



Assemblée générale

Distr. générale
7 février 2007
Français
Original : anglais

Soixante et unième session

Points 115, 117, 129, 130 et 132 de l'ordre du jour

Rapports financiers et états financiers vérifiés et rapports du Comité des commissaires aux comptes

Budget-programme de l'exercice biennal 2006-2007

Financement du Tribunal international chargé de juger les personnes accusées d'actes de génocide ou d'autres violations graves du droit international humanitaire commis sur le territoire du Rwanda et les citoyens rwandais accusés de tels actes ou violations commis sur le territoire d'États voisins entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1994

Financement du Tribunal international chargé de juger les personnes accusées de violations graves du droit international humanitaire commises sur le territoire de l'ex-Yougoslavie depuis 1991

Aspects administratifs et budgétaires du financement des opérations de maintien de la paix des Nations Unies

Charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et mode de financement proposé

Rapport du Secrétaire général



Résumé

Dans son rapport précédent sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et le mode de financement proposé (A/60/450), le Secrétaire général a présenté plusieurs recommandations concernant la comptabilisation et le financement de ces charges. À la section III de sa résolution 60/255, l'Assemblée générale a pris acte de ces charges et prié le Secrétaire général de faire le nécessaire pour que ces éléments de passif apparaissent dans les états financiers de l'ONU. Elle a également décidé de reporter l'examen des autres propositions du Secrétaire général et prié celui-ci de lui présenter à sa soixante et unième session un rapport contenant des précisions sur le programme d'assurance maladie après la cessation de service, les réponses voulues aux questions soulevées par le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires dans son rapport (A/60/7/Add.11), des renseignements à jour sur l'état des charges à payer, des précisions sur les hypothèses utilisées pour les évaluer et des propositions concernant différentes stratégies de financement.

Le complément d'information demandé à la section III de la résolution 60/255 figure dans le présent rapport, dans lequel l'Assemblée générale est par ailleurs priée d'approuver les recommandations actualisées concernant le financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. On trouvera au chapitre XI le détail des mesures que l'Assemblée est invitée à prendre.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1–6	4
II. Programme d'assurance maladie après la cessation de service et régimes d'assurance maladie de l'ONU	7–17	5
III. Méthode et hypothèses actuarielles utilisées pour évaluer les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service	18–21	8
IV. Réévaluation des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service	22–24	10
V. Stratégies proposées pour le financement par capitalisation des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service	25–41	11
VI. Révision des dispositions relatives à l'assurance maladie après la cessation de service	42	18
VII. Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie (TPIY)	43	19
VIII. Tribunal pénal international pour le Rwanda (TPIR)	44	19
IX. Commission d'indemnisation des Nations Unies	45	20
X. Conclusions	46–49	20
XI. Décisions attendues de l'Assemblée générale	50–51	21
Annexes		
I. Descriptif des plans proposés dans le cadre du programme d'assurance maladie de l'ONU ...		24
II. Adresses de pages Web donnant des informations sur les plans d'assurance maladie des organismes des Nations Unies		28
III. Principaux facteurs de variation de la valeur des charges à payer par l'Organisation au titre de l'assurance maladie après la cessation de service		29
IV. Glossaire		30

I. Introduction

1. Dans son rapport précédent sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et leur mode de financement (A/60/450), le Secrétaire général a présenté plusieurs recommandations concernant la comptabilisation et le financement de ces charges. À l'occasion de l'examen de ce rapport, le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires a noté que les primes d'assurance maladie étaient réparties entre l'Organisation des Nations Unies et les fonctionnaires affiliés (actifs et retraités), conformément aux dispositions des résolutions de l'Assemblée générale 1095 (XI) du 27 février 1957, 38/235 du 20 décembre 1983 et 41/209 du 11 décembre 1986, et que les ressources affectées à la subvention que doit acquitter l'Organisation pour les retraités étaient inscrites au chapitre Dépenses spéciales du budget-programme selon la méthode de la comptabilisation au décaissement, sans que soient provisionnées les charges qui seraient à payer ultérieurement du fait des droits à prestations acquis par les fonctionnaires en activité au cours de leur service.

2. Constatant que l'augmentation du nombre de retraités affiliés au programme d'assurance maladie après la cessation de service observé au cours des 20 dernières années avait alourdi le coût, comptabilisé au décaissement, des prestations versées, le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires a souligné la nécessité de mettre à jour les résultats de la dernière évaluation, arrêtée à fin 2003, des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service indiqués dans le rapport du Secrétaire général, et demandé que des informations détaillées soient communiquées sur la méthode employée pour estimer le montant de ces charges.

3. Le Secrétaire général avait proposé une stratégie de financement à deux volets, le premier consistant en un apport ponctuel de 350 millions de dollars, provenant des soldes inutilisés, des excédents reportés, des réserves constituées au titre de l'assurance maladie et du fonds d'indemnisation, et le second en un mécanisme de financement à long terme annuel par provisionnement. Le Comité consultatif n'a pas été convaincu par les arguments avancés pour justifier l'affectation éventuelle des soldes inutilisés et des excédents reportés au financement de l'assurance maladie après la cessation de service, mais n'a vu aucun inconvénient à ce que des montants soient virés, comme il était proposé, des réserves constituées au titre de l'assurance maladie et du Fonds d'indemnisation à un fonds de réserve distinct, à condition qu'il ait la garantie que ces montants ne feraient pas défaut ultérieurement pour répondre aux demandes de remboursement de frais médicaux ou dentaires ou d'indemnisation.

4. En ce qui concerne le financement annuel des charges d'assurance maladie après la cessation de service, le Comité consultatif n'a rien trouvé à redire à la proposition du Secrétaire général de continuer à ouvrir des crédits biennaux pour financer la subvention versée à ce titre aux retraités actuels. En outre, il a approuvé le principe de la constitution de provisions égales à un certain pourcentage de la masse salariale. Toutefois, il a estimé qu'une analyse plus approfondie et détaillée devait être réalisée avant qu'il puisse recommander un pourcentage précis, et a recommandé d'accorder une attention spéciale à des questions telles que la relation entre l'inscription d'une charge supplémentaire au titre des dépenses de personnel et les dépenses d'appui au programme qui s'appliquent aux activités extrabudgétaires. Le Comité consultatif a également contesté les propositions relatives à l'utilisation

des économies réalisées au titre du budget ordinaire en complément des fonds issus des autres sources de financement annuel envisagées, ayant relevé d'éventuels problèmes de transparence et de budgétisation et rappelé que les économies résultant de gains d'efficacité devaient servir à alimenter le Compte pour le développement.

5. Afin de réduire le coût futur des prestations, le Secrétaire général proposait également d'apporter un certain nombre de modifications – que le Comité consultatif a recommandé d'approuver – aux conditions requises pour bénéficier du programme d'assurance maladie après la cessation de service.

6. Après avoir examiné les rapports du Secrétaire général et du Comité consultatif, l'Assemblée générale a pris acte, à la section III de la résolution 60/255, des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service indiquées par le Secrétaire général, et prié celui-ci de faire le nécessaire pour que ces éléments de passif apparaissent dans les états financiers de l'ONU. À la même section de la résolution 60/255, elle a pris note des autres propositions formulées dans le rapport du Secrétaire général, et prié celui-ci de lui présenter, à sa soixante et unième session, un rapport qui offrirait des précisions sur le programme d'assurance maladie après la cessation de service, apporterait une réponse aux questions soulevées par le Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires dans son rapport (A/60/7/Add.11), inclurait des renseignements à jour sur l'état des charges à payer, donnerait des précisions sur les hypothèses utilisées pour les évaluer et comporterait des propositions concernant différentes stratégies de financement. Le complément d'information demandé à la section III de la résolution 60/255 figure dans le présent rapport, dans lequel l'Assemblée est invitée à approuver les recommandations actualisées concernant le financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

II. Programme d'assurance maladie après la cessation de service et régimes d'assurance maladie de l'ONU

Programme d'assurance maladie après la cessation de service

7. Le programme d'assurance maladie après la cessation de service permet aux retraités et aux personnes à leur charge de bénéficier des régimes d'assurance maladie proposés aux fonctionnaires de l'ONU en activité et de la même couverture médicale que ces derniers. En effet, un ancien fonctionnaire et ses ayants droit peuvent rester affiliés au régime qui les couvrait avant le départ à la retraite du participant, sous réserve que celui-ci remplisse les conditions d'admission au bénéfice du programme. À l'heure actuelle, ces conditions sont les suivantes : être âgé de 55 ans ou plus, être affilié depuis au moins cinq ans à l'un des régimes offerts par l'Organisation et avoir opté pour le versement par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies d'une pension de retraite ou de retraite anticipée. Pour voir diminuer sa quote-part du coût du régime, l'assuré doit avoir cotisé pendant au moins 10 ans. Les fonctionnaires qui partent à la retraite à cause d'un handicap peuvent également prétendre, quel que soit alors leur âge, à une couverture maladie après la cessation de service. On trouvera d'autres précisions sur les dispositions régissant le programme dans l'instruction administrative du 19 mai 1994 relative à l'assurance maladie après la cessation de service (ST/AI/394), dont

la version anglaise peut être consultée en ligne à l'adresse www.un.org/insurance (voir à l'annexe II la liste des pages Web donnant des informations sur les régimes d'assurance maladie de l'ONU).

Régimes d'assurance maladie proposés aux actifs et aux retraités

8. Les régimes d'assurance maladie de l'ONU ne sont pas garantis mais autofinancés, qu'ils couvrent les actifs ou les retraités, et leurs ayants droit respectifs. La plupart des régimes institutionnels d'assurance maladie comptant plus de 2 000 adhérents sont autofinancés. Cette formule est financièrement plus avantageuse car elle se traduit par de meilleurs flux de trésorerie et permet à l'Organisation, et non à l'assureur, de détenir les réserves constituées au titre des dépenses de santé dont le remboursement n'a pas été demandé et d'obtenir des revenus de leur placement. Les régimes d'assurance maladie de l'ONU sont autofinancés, mais leur administration générale et le traitement des demandes de remboursement sont généralement confiés à des prestataires de services.

