

Les systèmes de santé des pays de l'Est

Marc Duriez

Chargé de mission, Haut Comité de la santé publique

Diane Lequet-Slama

Chargée de mission, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Huit des dix pays nouvellement entrés dans l'Union européenne avaient un système de santé hérité du modèle soviétique. Ils ont mis en œuvre des réformes importantes dans un contexte économique difficile.

Depuis mai 2004, l'Union européenne (UE) compte dix nouveaux États membres. À l'exception de Chypre et de Malte, tous sont d'anciens pays du bloc communiste qui ont retrouvé leur autonomie après la chute du mur de Berlin.

Dans cet article, nous nous intéresserons à ces pays de l'Est nouvellement entrés dans l'UE. Dans ces huit pays, le financement et les activités de santé étaient organisés selon les principes du modèle soviétique centralisé de service national de santé. À partir des années quatre-vingt-dix, des réformes importantes et radicales sont introduites au sein du secteur de la santé, en accord avec les orientations préconisées par la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé. Des modèles de type bismarckien sont mis en place dans un contexte économique difficile. L'objectif d'universalité de la protection sociale maladie et de l'accès aux soins, les options de contractualisation entre acteurs et d'autonomie prônées par les différents gouvernements se sont révélées dès lors difficiles à atteindre.

À la veille de l'intégration dans l'UE, les investissements étrangers et l'implantation de nouvelles entreprises en Europe centrale ont renforcé la croissance économique mais les déficits se sont accumulés¹. Le respect d'un plafond d'endettement public dans le cadre de l'Union européenne risque d'induire une forte pression sur les budgets sociaux, au sein desquels celui consacré à la santé risque de ne pas être le plus favorisé.

1. DREE, ministère de l'Économie, l'élargissement de l'Union européenne, avril 2004.

Aujourd'hui, ces pays consacrent en moyenne 6,5 % de leur PIB à la santé, niveau inférieur à la moyenne européenne (8,5 %) sauf en Slovaquie. En République tchèque, les dépenses totales de santé dépassent 7 % du PIB ; ce taux est supérieur à ceux atteints par la Grande-Bretagne et l'Espagne. Avec moins de 5 % de son PIB consacré à la santé en 2001, le système letton apparaît comme le moins bien doté financièrement parmi les huit pays de l'Est entrés récemment dans l'Union. Dans les autres pays, le montant de l'effort national pour la santé se situe entre 5,5 % pour l'Estonie et plus de 6 % en Pologne (6,2 %) et en Hongrie (6,8 %).

Difficultés économiques et lourdeurs structurelles ont ralenti les réformes

Jusqu'à la fin des années quatre-vingt, les systèmes de santé des pays de l'Europe centrale et orientale et des Pays baltes entrants s'inspiraient du modèle de service national de santé, préconisé par le D^r Semashko, ministre de la Santé de l'URSS dans les années vingt. Caractérisés par une forte centralisation des activités de santé, un financement public, des services sanitaires entièrement dirigés par l'État, et la prédominance de l'hôpital au détriment des soins primaires, ces systèmes étaient sous-dotés financièrement.

Les années quatre-vingt-dix, dites de transition, ont été marquées dans ces huit pays, par des bouleversements idéologiques et socio-économiques importants. Dès la chute du Mur, les huit pays ont totalement

rejeté leur modèle antérieur de service de santé et souhaité introduire rapidement une économie de marché, des structures de soins privées et une décentralisation de l'ensemble du système. Refusant l'option «beveridgienne», comme trop proche de la conception soviétique, les nouveaux dirigeants des pays de l'Est ont préféré se référer au système bismarckien articulé autour de caisses d'assurance maladie. Il convient de rappeler que, sur ce point, la Hongrie avait été un précurseur puisqu'elle avait introduit, dès 1988, une assurance maladie.

La baisse du PIB et les forts taux de chômage durant les premières années de la décennie quatre-vingt-dix n'ont pas épargné le secteur de la santé. La chute des richesses nationales à cette époque a atteint 50 % dans les Pays baltes et de 13 à 25 % en Europe centrale. Durant la même période, les budgets publics ont subi de fortes coupes. La République tchèque subissait encore en 1995 les conséquences d'une crise financière grave. Depuis 1995, en revanche, la situation économique de ces pays s'est améliorée et le taux de croissance annuel moyen du

PIB s'est étagé entre 3,6 % et 5,6 % dans sept des huit pays, niveaux bien supérieurs à ceux observés en Europe de l'Ouest².

