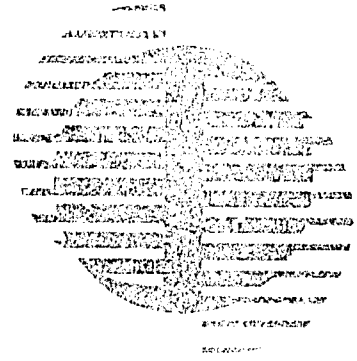
PN-ABQ-403

Tarification Des Usagers Pour Assurer la Perennité des Services De Planification Familiale

Document d' Information
Pour le Manuel des Directeurs de Programmes



SEATS

Projet d' Expansion et
Soutien Technique des
Services de Planification Familiale

Remerciements

Ce manuel a été préparé par le Projet d'expansion et soutien technique des services de planification familiale (SEATS). Le SEATS est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre du contrat No. DPE-3048-Z-00-9011-00 et géré par la John Snow, Inc. (JSI), à Arlington, en Virginie, aux Etats-Unis. Ce manuel a été préparé par Laurence Day avec le concours inestimable d'Erika Finlayson et d'Anne Keehn de JSI, de Lori Harris et de Joe Coyle du Business Communications Group à Washington, D.C. David O'Brien du projet SEATS a également contribué substantiellement à la préparation du manuel alors qu'Elizabeth Wiseman a joué un rôle primordial dans la révision, la finalisation et l'exécution de ce document. On s'est aussi inspiré des resultats des travaux précédents réalisés par le personnel et les consultants de JSI dans la préparation de certaines sections, notamment le travail effectué par Randall Ellis sur les systèmes d'exonérations et celui de John Fiedler portant sur plusieurs domaines. L'idée du présent manuel est née des discussions qui se sont déroulées entre l'auteur et Mme. Nancy Harris, directrice du SEATS. Ce document n'aurait pu être publié sans le concours de Janet Smith (directrice du programme OPTIONS) et de Mmes. Harriett Destler et Bonnie Pedersen au siège de l'AID. Nonobstant ces apports considérables, seul l'auteur endosse la responsabilité des avis exprimés et de toute erreur ou omission dans cet ouvrage.

Historique

Dans les pays en voie de développement à travers le monde, les programmes de planification familiale (PF) s'appuient de plus en plus sur les systèmes de tarification des usagers pour recouvrer les coûts des soins de santé publique. Beaucoup de pays - notamment ceux qui ont gagné leur indépendance au cours de ces trente dernières années - avaient prévu avec optimisme dans les dispositions de leur Constitution la prestation de services de soins gratuits pour tout le monde. Les services de planification familiale en particulier ont toujours attiré une attention toute particulière et ils ont été mis à la disposition de la population sur une grande échelle à moindre frais ou gratuitement. Toutefois, face aux grandes difficultés économiques et au sous-financement persistant de la santé publique, la plupart de ces pays ont changé récemment de méthode: ils ont commencé à faire payer les prestations de services de soins de santé publique. D'ailleurs, on a estimé qu'environ 17% de tous les coûts de planification familiale dans les pays en voie de développement sont couverts par la tarification des usagers.[1]

Alors que l'on adopte de plus en plus les systèmes de tarification des usagers (STU), il continue toujours à exister une controverse au sujet de l'effet que cette tarification a sur l'utilisation des services de PF. En effet, on a tellement discuté de la tarification des usagers au cours de ces deux dernières décennies que maintenant presque tous les décideurs ou directeurs des services de la santé des pays en voie de développement se sont familiarisés avec l'expression et ses concepts essentiels. Ce qui fait souvent défaut est une clarification de ces concepts et une explication détaillée de la façon d'élaborer et d'exécuter un programme de tarification des usagers des services de PF. C'est pour ces raisons que le projet SEATS a réalisé la *Conception d'un système de tarification de planification familiale: manuel pour les directeurs des programmes*.

Chaque fois qu'on envisage l'exécution ou l'expansion d'un STU dans une formation sanitaire spécifique ou un programme de PF donné, il y a deux éléments fondamentaux à ne pas oublier:

- **L'objectif visé est de maximiser l'accès aux services de PF et la qualité de ces services.**

  En initiant ou en mettant à jour les STU, l'objectif visé *n'est pas* le recouvrement des coûts en *tant que tel* mais plutôt la prestation de meilleurs services mis à la disposition d'un plus grand nombre de personnes à des prix abordables.

- **La conception, exécution ou mise à jour d'un STU n'ont nullement besoin d'être une affaire compliquée.**

  Des systèmes simples peuvent être mis en place pour fixer les prix, faire les calculs prévisionnels des coûts et recettes, assurer un suivi du taux d'utilisation, gérer les recettes et décider de la meilleure façon d'utiliser lesdites recettes. Par ailleurs, les directeurs de programmes constateront qu'un système de tarification des usagers fait peu à peu partie intégrale d'une bonne gestion des programmes.

Previous Page Blank

S'il est bien conçu et exécuté, un système de tarification des usagers peut accroître la disponibilité des services de PF et améliorer leur qualité, c'est-à-dire, mettre un volume plus important de services à la disposition d'un plus grand nombre de personnes. Un fait tout aussi important à noter est qu'un système peut contribuer à l'augmentation du taux d'utilisation au fur et à mesure que les usagers apprécient la qualité améliorée et la disponibilité des produits et des services offerts.

Nécessité d'une tarification des usagers des services de planification familiale

Malheureusement, les moyens actuellement mis à la disposition des services de planification familiale dans les pays en voie de développement ne sont pas suffisants pour permettre une expansion des programmes - ou même leur pérennisation - à long terme. Il est presque sûr qu'en l'absence de ressources financières supplémentaires accordées aux services de PF (par les gouvernements, donateurs et usagers), il serait impossible de pérenniser des taux accrus d'utilisation des services de PF.

La population des pays en voie de développement, la Chine non comprise, est maintenant estimée à plus de trois milliards d'habitants dont environ 480 millions de femmes qui appartiennent au groupe d'âge reproductif. En vue d'atteindre un taux souhaitable de stabilité démographique au cours des deux ou trois prochaines décennies, les taux de prévalence des méthodes contraceptives (PC) doivent être augmentés à 65% environ. Ce qui veut dire que la prestation des services de PF doit être assurée à peu près à 312 millions de femmes par an, - chiffre qui ne cesse d'augmenter chaque année.[7] Jusqu'à présent, des 114 pays ou plus en voie de développement, la République populaire de Chine et la Thaïlande sont les seuls pays qui ont réussi à atteindre ce taux de prévalence des méthodes contraceptives.

Fonds nécessaires

Il est possible de faire un calcul très approximatif des fonds nécessaires pour atteindre un taux de PF de 65% dans les pays en voie de développement (la Chine populaire non comprise). A titre indicatif, voir ci-après une estimation des coûts pour une année:

Coût de couverture pour une femme par an	=	$E.U. 20,00
Nombre des femmes à atteindre avec les produits et services	=	312 millions
Coût total pour atteindre le taux de couverture de 65%	=	$E.U. 6,24 milliards

Les estimations des dépenses actuelles varient de $E.U. 2,2 milliards à $E.U. 4,5 milliards dont l'apport des donateurs représente $E.U. 560 millions du montant.[8] Pour l'an 2000 quelques estimations des coûts annuels s'élèvent même jusqu'à un montant de $E.U. 11,5 milliards[9] - dépassant de plusieurs milliards de dollars le montant global des fonds actuellement alloués aux services de PF par les donateurs internationaux et les gouvernements des pays en développement. L'Annexe 1 montre plus d'information des prévisions des dépenses en planification familiale.

Etant donné que les budgets des donateurs et des gouvernements sont déjà sollicités au maximum, le recouvrement de ces coûts nécessite une planification judicieuse. Ce déficit de plusieurs milliards de dollars doit être comblé par une combinaison comprenant l'aide des donateurs, les budgets gouvernementaux des pays en voie de développement et plusieurs formes de paiements directs et indirects par les usagers. Des fonds supplémentaires provenant de la tarification des consommateurs, comme indiqué antérieurement, couvrent peut-être de 10 à 17% des coûts actuels et ils joueront sans doute un rôle de plus en plus important dans le recouvrement des coûts d'expansion et d'amélioration des services.

Autrement dit, si on peut recouvrer 10% des coûts d'un programme de PF par le biais de la tarification des usagers, le programme peut autofinancer 10% de l'expansion des services. Si 100% des coûts peuvent être recouvrés - comme c'est le cas dans un certain nombre de programmes à travers le monde - dans ce cas les possibilités financières seront illimitées pour l'expansion des services de PF. Bien que ces exemples soient simplifiés, ils montrent le rôle important que la tarification des usagers doit jouer dans l'avenir des programmes de PF. Comme on le constatera dans la discussion ci-après, la méthode de tarification des usagers que l'on préconise est celle de toujours équilibrer l'application de bonnes techniques de gestion et la nécessité de l'expansion de la prestation des services d'une qualité supérieure.

Pérennité de l'approvisionnement en produits

La pérennité de l'approvisionnement est un autre problème qui fait que le financement des services de PF est urgent. De plus en plus, des donateurs sont en train de prévoir des dispositions d'autofinancement des produits dans leurs accords de subvention. Dans certains pays les donateurs exigent des bénéficiaires d'élaborer un plan d'élimination progressive des dons en produits contraceptifs. Une citation, tirée d'un document récent qui examine la politique des donateurs dans un pays africain, montre l'importance de pouvoir payer les services de PF:

> *«... l'autonomie en matière d'approvisionnement en produits contraceptifs — doit être une priorité à long terme (du gouvernement) qui doit être institutionnalisée. C'est un retour en arrière sur le plan du développement que de dépendre (le gouvernement) de donateurs pour la fourniture d'un produit d'une importance aussi cruciale.»*

Dans les prochaines décennies, tant sur le plan local que sur le plan international, la tarification des usagers sera un facteur déterminant pour savoir si les services de PF peuvent se développer pour satisfaire les besoins des femmes et partant, permettre le développement économique durable des pays en voie de développement.

