

## **ST 38 Changements dans la gouvernance des politiques sociales et dynamique du pacte démocratique en Europe**

Yohann Aucante, EHESS- CESPRA [yohann.aucante@ehess.fr](mailto:yohann.aucante@ehess.fr)

### **Gouverner la santé dans une démocratie prospère : les paradoxes norvégiens**

#### **(Version de travail)**

Cette question de la richesse est tout à fait intéressante au regard des politiques sociales et de la démocratie, si l'on postule qu'une part significative du problème du gouvernement (démocratique) moderne est celui de la répartition de ressources limitées (à la fois entre les individus et dans les choix publics). Certes, les ressources ne sont jamais illimitées et l'on peut se dire que la plupart des démocraties sont suffisamment prospères dans l'absolu pour aboutir à des solutions plus justes et équitables que celles qui prévalent. Néanmoins, il n'y a que de rares cas où l'accumulation des ressources appropriées par le public est si importante qu'elle devrait a priori donner les coudées franches et permettre des arbitrages beaucoup moins tendus. La Norvège contemporaine fait partie de cette catégorie où l'on trouve plus souvent des régimes autoritaires/dynastiques et socioéconomiquement très inégaux. On sait cependant aussi, en matière de santé, que le niveau des dépenses agrégées n'est pas un indicateur suffisant du bon fonctionnement d'un système. La Norvège dépense beaucoup (rapporté au nombre d'habitants) et son système est plutôt bien évalué mais il subsiste des dysfonctionnements récurrents qui inquiètent d'autant plus localement que le pays a des moyens élevés (et une volonté affichée d'y remédier)

Elle est néanmoins un exemple un peu paradoxal en ce sens que les gouvernements norvégiens font un effort particulier pour mettre en œuvre des réformes conçues par des pays qui ont de bien meilleures raisons de s'inquiéter du coût à court-terme de la santé et de la protection sociale. Ces réformes sont aussi discutées en lien avec la gouvernance traditionnelle de la santé et la manière dont celle-ci était partie prenante d'une représentation de la démocratie norvégienne.

Le point de départ de cette communication est la place très particulière et éminente qu'a pris la question de la santé – la gestion du système de soins plus exactement – dans le débat politique norvégien au cours des deux ou trois dernières décennies. Ce système traditionnellement très hospitalo-centré s'est trouvé confronté à des problèmes chroniques de files d'attente et de rationnement, en particulier pour un certain nombre de soins/opérations spécialisés.

Face à ces problèmes, la Norvège qui avait peu ou lentement réformé l'organisation du système de santé depuis les années 1970, s'est lancé dans des réformes structurelles importantes au tournant du millénaire. Mais les résultats n'ont pas été considérés comme suffisamment satisfaisants – au regard de l'ampleur des changements - et la question est

devenue de plus en plus saillante dans la compétition électorale, notamment du fait d'une certaine surenchère des « populistes » du Parti du progrès : la situation en matière de santé hospitalière et d'accueil des personnes âgées serait indigne d'un pays développé doté de telles ressources et nécessiterait à la fois des investissements, une meilleure gestion publique et une stimulation de l'offre privée pour contribuer aux investissements et à l'amélioration des capacités (*Fremskrittspartiet*, programme 2013). Le PP est finalement parvenu au pouvoir au sein d'une coalition historique avec la droite conservatrice en 2013, sur un programme faisant du système de santé un élément très important, et une réforme est depuis quelques mois sur la table, ce qui permet à nouveau d'examiner les questions qui se posent aujourd'hui.

Le propos de cette présentation sera moins de revenir sur les dimensions purement « techniques » des réformes que sur les débats qui les encadrent, les enjeux qu'elles portent pour les modes de gouvernement de la santé

En première approche, les sources utilisées sont les lois, projets de loi, rapports consultatifs et évaluations qui les accompagnent, les débats par voie de presse – où les politiques sont des contributeurs fréquents, les rapports de l'OCDE et de l'OMS sur le système de santé ainsi que la littérature secondaire en anglais et en norvégien.

