أن الضرورات تكون عموماً أكبر من الأموال المتاحة، وبالنظر إلى أن مساهمات الدول الأعضاء في المنظمات الدولية تُقدم من مصادر التمويل نفسها (أي الضرائب والرسوم، والاقتراض من الأسواق المالية أو المؤسسات المالية الدولية، والمعونة الخارجية، والتحويلات من الشركات العامة، وما إلى ذلك)، فإن المناقشة تنتهي في نهاية المطاف إلى تحديد السياسات أو البرامج أو الالتزامات التي تستحق الأولوية.

(158) A/76/579، القسم الخامس، الفقرة 51.

(159) تزداد التزامات المنظمات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة كل سنة، إلى جانب الالتزامات المتعلقة باستحقاقات الموظفين العاملين ("تكلفة الخدمة") وبالأثر المالي المقابل للالتزامات التي تتحقق بمرور الوقت ("تكلفة الفائدة"). ولذلك تمثل تكاليف الخدمة والفوائد في سنة معينة تكلفة الحقوق التي يكتسبها الموظفون مقابل خدماتهم خلال تلك السنة.

أو البرامج بسبب نقص الأموال). وبعبارة أخرى، كلما تراكمت الالتزامات، يزداد أيضا احتمال حدوث أثر سلبي (ضخم) على الميزانيات في المستقبل، وبالتالي على مساهمات الدول الأعضاء، أو على الأنشطة البرنامجية للمنظمات المشاركة، بما في ذلك مدى استحقاق التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة⁽¹⁶⁰⁾. ونظرا لعدم وجود تدفق منتظم للأموال (جزئيا على الأقل) لتغطية الالتزامات الطويلة الأجل المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، وليس فقط المدفوعات القصيرة الأجل، يمكن توقع أنه سيلزم في المستقبل ضخ قدر كبير من الموارد أو، بدلا من ذلك، إحداث تحول في أولويات الميزانية في المستقبل، واستبعاد البرامج أو الاحتياجات الأقل إلحاحا نسبيا، وتأجيلها إلى مواعيد لاحقة لإفصاح المجال لسداد الالتزامات القصيرة الأجل المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (التي تصبح حينئذ أعلى بكثير).

228- ومن حيث الميزانية، ينبغي معاملة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بنفس الطريقة التي تعامل بها اشتراكات المعاشات التقاعدية. وتجدر الإشارة أيضا إلى أن طريقة الدفع عند الاستحقاق تستند إلى المنطق القانوني والمحاسبي القائل بأن الحق في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة يكتسبه الموظفون، كما في حالة المعاشات التقاعدية، تدريجيا وطيلة حياتهم الوظيفية وليس في نهايتها. ويترتب على ذلك أن الحق في التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة ينبغي أن يعامل كتعويض مؤجل وأن يدرج كتكلفة عامة للموظفين في السنوات التي يؤدي فيها الموظفون الخدمة. ولذلك ينبغي معاملة الالتزامات المرتبطة بها بنفس معاملة اشتراكات المعاشات التقاعدية، أي كعنصر إضافي من تكاليف التوظيف التي تحمّل في العادة على بند الميزانية الخاص بالموظفين (وفي حالة الوظائف الممولة من الاشتراكات المقررة، تُحمّل هذه التكاليف على هذه الاشتراكات، عندما لا تتاح أي إيرادات أخرى).

3- التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وشفافية عمليات الميزانية ومناقشاتها

229- شفافية الميزانية لا تقل أهمية عن الشفافية في البيانات المالية. عندما يعتبر التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة صراحة جزءاً من التكاليف العامة للموظفين، وبالتالي جزءاً من التكلفة المباشرة للخدمات أو المشاريع أو البرامج، وبالتالي من المساهمات التي يتعين تقديمها لتغطية المصروفات، يمكن القول إن المنظمات أو الخطط ذات الصلة تتسم بالشفافية التامة، ليس في حساباتها فحسب، بل أيضا في عملياتها المتعلقة بالميزنة. وبالنسبة للكيانات أو البرامج الممولة من الاشتراكات المقررة، يمثل التمويل المنتظم للالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة من خلال هذه الاشتراكات بلا شك أكثر مسارات العمل شفافية وملاءمة. يوصى بالكشف عن التكلفة الكاملة والحقيقية للقوة العاملة وأخذها في الاعتبار في كل دورة من دورات الميزانية عند البت في أولويات الميزانية⁽¹⁶¹⁾.

230- ويؤدي عدم توفير التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على أساس الاستحقاق إلى تشويه المناقشات المتعلقة بالميزانية. واختيار طريقة الدفع على أساس الاستحقاق ليس مسألة إدارة مالية سليمة أو استدامة مالية طويلة الأجل فحسب، ولكن أيضا مسألة شفافية وكفاءة في مناقشات الميزانية التشريعية. وهناك سببان لذلك: أولا، لأن عدم وضع ميزانية للجزء الجديد من التكاليف الطويلة الأجل للتأمين الصحي

(160) من المسلم به أن مستوى الاستحقاقات والاشتراكات التي يتعين أن يدفعها الأشخاص المؤمن عليهم (وبالتالي المنظمة) هي مسألة اختيار سياسي، وبالتالي تخضع للقرارات السيادية للدول الأعضاء وهيئات الإدارة، شريطة احترام الحقوق المكتسبة، وأن تكون الحماية الممنوحة متنسقة مع الجاذبية المرغوبة للمنظمات المشاركة كجهات عمل ومع المبدأ الشامل المتمثل في أن تراعي مؤسسات الأمم المتحدة، في استخدام الموظفين وفي تحديد شروط خدمتهم، "ضرورة الحصول على أعلى مستوى من المقدره والكفاية والنزاهة" (ميثاق الأمم المتحدة، المادة 101، الفقرة 3)، على نحو ما أشار إليه الاستعراض السابق الذي أجرته وحدة التفتيش المشتركة للتغطية الطبية لموظفي منظومة الأمم المتحدة. (JIU/REP/2007/2).

(161) كما ذكر الأمين العام، "يتعين أن يدرج أي نقص في تمويل الالتزامات في تقرير الأداء لفترة السنتين، وأن يعتبر جزءا من عناصر وضع الميزانية لقرارات السنتين المستقبلية" (A/60/450 و A/60/450/Corr.1، الفقرة 18).

