



Assemblée générale

Distr. générale
27 août 2013
Français
Original : anglais

Soixante-huitième session

Points 135, 146, 147 et 149 de l'ordre du jour provisoire*

Budget-programme de l'exercice biennal 2012-2013

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

Gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Dans son rapport sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et sur le mode de financement proposé ([A/64/366](#)), le Secrétaire général a recommandé que soient approuvées plusieurs propositions visant à financer les obligations contractées à ce jour par l'Organisation des Nations Unies au titre des régimes d'assurance maladie après la cessation de service, mais aussi à couvrir les nouvelles charges à payer chaque année au titre du personnel en activité. Il a proposé d'appliquer une retenue sur la masse salariale et de prélever à titre exceptionnel un

* [A/68/150](#).



montant de 425 millions de dollars sur les fonds existants pour constituer une réserve qui serait affectée exclusivement au financement de l'assurance maladie après la cessation de service, cette première mesure étant destinée à assurer à long terme le provisionnement des charges à payer.

Dans sa résolution [64/241](#), l'Assemblée générale a pris note du rapport et prié le Secrétaire général de lui soumettre à sa soixante-septième session un rapport sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, sans perdre de vue que le financement par répartition constituait également une option viable, et d'y inclure des informations et des analyses relatives aux questions suivantes : a) le champ d'application des actuels plans d'assurance maladie après la cessation de service et la couverture qu'ils offrent; b) les frais administratifs liés aux autres options de financement; c) les dispositions visant à ce que les différentes sources de financement assurent un financement adéquat; d) différentes options concernant le taux de contribution des participants et de l'Organisation au titre des plans d'assurance maladie après la cessation de service; e) le détail des stratégies de financement à long terme des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service; f) d'autres mesures visant à réduire les coûts des plans d'assurance maladie pour l'Organisation; g) les plans d'assurance maladie après la cessation de service proposés aux fonctionnaires retraités par les gouvernements; h) les implications financières et juridiques qu'aurait, pour les retraités et les fonctionnaires en activité, la modification : i) du champ d'application des plans d'assurance maladie et de la couverture qu'ils offrent; ii) du montant des cotisations.

Dans la même résolution, l'Assemblée a prié le Secrétaire général de continuer de valider le montant des charges à payer et de présenter les résultats obtenus, vérifiés par le Comité des commissaires aux comptes, dans le rapport demandé.

En outre, à la section IV de sa résolution [65/259](#), l'Assemblée a constaté que les soldes des réserves constituées pour les assurances maladie et soins dentaires indiqués dans le rapport du Secrétaire général publié sous la cote [A/65/342](#) étaient très variables et a demandé par conséquent au Secrétaire général d'établir des principes directeurs qui favoriseraient l'uniformité.

Dans la même résolution, l'Assemblée a prié le Secrétaire général de présenter, dans le rapport qu'il lui soumettrait à sa soixante-septième session, les options possibles pour une utilisation judicieuse des réserves présentant des excédents supérieurs aux normes raisonnables de la profession et de l'Organisation des Nations Unies, dans le cadre de l'analyse qui devait être faite des formules de financement par répartition et des stratégies de financement à long terme des charges se rapportant à l'assurance maladie après la cessation de service.

La remise du rapport à l'Assemblée générale a été reportée à sa soixante-huitième session. Le présent rapport contient les renseignements complémentaires que l'Assemblée avait demandés dans ses résolutions [64/241](#) et [65/259](#).

Selon les études actuarielles, les charges à payer au 31 décembre 2011 et au 31 décembre 2012 s'élevaient respectivement à 3,7 et 3,9 milliards de dollars. On trouvera à l'annexe II un aperçu général de la comptabilisation et du financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service par les organisations appliquant le régime commun. Au 31 décembre 2011, la plupart de ces organisations avaient pris des dispositions pour constater et/ou financer leurs charges respectives.

L'Assemblée générale est priée d'approuver les recommandations visant à ce que les charges annuelles que représenteront les prestations à servir aux fonctionnaires encore actifs au titre de l'assurance maladie après la cessation de service soient financées au moyen d'une retenue équivalente à 4,5 % du montant total des dépenses de personnel, et à ce que l'on commence à financer le passif accumulé à l'échelle du système des Nations Unies au moyen de l'imposition d'une retenue temporaire d'un montant équivalent à 2 % de celui des dépenses de personnel, tout en maintenant le financement par répartition, à compter du 1^{er} janvier 2016. Les décisions que l'Assemblée est appelée à prendre sont exposées à la section X.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	5
II. Champ d'application des plans actuels d'assurance maladie après la cessation de service et couverture assurée	6
III. Mises à jour de l'évaluation actuarielle des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service	10
IV. Financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pour le personnel actif et les retraités	14
V. Mesures supplémentaires visant à réduire les dépenses de l'Organisation relatives aux plans d'assurance maladie	20
VI. Options concernant les taux de contribution au titre des plans d'assurance maladie après la cessation de service	22
VII. Conséquences financières et juridiques d'une modification du champ d'application des plans d'assurance maladie après la cessation de service et de la couverture qu'ils offrent, ainsi que des taux de cotisation	25
VIII. Fermeture du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et du Tribunal pénal international pour le Rwanda	26
IX. Conclusions	27
X. Décisions que l'Assemblée générale est invitée à prendre	27
Annexes	
I. Récapitulatif des prestations offertes par les régimes d'assurance maladie du programme d'assurance maladie des Nations Unies	29
II. Charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans le système des Nations Unies	36

I. Introduction

1. Le programme d'assurance maladie après la cessation de service permet aux fonctionnaires à la retraite qui satisfont aux conditions voulues de continuer à être couverts par le même régime d'assurance maladie que leurs collègues en activité. Parmi les conditions à remplir, on peut citer 10 ans d'affiliation à un plan d'assurance maladie de l'Organisation pour les fonctionnaires recrutés à compter du 1^{er} juillet 2007 et cinq ans d'affiliation pour ceux qui ont été recrutés avant cette date. Il s'agit d'un élément crucial du régime de protection sociale des fonctionnaires à la retraite puisque nombre d'entre eux ne peuvent bénéficier des régimes de protection sociale de leur pays du fait qu'ils étaient employés par l'ONU. Son coût, que se partagent le personnel et l'Organisation, a considérablement augmenté depuis le lancement du programme en 1967, en raison de facteurs démographiques, de l'allongement de l'espérance de vie, de l'accroissement du taux d'utilisation des services médicaux et de la hausse des prix des soins de santé dans le monde entier.

2. Dans ses précédents rapports sur le programme d'assurance maladie après la cessation de service, le Secrétaire général a demandé à l'Assemblée générale d'approuver un certain nombre de recommandations formulées en réponse aux préoccupations soulevées par l'Assemblée elle-même et par le Comité des commissaires aux comptes, tendant à ce qu'il soit pris acte des charges associées à l'assurance maladie après la cessation de service et à ce que des fonds soient mobilisés à cette fin. Parmi ces propositions figuraient l'adoption d'une stratégie de financement garantissant que des fonds adéquats seraient systématiquement mis de côté pour le versement des prestations actuelles et futures; l'application de mesures propres à assurer la viabilité financière du programme grâce à une gestion prudente des coûts, alliant maîtrise des dépenses, partage des coûts et initiatives de financement; l'autorisation de réviser les dispositions relatives à l'assurance maladie après la cessation de service compte tenu des conditions à remplir par les nouveaux participants; l'établissement d'un compte distinct spécialement affecté à la comptabilisation des charges afférentes à l'assurance maladie après la cessation de service et des opérations s'y rapportant.

3. Dans son rapport sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et sur le mode de financement de ces charges (A/64/366), le Secrétaire général a formulé les recommandations suivantes : a) financement initial partiel des charges associées au personnel en activité et au personnel retraité grâce à des transferts des soldes inutilisés et des recettes accessoires des opérations de maintien de la paix, et au moyen des réserves constituées au titre des fonds d'indemnisation et des assurances maladie et soins dentaires; b) poursuite du financement des charges en question grâce au maintien des crédits biennaux pour couvrir les contributions versées au bénéfice des retraités ayant émargé au budget ordinaire ou au budget d'opérations de maintien de la paix, et à l'établissement de tels crédits au bénéfice des assurés dont les postes étaient financés par des fonds extrabudgétaires lorsqu'ils ont pris leur retraite. Le Secrétaire général a également proposé l'inscription, à la rubrique Dépenses communes de personnel, d'une provision correspondant à 9,6 %, 1 % et 2,6 %, respectivement, des traitements de base nets du personnel dont les postes sont financés par le budget ordinaire, par des budgets d'opérations de maintien de la paix et par des fonds extrabudgétaires et des comptes spéciaux. Les fonds ainsi obtenus auprès de toutes les sources de

financement seraient virés sur un compte spécial pour le fonds de réserve de l'assurance maladie après la cessation de service.

4. Pour ce qui est du financement des engagements actuels et futurs au titre des prestations d'assurance maladie après la cessation de service dues aux fonctionnaires retraités du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et du Tribunal pénal international pour le Rwanda, le Secrétaire général a recommandé l'ouverture de crédits d'un montant spécifié à inscrire aux budgets 2010-2011 respectifs des deux Tribunaux, ainsi que l'approbation du financement des éventuelles obligations résiduelles non provisionnées au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, dans le cadre de la clôture définitive des comptes du Tribunal.

5. Dans sa résolution [64/241](#), l'Assemblée générale a pris note du rapport et prié le Secrétaire général de lui soumettre à sa soixante-septième session un rapport sur la gestion des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

II. Champ d'application des plans actuels d'assurance maladie après la cessation de service et couverture assurée

A. Aperçu général de l'assurance maladie dans le système des Nations Unies

6. Les programmes d'assurance maladie des Nations Unies sont autofinancés et gérés par des tiers administrateurs ou par les Nations Unies elles-mêmes. Dans le cadre des programmes autofinancés, les demandes de remboursement sont directement financées au moyen de primes dont le coût est partagé entre les fonctionnaires en activité, les fonctionnaires retraités et l'Organisation, conformément aux barèmes approuvés par l'Assemblée générale.

7. Des prestations sont versées aux fonctionnaires en activité et aux retraités, ainsi qu'aux personnes directement à leur charge qui sont affiliées à ces programmes. Les fonctionnaires de plusieurs fonds et programmes des Nations Unies¹ en bénéficient aussi. Les systèmes actuellement à la disposition des fonctionnaires et des retraités qui remplissent les conditions nécessaires pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service sont les suivants :

- a) Plans autofinancés gérés par des tiers administrateurs :
- i) Programmes américains :
 - a. Réseau de prestataires de soins privilégiés du régime Aetna Open Choice (médical);

¹ Principalement 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'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets, le Programme des Nations Unies pour l'environnement, le Programme des Nations Unies pour les établissements humains et le Haut-Commissariat pour les réfugiés.

- b. Réseau de prestataires de soins privilégiés du régime Empire Blue Cross Blue Shield (médical);
- c. Réseau de prestataires de soins privilégiés du régime dentaire CIGNA;
- ii) Programmes basés ailleurs qu'aux États-Unis (médicaux et dentaires) :
 - a. Régime international d'assurance Vanbreda (couverture mondiale assurée aux fonctionnaires qui travaillent ailleurs qu'aux États-Unis);
 - b. Plan d'assurance maladie à l'intention du personnel recruté au niveau local dans certains lieux d'affectation hors Siège, administré par Henner-GMC;
- b) Plan autofinancé administré par les Nations Unies pour les organisations basées à Genève : Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies;
- c) Plans intégralement assurés :
 - i) Régime HealthInsurance Plan of New York (n'est pas accessible à de nouveaux participants);
 - ii) Plan d'assurance-groupe maladie d'Allianz Worldwide Care (administré par l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel, à l'Office des Nations Unies à Vienne);
 - iii) Caisse autrichienne d'assurance maladie (Wiener Gebietskrankenkasse).