### ***1. L'héritage d'une « gouvernance démocratique » de la santé et ses transformations***

Les systèmes nordiques de santé sont universels, institutionnalisés et ont été caractérisés par une décentralisation à deux dimensions : traditionnellement les hôpitaux étaient gérés par le niveau provincial – une sorte de département entre commune et Etat -, et les soins primaires ont eu de plus en plus tendance à être détachés et organisés au niveau des communes, depuis les années 1990. Les collectivités territoriales élues ont donc exercé une responsabilité importante dans l'administration de ces régimes, lesquels ont longtemps donné assez peu de liberté de choix aux patients pour accéder à des soins hors d'un parcours contrôlé et territorialisé. Jusqu'au début des années 2000, la Norvège avait une organisation qui se conformait à ce modèle à deux étages. Les hôpitaux avaient été progressivement placés sous l'autorité des comtés (*Fylkeskommuner*) depuis 1970, après avoir été fondés et gérés sur des bases privées ou municipales ; à l'issue d'une phase expérimentale de décentralisation (« communes libres »), de la législation de 1992 sur le gouvernement local et de celles de 1994 sur les services, un grand nombre de services sociaux et sanitaires primaires ont été réorganisés au niveau municipal mais tout en maintenant une volonté d'intégration territoriale forte au sein de l'Etat-providence. Il y a ainsi des ressources fiscales locales propres mais les transferts de l'Etat ont conféré une marge de manœuvre variable selon qu'ils soient « spécifiques » ou « globalisés ». Les communes sont devenues les principales référentes en matière de santé primaire (préventive et curative), de services et de soins aux personnes âgées et handicapées, les hôpitaux et les soins dentaires étant laissés aux comtés (Halvorsen et Stjernø, 2008, p. 133).

Si le système de santé norvégien est assez performant selon les critères actuels de l'OMS et de l'OCDE (OCDE), il génère des dépenses par tête parmi les plus élevées de l'OCDE,

même si le niveau de dépenses rapporté au Pib est dans la moyenne (mais n'oublions pas la forte croissance de ce dernier indicateur de richesse). La Norvège a été confrontée – comme la Suède - à des problèmes récurrents de maîtrise budgétaire et de capacité, notamment pour les soins spécialisés hospitaliers et psychiatriques (ainsi que pour l'accueil des personnes âgées). Les différentes réformes qui ont été entreprises depuis les années 1990 n'ont pas réussi à solutionner ce rationnement de manière satisfaisante, qui peut se traduire par des listes d'attente allant de plusieurs mois à plusieurs années dans certains cas.

Parmi les réformes qui ont été entreprises, des mesures ont visé spécifiquement la réduction des files d'attente depuis 1990, à l'image de « garanties » offertes aux patients mais qui n'ont guère eu d'effet. Des expérimentations pour accroître la capacité de choix des patients ont aussi été menées, permettant de se tourner vers d'autres établissements hospitaliers du secteur, voire progressivement dans d'autres comtés avec une prise en charge partielle des frais de transport (Loi sur les droits des patients, 1999). Au plan budgétaire, une orientation partielle vers la tarification à l'activité (1997) et un renforcement du principe du médecin référent pour les soins primaires (2001) ont fait partie de l'arsenal des réformes. Toutefois, les frontières poreuses entre le financement par l'Etat et celui des comtés ont entretenu un système pernicieux dans lequel les différents niveaux se renvoyaient la responsabilité des déficits et de la mauvaise gestion (Magnussen et alii)