9. Les régimes d'assurance maladie de l'ONU offrent une couverture médicale et dentaire aux fonctionnaires et retraités de l'Organisation dans le monde entier. Le personnel des fonds et programmes des Nations Unies est également admis au bénéfice de ces régimes. On trouvera ci-après la liste des plans auxquels les fonctionnaires et les retraités remplissant les conditions requises peuvent actuellement adhérer :

- a) Régimes du Siège :
 - i) Aetna Open Choice (réseau de prestataires de soins privilégiés);
 - ii) Empire Blue Cross Blue Shield (réseau de prestataires de soins privilégiés);
 - iii) Health Insurance Plan of New York;
 - iv) CIGNA Dental (réseau de prestataires de soins privilégiés);
- b) Vanbreda International (couverture mondiale, sauf aux États-Unis);
- c) Plan d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés sur le plan local dans certains lieux d'affectation hors Siège;
- d) Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies en poste à Genève;
- e) Plan d'assurance médicale commun Vanbreda à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel;
- f) Caisse autrichienne d'assurance maladie (Wiener Gebietskrankenkasse).

10. Comme la plupart des régimes complets d'assurance maladie proposés à l'heure actuelle par les grands employeurs, les régimes susmentionnés garantissent généralement le remboursement de 70 % à 100 % des frais hospitaliers et 80 % des frais considérés comme raisonnables et habituels engagés au titre des autres services médicaux pris en charge. Ils permettent à l'assuré de choisir son médecin, son dentiste, son pharmacien et son établissement de soins, compte tenu d'un certain nombre de conditions et de plafonds de remboursement. La structure même des régimes s'appuyant sur un réseau de prestataires de soins privilégiés ou un réseau de

soins coordonné permet de maîtriser les coûts, des tarifs préférentiels étant négociés avec les prestataires dans le cas des régimes autonomes. L'existence de forfaits ou de plafonds de remboursement pour certains services médicaux contribue également à limiter les coûts. On trouvera à l'annexe I un descriptif général de chacun des régimes énumérés ci-dessus. Certains sites Web de l'ONU, dont la liste figure à l'annexe II, donnent des précisions supplémentaires sur la couverture et les taux de cotisation propres à chaque régime.

Cotisations des participants

11. Les cotisations des participants aux régimes d'assurance maladie de l'ONU dépendent du type de couverture (fonctionnaire ou retraité sans charges de famille; fonctionnaire ou retraité avec personne à charge; famille) et du régime choisi. Conformément à la résolution de l'Assemblée générale 1095 (XI) du 27 février 1957, les cotisations sont également fonction du montant du traitement du fonctionnaire ou de la pension du retraité, l'Organisation subventionnant plus largement l'assurance maladie lorsqu'il est faible.

12. Les cotisations des actifs sont calculées sur la base d'un pourcentage du traitement net, lequel varie, pour ce qui est des régimes proposés aux États-Unis, de 2,58 % à 4,16 % pour une couverture individuelle et de 5,82 % à 8,10 % pour une couverture familiale. En ce qui concerne les régimes offrant une assurance à l'extérieur des États-Unis, ce pourcentage oscille entre 1,57 % et 6,17 % pour une couverture individuelle, et entre 3,83 % et 8,59 % pour une couverture familiale. Dans le cas du régime autonome d'assurance médicale dont bénéficient les agents des services généraux et des catégories apparentées recrutées sur le plan local dans certains lieux d'affectation hors Siège, les taux de cotisation sont de 1 % pour une couverture individuelle et de 2,25 % pour une couverture familiale.

13. Les cotisations des retraités participant aux régimes du Siège sont déterminées selon une échelle mobile, un montant précis étant fixé pour chacune des 22 fourchettes définies par le montant mensuel des pensions. Dans les autres lieux d'affectation, les cotisations des retraités sont égales à un pourcentage fixe de la pension, compris entre 1,58 % et 3,08 % pour une couverture individuelle, et 3,16 % et 4,30 % pour une couverture familiale. En ce qui concerne les anciens agents locaux, les taux de cotisation au régime d'assurance médicale après la cessation de service sont appliqués à la moitié du montant de leur traitement au moment du départ à la retraite, ajusté ensuite périodiquement en même temps que le barème des traitements local.

14. D'une manière générale, les fourchettes et les taux appliqués sont tels que les cotisations d'assurance maladie après la cessation de service soient égales à la moitié environ de celles acquittées par les fonctionnaires en activité bénéficiant de la même couverture au titre du même régime. Les taux ou montants des cotisations, aussi bien des actifs que des retraités, sont ajustés chaque année de façon que les adhérents supportent, conformément à la résolution 38/235 de l'Assemblée générale, 33,3 % du coût des régimes d'assurance maladie du Siège, 50 % du coût des régimes offrant une couverture à l'extérieur des États-Unis et quelque 25 % du coût du régime d'assurance médicale des agents locaux. Dans le cas des régimes en vigueur au Siège, on a pu faire en sorte que les cotisations des retraités soient inférieures de moitié à celles des actifs, sans que les ratios d'ensemble susmentionnés n'en soient modifiés, grâce à un mécanisme de répartition interne des

coûts qui n'a pas d'influence sur le ratio de partage des coûts entre l'Organisation et les cotisants aux régimes d'assurance maladie considérés dans leur ensemble, mais permet de transférer une partie de la subvention de l'Organisation des actifs vers les retraités.

Comparaison entre les cotisations des participants aux régimes d'assurance maladie de l'ONU et les cotisations des adhérents à d'autres régimes

15. Pour évaluer le niveau de ses cotisations, l'ONU s'est appuyée sur une étude annuelle réalisée par le cabinet new-yorkais Mercer Human Resources Consulting, qui porte sur plus de 2 500 organisations subventionnant des régimes d'assurance aux États-Unis. Cette étude présente des données sur les grands régimes (plus de 500 adhérents) et les régimes publics, deux catégories que l'Organisation utilise à des fins de comparaison. Les noms des entreprises et des organismes publics considérés ne sont pas indiqués dans l'étude, mais la comparaison avec l'ensemble des régimes reposant sur le principe d'un réseau de prestataires de soins privilégiés montre que pour 2005 le coût total supporté par les participants aux régimes d'assurance maladie du Siège de l'Organisation a été à peu près équivalent à celui supporté par les participants à d'autres régimes offerts aux États-Unis.

16. Il est indiqué sur le site Web du Gouvernement des États-Unis que le programme d'assurance maladie des fonctionnaires fédéraux comprend un grand nombre de régimes, pour lesquels les barèmes de primes varient en fonction de l'État et du type de police. Selon le guide de l'assurance maladie des fonctionnaires fédéraux, le Gouvernement finance 72 % en moyenne du montant de la prime, sa contribution réelle n'excédant jamais 75 %, quel que soit le régime, tandis que l'ONU subventionne les régimes d'assurance médicale du personnel en poste au Siège à hauteur de 66,67 %.

17. Il ressort de ce qui précède et de l'annexe I que les régimes d'assurance maladie de l'ONU sont conformes à ceux que proposent de grandes entreprises ou d'autres organismes publics, tant du point de vue de la couverture que de la répartition globale des coûts. Le programme d'assurance maladie après la cessation de service est un élément de protection sociale essentiel pour les retraités, dont beaucoup ne peuvent prétendre aux régimes de sécurité sociale des États Membres du fait qu'ils travaillaient pour l'ONU. Le Secrétaire général attache donc une grande importance à ce programme, dont il faut assurer la viabilité financière, en commençant à prendre les dispositions voulues pour assurer le financement des charges à payer à ce titre.

III. Méthode et hypothèses actuarielles utilisées pour évaluer les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

18. La valeur actuarielle des obligations contractées par l'ONU au titre de l'assurance maladie après la cessation de service est calculée par un actuaire-conseil à la fin de chaque exercice biennal. Les prestations devant être payées jusqu'au décès du retraité et de son conjoint, l'opération consiste à déterminer la valeur actuelle des sommes dont on prévoit qu'elles seront versées au bénéficiaire après son départ à la retraite et aux membres de sa famille après son décès, en tenant

compte de l'âge, du nombre d'années de service, de l'espérance de vie et du sexe de l'intéressé, ainsi que des niveaux de rémunération, des hypothèses économiques et des taux tendancielles d'évolution des frais médicaux pour l'ensemble du groupe.

19. Le calcul est effectué à l'aide de la méthode des unités de crédit projetées (ou méthode de répartition au prorata des services rendus), qui sert à déterminer les pensions de retraite et les prestations postérieures à l'emploi. C'est la méthode prescrite par l'International Accounting Standard Board dans sa norme IAS 19, ainsi que dans les Normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) dont l'Assemblée générale a approuvé l'application à l'Organisation des Nations Unies dans sa résolution 60/283. C'est également la méthode préconisée dans le projet de norme IPSAS relatif aux avantages du personnel – l'exposé-sondage 31 du 26 octobre 2006 – qui repose sur la norme IAS 19. Selon cette méthode, conforme aux principes de la comptabilité en droits constatés (ou d'exercice), les droits aux prestations d'assurance maladie après la cessation de service s'accumulent pendant la vie active des fonctionnaires et sont assimilés à une rémunération différée. Il faut donc constater les obligations découlant de ces avantages postérieurs à l'emploi et comptabiliser chaque année en charges à payer la valeur des prestations futures escomptées par les fonctionnaires en échange des services rendus, afin que les sommes nécessaires à leur paiement soient disponibles le moment venu. Le montant qui s'ajoute ainsi chaque année aux charges à payer représente le coût des prestations au titre des services rendus (ou coût des services rendus), auquel s'ajoute le coût financier résultant de l'actualisation annuelle des prestations futures.

20. L'évaluation actuarielle consiste à déterminer la valeur actuelle des charges d'assurance maladie après la cessation de service pour chacun des participants en activité ou retraités ayant adhéré à l'un des régimes d'assurance maladie de l'ONU, en utilisant les hypothèses actuarielles indiquées ci-après. La méthode actuarielle permet d'estimer le montant des avantages accumulés pendant toute la période d'activité des fonctionnaires et d'attribuer à chacune des années de service une fraction des prestations futures jusqu'au moment où le participant a acquis le droit à la totalité de ces avantages. Concrètement, le montant total des charges à payer au titre des régimes d'assurance maladie après la cessation de service s'obtient en additionnant la valeur actuelle des éléments suivants :

a) Obligations correspondant aux droits acquis par les retraités et autres bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie après la cessation de service;

b) Obligations correspondant aux droits acquis par les fonctionnaires en activité qui remplissent les conditions d'âge et d'ancienneté auxquelles est subordonnée l'adhésion à un régime d'assurance maladie après la cessation de service mais qui n'ont pas encore pris leur retraite;

c) Obligations correspondant aux droits acquis par les intéressés entre la date de leur engagement et celle de l'évaluation dans le cas des fonctionnaires en activité qui ne remplissent pas encore les conditions d'âge et d'ancienneté auxquelles sont subordonnés le départ à la retraite et l'affiliation à un régime d'assurance maladie après la cessation de service.