Remédier à la vétusté des structures publiques de santé et réduire le nombre de lits hospitaliers surnuméraires n'ont pas constitué la priorité des pays de l'ex-bloc soviétique dans les premières années quatre-vingt-dix. Le manque d'argent a généré des pratiques critiquables, telles que les dessous-de-table versés par les patients à leurs praticiens; pratiques qui, selon certains experts³, auraient cependant permis aux professionnels de santé de continuer à exercer dans un contexte de crise économique forte où leurs salaires n'étaient pas versés à temps. En dépit des options libérales fortement exprimées, les lourdeurs structurelles ont ralenti l'évolution des réformes. La diminution du nombre de lits hospitaliers, le développement de soins primaires ambulatoires organisés autour de médecins en pratique libérale ne se réalisent que très progressivement, de

2. DREE, ministère des Finances.

3. «Study on the social protection systems in the 13 CC», GVD 2003.

même que la dévolution de compétences gestionnaires aux autorités locales.

Des systèmes marqués par l'héritage du passé

Les capacités en lits d'hôpitaux sont encore aujourd'hui importantes, sauf en Lettonie, Slovaquie, Estonie. Et la plupart des structures hospitalières sont vétustes et sous-équipées sur le plan technologique.

Si le nombre de médecins par habitants est proche de la moyenne observée dans l'Europe des Quinze, la proportion exagérément élevée des spécialistes⁴ est le signe d'un développement insuffisant des soins primaires. Le statut des professionnels de santé n'est pas encore stabilisé. Le faible niveau des salaires conduit à un système dual où les moins favorisés s'adressent plus souvent aux hôpitaux, pérennisant ainsi leur place prédominante au sein du système de soins.

Les professionnels de santé ont encore des rémunérations plutôt basses. Dans l'ensemble des pays d'Europe centrale et des Pays baltes, deux types de rémunération ont été mis en place pour les médecins. Le paiement à la capitation pour les généralistes se retrouve dans tous les pays, pondéré par l'âge des patients et associé dans quelques cas à des honoraires à l'acte (Slovaquie, Estonie) ou à des bonifications en fonction de la localisation (Lituanie). Les médecins spécialistes sont rémunérés à l'acte, excepté en Lituanie.

En Pologne, dès le début des années quatre-vingt-dix, plusieurs réformes très partielles sont introduites, en particulier pour accroître le secteur des soins primaires, très négligé dans «l'ancien régime». Jusqu'à la réforme de 1999, le système de santé polonais est resté fortement centralisé et financé par l'impôt. L'existence d'une participation financière des usagers sur les traitements médicaux et l'achat de médicaments, la pratique très répandue des paiements informels rendaient difficile l'accès aux soins pour certaines catégories, entraînant un mécontentement général de la population. De plus, le manque de ressources affectées au secteur de la santé dans les premières années quatre-vingt-dix, en raison des difficultés économiques du pays, et leur partage inégal sur le territoire, ont conduit à un fort accroissement des

Des indicateurs de santé encore inférieurs à l'Europe des Quinze

Au début des années 2000, l'état de santé dans les huit pays n'avait pas atteint le niveau observé dans les autres pays de l'Union européenne. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance reste globalement inférieure de cinq ans à celle observée dans les pays de l'Europe des Quinze : elle atteint 69 ans pour les hommes et 76,5 ans pour les femmes, en moyenne, contre respectivement un peu plus de 75 ans et 81 ans pour les Quinze. Cependant la situation à l'Est n'est pas toujours aussi défavorable. Si l'Estonie et la Hongrie affichent des espérances de vie inférieures à la moyenne de l'ensemble des pays de l'Est, en revanche l'espérance de vie des enfants nés en Slovaquie est supérieure à celle des enfants nés au Portugal.

Selon le rapport 2003 de l'OMS, les inégalités ont continué de se creuser depuis vingt ans entre les deux blocs de pays de l'Union européenne. Ainsi, l'espérance de vie à 65 ans aurait augmenté régulièrement pour l'ensemble des Quinze avec un gain d'environ 2,5 années depuis 1980 alors que cette croissance aurait été beaucoup plus lente dans les pays d'Europe centrale et orientale (PECO) où le gain observé a été de moins d'une année par rapport à 1980. L'OMS explique ce creusement du fossé entre les Quinze et les pays de l'Est par l'accroissement de la pauvreté et du chômage au cours des années quatre-vingt-dix.