Problèmes qui se posent pour la tarification des usagers des services de planification familiale

Orientation vers les résultats plutôt que vers le processus utilisé

La décision de mettre en place ou de mettre à jour un STU a été souvent considérée comme une réponse fiable à court terme aux besoins financiers pressants. Elle est du type «orientation vers les résultats» et met un accent tout particulier sur les facteurs macro-économiques. Cependant, il est important de reconnaître que pour adopter un STU, ce dernier doit être basé sur des objectifs à long terme. Les planificateurs et les gestionnaires doivent être pleinement conscients des conséquences globales d'un STU, compte tenu notamment de la tendance vers la décentralisation. Le processus de mise en place ou de mise à jour d'un STU pourrait nécessiter des changements fondamentaux de l'ancien procédé - bien au-delà des résultats immédiats et gratifiants des recettes qu'un tel système pourrait mobiliser. En conséquence, il est important d'aborder la mise en place ou la mise à jour d'un STU en s'orientant «vers le processus.»

Problèmes du "processus" à résoudre

Les problèmes du processus se concentrent principalement sur la meilleure façon de concevoir, exécuter et/ou réviser un STU afin qu'il puisse contribuer à la viabilité globale et à la rentabilité des services de PF. Ces problèmes peuvent être formulés par une série de questions:

- ❑ Comment définit-on les politiques de tarification des usagers des services de PF?
- ❑ Quelles sont les structures tarifaires appropriées et équitables?
- ❑ Quel est le montant global des recettes que l'on peut espérer de la tarification des usagers?
- ❑ Où doit-on encaisser, verser et vérifier les recettes et qui doit être responsable de l'opération?
- ❑ Quel pourcentage des recettes doit resté au niveau de la formation sanitaire ou au niveau local, et quel pourcentage doit être envoyé au bureau régional ou au siège et à la trésorerie centrale?
- ❑ A-t-on imposé des restrictions sur la façon de dépenser les recettes?
- ❑ Comment peut-on assurer l'accès à la prestation des services de PF à toutes les femmes et à tous les hommes?
- ❑ Quelles sont les activités prioritaires auxquelles les recettes de la tarification des usagers seront consacrées (par exemple: réapprovisionnement en produits, ouverture de nouveaux locaux de services de PF, modernisation du matériel et paiement des salaires)?
- ❑ Comment identifiera-t-on ces priorités?

- Quels critères seront utilisés pour fixer les priorités et comment définira-t-on les critères?
- Comment assurera-t-on le suivi et l'évaluation des résultats obtenus par un STU?
- Comment et avec quelle périodicité révisera-t-on les politiques et la gestion du STU; à titre d'exemple, pour tenir compte de l'inflation ou des augmentations de prix des produits?

La façon dont on répondra à ces questions déterminera le succès final du STU en ce qui concerne sa capacité de contribuer au financement pour une disponibilité accrue et l'utilisation des services de PF.

On doit aborder tous ces problèmes au cours de la conception et de la mise en place d'un STU efficace. Puis, les directeurs de programmes doivent maintenir cette orientation du «processus» pour s'assurer qu'ils concentrent leurs efforts sur l'amélioration de la mise à disposition globale des services, de leur qualité et utilisation. En même temps, cette orientation vers le processus servira aussi à améliorer les compétences dans le domaine de la gestion et des techniques et l'efficacité générale de la prestation des services. Ces améliorations peuvent avoir un impact important sur une gamme d'éléments connexes du système de prestation des services de PF, y compris:

- Disponibilité des services de PF (quantité, méthode, etc.);
- Accès aux services;
- Utilisation réelle des services;
- Qualité des services;
- Crédibilité d'une formation sanitaire spécifique de PF et partant, du système de prestation des services de PF en général; et
- Solvabilité d'une formation sanitaire spécifique de PF et de l'ensemble du système de prestation des services.

La Figure No. 1 montre les rapports qui existent entre les problèmes qui se posent pour la tarification des usagers et différents aspects de leur impact potentiel sur les programmes de PF. Ces aspects constituent des critères utiles grâce auxquels on peut évaluer la rentabilité et l'impact d'un STU et partant, contribuer effectivement à la conception et au perfectionnement des politiques de prestation des services de PF en général, et des politiques de tarification des usagers en particulier.

Figure No. 1

Problèmes liés à la tarification des usagers et critères d'évaluation: domaines potentiels d'impact des systèmes de tarification des usagers

	Aspects de l'impact potentiel du STU Quelques critères d'évaluation du STU				
Problèmes liés à la tarification des usagers	*Types de services offerts*	*Ensemble des services offerts*	*Qualité des services*	*Solvabilité d'une formation sanitaire*	*Accès aux services*
Politiques de tarification des usagers	●	●		●	●
Structures tarifaires	●	●	●	●	●
Gestion des recettes STU	●	●		●	●
Recettes totales prévues	●	●	●	●	●
Répartition des recettes STU	●		●	●	●
Dépense des recettes STU	●		●	●	●
Suivi des STU		●		●	●
Révision des STU	●	●	●	●	●

Erreurs courantes relatives à la tarification des usagers

La tarification des usagers des services de PF suscite beaucoup de controverse. Ceci s'explique : du fait qu'on a consacré beaucoup de discussions au débat pour savoir si les frais sont appropriés, alors que peu d'effort n'a été consacré aux dispositions d'exécution à prendre pour assurer un maintien des taux d'utilisation. Pour s'adresser aux préoccupations émises par ceux qui ont des doutes, on peut donner des exemples exagérés qui mettent en relief les caractéristiques de la tarification des usagers. Dans les cas où ces inquiétudes sont fondées sur des hypothèses erronées, on doit s'en débarrasser. Quand les questions posées sont justifiées, on doit en tenir compte dans la conception d'un STU qui puisse éviter les problèmes potentiels.

Fausseté de l'idée de la «gratuité» des services

Même quand les services de PF sont offerts «gratuitement,» l'usager encourt des frais - souvent assez importants - pour obtenir ces services. Il s'agit notamment de coûts indirects liés au transport et au temps consacré au trajet et à l'attente pour la prestation des services au moment de la visite. Ce sont des «coûts d'opportunité». En réalité *il n'y a rien qui ne ressemble à des services entièrement «gratuits»*. Quand il y a des

frais, le coût total, y compris la tarification des usagers, le frais de transport et le coût d'opportunité, pourrait être inférieur au coût total des services "gratuits" si ces derniers comprenaient des coûts de transport et d'opportunité plus importants. La demande des services de PF est fonction de tous ces coûts d'accès et d'utilisation.[7]

Fausseté de l'idée de la tarification des usagers en tant que facteur limitant la demande

On entend souvent l'argument donné par les prestataires des services de PF ainsi que par les planificateurs et décideurs qui prétendent que la tarification des usagers a l'effet de restreindre la demande. En conséquence, ces derniers sont peu disposés à appliquer les STU. Ils craignent que l'introduction des frais de consultation (ou toute augmentation du coût pour le consommateur) amènerait certaines personnes à être moins disposées à utiliser les services et d'autres à être incapables de se procurer les produits et services. Comme les planificateurs et les décideurs sont justement conscients que les services de PF sont très souhaitables pour la santé et le bien-être économique de la société, ils en concluent que les services doivent être mis à la disposition de tout le monde à titre gratuit.[8] On doit tenir compte de ces soucis dans la conception d'un STU. Le système doit être élaboré de façon à encourager davantage de personnes à utiliser les services (à cause d'une meilleure qualité, d'une plus grande commodité ou de la perception d'une meilleure valeur) et à ce qu'un nombre croissant de personnes aient accès aux services (comme par exemple, par le biais de la subvention de quelques services).

Mais insister sur ces préoccupations est une hypothèse importante qu'il faut examiner: la demande des services de PF est un point très sensible, à la fois du point de vue du revenu et de celui des prix. Pour emprunter une expression aux économistes, les planificateurs des services de PF supposent que *la demande comporte une forte élasticité des prix.*[9] Des études portant sur le taux d'utilisation des services de la santé dans quelques pays ont montré des baisses substantielles de l'utilisation suite à l'augmentation des prix.[10] Des études dans d'autres pays ont montré une augmentation du taux d'utilisation suite à une augmentation des prix et à une amélioration de la qualité.[11] En effet, les données empiriques de plusieurs pays montrent que la demande de prestation des services de PF est relativement *inélastique par rapport aux prix.* C'est-à-dire que des changements minimes des prix ne semblent pas provoquer de changements dans le taux d'utilisation. Des études réalisées en Thaïlande[12], à la Jamaïque[13], en Colombie[14] et à Sri Lanka[15] ont démontré que la demande à long terme n'avait pas changé suite à des augmentations de prix minimes.[16] D'autres études en Colombie[17], en Egypte[18], et en Corée du Sud[19] ont démontré que lorsque des formations sanitaires similaires et connues fournissent des produits contraceptifs à prix modéré ou gratuitement, la demande a tendance à rester inchangée. Par ailleurs, il semble que lorsque les prix sont fixés trop *bas*, la confiance des consommateurs intéressés aux services de PF soit minée. Des preuves indirectes de commercialisation en Egypte et en Inde[20] et des augmentations de la demande suite aux hausses des prix à la Jamaïque[21] et à Sri Lanka[22] appuient l'hypothèse qu'un prix «trop bas» freine la demande. Apparemment, les consommateurs des services de PF en concluent que des services offerts gratuitement n'ont que peu de valeur. Donc, la cassation exagérée des prix dans une tentative de mettre les services de PF à la portée de tous peut avoir des conséquences négatives.[23]

On a suggéré que la plupart des types de soins publics mis à la disposition des populations dans les pays en voie de développement sont relativement *inélastiques par rapport au revenu*. Donc, les personnes riches et pauvres achètent la même quantité - évidemment dans des qualités qui varient substantiellement - de services de soins[5]. Toutefois, un classement plus restreint de la planification familiale pourrait amener à une autre conclusion. La planification familiale étant considérée comme un luxe et/ou un achat non essentiel (compte tenu du pouvoir d'achat limité des ménages), l'élasticité-revenu pourrait être beaucoup plus élevée[6] — surtout par rapport à l'élasticité-revenu des soins en général.[7]

La demande de services de PF semble varier d'un endroit et d'une culture à l'autre. Néanmoins, une fois qu'une information et une sensibilisation adéquates sont disponibles en ce qui concerne les moyens de limiter la taille de la famille, d'améliorer l'état de santé des mères et des enfants, ainsi que d'améliorer le niveau de vie, la planification familiale devient alors un bien de consommation recherché. Avec une information sur la PF et des structures tarifaires appropriées et équitables, la demande des services de PF devient plus inélastique, sans tenir compte des lieux géographiques.