8. D'une manière générale, les plans d'assurance maladie garantissent le remboursement de 70 % à 100 % des frais hospitaliers et de 80 % des frais considérés comme raisonnables et habituels en relation avec les 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 permet de maîtriser les coûts, des tarifs préférentiels ayant été négociés par les administrateurs. L'application de plafonds aux remboursements annuels ou à certains services médicaux contribue également à limiter les coûts, mais des clauses de sauvegarde font en sorte que les participants puissent continuer à bénéficier de soins en cas de maladie chronique ou grave. On trouvera à l'annexe I un descriptif général de chacun des régimes énumérés ci-dessus.

B. Réserves de fonctionnement des plans d'assurance maladie

9. Pour être en mesure, le cas échéant, d'assurer la stabilité du montant des cotisations exigibles dans le cadre de chacun de ses régimes auto-assurés en cas de fortes fluctuations, l'ONU s'est dotée de réserves dont elle assure elle-même la gestion. Ces réserves permettent de faire en sorte qu'un nombre exceptionnellement élevé de demandes de remboursement enregistré sur une année ne donne pas lieu à une augmentation inhabituelle du montant des cotisations. Les fonds mis en réserve au titre de l'assurance maladie servent également à faire face aux demandes de remboursement imprévues en cas de catastrophe. Les soldes des réserves se composent du produit des cotisations et de celui, accumulé sur de nombreuses années, des placements qu'elles ont rendu possible – il s'agit des cotisations versées

par les fonctionnaires actifs comme par les retraités, par l'ONU et par les autres entités participantes du système des Nations Unies, toutes les sources de financement étant prises en compte. Le nombre des demandes de remboursement a une incidence directe sur le solde des réserves : celui-ci augmente lorsque les demandes sont inférieures aux prévisions et diminue lorsque les demandes dépassent les prévisions.

10. Les réserves constituées au titre des remboursements de soins médicaux et dentaires sont gérées de manière avisée, et en tenant compte des normes en vigueur dans le secteur des assurances : les régimes d'assurance maladie basés aux États-Unis maintiennent ainsi des réserves égales à trois ou quatre mois de remboursements. Les régimes basés ailleurs qu'aux États-Unis doivent disposer continuellement de réserves plus élevées (l'équivalent de la moyenne des remboursements sur une période de six à huit mois) afin de prendre en compte les fluctuations liées aux taux de change et d'inflation, mais aussi le nombre réel des demandes de remboursement, parfois plus élevé que le nombre officiellement enregistré, conséquence d'un moindre degré d'automatisation du traitement des demandes. Le montant des réserves de l'Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies est conforme aux prescriptions statutaires qui gouvernent ce plan.

Tableau 1

**Soldes des réserves des plans d'assurance maladie autofinancés
au 31 décembre 2012^a**

(En milliers de dollars des États-Unis)

<i>Plan</i>	<i>Solde de la réserve au 31 décembre 2012</i>	<i>Montant mensuel moyen des remboursements</i>	<i>Équivalent en nombre de mois de remboursement</i>
Plans gérés par des tiers administrateurs			
Aetna	83 991	7 311	11,5
Empire Blue Cross	30 882	11 101	2,8
Cigna (dentaire)	11 759	1 745	6,7
Vanbreda International	58 332	7 448	7,8
Plan d'assurance maladie à l'intention du personnel recruté au niveau local	77 753	1 733	44,9
Total partiel	262 717	29 338	9,0
Plan administré par l'Office des Nations Unies à Genève			
Assurance mutuelle du personnel des Nations Unies	130 500	7 210	18,1
Total	393 217	36 548	10,8

^a N'inclut pas les plans intégralement assurés dont la liste figure au paragraphe 7 du présent rapport : dans leur cas, les cotisations mensuelles sont versées à des compagnies d'assurance sur la base de factures mensuelles et, par voie de conséquence, aucune réserve n'est constituée ni détenue par l'ONU.

11. L'ONU a eu plusieurs fois recours, au fil des ans, à une suspension des cotisations pour ajuster périodiquement les excédents de réserve. Sur la base des données actuelles concernant la participation au régime, les excédents sont répartis entre les fonctionnaires actifs et retraités et les organisations participantes, toutes les sources de financement étant concernées. Ce principe a été et continue d'être considéré comme le moyen le plus équitable de rendre à toutes les sources de financement les excédents de réserve accumulés : en effet, des fonctionnaires de toutes les entités participantes ont contribué à alimenter les plans, diverses pondérations étant appliquées en fonction du coût de la vie dans les divers lieux d'affectation, et les données relatives aux demandes de remboursement ne sont pas organisées par source de financement. Mais la mobilité, entre sources de financement d'une part, et entre l'ONU et les fonds et programmes d'autre part, d'un personnel qui conserve en toutes circonstances la couverture maladie offerte par les plans administrés par les Nations Unies vient rendre encore plus complexe la tâche qui consiste pour le Secrétariat à procéder à une répartition précise des excédents de réserve par source de financement.

12. Entre octobre 2010 et juin 2013, un montant total de 23,3 millions de dollars a été distribué (5,9 millions de dollars aux fonctionnaires en activité et aux retraités et 17,4 millions de dollars au Secrétariat et aux autres entités participantes) au titre des plans d'assurance Aetna (médical) et Cigna (dentaire) par application de la méthode de la suspension des cotisations.

13. Le niveau de la réserve du plan Empire Blue Cross est tombé au-dessous des normes du secteur de l'assurance, puisqu'elle représentait en 2010 l'équivalent de 1,5 mois de remboursements (base : montant mensuel moyen des remboursements). Grâce à une refonte du plan, à une augmentation du montant des cotisations et à l'obligation faite aux retraités résidant aux États-Unis et remplissant les conditions voulues de souscrire à la Partie B de Medicare, le niveau de la réserve est remonté pour atteindre l'équivalent de 2,8 mois de remboursements au 31 décembre 2012, et il devrait représenter l'équivalent de 3 mois de remboursements au 31 décembre 2013.

14. Le niveau élevé de la réserve du plan d'assurance maladie à l'intention du personnel recruté au niveau local est principalement imputable à l'augmentation du nombre des participants dans certaines missions de maintien de la paix où le rapport sinistres-primas, c'est-à-dire la comparaison entre les remboursements et les cotisations collectées, était particulièrement bas. Toutefois, cette tendance évolue actuellement étant donné l'amélioration du réseau de prestataires médicaux avec lesquels des accords de facturation directe ont été conclus; cette amélioration, œuvre du tiers administrateur, a facilité l'accès aux soins dans de nombreux lieux d'affectation. Le renforcement des dispositions relatives aux soins préventifs devrait également avoir une incidence mineure sur le niveau des réserves.

15. Le Secrétariat continue de suivre de près la situation des réserves des plans médicaux et dentaires, en tenant compte des normes du secteur de l'assurance, afin de réduire au minimum les écarts de soldes d'une réserve à une autre.

III. Mise à jour de l'évaluation actuarielle des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service

A. Bases retenues pour l'évaluation et modifications ayant une incidence sur les résultats

16. Depuis 1995, sous la supervision d'un actuaire agréé, l'ONU détermine à intervalles réguliers le montant des prestations qu'il lui faudra verser dans le futur au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et le reporte sous forme de charges à payer dans ses états financiers vérifiés. La plus récente étude actuarielle menée pour déterminer ce montant l'a été au titre de l'exercice financier clos le 31 décembre 2011.

17. L'évaluation actuarielle était fondée sur des ensembles complets de données issues du recensement des fonctionnaires en activité et retraités, ou relatives aux demandes de remboursement de frais médicaux, et sur diverses hypothèses (taux de départ à la retraite, conditions à remplir, espérance de vie et autres paramètres); les mêmes hypothèses sont utilisées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies pour évaluer les charges qu'elle devra payer au titre des pensions.

18. L'évaluation en question, réalisée sur la base des dispositions du plan en vigueur au 1^{er} janvier 2012, a permis de déterminer le montant net des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, en rapportant l'ensemble des pourcentages de participation aux coûts au montant total des prestations à servir.

19. Il a également été tenu compte de la modification de la politique régissant le programme d'assurance maladie après la cessation de service, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011 : désormais, les participants remplissant les conditions voulues doivent souscrire à la Partie B du programme Medicare des États-Unis en sus de leur participation au plan des Nations Unies, mais l'Organisation rembourse la cotisation aux participants.

B. Montant des charges à payer

20. Sur la base de l'évaluation actuarielle de 2011, on a estimé le montant net (cotisations des retraités déduites) actualisé des charges à payer au titre des prestations futures à 3,654 milliards de dollars au 31 décembre 2011 et on a prévu que ce montant atteindrait 3,943 milliards de dollars au 31 décembre 2012. On trouvera une illustration de la répartition des charges en fonction des sources de financement au tableau 2 et à la figure I.

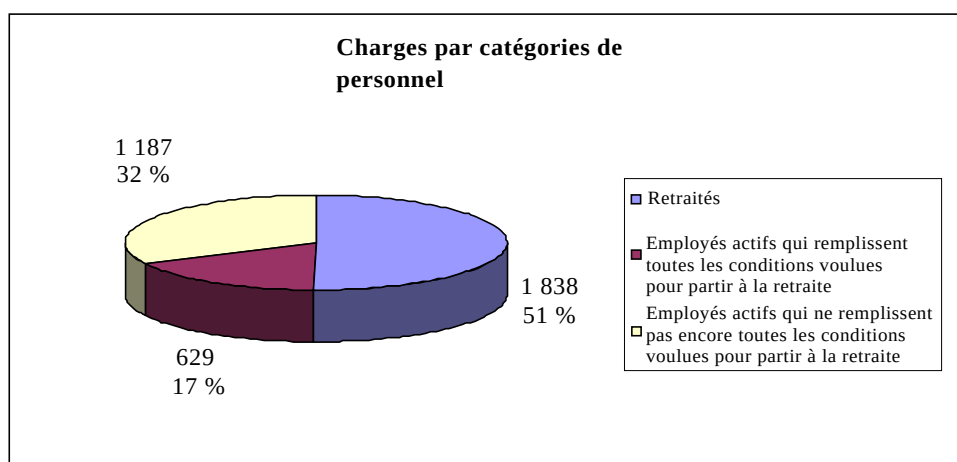
Tableau 2
Projection des charges à payer au titre de l'assurance maladie
après la cessation de service au 31 décembre 2011 et au 31 décembre 2012

(En millions de dollars des États-Unis)

Source de financement	2011	2012
Budget ordinaire	2 568,0	2 710,0
Opérations de maintien de la paix	769,0	886,0
Fonds extrabudgétaires	317,0	347,0
Total	3 654,0	3 943,0

Figure I
Répartition des charges à payer (2011)