بعد انتهاء الخدمة الذي سينشأ كل عام يعادل أخذ تكلفة حقيقية ولا مفر منها من الميزانية المقترحة والمناقشات؛ وثانياً، لأن عدم إدراج ميزانية للجزء الجديد من التكاليف الطويلة الأجل للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الذي سينشأ كل عام هو بمثابة أخذ تكلفة حقيقية وحتمية من الميزانية المقترحة والمناقشات؛ وثانياً، لأن هذا الافتقار إلى الشفافية وعدم الاتساق في التكاليف والأنشطة البرنامجية ينشأ عنه وهم مالي حيال الموارد المفرج عنها لبرامج الميزانية الأخرى، أو يحول أولويات أو احتياجات الميزانية من الحاضر إلى المستقبل أو العكس، أو مجرد ترك المساهمات دون المستوى الذي يتناسب مع التكاليف الحقيقية (في ظل عدم حدوث تحول في الأولويات). وبعبارة أخرى، ورهنأ بالشروط المحددة دائماً، إذا لم تؤخذ في الاعتبار في مقترحات الميزانية ومناقشاتها الحصة السنوية من الالتزامات الطويلة الأجل المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، التي ستقيد في الميزانية العمومية للسنة التالية، في الميزانية، فإن الوضع المالي لتلك السنة لن يزداد تدهوراً فحسب، بل ستسفر المناقشات أيضاً عن نتيجة دون المستوى الأمثل لأنها لن تستند إلى معلومات كاملة، مما سيؤدي إلى تخصيص مفرط للموارد للبرامج أو الأنشطة أو إلى مستوى منخفض بصورة غير واقعية من الاشتراكات المقررة، أو إلى مزيج من النتيجتين.

4- طريقة الدفع على أساس الاستحقاق لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة مقارنة بطريقة الدفع أولاً بأول

231- مزايا ومساوئ تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على أساس نقدي مقارنة بتمويلها على أساس الاستحقاق. وتلخيصاً للمناقشة الواردة أعلاه ولأغراض توضيح عملية اتخاذ القرارات بشأن هذا الموضوع المتكرر والمطروح منذ فترة طويلة، يرد في الجدول التالي موجز لمزايا وعيوب كل طريقة من طرائق تمويل الالتزامات الطويلة الأجل المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة.

الجدول 20

مقارنة بين طرق تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

الطريقة	المزايا	العيوب
الدفع أولاً بأول	أقل تكلفة على المدى القصير لأن الاعتمادات المخصصة للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لا يتعين أن تشمل تكاليف الخدمة المستحقة على الموظفين العاملين في كل فترة من فترات الميزانية، بل فقط حصة المنظمة من أقساط الموظفين المتقاعدين أو المطالبات الطبية	عدم مراعاة الشفافية والكفاءة في عمليات الميزنة لأن التكاليف المستقبلية للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة المرتبطة بالموظفين العاملين لا تأخذ في الاعتبار عند اتخاذ قرار بشأن مخصصات الميزانية
	يؤدي ذلك بالتالي إلى قدر أكبر من المرونة في تخصيص الموارد لأغراض أخرى	انعدام الشفافية يؤدي إلى إيجاد تصورات مالية غير صحيحة وعدم الإنصاف بين الأجيال
	تقليل التكاليف الإدارية ودرجة تعقيد إدارة الالتزامات والأصول المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	تعريض الكيان لمخاطر مالية وأوجه عدم يقين بسبب تراكم الديون غير الممولة دون وجود أي أموال لدرء هذه المخاطر
		رهنأ بالخصائص الديمغرافية للأفراد المؤمن عليهم، يمكن أن تستحوذ الالتزامات غير الممولة على حصة كبيرة متزايدة من الميزانية، مما يؤدي مع مرور الوقت إلى مزاحمة الموارد اللازمة للوفاء بالولاية
		قد يُعرض للخطر استدامة استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على المدى الطويل

الطريقة	المزايا	العيوب
الدفع على أساس الاستحقاق	تعزيز شفافية عمليات الميزنة وتجنب التصورات المالية غير الصحيحة وعدم الإنصاف بين الأجيال، حيث يتم توفير الأموال لتغطية الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة المستحقة حديثاً في كل عام في المخصصات والموارد الخاصة بميزانية ذلك العام، ولا تُحمّل على المدخرات أو الاحتياطيات أو الاشتراكات السابقة أو المستقبلية، مما يساعد على الكشف أنياً عن التكلفة الكاملة لملاك الموظفين في البرامج وترشيد القرارات المتعلقة بالميزانية	في حال عدم وجود مساهمات إضافية في الميزانية للوفاء بالحصّة السنوية المستحقة من الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، يحدّ الدفع على أساس الاستحقاق من توافر الموارد لبنود أو برامج الميزانية الأخرى
الحد من المخاطر المالية وأوجه عدم اليقين الناجمة عن تراكم الديون المستحقة بعد انتهاء الخدمة	تعزيز استدامة الاستحقاقات والالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة على المدى الطويل	الحاجة إلى زيادة المساهمات للحفاظ على اتساع ونطاق ولاية المنظمة وبرامجها
تمويل الالتزامات أوفر على المدى الطويل، لأنّ عائدات الاستثمار تُستخدم للحد من متطلبات الميزانية في المستقبل	احتمال عدم إقبال المانحين على دعم منظمة تفرض رسوماً على كشوف المرتبات لتغطية الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة للموظفين المرتبطين بالبرامج التي يمولونها، لأنّ ذلك يمكن أن يجعل المنظمة أقل قدرة على المنافسة مقارنة بالمنظمات التي تستخدم طريقة الدفع أولاً بأول	زيادة التكاليف الإدارية ودرجة تعقيد إدارة صناديق التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة أو أصوله

المصدر: من إعداد وحدة التفتيش المشتركة.

232- وهناك ثلاثة أسباب رئيسية تدعو إلى الأخذ بطريقة الدفع على أساس الاستحقاق لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. ووفقاً للمناقشات التي دارت في هذا الفصل، فإنّ الأثر السلبي على المركز المالي للمنظمات بسبب استمرار نقص الأموال في الوقت الذي تتراكم فيه الالتزامات في البيانات المالية وعدم التقيد بالمواعيد الزمنية وإمكانية عدم القدرة على تحمل تكلفة الزيادات الكبيرة في الأرصدة المقررة عند استحقاق المدفوعات، واستصواب تحسين شفافية الميزانية، هي باختصار الأسباب التي تجعل طريقة الدفع على أساس الاستحقاق هي الأفضل من بين الطريقتين الأكثر شيوعاً لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة (الدفع أولاً بأول والدفع على أساس الاستحقاق). وقد دأبت وحدة التفتيش المشتركة والفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة ومراجعو الحسابات الخارجيون والخبراء الماليون على التوصية بالأخذ بهذه الطريقة، وتؤكد ذلك من خلال الردود على استقصاء وحدة التفتيش المشتركة والمقابلات التي أجريت من أجل هذا الاستعراض، حيث أعربت المنظمات المشاركة عن تفضيلها هذا النهج⁽¹⁶²⁾.