En résumé, se préoccuper de ce que la tarification des usagers fasse inéluctablement baisser la demande ne semble pas être une préoccupation étayée par les faits connus, tout en admettant qu'il y ait évidemment des cas de baisse du taux d'utilisation à la suite des hausses substantielles des prix. La demande peut être maintenue dans certaines limites quand les prix sont augmentés, même chez les groupes à faible revenu. D'autre part, la demande peut *aussi baisser* si les services de PF sont mis gratuitement à la disposition de la population. Bien sûr, il se peut que la tarification des usagers ne soit pas le facteur essentiel qui détermine si les gens vont utiliser ou non les services de PF. D'autres facteurs, tels que la commodité et la qualité pourraient être plus importants. **En conséquence, les planificateurs et directeurs de programmes doivent concevoir des STU pour que la tarification des usagers permettent d'augmenter la disponibilité des services de PF, de diminuer les coûts indirects et ceux d'opportunité et d'augmenter la valeur (réelle et perçue) pour le consommateur.**

Fausseté de l'idée des recettes d'aubaine

Une autre erreur courante dont on doit tenir compte concerne l'espoir que la tarification des usagers réglera plusieurs problèmes du financement des coûts récurrents, - problèmes répandus dans les systèmes de prestation de soins publics des pays en développement. Malheureusement, les responsables anticipent souvent un règlement des problèmes de pénurie des fournitures, de manque d'entretien et de réparations et de transport grâce aux nouvelles recettes mobilisées par la tarification des usagers. Ils sont, bien sûr, conscients du fait qu'une population démunie ne peut mobiliser des sommes importantes, mais ils espèrent que les montants inconnus qui sont mobilisés fourniront une augmentation substantielle par rapport aux fonds normalement disponibles. La réalité est que dans la plupart des cas, la tarification des usagers peut à la rigueur générer 100% des coûts récurrents pour la prestation des services, mais souvent beaucoup moins. Franchement, on ne trouve pas d'affaires en or dans la tarification des usagers des services de PF. Cependant, des sommes modestes provenant des recettes peuvent amortir des coûts du programme. Le recouvrement des coûts marginaux peut contribuer substantiellement à l'expansion de la prestation des services. Et puis, un STU bien géré peut démarrer une évolution importante à long terme

pour le recouvrement d'une partie importante des coûts de prestation des services.

Erreur courante relative au fardeau bureaucratique

Sur le terrain, on entend l'argument que le STU est une affaire compliquée et pesante et que le coût de la formation du personnel et de la gestion du STU dépasse les recettes que l'on peut prévoir. Cependant, l'expérience montre que si un STU est bien conçu, le coût de son exécution sera minimal et il pourra générer suffisamment de fonds pour se justifier. Sans doute que, compte tenu du fait qu'il est difficile de justifier la perte éventuelle des produits et celle des clients, le coût de la *non* exécution d'un STU dépasse le coût de son exécution.

Importance de la qualité dans un STU

Bien que beaucoup d'hommes et de femmes dans les pays en développement soient disposés à acheter les biens et services voulus, il faut que ces derniers soient perçus comme étant de bonne qualité.[7] La perception de la qualité constitue une attraction. On a démontré que la qualité des soins a une corrélation directe avec la connaissance des faits, la satisfaction, l'acceptation des contraceptifs, la fécondité et l'état de santé des usagers.[8] La qualité et la pérennité d'un programme sont interdépendantes. D'ailleurs, les services payants ont la possibilité d'améliorer la qualité et partant, d'attirer d'autres clients payants.[9]

Selon une loi du marché, les services qui sont perçus comme étant «meilleurs» et dont le prix est juste attireront une clientèle plus importante. Par exemple l'organisation privée à but non lucratif Yayasan Kusuma Buana (YKB) avait augmenté les visites des clients de 75% par mois entre 1987 et 1988 en déménageant ses cliniques à des endroits plus accessibles, en promouvant ses services grâce à une campagne de sensibilisation communautaire, en prolongeant les heures d'ouverture et en améliorant l'aménagement des cliniques.[10] En Egypte, depuis 1988 l'Association égyptienne de Planification familiale gère le Projet d'amélioration des services cliniques (CSI). Plus de 100 cliniques de PF bien équipées, propres et payantes sont dotées d'un personnel bien formé qui met l'accent sur «des services de qualité et conviviaux à un prix abordable». Entre 1988 et 1990 le projet CSI a attiré plus de 58,000 clients aux services de PF et il envisage de couvrir 66% de ses coûts vers 1995 grâce à une augmentation progressive des frais de consultation.[11] Des données empiriques supplémentaires ont démontré qu'une clientèle plus importante et dévouée d'usagers satisfaits des produits contraceptifs est directement liée aux améliorations de la qualité de la prestation des services.[12] L'acceptation accrue et l'utilisation soutenue aboutiront éventuellement à une augmentation des taux de prévalence des méthodes contraceptives et à une baisse du taux de fécondité, en grande partie financées grâce à la tarification des usagers.

Arguments supplémentaires en faveur de la tarification des usagers

A noter:
Une autre question éthique qui est réglée par la tarification des usagers inclut un choix avisé. Même un paiement modeste pour une méthode contraceptive (notamment la stérilisation) signale que le client lui accorde une certaine valeur et que la décision d'utiliser les services de PF a été prise librement.

Comptabilité et localisation:
Outre l'augmentation des recettes, l'encaissement des frais de consultation offre la possibilité de faciliter la comptabilité et la localisation des produits contraceptifs.[53] Par exemple, dans les cliniques publiques au Ghana, on a pu assurer un suivi des stocks de produits contraceptifs et des approvisionnements adéquats en instituant une participation modeste aux frais de consultation. Ce n'est pas chose rare que des médicaments, produits contraceptifs et autres fournitures soient volés dans les cliniques publiques pour être revendus plus tard aux cliniques privées ou dans les rues.[54] Grâce à la localisation et au suivi des approvisionnements, les vols ou pertes sont réduits.

Rentabilité:
En fin de compte, ce sont éventuellement les clients des programmes de PF qui paient en terme de temps gaspillé et de frais de déplacement les inefficacités encouragées par le manque de responsabilisation et l'insuffisance des fournitures.[55] Le temps d'attente et les visites aux formations sanitaires non approvisionnées, sous approvisionnées ou fermées entraînent des coûts réels. Si l'on utilise plus efficacement les ressources disponibles, on réalise plus avec un montant donné de ressources financières.[56]

Rentabilité accrue grâce à un choix varié:
La rentabilité de presque n'importe quel programme de PF peut aussi être améliorée si l'on dispose d'un choix de méthodes contraceptives dans une clinique ou dans un centre. De même, des moyens financiers plus solides facilitent le choix des méthodes. Cette proposition s'explique en se basant sur trois facteurs:[57]

- Premièrement, les individus et les couples passent par plusieurs étapes évolutives dans leur vie reproductive et, au fur et à mesure, leurs besoins et valeurs changent; entraînant souvent un changement dans leur méthode préférée de planification familiale.
- Deuxièmement, si un choix de méthodes contraceptives est disponible, ceux qui trouvent la première méthode inacceptable et ou malsaine auront des options.
- Troisièmement, compte tenu de l'instabilité de l'approvisionnement en produits contraceptifs, grâce à la disponibilité d'une variété de méthodes il est probable que les clients auront au moins une méthode acceptable à leur disposition.

Mise en perspective de la tarification des usagers

Les données obtenues, tant le résultat des recherches que de l'expérience sur le terrain, sont claires: une tarification appropriée des usagers est un élément très positif et utile de tout système de prestation des services de PF. Elle ne doit pas avoir un grand impact négatif sur la demande et elle ne doit pas non plus créer de recettes exceptionnelles. Elle doit contribuer à l'amélioration de la gestion et de la qualité sans pour autant créer un lourd fardeau administratif. Toutefois, il est important que: (1) le STU soit bien conçu et bien géré en prélevant des frais de consultation à des prix abordables et équitables et (2) les recettes des frais de consultation soient consacrées aux objectifs essentiels du réapprovisionnement en produits contraceptifs et du maintien et/ou de l'amélioration de la qualité de la prestation des services.

Pratique de la tarification des usagers des services de planification familiale dans les pays en développement

Comme on l'a souligné dans l'introduction de ce rapport, plusieurs pays offrent des services gratuits et ce sont souvent ces pays qui sont le moins en mesure de les offrir. D'ailleurs, une analyse des pays qui offrent des services de PF gratuits dans le secteur public montre que plus les pays sont démunis, plus ils ont tendance à offrir des services gratuits. Il peut paraître évident que les gouvernements des pays les plus démunis aient plus de raisons d'offrir des services gratuits que les gouvernements des pays nantis. Mais la réalité est que l'utilisation de fonds publics ne fait que rendre plus difficile la prestation de services de bonne qualité et l'approvisionnement fiable en produits contraceptifs dans ces pays démunis.