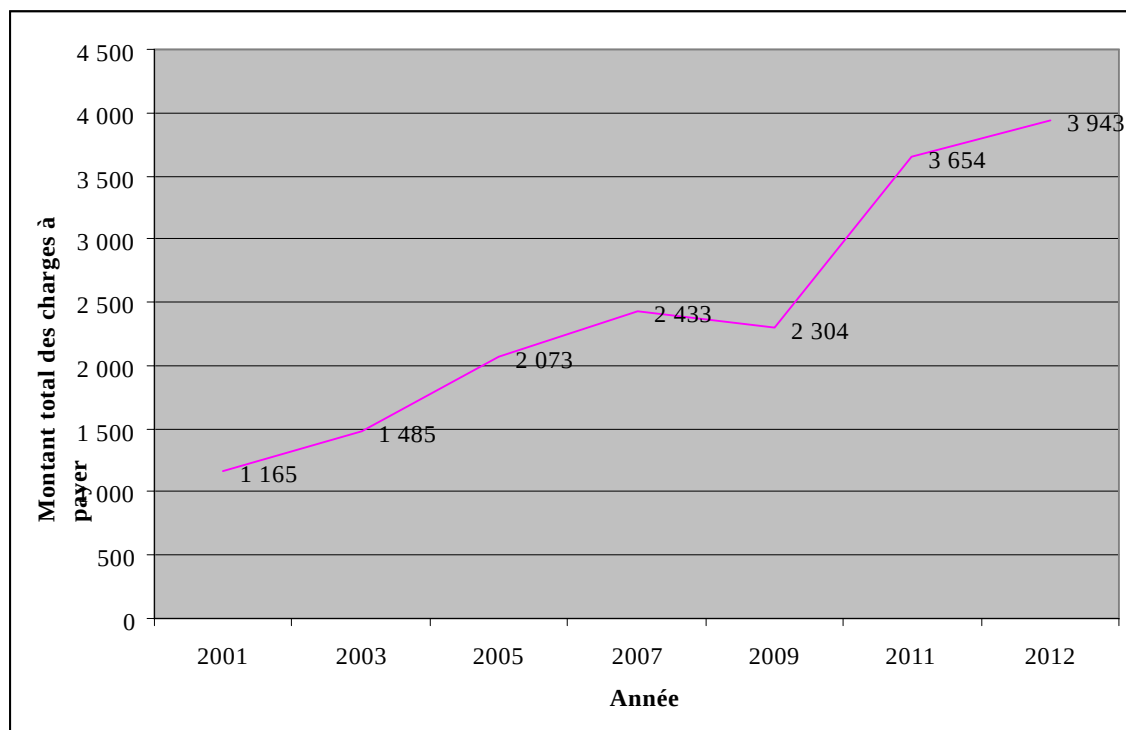
(En millions de dollars des États-Unis)



21. Depuis 2001, les charges à payer ont été multipliées par plus de trois, comme illustré dans la figure II.

Figure II
**Évolution des charges à payer au titre de l'assurance maladie
 après la cessation de service depuis 2001**

(En millions de dollars des États-Unis)



22. Le Comité des commissaires aux comptes valide le montant des engagements au titre de l'assurance maladie après la cessation de service lorsqu'il vérifie les états financiers de l'Organisation. Dans ses rapports sur les états financiers de l'ONU pour l'exercice biennal clos le 31 décembre 2011 ([A/67/5](#) [Vol. I] et [Corr.2](#) et sur les opérations de maintien de la paix pour la période de 12 mois comprise entre le 1^{er} juillet 2011 et le 30 juin 2012 ([A/67/5](#) [Vol. II]), le Comité a constaté une augmentation des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et noté que la raison principale en était l'abaissement de l'hypothèse relative au taux d'actualisation, ramené de 6,0 % à 4,5 % pour tenir compte de la baisse généralisée des coûts financiers de référence concernant les obligations de premier rang émises par des sociétés. Étant donné que les évaluations actuarielles interviennent tous les deux ans et que le taux d'actualisation reste inchangé pendant cette période, le Comité a dit craindre que les estimations relatives aux engagements des opérations de maintien de la paix liés à l'assurance maladie après la cessation de service ne tiennent pas suffisamment compte de l'évolution des conditions économiques. En réponse à cette constatation, l'Administration a accepté, ainsi que le lui demandait le Comité, de surveiller sur une base annuelle l'évolution des taux d'actualisation et d'inflation et d'apporter les correctifs voulus à l'évaluation tout en continuant de procéder à un recensement complet et à l'examen des demandes de remboursement de frais médicaux tous les deux ou trois ans, sauf lorsque

surviennent des modifications importantes de la dotation en effectifs, et ce, conformément aux principes actuariels consacrés.

23. Ainsi qu'il apparaît dans les états financiers, il n'existe pas d'actifs spécifiquement destinés à régler les obligations non provisionnées. Compte tenu des projections portant sur les départs en retraite de fonctionnaires de l'ONU, la croissance des charges et des dépenses nécessaires pour couvrir les coûts associés à l'assurance maladie après la cessation de service des retraités continuera de s'accroître dans les exercices biennaux à venir. Le Comité des commissaires aux comptes s'est dit préoccupé par l'absence d'actifs spécifiquement destinés à régler les obligations. Il est devenu crucial d'adopter un plan de financement des charges à payer.

C. Incidence du relèvement à 65 ans de l'âge du départ à la retraite

24. Dans sa résolution [67/257](#), l'Assemblée générale a fait sienne la décision prise par la Commission de la fonction publique internationale – au paragraphe 85 de son rapport publié sous la cote [A/67/30](#) et [Corr.1](#) – de soutenir la recommandation du Comité mixte de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies de relever l'âge obligatoire de départ à la retraite à 65 ans pour les nouveaux fonctionnaires des organisations affiliées à la Caisse à compter du 1^{er} janvier 2014 au plus tard.

25. Aux termes de la Norme comptable internationale pour le secteur public n° 25, les obligations au titre des prestations dues à la cessation de service sont déterminées sur la base des prestations servies aux participants effectifs au moment du calcul des charges à payer. En conséquence, l'actuaire engagé par l'ONU a déterminé que l'élévation de l'âge normal du départ à la retraite des fonctionnaires qui prendraient leurs fonctions à compter du 1^{er} janvier 2014 n'aurait pas d'incidence immédiate sur les obligations comptabilisées au 31 décembre 2011, au 31 décembre 2012 et au 31 décembre 2013.

26. Si l'élévation de l'âge obligatoire de la cessation de service était appliquée au personnel en activité, l'actuaire a estimé ce qui suit : en posant pour hypothèse que 70 % du personnel en activité choisirait alors de repousser son départ en retraite et qu'aucune autre modification ne serait apportée aux hypothèses posées pour l'évaluation d'origine (au 31 décembre 2011), l'incidence sur les charges à payer serait inférieure à 1 %, soit une réduction de 30,9 millions de dollars (0,85 %) par rapport au montant de 3,654 milliards de dollars établi à l'issue de l'évaluation de 2011.

27. Deux facteurs auraient une influence si un tel changement intervenait :

a) Les fonctionnaires remplissant déjà les conditions pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service continueraient à cotiser en tant que membres du personnel en activité, ce qui aurait pour effet de reporter le paiement des charges afférentes à ce régime et d'en réduire le montant;

b) Les fonctionnaires qui ne pourraient normalement pas bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service parce qu'ils n'auraient pas été affiliés pendant 5 ou 10 ans à un plan d'assurance santé des Nations Unies au moment de leur départ à la retraite pourraient accumuler des années supplémentaires

et finiraient par remplir les conditions nécessaires pour participer au dispositif. Il en résulterait un accroissement des charges à payer.

IV. Financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service pour le personnel actif et les retraités

A. Stratégies de financement à long terme des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et dispositions visant à ce que les différentes sources de financement assurent un financement adéquat

28. La question du financement des charges à payer au titre des prestations après la cessation de service est examinée depuis plusieurs années par les États Membres et les organes interinstitutions. Un certain nombre d'entités des Nations Unies ont adopté leur propre stratégie, fondée sur l'utilisation de divers mécanismes de financement systématiques ou ponctuels en fonction de leur situation. Les méthodes appliquées sont une combinaison du financement par répartition, complété par des contributions additionnelles prélevées dans les réserves existantes, de virements ponctuels ou périodiques à partir de fonds dont les soldes auraient sinon été disponibles pour financer des programmes, et de retenues annuelles fixes ou progressives représentant 4 % à 7 % du montant net des traitements.

29. Tout comme les prestations de retraite, les droits aux prestations d'assurance maladie après la cessation de service s'accumulent pendant la vie active des fonctionnaires; toutefois, les modalités de financement de ces deux types de prestations servies après la cessation de service sont notablement différentes. Dans le cas des prestations de retraite, la plupart des dépenses sont inscrites au budget, financées tout au long de la carrière des fonctionnaires et les montants correspondants sont investis jusqu'au moment où les prestations sont versées aux retraités. Les droits aux prestations d'assurance maladie sont comparables par nature, mais aucune provision n'est constituée pour financer les charges à payer ultérieurement du fait des droits acquis par les fonctionnaires pendant leurs années de service. Les engagements ne sont budgétisés que pour l'année au cours de laquelle les fonctionnaires retraités font valoir leurs droits à prestations.

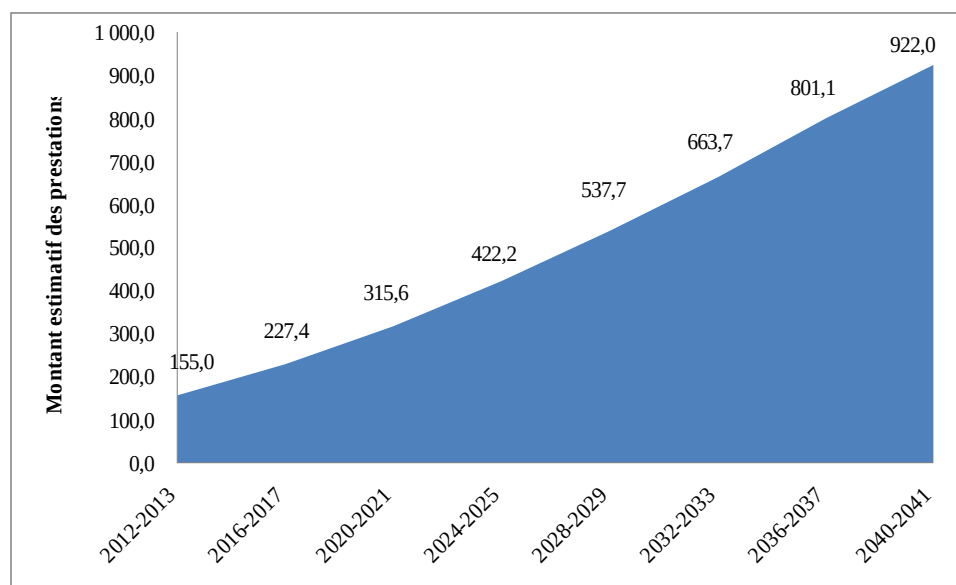
30. Si le financement par répartition permet de mobiliser les ressources requises pour que l'ONU soit en mesure d'acquitter la part qui lui revient des cotisations à l'assurance maladie après la cessation de service au cours de l'année pendant laquelle les prestations sont décaissées, il n'existe à présent aucun mécanisme permettant de constituer une provision ou une réserve pour faire face à des coûts cumulés ou futurs. L'approche du financement par répartition a ainsi conduit à l'accumulation de charges à payer non provisionnées pour un montant estimé à 3,943 milliards de dollars au 31 décembre 2012. Cette approche ne permet en effet d'absorber sur une base continue que la part subventionnée des cotisations des retraités à l'assurance maladie, mais elle ne règle pas le problème que posent les charges cumulées au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, dont le montant va croissant. L'Actuaire-conseil a évalué à 155 millions de dollars les crédits nécessaires au titre du financement par répartition pour l'exercice biennal 2012-2013 et estimé que ce montant serait porté à 422,2 millions de dollars pour

l'exercice biennal 2024-2025 et à 922 millions de dollars pour l'exercice biennal 2040-2041. Le recours exclusif au financement par répartition ne saurait donc être une option viable sur le long terme, compte tenu de l'augmentation rapide du montant des ressources d'appui requises pour faire face au coût de l'assurance maladie après la cessation de service, des taux de départ en retraite prévus parmi les fonctionnaires du système des Nations Unies et des facteurs démographiques et économiques qui ont des répercussions sur l'évaluation actuarielle.