Tous ces éléments sont évalués à l'aide des hypothèses actuarielles indiquées ci-après, dont l'objet est de tenir compte, entre autres choses, du fait que les fonctionnaires ne seront pas tous couverts par un régime d'assurance maladie après la cessation de service.

21. Les principales hypothèses actuarielles retenues pour les calculs portent sur les tendances démographiques et économiques, ainsi que sur le montant des demandes de remboursement de frais médicaux et son évolution. Les hypothèses démographiques sont celles utilisées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (taux de mortalité, taux de départ avant la retraite, taux de départ à la retraite et situation de famille), les personnes qui bénéficient ou bénéficieront ultérieurement des prestations d'assurance maladie après la cessation de service constituant un sous-groupe des participants au régime de pensions des Nations Unies. Il est tenu compte également du fait que les fonctionnaires ne pourront ou ne voudront pas tous adhérer à un régime d'assurance maladie après la cessation de service. Les hypothèses économiques, qui déterminent le taux d'actualisation employé (5,5 % en 2005), sont fonction de la conjoncture économique au moment de l'évaluation. Les hypothèses relatives aux frais médicaux prennent en considération les demandes de remboursement, variables selon le régime, et les taux tendanciels reflétant l'évolution prévue des dépenses de santé à court terme et à long terme. Pour l'évaluation de décembre 2005, l'actuaire-conseil a retenu, dans le cas des régimes d'assurance administrés aux États-Unis, un taux de 10,0 % pour 2006 qu'il a réduit progressivement pour le stabiliser à 5,0 % à partir de 2014 et, pour les autres régimes, un taux initial de 6,75 %, stabilisé à 4,5 % à partir de 2012.

IV. Réévaluation des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

22. Dans son rapport précédent, le Secrétaire général indiquait que le montant des charges à payer par l'ONU s'élevait à 1 484 900 000 dollars au 31 décembre 2003. L'estimation de la valeur actuarielle de ces charges a été actualisée au 31 décembre 2005, date à laquelle elle s'établissait à 2 072 800 000 dollars. Si l'Organisation avait décidé en 2005 de comptabiliser en droits constatés ses obligations au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, conformément aux Normes comptables internationales du secteur public, il aurait fallu les inclure dans l'état de l'actif et du passif au 31 décembre 2005 au lieu de simplement les mentionner dans la note 12 relative aux états financiers de l'exercice clos à cette date¹. En outre, si les faits corroborent les hypothèses actuarielles, il faudrait passer en charge environ 409 millions de dollars à ce titre au cours de l'exercice 2006-2007 (soit 177 millions de dollars de coût des services rendus et 232 millions de dollars de coût financier). Le financement n'étant assuré qu'à hauteur du montant des demandes de remboursement de frais médicaux présentées par les retraités pendant l'exercice, conformément à la méthode de comptabilisation au décaissement, le montant inscrit au budget de l'exercice pour couvrir les prestations d'assurance maladie après la cessation de service a été fixé à 102,7 millions de dollars (après réévaluation des coûts).

23. Le résumé du rapport sur l'évaluation au 31 décembre 2005 peut être consulté en anglais à l'adresse suivante : www.un.org/insurance (voir l'annexe II pour la liste des pages Web donnant des informations sur les régimes d'assurance maladie de l'ONU). Le tableau ci-après permet de comparer la valeur (en milliers de dollars des

¹ Voir *Documents officiels de l'Assemblée générale, soixante et unième session, Supplément n° 5* [A/61/5 (Vol. I)].

États-Unis) des différents éléments des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service au 31 décembre 2003 et au 31 décembre 2005 :

	<i>Charges à payer</i>	
	<i>2003</i>	<i>2005</i>
Retraités	769 950	989 131
Fonctionnaires en activité ayant le droit de partir à la retraite	321 502	492 907
Fonctionnaires en activité n'ayant pas encore le droit de partir à la retraite	393 398	590 791
Total	1 484 850	2 072 829

24. L'augmentation de la valeur des charges à payer entre les deux évaluations s'explique essentiellement par cinq facteurs : a) le report des charges d'un exercice à l'autre, le montant calculé représentant la valeur actuelle de dépenses futures; b) l'utilisation de données actualisées sur l'effectif des retraités et des fonctionnaires en activité participant au programme, qui a augmenté depuis 2003; c) l'actualisation du coût des prestations, plus élevé que prévu; d) l'actualisation des hypothèses démographiques conformément aux modifications apportées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies aux tables de mortalité et à d'autres hypothèses; e) la révision du taux d'actualisation, ramené de 6,0 % à 5,5 % pour l'aligner sur les taux de rendement des valeurs à revenu fixe. Les incidences de ces différents facteurs sur l'évolution des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service entre 2003 et 2005 sont récapitulées à l'annexe III.

V. Stratégies proposées pour le financement par capitalisation des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

25. Comme on l'a vu plus haut, le montant des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service était supérieur à 2 milliards de dollars au 31 décembre 2005. Seule la partie de ces charges devant donner lieu à un décaissement pendant l'exercice 2006-2007 a été budgétée, aucune autre provision n'ayant été constituée. Sachant que le programme devrait continuer à prendre de l'ampleur, ce qui entraînera une augmentation des engagements contractés à ce titre, le Secrétaire général estime prudent d'adopter une politique de financement par capitalisation qui garantisse la création d'une réserve suffisante pour couvrir les charges à payer au titre des participants actuels et les prestations futures, l'objectif étant de provisionner l'intégralité de ces charges. Cinq stratégies de financement sont proposées ci-après.

Option 1

26. La première option consiste à provisionner en totalité le passif existant en mettant en recouvrement auprès des États Membres une contribution ponctuelle d'un montant total égal à celui des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, et à la virer dans un fonds de réserve distinct

expressément affecté au financement de ces charges, dans lequel l'Organisation prélèverait sa part des prestations à verser pendant chaque exercice. Cela fait, il faudrait mettre en recouvrement des contributions additionnelles (177 millions de dollars environ en 2006-2007) pour couvrir l'augmentation annuelle des charges découlant des services rendus par les fonctionnaires ne remplissant pas encore les conditions requises pour s'affilier à un régime ou bénéficier de la totalité de leurs droits, ainsi que les gains ou pertes actuariels réalisés sur les placements ou résultant d'écart entre les faits observés et les hypothèses actuarielles.

Option 2

27. Une deuxième solution serait d'adopter une stratégie de financement spéciale qui aboutisse au bout d'un certain nombre d'années au provisionnement intégral du coût du programme, grâce à la mise en recouvrement systématique de contributions expressément destinées à cette fin au moment de l'adoption du budget ordinaire. On estime que pour couvrir la totalité des charges à payer il faudrait demander aux États Membres une contribution globale de l'ordre de 550 millions de dollars au cours de chacun des 12 ou 13 exercices biennaux à venir. Ce montant serait régulièrement ajusté en fonction des gains ou pertes réalisés sur les placements ou résultant d'autres facteurs. Une fois le provisionnement intégral assuré, il faudrait pour le maintenir mettre en recouvrement des contributions additionnelles afin de couvrir l'augmentation annuelle des charges à payer découlant des services rendus par les fonctionnaires ne remplissant pas encore les conditions requises pour s'affilier à un régime ou bénéficier de la totalité de leurs droits, ainsi que les gains ou pertes actuariels réalisés sur les placements ou résultant d'écart entre les faits observés et les hypothèses actuarielles.

Option 3

28. La troisième option consisterait à prévoir dans tous les budgets un crédit proportionnel à la masse salariale, en utilisant un pourcentage qui permette de couvrir intégralement les charges à payer au bout d'un certain nombre d'années. Cette stratégie repose sur le constat que la possibilité de bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service est offerte aux fonctionnaires indépendamment de l'origine des fonds servant à les rémunérer. Il faudrait ajuster périodiquement le pourcentage retenu afin d'assurer le provisionnement intégral des charges. Compte tenu de la masse salariale actuelle, on estime que pour pouvoir couvrir intégralement les charges à payer en l'espace de 12 à 13 exercices biennaux, il faudrait prévoir un crédit égal à 13,8 % des traitements (soit un montant estimatif de 180,3 millions de dollars pour le budget ordinaire, de 103,7 millions de dollars pour les budgets de maintien de la paix et de 71,6 millions de dollars pour les fonds extrabudgétaires). Ce pourcentage serait régulièrement ajusté en fonction des gains ou pertes réalisés sur les placements ou résultant d'autres facteurs. Une fois le provisionnement intégral assuré, il faudrait pour le maintenir mettre en recouvrement des contributions additionnelles afin de couvrir l'augmentation annuelle des charges à payer découlant des services rendus par les fonctionnaires ne remplissant pas encore les conditions requises pour s'affilier à un régime ou bénéficier de la totalité de leurs droits, ainsi que les gains ou pertes actuariels réalisés sur les placements ou résultant d'écart entre les faits observés et les hypothèses actuarielles.

Option 4

29. Une quatrième option serait de maintenir les modalités actuelles de financement des prestations dues aux retraités (ouverture d'un crédit au chapitre Dépenses spéciales du budget ordinaire et financement partiel prélevé sur le compte d'appui aux opérations de maintien de la paix) et de prévoir dans tous les budgets un crédit proportionnel à la masse salariale d'un montant suffisant pour que les charges à payer au titre de l'assurance maladie soient intégralement provisionnées au bout de 25 à 30 ans. Les éléments de cette stratégie de financement sont les suivants :

a) Maintien des modalités actuelles de financement des dépenses d'assurance maladie relatives aux retraités actuels et futurs par inscription d'un crédit à cette fin au chapitre Dépenses spéciales du budget ordinaire de l'Organisation et le financement partiel prélevé sur le compte d'appui aux opérations de maintien de la paix, jusqu'au provisionnement intégral des charges à payer. Établi à 102,7 millions de dollars pour l'exercice 2006-2007, le montant de ce crédit devrait atteindre 666 millions de dollars en 2030-2031;

b) Inscription à tous les budgets d'une provision proportionnelle aux traitements nets de base égale au coût des services rendus pendant l'exercice. Le montant initial, qui concernerait l'exercice 2006-2007, est estimé à 177 millions de dollars (soit quelque 7 % des traitements de base nets); il devrait augmenter pour atteindre 538 millions de dollars en 2030-2031. Une fois le provisionnement intégral assuré, le taux appliqué à la masse salariale serait révisé afin de tenir compte de l'augmentation annuelle des charges à payer découlant des services rendus par les fonctionnaires ne remplissant pas encore les conditions requises pour s'affilier à un régime ou bénéficier de la totalité de leurs droits, ainsi que des gains ou pertes actuariels réalisés sur les placements ou résultant d'écarts entre les faits observés et les hypothèses actuarielles.