Partout où les STU sont mis en place, on a pu atteindre un taux de recouvrement des coûts. Le Tableau No. 1 ci-après résume quelques unes des expériences de tarification des usagers des services de PF dans divers pays en développement. Bien qu'il ne s'agisse que de quelques exemples, ces derniers démontrent que le montant des coûts recouverts peut varier de 30% à 100% et même plus.

Ce tableau montre aussi quelques aspects d'un STU qui seront décrits dans les sections suivantes. L'un des aspects concerne la mise en place d'un système tarifaire à echelle mobile (comme on l'a indiqué dans le programme PROPATER au Brésil). Un autre aspect concerne l'imposition progressive des frais de consultation; dans le programme CSI en Egypte, il est prévu que deux tiers des coûts seront récupérés au cours de la quatrième année de paiement des frais de consultation. Un troisième aspect indiqué par ce tableau est la subvention croisée dans le cadre de laquelle certains coûts de prestation des services de PF sont pris en charge par les recettes provenant d'autres services. Le dernier exemple donné au tableau, concernant le programme indonésien, montre que dans un STU pour la planification familiale on a utilisé les recettes des frais de consultation des clients plus nantis pour subventionner la prestation des services de PF des clients les plus démunis.

Chacun de ces cas démontre un élément essentiel du STU: le succès dépend de l'adaptation aux conditions et aux besoins locaux. Dans chaque cas, on a élaboré des structures de paiement et de financement qui consacrent les recettes des frais de consultation à l'amélioration des services. Et dans chacun des cas, on a progressivement déployé des efforts pour la prise en charge de l'expansion et de l'amélioration de la qualité des programmes.

Tableau 1 - Exemples des systèmes de tarification des usagers

Pays	*Programme*	*Année*	*Taux de recouvrement des coûts*	*Impact sur l'utilisation*	*Source*
La Barbade	Programme de Marketing Social non identifié		100%		Lande and Geller, 1991
Brésil	PROPATER (Vasectomies seulement)	1980-1990	Recouvrement de 32% des coûts avec un tarif à échelle mobile	Le nombre des vasectomies a augmenté dix fois par mois	Haws, et al., 1992
Colombie	PROFAMILIA	1990	Mobilise 50% du revenu à partir des recettes des ventes et des recettes de planification familiale	Augmente les prix 3 à 4 fois en sans perdre la clientèle	Lande and Geller, 1991
Rep. Dominicaine	Programme de Marketing Social non identifié		100%		Lande and Geller, 1991
Egypte	Projet pour l'amélioration des services cliniques (CSI)	1988-1990	Envisage d'amortir deux tiers des coûts vers 1995 par une augmentation progressive des frais	Plus de 100 cliniques de PF à service payant ont attiré plus de 58,000 clients	Lande and Geller, 1991
Ghana	Programme de Marketing Social au Ghana		95% des coûts du programme sont financés par des subventions		Lande and Geller, 1991
Indonésie	YKB-SOMARK (Programme de Marketing Social)		83% des coûts du programme sont financés par des subventions		Lande and Geller, 1991
			Subvention croisée		
Brésil	Hôpital Sofia Feldman	1989	45% des coûts des services de PF sont payés à partir des recettes des examens de laboratoire		Lande and Geller, 1991
Colombie	PROFAMILIA	1990	30% des coûts des services de PF sont payés à partir des recettes de l'OBGYN, des services d'urologie, des traitements contre la stérilité, des soins des MST, des soins prénataux et d'autres soins en général		Lande and Geller, 1991
Indonésie	Yayasan Kusuma Buana (YKB)	1989	Les cliniques des quartiers nantis ont récupéré 150% des coûts et le revenu excédentaire a été alloué pour aider les cliniques des quartiers démunis		Lande and Geller, 1991

Définition du contexte de la tarification des usagers dans les programmes de planification familiale

Quand la tarification des usagers des services de PF est instituée, cette tarification a lieu dans un contexte global des services de soins. En conséquence, les directeurs de programmes doivent, dès le commencement du processus, avoir une notion élémentaire du contexte élargi: que se passe-t-il actuellement dans le système, quelles politiques sont en vigueur, etc.? Une fois que les directeurs comprennent le contexte, ils seront mieux placés pour préconiser un ensemble d'objectifs conformes aux autres volets du système.

Etant donné qu'une «analyse des systèmes» détaillée est un processus compliqué, on s'intéresse seulement à brosser une revue sommaire de quelques aspects importants du système de prestation des services de PF pour s'assurer que le STU fonctionnera comme prévu et qu'il ne sera pas contre-productif. On peut l'envisager comme l'esquisse d'une carte routière pour déterminer où le STU s'accorde avec les politiques et services d'autres volets du système.

En répondant à un certain nombre de questions relativement simples, les directeurs de programmes de PF peuvent acquérir une notion adéquate du contexte de la tarification des usagers. En examinant chacune de ces questions, ils auront une meilleure idée de l'endroit où un STU nouvellement conçu ou mis à jour s'intègre au système global. Ce procédé aide aussi à organiser les données avant d'aborder les problèmes importants tels que: combien devra-t-on demander, quelle somme sera mobilisée ou que fera-t-on des recettes?.

Toutes les étapes de conception et d'exécution d'un STU nécessitent une compréhension des facteurs externes qui pourraient, de plusieurs manières, limiter les options ou avoir un impact sur la conception. Onze questions peuvent servir de point de départ:

1. Quelle est la politique nationale en matière de financement des soins et de la tarification des usagers?
2. Est-ce que la tarification des usagers s'applique à des services autres que ceux de planification familiale?
3. Qui prend les décisions au sujet du changement du barème des prix et des politiques tarifaires?
4. Quel est le montant des recettes encaissées par le STU actuel?
5. Quelle est la répartition des recettes encaissées?
6. Quel est l'impact des frais de consultation sur le choix des formations sanitaires fréquentées par les clients pour la prestation des services de PF?
7. Quels autres types de co-financement existent (par le biais des communautés, de l'assurance, des employeurs, etc.)?
8. Quelle est la gamme actuelle des services publics et privés, quelle est l'importance de chaque secteur, y a-t-il eu des changements ou des tendances dans cette gamme de services?

9. Qui tend à utiliser les services privés et qui tend à utiliser les services publics?

10. Quels sont les prix en vigueur dans chaque secteur?

11. Comment a-t-on fixé le barème des prix actuels?

Question No. 1: Quelle est la politique nationale en matière de financement des soins et de la tarification des usagers?

Dans la mesure où il existe une politique ou des directives précises sur l'imposition des frais de consultation pour les services de soins, les services de PF seront normalement soumis aux mêmes politiques et toutes les restrictions s'y rapportant. Par exemple, un planificateur ou directeur de programmes doit vérifier: (1) quels sont les objectifs de PF et financiers du secteur de la santé publique, (2) s'il y a des décisions, politiques ou règlements officiels du gouvernement central qui imposent des restrictions sur la prestation des services de soins, ou (3) si les politiques s'appliquent aux services de PF, ou tout juste aux autres services de soins tels que soins externes ou protection maternelle et infantile. Il existe souvent des politiques contradictoires ou des politiques obsolètes, de sorte que les directeurs apportent des changements sans tenir compte des «politiques» en vigueur.

Question No. 2: Est-ce que la tarification des usagers s'applique à des services autres que ceux de planification familiale?

Plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest qui appliquent l'«Initiative de Bamako» ont commencé récemment à imposer des frais de consultation dans des programmes qui antérieurement ne le faisaient que de façon irrégulière. Ils ont ainsi créé l'infrastructure pour l'imposition et la gestion des frais de consultation. Dans d'autres pays, il existe une politique officielle de barème des prix mais elle n'est pas appliquée, les frais ne sont ni encaissés ni comptabilisés d'une manière systématique. L'existence d'un STU fonctionnel peut faciliter la tâche, étant donné qu'il est plus facile en général de changer ou d'augmenter les frais que de les introduire là où ils n'existaient pas auparavant. Les clients sont déjà habitués à payer la prestation des services et les structures administratives - même si elles sont rudimentaires - sont en général plus faciles à adapter ou à mettre à jour qu'à créer à partir de rien. Toutefois, quelquefois il peut s'avérer plus difficile de changer un système existant, car une fois que les particularités dudit système sont ancrées, il est difficile de les modifier. A ce stade, la démarche importante à faire est celle d'identifier les frais imposés et les caractéristiques du STU existant (par exemple, est-ce qu'on paie réellement les frais ou bien n'existent-ils que sur papier?).

Question No. 3: Qui prend les décisions au sujet du changement du barème des prix et des politiques tarifaires?

Il se peut qu'il y ait plusieurs personnes habilitées à changer la politique de tarification des usagers, qu'il s'agisse de l'introduction de nouveaux frais ou du changement des frais existants. Dans certains pays le pouvoir de décision est très décentralisé, alors que dans d'autres, le ministre de la Santé publique est la personne habilitée à le

faire. Dans plusieurs cas, aucun responsable ne pourra donner de réponse immédiate à cette question parce qu'il se peut qu'on ne l'ait jamais posée auparavant. Le directeur des programmes doit vérifier qui détient le pouvoir de décision en la matière. Si le pouvoir existe dans le cadre d'un processus de «prise de décision sous réserve», de sorte qu'il soit possible d'apporter des changements en se basant sur un principe de décentralisation à condition que ces derniers n'entrent pas en conflit avec les politiques et règles officielles en vigueur, un directeur aura beaucoup de flexibilité et il pourra mettre en oeuvre les étapes énoncées dans le manuel de tarification des usagers avec une marge de manoeuvre. Si la prise de décision est basée sur une autorisation préalable spécifique, le directeur des programmes doit identifier la personne qui détient le pouvoir d'autorisation et obtenir son appui. Dans les deux cas, il est important d'obtenir l'appui général des personnes qui sont directement ou indirectement impliquées dans les décisions concernant le système des services de PF.