Figure III

Financement par répartition : projection des coûts, par exercice biennal

(En millions de dollars des États-Unis)



Note : Taux composé de croissance annuelle estimé à 18,2 % pour chaque exercice biennal compris entre 2012-2013 et 2024-2025 et à 13,6 % pour chaque exercice biennal compris entre 2012-2013 et 2040-2041.

31. Le Secrétaire général est conscient qu'il est délicat d'instaurer un mécanisme de financement qui permette de prendre en charge l'ensemble de ces obligations. On ne peut espérer financer par capitalisation à court ou à moyen terme celles qui se sont accumulées pour l'ONU, aussi faudra-t-il élaborer une stratégie de financement à long terme.

32. Le Secrétaire général a donc réfléchi à un certain nombre de mécanismes de financement et considère qu'il est prudent d'adopter une politique en la matière qui garantisse que des fonds adéquats sont mis de côté pour faire face aux coûts associés aux participants actuels et aux futures charges, le but ultime étant le financement de la totalité des charges à payer. Tout en limitant l'augmentation des montants à verser, qui serait rapide si le financement par répartition demeurait le seul mécanisme en vigueur, cette nouvelle approche donnerait une vision plus précise et transparente du coût réel des prestations versées au personnel actif. La stratégie de financement recommandée, décrite ci-après, englobe les nouvelles charges à payer

au jour le jour pour l'assurance maladie après la cessation de service et celles qui se sont accumulées au fil des années.

a) Financement des futures charges à payer aux fonctionnaires actuellement en activité au titre des services rendus

33. S'agissant des fonctionnaires en activité qui accumulent des droits aux prestations d'assurance maladie après la cessation de service, il est proposé d'instaurer une retenue équivalente à 4,5 % du montant total des dépenses de personnel – toutes les sources de financement étant concernées – afin de financer le coût desdites prestations le moment venu, c'est-à-dire après le départ à la retraite des intéressés au titre des services rendus pendant la période d'activité considérée. Dans leur globalité, les dépenses de personnel comprennent le traitement de base net et les dépenses communes de personnel pour toutes les catégories de fonctionnaires. Le pourcentage fixe recommandé serait inscrit à la rubrique Dépenses communes de personnel et refléterait le coût réel de l'emploi dudit personnel. Selon cette approche, en prenant pour base le montant total des dépenses de personnel correspondant à 2012, soit quelque 4,5 milliards de dollars, un montant de 202 millions de dollars serait accumulé pour faire face au coût des prestations au titre des services rendus tel que prévu par l'actuaire.

b) Financement des charges à payer existantes au titre des fonctionnaires en retraite et des fonctionnaires en activité

34. Pour faire face aux charges non provisionnées et déjà accumulées et atteindre un objectif spécifique en matière de financement, le Secrétaire général propose d'instaurer une retenue équivalente à 2 % du montant total des dépenses de personnel à inclure dans les dépenses communes de personnel, toutes les sources de financement étant concernées. Sur la base des évaluations actuarielles, on estime qu'il serait possible de parvenir au financement intégral des charges à payer en 20 ans. Le coût estimatif serait initialement de 200 millions (2 % du montant total des dépenses de personnel) pour l'exercice biennal 2016-2017, pour atteindre 329 millions au titre de l'exercice biennal 2036-2037.

35. Selon cette approche, le financement de l'assurance maladie après la cessation de service pour les retraités continuerait sur la base de la répartition, comme c'est le cas actuellement, au moyen de provisionnements pour les charges à payer au titre des assurés actuels dont les postes étaient financés par le budget ordinaire ou par des budgets d'opérations de maintien de la paix lorsqu'ils ont pris leur retraite, ainsi qu'au moyen de fonds en provenance de sources extrabudgétaires pour financer les charges à payer au titre des assurés actuels dont les postes étaient financés par des fonds extrabudgétaires lorsqu'ils ont pris leur retraite. Une fois réunis les fonds nécessaires au financement intégral des charges à payer, il serait mis un terme au financement par répartition et à la retenue équivalente à 2 % du montant total des dépenses de personnel.

36. On a conscience que les variations des taux d'accumulation et du financement par répartition sont susceptibles d'écourter ou d'allonger la période au terme de laquelle on parviendra au financement intégral des charges à payer. Les taux forfaitaires seraient donc ajustés périodiquement pour faire en sorte de réunir les montants nécessaires pour parvenir au financement intégral des charges à payer et pour refléter les variations des taux et celles des hypothèses actuarielles. De même,

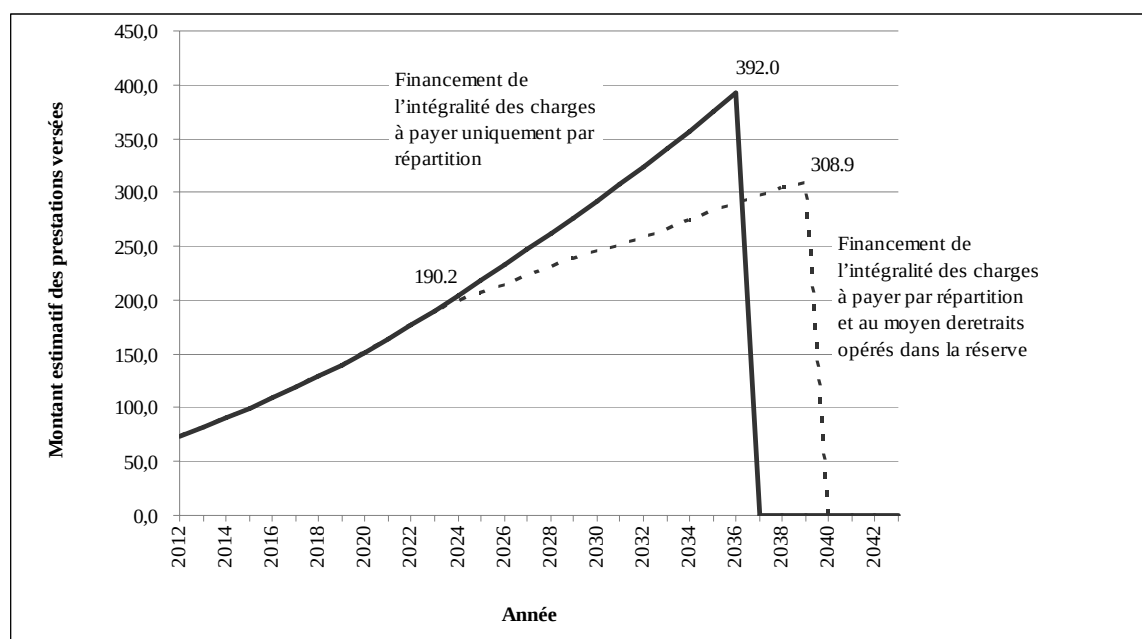
l'augmentation des besoins de financement par répartition pourrait être contenue grâce à l'utilisation d'une partie des intérêts courus de la réserve à moyen terme, ce qui aurait pour conséquence de repousser l'échéance à laquelle il serait mis fin à ce mode de financement.

37. La figure IV donne à voir les montants annuels estimatifs qui seraient requis au titre du financement par répartition avec ou sans retraits opérés dans la réserve. Sans retrait, cette option nécessiterait la mobilisation de fonds d'un montant annuel de 392 millions de dollars en 2036, et il serait mis un terme au financement par répartition en 2037, une fois les charges à payer intégralement financées. Si l'on commençait à effectuer des retraits dans la réserve en 2023, il serait nécessaire de mobiliser des fonds d'un montant annuel de 308,9 millions de dollars en 2039, et il serait mis un terme au financement par répartition en 2040, une fois les charges à payer intégralement financées.

Figure IV

Montants annuels requis au titre du financement par répartition avec ou sans retraits opérés dans la réserve

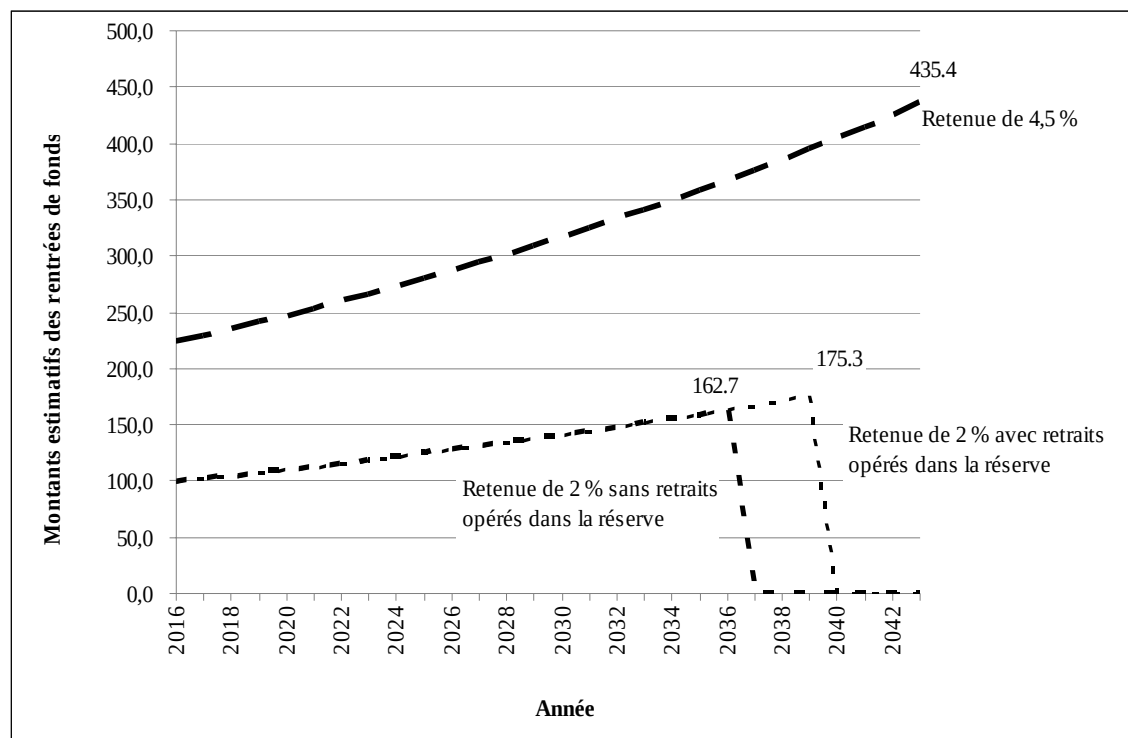
(En millions de dollars des États-Unis)



38. La figure V fait apparaître les montants annuels estimatifs des rentrées de fonds qui résulteraient de retenues de 4,5 % et de 2 %. La retenue de 2 % serait supprimée, une fois l'intégralité des charges à payer financée, en 2037 – ou en 2040 si des retraits étaient opérés dans la réserve à partir de 2023 afin de réduire la part du financement par répartition.