Option 5

30. La cinquième stratégie reprend des éléments des quatre options précédentes, auxquels s'ajoute le recours aux réserves existantes et à d'autres sources de financement. Sa conception est identique à celle de la stratégie proposée par le Secrétaire général dans son rapport précédent : il s'agit de procéder à un apport de fonds initial pour constituer une réserve affectée exclusivement au financement de l'assurance maladie après la cessation de service, cette première mesure destinée à assurer à terme le provisionnement intégral des charges à payer devant s'accompagner de la mise en place d'un système de financement à long terme composé d'éléments prévisibles et d'autres éléments variables ayant un caractère aléatoire. L'apport initial n'ayant pas été prévu dans les budgets, on a étudié la possibilité de le financer en utilisant les fonds de réserve et d'autres sources de financement pour éviter d'avoir à demander une contribution spéciale aux États Membres. Le montant de 350 millions de dollars qu'il était initialement proposé de porter en réserve devait être constitué à hauteur de 250 millions de dollars des soldes inutilisés de crédits ouverts pour l'exercice 2004/05 et d'économies provenant de l'annulation d'engagements d'exercices antérieurs relatifs à des opérations de maintien de la paix, des fonds qui ne sont plus disponibles. Néanmoins, globalement, cette stratégie reste une solution viable.

31. Le montant actualisé de l'apport initial se chiffre à 503,5 millions de dollars, qui proviendraient des opérations suivantes :

a) Transfert de 410 millions de dollars prélevés sur les soldes inutilisés et les économies résultant de la diminution ou de l'annulation d'engagements d'exercices antérieurs figurant dans les comptes des opérations de maintien de la paix pour l'exercice 2005/06;

b) Transfert de 61,5 millions de dollars prélevés sur les réserves constituées au titre des assurances maladie et soins dentaires, ce qui laisserait un solde de 91,5 millions de dollars environ pour faire face aux demandes de remboursement futures ou en instance;

c) Transfert de 32 millions de dollars prélevés sur le Fonds d'indemnisation des Nations Unies, ce qui laisserait un solde de 46,9 millions de dollars environ pour faire face aux réclamations futures ou en instance.

32. Le montant qu'il est préconisé de prélever sur les comptes d'opérations de maintien de la paix représente environ la moitié du montant total des soldes inutilisés et des économies constatées à la fin de l'exercice 2005/06. Sans doute, les 410 millions de dollars en question n'ont pas de rapport direct avec les charges prévisibles qu'auront à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service les missions qui les fourniront, mais leur utilisation constitue un mécanisme de financement commode qui évite d'avoir à demander une contribution spéciale aux États Membres. Cette recommandation repose sur le constat suivant : a) les fonds ont été apportés par l'ensemble des États Membres, entre lesquels ils ont été répartis conformément au barème des quotes-parts de financement des missions de maintien de la paix; b) aucune dépense d'assurance maladie après la cessation de service n'a encore pu être imputée sur les budgets des opérations de maintien de la paix alors que le personnel de ces missions est admis au bénéfice de l'assurance; c) le maintien de la paix est à l'origine d'une part importante des charges passées et présentes d'assurance maladie après la cessation de service. L'analyse des données dont on dispose sur les effectifs des missions de maintien de la paix rémunérés par le Siège qui ont pris leur retraite au cours des 10 dernières années (hors retraités rémunérés localement par les missions) montre que dans 14 % des cas environ, la rémunération versée aux intéressés avant leur départ à la retraite était imputée sur un budget de maintien de la paix. Bien qu'il soit impossible à l'heure actuelle de donner un chiffre précis, le pourcentage est encore bien plus important si l'on tient compte des fonctionnaires qui au moment de leur départ à la retraite avaient retrouvé leur poste initial après avoir été affectés temporairement à des missions. Il devrait encore s'accroître du fait de la modification apportée récemment au statut de certains membres du personnel dont l'engagement n'est plus régi par la série 300 du Règlement du personnel mais par la série 100, et de l'augmentation continue des effectifs des missions provenant du Siège ou recrutés localement. Il ne paraît pas irréaliste de chiffrer à plus de 30 % le pourcentage de fonctionnaires de l'Organisation qui prennent leur retraite après avoir passé la totalité ou une partie de leur vie active auprès d'une mission de maintien de la paix. Il serait donc justifié d'opérer un prélèvement important sur les fonds des missions. Le transfert proposé réduirait de moitié environ le montant des crédits à reporter sur l'exercice budgétaire 2007/08.

33. Les réserves constituées au titre des assurances maladie et soins dentaires pour couvrir des demandes de remboursement éventuelles ont pour objet de couvrir les risques liés à une évolution défavorable des demandes de remboursement, en cas de catastrophe notamment, et ceux liés aux fluctuations monétaires auxquels sont

soumis les régimes d'assurance administrés en dehors des États-Unis. Quand au Fonds d'indemnisation des Nations Unies, il s'agit d'une réserve destinée à financer les indemnités prévues à l'appendice D du Statut du personnel auxquels peuvent prétendre les fonctionnaires rémunérés au moyen de fonds extrabudgétaires. Les transferts de 61,5 millions de dollars et de 32 millions de dollars qu'il est proposé d'effectuer à partir de ces deux catégories de réserve, respectivement, n'auraient pas d'incidence défavorable.

34. Le prélèvement de 25 millions de dollars sur l'excédent reporté du Fonds général de l'Organisation initialement envisagé au titre de l'apport de fonds initial n'est plus à l'ordre du jour, le montant total de l'excédent, soit 68,3 millions de dollars, étant nécessaire pour couvrir les déficits de trésorerie découlant des retards observés dans le paiement des contributions.

35. Outre l'opération de financement ponctuelle proposée ci-dessus, il faudrait également mettre en place un système de financement à long terme qui permette d'augmenter progressivement les provisions – dont le montant resterait cependant entaché d'incertitude – en associant des éléments prévisibles et des éléments variables, comme indiqué ci-après :

a) Maintien des modalités actuelles de financement des charges d'assurance maladie intéressant les retraités actuels considérés comme un groupe fermé, c'est-à-dire au moyen de crédits ouverts au chapitre 32 (Dépenses spéciales) du budget ordinaire, dont le montant s'élève à 102,7 millions de dollars pour l'exercice biennal 2006-2007 et d'un financement partiel prélevé sur le compte d'appui aux opérations de maintien de la paix, dont le montant prévu au budget s'élève à 6 millions de dollars pour l'exercice 2007/08, le montant global des ressources nécessaires croissant progressivement pour se situer aux alentours de 150 millions de dollars par exercice biennal dans une dizaine d'années, avant de refluer du fait de la baisse du nombre de participants concernés;

b) Inscription à tous les budgets d'une provision égale à 8 % de la masse salariale, soit un montant initial de l'ordre de 206 millions de dollars pour l'exercice 2006-2007 (104,5 millions au titre du budget ordinaire, 60 millions au titre des budgets de maintien de la paix et 41,5 millions au titre des fonds extrabudgétaires);

c) Utilisation, le cas échéant, du solde inutilisé du montant final des crédits ouverts au budget ordinaire et aux budgets de maintien de la paix;

d) Utilisation des recettes accessoires excédentaires en cas d'écart positif entre les recettes effectives et les recettes prévues;

e) Utilisation des économies constatées lors de la liquidation d'engagements d'exercices antérieurs.

36. Les quatre premières solutions présentées aux paragraphes 26 à 29 ci-dessus aboutissent à provisionner le montant total des charges à payer soit en une fois, immédiatement, soit progressivement, sur une période de 24 à 30 ans. Le niveau de provisionnement assuré par la cinquième solution, décrite aux paragraphes 30 à 35, ne peut être chiffré dans la mesure où il est impossible de prévoir précisément le montant des fonds qui proviendraient des sources de financement visées aux alinéas b) à e) du paragraphe 35. Cette stratégie offre néanmoins la possibilité de commencer à provisionner les charges à payer, étant entendu qu'il faudrait procéder périodiquement à une évaluation actuarielle des résultats obtenus et ajuster le taux

appliqué à la masse salariale ou proposer aux États Membres la mise en recouvrement de contributions spéciales si l'une ou l'autre de ces mesures se révélait nécessaires pour relever systématiquement le niveau de provisionnement.

37. Conformément à la stratégie de financement à long terme proposée par le Secrétaire général dans son rapport précédent, il est recommandé dans la cinquième solution d'utiliser les économies réalisées au titre du budget ordinaire et des budgets de maintien de la paix. Il ne s'agit pas des économies durables résultant d'une amélioration de l'efficacité qui doivent être virées au Compte pour le développement avec l'accord préalable de l'Assemblée générale, mais d'économies imprévues qui, autrement, seraient restituées aux États Membres. La décision d'ajuster le pourcentage de la masse salariale utilisé pour calculer les provisions serait prise sans tenir compte des économies éventuelles, qui sont aléatoires. Il est néanmoins proposé d'utiliser comme complément les économies effectivement réalisées. Leur incorporation dans la stratégie comme moyen de financement des charges d'assurance maladie après la cessation de service ne risque pas d'entraîner une surestimation des crédits budgétaires requis étant donné qu'elles ne peuvent être systématiquement employées à cette fin. En effet, l'application de l'article pertinent du Règlement financier devra préalablement avoir été suspendue. Les montants correspondant aux cinq stratégies de financement décrites plus haut sont récapitulés dans le tableau ci-après (en millions de dollars des États-Unis) :

	<i>Option 1</i>		<i>Option 2</i>		<i>Option 3</i>		<i>Option 4</i>		<i>Option 5</i>	
	2006-2007	À partir de 2008	2006-2007	À partir de 2008						
Contribution ponctuelle	2 072,8									
Contributions régulières	177,0	177,0 ^a	550,0	550,0 ^b			102,7	102,7-	102,7	102,7-
Provisions proportionnelles aux traitements					355,6	355,6 ^c	177,0	177,0-	206,0	206,0 ^e
Apport de fonds ponctuel									503,5	
Soldes inutilisés, économies et recettes accessoires excédentaires										Le cas échéant
Total	2 249,8	177,0	550,0	550,0	355,6	355,6	297,7	279,7- 1 204,0	812,2	308,7- 356,0

^a Financement régulier.

^b Les charges à payer seraient intégralement provisionnées au bout de 12 à 13 exercices biennaux; ce niveau de provisionnement serait ensuite maintenu par la mise en recouvrement régulière de contributions additionnelles.