À l'exception de la Slovaquie, les taux de mortalité imputables aux maladies du système

circulatoire, aux maladies ischémiques et cérébro-vasculaires sont bien plus élevés à l'Est qu'à l'Ouest. Mais ils décroissent dans la majorité des pays de l'Est. On observe cependant un accroissement important de la mortalité par cancers liés à l'alcoolisme et au tabagisme dans la plupart des PECO, ainsi qu'une forte incidence des maladies infectieuses dans les pays les plus pauvres.

Globalement toutefois, comme le souligne Marc Danzon, directeur du Bureau Europe de l'OMS, ces huit pays de l'Est s'en sortent mieux sur le plan sanitaire que leurs voisins de l'ex-Union soviétique¹. ■

1. Marc Danzon. *Revue française de santé publique* 2000, volume 12, n° 4.

4. On compte par exemple en République tchèque 5 000 généralistes pour 38 000 spécialistes.

tableau 1

Données sociales et économiques des nouveaux pays de l'UE

	PIB par habitant en euros	Taux de chômage	Croissance économique 2003/2002	Dépenses de santé/PIB	Espérance de vie en bonne santé	
					Hommes	Femmes
République tchèque	15 500	7,8	2,9	7,3	62,9	68,3
Estonie	10 550	10,1	4,8	5,5	56,2	65,4
Hongrie	13 380	5,8	2,9	6,8	55,3	64,5
Lettonie	9 050	10,5	7,4	4,8	51,4	63,9
Lituanie	10 560	12,7	8,9	5,7	53,6	63,2
Pologne	10 350	19,2	3,7	6,2	59,3	64,3
Slovaquie	11 750	17,1	4,2	5,7	61,8	67,7
Slovénie	10 090	6,5	2,3	8,5	64,5	69,3

Source : OMS-OCDE.

inégalités régionales. L'insuffisante préparation de la réforme de 1999, l'importance des frais supportés par les patients ainsi que l'absence de résultats probants sont, selon nombre d'observateurs, le principal facteur de la défaite électorale de la coalition au pouvoir aux élections de 2001. L'OCDE, dans un rapport publié en décembre 2000, n'avait pas hésité à titrer « la santé polonaise, un secteur au bout de souffle ». Il semble que la Pologne soit, parmi les huit pays d'Europe centrale nouvellement entrés dans l'Union européenne, un de ceux qui a le plus de difficultés à réorganiser son système de soins.

En République tchèque aussi, la mise en œuvre des réformes s'est heurtée à de nombreux obstacles. Le manque d'efficience dans l'allocation des ressources générée par l'absence ou l'insuffisance de pratiques « managériales », l'incidence de capacités excessives de l'offre de soins, héritage de la période soviétique peu encline à contrôler le volume et le coût des soins, ont entravé toute tentative de rationalisation et favorisé le développement d'une inflation spécifique au système de santé.

La Slovénie, en revanche, dispose d'un système développé par rapport aux autres pays d'Europe centrale et orientale même si certaines lacunes subsistent au niveau des soins primaires et que des listes d'attente existent en chirurgie. Les dépenses de santé ont augmenté en dix ans, entre 1991 et 2001, de 200 %.

Des réformes aux orientations convergentes

Dans la grande majorité des pays de l'Est, les promoteurs des réformes se sont référés aux modèles d'Europe occidentale dans lesquels sont associés, aux structures de

financement et d'organisation des soins, des instruments de gestion à connotation libérale :

- adoption d'un financement par cotisations appliqué progressivement et mise en place de caisses d'assurance maladie s'inscrivant dans un contexte compétitif ;

- rationalisation de l'organisation des soins avec l'instauration d'un médecin référent, associé toutefois au libre choix du patient ;

- responsabilisation du médecin et du patient ;

- instauration de contrats entre organismes financeurs et prestataires de soins ;

- développement d'un secteur privé de l'offre de soins.

Ces grandes orientations de réformes ont été appliquées par bon nombre de pays de l'Europe des Quinze durant la décennie quatre-vingt-dix dans le cadre de systèmes arrivés à une certaine « maturité ». Leur mise en œuvre dans les pays de l'Est s'est révélée délicate tant pour des motifs économiques qu'historiques et culturels : structures obsolètes, manque de culture de gouvernance et de gestion...