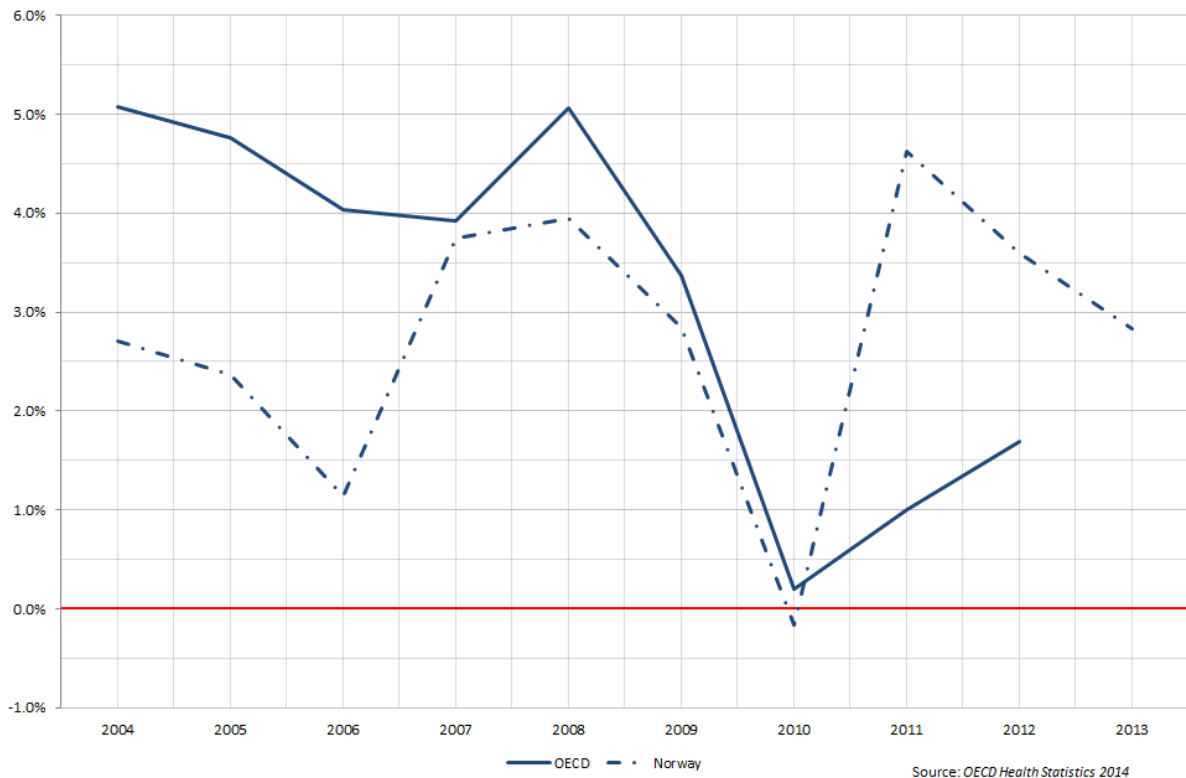
C'est dans ce contexte que le gouvernement social-démocrate de Jens Stoltenberg lance un projet de réforme hospitalière en 2000, qui va aboutir l'année suivante à une refonte complète du système : 5 régions sanitaires (entreprises publiques) sont alors créées et placées sous l'autorité du ministère de la santé (deux d'entre-elles fusionneront plus tard) et les hôpitaux sont transformés en entreprises semi-autonomes au sein de ces régions. Cette réforme qui avait à première vue un fort accent de nouvelle gestion publique, le ministre de la santé qui la portait - Tore Tønne - ayant lui-même un parcours dans l'industrie pétrolière. En retirant aux élus des comtés leurs principales prérogatives et en proposant initialement une non-représentation de l'Etat dans les conseils d'administration, la réforme a suscité des critiques. Mais en réalité, la tentation d'un contrôle accru par l'Etat restait forte et des représentants ont finalement été désignés. Au contraire du Danemark qui en remplaçant les comtés par des régions en 2007 a conservé des conseils élus en charge de la gestion hospitalière (Vrangbaek, p. 13), la Norvège a donc choisi une option plus ambivalente, celle d'une nouvelle organisation territoriale et d'une « autonomisation » des hôpitaux qui est cependant pondérée par la volonté de mise en cohérence et de contrôle politique et administratif de l'Etat.

C'est aussi une réforme qui, bien que portée par le parti social-démocrate dans un contexte d'alternance, portait la marque des propositions de la droite conservatrice et populiste et que la gauche avait plutôt combattues jusqu'alors, affichant son soutien au modèle traditionnel de gestion par les comtés élus (Byrkjeflot, 2004 p. 11). On peut sans doute voir dans ce changement d'orientation une volonté de reprendre la main et d'anticiper des réformes moins acceptables sous forme de privatisation. Haldor Byrkjeflot est un des auteurs qui a le plus réfléchi à cette question de la transformation d'un modèle dominé par les collectivités territoriales vers une recentralisation plus marquée. Selon ces travaux, la rationalité dominante de la réforme – sujette à différentes interprétations - était d'améliorer l'efficacité et le

contrôle des coûts tout en obtenant une meilleure répartition territoriale des ressources. Pour cela, on a fait le choix d'éloigner les élus et administrateurs locaux de la gestion hospitalière (Ibid.) Toutefois, il fallait bien les remplacer par de nouveaux gestionnaires et le personnel médical et ses organisations continuaient également d'avoir voix au chapitre. Qui plus est, l'Etat devenant le principal responsable de ces nouvelles entités sanitaires, la question du degré de contrôle politique et administratif central en matière de santé hospitalière a continué à se poser, même sur des bases renouvelées.