^c 13,8 % des traitements. Les provisions, qui augmenteraient en même temps que les traitements, devraient être suffisantes pour couvrir intégralement les charges au bout de 12 à 13 exercices biennaux; par la suite, le pourcentage serait ajusté de manière à maintenir un niveau de provisionnement de 100 %.

^d Montant estimatif des charges à payer aux retraités actuels considérés comme un groupe fermé. Il devrait passer de 102,7 millions de dollars à 150 millions de dollars et rester à ce niveau pendant cinq exercices biennaux avant d'amorcer sa décade.

^e 8 % des traitements, l'augmentation de ces derniers entraînant une augmentation des provisions.

38. Les options 1 à 3 (voir par. 26 à 28 ci-dessus) permettraient de provisionner l'intégralité des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans un délai déterminé, mais le montant des contributions à mettre en recouvrement et des provisions à constituer sur la base des traitements serait considérable. Il serait donc difficile de les mettre en œuvre. Dans l'option 4 (voir par. 29 ci-dessus), le provisionnement intégral est obtenu en appliquant une stratégie de financement à long terme qui assure le financement régulier des charges relatives aux retraités actuels et futurs grâce à l'inscription d'un crédit au chapitre Dépenses spéciales du budget ordinaire, à un financement partiel prélevé sur le compte d'appui aux opérations de maintien de la paix et à l'inscription à tous les budgets d'une provision représentant un pourcentage des traitements suffisant pour atteindre l'objectif. C'est un moyen simple et systématique de provisionner progressivement les engagements de manière à atteindre un taux de couverture de 100 % en 25 à 30 ans, mais le départ à la retraite d'un effectif toujours plus nombreux de participants quittant des postes financés sur des fonds extrabudgétaires et cessant de contribuer se traduirait par une augmentation rapide du crédit inscrit au chapitre Dépenses spéciales et au compte d'appui aux opérations de maintien de la paix qui grèverait indûment le budget ordinaire.

39. L'option 5 (voir par. 30 ci-dessus) est une stratégie à deux volets dont l'objectif est d'amorcer puis d'accroître progressivement le financement à long terme des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Il est proposé de faire un apport initial de 503,5 millions de dollars selon les modalités indiquées au paragraphe 31 ci-dessus et d'adopter une stratégie de financement à long terme qui associe le financement régulier des charges relatives aux retraités actuels, considérés comme un groupe fermé, par inscription d'un crédit à cet effet au chapitre Dépenses spéciales du budget ordinaire, et un financement partiel prélevé sur le compte d'appui aux opérations de maintien de la paix à l'inscription à tous les budgets d'une provision représentant un pourcentage variable des traitements, initialement fixé à 8 %, avec en complément l'utilisation des économies budgétaires éventuelles qui, autrement, seraient restituées aux États Membres. Dans cette formule, les retraités actuels sont considérés comme un groupe fermé bénéficiant de prestations dont le financement resterait assuré à l'aide d'un crédit ouvert au chapitre Dépenses spéciales du budget ordinaire et d'un financement partiel prélevé sur le compte d'appui aux opérations de maintien de la paix, faute d'un mécanisme qui permette de déterminer les sources de financement du coût des services rendus par les intéressés tout au long de leur vie active. Cette stratégie repose implicitement sur l'idée que le financement des charges annuelles relatives aux nouveaux retraités serait assuré au moyen de la provision fondée sur les traitements. Étant donné que les dépenses d'appui aux programmes actuellement incorporées au coût des activités extrabudgétaires ne comprennent pas de provision pour le financement des charges d'assurance maladie après la cessation de service, il est recommandé de calculer les provisions expressément destinées à financer ces charges en utilisant le même pourcentage de la masse salariale pour toutes les sources de financement, notamment les fonds extrabudgétaires. Dans la mesure où le pourcentage des traitements utilisés dans cette option est inférieur à celui qu'il faudrait appliquer pour provisionner intégralement les charges à payer, à moyen ou à long terme, il faudrait trouver une source de financement complémentaire. On procéderait régulièrement à des évaluations actuarielles afin de mesurer l'incidence sur le niveau de provisionnement des économies qui auront éventuellement été utilisées et de déterminer s'il y a lieu de modifier le pourcentage appliqué ou de

demander aux États Membres le versement d'une contribution spéciale pour augmenter progressivement et de manière systématique le niveau de provisionnement afin d'atteindre l'objectif de 100 %.

40. Comme on l'a déjà signalé, l'option 5 est une version actualisée de la stratégie proposée par le Secrétaire général dans son rapport précédent. Le Secrétaire général continue de recommander l'adoption de cette proposition : il s'agit d'une stratégie de financement à long terme spéciale, associant des contributions prévisibles à des contributions aléatoires, qui permettrait de mettre régulièrement en réserve les sommes nécessaires au paiement des prestations dues aux bénéficiaires actuels et de constituer progressivement des provisions destinées à financer le moment venu les prestations à verser aux futurs bénéficiaires. Toutefois, comme le montant des économies qui pourraient être utilisées est incertain, il est impossible de dire avec précision combien de temps il faudrait pour atteindre l'objectif du provisionnement intégral.

41. Quelle que soit l'option choisie, l'actuaire procéderait périodiquement à une évaluation actuarielle afin de déterminer si les provisions sont suffisantes ou bien s'il y a lieu de mettre en recouvrement des contributions spéciales ou d'augmenter le pourcentage de la masse salariale pour atteindre l'objectif de 100 % ou s'y maintenir. Chaque option suppose également de créer un fonds de réserve distinct affecté au financement des charges d'assurance maladie après la cessation de service. Dans un premier temps, les sommes virées à cette réserve seraient gérées par la Trésorerie qui les placerait à court ou moyen terme conformément aux principes et politiques de placement communs aux organismes des Nations Unies. On mettrait ensuite au point une stratégie de placement détaillée conçue pour faire face aux besoins de trésorerie à long terme découlant de l'objet du fonds de réserve. Cette stratégie de placement serait présentée à l'Assemblée générale par l'intermédiaire du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires, sous réserve bien entendu que la création du fonds de réserve et de l'un des mécanismes de financement proposés soit approuvée. Des pourparlers ont été engagés avec le Service de la gestion des placements de la Caisse commune des pensions pour étudier la possibilité de lui confier la gestion du fonds.

VI. Révision des dispositions relatives à l'assurance maladie après la cessation de service

42. Dans son rapport précédent, le Secrétaire général proposait d'apporter un certain nombre de modifications aux dispositions relatives à l'assurance maladie après la cessation de service afin de réduire le coût des prestations futures. Le Comité consultatif ayant recommandé d'approuver ces propositions, elles sont de nouveau présentées pour examen à l'Assemblée générale, avec une seule modification. Dans la ligne de l'harmonisation en cours des conditions d'emploi, il est proposé de fixer à 10 le nombre d'années d'affiliation à un régime d'assurance maladie de l'ONU que les nouveaux fonctionnaires devront compter pour pouvoir adhérer à un régime d'assurance maladie après la cessation de service et bénéficier d'une subvention à ce titre. Le nombre minimum d'années de service se trouverait ainsi porté de 5 à 10 ans et la possibilité de racheter des droits au bout de 5 ans serait supprimée pour tous les fonctionnaires engagés après l'adoption de la modification. Le nombre minimum d'années d'affiliation exigé pour bénéficier de la

subvention serait maintenu à 10 au lieu d'être porté à 15 comme on l'avait précédemment envisagé. Toutes les autres modifications sont identiques à celles recommandées dans le rapport précédent du Secrétaire général. Les décisions à prendre à ce sujet sont indiquées dans la section XI ci-après.

VII. Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie (TPIY)

43. Dans le rapport sur l'évaluation actuarielle arrêtée au 31 décembre 2005 relative au Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, le montant net des charges à payer est estimé à 17,5 millions de dollars (contre 9,4 millions de dollars au 31 décembre 2003). Aucune provision n'a été constituée dans l'attente de l'établissement d'un mécanisme de financement qui devra être approuvé par l'Assemblée générale. Le Tribunal ayant été créé en tant qu'organe temporaire, il doit immédiatement commencer à financer les charges à payer et à comptabiliser le coût des prestations constituées. Il doit provisionner chaque année le coût des services rendus durant l'exercice et le coût financier, et amortir sur le reste de sa période d'activité le montant net de 17,5 millions de dollars correspondant aux charges à payer. La section X ci-après comporte des propositions révisées invitant l'Assemblée générale à approuver l'inscription au budget d'un montant équivalent à 8 % de la masse salariale annuelle et l'utilisation des économies réalisées lors de la liquidation d'engagements d'exercices antérieurs ainsi que de l'excédent éventuel des recettes accessoires. Une provision égale à 8 % de la masse salariale s'élèverait à 4,1 millions de dollars environ, un montant identique au montant estimatif pour 2007 du coût des services rendus et du coût financier. Si l'obligation ne peut être intégralement provisionnée, il faudra le mentionner dans le rapport sur l'exécution du budget de l'exercice biennal et en tenir compte dans les propositions relatives au budget des exercices biennaux suivants. Au moment de planifier la fermeture du Tribunal, il faudra prendre en considération les charges à payer au titre du personnel et veiller à provisionner les montants restant dus avant de clore définitivement les comptes.

VIII. Tribunal pénal international pour le Rwanda (TPIR)

44. Dans le rapport sur l'évaluation actuarielle arrêtée au 31 décembre 2005 relative au Tribunal pénal international pour le Rwanda, le montant net des charges à payer est estimé à 24,7 millions de dollars (contre 13,1 millions de dollars au 31 décembre 2003). Aucune provision n'a été constituée dans l'attente de l'établissement d'un mécanisme de financement qui devra être approuvé par l'Assemblée générale. Le Tribunal ayant été créé en tant qu'organe temporaire, il faut commencer d'urgence à financer les charges à payer et à comptabiliser le coût des prestations constituées. Il faut provisionner chaque année le coût des services rendus durant l'année et le coût financier, et amortir sur le reste de la période d'activité du Tribunal le montant net de 24,7 millions de dollars correspondant aux charges à payer. La section X ci-après comporte des propositions révisées invitant l'Assemblée générale à approuver l'inscription au budget d'un montant équivalent à 8 % de la masse salariale annuelle et l'utilisation des économies réalisées lors de la liquidation d'engagements d'exercices antérieurs ainsi que de l'excédent éventuel

des recettes accessoires. Une provision égale à 8 % de la masse salariale s'élèverait à 3,3 millions de dollars environ, alors que le montant estimatif pour 2007 du coût des services rendus et du coût financier est de l'ordre de 4,7 millions de dollars. Si l'obligation ne peut être intégralement provisionnée, il faudra le mentionner dans le rapport sur l'exécution du budget de l'exercice biennal et en tenir compte dans les propositions relatives au budget des exercices biennaux suivants. Au moment de planifier la fermeture du Tribunal, il faudra prendre en considération les charges à payer au titre du personnel et veiller à provisionner les montants restant dus avant de clore définitivement les comptes.