233- لا ترتبط طريقة الدفع على أساس الاستحقاق بأيّ تعديلات في التأمين الصحي. ولا يزال الاستنتاج الذي جرى التوصل إليه قائماً، بغض النظر عن مستوى الحماية الممنوحة للمستفيدين، ونسبة تكاليف التأمين الموزعة على المنظمات المشغلة، وأثر التحسينات في تصميم السياسات والكفاءة المكتسبة من خلال أيّ تدابير إضافية لاحتواء التكاليف، التي يجب أن تحترم الحقوق المكتسبة للمستفيدين. ويرى

(162) كررت اللجنة الاستشارية المستقلة للمراجعة أيضاً تأكيد ملاحظتها السابقة بأن الإبقاء على نهج الدفع أولاً بأول يُشكل خطراً كبيراً ينبغي أن يُدار بطريقة سليمة وأوصت بأن "تنظر الجمعية العامة في استراتيجيات بديلة... للتخفيف من حدة هذه المخاطرة" (A/76/270).

المفتش أن النص على الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة مع تراكم الاستحقاقات ينبغي ألا يكون مشروطاً بتصميم أي تغييرات وتنفيذها في سياسة التأمين الصحي. ويُشدد المفتش بقوة على أهمية معالجة هذه المسألة بطريقة واقعية لأن عدم تمويل الالتزامات المستحقة والمستقبلية يمكن أن يكون بمثابة تضخيم فقاعة ديون قد تصبح بمرور الوقت خطراً شديداً على الاستقرار المالي للمنظمات وقدرتها على مواصلة الوفاء بولايتها.

234- وأوصت وحدة التفتيش المشتركة، في استعراضها السابق للتعطية الطبية للموظفين في منظومة الأمم المتحدة⁽¹⁶³⁾، بتوفير التمويل الكافي للوفاء بالالتزامات، وهو ما أوصى به مجلس مراجعي الحسابات، ومراجعو الحسابات الخارجيون للوكالات المتخصصة والوكالة الدولية للطاقة الذرية، واللجنة الاستشارية المستقلة للمراجعة، وما زالوا يوصون بذلك. ومن المتوقع أن تؤدي التوصية التالية إلى تحسين شفافية الميزانية، وإلى زيادة الكفاءة والمساءلة داخل المنظمات المشاركة، إلى جانب مركزها المالي واستدامتها.

التوصية 7

ينبغي للأجهزة التشريعية و/أو هيئات الإدارة في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة التي لم توافق بعد على خطة لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة عند استحقاقها للوظائف الممولة من الاشتراكات المقررة أن تضع استراتيجية طويلة الأجل لهذا الغرض، على الأقل لتغطية الالتزامات المستقبلية المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لجميع الموظفين المعينين حديثاً.

المرفق الأول

أهلية الالتحاق بأنظمة التأمين الصحي

بين هذا الجدول أهلية الموظفين العاملين والمتقاعدين ومعاليتهم للتسجيل في خطة أو خطة تأمين صحي معيّنة، بناءً على مركز عملهم وفئة الموظفين.

نوع الموظفين العاملين والمتقاعدين وموقعهم		المعيّنون دولياً		المعيّنون محلياً	
في موقع (مواقع) المقر	خارج المقر	في المقر	خارج المقر	في المقر	خارج المقر
منظمة المؤمن لها ونظام التأمين	المنظمات المشاركة	نعم	نعم	نعم	نعم ^(أ)
منظمة الأغذية والزراعة - نظام التأمين الصحي الأساسي/نظام التغطية الطبية بعد انتهاء الخدمة	منظمة الأغذية والزراعة	لا	لا	لا	نعم ^(ب)
منظمة الأغذية والزراعة - نظام تغطية التأمين الصحي/التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	منظمة الأغذية والزراعة	نعم	نعم	نعم	نعم
الوكالة الدولية للطاقة الذرية - خطة التأمين الطبي الكامل/خطة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة	الوكالة الدولية للطاقة الذرية	نعم	نعم	نعم	نعم
منظمة الطيران المدني الدولي - خطة الاستحقاقات الطبية	منظمة الطيران المدني الدولي	نعم	نعم	نعم	نعم
منظمة العمل الدولية - صندوق التأمين الصحي للموظفين	منظمة العمل الدولية	نعم	نعم	نعم	نعم
المنظمة البحرية الدولية - خطة التأمين الطبي الجماعي	المنظمة البحرية الدولية	نعم	نعم	نعم	نعم
مكتب الأمم المتحدة في جنيف - جمعية التأمين التعاوني لموظفي الأمم المتحدة	الأمانة العامة للأمم المتحدة، ومركز التجارة الدولية، والاتحاد الدولي للاتصالات، والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، واليونسيف، والمنظمة العالمية للأرصاد الجوية، وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، واليونيدو، والأونكتاد	نعم	نعم	نعم	نعم
مكتب الأمم المتحدة في فيينا/مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة - التأمين الطبي الجماعي للمقر/خطة التأمين الطبي الكامل	الأمانة العامة للأمم المتحدة، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة	لا	لا	نعم	نعم
الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Aetna	الأمانة العامة للأمم المتحدة، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونسيف، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع	لا	لا	نعم	نعم

نوع الموظفين العاملين والمتقاعدين وموقعهم

المعيّنون محلياً		المعيّنون دولياً		المنظمات المشاركة	المنظمة المؤمن لها ونظام التأمين
خارج المقر	في المقر	خارج المقر	في موقع (مواقع) المقر		
لا	نعم (نيويورك)	لا	نعم (نيويورك)	الأمانة العامة للأمم المتحدة، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسيف، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Cigna لرعاية الأسنان
لا	نعم (نيويورك)	لا	نعم (نيويورك)	الأمانة العامة للأمم المتحدة، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسيف، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة Empire Blue Cross
نعم	لا	لا	لا	الأمانة العامة للأمم المتحدة	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة التأمين الصحي
لا	لا	نعم	لا	الأمانة العامة للأمم المتحدة، واليونيسيف، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع، واليونيدو، والأونروا، ومنظمة السياحة العالمية	الأمانة العامة للأمم المتحدة - خطة الأمم المتحدة العالمية
نعم	لا	لا	لا	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - خطة التأمين الصحي
نعم	نعم (باريس)	نعم	نعم (باريس)	اليونسكو، ومنظمة الطيران المدني الدولي (موظفو منظمة الطيران المدني الدولي في باريس فقط)	اليونسكو - خطة التأمين الصحي
نعم	لا	لا	لا	مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين	مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - خطة التأمين الصحي
نعم	لا	لا	لا	اليونيسيف	اليونيسيف - خطة التأمين الصحي
نعم	لا	لا	لا	اليونيدو	اليونيدو - خطة الخدمات العامة الميدانية
لا	نعم (فيينا)	نعم	نعم (فيينا)	اليونيدو	اليونيدو - التأمين الطبي الجماعي للمقر - خطة التأمين الطبي الكامل
نعم	لا	لا	لا	مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع	مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع - خطة التأمين الصحي
نعم	نعم (مدريد)	نعم	نعم (مدريد)	منظمة السياحة العالمية	منظمة السياحة العالمية - خطة التأمين الصحي والتأمين ضد الحوادث
لا ينطبق	نعم (برن)	لا ينطبق	نعم (برن)	الاتحاد البريدي العالمي	الاتحاد البريدي العالمي - خطة التأمين الصحي