La réforme a-t-elle atteint ses objectifs ? C'est loin d'être évident. Les dépenses de santé ont d'abord baissé après la réforme puis on de nouveau augmenté – avec une parenthèse durant la « crise » de 2007-8 (Figure 1).

**Figure 1 :** Taux de croissance des dépenses de santé depuis 2004 (Norvège et moyenne OCDE)



Les médecins ont même à négocier une augmentation de 17% étalée sur deux ans à l'issue de la réforme. L'amélioration des capacités a été plus marquée dans les régions et les établissements qui fonctionnaient le mieux et s'il y a eu une réduction des files d'attente durant les deux premières années, cela ne s'est pas confirmé par la suite et le délai moyen pour les patients prioritaires est resté élevé (+/- 70 jours ; plus du double pour les non-prioritaires) (Halvorsen et Stjernø, p. 90) bien que les ratios du nombre de professionnels à la population soient plutôt favorables. Dans certains domaines spécifiques comme la psychiatrie, les besoins d'accueil sont très mal couverts. Cette question lancinante des capacités associée aux doctrines prévalentes ont entraîné un développement rapide des structures hospitalières

privées : ceci peut également avoir pour conséquence un accroissement des inégalités entre patients

## 2. *Un rapport idéalisé à la démocratie ?*

La question du rapport à la démocratie dans le cadre des réformes de la santé peut se présenter sous différentes formes. On peut l'envisager dans ses rapports au mode de gouvernance du système, au contrôle politique et parlementaire – voire décentralisé –, à la participation des organisations représentatives – y compris au moment des réformes dont il convient de savoir si elles ont un effet attendu. On peut aussi mettre l'accent sur les droits des citoyens, même lorsqu'ils sont de plus en plus perçus comme des clients : l'accent sur la plus grande liberté de choix en matière de soins (pas seulement sur un mode consumériste), sur l'autonomie et la participation du patient sont alors importants, ainsi que le droit à des soins diligents et de qualité ; enfin, il y a la question plus englobante du débat démocratique au sujet de la santé, des arbitrages entre gestion publique et privée mais aussi de l'utilisation que les partis ou d'autres acteurs font de ces questions dans la compétition politique. Quelle vision de la démocratie est défendue au travers de ces politiques publiques de la santé, et comment ce lexique est-il mobilisé dans les discours, les projets, les évaluations ? Au travers des réformes des années 2000-2010, nous envisagerons ces trois dimensions sans visée systématique, et la focale restera centrée sur la composante hospitalière du système, qui a suscité le plus de débats. Nous essaierons aussi de proposer quelques clés de compréhension de ces débats.

L'analyse et l'évaluation de la réforme de 2002 ont fait couler beaucoup d'encre. L'opposition à cette politique, y compris au sein même du parti social-démocrate qui la portait, est le reflet d'une implication forte et ancienne du gouvernement local et des acteurs qui gravitent autour dans le secteur de la santé. Certes, l'Etat s'est progressivement immiscé plus massivement dans la gestion des affaires sanitaires et notamment hospitalières, à l'image de la nouvelle administration de la santé (*Helsedirektoratet*) après 1945 confiée au médecin Karl Evang qui la dirigera jusqu'en 1970<sup>1</sup> ; les ambitions de planification sont affirmées mais il ne faut pas oublier que bon nombre d'établissements hospitaliers ont été fondés et sont longtemps gérés par des acteurs locaux, souvent de nature privée. Ce n'est que dans le courant des années 1960-70 que ce système est restructuré et rationalisé autour d'hôpitaux publics encore gérés sur une base territoriale (Bykjeflot et Neby, 2004). Cet héritage, tout comme la grande sensibilité des choix d'implantations hospitalières sont importants pour comprendre les résistances et les critiques à la politique menée par Jens Stoltenberg et inspirée des idées de la droite conservatrice et populiste qui vont la soutenir. On y trouve sans doute une certaine forme de nostalgie et de représentation idéalisée de ce que furent les « communes-providences » (Grønlie) dans la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle, mais plus encore du rôle historique du gouvernement local dans le système politique norvégien (Flo). En effet, il faut rappeler le rôle très symbolique d'émancipation politique que les communes ont joué dès la