IX. Commission d'indemnisation des Nations Unies

45. Dans le rapport sur l'évaluation actuarielle arrêtée au 31 décembre 2005 relative à la Commission d'indemnisation des Nations Unies, le montant net des charges à payer est estimé à 2,9 millions de dollars (contre 500 000 dollars au 31 décembre 2003). Aucune provision n'a été constituée dans l'attente de l'établissement d'un mécanisme de financement qui devra être approuvé par l'Assemblée générale. La Commission a déterminé que 10 fonctionnaires actuellement en activité prendraient leur retraite avant l'achèvement de ses travaux. Les charges à payer représentent donc le coût des prestations se rapportant à ces fonctionnaires et aux cinq retraités actuels. Au moment de planifier la fin des activités de la Commission, il faudra prendre en considération les charges à payer non financées au titre de ces retraités et veiller à provisionner les montants restant dus avant de clore définitivement les comptes.

X. Conclusions

46. Après avoir examiné le rapport du Secrétaire général sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et le mode de financement proposé (A/60/450), ainsi que le rapport correspondant du Comité consultatif pour les questions administratives et budgétaires (A/60/7/Add.11), l'Assemblée générale, dans la section III de sa résolution 60/255, a pris acte des charges en question et prié le Secrétaire général de faire le nécessaire pour que ces éléments de passif apparaissent dans les états financiers de l'Organisation. Cette demande répond en outre à la décision récente d'adopter à l'ONU les Normes comptables internationales du secteur public. Outre qu'il faut désormais inclure ces charges dans l'état de l'actif et du passif, il faut simultanément mettre en œuvre de façon systématique une stratégie de financement afin que l'Organisation dispose de ressources suffisantes pour faire face à tous les engagements futurs à mesure qu'ils se concrétiseront. Les projections laissant prévoir une augmentation rapide des versements annuels, il serait prudent de commencer à mettre régulièrement des fonds de côté afin de constituer une réserve permettant de les couvrir, ce qui évitera de faire peser une charge trop lourde sur les années futures.

47. Le présent rapport fournit les compléments d'information et les renseignements à jour sur l'état des charges à payer que l'Assemblée générale a demandés dans la section III de sa résolution 60/255 et décrit cinq stratégies de financement par capitalisation des charges découlant de l'obligation d'offrir des prestations d'assurance maladie après la cessation de service. L'Assemblée générale

est invitée à approuver la cinquième des options proposées. Dans cette option, aucune modification n'est apportée à la démarche présentée dans le rapport précédent du Secrétaire général, mais il est tenu compte du rapprochement de la date de règlement et de l'évolution des sources de financement disponibles. Ainsi, le montant de 4 % de la masse salariale précédemment proposé pour calculer la provision à inscrire à tous les budgets a été porté à 8 %. Si l'Assemblée générale approuve la proposition tendant à couvrir les obligations de l'ONU au moyen d'une provision égale à 8 % de la masse salariale et d'excédents, les États Membres devront verser des quotes-parts et des contributions volontaires plus élevées.

48. Le montant des charges à payer indiqué dans le présent rapport résulte de leur réévaluation actuarielle au 31 décembre 2005. Comme il est indiqué dans le précédent rapport et rappelé dans celui-ci, les résultats des études actuarielles devront être actualisés régulièrement afin d'ajuster les montants à financer chaque année compte tenu du niveau de provisionnement atteint et des changements intervenus en ce qui concerne les assurés, les droits à prestation, les tendances économiques générales et les taux de variation des frais médicaux. Les méthodes actuarielles et le pourcentage de la masse salariale servant à calculer les provisions devront également être fréquemment révisés.

49. Le Secrétaire général attache une grande importance au programme d'assurance maladie après la cessation de service, car il représente une couverture sociale essentielle pour les retraités, dont beaucoup ne peuvent prétendre aux régimes de sécurité sociale des États Membres du fait qu'ils travaillaient pour l'ONU. Compte tenu du montant des charges à payer à ce titre, le provisionnement intégral des engagements accumulés par l'ONU ne sera possible ni à court terme ni à moyen terme. Pour assurer la viabilité financière du programme, il faut donc mettre en œuvre une stratégie de financement à long terme visant à atteindre progressivement un niveau de provisionnement de 100 %.

XI. Décisions attendues de l'Assemblée générale

50. Les décisions que devra prendre l'Assemblée générale pour provisionner les obligations correspondant aux prestations actuellement constituées au titre des régimes d'assurance maladie après la cessation de service contractées par l'Organisation des Nations Unies, le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, le Tribunal pénal international pour le Rwanda et la Commission d'indemnisation des Nations Unies, et pour couvrir également l'augmentation annuelle des charges à payer au titre du personnel en activité de ces entités et de toute autre dont l'ONU pourrait avoir à tenir les comptes sont les suivantes :

a) Approuver l'établissement d'un fonds de réserve distinct spécialement affecté au financement des obligations actuelles et futures au titre de l'assurance maladie après la cessation de service;

b) Approuver le financement par capitalisation, à compter du 1^{er} janvier 2007, des obligations actuelles et futures de l'Organisation des Nations Unies au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, et le virement des provisions constituées au fonds de réserve des prestations d'assurance maladie après la cessation de service, selon les modalités suivantes :

- i) Apport initial de 503,5 millions de dollars :
 - a. Transfert de 410 millions de dollars prélevés sur les soldes inutilisés et les économies résultant de la diminution ou de l'annulation d'engagements d'exercices antérieurs figurant dans les comptes des opérations de maintien de la paix pour l'exercice 2005/06;
 - b. Transfert de 61,5 millions de dollars prélevés sur les réserves constituées au titre des assurances maladie et soins dentaires;
 - c. Transfert de 32 millions de dollars prélevés sur le Fonds d'indemnisation, en vue de financer une partie des charges à payer;

ii) Financement régulier :

- a. Maintien des modalités de financement des charges à payer au titre des assurés actuels, à savoir ouverture de crédits biennaux et financement partiel prélevé sur le compte d'appui aux opérations de maintien de la paix pour couvrir la subvention versée à leur régime d'assurance maladie après la cessation de service;
- b. Inscription d'une provision égale à 8 % de la masse salariale aux budgets sur lesquels les traitements sont imputés;
- c. Utilisation du solde inutilisé des crédits ouverts au budget ordinaire de l'Organisation et aux budgets de maintien de la paix;
- d. Utilisation de l'excédent des recettes accessoires en cas d'écart positif entre les recettes effectives et les recettes prévues;
- e. Utilisation des économies constatées lors de la liquidation d'engagements d'exercices antérieurs;

c) Approuver l'application aux fonctionnaires nouvellement engagés des modifications indiquées ci-après aux conditions d'adhésion à un régime d'assurance maladie après la cessation de service :

- i) Porter à 10 le nombre minimum d'années d'affiliation à un régime d'assurance maladie de l'ONU requis pour pouvoir bénéficier de la subvention de l'ONU après le départ en retraite, et supprimer l'option de rachat des droits à partir de cinq années d'affiliation;
- ii) Utiliser, au lieu de la pension effective, une pension théorique correspondant à 25 ans de service pour calculer la cotisation des retraités comptant un nombre d'années de service moindre;
- iii) Exiger une durée d'affiliation minimale de cinq ans au moment du départ à la retraite pour les ayants droit des fonctionnaires de l'ONU, ou de deux ans si le conjoint est couvert par un employeur autre que l'ONU ou par un État, sauf lorsque l'ayant droit acquiert cette qualité au cours de la période visée et adhère au régime dans les 30 jours suivant la date effective de la création de la relation qui fait de lui un ayant droit;

d) Approuver le financement par capitalisation, à compter du 1^{er} janvier 2007, des obligations actuelles et futures du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, selon les modalités suivantes :

- i) Inscription au budget d'une provision égale à 8 % de la masse salariale du Tribunal;
- ii) Utilisation de l'excédent éventuel des recettes accessoires du Tribunal;
- iii) Utilisation des économies constatées lors de la liquidation d'engagements d'exercices antérieurs;
- iv) Utilisation du solde inutilisé des crédits inscrits au budget biennal du Tribunal;

e) Approuver le financement par capitalisation, à compter du 1^{er} janvier 2007, des obligations actuelles et futures du Tribunal pénal international pour le Rwanda au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, selon les modalités suivantes :

- i) Inscription au budget d'une provision égale à 8 % de la masse salariale du Tribunal;
- ii) Utilisation de l'excédent éventuel des recettes accessoires du Tribunal;
- iii) Utilisation des économies constatées lors de la liquidation d'engagements d'exercices antérieurs;
- iv) Utilisation du solde inutilisé des crédits ouverts au budget biennal du Tribunal;

f) Approuver le financement par capitalisation des obligations de la Commission d'indemnisation des Nations Unies au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, dans le cadre de la clôture définitive des comptes de la Commission.

51. Si l'Assemblée générale approuve les mesures susmentionnées, des fonds distincts pour les prestations postérieures à la retraite seraient établis pour l'Organisation des Nations Unies, le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, le Tribunal pénal international pour le Rwanda et la Commission d'indemnisation des Nations Unies. Ces fonds serviraient à comptabiliser toutes les opérations afférentes aux diverses sources mentionnées plus haut et à constater les dépenses courantes au titre de l'assurance maladie après la cessation de service. Leurs soldes seraient intégralement affectés au paiement des prestations d'assurance maladie après la cessation de service, afin de constituer une réserve suffisante pour couvrir les décaissements à venir.

