

Sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet

En kvantitativ analyse av Den europeiske samfunnsundersøkelsen

Morten Bekkan

Masteroppgave i samfunnsøkonomi

Juni 2016

Veileder: Fredrik Carlsen

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for samfunnsøkonomi

Forord

Takk til min veileder, Fredrik Carlsen, for verdifulle innspill, råd og inspirasjon. Ikke bare gjennom arbeidet med denne oppgaven, men også som foreleser allerede på bachelorgraden.

Takk til Christine for uvurderlig hjelp med blant annet korrekturlesning. Jeg er takknemlig for all støtte og oppmuntring fra familie og venner. En takk går også til gjengen på lesesalen, for noen fornøyelige år i Trondheim.

Madelen. Tusen takk for at du alltid er der. Uten deg er det ingen som vet hvor jeg hadde vært nå.

Trondheim, 1. juni 2016
Morten Bekkan

Innhold

Forord	i
Figurer	v
Tabeller	vii
Forkortelser	ix
1 Innledning	1
2 Tidligere forskning	3
2.1 Sosioøkonomisk status og helse	3
2.1.1 Helsetilstand	3
2.1.2 Bruk av helsevesenet	4
2.2 Tilfredshet med helsevesenet	5
2.3 Velferdsregimer	7
2.4 Helsesystemer	13
2.5 Oppsummering	15
3 Hypoteser og regresjonslikninger	17
3.1 Hypoteser	17
3.2 Regresjonslikninger	18
4 Data og metode	21
4.1 Datakilder	21
4.1.1 Den europeiske samfunnsundersøkelsen	21
4.2 Variabler	22
4.2.1 Tilfredshet med helsevesenet	23
4.2.2 Sosioøkonomisk posisjon	23
4.2.3 Helsetilstand	24
4.2.4 Tillit	24
4.2.5 Kontrollvariabler	24
4.2.6 Mulige utfordringer	25
4.3 Estimeringsmetode	25
4.3.1 Ordnet probit	25
4.3.2 Minste kvadraters metode	27
4.4 Delutvalg	27
4.4.1 Velferdsregimer	28
4.4.2 Helsesystem	32
4.5 Oppsummering	34

Innhold

5	Analyse	37
5.1	Ordnet probit versus minste kvadraters metode	37
5.2	Velferdsregimer	40
5.3	Helsesystemer	43
5.4	Hvilke kanaler virker utdanning gjennom?	43
5.4.1	Helsetilstand	46
5.4.2	Tillit	49
6	Oppsummering og diskusjon	51
7	Konklusjon	55
	Referanser	57

Figurer

4.1	Sammenhenger mellom tilfredshet og utdanning	28
5.1	Tilfredshet og utdanning I	42
5.2	Tilfredshet og utdanning II	45
5.3	Helsetilstand og utdanning	48
5.4	Tillit og utdanning	50

Tabeller

2.1	Velferdsregime-typologier	9
2.2	Velferdsregimer, Fenger (2007)	12
2.3	Helsesystemer, Wendt (2014)	14
4.1	Deskriptiv statistikk	22
4.2	Deskriptiv statistikk, detaljert	30
4.3	Helsestatistikk	33
4.4	Delutvalg	35
5.1	Ordnet probit og minste kvadraters metode	38
5.2	Marginaleffekter ved ordnet probit	39
5.3	Velferdsregimer	41
5.4	Helsesystemer	44
5.5	Korrelasjonsmatriser	46
5.6	Helsetilstand og tilfredshet	47
5.7	Tillit og tilfredshet	49

Forkortelser

BNP	. . . . .	Bruttonasjonalprodukt.
ECHP	. . . . .	European Community Household Panel.
ESS	. . . . .	Den europeiske samfunnsundersøkelsen.
EU	. . . . .	Den europeiske union.
MKM	. . . . .	Minste kvadraters metode.
NSD	. . . . .	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
NUTS	. . . . .	Statistikknomenklatur for territoriale enheter.
OECD	. . . . .	Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling.
WHO	. . . . .	Verdens helseorganisasjon.