---

1 Evang avait déjà été nommé en 1938 et s'était occupé de la santé dans la période d'exil du gouvernement à Londres durant la guerre (Nordby, 1989)

loi d'autonomie communale (1837) alors que la Norvège était sous la tutelle dynastique suédoise. L'attachement à cette démocratie locale est resté important, même lorsque celle-ci a été plus clairement intégrée comme un rouage de l'Etat-providence social-démocrate à partir des années 1950-60. C'est assez évident du reste en matière de gestion hospitalière où le mode de gouvernance à partir des années 1960-70 a accordé une place prééminente aux professionnels de la santé et à l'administration de l'Etat.

A la méfiance vis-à-vis d'un contrôle trop marqué de l'Etat et de l'administration centrale, s'ajoutent les oppositions plus ou moins marquées au modèle et au discours « entrepreneurial » ou « managérial » qui a été mis en avant pour la nouvelle gestion hospitalière. La cohérence n'est pas non plus évidente entre la volonté de reprise en main par l'Etat et ce programme d'inspiration libérale qui a mis une bonne décennie de plus à advenir en Norvège après les expériences contrastées du voisin suédois. Le modèle des entreprises régionales de santé pourrait s'apparenter à une forme nouvelle de décentralisation avec une volonté de « dépolitisation », mais l'Etat et la représentation nationale n'ont pas abandonné leurs prérogatives pour autant et les débats parlementaires sur la santé ont plutôt été en recrudescence depuis la loi de 2002. En d'autres termes, il subsiste un certain flou quant à la rationalité politique et économique des réformes entreprises, dont les idées venaient clairement de la droite, et qui ont été mises en œuvre par la gauche.

### ***3. L'égalitarisme et le spectre de la privatisation***

Le projet de réforme actuellement soumis au parlement ce printemps 2015 est l'une des promesses de campagne importantes de la coalition qui rassemble depuis 2013 le parti conservateur de la première ministre Erna Solberg, et le parti du progrès de Siv Jensen, formation qui n'était jamais entrée au gouvernement jusqu'alors. Le projet de loi du ministre conservateur de la santé Bent Høie porte largement sur les conditions de choix des patients entre un secteur privé encouragé et le secteur public – notamment dans certains secteurs particulièrement saturés –, ainsi que sur l'extension des principes de *purchaser-provider* dans la gestion des établissements hospitaliers. Ceci reflète largement le programme du Parti du progrès qui, s'il insiste sur l'importance d'un contrôle par l'Etat, souhaite aussi encourager la concurrence et les incitations pour le secteur privé, en espérant au passage améliorer les capacités de réponse du système de soins.

Même s'il a considérablement évolué depuis ses origines très axées sur l'anti-fiscalisme dans les années 1970, ce parti n'en conserve pas moins une certaine ambivalence et peut apparaître comme la formation qui a le mieux réussi à concilier les contraires d'une société post social-démocrate : En effet, le refus d'une fiscalité trop élevée peut difficilement aller de pair avec le maintien voire le développement d'un Etat social généreux et efficace. Des réformes de la protection sociale sont sans doute encore nécessaires dans cette perspective et le développement de la concurrence ou la privatisation peuvent contribuer à réduire l'effort public mais au risque d'accroître les inégalités. Or le parti a sans doute une attitude plus décomplexée vis-à-vis de ces dernières et il s'est régulièrement montré favorable à faire un usage moins rigoriste des dividendes du fonds pétrolier assujetties à des règles très strictes.

Toutefois, les réformes concrètes sont toujours plus compliquées à concevoir que les programmes, d'autant plus qu'elles sont proposées dans le cadre d'une coalition politique inédite.