نوع الموظفين العاملين والمتقاعدين وموقعهم

المعيّنون محلياً		المعيّنون دولياً		المنظمات المشاركة	المنظمة المؤمن لها ونظام التأمين
خارج المقر	في المقر	خارج المقر	في موقع (مواقع) المقر		
نعم	نعم	نعم	نعم	برنامج الأغذية العالمي	برنامج الأغذية العالمي - خطة التأمين الصحي الأساسي
(المكاتب العالمية)	(روما)		(روما)		
نعم	لا	لا	لا	برنامج الأغذية العالمي	برنامج الأغذية العالمي - نظام تغطية التأمين الصحي
(فيما عدا المكاتب العالمية)					
نعم	نعم	نعم	نعم	منظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	منظمة الصحة العالمية - التأمين الصحي للموظفين
	(جنيف)		(جنيف)		
نعم	نعم	نعم	نعم	المنظمة العالمية للملكية الفكرية	المنظمة العالمية للملكية الفكرية - خطة التأمين الطبي الجماعي
	(جنيف)		(جنيف)		

- (أ) للموظفين الذين يكون تاريخ التحاقهم بالعمل في المنظمة قبل 1 تشرين الأول/أكتوبر 2016.
- (ب) للموظفين الذين يكون تاريخ التحاقهم بالعمل في المنظمة في 1 تشرين الأول/أكتوبر 2016 أو بعده.

المرفق الثاني

مؤشرات الأداء الرئيسية الموحدة من الاتفاقات على مستوى الخدمة المبرمة مع شركات إدارة مطالبات التأمين

ترد في هذا الجدول قائمة موحدة بمؤشرات الأداء الرئيسية المستمدة من الاتفاقات على مستوى الخدمة المتاحة الموقعة بين شركات إدارة مطالبات التأمين وشركات التأمين الصحي التجارية والمنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة. وتعرض مؤشرات الأداء الرئيسية كما هي، وقد لا تمثل ممارسات جيدة.

مؤشر الأداء الرئيسي	الهدف (استخدام هدف مختلف)	الغرامة (استخدام معدلات غرامة مختلفة)
مؤشر عام		
معدل دوران الفريق:	معدل دوران الأفرقة المشاركة في خدمة المنظمة المؤمن لا يزيد على 15 في المائة	0,50 في المائة
الدعم الإداري	من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحاً حتى الساعة 6 مساءً، باستثناء أيام العطلات الرسمية	غرامة ثابتة لعدم تلبية مستوى الخدمة
إدارة الحسابات		
مدير معين متخصص	مدير واحد معين	0,50 في المائة
وضع الجدول الزمني للتنفيذ ووثيقة القرارات والمسائل	كامل	0,50 في المائة
المعيار المالي		
الدقة المالية:	98 في المائة على الأقل	استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,50 و10 في المائة (تفرض بعض اتفاقات مستوى معدلات وغرامات مختلفة تبعاً لمستوى الخدمة المحققة)
متوسط معدل جميع المطالبات الدقيقة مالياً		
الدقة في سداد المدفوعات:	96 في المائة على الأقل	استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 1 في المائة و10 في المائة (تفرض بعض اتفاقات مستوى معدلات وغرامات مختلفة تبعاً لمستوى الخدمة المحققة)
عدد المدفوعات الصحيحة مقسوماً على مجموع عدد المدفوعات التي تشملها عينة المراجعة		
دقة المعالجة:	96 في المائة على الأقل	استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 1 في المائة و4 في المائة (تفرض بعض اتفاقات مستوى الخدمة المحققة)
عدد المطالبات الصحيحة المعالجة مقسوماً على مجموع عدد المطالبات في عينة المراجعة		
المعيار الهاتفي		
الزمن الذي يستغرقه الرد على المكالمات الهاتفية:	80 في المائة على الأقل	استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,50 في المائة و4 في المائة (تفرض بعض اتفاقات مستوى الخدمة المحققة)
النسبة المئوية للمكالمات التي يتم الرد عليها في غضون 10 إلى 30 ثانية حسب الخطة		
معدل التخلي عن المكالمات الهاتفية:	5 في المائة كحد أقصى	استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,50 في المائة و4 في المائة

الغرامة (استخدام معدلات غرامة مختلفة)	الهدف (استخدام هدف مختلف)	مؤشر الأداء الرئيسي
تفرض بعض اتفاقات مستوى الخدمة معدلات غرامات مختلفة تبعاً لمستوى الخدمة المحققة)	عدد المكالمات الهاتفية التي يتم التخلي عنها كنسبة مئوية من مجموع المكالمات الواردة إلى النظام الهاتفي	
غرامة ثابتة لعدم الوفاء بمستوى الخدمة	24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بخمس لغات على الأقل	الدعم المقدم من خلال خط المساعدة الهاتفي

معيار الزمن الذي تستغرقه المعالجة

استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,50 في المائة و4 في المائة (تفرض بعض اتفاقات مستوى الخدمة معدلات غرامات مختلفة تبعاً لمستوى الخدمة المحققة)	من 2 إلى 10 أيام عمل	تسوية المطالبات: متوسط الحد الأقصى لعدد الأيام التي تستغرقها تسوية المطالبة
استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,50 في المائة و4 في المائة (تفرض بعض اتفاقات مستوى الخدمة معدلات غرامات مختلفة تبعاً لمستوى الخدمة المحققة)	من ساعتين إلى 24 ساعة	إصدار خطاب ضمان لحالات الرعاية الطارئة في المستشفيات: متوسط المدة التي يستغرقها إصدار خطاب الضمان عند استلام طلب موثق بالكامل من مقدم الخدمة
استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,50 في المائة و4 في المائة (تفرض بعض اتفاقات مستوى الخدمة معدلات غرامات مختلفة تبعاً لمستوى الخدمة المحققة)	من 48 ساعة إلى 7 أيام عمل	إصدار خطاب ضمان لحالات الرعاية غير العاجلة في المستشفيات: متوسط الوقت الذي يستغرقه إصدار خطاب الضمان عند استلام طلب موثق بالكامل من العضو أو مقدم الخدمة
استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,75 في المائة و4 في المائة (تفرض بعض اتفاقات مستوى الخدمة معدلات غرامات مختلفة تبعاً لمستوى الخدمة المحققة)	من يوم عمل 1 إلى 3 أيام عمل	معدل الاستجابة للبريد الإلكتروني: متوسط الزمن الذي يستغرقه الرد على طلب بالبريد الإلكتروني من العضو أو مقدم الخدمة
استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,50 في المائة و1 في المائة	2 إلى 5 أيام عمل	الموافقة المسبقة على العلاج الطبي: متوسط الزمن الذي يستغرقه الحصول على الموافقات المسبقة للعلاج الطبي الخاضع لاستعراض طبي
استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,50 و0,75 في المائة	في غضون 5 أيام عمل	تحميل بيانات العضوية وإصدار البريد الإلكتروني الترحيبي متوسط المدة الزمنية التي يستغرقها تحميل بيانات العضوية واستلام البريد الإلكتروني الترحيبي للشخص المؤمن عليه.
استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,25 في المائة و0,50 في المائة	من 5 إلى 10 أيام عمل	إصدار البطاقات: متوسط الزمن الذي يستغرقه استلام الشخص المؤمن عليه بطاقة التأمين
غرامة ثابتة لعدم الوفاء بمستوى الخدمة	مرتان في الأسبوع	خدمة البريد السريع للمطالبات متوسط عدد المرات التي يتم فيها إبلاغ الأشخاص المؤمن عليهم بخدمة البريد السريع للمطالبات من المنظمة المؤمن لها إلى شركة التأمين