Annexe I

Descriptif des plans proposés dans le cadre du programme d'assurance maladie de l'ONU

1. Les plans Aetna Open Choice, Empire Blue Cross Blue Shield et CIGNA Dental proposés au Siège, s'ils ont vocation à garantir la prise en charge des soins reçus aux États-Unis, offrent au personnel et aux retraités de l'ONU une assurance pour les soins reçus dans d'autres pays, et reposent sur la notion de réseau de prestataires de soins privilégiés (PPO). Mis en place par différentes compagnies d'assurance, ces réseaux sont tels que les médecins, hôpitaux, centres médicaux et autres prestataires de soins qui en font partie s'engagent, en vertu du contrat qu'ils ont signé avec la compagnie qui administre le régime, à en soigner les participants. Ces prestataires de soins, dits « affiliés », acceptent le barème d'honoraires et les directives en matière de gestion des soins de santé fixés dans le cadre du régime. L'assuré paie un ticket modérateur forfaitaire pour chaque service médical reçu et, dans le cas de services dispensés par des prestataires non affiliés, doit s'acquitter d'une franchise annuelle avant que le régime ne commence à prendre en charge ses frais médicaux. Le principe d'un réseau de prestataires de soins privilégiés incite les participants aux régimes susmentionnés à faire appel aux médecins, hôpitaux et autres prestataires de soins affiliés, étant donné qu'une part plus importante des frais médicaux est alors prise en charge.

2. Aetna Open Choice PPO et Empire Blue Cross Blue Shield PPO sont deux régimes autofinancés dotés d'un réseau de prestataires de soins privilégiés qui offrent aux fonctionnaires actifs ou retraités une prise en charge illimitée partout dans le monde. Ils prévoient le remboursement des services hospitaliers de séjour et de consultation, des services fournis par des médecins spécialistes, des soins préventifs, des services de santé mentale et de prévention des toxicomanies et des médicaments. En vertu du régime Blue Cross, les services hospitaliers sont pris en charge à 100 % lorsqu'ils sont dispensés par un hôpital membre du réseau de prestataires de soins privilégiés, et à 80 % lorsqu'ils sont fournis par un hôpital non affilié. Le régime Aetna garantit la prise en charge à 100 % des services hospitaliers de séjour comme de consultation. Quel que soit le régime choisi par l'assuré, celui-ci paie 10 dollars pour chaque visite chez un médecin affilié (sa contribution s'élève à 35 dollars pour un petit nombre de services). S'il est soigné par un médecin non affilié au régime auquel il a souscrit, seuls 80 % des honoraires raisonnables et habituels sont remboursés au praticien. Le fonctionnaire, auquel cette franchise est appliquée, doit payer le solde. Les médicaments délivrés sur ordonnance par une pharmacie affiliée sont pris en charge, l'assuré ayant à payer 15 dollars au plus par ordonnance. Si la pharmacie n'est pas affiliée, les taux de prise en charge par les régimes Aetna et Blue Cross sont de 60 % et 80 %, selon que la pharmacie est située aux États-Unis ou dans un autre pays. Le montant total du ticket modérateur est plafonné pour l'année civile à 1 150 dollars par assuré et 2 950 dollars par famille, en vertu du régime Blue Cross, et à 1 125 dollars par assuré et 3 375 dollars par famille, en vertu du régime Aetna. Une fois le plafond atteint, l'essentiel des frais médicaux est pris en charge à 100 % par le régime choisi.

3. Le HIP Health Plan of New York s'appuie sur un réseau de soins coordonné et offre une couverture maladie aux fonctionnaires ou retraités de l'ONU résidant à New York. Il repose sur le concept de prépaiement intégral des soins hospitaliers et

médicaux. Ainsi, l'assuré ne paie aucun ticket modérateur pour les services pris en charge lorsqu'ils sont fournis par l'un des nombreux groupes médicaux affiliés de l'agglomération new-yorkaise. Le régime HIP prend également en charge les soins d'urgence reçus en dehors de cette agglomération, y compris à l'étranger. En outre, il prévoit le remboursement des services hospitaliers de séjour et de consultation, des services fournis par des médecins spécialistes, des soins préventifs, des services de santé mentale et de prévention des toxicomanies, et des médicaments. L'assuré contribue au règlement de ces derniers à hauteur de 5 dollars par ordonnance.

4. Le plan CIGNA Dental est un régime autofinancé doté d'un réseau de prestataires de soins privilégiés; il offre une assurance aux fonctionnaires et anciens fonctionnaires dans le monde entier. Ce régime d'assurance dentaire garantit le remboursement des services de diagnostic ainsi que des soins préventifs et réparateurs, à concurrence d'un montant total de 2 250 dollars par assuré et par année de participation. La prise en charge des services d'orthodontie fait l'objet d'un plafonnement distinct, fixé à 2 250 dollars, montant forfaitaire utilisable sa vie durant par l'assuré.

5. Vanbreda Insurance (Vanbreda) est un régime autofinancé d'assurance tous risques médicaux destiné aux fonctionnaires et anciens fonctionnaires travaillant ou résidant à l'extérieur des États-Unis. Vanbreda a négocié des réductions de tarifs auprès de nombreux hôpitaux et centres médicaux dans le monde, y compris aux États-Unis. Son régime prévoit la prise en charge des services hospitaliers de séjour et de consultation, des services fournis par des spécialistes et des médicaments, mais aussi le remboursement des frais raisonnables et habituels engagés au titre de traitements médicaux ou d'hospitalisations imposés par la maladie, l'accident ou la maternité, à concurrence d'un montant de 250 000 dollars par assuré et par année civile. Les frais liés à des soins dentaires, auditifs ou optiques sont également pris en charge. En ce qui concerne les services hospitaliers de séjour, ils sont entièrement remboursés, à hauteur du montant considéré comme raisonnable et habituel. Ce même montant est pris en charge à 80 % pour ce qui est des services hospitaliers de consultation, des services fournis par des spécialistes et des médicaments, le montant maximum du ticket modérateur pour l'année civile étant de 200 dollars par assuré et 600 dollars par famille. Lorsqu'un de ces plafonds est atteint, le régime rembourse 80 % du solde de 20 % pendant le reste de l'année, ce qui revient en fait à rembourser 96 % des frais raisonnables et habituels. Les fonctionnaires et les retraités ayant souscrit une assurance Vanbreda peuvent librement choisir leurs praticiens, sans aucune conséquence sur le montant qui leur est remboursé au titre des frais médicaux pris en charge. Cependant, les frais d'hospitalisation ne sont actuellement pris en charge qu'à concurrence de 600 dollars par jour, ce qui en limite le remboursement lorsque les soins sont administrés dans des lieux, comme New York, où leur coût est élevé.

6. L'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies est un régime autonome offert à Genève aux fonctionnaires et retraités (et aux personnes à leur charge) relevant du Secrétariat (l'Office des Nations Unies à Genève, la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'homme, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, la Commission économique pour l'Europe, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires, le Bureau des services de contrôle interne et le Programme des Nations Unies pour l'environnement) ou des programmes, institutions spécialisées, organes subsidiaires

et autres entités du système des Nations Unies (le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds des Nations Unies pour la population, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation météorologique mondiale, l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel, le Centre CNUCED/OMC du commerce international, la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche, la Commission d'indemnisation des Nations Unies, l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social, l'Institut des Nations Unies pour la recherche sur le désarmement et le Corps commun d'inspection) présents à Genève, ainsi qu'aux personnes à leur charge. Ce régime s'applique également aux fonctionnaires et retraités des entités dont le siège est à Bonn (Allemagne) (Programme des Volontaires des Nations Unies, secrétariat de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et secrétariat de la Convention des Nations Unies sur la lutte contre la désertification) ou à Turin (l'École des cadres du système des Nations Unies), et aux personnes à leur charge. Les soins sont pris en charge dans le monde entier et les assurés peuvent librement choisir leurs praticiens. Quelque 65 % des assurés résidant dans la région genevoise, l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies y a mis en place, en collaboration avec les régimes d'assurance d'autres organisations internationales implantées à Genève (le Conseil européen pour la recherche nucléaire, l'Organisation internationale du Travail, l'Union internationale des télécommunications et l'Organisation mondiale de la santé), un réseau de prestataires de soins auprès desquels des tarifs préférentiels ont été négociés. Plusieurs mesures ont été adoptées par l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies pour limiter le passif éventuel. Ainsi, les soins médicaux dont bénéficie un assuré en dehors du lieu où il travaille ou réside ne lui sont remboursés qu'à concurrence du montant dont il s'acquitterait normalement à Genève. D'autres mesures visent à tenir compte de certaines particularités locales. Par exemple, lors d'une hospitalisation aux États-Unis, l'Assurance mutuelle a recours à un intermédiaire ou à un réseau mis sur pied par celui-ci pour négocier les tarifs.

L'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies prend en charge les services hospitaliers de séjour et de consultation, les services fournis par des médecins spécialistes, les soins préventifs, les services de santé mentale et de prévention des toxicomanies, les médicaments, les soins dentaires et les lunettes. Les hospitalisations sont prises en charge à 75 %, 90 % ou 100 %, selon le type de chambre ou d'établissement choisi. Les honoraires liés aux opérations chirurgicales sont remboursés à 90 %. Les autres services médicaux sont généralement pris en charge à 80 %. Certains soins ou services tels que les soins dentaires, les soins optiques, les séances de kinésithérapie et celles de psychothérapie font l'objet d'un forfait annuel ou ne sont pris en charge qu'à concurrence d'un nombre limité de visites ou d'un montant déterminé. Dans certains cas (frais d'hospitalisation, honoraires médicaux, frais de convalescence postopératoire), des prestations complémentaires peuvent être versées lorsque la contribution acquittée atteint 2 800 francs suisses par assuré et par année civile.

7. Un plan d'assurance médicale autonome et autofinancé est proposé aux agents locaux et aux anciens agents dans les lieux d'affectation hors Siège. Il garantit la prise en charge des services hospitaliers, des services fournis par des spécialistes (consultations médicales, soins dispensés par des sages-femmes, analyses en laboratoire et radiographies) et des médicaments (produits nécessaires au traitement

d'une maladie délivrés sur ordonnance et vaccins infantiles). Les soins hospitaliers sont remboursés à 100 %, sur la base du coût d'une chambre à plusieurs lits, tandis que les services fournis par des spécialistes et les médicaments sont remboursés à 80 %, sur la base des frais considérés comme raisonnables et habituels dans le lieu d'affectation de l'agent. Les soins reçus en dehors de ce lieu ne sont pris en charge qu'à concurrence de ces frais.