Ce projet de loi de santé dans sa première version soumise à l'automne 2014 aux instances consultatives du secteur a suscité l'opposition ou le scepticisme de la plupart des acteurs dans le cadre de leur consultation formalisée ; il est aussi activement combattu par l'opposition de centre gauche mais il ne fait pas non plus l'unanimité au sein des partis de la droite. Il propose dans un premier temps une application restreinte aux secteurs de la psychiatrie et des addictions, qui serait soumise à évaluation. L'idée serait d'étendre la classification des patients jugés « prioritaires » pour leur permettre de faire plus facilement appel à l'offre privée, mais cela suppose une bureaucratie potentiellement complexe et des effets en termes d'inégalités à la fois entre individus et entre les régions sanitaires qui n'ont pas les mêmes infrastructures et la même attractivité pour les professionnels. Le risque est important d'augmenter les départs de médecins vers le secteur privé en comprimant d'autant les capacités du public. Une majorité des districts hospitaliers s'est prononcée contre la première version de la réforme. Il est intéressant que ce soit le secteur de la psychiatrie qui fasse l'objet d'une priorité, or c'est l'un des domaines où les capacités d'accueil, le nombre de lits, ont été le plus réduits, dans une logique concomitante de désinstitutionnalisation et d'économies. Or le projet de loi ne propose en aucune façon de revenir sur ces arbitrages opérés des années 1970 aux années 1990 dans des contextes très différents, en réinvestissant dans ces capacités fortement touchées.

De son côté le gouvernement défend ce projet en avançant l'intérêt du patient, ses droits à un traitement prompt et efficace en proportion de la gravité de ses maux, et sa liberté à choisir (s'il est en possession de ses moyens) à la fois les modalités et éventuellement le type d'établissement, publics ou privés, qui correspondent à ses besoins. Il est attendu qu'on retrouve ici l'accent mis depuis l'origine par le parti du progrès sur les libertés individuelles, en particulier la liberté de choix censée stimuler le pluralisme et la concurrence à différents niveaux. Dans la présentation du projet de loi au parlement au printemps 2015, le rapporteur Tone Wilhelmsen Trøen (droite) insiste également sur une tradition démocratique alternative à celle du grand récit de l'Etat ou de la commune-providence, celle des associations et des organismes privés qui ont joué un rôle moteur dans la fondation et la gestion des premiers hôpitaux modernes. Bien qu'il se refuse à parler de privatisation, en insistant sur l'investissement parallèle qui est fait par le gouvernement pour améliorer l'hôpital public, il n'en exprime pas moins une orientation idéologique assez claire (Instilling..., p. 2842).

Un des enjeux importants mais difficile à énoncer se trouve sans doute dans le rapport à une culture de l'égalité qui confine à la standardisation /homogénéité, et où la volonté de se distinguer – ou de transgresser les règles - est très mal perçue (Eckstein, 1966). L'offre privée en matière de santé, la liberté de choix qui est facilitée par les difficultés chroniques de l'hôpital public à répondre à des demandes et des besoins certainement plus exigeants à mesure que la société devient plus prospère et diversifiée, comportent un risque accru de créer un régime à plusieurs vitesses, où les plus riches auraient un accès plus aisé et rapide à des services de meilleure qualité remboursé au moins partiellement par la collectivité. Mais avec

la possibilité qui existe dorénavant de rechercher des soins à l'étranger (chez les voisins directs ou ailleurs) lorsque les garanties d'attente maximale ne sont pas respectées, il existe déjà un certain nombre de voies alternatives pour ces classes les mieux dotées, quand bien même la situation des patients ne permet pas toujours de se déplacer. A l'autre bout de la chaîne, les salaires des médecins ont aussi eu tendance à augmenter, notamment après la précédente réforme de 2002, et le projet de loi a pu être perçu comme un nouvel appel d'air dans ce sens. Il témoigne surtout de tensions croissantes quant à la manière de gouverner un système de santé hospitalière et spécialisée à l'échelle nationale, en améliorant ses capacités sans accentuer des disparités de traitement entre patients qui sont déjà importantes.