La transition vers des systèmes d'assurance maladie

Une telle transition implique des changements dans le type de financement des activités mais aussi dans les relations entre instances de gestion, assurés et prestataires de soins. La mise en place de systèmes d'assurance maladie s'est heurtée à de nombreux problèmes. En effet, le niveau très bas des rémunérations, l'insuffisance du développement de certains secteurs d'activité et un taux de chômage souvent élevé ont entravé fortement le développement

d'un système de financement cohérent par des caisses d'assurance maladie. Dans un premier temps, les secteurs économiques les plus dynamiques ont souvent été les seuls concernés. L'importance du chômage a freiné l'orientation vers un financement par cotisations. Enfin, le partenariat social susceptible de gérer ce type de système a souvent fait défaut⁵.

Le modèle bismarckien prédomine désormais avec des modalités sensiblement différentes variant selon l'importance de la population couverte, sa répartition par branches d'activité, le niveau de développement économique.

Le passage à un système d'assurance maladie a été réalisé très tôt dans les trois États baltes (entre 1991 et 1993) ainsi qu'en République tchèque, Slovénie et Hongrie. En Pologne, le processus a été plus tardif puisque la loi instaurant une assurance maladie universelle n'a été votée qu'en 1997 et appliquée deux ans plus tard. Le régime d'assurance maladie obligatoire introduit par la réforme de 1999 est une combinaison du modèle d'assurance allemand et des dispositifs anglais et nordiques de marché interne entre autorités administratives et prestataires de soins. En Slovénie aussi, le système d'assurance obligatoire introduit par la réforme de 1992 est proche du modèle allemand. Le système de base, qui ne couvre qu'une partie des coûts des traitements, peut être complété par une assurance complémentaire.

En République tchèque, la mise en place d'une assurance obligatoire nationale pour l'ensemble des citoyens, financée par cotisations et aides de l'État pour certaines popu-

5. « Notabene » lettre d'information de l'Observatoire social européen n° 131, octobre 2003.

lations, s'est accompagnée de l'instauration de mécanismes de compétition entre les caisses d'assurance. Les caisses maladie, organismes à statut parapublic, sont responsables de la gestion du risque et de son financement. Les grandes entreprises gèrent les informations concernant leurs employés et les communiquent aux organismes locaux de sécurité sociale, participant ainsi au processus de décentralisation. Le dispositif s'est révélé cependant peu fiable⁶. Les assureurs ont été incités à s'inscrire dans un modèle de compétition fondé sur la capacité de proposer des prestations supplémentaires par rapport à la liste de référence officielle établie au niveau national, et à dégager des économies dans le cadre de négociations avec les prestataires de soins. Une telle option est difficilement adaptable dans le cadre d'une politique de revenus encore peu favorable aux professionnels de santé. Parmi les vingt-sept caisses d'assurance maladie créées par la réforme de 1991 la majorité ont fait rapidement faillite et il n'en reste aujourd'hui que neuf.

Dans la plupart des huit pays de l'Est nouvellement entrés dans l'UE, le bas niveau de vie et donc l'insuffisance d'une demande solvable, interdit toute action efficace visant à responsabiliser les assurés. Les caisses qui bénéficient généralement d'une certaine autonomie de gestion afin de pouvoir se situer dans un contexte concurrentiel ne peuvent exercer cette concurrence que dans le cadre de leurs relations avec les professionnels de santé (négociation des niveaux de rémunération).

Le rôle de l'État dans le financement s'est considérablement réduit. Son importance relative se situe à moins de 20 % de l'ensemble des dépenses dans la quasi-totalité des pays, de 12 % environ pour la Hongrie à 5 % pour la Slovaquie. En République tchèque, l'État finançait 97 % des dépenses totales de santé en 1990 ; il n'en finance plus que 10 % en 2000, 82 % étant supportés par la Sécurité sociale. La Pologne et la Lettonie conservent une part importante de dépenses financées par l'État⁷.

Le développement d'une politique contractuelle, une séparation entre acheteurs et offreurs de soins

Parallèlement à la mise en place de caisses d'assurance maladie, la plupart des huit

pays ont souhaité introduire des dispositifs contractuels entre acheteurs institutionnels et offreurs de soins, inspirés des réformes nordiques. Les professionnels de santé ont, cependant, un faible pouvoir de négociation lié à leur manque d'autonomie, même si la tendance observée dans nombre de pays va dans le sens d'un renforcement de leurs responsabilités. Dans les États baltes, les polycliniques appartenant à l'État ont été transformées en centres de santé indépendants où les praticiens exercent en pratique libérale. Dans ces mêmes pays ainsi qu'en République tchèque et en Hongrie, un certain nombre d'hôpitaux d'État sont devenus autonomes et peuvent conclure librement des contrats avec les caisses d'assurance maladie.