1 Innledning

For å kunne øke kvaliteten, og å sikre transparens og ansvarlighet i tilbudet av helsetjenester er det en forutsetning med tillit og tilfredshet til helsevesenet. Dessuten er helsevesenet en vesentlig del av velferdsstaten, og i 2013 utgjorde helseutgiftene 17.5% av de totale offentlige utgiftene i Norge (snittet blant OECD landene forøvrig lå på rundt 15%) (Statistisk sentralbyrå 2016). Høye utgifter til helsevesenet kan benyttes som et omfordelingsverktøy for å redusere sosiale ulikheter og usikkerhet. Foruten høye offentlige utgifter betaler også brukerne og pasientene en betydelig sum i de fleste lands helsevesen.

For at helsetjenestene skal fungere effektivt er det nødvendig å forstå hva som påvirker pasienter og brukeres tilfredshet. Jeg skal i denne oppgaven undersøke om det eksisterer en sammenheng mellom sosioøkonomisk status, målt ved utdanning, og tilfredshet med helsevesenet.

Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse er noe som har opptatt samfunnsforskere og politikere i stor grad de siste tredve årene. Det er veletablert at de med høy sosioøkonomisk status har bedre helse enn de med lavere sosioøkonomisk status, selv mellom de rikeste og nest rikeste. Videre bruker de med høy sosioøkonomisk status helsetjenestene annerledes enn de med lav sosioøkonomisk status. Da det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester, kan det da tenkes at det er en sammenheng også mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet? Om vi kan identifisere hva som gjør at tilfredshet med helsevesenet er høyt i noen systemer, men ikke i andre, er en også på vei til å finne hvordan tilfredsheten, og helsevesenet, kan forbedres.

Opgaven føyer seg inn i en omfattende litteratur rundt sosioøkonomisk status og helse, men forskning på tilfredshet med helsevesenet er enn så lenge begrenset etter min erfaring. Om vi kan avdekke hva som bestemmer tilfredsheten med helsevesenet kan dette være et skritt på veien til å redusere sosiale ulikheter og helseulikheter.

I denne oppgaven benyttes velferdsregimer og helsesystemtyper til å dele inn land med omtrentlig like institusjoner. Ved hjelp av ordnet probit og minste kvadraters metode (MKM) benyttes data fra runde 6 av Den europeiske samfunnsundersøkelsen (ESS) (48488 observasjoner) til å identifisere en signifikant sammenheng mellom

1 Innledning

sosioøkonomisk status, målt ved utdanning, og tilfredshet med helsevesenet.

Denne sammenhengen er negativ i konservative vesteuropeiske helsesystemer som kjennetegnes av et fritt helsevesen og høy tilfredshet generelt. Sammenhengen er også negativ i tidligere sovjetstater. I nord- og søreuropeiske helsesystemer som er strengere regulerte finner jeg en positiv sammenheng.

Oppgaven er bygd opp slik: Kapittel 2 gir en oppsummering av tidligere forskning på sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse. Videre presenteres forskning på bruk av helsevesenet og hvordan tilfredshet måles. Deretter presenteres oppgavens hypoteser i kapittel 3 før metoden som benyttes i denne oppgaven gjennomgås i kapittel 4. Kapittel 5 gir resultatene av analysen. Disse tolkes i kapittel 6. Kapittel 7 er konklusjonen.

Data i anonymisert form er stilt til disposisjon gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD er ikke ansvarlig for analysen av dataene eller de tolkninger som er gjort her.

2 Tidligere forskning

Formålet med et helsevesen er å styrke og forbedre innbyggernes helse. For å måle kvaliteten på helsevesenet er blant annet helsetilstand, forventet levealder, forventet funksjonsfrisk levealder og barnedødelighet mye brukte indikatorer. I dette kapitlet gjennomgås viktige funn innen forskning på sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og helse. Først redegjøres det for den generelle sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helsetilstand. Deretter litt om ulikheter i bruk av helsevesenet.