Figure V
**Montants estimatifs des rentrées de fonds en cas de retenues
 de 4,5 % et de 2 %**

(En millions de dollars des États-Unis)



39. Les suggestions de financement des charges à payer avancées plus haut présentent plusieurs avantages. En premier lieu, l'utilisation de taux fixes n'entraînerait aucune différenciation entre sources de financement, ce qui est déjà le cas pour les autres prestations dont bénéficie le personnel, et elle refléterait mieux le véritable coût du service. En deuxième lieu, la méthode proposée permettrait d'établir les coûts de façon transparente, en marquant la différence entre le coût du service et le financement des charges à payer; le coût du service continuerait d'apparaître en toute transparence même après que les charges se rapportant à des exercices antérieurs auraient été payées. En dernier lieu, si les conditions à remplir pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service et la couverture effective étaient au diapason, ce qui est l'approche suivie pour la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, le coût du service à moyen terme pourrait être fixé pour l'ensemble des entités.

40. Une fois le financement intégral obtenu, il serait mis un terme au financement par répartition et à la retenue équivalente à 2 % des dépenses de personnel.

B. Utilisation de la suspension des cotisations

41. Dans le cadre de la stratégie visant à réduire la part non provisionnée des charges à payer, le Secrétaire général recommande que l'Assemblée générale envisage de consacrer au financement du passif la part des réserves de l'assurance maladie qui reviendrait normalement aux États Membres en application de la méthode de la suspension des cotisations. On estime que le montant annuel qui pourrait être dégagé à cette fin serait compris entre 1 et 5 millions de dollars et que son utilisation aurait pour effet de réduire la durée de l'application de la retenue supplémentaire de 2 % dont le principe est exposé au paragraphe 34.

C. Coûts administratifs afférents aux options de financement proposées

42. Si l'Assemblée générale approuve les options de financement proposées, les entrées ainsi générées seront détenues en fiducie sous forme de fonds de réserve spéciaux et distincts, destinés à régler le passif accumulé. Les services de gestion des investissements seront assurés à court et à moyen terme par la Trésorerie de l'ONU pendant au moins cinq ans. Les retenues proposées rapporteront chaque année entre 323 et 356 millions de dollars (montants estimatifs) à compter de 2016. La Trésorerie dispose des moyens et des compétences voulues pour assurer la gestion de fonds de réserve en sus de ses activités existantes : en effet, elle gère actuellement un portefeuille qui représente plus de 6 milliards de dollars – montant réparti sur plus de 100 comptes qui donnent lieu à des entrées et à des sorties récurrentes – et qui inclut les réserves de fonctionnement existantes des plans d'assurance maladie.

43. L'objectif principal des placements effectués au titre de la réserve sera d'atteindre, puis de dépasser le montant des obligations qu'engendreront les prestations à venir. Il sera investi dans un portefeuille d'actifs bien diversifié, dans le respect des paramètres acceptables et appropriés pour une réserve constituée aux fins du versement de pensions de retraite.

44. Les modalités précises d'une stratégie d'investissement spécialement adaptée à une réserve constituée aux fins de l'assurance maladie après la cessation de service seront fonction du montant des versements périodiques et, à terme, de celui des décaissements nécessaires pour couvrir les obligations. La répartition des placements sera ajustée de manière à réduire le risque systémique et à accroître la diversification du portefeuille. Cette répartition stratégique des actifs sera donc conçue comme une stratégie d'investissement visant à maximiser les rendements. Elle devra être revue périodiquement en vue de maintenir la probabilité optimale de réalisation des objectifs de performance du portefeuille.

45. À long terme, à mesure que la provision constituée destinée à couvrir le passif croîtra et que le financement par répartition appliqué aux retraités sera progressivement complété par des retraits effectués dans cette provision – ce qui entraînera des entrées et des sorties de fonds de la réserve – il conviendra de déterminer si des services de gestion d'actifs spécialisés sont nécessaires. Cela pourra se faire en conjonction avec un certain nombre d'organisations du système des Nations Unies qui réfléchissent actuellement à la possibilité de confier à une entité extérieure la gestion conjointe des réserves qu'elles ont respectivement

constituées afin d'être en mesure de payer les charges afférentes à l'assurance maladie après la cessation de service. Le taux annuel standard appliqué par le secteur des gestionnaires d'actifs correspond environ à 0,5 % de la valeur du portefeuille.

V. Mesures supplémentaires visant à réduire les dépenses de l'Organisation relatives aux plans d'assurance maladie

46. Afin de faire face à l'augmentation des dépenses d'assurance maladie, l'Organisation a, au fil des ans, pris un certain nombre d'initiatives de maîtrise des coûts tout en s'assurant que les participants continuent d'avoir accès à une assurance qui réponde de façon satisfaisante à leurs besoins de soins de santé. La manière selon laquelle les plans sont structurés est un moyen de maîtriser les dépenses d'assurance maladie; un autre moyen est l'examen régulier des conditions et prestations offertes par les divers plans.

47. Le Secrétaire général, dans son rapport sur les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service et le mode de financement proposé ([A/64/366](#)), a exposé les mesures de maîtrise des dépenses prises les années précédentes. Ces mesures continuent d'être appliquées.

A. Mesures de maîtrise des dépenses

48. Les mesures ci-après ont été appliquées depuis la parution du rapport susmentionné du Secrétaire général, en vue de limiter davantage les coûts du programme d'assurance maladie :

a) *Obligation faite aux retraités résidant aux États-Unis de souscrire au volet B du programme Medicare.* Medicare est un programme fédéral d'assurance maladie, établi par le Gouvernement des États-Unis, destiné aux personnes âgées de 65 ans ou plus, ou qui répondent à d'autres critères d'admissibilité spécifiques. À compter du 1^{er} janvier 2011, les retraités des Nations Unies qui résident aux États-Unis sont pris en charge par un plan d'assurance maladie américain et sont réputés admissibles et tenus de souscrire au volet B du programme Medicare, l'Organisation leur remboursant la prime y afférente. Ce changement n'a donné lieu à aucune réduction des prestations étant donné que le plan de l'ONU fait à présent fonction d'assurance complémentaire. Selon l'estimation de l'Actuaire-conseil, cette mesure s'est traduite par une réduction de quelque 258,0 millions de dollars des charges à payer. Il est à noter que, si l'on considère l'exercice entamé le 1^{er} juillet 2013, les taux d'accroissement des primes afférentes aux plans américains ont déjà baissé par rapport aux exercices précédents;

b) *Soins préventifs.* Des efforts de révision des régimes d'assurance maladie ont été déployés pour faire en sorte que les soins préventifs soient pleinement pris en charge et encouragés. La prise en charge inclut les examens annuels médicaux, dentaires et ophtalmologiques, ainsi que les vaccinations recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé, surtout en ce qui concerne les fonctionnaires travaillant sur le terrain. Ces améliorations sont justifiées par le fait que les soins préventifs sont plus efficaces, au regard des coûts engagés, que les soins curatifs.

Grâce à un dépistage précoce des infections chroniques ou graves, les participants peuvent prendre des mesures pour mieux gérer leur état de santé. Une prise en charge précoce de ces affections peut aussi se traduire par une baisse du taux d'absentéisme et par une augmentation de la productivité des fonctionnaires actifs, bien que cela ne se reflète pas immédiatement au niveau des coûts des programmes d'assurance;

c) *Changements concernant les franchises prévues par les plans américains.* Au fil des ans, les franchises ont augmenté pour les participants qui n'ont pas recours aux services de prestataires affiliés avec lesquels les administrateurs tiers ont négocié des tarifs préférentiels. Le recours à des prestataires non affiliés alourdit les coûts parce que ces derniers appliquent généralement des tarifs qui sont supérieurs à ceux des prestataires affiliés, même si les remboursements sont maintenus à des taux raisonnables et habituels. Les relèvements des franchises opérés en juillet 2009 et juillet 2013 visent à inciter les participants à faire appel aux prestataires affiliés;

d) *Modifications du plan d'assurance offert par Vanbreda au titre des soins dispensés aux États-Unis.* Le plan offert par Vanbreda a été conçu et ses prix ont été établis en vue d'une utilisation en dehors des États-Unis, les coûts des soins de santé étant généralement plus élevés dans ce pays. Il prévoit cependant une prise en charge des soins d'urgence aux États-Unis. Au fil des ans, son utilisation accrue aux États-Unis a entraîné une hausse des coûts et, en conséquence, des primes. En juillet 2013, des modifications du plan, notamment un relèvement des franchises applicables aux soins dispensés aux États-Unis et ne relevant pas de la médecine d'urgence, ont été opérées aux fins de réduire les coûts et l'utilisation du plan aux États-Unis pour les hospitalisations et pour certains soins ambulatoires ne relevant pas de la médecine d'urgence, tout en préservant l'accès global à des soins de santé suffisants;

e) *Administrateurs tiers.* La mise en place du système des administrateurs tiers pour le programme d'assurance maladie couvrant le personnel recruté sur le plan local dans certains lieux d'affectation hors Siège a été achevée en 2010. En conséquence, l'Organisation a accès à des statistiques des remboursements bien plus détaillées que par le passé. En outre, les participants peuvent à présent profiter d'un nombre croissant d'accords de facturation directe, assortis de listes de tarifs préférentiels, conclus entre les administrateurs tiers et les établissements de soins;

f) *Extension du programme de prise en charge des maladies et de promotion de la santé au personnel des missions.* L'Organisation travaille actuellement avec les administrateurs tiers pour permettre une extension de ce programme au personnel des missions. Comme noté au point b) ci-dessus, les variations de la productivité et l'absentéisme ne sont sans doute pas pleinement pris en compte dans les coûts des programmes d'assurance mais ces éléments ont des conséquences financières pour l'Organisation.

B. Prise en considération d'autres régimes nationaux d'assurance maladie dont seraient admis à bénéficier les retraités des Nations Unies

49. Les données actuelles indiquent que les fonctionnaires des Nations Unies ne retournent pas nécessairement dans leur pays d'origine lorsqu'ils prennent leur retraite; nombre d'entre eux s'installent dans d'autres pays, où ils ont des attaches familiales. L'Organisation a examiné, outre Medicare, les régimes d'assurance maladie offerts dans d'autres pays aux retraités des secteurs public et privé pour déterminer si les retraités des Nations Unies qui sont des nationaux ou des résidents de ces pays sont autorisés à y participer, à condition qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité. Les salariés qui peuvent normalement être admis à participer à des plans d'assurance maladie après la cessation de service du secteur public sont ceux qui sont admis immédiatement au bénéfice d'une pension dans le cadre d'un régime de retraite des fonctionnaires civils et qui, selon les pays, doivent ou non avoir été affiliés sans interruption à un régime d'assurance maladie. Souvent, seul le petit nombre de fonctionnaires des Nations Unies qui étaient détachés par leurs gouvernements respectifs peuvent remplir ces conditions lorsqu'ils partent à la retraite. Il semble qu'aucun État Membre n'assimile des années de service à l'Organisation des Nations Unies à autant d'années de service dans sa fonction publique nationale. Une étude portant sur 11 pays a établi que les plans d'assurance maladie peuvent soit assurer une couverture universelle, soit concerner exclusivement les groupes qui y ont cotisé². Lorsqu'il n'existe aucun régime d'assurance maladie d'application générale, les plans d'assurance maladie après la cessation de service des Nations Unies sont la seule source de protection sociale à cet égard. L'Organisation des Nations Unies continuera d'examiner les cas dans lesquels l'option des régimes d'assurance maladie nationaux pourrait être envisagée en tant que mesure supplémentaire de limitation des coûts, l'idée générale étant de maintenir un niveau suffisant d'assurance maladie pour les retraités tout en limitant l'impact financier

VI. Options concernant les taux de contribution au titre des plans d'assurance maladie après la cessation de service

A. Généralités

50. Les plans d'assurance maladie des Nations Unies prévoient un partage du coût des primes d'assurance entre l'Organisation et les participants (actifs et retraités), conformément aux résolutions pertinentes de l'Assemblée générale (voir tableau 3).