مؤشر الأداء الرئيسي	الهدف (استخدام هدف مختلف)	الغرامة (استخدام معدلات غرامة مختلفة)
الشبكة		
عدد مقدمي الخدمة: عدد مقدمي الخدمة لكل مركز عمل	واحد على الأقل	0,50 في المائة
ترتيبات إصدار الفواتير المباشرة: في حالة وجود طلب محدد من المنظمة المؤمن لها بشأن إعداد اتفاق فاتورة مباشرة، تقوم الجهة المتعاقد معها أولاً بتقييم الطلب على أساس الشبكة الحالية وتقديم بدائل مماثلة إن وجدت. ولأغراض الزمن الذي تستغرقه الاستجابة، لا يُنظر إلا في الطلبات الواردة من وحدة التأمين الطبي للجهة المؤمن لها. وإذا لم يكن هناك بديل متاح، تُحدد الجهة المتعاقد معها أولوية الطلب بناءً على مجموع عدد الأعضاء المؤمن عليهم المتأثرين.	تبدل الجهة المتعاقد معها قصارى جهدها، بما في ذلك إجراء ثلاث محاولات لتعيين مقدم الخدمة المطلوب: (أ) في غضون 15 يوم عمل كحد أقصى بالنسبة لمراكز العمل بعد البعثة الميدانية؛ (ب) في غضون 20 يوم عمل كحد أقصى بالنسبة لمراكز العمل المصنفة على أنها في حالة طوارئ من المستوى الثالث؛	0,50 في المائة
تحديثات عن الشبكات، والخصومات المتاحة، والأسعار المتفق عليها مع مقدمي الخدمة: عدد المرات التي تُقدم فيها تحديثات عن الشبكات	كل ثلاثة أشهر	غرامة ثابتة لعدم الوفاء بمستوى الخدمة
مستوى الرضا		
مستوى رضا الأشخاص المؤمن عليهم	75 في المائة على الأقل وتصل إلى 85 في المائة	استخدام معدلات مختلفة تتراوح بين 0,50 في المائة و 1 في المائة
الإبلاغ		
متوسط الزمن الذي يستغرقه تقديم التقارير: تُقدم شركة التأمين معلومات إحصائية إلى المنظمة المؤمن لها توضح فيها مستويات الأداء المحققة مقارنة بمستويات الخدمة المتفق عليها.	من اليوم التاسع من كل شهر إلى ما قبل نهاية الشهر التالي بعد فترة الإبلاغ	0,50 في المائة
تقدم شركة التأمين معلومات إحصائية إلى المنظمة المؤمن لها توضح فيها مستويات الأداء المحققة مقارنة بمستويات الخدمة المتفق عليها.	كل ثلاثة أشهر	غرامة ثابتة لعدم الوفاء بمستوى الخدمة
إصدار الفواتير		
الفاتورة الشهرية: متوسط الزمن الذي يستغرقه إصدار الفاتورة الشهرية	15 يوم عمل كحد أقصى	0,50 في المائة
الاجتماعات		
اجتماعات تُعقد كل ثلاثة أشهر بين المنظمة المؤمن لها وشركة التأمين	اجتماع واحد على الأقل	0,50 في المائة
اجتماعات تُعقد كل ثلاثة أشهر بين المديرين في المنظمة المؤمن لها وشركة التأمين	اجتماع واحد على الأقل	0,50 في المائة
مؤشرات أخرى		
الإخلاء/النقل	تقوم شركة التأمين بتنسيق ودفع تكاليف إجلاء/نقل الأشخاص المؤمن عليهم إلى أقرب مكان مقبول للعلاج	غرامة ثابتة لعدم الوفاء بمستوى الخدمة

الغرامة (استخدام معدلات غرامة مختلفة)	الهدف (استخدام هدف مختلف)	مؤشر الأداء الرئيسي
غرامة ثابتة لعدم الوفاء بمستوى الخدمة	<ul style="list-style-type: none"> يمكن أن تستعين شركة التأمين بشركاء من أطراف ثالثة للمساعدة في تقديم الخدمات، وفي هذه الحالة سيكون لدى شركة التأمين اتفاقات على مستوى الخدمة مع شركاء الطرف الثالث. تقوم شركة التأمين برصد مستويات الخدمة المقدمة من الطرف الثالث وستقوم بإجراء استعراضات منتظمة لأدائه من أجل ضمان الالتزام بمستويات الخدمة المتفق عليها. 	ترتيبات الأطراف الثالثة
غرامة ثابتة لعدم الوفاء بمستوى الخدمة	<ul style="list-style-type: none"> تحتفظ شركة التأمين بدفاتر وحسابات وسجلات ووثائق داعمة مستوفاه وكاملة ودقيقة. توفّر شركة التأمين للجهة المؤمن لها و/أو ممثليها المساعدة وتيسير وصولها إلى جميع المعلومات والوثائق والسجلات التي تحتفظ بها شركة التأمين ونسخ منها. 	عمليات مراجعة الخطة

(أ) تُحسب الغرامات، التي تُمثل نسبة مئوية من المخالفة المقابلة، على أساس الرسوم الإدارية السنوية. ويُخصم هذا المبلغ في هذه الحالة من الرسوم الإدارية التي تُدفع لشركة التأمين. غير أن هناك خطة أخرى تفرض غرامة ثابتة قدرها 5 000 يورو كل ثلاثة أشهر في حال عدم وفاء شركة التأمين بمستوى الخدمة المتفق عليه.

لمحة عامة على مقترحات الأمين العام بشأن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة

1- طلبت الجمعية العامة، بموجب قرارها 249/58 الذي اعتمده في 23 كانون الأول/ديسمبر 2003، إلى الأمين العام أن يقترح أولاً تدابير تكفل التقدم في العمل على توفير التمويل الكامل للالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة. وبناءً على ذلك، أصدر الأمين العام في 27 تشرين الأول/أكتوبر 2005 تقريره الأول عن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة⁽¹⁾ الذي أدرج فيه توصية دعا فيها إلى "اعتماد سياسة تمويل طويلة الأجل توفر مستويات اشتراكات سنوية يمكن التنبؤ بها ومرنة في أن معاً ومن شأنها أن تدعم عملية كفاءة القيام على نحو منتظم بتجنيب الأموال الكافية لتغطية تكاليف المشتركين حالياً في خطط التأمين والالتزامات المتعلقة بالاستحقاقات مستقبلاً". ومع ذلك، لم تتخذ الجمعية العامة أي قرار بشأن السياسة المقترحة في ذلك الوقت⁽²⁾.