Jeg ser også på hvorfor og hvordan tilfredshet med helsevesenet måles. Til slutt redegjøres det for ulike velferdsregimer og helsesystemtyper da dette er en vesentlig del av analysen.

2.1 Sosioøkonomisk status og helse

2.1.1 Helsetilstand

Det er kjent at det har eksistert ulikheter i helsetilstand mellom de av høy og de av lav status siden romerrikets tid (Deaton 2013). Denne sammenhengen har ikke vært universell, men har vært tilstede i de fleste samfunn opp igjennom historien. I England begynte aristokratiets forventede levealder å stige kraftig fra omtrent 1750, og ved århundreskiftet økte alles forventede levealder (Harris 2004). Økningen i forventet levealder akselererte for alvor mot slutten av 1800- og begynnelsen av 1900-tallet, men den økte betraktelig raskere for de av høyere status. Det var først i 1980, med publiseringen av «The Black report», at samfunnsvitenskapen for alvor fattet interesse for temaet sosioøkonomisk status og helse. «The Black report» (se blant annet Townsend og Davidson 1982) var en rapport utgitt av det britiske helsedepartementet som kartla ulikheter i helse. Rapporten fant blant annet at menn fra den laveste klassen hadde dobbelt så høy dødelighetsrate som de fra den øverste klassen, og at denne ulikheten var økende. Det ble konkludert med at disse ulikhetene skyldtes primært økonomiske ulikheter.

Etter publiseringen av rapporten har sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helsetilstand opptatt forskere og politikere i stor grad, og forskningsspørs-

2 Tidligere forskning

målet er stadig like aktuelt. Cutler og Lleras-Muney (2006) og Cutler, Lleras-Muney og Vogl (2008) oppsummerer hva som er kjent om denne sammenhengen i nyere tid. De skiller mellom utdanning, inntekt, formue, rang og etnisitet som mål på sosioøkonomisk status. De finner at sammenhengen mellom hvert av disse målene og helsetilstand har ulike størrelser og at sammenhengen varierer gjennom livet, men den er synlig for alle en eller annen gang. Utdanning har vist seg å være et av de mest robuste målene på sosioøkonomisk status i denne forskningen (Cutler og Lleras-Muney 2006). De finner ingen tegn til at det eksisterer «diplomeffekter» for helsetilstanden, altså at helsetilstanden skal gjøre et byks når man oppnår en grad. Dermed er all utdanning bra for egen helsetilstand.

Mazumder (2012) gjennomgår nylige studier av sammenhengen mellom utdanning og helse og dødelighet, og ser etter en kausal sammenheng. Om vi kan identifisere en kausal sammenheng kan denne utnyttes til å minske de sosioøkonomiske ulikhetene i helse. Han fokuserer spesielt på å finne hvor tidlig en kan gjenkjenne effekten av ekstra skolegang og ønsker å finne gode kvalitetsmål for skoler og effekten av skolegang. Han finner at økt kvalitet i skoleverket kan påvirke senere utdanning og derigjennom fremtidig helse.

2.1.2 Bruk av helsevesenet

De med ulik sosioøkonomisk status benytter også helsevesenet ulikt. Selv i land med gratis helsevesen er det klare ulikheter i bruk, både av primærleger og spesialister (Grosse Frie mfl. 2009; Huijts og Eikemo 2009).

Van Doorslaer mfl. (2004) benytter runde 3 av *European Community Household Panel* (ECHP) for å se på ulikheter i bruk av helsevesenet etter inntekt. De undersøker 12 EU-medlemsland og finner svake tegn til at fattige bruker allmennlegen sin oftest, kontrollert for behov. Når det kommer til bruk av spesialister er det en klar effekt av at rike oftere benytter seg av disse, kontrollert for behov. Denne sammenhengen er universell for Europa, og bekreftes også i Norge (Grasdahl og Monstad 2011; Iversen og Kopperud 2005), England (Morris mfl. 2005), Sverige (Stockholm) (Agerholm mfl. 2013). Sammenhengen er sterkest i land der privat helseforsikring og et privat helsevesen muliggjør å omgå køer (van Doorslaer mfl. 2004).