Question No. 4: Quel est le montant des recettes encaissées par le STU actuel?

Quel est le montant global encaissé? Quel est son ordre de grandeur par rapport aux coûts des produits contraceptifs? Par rapport aux dépenses d'exploitation?

Question No. 5: Quelle est la répartition des recettes encaissées?

Les garde-t-on à la formation sanitaire ou sont-elles envoyées à un échelon administratif plus central?

Question No. 6: Quel est l'impact des frais de consultation sur le choix des formations fréquentées par les clients des services de PF?

Est-ce que les clients utilisent les services payants, ou est-ce qu'ils tendent à utiliser exclusivement les services gratuits? Quels changements doivent être prévus si les frais sont légèrement modifiés?

Question No. 7: Quels autres types de co-financement existent (par le biais des communautés, de l'assurance, des employeurs, etc.)?

Quels types de paiement peut-on identifier pour les services de santé? En général, il y aura une combinaison de paiements provenant des employeurs, des sociétés d'assurance, de la couverture dans le cadre d'un régime de sécurité sociale, de fonds de roulement ou d'autres fonds pour payer les services de santé créés par les communautés. Les individus peuvent participer automatiquement ou volontairement à ces fonds. Pour les adhérents à ces régimes, il se peut qu'ils paient leurs cotisations mensuellement ou à certaines époques de l'année, à savoir celle des récoltes. Tous ces éléments font partie d'un système global que l'on peut utiliser pour payer la prestation des services de PF. Donc, c'est à ce titre que chacun d'eux nous intéresse. Toutefois, dans le but de concevoir un STU efficace, un directeur de programmes doit au moins savoir ce qui est disponible en matière de services de santé en général, et de services de PF en particulier et avoir une idée de qui participent aux plans de soins et le nombre des participants.

Question No. 8: Quelle est la gamme actuelle des services publics et privés, quelle est l'importance de chaque secteur, y a-t-il eu des changements ou des tendances dans cet amalgame?

En général, les services de PF sont disponibles dans un éventail de formations sanitaires publiques et privées, - ces services se répartissent entre médecins et sages-femmes privés ou hôpitaux des organisations religieuses. Le fait de savoir qui assure la prestation de ces services et les tendances récentes (par exemple la croissance dans l'un des secteurs ou dans les deux) aideront à prévoir comment les changements de tarification des usagers pourraient mener à des modifications des taux d'utilisation.

Question No. 9: Qui tend à utiliser les services privés et qui tend à utiliser les services publics?

Il est important de savoir qui utilise les services offerts par la formation sanitaire ou le programme pour lequel le nouveau STU a été conçu, et comment ces usagers pourraient être différents des autres usagers ou des usagers potentiels de la zone (c'est-à-dire la «part du marché» détenue?). Sont-ils plus capables ou moins capables de payer? Quelle sera leur réaction aux changements dans la qualité des services, comme par exemple une attente de moindre durée?

Question No. 10: Quels sont les prix en vigueur dans chaque secteur?

Au minimum, un directeur de programmes doit savoir les prix appliqués par les autres prestataires de services de PF dans la zone ou la région. Si les clients ont accès à plusieurs prestataires publics et privés de services de PF, il faut prévoir que beaucoup de clients iront chez ces prestataires si l'on augmente les frais de consultation. Si l'on introduit des frais de consultation semblables à ceux d'autres prestataires, on doit s'attendre à ce que les clients aillent là où les services offrent une plus grande commodité ou une meilleure qualité. La perte de quelques clients pourrait même s'avérer être une bonne chose s'il s'agit de personnes ayant décidé de ne pas utiliser d'autres services, tout simplement parce qu'elles ne veulent pas payer (bien qu'elles en aient les moyens) et elles ont maintenant réintégré les autres sources de services de PF. Si d'autres prestataires offrent des services gratuits, on peut être sûr de pouvoir limiter les personnes éligibles pour son système.

Question No. 11: Comment a-t-on fixé le barème des prix actuels?

Sur quelle base a-t-on fixé les prix? Sur la base des coûts réels? Ou sont-ils plus arbitraires?

En conclusion

A ce stade, vous, le directeur, devriez avoir une meilleure idée des facteurs ou conditions qui affectent vos options pour la tarification des usagers. Vous devriez avoir une notion de ce qui rend certaines décisions plus faciles tandis que d'autres sont plus difficiles. Vous devriez de même avoir une idée de la façon dont certains changements apportés au STU et qui ne tombent pas sous votre contrôle pourraient avoir un impact sur les autres volets du système de prestation des soins. Une fois que vous aurez décidé de concevoir ou de mettre à jour un STU, le manuel vous aidera à suivre certaines procédures simples pour créer un système fonctionnel.

Renvois

[1]Comité sur la crise démographique (1990). Le Programme des Nations Unies pour le développement a fait une estimation moins élevée du pourcentage des côuts supportés par les usagers, à savoir 10% (cité dans le document de Lande and Geller, 1991).

[2]Les estimations des usagers des méthodes contraceptives modernes pour l'An 2000 varient de 229 millions (Destler et al, 1990) à 510 millions (Maudlin and Ross, 1991) pour une description plus détaillée des estimations.

[3]*ibid*; selon une estimation de Bulatao (1985) les depenses actuelles s'élèvent à environ $2,5 milliards.

[4]Janowitz, Bratt and Fried (1990).

[5]Lande and Geller (1991).

[6]Télégramme de l'USAID, Harare 09165.

[7]Lewis (1984).

[8]En termes économiques, il s'agit du débat de savoir si les biens et services de PF sont des "biens publics" ou des "biens privés." Ce thème ne sera pas discuté dans ce document; le lecteur peut se référer au document d'Akin et al. (1987).

[9]On s'excuse auprés des lecteurs pour la terminologie économique, mais il est indispensable de saisir ces problèmes et d'être au courant des données sur la prestation des services de PF disponibles à travers le monde.

[10]Mwancia and Mwabu (1992) décrivent les résultats obtenus au Kenya; Yoder (1989) décrit les résultats obtenus au Swaziland.

[11]Une étude récente au Cameroun (Litvak, 1992) a démontré que la demande a effectivement augmenté quand les prix ont augmenté pour les services intégrés de santé familiale dont la prestation est assurée par les formations sanitaires publiques, conjointement avec une amélioration de la qualité desdits services, ainsi que des médicaments et fournitures connexes. C'était vrai pour toutes les couches socio-économiques des usagers, même la couche la plus démunie.

[12]Baldwin (1978); Division de la Santé familiale (1983).

[13]Howell and Seims (1979).

[14]Ojeda, et al (1983).

[15]Abeywickrama (1983).

[16]Traitongyoo (1985) a attribué une partie du succés qu'a connu le projet thailandais le plus important de santé privée et de PF à l'effet que les frais de consulation avaient sur les habitudes individuelles des dépenses: "Les frais de consultation imposés sont importants pour le succés du programme du fait qu'ils renforcent pour les bénéficiaires l'importance des services tout en mobilisant les fonds nécessaires pour l'existence du programme...nous essayons d'instaurer chez les gens un engagement à vie aux pratiques de la santé et de la planifications familiale, et un élément de cet engagement concerne le changement en matière des dépenses courantes." (p. 32).

[17]Bailey and Umana (1978).

[18]Gadalla, et al., (1980).

[19]Chen and Worth (1982).

[20]ICSMP (1983).

[21]Howell and Seims (1979).

[22]Abeywickrama (1983).

[23]En effet, la courbe de la demande se recourbe au dessous d'un certain prix (Lewis, 1986).

[24]Griffin (1988).

[25]Compte tenu de fait que la population que l'on étudie n'a pas un revenu qu'on puisse vraiment évaluer et les variables de remplacement étant toutes des estimations de pis-aller, on ne doit pas s'étonner que toutes les enquêtes sur la demande faites à ce jour se soient concentrées sur l'élasticité de la demande par rapport au prix de la planification familiale plutôt que sur l'élasticité-revenu. Toutefois, il y a une corrélation entre les changements de revenus

et la demande des services de PF. A propos de la santé et des médicaments, les biens et services optionnels sont considérés comme étant élastiques par rapport au revenu (ils changent en fonction) du revenu), tandis que les achats indispensables des services de soins sont inélastiques par rapport au revenu (ils ont tendance de ne pas changer en fonction du revenu).

[26]Pour revenir à la question des biens collectifs par rapport aux biens privés, si tout le monde considerait la planification familiale comme un bien essentiel, les activités d'éducation et de commercialisation seraient superflues.

[27]Akin et al., (1987); Ashford and Haws (1992).

[28]Lewis (1986).

[29]Lande and Geller (1991).

[30]*ibid.*

[31]*ibid.*

[32]Lipton et al., (1987); Jain and Bruce (1989); Lande and Geller (1991).

[33]Lande and Geller (1991).

[34]Lewis (1986).

[35]L'efficacité comporte deux aspects. L'aspect allocatif concerne la mobilisation du capital et l'allocation des ressources afin de maximiser les avantages nets qu'en tire la société. L'aspect opérationnel concerne l'élaboration des structures financières et les méthodes les moins chères de production et de prestation des services de soins concernés pour obtenir les amélioration necessaires de l'état de santé de la population (voir Mills, 1984).

[36]Jain and Bruce (1989).

[37]Cette analyse est basée sur une enquête d'une vingtaine de pays effectuée par le Projet SEATS.