2- وفي تقريره الثاني عن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، المؤرخ 7 شباط/فبراير 2007⁽³⁾ قدم الأمين العام إلى الجمعية العامة صيغة منقحة لمقترحه السابق إلى جانب أربعة بدائل قال إنه يرى أنها أقل صلاحية للتطبيق⁽⁴⁾ وقررت الجمعية العامة في 4 نيسان/أبريل 2007، بعد أن تلقت مشورة اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية⁽⁵⁾، أن تطلب في جملة أمور، معلومات وتحليلات أشمل عن خيارات التمويل و"المزايا والمساوئ التي ينطوي عليها، بالنسبة للدول الأعضاء، خيار سداد الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة أولاً بأول مقارنة بالخيار تمويل تلك الالتزامات"⁽⁶⁾.

3- وأفضى التقرير اللاحق والثالث للأمين العام عن هذا الموضوع⁽⁷⁾، المؤرخ 18 تشرين الأول/أكتوبر 2009، والذي تلاه تقرير اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية⁽⁸⁾، إلى صدور قرار الجمعية العامة 241/64، الذي قررت فيه الجمعية العامة أن تطلب إلى الأمين العام أن يُقدم تقريراً عن إدارة الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة "أخذاً في اعتباره أن مبدأ دفع الاستحقاقات أولاً بأول، هو أيضاً أحد الخيارات الصالحة" وأن يُدرج في ذلك القرار، في جملة أمور معلومات عن نطاق وتغطية الخطط الحالية للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وتحليل لنطاقها وتغطيتها؛ والتكاليف الإدارية المتعلقة بوضع خيارات مالية بديلة؛ والخيارات المتعلقة بمستويات المساهمة في خطط التأمين الصحي بعد

(1) A/60/450 و A/60/450/Corr.1.

(2) قرار الجمعية العامة 255/60.

(3) A/61/730.

(4) المرجع نفسه، الفقرة 38.

(5) A/61/791.

(6) انظر قرار الجمعية العامة 264/61. وينطوي نهج "الدفع أولاً بأول" على دفع أقساط التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة أو سداد مطالبات التأمين الصحي عند نشوئها، دون تخصيص أي أصول مسبقاً لهذا الغرض، في حين أن "الدفع على أساس الاستحقاق" يستتبع تراكمًا مطردًا للأموال المخصصة لهذه الغاية المحددة، بغض النظر عن مصدر الأموال. ولا يُحدد المعيار 39 من المعايير المحاسبية الدولية للقطاع العام أي طريقة لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، ويُسلم بأن "الالتزامات الاستحقاقات المحددة" قد تكون غير ممولة أو ممولة كلياً أو جزئياً.

(7) A/64/366.

(8) A/64/7/Add.4.

انتهاء الخدمة من جانب المشاركين فيها ومن جانب الأمم المتحدة؛ والاستراتيجيات الشاملة والطويلة الأجل لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة؛ والتدابير الأخرى لخفض التكاليف التي تتحملها الأمم المتحدة فيما يتصل بخطط الرعاية الصحية؛ وخطط التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لموظفي القطاع العام المتقاعدين التي توفرها حكوماتهم؛ والآثار المالية والقانونية، بالنسبة للموظفين المتقاعدين والموظفين العاملين في الوقت الراهن المترتبة على تغيير نطاق وتغطية خطط التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة ومستويات المساهمة بالنسبة للمتقاعدين الحاليين والموظفين العاملين.

4- **وبعد النظر في تقرير الأمين العام الذي صدر لاحقاً⁽⁹⁾، المؤرخ 27 آب/أغسطس 2013⁽¹⁰⁾ أن تمويل استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة مسألة تحظى بالاهتمام على نطاق المنظومة و [...] أن في الأجل الطويل، سيكون من الأفضل حلها باعتماد نهج على نطاق المنظومة، يماثل النهج الذي يتبعه حالياً الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة بشأن استحقاقات التقاعد والعجز⁽¹¹⁾. وفي أعقاب ذلك، قررت الجمعية العامة⁽¹²⁾ في 27 كانون الأول/ديسمبر 2013 أن "تطلب إلى الأمين العام أن يدرس خيار توسيع نطاق ولاية الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة... لتشمل إدارة استحقاقات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة" وأيضاً "تطلب إلى الأمين العام أن يجري استقصاء لخطط الرعاية الصحية الحالية للموظفين العاملين والمتقاعدين داخل منظومة الأمم المتحدة... لبحث جميع الخيارات الممكنة لزيادة الكفاءة واحتواء التكاليف وأن يُقدم إليها تقريراً عن ذلك في دورتها السبعين".**

5- **وقدم الاستقصاء⁽¹³⁾ الذي أعده الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الذي أنشأه الأمين العام تحت رعاية شبكة المالية والميزانية للجنة الإدارية الرفيعة المستوى التابعة لمجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق، وعملاً بقرار الجمعية العامة 244/68، لمحة عامة شاملة عن حالة 23 خطة تأمين صحي بعد انتهاء الخدمة وصناديق التأمين الصحي في 25 مؤسسة من مؤسسات منظومة الأمم المتحدة في عام 2015⁽¹⁴⁾. وفي حين لم يتبين أن خيار توسيع نطاق ولاية الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة غير ممكن، تضمن التقرير الخامس الذي أصدره الأمين العام ثمان توصيات بشأن كيفية تحسين كفاءة برامج التأمين الصحي وفعاليتها في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة، بما في ذلك التحول من طريقة الدفع أولاً بأول إلى نهج الدفع على أساس الاستحقاق لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة للموظفين الجدد⁽¹⁵⁾. وقبلت الجمعية**

(9) A/68/353.

(10) A/68/550.

(11) بالنظر إلى أن قرارات الجمعية العامة ليست ملزمة لسائر مؤسسات المنظومة، يتعين اقتراح توصيات اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية التي تُقرها الجمعية العامة على هيئات الإدارة المختصة الأخرى لتقييمها وإقرارها رسمياً (A/71/698، الفقرة 8).

(12) قرار الجمعية العامة 244/68.