Cette présentation préliminaire, qui pourra être complétée en session, a proposé une approche des réformes de la santé qui ne traitent que d'une partie du système, dans sa composante régionale et hospitalière. C'est en même temps celle qui a suscité le plus de difficultés, de débats et de changements au cours des deux dernières décennies réformes du secteur de la santé. J'ai cherché à mettre ces questions très sensibles en relation avec différentes conceptions de la démocratie dans des contextes de changements politiques importants et au regard des bouleversements socioéconomiques qui affectent la Norvège de l'ère pétrolière. Si les réformes ou projets de réformes ont été portés par la gauche comme par la droite, ils n'en révèlent pas moins une difficulté considérable à retrouver des conditions d'un consensus sur la gouvernance, l'organisation du système de soins et les solutions publiques et privées à privilégier. En retirant aux comtés la responsabilité des hôpitaux après 2002, on a créé une nouvelle configuration incertaine où se mélangent les logiques entrepreneuriales et l'implication plus forte de l'Etat. Le problème des capacités de l'hôpital public et de leur distribution sur le territoire n'est certes pas uniquement lié à un problème d'investissement dans les infrastructures et le personnel, mais il y a néanmoins des carences identifiables qui sont pour partie la résultante de politiques anciennes et qui pourraient aujourd'hui faire l'objet de corrections. Le gouvernement conservateur-populiste qui a fait de la réduction des files d'attente un de ses chevaux de bataille propose effectivement des investissements mais également un approfondissement d'un modèle où l'offre privée et la division des patients en catégories sont mises en avant, avec des effets difficiles à évaluer. Dans la très riche démocratie norvégienne, toujours fortement imprégnée de doctrines égalitaires (un ministre suédois ne l'avait-il pas qualifié de dernier pays stalinien d'Europe) en dépit des facteurs puissants de différenciation socioéconomique, ces difficultés récurrentes à répondre à la demande de soins – tout comme d'autres dysfonctionnements et carences du système de protection sociale – agissent comme un révélateur des choix de société à l'ère de la post-social-démocratie. A cet égard, le cas norvégien me semble être une étude de cas tout à fait importante du rapport entre gouvernance de la protection sociale et formes du pacte démocratique en Europe.



**Sources :**

Folkbevegelse for lokalsykehusene, *Alternativ evaluering av Helseforetak*, 2007.

HOD, *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskeller*, St.meld. n°20, Oslo, Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007.

Programme du Parti du progrès, 2013 (*Fremkrittspartiets Handlingsprogram*)

Rapport et débat parlementaires sur le projet de loi sur la santé 2014-2015 - Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) (Innst. 224 L (2014– 2015), jf. Prop. 56 L (2014–2015))

Projet de loi de finance 2014-2015, <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Prop-1-S-20142015-/id2005477/?docId=PRP201420150001GULDDDEPIS&ch=1&q=>

**Bibliographie sommaire :**

Yohann Aucante, *Les démocraties scandinaves. Des systèmes politiques exceptionnels ?*, Paris, Armand Colin, 2013.

Harry Eckstein, *Divisions and Cohesions in a Democracy. A study of Norway*, Princeton, Princeton University Press, 2015 (1966).

Haldor Byrkjeflot The making of a health care state? An analysis of the recent hospital reform in Norway, in: Andresen, T Grønlie (eds) "Hospitals, patients and medicine in modern history", Rokkan Rapport 2004

Haldor Byrkjeflot , Simon Neby, «The Decentralized Path Challenged. Comparing Nordic Health Care Reforms », Stein Rokkan Center, Working paper n°2, 2004.

Yngve Flo, *Det lokale og det nasjonale. Stateleg politikk overfor det lokale og regionale styringsverket frå 1900 til i dag*. Oslo, Unipub skriftserier, 2003.

Tore Grønlie, « Velferdskommune og utjevningsstat. 1945–1975 », in Næss, Hans Eyvind et alii (eds), *Folkestyre i by og bygd. Norske kommuner gjennom 150 år*, Oslo, Universitetsforlaget, 1987.

Per Haave, « The Hospital Sector: A Four-Country Comparison of Organisational and Political Development », in Finn Chritiansen, Nils et al. (eds), *The Nordic Model of Welfare. A Historical Reappraisal*, Copenhagen, Museum Tusculaneum Press, 2006.

Knut Halvorsen, Steinar Stjernø, *Work, Oil and Welfare. The Welfare State in Norway*, Oslo, Universitetsforlaget, 2008.

Jon Magnussen, Karsten Vrangbæk, Richard B. Saltman (eds.), *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*, New York, McGraw Hill, 2009.

Trond Nordby, *Karl Evang. En biografi*, Oslo, Aschehoug, 1989.

OCDE, [http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityNORWAY\\_ExecutiveSummary.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityNORWAY_ExecutiveSummary.pdf)

Inger Marie Stigen, Ståle Opedal (eds), *Helse-Norge i Støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*, Bergen, Fagbokforlagen, 2005.