Bibliographie

Abeywickrema, Daya (1983). "Sri Lanka Contraceptive Retail Sales Programme." In Lewis (1986). [Programme de vente au détail des produits contraceptifs à Sri Lanka.]

Akin, John; Nancy Birdsall, and David de Ferranti (1987). *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform.* Washington, D.C.: The World Bank, Department of Population, Health, and Nutrition. [Financement des services de santé dans les pays en voie de développement: un ordre du jour pour la réforme].

Ashford, Lori S., and Jeanne M. Haws (1992). "Family Planning Program Sustainability: Threat or Opportunity?" *Studies in Family Planning*, 23, No. 1: 63-65. [Pérennité des programmes de la planification familiale: une menace ou une occasion favorable? *Etudes en planification familiale.*]

Asian Development Bank (1987). *Health Care Financing.* Regional Seminar on Health Care Financing, July 27-August 3, 1987, Manila, Philippines. [*Financement des services de soins.* Séminaire régional sur le financement des services de soins, organisé du 27 juillet au 3 août 1987 à Manille, aux Philippines par la Banque asiatique de Développement].

Bailey, Jerald and Maria Umana (1978). "Free Pill Study" (mimeo). In Lewis (1986). [Etude des pilules gratuites.]

Baldwin, George B. (1978). "The McCormick Family Planning Program in Chiang Mai, Thailand." *Studies in Family Planning*, 9, No. 12: 300-313. [Programme de planification familiale de McCormick à Chiang Mai en Thaïlande.]

Blair, T.R.V. (1986). "Africa - A Market Profile." In Lewis (1986). ["Afrique - un profil du marché.]

Bulatao, Rodolfo (1985). *Expenditures on Population Programs in Developing Countries: Current Levels and Future Requirements.* World Bank Staff Working Paper No. 679, Population and Development Series No. 1, Washington, D.C. The World Bank. [*Dépenses consacrées aux programmes de population dans les pays en voie de développement: montants actuels et besoins pour l'avenir.* Rapport de la Banque mondiale.]

Burkhart, Marianne (1981). "Issues in Community-Based Distribution of Contraceptives." *Pathpapers.* 8 (September): 21-37. [Questions liées à la distribution communautaire des produits contraceptifs.]

Chen, Marnie K. and George Worth (1982). "Cost Effectiveness of a Community-Based Family Planning Program in Cheju, Korea." In Lewis (1986). [Rentabilité d'un projet communautaire de planification familiale à Cheju, en Corée du Sud.]

Creese, Andrew (1990). *User Charges for Health Care: A Review of Recent Experience.* Division of Strengthening of Health Services Paper No. 1. Geneva: WHO. [*Tarification des usagers des services de soins: étude des expériences récentes.* OMS. Genève.]

Destler, Harriett, Dawn Liberi, Janet Smith and John Stover (1990). "Preparing for the 21st Century: Principles for Family Planning Service Delivery in the Nineties." Washington, D.C.: U.S. Agency for International Development. [Préparatifs pour le 21ème siècle: principes de la prestation des services de planification familiale dans les années 90.]

Dunlop, David and Dayl Donaldson (1983). "Sector Review, Ethiopia: A Study of Health Financing Issues and Options." Report No. 6624-ET. Washington: The World Bank Department of Population, Health and Nutrition. [Revue sectorielle, Ethiopie: étude des questions du financement des soins et les options. La Banque mondiale, Département de la Population, de la Santé et de la Nutrition.]

Enterprise Program JSI (1990). *Achieving Financial Self-Reliance: A Manual for Managers of Non-Governmental Organizations Involved in Family Planning.* Arlington, VA: John Snow, Inc. [Programme Entreprise JSI. (1990). *Comment assurer l'autonomie financière: manuel pour les directeurs des ONG participant aux activités de planification familiale*].

Enterprise Program JSI (1991). *Basic Business Management for Small Family Planning Businesses.* Arlington, VA: John Snow, Inc. [*Techniques fondamentales de gestion pour les petites entreprises de planification familiale*].

Family Health Division (1983). [Division de la Santé familiale]

Fiedler, Jack and Laurence Day (1991). "User fees in the Public Health Sector of Developing Countries." Submitted for publication to the *Journal of Health Policy and Planning.* [Tarification des usagers du secteur de la Santé publique dans les pays en voie de développement. Envoyé pour publication au *Journal of Health Policy and Planning.*]

Gadalla, Saad, Nazek Nossier, and Duff Gillespie (1980). "Household Distribution of Contraceptives in Rural Egypt." *Studies in Family Planning,* vol. 12, No. 12, Dec: 409-432. [Répartition ménagère des produits contraceptifs dans les zones rurales de l'Egypte.]

Gillespie, Duff G.; Harry E. Cross; John G. Crowley; and Scott R. Radloff (1988). "Financing the Delivery of Contraceptives: The Challenge of the Next Twenty Years," presented at the Demographic and Programmatic Consequence of Contraceptive Innovations Conference Committee on Population, National Academy of Sciences, Washington, D.C., October 6-7. [Financement de la distribution des produits contraceptifs: defi des vingt prochaines années, rapport présenté au comité sur la population à la Conférence sur les conséquences programmatiques des innovations contraceptives, Academie nationale des Sciences, Washington, D.C. du 6 au 7 octobre].

Griffin, Charles (1988). *User Charges for Health Care in Principle and Practice. EDI Seminar Paper No. 37.* Washington, D.C.: The World Bank. [*Frais de consultation des services de santé en principe et en pratique. Rapport No 37 du séminaire de l'IDE.* Washington, D.C.: La Banque mondiale.]

Haws, Jeanne, Lynn Bakamjian, Tim Williams and Karen J. Lassner (1992). "Impact of Sustainability Policies on Sterilization Services in Latin America." *Studies in Family Planning,* vol. 23, March April: 85-076. [Impact des politiques de pérennité des services de stérilisation en Amérique du Sud.]

Howell, Betty and Timothy Seims (1979). "Trip Report, Technical Assistance to the Contraceptive Retail Sales Program, Kingston, Jamaica." In Lewis (1986). [Rapport de mission, assistance technique au programme de vente au détail des produits contraceptifs, Kingston, Jamaïque.]

Huber, Joyce, Benson Obonyo and Randall P. Ellis (1989). *Implementing Issues for Health Care Cost Sharing in Kenya, Volume I: Ensuring Access to Care.* Arlington, VA: JSI REACH. [*Problèmes d'exécution liés au partage des coûts des soins au Kenya. Vol. I: assurer l'accès aux soins.*]

Huber, Sallie Craig and Philip D. Harvey (1989). "Family Planning Programs in Ten Developing Countries: Cost Effectiveness by Mode of Delivery." *Journal of Biosocial Sciences* 21: 267-277. [Programmes de planification familiale dans dix pays en voie de développement: coût-efficacité par méthode de prestation des services.]

ICSMP (1983).

Jain, A. and J. Bruce (1989). "Quality: The Key to Success." *People* 16, No. 4: 6-8. [Qualité: la clé du succès.]

Janowitz, Barbara, J.H. Bratt and D.B. Fried (1987). "Investing in the Future: A Report on the Cost of Family Planning in the Year 2000." Research Triange Park, N.C.: Family Health International. [Investir pour assurer l'avenir: rapport sur le coût de la planification familiale en l'an 2000.]

JSA Healthcare (1991). "Facilitating Corporate Investments in Family Planning and Maternal and Child Health Services: The TIPPS Experience." Columbia, MD: JSA Healthcare. [Faciliter l'investissement des sociétés dans les services de planification familiale, de protection maternelle et infantile: expérience de TIPPS.]

Kiser, Clyde V. (1962). "Research in Family Planning." In Lewis (1986). [Recherche en planification familiale.]

Lande, R. and J. Gelles (1991). "Paying for Family Planning." *Population Reports.* Baltimore: Johns Hopkins University Population Information Program, Series J, No. 39. November. [Paiement de la prestation des services de planification familiale.]

Lewis, Maureen A. (1984). "Price Elasticity and Cost Recovery in LDC Family Planning Programs." Background paper for the IBRD 1984 World Development Report. Washington: United States Agency for International Development. [Elasticite-prix et recouvrement des coûts des programmes de planification familiale des pays en voie de developpement. Document d'information pour le rapport sur le developpement dans le monde en 1984 - la BIRD.]

_____ (1985). *Pricing and Cost Recovery Experience in Family Planning Programs.* World Bank Staff Working Paper No. 684, Population and Development Series No. 9. Washington, D.C.: The World Bank. [*Expériences en matière de fixation des prix et recouvrement des coûts des programmes de planification familiale.* Document de travail du personnel de la Banque mondiale No. 684, Serie No. 9, Population et Developpement. Washington: La Banque mondiale.]

_____ (1986). "Do Contraceptive Prices Affect Demand?" *Studies in Family Planning* 17, No. 3: 126-135. [Est-ce que les prix des produits contraceptifs affectent la demande?]

_____ (1987). "Cost Recovery in Family Planning." *Economic Development and Cultural Change* 26, No. 1: 161-82. [Recouvrement des coûts en planification familiale.]

Lipton, H.R., Dixon-Miller and P. Lee (1987). "Client-Provided Transactions: An Introduction and Conceptual Overview." In Gillespie et al. (1988). [Transactions des prestations offertes aux clients: introduction et concept général voir Gillespie et al.]

Litvak, Jennie (1992). *The Effects of User Fees and Improved Quality on Health Facility Utilization and Household Expenditure. A Field Research Experiment in the Adamaoua Province of Cameroon.* Ph.D Dissertation (unpublished), Boston: The Fletcher School, Tufts University. [*Effets des frais de consultation et de la qualité améliorée sur les formations sanitaires: utilisation et dépenses du ménage: essai sur le terrain mené dans la province d'Adamaoua en République du Cameroun*, dissertation doctorale (non-publiée).]