² Les pays considérés étaient le Canada, le Chili, la France, le Ghana, l'Inde, le Japon, le Liban, le Mexique, les Philippines, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Thaïlande. Ces pays, avec les États-Unis, sont les principaux pays de résidence des retraités des Nations Unies.

Tableau 3
Ratios approuvés de partage des coûts au titre des plans d'assurance maladie des Nations Unies

(En pourcentage)

<i>Plan d'assurance maladie</i>	<i>Part de l'Organisation</i>	<i>Part du participant</i>
Plans américain ^a	66,7	33,3
Autres plans ^b	50,0	50,0
Régime d'assurance maladie pour les fonctionnaires recrutés sur le plan local dans des lieux d'affectation désignés ^c	75,0-80,0	25,0-20,0

^a Résolution 38/235 de l'Assemblée générale.

^b Résolution 1095 A (XI) de l'Assemblée générale.

^c Résolution 41/209 de l'Assemblée générale.

51. La Commission de la fonction publique internationale a examiné en 1983 la question des subventions de primes, notamment la répartition du coût de l'assurance maladie entre les organisations appliquant le régime commun des Nations Unies et les fonctionnaires (voir A/38/30) comme suite à une demande de l'Assemblée générale qui l'avait priée d'examiner la nécessité de relever le pourcentage de la subvention versée par ces organisations (résolution 37/126 de l'Assemblée générale, sect. III, par. 8). La Commission, ayant examiné la proportion de la rémunération nette que représentaient les cotisations versées par le personnel pour l'assurance maladie dans les sept villes sièges, a notamment relevé que, si la formule de partage à égalité avait maintenu à un niveau raisonnablement bas, en moyenne, la proportion de la rémunération nette totale que représentaient les cotisations du personnel, dans certains cas, ces pourcentages paraissaient trop élevés, en particulier à New York.

52. La Commission de la fonction publique internationale est convenue que l'assurance maladie était une question intéressant le régime commun et a décidé que son secrétariat établirait une moyenne des cotisations versées par le personnel pour l'assurance maladie, calculée en pourcentage de la rémunération nette et pondérée par le nombre de fonctionnaires dans les sept villes sièges. Elle a indiqué que dans les lieux d'affectation où le rapport entre les cotisations du personnel et la rémunération nette était plus élevé que le rapport moyen dans les sept villes sièges, les chefs de secrétariat pourraient proposer aux organes délibérants des formules de partage appropriées qui ramèneraient le rapport entre la rémunération nette et les cotisations du personnel dans ces lieux d'affectation à un niveau comparable à la moyenne observée dans les sept villes sièges.

53. Trente années se sont écoulées depuis que la Commission de la fonction publique internationale a examiné les ratios de partage des coûts.

B. Cotisations des participants

54. Les cotisations des participants aux régimes d'assurance maladie dépendent du type de couverture (par exemple, fonctionnaire ou retraité sans charges de famille; fonctionnaire ou retraité avec personne à charge; ou famille) et du plan d'assurance choisi. Conformément à la résolution de l'Assemblée générale 1095 A (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 plus faible. Le tableau 4 illustre ce point.

Tableau 4

Montant actuel des cotisations du personnel au titre de l'assurance maladie, exprimé en pourcentage du traitement net

<i>Plan d'assurance maladie</i>	<i>1 personne</i>	<i>2 personnes</i>	<i>3 à 5 personnes</i>	<i>6 personnes ou plus</i>
Plans américains				
Aetna	5,00	8,73	9,75	9,75
Empire Blue Cross	3,43	6,08	7,75	7,75
Health Insurance Plan of New York	4,66	7,13	10,01	10,01
Autres plans				
Vanbreda International				
Europe occidentale	2,41	3,88	6,11	6,11
Chili et Mexique	2,31	3,73	5,86	5,86
Plan mondial (tous les autres pays)	1,51	2,33	3,67	3,67
Plan d'assurance médicale des fonctionnaires des missions recrutés sur le plan local	1,00	1,25	1,75	2,25
Société d'assurance mutuelle du personnel des Nations Unies contre la maladie et les accidents	2,70	4,00	4,40	4,40

55. Les cotisations des retraités sont déterminées selon une échelle mobile, sur la base des valeurs mensuelles des pensions ajustées au titre des variations du coût de la vie déclarées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies. Les taux de cotisation des fonctionnaires recrutés à compter du 1^{er} janvier 2007 et qui prennent leur retraite après moins de 25 ans de participation au programme d'assurance maladie seront plus élevés que ceux des fonctionnaires qui ont été recrutés auparavant. L'impact de cette modification sera plus sensible à compter de 2017.

56. Chaque plan offre une couverture maladie aux fonctionnaires actifs et aux retraités, ces deux catégories étant considérées comme un seul et même groupe. Depuis janvier 1974, les coûts sont répartis entre les deux catégories de sorte que le taux de cotisation des retraités représente environ la moitié de celui des fonctionnaires actifs, les taux de répartition requis entre l'Organisation et les participants dans leur ensemble étant quant à eux maintenus. Cette disposition revient à transférer des fonctionnaires actifs vers les retraités une partie de la part de l'Organisation.

C. Fixation des primes d'assurance maladie

57. Les programmes autonomes d'assurance maladie des Nations Unies sont indexés sur les résultats, les primes étant calculées chaque année sur la base d'une variable composite regroupant les dépenses de santé des participants au cours de l'année précédente, l'effet escompté de la croissance de la consommation des

services de santé et de l'inflation et une dotation suffisante pour couvrir les frais administratifs. Après une année de forte consommation, le taux d'augmentation des primes est relativement élevé. Inversement, si la consommation a été modérée, le taux d'augmentation des primes est lui aussi modéré. Les primes annuelles sont calculées de façon à ce que les frais médicaux et les frais administratifs soient couverts pendant la période de 12 mois à venir.

VII. Conséquences financières et juridiques d'une modification du champ d'application des plans d'assurance maladie après la cessation de service et de la couverture qu'ils offrent, ainsi que des taux de cotisation

58. Le Secrétaire général a examiné les conséquences financières et juridiques à attendre d'une modification a) du champ d'application des plans d'assurance maladie après la cessation de service et de la couverture qu'ils offrent et b) des taux de cotisation applicables aux retraités et fonctionnaires actifs actuels.

59. D'un point de vue juridique, toute modification sensible, au détriment des participants, du champ d'application, de la couverture ou des taux de cotisation afférents aux plans d'assurance maladie après la cessation de service risque de porter atteinte aux éléments fondamentaux des droits acquis, tant pour les fonctionnaires actifs que pour les retraités, en ce qui concerne cet avantage. Cela serait contraire à l'article 12.1 du Statut du personnel, aux termes duquel les dispositions du Statut peuvent être complétées ou modifiées par l'Assemblée générale, sans préjudice des droits acquis des fonctionnaires. Si le Règlement et le Statut du personnel ne contiennent aucune définition des droits acquis, ceux-ci correspondent à un principe juridique bien établi qui a été suivi non seulement par les juridictions nationales mais aussi par les tribunaux administratifs du système des Nations Unies.

60. Il n'est pas toujours facile de déterminer si une modification d'une disposition donnée risque de porter atteinte aux droits acquis. En substance, les droits acquis qui sont tirés de l'emploi et qui deviennent exécutoires ne peuvent être remis en cause par une règle ultérieure qui modifie les conditions leur donnant naissance.

61. Le droit au bénéfice d'une assurance maladie après la cessation de service découle du contrat d'emploi du fonctionnaire et est un droit acquis que celui-ci tire de son emploi³. Il s'agit donc d'un aspect essentiel des conditions d'emploi des fonctionnaires.

62. En ce qui concerne les retraités actuels, leurs droits au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service sont devenus exécutoires et ils en jouissent. Si des modifications sensibles du champ d'application, de la couverture ou des taux de cotisation afférents aux plans d'assurance maladie après la cessation de service se

³ Le programme d'assurance maladie après la cessation de service a été établi en 1967, compte tenu des difficultés que rencontraient les fonctionnaires retraités pour obtenir une assurance maladie après une carrière dans une organisation internationale. Les dispositions actuelles régissant le programme sont contenues dans l'instruction administrative [ST/AI/2007/3](#), datée du 1^{er} juillet 2007.

traduisaient par une réduction de leurs prestations, cela présenterait des risques juridiques.

63. En ce qui concerne les fonctionnaires actifs, des modifications influant sur les droits acquis tirés de l'emploi ne seraient admissibles que si elles étaient applicables de façon prospective. Par exemple, en application de la résolution [61/264](#) de l'Assemblée générale, les modifications des dispositions concernant les conditions d'admission au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service et les cotisations y afférentes visaient seulement les fonctionnaires recrutés à compter du 1^{er} juillet 2007 et respectaient les principes de non-rétroactivité et de respect des droits acquis.

64. Avant de tirer une conclusion définitive, il serait nécessaire de se livrer à une analyse détaillée de toute modification envisagée du champ d'application des plans d'assurance maladie après la cessation de service, de la couverture qu'ils offrent et des taux de cotisation des participants, afin d'en déterminer les implications juridiques exactes.

65. Toute modification de l'assurance maladie après la cessation de service pourrait avoir des conséquences financières du point de vue des charges à payer, des dépenses courantes et de la répartition des coûts entre les participants et l'organisation. Ces conséquences seraient déterminées de façon plus précise sur la base du détail des mesures envisagées.

66. Des modifications ont régulièrement été apportées à la conception des plans d'assurance maladie, notamment celle par laquelle il est fait obligation, à compter de janvier 2011, aux retraités admissibles de souscrire au volet B du programme Medicare et celle qui prévoit une augmentation des montants de la franchise et du ticket modérateur payés par les participants, sur la base des dispositions applicables de plans comparables. La conception des plans continue d'être adaptée conformément à l'évolution des conditions générales de l'assurance maladie et compte tenu de l'objectif de limiter les coûts tout en veillant à ce que les retraités admissibles aient accès à des soins de qualité.

VIII. Fermeture du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et du Tribunal pénal international pour le Rwanda

67. Dans ses précédents rapports sur le financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, le Secrétaire général a proposé la mise en place d'un mécanisme de financement en prévision de la fermeture du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et du Tribunal pénal international pour le Rwanda. Il relevait que les charges à payer à ce titre s'étaient accumulées mais n'avaient pas été provisionnées. Le Comité des commissaires aux comptes a exprimé sa préoccupation à ce sujet dans ses rapports sur les états financiers des tribunaux pour les exercices biennaux 2004-2005 et 2006-2007 ([A/61/5/Add.11](#) et [Corr.1](#), [A/61/5/Add.12](#) et [Corr.1](#), [A/63/5/Add.11](#) et [A/63/5/Add.12](#)). Si les montants dus ne sont pas provisionnés, les tribunaux ne seront pas en mesure de faire face à leurs engagements. Le Secrétaire général indique que, dans le cadre de la fermeture des tribunaux, il sera nécessaire de tenir compte des charges à payer au titre des prestations dues aux fonctionnaires actifs et

aux retraités et de s'assurer que les montants restants dus sont suffisamment provisionnés.