Bago d'Uva og Jones (2009) repeterer van Doorslaer mfl. sin undersøkelse, men med paneldata for alle rundene av ECHP. Bago d'Uva og Jones finner enda tydeligere sosioøkonomiske skiller enn van Doorslaer mfl. gjorde.

Vikum mfl. (2013) finner at sosioøkonomiske ulikheter i bruk av primærhelsetjenester i Nord-Trøndelag er forsvunnet de siste 30 årene. Tidligere benyttet de med

høy sosioøkonomisk status allmennleger mer enn de med lav sosioøkonomisk status, kontrollert for bruk, men denne ulikheten er forsvunnet. Dette er konsistent med funnene til Grasdal og Monstad (2011) som selv fokuserte på årene 2000-2005 og innføringen av fastlegeordningen.

Sosioøkonomisk status og ventetid Kaarboe og Carlsen (2013) undersøker sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og ventetid for behandling ved norske sykehus, ved bruk av Norsk pasientregister supplert med inntekts- og utdanningsdata fra Statistisk sentralbyrå. De finner at de med høyere sosioøkonomisk status venter signifikant kortere, men at dette skyldes økt kapasitet i regioner der høyt utdannede og rike bor. Altså at effekten forsvinner når man kontrollerer for tilbudet. Senere tar de for seg samme forskningsspørsmål, men fokuserer på eldre. Da finner de en signifikant forskjell i ventetid for menn med lav og høy utdanning, kontrollert for bruk og bosted (Carlsen og Kaarboe 2015).

Cylus og Papanicolas (2015) benytter ESS for å se etter en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og opplevd tilgang til helsevesenet i europeiske land. Selv i land med fritt helsevesen opplever de med lav inntekt, de med dårlig helse, de som mangler statsborgerskap, de mellom 20 og 30 år, arbeidsløse, og kvinner at det er vanskelig å få tilgang til helsevesenet. For noen land er effekten av inntekt svak.

2.2 Tilfredshet med helsevesenet

Tilfredshet med helsevesenet er viktig å måle for å kunne forbedre tilbudet. Busse (2013) beskriver hvordan tilfredshet med helsevesenet i de fleste tilfeller måles. En vesentlig faktor hva angår tilfredshet, er hvor mye det avhenger av ens forventninger. Dette er noe flere forskere har påpekt (Papanicolas mfl. 2013; Wendt, Kohl mfl. 2009). Busse mener dette er en av grunnene til at tilfredshet med helsevesenet varierer så mye, selv mellom land med relativt likt organisert helsevesen.

Han tar også opp problemer med surveydata; både generelt og problemet med å måle forventninger. Han merker seg at det er en sammenheng mellom hvor mottakelige en mener helsevesenet er og ens forventninger til dem. Blant annet har Østerrike en av de laveste nivåene av forventninger til helsevesenet, men rangerer sitt helsevesens evne til å lytte til pasienten blant de aller høyeste. Motsatt har ukrainerne rangert sitt helsevesen som det minst mottakelige, men har høyest forventninger. Dette ledet Busse til hypotesen om at de med ulike forventninger vil vurdere lignende erfaringer forskjellig.

Videre finner han en positiv sammenheng mellom helsevesenets utgifter og

2 Tidligere forskning

tilfredsheten. Han finner også at et større privat innslag i helsevesenet kun vil ha en liten effekt på innbyggernes forventninger til det offentlige helsevesenet. Dette indikerer at det private og offentlige tilbudet ikke er i direkte konkurranse med hverandre.

Papanicolas mfl. (2013) finner at det er en signifikant sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og ens oppfatning av helsevesenets effektivitet og kostnad, samt tilfredshet med egen allmennlege. Sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og tilfredshet med egen allmennlege er sterkest i land hvor legen fungerer som «gatekeeper», altså i land der du må ha henvisning fra egen lege før du får tilgang til spesialister. Videre fant de også noe misnøye knyttet til ventetid i helsevesenet. I alt konkluderer de med at faktorene som påvirker ens tilfredshet med helsevesenet er forskjellige i ulike helsesystemer. De finner ingen «universelle» sammenhenger.