8. La caisse autrichienne d'assurance maladie s'appuie plus ou moins sur un réseau de soins coordonné tel qu'il en existe aux États-Unis : elle prend en charge les soins dispensés en Autriche par un praticien ou un établissement affilié. Si des frais médicaux sont engagés à l'étranger, ou en Autriche au titre de soins fournis par un médecin ou un établissement n'ayant pas signé de contrat avec la caisse, leur remboursement se limite au montant que le système aurait versé à un médecin ou à un établissement autrichien affilié. Les soins médicaux sont dispensés quasi gratuitement, l'assuré n'acquittant qu'une contribution minime. Les hospitalisations en chambre standard dans un hôpital public ou affilié sont prises en charge par la caisse. Le régime d'assurance médicale commun à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel proposé par Vanbreda offre une couverture complémentaire de celle de la caisse autrichienne d'assurance maladie ou, si un fonctionnaire ou un agent n'est pas assuré par celle-ci, une couverture internationale complète en vertu de laquelle les hospitalisations sont prises en charge à 70 %, 90 % ou 100 %, selon le type de chambre ou d'établissement choisi. Les autres prestations médicales et dentaires et les médicaments délivrés sur ordonnance sont généralement pris en charge à 80 %, sur la base des frais raisonnables et habituels, le remboursement de services ou produits tels que les soins dentaires, les lentilles de contact et les prothèses auditives étant plafonné dans certains cas. En cas de maladie grave, le régime prend en charge complètement les frais médicaux engagés par l'assuré pour son traitement dès lors que l'intéressé a dépensé l'équivalent de 5 % de sa rémunération annuelle au cours d'une période de 12 mois.

Annexe II

Adresses de pages Web donnant des informations sur les plans d'assurance maladie des organismes des Nations Unies

<i>Plan d'assurance</i>	<i>Adresse Web</i>
a) Programme du Siège	http://www.un.org/insurance (rubrique Forms and Circulars)
i) Aetna Open Choice Preferred Provider Organization	
ii) Empire Blue Cross Blue Shield Preferred Provider Organization	
iii) Health Insurance Plan of New York	
iv) CIGNA Dental Preferred Provider Organization	
b) Vanbreda International	http://www.un.org/insurance (rubrique Forms and Circulars)
c) Plan d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés sur le plan local dans certains lieux d'affectation hors Siège	http://www.un.org/insurance (rubrique Forms and Circulars)
d) Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies	http://157.150.64.200/assmut/Statuts.pdf
e) Plan d'assurance médicale Vanbreda commun à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel	https://www.unodc.org/hrsa/finance/personal_insurances.html
f) Caisse autrichienne d'assurance maladie	https://www.unodc.org/hrsa/finance/personal_insurances.html

Annexe III

Principaux facteurs de variation de la valeur des charges à payer par l'Organisation au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

Les principaux facteurs expliquant la variation entre 2003 et 2005 de la valeur des charges à payer par l'Organisation au titre de l'assurance maladie après la cessation de service sont exposés ci-après (les pourcentages indiqués s'additionnent et l'augmentation totale est d'environ 40 %).

1. *Le report des charges d'un exercice à l'autre* : les charges sont majorées du coût des services rendus et du coût financier, et diminuées du montant des prestations versées. Sur une période de deux ans, l'incidence du report peut atteindre 60 % pour les groupes comportant peu ou pas de retraités, alors qu'elle est relativement faible pour les groupes qui en comportent beaucoup. Dans le cas de l'ONU, le report s'est traduit par une augmentation d'environ 12,5 % des charges à payer.
2. *L'actualisation des données sur l'effectif* : l'augmentation ou la baisse du nombre des actifs et du nombre des retraités par rapport à l'évaluation précédente a une incidence sur le résultat de l'évaluation, tout comme les variations dans la répartition par régime d'assurance, par âge et par catégorie (actif ou retraité). En général, cette incidence est plus importante pour les groupes relativement petits que pour les grands groupes. Dans le cas de l'ONU, l'actualisation des données a entraîné une augmentation d'environ 5 % des charges à payer.
3. *L'actualisation du coût des prestations* : ces dernières années, le montant des demandes de remboursement présentées a été généralement supérieur à ce que laissaient prévoir la plupart des hypothèses retenues lors des évaluations actuarielles. Si le coût total des prestations pour le groupe de l'ONU dépasse l'estimation retenue dans l'évaluation précédente, la valeur des charges à payer augmente. Cette augmentation compte pour 4 % dans la réévaluation des charges.
4. *L'actualisation des hypothèses démographiques* : l'évaluation des charges d'assurance maladie après la cessation de service s'appuie sur les mêmes hypothèses démographiques que celles utilisées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, ce qui signifie que leur variation depuis la date de l'évaluation précédente a une incidence. Les modifications apportées ces dernières années par la Caisse aux hypothèses concernant la mortalité, les départs avant la retraite et les départs en retraite ont entraîné une augmentation d'environ 6 % des charges à payer.
5. *La révision du taux d'actualisation* : les hypothèses relatives au taux d'actualisation ont une incidence majeure sur les résultats des évaluations. Pour l'actualisation des charges d'assurance maladie après la cessation de service des entités de l'ONU intéressées, ce taux a été réduit par rapport à l'évaluation précédente de 6 %; il a été ramené à 5,5 %. Cette révision a généralement eu pour effet d'augmenter de 8 à 11 % les charges à payer, les organismes ayant un personnel plus jeune et peu ou pas de retraités étant plus affectés que ceux ayant un personnel plus âgé et un fort pourcentage de retraités. Dans le cas de l'ONU, son incidence a été d'environ 8 %.

Annexe IV

Glossaire

Amortissement (Amortization) – Étalement sur plusieurs exercices des dettes non provisionnées.

Charge à payer (Accrued liability) – Valeur actuarielle à une date donnée des prestations attribuées au titre des services rendus par un membre du personnel jusqu'à une date déterminée. Avant qu'un membre du personnel ait acquis le droit à la totalité des avantages prévus, l'obligation à une date donnée au titre des prestations accumulées (ou constituées) représente une fraction de l'obligation au titre des prestations prévisibles attribuées pour les services rendus à cette date. À partir du moment où l'intéressé a acquis le droit à la totalité de ces avantages, les deux obligations sont identiques.

Comptabilisation au décaissement (Pay-as-you-go basis) – Méthode utilisée dans un régime sans capitalisation : seules les charges payables pendant l'exercice sont inscrites au budget et dans les comptes de l'exercice. Dans un régime par capitalisation, des actifs sont mis en réserve pour financer les charges à payer lors d'exercices futurs.

Coût des prestations au titre des services rendus pendant l'exercice (Current service costs) – Coût des prestations qui seront dues après le départ à la retraite au titre des services rendus pendant l'exercice.

Coût financier (Interest cost) – Coût correspondant aux intérêts entrant dans la valeur actualisée des obligations au titre des prestations accumulées (ou constituées), résultant du fait qu'on se rapproche de la date de règlement.

Évaluation actuarielle (Actuarial valuation) – Détermination en fin d'exercice de la valeur des charges à payer, compte tenu des hypothèses actuarielles et des taux d'actualisation retenus ainsi que des dispositions du régime.

Fonds des prestations postérieures à la retraite (Post-retirement benefit fund) – Compte spécialement constitué pour recevoir les actifs qui serviront à payer les prestations postérieures à la retraite le moment venu. En général, l'emploi de ces actifs est limité au paiement des prestations visées.

Méthode de la comptabilité de caisse (Cash basis) – Méthode consistant à passer les prestations en charge au moment de leur décaissement.

Méthode de la comptabilité en droits constatés (ou comptabilité d'exercice) (Accrual basis) – Méthode qui consiste à rattacher à l'exercice les produits acquis et les dépenses encourues ou les obligations contractées pendant l'exercice, en les comptabilisant sur la base du fait générateur et non de l'opération de caisse.

Méthode des unités de crédit projetées, ou méthode de répartition (des prestations) au prorata des services (Projected unit credit method, accrued benefit method) – Méthode d'évaluation actuarielle des obligations au titre des prestations définies et du coût des prestations au titre des services rendus pendant l'exercice et des services passés. Les unités de crédit sont évaluées individuellement puis regroupées pour déterminer l'obligation finale.

Obligations financées par capitalisation (Funded liability) – Obligations couvertes par une réserve qui servira ultérieurement à financer les prestations.

Prestation (Benefits) – Prestations pour soins de santé ou couverture des frais médicaux auxquelles ont droit les participants au régime d'assurance maladie après la cessation de service.

Prestations postérieures à la retraite (Post-retirement benefits) – Prestations autres que la pension de retraite accordées par l'organisation aux membres du personnel retraités.

Taux d'actualisation (Discount rates) – Taux d'intérêt estimatif qui permettrait de régler les prestations postérieures à la retraite. Il sert à déterminer la valeur actuelle des obligations futures au titre de ces prestations.

Taux tendanciels de variation des frais médicaux (Healthcare trend rates) – Hypothèses concernant le taux de variation annuel du coût des prestations d'assurance maladie.

Valeur actuarielle (Actuarial present value) – Valeur actualisée (à la date de l'évaluation) d'un versement ou d'une série de versements à effectuer à l'avenir. Cette valeur est déterminée par actualisation des versements futurs à un taux d'intérêt prédéterminé, compte tenu de la probabilité du versement.

Normes comptables

Normes comptables du système des Nations Unies – Le paragraphe 57 dispose que si la politique financière de l'organisation l'exige, des provisions sont inscrites au passif pour couvrir les prestations postérieurement au départ à la retraite. Si ces charges ne sont pas intégralement provisionnées, on le signalera dans les notes en indiquant, dans la mesure du possible, le montant estimatif total de ces éléments de passif et la méthode employée pour les évaluer.

Financial Accounting Standards Board (FASB) – La norme FAS 106 rend obligatoire la comptabilisation par anticipation des obligations correspondant aux prestations qui seront dues après le départ à la retraite auxquelles les membres du personnel acquièrent le droit pendant leur période d'activité. Il faut comptabiliser chaque année le coût des services rendus, le coût financier et la charge d'amortissement de l'exercice, selon la méthode de la comptabilité en droits constatés (ou d'exercice).

International Financial Reporting Standards (IFRS) – La norme IFRS 19 oblige à comptabiliser l'obligation qu'a une organisation de verser des prestations et à en déterminer la valeur actualisée selon la méthode des unités de crédit projetées, en utilisant certaines hypothèses concernant les variables démographiques et financières.

Normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) – L'exposé-sondage 31 (Avantages au personnel) est un projet de norme IPSAS qui reprend les dispositions de l'IAS 19 (Avantages du personnel) mentionnées ci-dessus, avec deux différences notables. D'une part, en ce qui concerne le taux d'actualisation à utiliser pour évaluer les engagements à long terme, il recommande de retenir le taux des obligations d'État plutôt que celui des obligations d'entreprises de première catégorie. D'autre part, il s'étend davantage sur les ajustements à apporter au moment de l'adoption des nouvelles dispositions, lorsque les engagements visés n'ont encore jamais été comptabilisés.