Maudlin, W.P. and J.A. Ross (1990). *Contraceptive Use and Commodity Costs, 1900-2000* (unpublished). Cited in Lande and Geller (1991). [*Utilisation des produits contraceptifs et coûts des produits. De 1900 à 2000* (non-publie), cité dans le document de Lande and Geller (1991).]

Meeus, Wilma, Bineta Ba, Alexandre Tiendrebeogo et Daouda Niguan (1991). *Rapport d'évaluation de l'étude sur le recouvrement des coûts des services de santé dans la zone sanitaire de Garango, province du Boulgou, Burkina Faso.* Ouagadougou: Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Section des études et de la planification.

Mills, M.H. (1984). "Health Sector Financing: An Introduction to the Issues." In *Alternative Health Delivery Systems: Can They Serve the Public Interest in Third World Settings?*, pp. 94-112. Edited by the National Council for International Health, Cooperative League of the U.S.A., Group Health Association of America. Washington, D.C.: National Council for International Health. [Financement du secteur de la santé: introduction aux problèmes qui se posent. Voir *Systèmes alternatifs de prestation de soins: peuvent-ils servir l'intérêt public dans des contextes du Tiers Monde?*, pages 94 à 112.]

Le Ministère de la Santé publique, Département de la Santé familiale (1990).

Mohammed, Pervez S. (1986). "The Nirodh Marketing Programme: A Post-Launch Retailer Survey." In Lewis (1986). [Programme de commercialisation de Nirodh: enquête auprès des vendeurs au détail après le démarrage du programme. Voir Lewis (1986).].

Mwancia, James and Germano Mwabu (1992 [draft]). *User Charges in Kenya.* [Tarification des usagers au Kenya (1992-brouillon).]

Ojeda, Gabriel, Jesus Amadeo, Alvara Monrov and Paul Richardson (1983). "A Comparison of the Cost-Effectiveness of PROFAMILIA's Service Programs in Colombia, 1977-1980." In Lewis (1986). [Comparaison du coût-efficacité des programmes de prestation des services PROFAMILIA en Colombie, de 1977 à 1980. Voir Lewis (1986)].

Population Crisis Committee (PCC) (1990). "Report on Progress Toward Stabilization" (Poster). Briefing Paper No 23. Washington, D.C.: PCC. [Rapport d'état d'avancement pour atteindre la stabilisation (Affiche). *Rapport de présentation No. 23.*]

Population Council, The (1991). "The Self-Sufficiency Debate." *Alternatives* (December): 2-4. New York: The Population Council. [Le débat d'auto-suffisance. Voir *Alternatives* (décembre): 2-4].

Ross, John A., and Stephen L. Issacs (1988). *Costs, Payments, and Incentives in Family Planning Programs.* World Bank Staff Working Paper, no. 88. Washington, D.C.: The World Bank, Department of Population, Health, and Nutrition. [*Coûts, paiements et incitations dans les programmes de planification familiale.* Rapport de travail, no. 88 du personnel de la Banque mondiale. Washington, D.C.: La BM, Département de Population, Santé et Nutrition.]

Talwar, P. (1980). "Distribution Effectiveness of Nirodh: Free vs. Commercial Channels." *Population Center Lucknow Newsletter* 5: 1-6. [Efficacité de la distribution du projet Nirodh: voies gratuites par rapport aux voies commerciales. Bulletin d'information du centre de population de Luchow, No. 5: pages 1 à 6.]

Traitongyoo, Tavatchia (1985). "A Look at a Successful Fee-Charging Urban Project." *JOICFP Review*, (Oct.) 10: 32-34. [Étude d'un projet urbain prestataire de services payants couronné de succès. Viravaidya, M. (1988).]. "Marketing Contraceptives in Rural Thailand." *Network* 9, no. 4 (Summer): 6. [Commercialisation des produits contraceptifs dans les zones rurales en Thaïlande.]

Vogel, Ronald (1988). *Cost Recovery in the Health Care Sector: Selected Country Studies in West Africa.* World Bank Technical Paper, No. 82. Washington, D.C.: The World Bank. [*Recouvrement des coûts dans le secteur de la santé: études sélectionnées des pays ouest africains.* Rapport technique de la Banque mondiale.]

Wolf, James A., Robert Cushment Jr., Florida Kweekeh, Elizabeth C. McGrory, and Susanna C. Binzen (1990). *Beyond the Clinic Walls: Case Studies in Community-Based Distribution.* Hartford, CT: Kumarian Press, Inc. [*Au-delà des murs des cliniques: études de cas de la distribution communautaire.*]

World Health Organization and the Aga Khan Foundation. *Cost analysis in Primary Health Care: A Training Manual for Program Managers, 1990* [OMS et la Fondation Aga Khan. [*Analyse des coûts de soins primaires: manuel de formation pour les directeurs de programmes, 1990.*]

Yoder, Richard (1989). "Are People Willing and Able to Pay for Health Services?" *Social Science and Medicine*, Vol. 29, No. 1: 35-42. [Est-ce que les gens sont disposés et capables de payer la prestation des services de soins?]

Annexe 1 - Prévisions des dépenses en planification familiale dans les pays en développement en l'an 2000

Auteur et Date (No. réf.)	*Source des prévisions utilisées*	*Prévalence contraceptive en l'an 2000*	*Nombre d'usagers des méthodes contraceptives (Total Modernes)*	*Combinaison des méthodes*	*Coûts indirects inclus*	*Coûts en l'an 2000 équivalent en valeur aux $ E.U. 1988*		*Taux d'augmentation des coûts en l'an 2000 par rapport à la prévision des coûts en 1988*
						Par Méthode moderne	*Total*	
Bulatao 1985, (Banque Mondiale) (37)	Baisse "standard" du taux de fécondité (y compris la Chine) de la Banque mondiale	58%	425 millions ne	Ne s'applique pas. Varie selon les pays	Activités de formation, renforcement institutionnel, collecte de données, divers	$19,55[d]	$8 310 000 000	5[b]
Destler et al. 1990 (63)	Variante élevée de l'ONU (Chine non comprise)	56%	280 millions 220 millions	Stérilisation femmes 32%, vasectomie 5%, CO 20%, DIU 10%, préservatifs 8%, méth. traditionnelle 20%	Formation, renforcement institutionnel, collecte de données, divers	$21,85[c]	$5 000 000 000	11[d]
Gillespie et al. 1988 (US AID) (84)	Variante moyenne de l'ONU (Chine non comprise)	52%[e]	349 millions 265 millions	Stérilisation 28%, CO 24%, DIU 11%, préservatifs 6%, autres fournitures 7%, traditionnelle 24%	Quelques activités de formation	$19,72	$5 220 000 000	7[b]
	Variante moyenne de l'ONU (Chine non comprise)	52	349 millions 265 millions	Stérilisation 27%, injection 15%, CO 23%, DIU 16%, Norplant 1,5%, préservatifs 6%, autres fournitures 6%, traditionnelle 24%	Voir ci-dessus	$20,00	$5 301 000 000	--[b]
	Variante moyenne de l'ONU (Chine non comprise)	52	349 millions 265 millions	Stérilisation 26%, injections 3%, CO 22%, DIU 9%, Norplant 3%, préservatifs 6%, autres fournitures 6%, traditionnelle 24%	Voir ci-dessus	$20,25	$5 365 000 000	7[b]
Janowitz et al. 1990 (106)	Variante moyenne de l'ONU (Chine non comprise)	48 à 49,5%[e]	320 millions 257 millions	Varie par régions	Donateurs financent recherches bio-méd. et démographiques, éval., formation et information (=8713 millions en l'an 2000)	$14,10	$3 623 000 000	6[f]
Kocher et Buckner 1991 (127)	Variante moyenne de l'ONU (Chine non comprise)	Afrique 23% Asie 57% Am. Lat. 55%	474 millions 422 millions	Stéril. femmes 33%, vasectomie 11%, injections 2%, CO 15%, DIU 24%, méth. vaginales 1%, préservatifs 6%, Divers 10%	Activités d'inform., collecte de données, recherches et conception de politique, formation et renforcement institutionnel (=2,9 milliards en l'an 2000)	Af. $15[d] As. $10[d] AL $10[d]	$7 812 000 000	4[f]
Mauldin et Ross 1991 (156)	Variante moyenne de l'ONU (Chine non comprise)	59%	567 millions 510 millions	Stéril. femmes 36%, vasectomie 8%, CO 15%, injections 4%, DIU 22%, préservatifs 6%, Divers 10%	Aucun coût	$1,23 (produits seulement)	$627 000 000 (produits seulement)	5[f]
Centre pour la Crise Démographique 1990 (179, 230)	Croissance démog. stable en 2005 (y compris la Chine populaire)	75	720 millions NA	NA	Information, formation, recherches	$10,00[d]	$11 500 000 000	250
van Arendonk 1990 (ONU) (215)	Variante moyenne de l'ONU (Chine non comprise)	59	567 millions 510 millions	Stéril. femmes 36%, vasectomie 8%, CO 15%, injections 4%, DIU 22%, préservatifs 6%, Divers 10%	Activités de recherches, information et promotion à l'intention des décideurs, évaluation, renforcement institutionnel, formation	$17,65	$9 000 000 000	100

DIU = Dispositif intra-utérin
Am. Sud = Amérique du Sud
NA = Non applicable
CO = Contraceptif oral

[a] Coûts par usager des méthodes modernes et traditionnelles
[b] % de hausse sur la prévision de 1990 au lieu de celle de 1988
[c] Suppose une baisse des coûts par usager au fur et à mesure de l'augmentation du taux de prévalence
[d] % de hausse par rapport aux dépenses de 1985
[e] Gillespie et ses collègues ont fait leur calcul de la prévalence contraceptive en se basant sur l'estimation de la population mondiale de 1986 faite par l'ONU. Janowitz et ses collègues ont utilisé l'estimation de 1988 dont le taux de fécondité est plus élevé que l'estimation de 1986
[f] Prévoit le taux de prévalence contraceptive nécessaire pour stabiliser la population mondiale à 9,3 milliards en l'an 2005

Voir les notes d'explication ci-après

Données reproduites à partir du document de Lande et Geller (1991)

Notes d'explication de l'annexe: estimation des coûts en planification familiale

Pour estimer les coûts des services de planification familiale, les chercheurs:

(1) Adoptent un ensemble de taux prévus de la croissance démographique et ils calculent alors le taux de prévalence des méthodes contraceptives et le nombre d'usagers ou ils utilisent tout autre outil de calcul des données de service nécessaires pour obtenir les taux; et

(2) Calculent le coût unitaire: le coût par usager; par visite, ou par couple-année de protection (CAP, ou l'équivalent d'une protection contraceptive pour un couple par an).