IX. Conclusions

68. Au 31 décembre 2011 et au 31 décembre 2012, les charges à payer non provisionnées au titre de l'assurance maladie après la cessation de service s'élevaient respectivement à 3 654 millions et à 3 943 millions de dollars. Sur la base des projections relatives aux départs à la retraite des fonctionnaires des Nations Unies et des hypothèses retenues en ce qui concerne l'évolution démographique et la hausse des prix des services médicaux, ce montant devrait augmenter sensiblement au cours des exercices biennaux à venir, alors qu'aucun élément d'actif en particulier ne compense le passif non capitalisé. Le Comité des commissaires aux comptes a pris en considération ces obligations et, étant donné leur importance, a continué de recommander que l'Organisation adopte une stratégie de provisionnement. Le Secrétaire général convient qu'il est nécessaire de commencer à prendre en compte les coûts des services courants et d'affecter régulièrement des fonds à la constitution d'une réserve pour faire face, au fil du temps, aux futurs besoins de subventionner l'assurance maladie après la cessation de service.

X. Décisions que l'Assemblée générale est invitée à prendre

69. En ce qui concerne l'adoption d'un mécanisme destiné à financer les obligations contractées à ce jour par l'Organisation des Nations Unies, le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et le Tribunal pénal international pour le Rwanda, au titre des régimes d'assurance maladie après la cessation de service et pour couvrir les nouvelles charges à payer chaque année au titre du personnel en activité de ces entités, l'Assemblée générale est invitée à prendre les décisions suivantes :

a) Approuver le financement, à compter du 1^{er} janvier 2016, des obligations actuelles et futures relatives à l'assurance maladie après la cessation de service contractées par l'Organisation des Nations Unies au titre du personnel en activité et des retraités relevant de toutes les sources de financement, et le virement des sommes correspondantes à un compte spécial pour le fonds de réserve de l'assurance maladie après la cessation de service, selon les modalités suivantes :

i) Financement régulier à long terme :

a. Tenir compte de l'intention du Secrétaire général de maintenir le dispositif actuel de financement par répartition grâce à l'ouverture de crédits destinés à couvrir les contributions versées au bénéfice des retraités ayant émargé au budget ordinaire ou au budget d'opérations de maintien de la paix;

b. Tenir compte de l'intention du Secrétaire général de maintenir le dispositif actuel de financement par répartition de sources extrabudgétaires en ce qui concerne les actuels bénéficiaires de

l'assurance maladie après la cessation de service dont les postes étaient financés par des fonds extrabudgétaires lorsqu'ils ont pris leur retraite;

c. Créer, à compter du 1^{er} janvier 2016, une provision équivalente à 4,5 % des dépenses totales de personnel, toutes sources de financement confondues, pour couvrir les charges à payer au titre des fonctionnaires actifs, dans le cadre des dépenses communes de personnel;

d. Décide que le taux de la provision susmentionnée, fixé à 4,5 %, concernant les charges à payer au titre des fonctionnaires actifs, sera révisé tous les cinq ans afin que les montants ainsi obtenus soient suffisants pour atteindre l'objectif de financement;

ii) Provisionnement des charges à payer :

a. Constituer, à compter du 1^{er} janvier 2016, une provision équivalente à 2 % des dépenses totales de personnel, toutes sources de financement confondues, en vue de parvenir en 20 ans au provisionnement intégral des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, dans le cadre des dépenses communes de personnel;

b. Décide que le taux de la provision susmentionnée, fixé à 2 %, concernant les charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service, sera révisé tous les cinq ans afin que les montants ainsi obtenus soient suffisants pour atteindre l'objectif de financement;

c. Approuver la proposition du Secrétaire général tendant à ce que la part des réserves pour assurance maladie qui reviendrait normalement aux États Membres en cas de suspension des cotisations soit affectée à la réduction de la part non provisionnée des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service;

b) Approuver le financement des charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et du Tribunal pénal international pour le Rwanda, dans le cadre de la clôture définitive des comptes des deux institutions;

c) Noter que le relèvement à 65 ans de l'âge normal du départ à la retraite, applicable à compter du 1^{er} janvier 2014 aux futurs membres du personnel, n'aurait pas d'effet sensible sur les obligations contractées avant le 1^{er} janvier 2014;

d) Noter que si, à compter du 1^{er} janvier 2014, l'âge normal du départ à la retraite des actuels membres du personnel était relevé, à titre facultatif, à 65 ans, la réduction de la valeur actuarielle des charges à payer qui s'ensuivrait serait inférieure à 1 %.

70. L'Assemblée générale pourra également, si elle le souhaite, inviter la Commission de la fonction publique internationale à se pencher à nouveau sur la question de la répartition des primes d'assurance maladie entre les organisations appliquant le régime commun des Nations Unies et les participants aux plans d'assurance maladie.

Annexe I

Récapitulatif des prestations offertes par les régimes d'assurance maladie du programme d'assurance maladie des Nations Unies

(En dollars des États-Unis)

Prestations	Aetna (soins médicaux seulement)		Empire Blue Cross (soins médicaux seulement)		Cigna (soins dentaires seulement)	Vanbreda International	Plan d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés sur le plan local	Société d'assurance mutuelle du personnel des Nations Unies contre la maladie et les accidents	Plan d'assurance médicale commun à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés ^a	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés ^a					
Franchise annuelle	Néant	250 dollars (couverture individuelle) 750 dollars (couverture familiale)	Néant	250 dollars (couverture individuelle) 750 dollars (couverture familiale)	Néant (prestataire affilié) 50 dollars par personne et 150 dollars par famille (prestataire non affilié)	Néant, si les soins sont dispensés en dehors des États-Unis 1 200 dollars (couverture individuelle); 3 600 dollars (couverture familiale) si les soins sont dispensés aux États-Unis	Néant	Néant	Néant
Ticket modérateur : maximum annuel		1 250 dollars (couverture individuelle) 3 750 dollars (couverture familiale)		1 250 dollars (couverture individuelle) 3 750 dollars (couverture familiale)		200 dollars (couverture individuelle) 600 dollars (couverture familiale) Pour les soins aux États-Unis : 2 200 dollars (couverture individuelle); 6 600 dollars (couverture familiale)	Un mois de traitement pour le personnel en activité		

Prestations	Aetna (soins médicaux seulement)		Empire Blue Cross (soins médicaux seulement)		Cigna (soins dentaires seulement)	Vanbreda International	Plan d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés sur le plan local	Société d'assurance mutuelle du personnel des Nations Unies contre la maladie et les accidents	Plan d'assurance médicale commun à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés ^a	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés ^a					
Plafond annuel (par personne)					2 250 dollars avec des accroissements annuels compris entre 100 et 300 dollars en cas de soins préventifs	250 000 dollars	4 fois le montant du traitement de référence du régime (5 fois pour la Thaïlande)	Illimité	
Hospitalisation (enregistrement préalable requis)	100 %	100 %	100 %	80 % (États- Unis) 100 % (international)		330 dollars par jour pour l'hébergement, sauf en Europe occidentale, au Canada, en Israël, en Australie, au Chili et au Mexique, où des taux maximum journaliers sont applicables 80 % (honoraires) ^b 100 % (autres frais)	100 %	100 % (salle commune, six lits au moins) 90 % (chambre à deux lits) 75 % (chambre individuelle)	100 % (salle commune et pays autres que le Canada, Israël, l'Europe et les États- Unis) 90 % (hôpital de seconde classe) 70 % (hôpital de première classe)
Soins hospitaliers ambulatoires (enregistrement préalable requis)	100 %	100 %	100 %	80 % (États- Unis) 100 % (international)		100 %	100 %	90 %	90 %
Service des urgences (visite initiale)	100 % après ticket modérateur de 50 dollars	100 % après ticket modérateur de 50 dollars	100 % après ticket modérateur de 50 dollars	100 % après ticket modérateur de 50 dollars		80 %	100 %	80 %	80 %

<i>Prestations</i>	<i>Aetna (soins médicaux seulement)</i>		<i>Empire Blue Cross (soins médicaux seulement)</i>		<i>Cigna (soins dentaires seulement)</i>	<i>Vanbreda International</i>	<i>Plan d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés sur le plan local</i>	<i>Société d'assurance mutuelle du personnel des Nations Unies contre la maladie et les accidents</i>	<i>Plan d'assurance médicale commun à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel</i>
	<i>Prestataires affiliés</i>	<i>Prestataires non affiliés^a</i>	<i>Prestataires affiliés</i>	<i>Prestataires non affiliés^a</i>					
Visite en service d'urgence (soins ordinaires)	80 % après franchise	80 % après franchise	Soins non couverts	Soins non couverts		80 %	80 %	80 %	80 %
Visite médicale à domicile ou sur le lieu de travail	100 % après ticket modérateur (généraliste : 15 dollars; spécialiste : 20 dollars)	80 %	100 % après ticket modérateur (généraliste : 15 dollars; spécialiste : 20 dollars)	80 %		80 % ^b	80 %	80 %	80 %
Examen médical de routine	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	80 %	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	80 %		100 % (plafonné 80 % à 750 dollars)		80 %	80 % (plafonné à 170 euros par année civile et à 562 euros pour les hommes de plus de 40 ans et les femmes de plus de 35 ans)
Honoraires de chirurgien	100 %	80 % après franchise	100 %	80 % après franchise		80 % (honoraires) ^b 100 % (autres frais)	80 %	90 %	80 %
Pharmacie	Ticket modérateur de 20 % (plafonné à 20 dollars)	60 % (États-Unis) 80 % (international)	Ticket modérateur de 20 % (plafonné à 20 dollars)	60 % (États-Unis) 80 % (international)		80 % ^b	100 % (hospitalisation) 80 % (soins ambulatoires)	80 %	80 %

<i>Prestations</i>	<i>Aetna (soins médicaux seulement)</i>		<i>Empire Blue Cross (soins médicaux seulement)</i>		<i>Cigna (soins dentaires seulement)</i>	<i>Vanbreda International</i>	<i>Plan d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés sur le plan local</i>	<i>Société d'assurance mutuelle du personnel des Nations Unies contre la maladie et les accidents</i>	<i>Plan d'assurance médicale commun à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel</i>
	<i>Prestataires affiliés</i>	<i>Prestataires non affiliés^a</i>	<i>Prestataires affiliés</i>	<i>Prestataires non affiliés^a</i>					
Soins de santé mentale, hospitalisation	100 %	100 %	100 %	80 %		Couverture identique à celle de l'hospitalisation pour soins médicaux	Couverture identique à celle de l'hospitalisation pour soins médicaux, assujettie à un plafond annuel équivalent à un mois du traitement de référence	100 % (salle commune, six lits minimum) 90 % (chambre à deux lits) 75 % (chambre individuelle)	100 % (salle commune et pays autres que le Canada, Israël, l'Europe et les États-Unis) 90 % (hôpital de seconde classe) 70 % (hôpital de première classe)
Santé mentale, soins ambulatoires	100 %	80 % après franchise	100 %	80 % après franchise		80 % sur autorisation préalable	80 % (plafonné à un mois du traitement de référence)	80 % (plafonné à 6 consultations par an)	80 % pour les fonctionnaires, sur autorisation préalable; plafonné à 1 890 euros par période de 24 mois consécutifs pour les personnes à charge
Hospitalisation – alcoolisme et toxicomanie (autorisation préalable nécessaire)	100 %	100 % après franchise	100 %	80 % après franchise		Couverture identique à celle de l'hospitalisation pour soins médicaux	Couverture identique à celle de l'hospitalisation pour soins médicaux mais limitée à 30 jours par an et assujettie à un plafond égal à un mois du traitement de référence	80 % (couverture limitée à trois séjours)	Couverture identique à celle de l'hospitalisation pour soins médicaux, limitée à deux séjours