(13) تجسدت استنتاجات الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وتوصياته من المرحلة الأولى والمرحلة التالية من الاستقصاء في تقارير الأمين العام عن إدارة التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة الصادرة في كانون الأول/ديسمبر 2015 (A/70/590) و2016 (A/71/698) و2018 (A/73/662). وأجرت أمانة مجلس الرؤساء التنفيذيين آخر تحديث لهذه الدراسة في عام 2020. وبالإضافة إلى ذلك، أطلقت شبكة المالية والميزانية في اجتماعها السابع والثلاثين (2022) استقصاءً جديداً لجمع سياسات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وممارساتها في مؤسسات منظومة الأمم المتحدة. ومع ذلك، لم تكن نتائج الاستقصاء متاحة وقت صياغة هذا التقرير.

(14) تالف الفريق العامل من ممثلين عن 16 مؤسسة من مؤسسات منظومة الأمم المتحدة الأعضاء في شبكة المالية والميزانية، واتحاد رابطات الموظفين المدنيين الدوليين السابقين، واتحاد رابطات الموظفين المدنيين الدوليين، وشبكة الموارد البشرية للجنة الإدارية الرفيعة المستوى، والفريق العامل المعني بخدمات الخزينة المشتركة التابع لشبكة المالية والميزانية، والصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة، ومجلس الرؤساء التنفيذيين (انظر A/70/590).

(15) A/70/590، الفقرات 68 و69 و70.

العامة، على غرار ما ورد في قرارها السابق 244/68⁽¹⁶⁾، مشورة اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية بعدم تأييد هذه التوصية في هذه المرة لأن "لم يُقدم المبررات المنطقية الكافية لتخصيص موارد الميزانية المرصودة أصلاً للأنشطة الحالية، لتغطية الالتزامات المقبلة المتوقعة"⁽¹⁷⁾.

6- **وقدم الأمين العام من خلال تقرير المتابعة⁽¹⁸⁾ الذي قدمه تحديثات ومعلومات إضافية عن عدة جوانب من خطط الأمم المتحدة للتأمين الصحي وما يرتبط بها من التزامات، وهي تغطي حالة تنفيذ توصيات الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة التي أقرتها الجمعية العامة في نهاية عام 2016 بشأن مسائل من قبيل: المفاوضات الجماعية مع شركات إدارة مطالبات التأمين ومقدمي الرعاية الصحية؛ واستخدام نُظم التأمين الصحي الوطنية؛ وتوسيع نطاق ولاية الصندوق المشترك للمعاشات التقاعدية لموظفي الأمم المتحدة من أجل تطبيق ترتيبات مشتركة للتأمين الصحي؛ وتوحيد تقييمات الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة؛ والتمويل الكافي للتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة؛ وإجراء عمليات استعراض ضمان الاكتتاب من خلال مؤشرات الأداء المالي وإجراء مزيد من المفاوضات مع شركات التأمين. وتضمن التقرير أيضاً توصيات أو تعليقات جديدة بشأن استثمار الاحتياطيات وجوانب أخرى متعلقة بالسياسات⁽¹⁹⁾.**

7- **وأيدت الجمعية العامة⁽²⁰⁾ التوصيات اللاحقة الصادرة عن اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية⁽²¹⁾ بشأن احتواء التكاليف ومراقبتها في إدارة المطالبات الخطط، والتعاون فيما بين المنظمات في تطوير سبل وصولها إلى شبكات مقدمي الرعاية الصحية في جميع المناطق، والتسعير، وتجميع المخاطر، ومواءمة المبادئ التي توجه تقييم الالتزامات واستثمار الاحتياطيات. غير أن مقترح الأمين العام الذي دعا فيه إلى التحول إلى طريقة الدفع على أساس الاستحقاق لتمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لم يحظ مرة أخرى بالموافقة، إذ لاحظت اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية أن "المقترح... لتمويل التزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة لم يُقدم بطريقة شاملة ولا يأخذ بعين الاعتبار السيناريوهات والمتغيرات المختلفة التي يمكن أن تؤثر على تلك الالتزامات".**

8- **وفي 19 كانون الأول/ديسمبر 2018، نشر الأمين العام تقريره السابع عن التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة⁽²²⁾، الذي تناول فيه، من بين جوانب أخرى⁽²³⁾، مسائل توحيد منهجية التقييم والاقتراضات الاكتوارية، وتوزيع أقساط التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، وتمويل الالتزامات. وأوصى الأمين العام مرة أخرى بأن توافق الجمعية العامة على تمويل الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة فيما يتعلق**

(16) قرار الجمعية العامة 248/70 باء.

(17) A/70/7/Add.42، الفقرة 28.

(18) A/71/698.

(19) مثل شروط الإبلاغ والسرية، ونتائج أنشطة ضمان اكتتاب التأمين، وتجميع المخاطر، وتعزيز الاتساق في تصميم خطط التأمين الصحي، وتوحيد الخطط بين المواقع الجغرافية والهياكل التنظيمية، بما في ذلك إدماج النظم لتحقيق النطاق الحاسم؛ والتضامن بين الأجيال؛ والتسعير (تعتبر الأقساط القائمة على القيمة أنسب للمخاطر التي لا يمكن التنبؤ بها، مثل المخاطر التي تؤثر على الممتلكات، في حين أن أساس التكلفة الزائدة هو الأنسب لملاحم مخاطر التأمين الصحي النموذجية للأمم المتحدة).

(20) قرار الجمعية العامة 272/71 باء.

(21) A/71/815.

(22) A/73/662.

(23) مثل جدوى أو معقولية إشراك نظم التأمين الصحي الوطنية لتوفير ما يلي: التغطية الأساسية للمتقاعدين؛ والمفاوضات مع شركات إدارة مطالبات التأمين على نطاق المنظومة أو بصورة جماعية؛ وتدابير احتواء التكاليف؛ وإمكانية تحويل مزايا التأمين الصحي واستحقاقاته على نطاق المنظومة. وفي التقرير نفسه، أقر الأمين العام بأنه "لا يملك... معلومات إضافية يقدمها عن المواضيع التالية... إجراء استعراضات ومفاوضات مع شركات التأمين؛ وتوسيع نطاق ولاية صندوق المعاشات التقاعدية؛ واستثمار الاحتياطيات، وأن الفريق العامل قد "قد مضى في مساره".

بالموظفين الذين سيعينون في المستقبل وذلك من خلال فرض رسم على كشوف المرتبات⁽²⁴⁾، على أن تُطبق في الوقت نفسه آلية تراكم الاستحقاقات التي تتألف من ربط الجزء الذي تدفعه الوكالة من قسط التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة وفترة خدمة الموظف داخل المنظومة⁽²⁵⁾. وبناءً على مشورة اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية⁽²⁶⁾، وبعد أن لاحظت الجمعية العامة أن المقترح المتعلق بالرسم المفروض على كشوف المرتبات سينشأ عنه فرض أنصبة مقررة على الدول الأعضاء، قررت الجمعية العامة⁽²⁷⁾ الإبقاء على نموذج التمويل القائم على دفع الاستحقاقات أولاً بأول، وطلبت إلى الأمين العام أن يقدم مزيداً من التفاصيل عن نموذج التمويل وآلية تراكم استحقاقات الموظفين في المستقبل على أساس الاستحقاق.