Kohl og Wendt (2004) skiller mellom velferdsregimer og ulike finansieringsmåter for helsevesenet. De finner at tilfredsheten med helsevesenet er klart størst i de sosialdemokratiske regimene, noe svakere i de konservative regimene, enda svakere i de liberale regimene, og lavest i de sørlige landene. De finner ingen tydelige sammenhenger når de ser på finansieringsmetodene, da de finner at land med offentlig finansiert helsevesen har både høyest og lavest tilfredshet. De er forsiktige med å konkludere, men spekulerer i om den høye tilfredsheten i de sosialdemokratiske statene skyldes høye absolutte helseutgifter per innbygger takket være høyt bruttonasjonalprodukt (BNP).

Videre finner de at innbyggernes ønske om at staten skal øke helsebudsjettet er størst i land der utgiftene er lave, og minst i land der utgiftene allerede er høye. De vurderer om gevinsten i tilfredsheten med helsevesenet av en eventuell økning i budsjettene vil domineres av en svekkelse i tilliten, og dermed en nettoreduksjon i tilfredsheten (Kohl og Wendt 2004, s. 322). Derfor må land med allerede høye utgifter effektivisere helsevesenet for å øke tilfredsheten ytterligere.

Wendt, Kohl mfl. (2009) undersøker befolkningens støtte til et statlig helsevesen og tilfredsheten med helsetjenestene. De finner at det i helsevesen med lave utgifter, få allmennleger og høye egenandeler/pasientbetalinger generelt er lavere tilfredshet. I land med høye utgifter og lave egenandeler er tilfredsheten derfor høyere, men her varierer tilfredsheten mer mellom sosiale klasser. Videre finner de at tilfredsheten i de sosialdemokratiske landene er klart høyest, men den er også høy i land med sosial helseforsikring/bismarckisk system. I de søreuropeiske landene er det klart lavest tilfredshet (de undersøker ikke østeuropeiske land). Wendt, Kohl mfl. finner ingen sammenheng mellom tilfredshet og relative helseutgifter (som andel av BNP), men en positiv sammenheng mellom tilfredshet og helseutgifter per innbygger, og

antall allmennleger.

Antall allmennleger per innbygger er en viktig indikator for helsevesenets kapasitet, og land med sosial helseforsikring har gjerne flere allmennleger per innbygger enn land med folketrygd (OECD 2014, s. 62–63). Dette gir dem en økt kapasitet til å reagere på økt etterspørsel og potensielt øke tilfredsheten (Wendt, Kohl mfl. 2009). Dette funnet er i tråd med Papanicolas mfl. (2013).

Videre finner Wendt, Kohl mfl. (2009) en positiv sammenheng mellom egen helsetilstand og tilfredshet med helsevesenet, med unntak av de skandinaviske landene og Hellas. Og at de i yrkesaktiv alder (20-64 år) er mindre fornøyd enn unge og eldre, og at rike er mer fornøyd i de fleste land (som Cylus og Papanicolas 2015). Til slutt påpeker de at et positivt møte med helsevesenet/din egen allmennlege vil øke ens tilfredshet betraktelig uansett helse, alder og sosioøkonomisk status. Dette samsvarer med Busse (2013) og Papanicolas mfl. (2013).

Carlsen (2005, 2006) ser på tilfredshet med fastlegetilbudet i Norge, målt ved ventetid, tilgjengelighet på telefon, faglig dyktighet, evne til å lytte, informasjon og behandlingsresultat. Han finner en positiv sammenheng mellom helsetilstand og tilfredshet med helsevesenet, at eldre har høyere tilfredshet enn yngre, og at kvinner og de med lav utdanning er mer fornøyd enn menn og de med høy utdanning. Han konkluderer med at dette skyldes ulike forventninger og ulike kostnader ved tidsbruk.