Donc, les coûts totaux représentent le nombre d'usagers ou de visites multiplié par le coût unitaire approprié.

Révision du nombre d'usagers

La plupart des prévisions se sont concentrées sur l'an 2000. Pour estimer le nombre d'usagers en l'an 2000, les chercheurs commencent par faire une estimation des taux nationaux de fécondité pour l'année en question. La plupart des chercheurs utilisent l'estimation de la variante moyenne de croissance démographique calculée par l'Organisation des Nation-Unies (ONU). Cette estimation prévoit un taux quinquennal de 1995 à 2015 dans lequel chaque pays en développement aura atteint un niveau de remplacement de la fécondité. Selon l'estimation faite en 1990, tous les pays en développement atteindront un niveau de remplacement de la fécondité en l'an 2045.

Pour calculer le taux de prévalence contraceptive et le nombre d'usagers des méthodes contraceptives nécessaires pour obtenir ces taux, la plupart des chercheurs utilisent le modèle cible de référence conçu par John Bongaarts. Ledit modèle lie les taux de fécondité à un certain nombre de facteurs, y compris le pourcentage des femmes mariées, l'utilisation des méthodes contraceptives, le taux d'avortement provoqué et spontané. Typiquement, les chercheurs supposent que tout changement des facteurs, à l'exception de ceux de l'utilisation des méthodes contraceptives se déséquilibreront mutuellement. Ainsi, les taux éventuels de fécondité dépendront-ils entièrement des augmentations dans l'utilisation des contraceptifs, en tenant compte de la prévalence contraceptive et de l'efficacité des méthodes utilisées. On calcule ensuite les chiffres estimés d'usagers en multipliant le taux de prévalence par le nombre estimé de femmes mariées dans le groupe d'âge de reproduction.

Estimation des coûts

Les estimations des coûts de la planification familiale effectuées par les chercheurs pour l'an 2000 dépendent en partie de l'ensemble des méthodes contraceptives prévues et de comment ces derniers calculent les coûts pour les produits contraceptifs et la prestation des services. La plupart d'entre eux utilisent l'ensemble actuel des méthodes telles qu'indiquées dans les sources standard du genre «Enquêtes démographiques et de santé de l'ONU». Ils affectent ensuite des coûts à chaque méthode. Par exemple, Duff Gillespie et ses collègues ont affecté des coûts pour les produits à chaque méthode et ils y ont ajouté un coût moyen de prestation des services de $18,00 par couple-année de protection pour l'ensemble des méthodes. Par contre, Barbara Janowits et ses collègues ont calculé les différents types de prestation des services (comme par exemple: cliniques, distribution communautaire, marketing social), au lieu du coût par usager en utilisant les données des coûts de service et ceux des enquêtes réalisées dans trois pays. Rodolfo Bulatao de la Banque mondiale a calculé les coûts à partir des dépenses effectuées dans les programmes de population de 46 pays, supposant ainsi implicitement l'ensemble actuel des méthodes desdits programmes. Quel que soit l'ensemble des méthodes utilisées, dans toutes les estimations le coût de la prestation des services dépasse le coût des fournitures et produits contraceptifs.

La plupart des études supposent que le coût par usager restera constant au fur et à mesure que l'utilisation de la planification familiale continuera à s'étendre. Il pourrait s'avérer que cela ne soit pas le cas, mais les données sur les coûts ne sont pas suffisamment fiables pour permettre une estimation sûre des coûts par usager. Au fur et à mesure que les programmes s'étendent aux zones rurales, le coût pour atteindre chaque usager pourrait être plus élevé que dans les zones urbaines. Cependant, une comparaison des données des enquêtes nationales montre que les coûts de la planification familiale par usager baisse d'à peu près $11,00 par usager à un taux de prévalence de 20% à environ $6,00 par usager à un taux de prévalence de 50%. Par ailleurs, au fur et à mesure que les pays en développement s'urbanisent, un taux plus élevé d'usagers aura accès aux services à moindre coût par usager. La seule prévision ayant supposé une baisse du coût par usager, réalisée par Harriett Destler et ses collègues, prévoit toutefois que les coûts de la planification familiale auront plus que doublé d'ici l'an 2000.

Glossaire

Frais de consultation à échelle mobile - frais de consultation qui sont ajustés selon les moyens des usagers.

Tarification des usagers - paiements effectués par le patient, le client, ou l'usager pour les produits et services délivrés.

Systèmes de tarification des usagers - ensemble de structures gestionnaires, administratives ou financières qui régissent les accords sur les prix, le recouvrement et la gestion des frais de consultation et la dépense des recettes.

Recouvrement des coûts - procédé par lequel une partie des coûts ou la majorité des coûts pour la fourniture des produits et des services sont recouvrées; synonyme de tarification des usagers.

Partage des coûts - voir recouvrement des coûts.

Recouvrement du coût nominal - partie minimale du coût d'un produit ou d'un service qui est recouvrée.

Recouvrement du coût marginal - tous les coûts supplémentaires variables directement associés à la fourniture d'une unité supplémentaire de ce produit/service sont recouvrés, mais non les frais d'exploitation ni les frais courants.

Recouvrement du coût d'exploitation - recouvrement du coût des produits et des services, en plus de tous les «frais de base» connexes, tels que salaires ou fournitures.

Recouvrement du coût d'exploitation et d'infrastructure - recouvrement de toutes les charges de fonctionnement ainsi que de celles de l'infrastructure, des biens d'équipement, des nouveaux bâtiments, etc.

Prévalence contraceptive - pourcentage des femmes en âge de reproduire qui pratiquent la contraception.

Pérennité des produits - capacité d'obtenir les fonds essentiels à l'achat de tous les contraceptifs nécessaires.

Elasticité des prix - changement du montant qui déclenchera une modification de la demande. Si l'élasticité des prix est minimale, des changements de prix insignifiants ne causeront pas de changements importants dans l'utilisation des contraceptifs.

Elasticité des revenus - changement du niveau des revenus qui déclenchera une modification de la demande. Si l'élasticité des revenus est minimale, nantis et démunis achèteront des quantités comparables malgré la différence de leurs revenus. Les produits, perçus comme des nécessités (par exemple, les soins médicaux) ont une élasticité de revenus minimes.

Frais de consultation à échelle mobile - frais de consultation qui sont ajustés selon les moyens des usagers.

Subvention croisée - utilisation des fonds générés par un service (par exemple, ser-

vices de laboratoire) pour couvrir une partie du coût d'un autre service (par exemple, les vasectomies). La subvention croisée peut aussi se baser sur la géographie (les zones urbaines subventionnant les zones rurales) ou sur le revenu. Les subventions peuvent être soit intentionnelles et formelles, ou au contraire non intentionnelles et implicites.

Système d'exonérations - système par lequel on identifie les personnes qui n'ont pas les moyens de payer intégralement le prix d'un produit ou d'un service. Ce système comprend généralement un genre de vérification des moyens.

Prix du marché - prix auquel un produit ou service est offert dans les autres emplacements voisins.

Structures des frais de consultation:

* **débours** - mécanisme de paiement le plus souvent utilisé. Les paiements ont lieu au moment de la prestation des services. Le client paie le montant intégral en raison des taux en cours quand il arrive à la formation sanitaire ou avant de la quitter.

* **prix forfaitaire** - un seul prix chaque fois qu'un malade arrive à la formation sanitaire qui inclut consultation, services cliniques, analyses de laboratoire et contraceptifs.

* **carnets de santé et cartes de droits d'inscription** - paiement d'un prix forfaitaire, valable pour une période donnée, et gratuité de tous les services réguliers et produits jusqu'à expiration de la période donnée.

Revenus - fonds disponibles provenant de la tarification des usagers, de l'affectation de l'Etat,ou d'autres sources qui permettent la mise en place d'activités.

Distribution des revenus - pourcentage des revenus générés sur place qui sont distribués aux niveaux local, régional ou central.

Seuils de tolérance - baisse admissible de l'utilisation. Un niveau de tolérance peut être fixé par exemple à 90% du nombre moyen d'usagers pour chacune des méthodes au cours des six derniers mois. Une baisse dans le taux d'utilisation au-dessous du seuil de tolérance indique que le système de tarification des usagers a besoin d'être révisé.

Remboursement anticipé - paiement effectué avant de recevoir les services de planification familiale ou les produits qui donne droit à un usager, patient ou client de recevoir les services ou produits pour une période donnée (par exemple, un an).

Paiement différé - paiement effectué à un moment donné après la prestation du service. On peut utiliser les paiements différés quand un (une) client(e) a besoin d'un service à un moment où il (elle) est incapable de payer.

Paiement par tranches - simple variation des paiements différés, les paiements par tranches sont réglés sur une certaine période de temps après la prestation d'un service. Grâce aux paiements par tranches, les usagers peuvent avoir accès à des services plus onereux (par exemple, les VSC) qu'ils n'auraient peut-être pas autrement envisagés.