<i>Prestations</i>	<i>Aetna (soins médicaux seulement)</i>		<i>Empire Blue Cross (soins médicaux seulement)</i>		<i>Cigna (soins dentaires seulement)</i>	<i>Vanbreda International</i>	<i>Plan d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés sur le plan local</i>	<i>Société d'assurance mutuelle du personnel des Nations Unies contre la maladie et les accidents</i>	<i>Plan d'assurance médicale commun à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel</i>
	<i>Prestataires affiliés</i>	<i>Prestataires non affiliés^a</i>	<i>Prestataires affiliés</i>	<i>Prestataires non affiliés^a</i>					
Soins ambulatoires – alcoolisme et toxicomanie	100 %	80 % après franchise	100 %	80 % après franchise		80 % sur justification médicale et autorisation préalable	80 % (plafonné à un mois du traitement de référence)	80 % (limité à trois traitements)	
Examen ophtalmologique	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 %	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	80 % après franchise		80 %	80 %	80 %	80 % par période de 24 mois
Lunettes, montures et verres correcteurs	100 dollars maximum par paire de lunettes ou de verres correcteurs dans une période de 12 mois	100 dollars maximum par paire de lunettes ou de verres correcteurs dans une période de 12 mois	Allocation de 130 dollars; ticket modérateur de 10 dollars pour les verres correcteurs	45 dollars maximum pour les montures; 25 à 55 dollars pour les verres correcteurs; 105 dollars pour les lentilles de contact		80 % (plafonné à 250 dollars par période de 24 mois)	80 % (plafonné à 120 dollars par période de 24 mois)	80 % pour a) verres correcteurs (plafond de 450 francs suisses par an, cumulable sur deux ans); b) montures (plafond de 75 francs suisses); c) chirurgie réfractive (plafonné à 2 000 francs suisses par patient)	80 % pour les verres correcteurs (plafonné à 390 euros par période de 24 mois) et pour les traitements au laser (couvert au titre de la chirurgie ambulatoire ou de l'hospitalisation); montures non couvertes
Soins dentaires, plafond annuel					2 250 dollars avec des accroissements annuels compris entre 100 et 300 dollars en cas de soins préventifs	1 000 dollars avec report non renouvelable du solde non dépensé	Montant équivalent à la moitié du traitement de référence	2 500 francs suisses par an, cumulable sur deux années civiles	1 897 euros, avec report non renouvelable du solde non dépensé

<i>Prestations</i>	<i>Aetna (soins médicaux seulement)</i>		<i>Empire Blue Cross (soins médicaux seulement)</i>		<i>Cigna (soins dentaires seulement)</i>	<i>Vanbreda International</i>	<i>Plan d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés sur le plan local</i>	<i>Société d'assurance mutuelle du personnel des Nations Unies contre la maladie et les accidents</i>	<i>Plan d'assurance médicale commun à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel</i>
	<i>Prestataires affiliés</i>	<i>Prestataires non affiliés^a</i>	<i>Prestataires affiliés</i>	<i>Prestataires non affiliés^a</i>					
Soins dentaires préventifs					100 % (prestataires affiliés) 90 % (prestataires non affiliés)	80 % (à concurrence du plafond annuel)	80 % (à concurrence de la moitié du traitement de référence)	80 %	80 % (à concurrence du plafond annuel)
Soins dentaires réparateurs					100 % (prestataires affiliés) 80 % (prestataires non affiliés)	80 % (à concurrence du plafond annuel)	80 % (à concurrence de la moitié du traitement de référence)	90 %	80 % (à concurrence du plafond annuel)
Soins orthodontiques (enfants jusqu'à 19 ans)					100 % (prestataires affiliés) 70 % (prestataires non affiliés) Plafond de 2 250 dollars, non renouvelable	80 % (jusqu'à concurrence du plafond annuel)	80 % (à concurrence de la moitié du traitement de référence)	80 %	80 % (à concurrence du plafond annuel)
Kinésithérapie et traitements divers – hospitalisation	100 %	80 %	100 % (60 visites par an)	80 %		100 % (hospitalisation) 80 % (honoraires)	100 % (hospitalisation) 80 % (honoraires)	100 % (hospitalisation) 80 % (honoraires)	80 %

<i>Prestations</i>	<i>Aetna (soins médicaux seulement)</i>		<i>Empire Blue Cross (soins médicaux seulement)</i>		<i>Cigna (soins dentaires seulement)</i>	<i>Vanbreda International</i>	<i>Plan d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés sur le plan local</i>	<i>Société d'assurance mutuelle du personnel des Nations Unies contre la maladie et les accidents</i>	<i>Plan d'assurance médicale commun à l'Office des Nations Unies à Vienne et à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel</i>
	<i>Prestataires affiliés</i>	<i>Prestataires non affiliés^a</i>	<i>Prestataires affiliés</i>	<i>Prestataires non affiliés^a</i>					
Kinésithérapie et traitements divers – soins ambulatoires	100 %	80 %	100 % après ticket modérateur de 20 dollars (60 visites par an)	80 %		80 %	80 %	80 % (plafonné à 70 francs suisses par séance; 30 séances au maximum par an)	80 %
Matériel médical durable	100 %	80 %	100 %			80 % ^b		80 %	80 %

^a Le remboursement pour les soins assurés aux États-Unis par des prestataires non affiliés est assujéti aux franchises annuelles applicables et s'effectue dans les limites des tarifs raisonnables et pratiqués habituellement.

^b Le plan complémentaire d'assurance médicale gros risques (FAO et PAM) rembourse 80 % des 20 % non couverts par le plan de base une fois atteint le plafond du ticket modérateur.

Annexe II

Charges à payer au titre de l'assurance maladie après la cessation de service dans le système des Nations Unies

(En millions de dollars des États-Unis)^a

Organisation ou entité	Total des charges à payer, 31 décembre			Financement par capitalisation, 31 décembre			Charges inscrites au bilan, 31 décembre			Charges non inscrites au bilan, 31 décembre		Date de l'évaluation actuarielle la plus récente	Compta-bilisation au décaisse-ment pour les retraités actuels (oui/non)	Pourcentage des charges totales capitalisées
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2010	2011			
ONU	2 302	2 473	3 654	–	–	–	2 304	2 473	3 654	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
TPIR	23	25	43	–	–	–	23	25	43	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
TPIY	14	15	27	–	–	–	14	15	27	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
FAO	934	983	979	187	219	229	654	714	776	268	203	31 décembre 2011	Non	23
AIEA ^a	244	244	111	–	–	–	–	145	111	99	–	31 décembre 2011	Oui	–
OACI ^a	54	66	63	–	1	1	–	66	63	–	–	31 décembre 2011	Oui	2
FIDA	61	56	52	60	67	66	61	56	52	–	–	31 décembre 2011	Non	127
OIT	510	564	738	36	40	48	510	564	738	–	–	31 décembre 2011	Oui	6
OMI	27	27	24	3	–	–	–	27	24	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
CCI	37	39	58	–	–	–	37	39	58	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
UIT	188	–	302	–	–	7	–	–	302	–	–	2012	Oui	2
OPS	203	258	–	22	25	–	–	186	–	71	–	31 décembre 2010	Non	–
ONUSIDA	–	–	63	–	–	29	–	–	–	–	34	31 décembre 2007	Oui	46
Commission d'indemnisation	3	3	5	–	–	–	3	3	5	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
Convention/désertification	5	5	9	–	–	–	5	5	9	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
FENU ^b	11	11	10	–	–	–	–	–	–	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
PNUD ^b	430	463	830	373	–	453	373	–	453	–	377	31 décembre 2011	Oui	55
PNUE	39	44	77	–	–	–	39	44	77	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
UNESCO	649	736	750	27	–	–	–	736	750	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
CCNUCC	13	16	29	–	–	–	13	16	29	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
FNUAP	88	88	163	79	84	115	88	88	163	–	–	31 décembre 2011	Non	71
ONU-Habitat	8	9	17	–	–	–	8	9	17	–	–	31 décembre 2011	Oui	–

Organisation ou entité	Total des charges à payer, 31 décembre			Financement par capitalisation, 31 décembre			Charges inscrites au bilan, 31 décembre			Charges non inscrites au bilan, 31 décembre		Date de l'évaluation actuarielle la plus récente	Compta- bilisation au décaisse- ment pour les retraités actuels (oui/non)	Pourcentage des charges totales capitalisées
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2010	2011			
HCR	347	286	351	–	–	–	347	286	351	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
UNICEF	464	507	783	210	240	270	–	–	–	507	783	31 décembre 2011	Oui	34
ONUDI	101	124	144	–	–	–	–	124	144	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
Caisse des pensions	31	–	45	–	–	–	31	–	45	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
ONUDC	14	17	30	–	–	–	14	17	30	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
UNOPS	–	–	40	–	–	18	–	–	18	–	22	31 décembre 2011	Oui	45
UNU	6	6	10	–	–	–	6	6	10	–	–	31 décembre 2011	Oui	–
ONU-Femmes ^b	20		27			22			22		5	31 décembre 2011	Oui	81
OMT	4	4	4	–	1	1	–	1	1	3	3	31 décembre 2007	Oui	25
UPU	6	21	40	–	–	–	–	–	37	21	3	31 décembre 2010	Oui	–
PAM	182	204	231	107	113	145	182	204	231	–	–	31 décembre 2011	Non	63
OMS	1 000	1 365	1 236	450	478	444	450	478	528	887	264	31 décembre 2011	Oui	36
OMPI ^a	99	112	113	–	–	–	46	101	103	11	103	31 décembre 2011	Oui	–
OMM	60	65	40	2	–	24	–	65	40			31 décembre 2011	Oui	60

Abréviations : AIEA : Agence internationale de l'énergie atomique; Caisse des pensions : Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies; CCI : Centre du commerce international CNUCED/OMC; CCNUCC : Convention-cadres des Nations Unies sur les changements climatiques; Commission d'indemnisation : Commission d'indemnisation des Nations Unies; Convention/désertification : Secrétariat de la Convention des Nations Unies sur la lutte contre la désertification dans les pays gravement touchés par la sécheresse et/ou la désertification, en particulier en Afrique; FAO : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture; FENU : Fonds d'équipement des Nations Unies; FIDA : Fonds international de développement agricole; FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population; HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés; OACI : Organisation de l'aviation civile internationale; OIT : Organisation internationale du Travail; OMI : Organisation maritime internationale; OMM : Organisation météorologique mondiale; OMPI : Organisation mondiale de la propriété intellectuelle; OMS : Organisation mondiale de la Santé; OMT : Organisation mondiale du tourisme; ONU : Organisation des Nations Unies; ONUDC : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime; ONUDI : Organisation des Nations Unies pour le développement industriel; ONU-Femmes : Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes; ONU-Habitat : Programme des Nations Unies pour les établissements humains; ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida; OPS : Organisation panaméricaine de la santé; PAM : Programme alimentaire mondial; PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement; PNUE : Programme des Nations Unies pour l'environnement; TPIR : Tribunal pénal international pour le Rwanda; TPIY : Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie; UIT : Union internationale des télécommunications; UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture; UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance; UNOPS : Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets; UNU : Université des Nations Unies; UPU : Union postale universelle.

^a Les montants indiqués pour l'AIEA sont en euros, pour l'OACI en dollars canadiens et pour l'OMPI en francs suisses.

^b Depuis 2009, le PNUD communique des états séparés pour les charges à payer du FENU et d'ONU-Femmes (anciennement Fonds de développement des Nations Unies pour la femme).