En Pologne, les fonctions d'acheteur de soins ont été dévolues à partir de 1997 aux caisses régionales, au nombre de seize ainsi qu'à la caisse d'assurance sociale agricole. En pratique, aucune réelle concurrence entre les prestataires de soins n'a été imposée par les caisses qui ne se sentaient pas obligées d'adopter des stratégies de compétition et se sont avérées trop peu indépendantes par rapport aux collectivités locales et trop faibles financièrement. Le changement de majorité politique a entraîné l'arrêt de la réforme, très impopulaire parmi la population.

En Hongrie, des mécanismes de quasi-marché ont été institués entre des agences locales gestionnaires et les généralistes. Ces généralistes, en grande majorité indépendants, doivent s'engager à respecter des protocoles de soins.

Dans l'ensemble de ces pays cependant le manque d'informations fiables et l'insuffisance de formation de l'ensemble des acteurs aux mécanismes de gestion privés, soulignés par nombre d'experts, constituent de sérieuses entraves à la mise en place de ce type de réformes.

Une volonté affichée de privatisation, mais à faible impact

La volonté chez beaucoup de responsables politiques de développer un secteur privé de santé et de promouvoir des assurances privées s'est heurtée pendant une grande partie de la décennie quatre-vingt-dix et encore actuellement à l'insuffisance des

capitaux. L'impact du mouvement de privatisation reste assez faible, sauf en matière de financement des soins où la part de dépenses laissées à la charge de l'assuré s'est fortement accrue. L'adhésion à l'Union européenne pourrait cependant changer la donne.

Les dépenses privées se sont élevées en Hongrie à 25 % et à 30 % en Pologne. En revanche, en République tchèque et en Slovaquie, elles restent au niveau de 10 %. La plupart des huit pays ont mis en place des tickets modérateurs. En Slovaquie, l'instauration, en 2003, d'un ticket modérateur d'un faible montant à la charge du patient pour les visites médicales, l'hôpital et les achats de médicaments a été une mesure de portée symbolique visant essentiellement à diminuer la fréquentation médicale. Le financement à la charge de l'assuré est plus élevé en Pologne et contribue à perpétuer un système dual en défaveur des plus démunis.

S'agissant de l'assurance privée, sa part dans les dépenses de santé est minime. En Slovaquie toutefois, en 2001, selon le ministère de la Santé, plus de 1,4 million de Slovaques avaient souscrit une assurance complémentaire, mais pour la majorité auprès de l'Institut d'assurances nationales plutôt qu'auprès de compagnies d'assurance privées.

Le recours à l'assurance privée permet surtout d'obtenir plus rapidement des soins spécialisés et joue le rôle d'assureur public pour les catégories les plus favorisées. En République tchèque, dès 1995, les assureurs privés ont connu de sérieux problèmes, au point de faire appel à l'Office national d'assurance maladie. Les faillites dont nombre d'entre eux ont été victimes illustrent bien l'échec le plus important de la politique de privatisation⁸.

En ce qui concerne les structures de santé et la pratique libérale, là encore le mouvement s'est peu développé.

En République tchèque, la volonté affichée dès le début des années quatre-vingt-dix d'ouvrir au privé les activités sanitaires, participait de la tendance à la privatisation de l'ensemble des activités économiques. Cette orientation constituait une véritable gageure, dans la mesure où elle s'appliquait à un secteur fortement

6. Martin Mächa « Le système de sécurité sociale en République tchèque », 2004.

7. Study on the Social Protection Systems in the 13 CC, GVG, 2002.

8. Uldrichov V. Current Problems in the Financing of the Czech Public Healthcare System. In Eastern European Economics.

investi par l'État dans l'ancien système et caractérisé par des capacités d'offre excédentaires. Les densités de médecins et de lits hospitaliers étaient dans les premières années quatre-vingt-dix supérieures de 50 % à celles observées aux États-Unis. Par ailleurs, les rémunérations apparaissaient encore trop faibles pour s'inscrire dans un processus d'exercice privé nécessitant la disposition de fonds propres importants et de crédits auprès des investisseurs. Dès le début des années quatre-vingt-dix, les établissements ont pu être attribués à des organismes caritatifs ou vendus à des investisseurs privés. Cependant l'absence d'une orientation claire a sensiblement atténué la tendance libérale. En fait, environ 90 % des lits restent dans le secteur public.