9- وعلى الرغم من أن اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية أعربت في تقريرها⁽²⁸⁾ عن اعتقادها بأن "الهدف من ضمان توفر موارد كافية لتسوية الالتزامات المتصلة باستحقاقات الموظفين المعترف بها يمكن أن يتحقق بدون العمل بالضرورة و/أو فوراً على إيجاد احتياطي" لم تُقدم معلومات عن كيفية القيام بذلك، سواءً عن طريق خفض حصة الاشتراكات المقررة على المنظمات، كما اقترحت في تقريرها السابق⁽²⁹⁾، أو تعديل معايير التغطية أو معايير الأهلية، أو إنشاء احتياطي في مرحلة لاحقة، أو ببساطة عن طريق مواجهة الضغط المتزايد على الاشتراكات المقررة مع حلول أجل استحقاق المصروفات المتوقعة. وفي هذا السياق، تجدر الإشارة إلى أن الجمعية العامة "اعترفت" مع القلق بأهمية التزامات التأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة، مع تسليط الضوء على الأثر الهام الذي يمكن أن يترتب على تلك المقترحات فيما يتعلق بالميزانيات المقبلة، وباستحقاقات الموظفين المعيّنين في المستقبل.

10- وأكد الأمين العام مرة أخرى، مع وجود تباينات، في تقريره الثامن والأخير حول هذا الموضوع⁽³⁰⁾ المؤرخ 30 أيلول/سبتمبر 2021، توصيته بأن تمول الالتزامات المتعلقة بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة للموظفين الجدد من خلال فرض رسوم على المرتبات، وبالتالي من خلال فرض أنصبة إضافية على الدول الأعضاء⁽³¹⁾. وفي وقت إجراء هذا الاستعراض، لم يُعالج هذا المقترح في أي قرار من قرارات الجمعية العامة، وعلى أي حال، رفضته اللجنة الاستشارية لشؤون الإدارة والميزانية⁽³²⁾، القسم الخامس، لأن اللجنة "غير مقتنعة" بالمقترحات و"ما زالت تعتقد بأن هدف ضمان توافر الموارد الكافية لتسوية الالتزامات المتعلقة باستحقاقات الموظفين المعترف بها يمكن تحقيقه دون القيام بالضرورة و/أو على الفور بإنشاء احتياطي".

(24) لا يشمل مقترح الأمين العام سوى الكيانات التي تندرج مباشرة ضمن نطاق قرارات الجمعية العامة، ومن بينها، بالإضافة إلى الأمم المتحدة، المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة (مركز التجارة الدولية وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة وموئل الأمم المتحدة ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة).

(25) قررت الجمعية العامة، في قرارها 235/38 و251/69، استخدام نسبة قصوى تبلغ 2 إلى 1 بين حصة المنظمة وحصة الموظف، وتُطبق منذ ذلك الوقت هذه النسبة في نيويورك وتستخدمها منظمات دولية أخرى كثيرة. وبموجب آلية الاستحقاق المقترحة، يُعادل الجزء الذي تدفعه المنظمة التي يعمل فيها الموظف من قسط التأمين بعد 10 سنوات من الخدمة ثلث مجموع الأقساط، ويكون الحد الأقصى للاستحقاقات (بحد أقصى قدره الثلثان من الأقساط) مستحقاً بعد 20 أو 25 سنة من الخدمة.

(26) A/73/792.

(27) قرار الجمعية العامة 279/73 باء.

(28) A/73/792.

(29) A/71/815، الفقرة 33.

(30) A/76/373.

(31) ذكر الأمين العام في التقرير نفسه (القسم جيم) أنه بالنظر إلى عدم التوصل إلى توافق في الآراء داخل الفريق العامل المعني بالتأمين الصحي بعد انتهاء الخدمة بشأن آلية تراكم الاستحقاقات للربط بشكل مباشر بين أقدمية الموظف داخل منظومة الأمم المتحدة وحصة الأقساط التي ستتحملها الإدارة، جرى التخلي عن المقترح والاستعاضة عنه، اعتباراً من 1 كانون الثاني/يناير 2023، بتطبيق أساس جديد وأعلى لحساب اشتراكات المتقاعدين الذين نقل مدة خدمتهم الداخلة في حساب المعاش التقاعدي عن 25 سنة، أي المعاش التقاعدي الذي كانوا يحصلون عليه أو أنهم تقاعدوا بعد إتمام 25 سنة من دفع الاشتراكات ("المعاش التقاعدي النظري" الذي وافقت عليه الجمعية العامة بموجب القرار 264/61).

(32) A/76/579، القسم الخامس.

المرفق الرابع

لمحة عامة عن الإجراءات التي يتعين أن تتخذها المنظمات المشاركة بشأن توصيات وحدة التفتيش المشتركة

المنظمات المشاركة في وحدة التفتيش المشتركة	التقرير		و	ز	ز	د	هـ	د	أ
	لاتخاذ إجراءات	للعلم							
الأثر المتوخى	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
الأمم المتحدة*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ن	ن					
برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
الأونكتاد	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
مركز التجارة الدولية	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
برنامج الأمم المتحدة الإنمائي	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
برنامج الأمم المتحدة للبيئة	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
صندوق الأمم المتحدة للسكان	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ن				
موال الأمم المتحدة	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
اليونيسيف	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
الأورو	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						ن	
هيئة الأمم المتحدة للمرأة	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
برنامج الأغذية العالمي	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
منظمة الأغذية والزراعة	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
الوكالة الدولية للطاقة الذرية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
منظمة الطيران المدني الدولي	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
منظمة العمل الدولية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
المنظمة البحرية الدولية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
الاتحاد الدولي للاتصالات	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						ن	
اليونسكو	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
اليونيدو	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
منظمة السياحة العالمية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
الاتحاد البريدي العالمي	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
منظمة الصحة العالمية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
المنظمة العالمية للملكية الفكرية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ن			ن		
المنظمة العالمية للأرصاد الجوية	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							

مفتاح الجدول:

ش: توصية لاتخاذ قرار من جانب الجهاز التشريعي

ذ: توصية لاتخاذ إجراء من الرئيس التنفيذي

□: توصية لا تتطلب اتخاذ إجراء من جانب هذه المؤسسة

الأثر المقصود:

أ: تعزيز الشفافية والمساءلة؛ ب: نشر الممارسات الجيدة/الفضلى؛ ج: تعزيز التنسيق والتعاون؛ د: تعزيز الاتساق والمواءمة؛ هـ: تعزيز المراقبة والإمتثال؛ و: تعزيز الفعالية؛ ز: وفورات مالية كبيرة؛ ح: تعزيز الكفاءة؛ ط: غير ذلك.

* على النحو المبين في نشرة الأمين العام ST/SGB/2015/3.