En Hongrie, la réforme de 2002 relance le mouvement de privatisation en donnant le droit aux médecins de fixer leurs tarifs et de bénéficier de prêts avantageux pour ouvrir des cabinets libéraux.

En Lettonie, seuls 1,5 % des lits d'hôpitaux appartiennent au secteur privé.

La décentralisation, orientation fondamentale des réformes

Dans la plupart des huit pays, la décentralisation a constitué un axe important des nouvelles réformes. Ses objectifs étaient de mieux appréhender la demande mais aussi de permettre une plus grande souplesse de gestion et une motivation des acteurs. Il est très difficile de comparer les politiques menées en la matière par les différents pays, car les acteurs en charge des niveaux décentralisés sont extrêmement variés et leurs pouvoirs de niveau variable.

En Pologne, jusqu'à la réforme de 1999, toute l'organisation des soins reposait sur l'État central. Les soins primaires et spécialisés en ambulatoire étaient fournis par des centres de santé intégrés (ZOZ) opérant au niveau local. Les soins hospitaliers étaient fournis par des structures publiques gérées par l'État, relayé au niveau régional par des médecins représentant l'autorité nationale. En 1999, la réforme confie la gestion du système aux caisses d'assurance maladie dans un contexte décentralisé et contractuel. Mais cette réforme a été interrompue brutalement en 2003 et une nouvelle centralisation s'est opérée au profit d'un Fonds national de santé (NFZ). Toutefois, le Conseil constitutionnel a rejeté, en 2004, la plupart des dispositions qui concernent ce fonds

tableau 2

Part des dépenses publiques de santé en pourcentage

	1995	2000
République tchèque	92,7	91,4
Estonie	91,4	76,7
Hongrie	84,0	75,7
Lettonie	65,4	60,0
Lituanie	86,3	72,4
Pologne	72,9	69,7
Slovaquie	82,1	89,6
Slovénie	78,1	78,9

Source : Eurostat 2001.

tableau 3

Nombre de lits et de médecins pour 100 000 habitants

	Nombre de lits	Nombre de médecins
République tchèque	1096	378
Estonie	670	313
Hongrie	806	293
Lettonie	518	296
Lituanie	869	380
Pologne	718	224
Slovaquie	767	334
Slovénie	533	227
UE des Quinze	660	390

Source : Eurostat 2001.

arguant du manque de garantie d'un égal accès aux soins et de l'hégémonie de ce fonds centralisé. Une nouvelle loi devrait être adoptée.

En République tchèque, la décentralisation de la gestion hospitalière s'est accompagnée d'un transfert du risque financier sur les instances locales auxquelles il revenait de gérer les établissements relevant de leur compétence.

En Slovaquie, la gestion de la plupart des hôpitaux a été décentralisée et confiée aux régions au début de 2005. En Estonie, dès les premières années quatre-vingt-dix, un mouvement de décentralisation a été initié en faveur des régions chargées de gérer aussi bien la pratique médicale que les structures hospitalières nécessaires à leur population.

Dans les autres États le mouvement a été peu important ; c'est le cas en Slovénie et en Lettonie, par exemple. Il est vrai que les dimensions géographiques et démographiques de certains des pays n'incitent pas à multiplier les instances déconcentrées.

Conclusion

Affirmer que les réformes instaurées chez les nouveaux entrants sont lentes à se mettre en place, voire vouées à l'échec serait une conclusion un peu hâtive. En fait, ces réformes témoignent d'une volonté politique affirmée, et soutenue par ailleurs par les États de l'Europe des Quinze, par l'OMS et la Banque mondiale. Toutefois, concernant le secteur de la santé, l'incidence de la dimension sociale rend les réformes structurelles largement dépendantes de l'héritage du passé et de la durabilité de la croissance économique. Les orientations choisies par bon nombre des nouveaux entrants s'inspirent des grandes lignes des réformes instaurées depuis le début des années quatre-vingt-dix, dans des systèmes de protection sociale arrivés à maturité. Elles sont plus délicates à mettre en œuvre dans le cadre de systèmes en transition où elles participent de réformes radicales et ont donc, de ce fait, plus de difficultés à remporter l'adhésion de l'ensemble des acteurs. ■