Missinne mfl. (2013) undersøker tilfredshet med helsevesenet og støtte for et offentlig finansiert helsevesen med data fra ESS runde 4. De benytter flernivåanalyse, og betrakter hele samplet under ett. De finner at kvinner har sterkere preferanser for et statsdominert tilbud og finansiering av helsevesenet enn menn, og at menn er mer tilfredse med helsevesenet. Videre er de i alderen 36-64 år mest positive til statlig kontroll, men har lavest tilfredshet. De finner ingen signifikante effekter av inntekt, men at de med lavest utdanning har størst tilfredshet. I likhet med Carlsen (2005) mener de at de med høyere utdanning har høyere forventninger til helsevesenet enn de med lav utdanning, og derfor lavere tilfredshet. Til slutt finner de at økte offentlige utgifter til helsevesenet gir økt tilfredshet, mens økte private utgifter gir lavere tilfredshet.

2.3 Velferdsregimer

Mye av forskningen på sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og helse har de siste årene benyttet inndelinger i velferdsregimer. Forskning på velferdsregimer satt i gang for fullt da Gøsta Esping-Andersen (1990) lanserte sitt verk «*The three worlds of welfare capitalism*». I den deler han typiske OECD-land inn i tre

2 Tidligere forskning

kategorier; konservative, liberale og sosialdemokratiske (se tabell 2.1). Kategoriene baserte han på *dekommodifisering* (i hvilken grad et individ kan klare seg uten å være avhengig av markedet), *sosiale skiller* og *offentlig-privat samarbeid*. Utifra disse kriteriene sorterte han land som scoret omtrent likt i samme grupper. Esping-Andersens inndeling satte for alvor i gang en ny retning i forskningen fordi dette var første gang fokuset var på hva ulike velferdsstater faktisk gjorde, fremfor å dele inn land etter inntektsnivå.

Det konservative regimet Det konservative regimet har et moderat nivå av dekommodifisering og kjennetegnes av høyt fokus på tradisjonelle familie- og samfunnsstrukturer. I disse statene er samfunnet tradisjonelt dominert av den katolske kirkens verdier på den ene siden, og korporatisme og etatisme på den andre siden (Arts og Gelissen 2002, s. 142). Sosialutbetalinger er basert på tidligere opptjente midler, og gis kun når familien ikke lenger kan forsørge en (Esping-Andersen 1990, s. 27).

Det liberale regimet Det liberale regimet kjennetegnes av individualisme og stor vekt på frie markeder. Staten stimulerer markedet både gjennom subsidier av private velferdssystemer og trygdeytelser til de trengende. Dette regimet har et lavt nivå av dekommodifisering, og lite omfordeling av goder. Trygdeytelser kommer primært fra sosiale helseforsikringer og sykekasser. Kvinner er ofte ansatte i tjenestesektoren.

Det sosialdemokratiske regimet Det sosialdemokratiske regimet kjennetegnes av et høyt nivå av dekommodifisering, og staten søker å begrense sosiale ulikheter ved hjelp av generøse stønader og folketrygd. De høye utgiftene avhenger av at flest mulig er i arbeid. Derfor oppfordres blant annet kvinner til å jobbe i disse regimene, ofte i offentlig sektor.

Esping-Andersens inndeling har vært den dominerende klassifiseringen de siste tyve årene. Den har fått mye kritikk fra samfunnsforskere som argumenterer blant annet for at kategoriene inneholder mangler, at han ignorerte middelhavslandene, at Australia og New-Zealand ble klassifisert som liberale, og at han ikke inkluderer en kjønns-dimensjon (Arts og Gelissen 2002; Bamba 2005a,b; Eikemo mfl. 2008).

Hans klassifiseringer har blitt forsøkt utvidet av en rekke forskere. Først ut av de som i ettertid har blitt stående som gode alternativer var Stephan Leibfried. Leibfried (1992) fokuserte mer på fattigdom, fattigdomspolitik og sosialtrygd i 15 land som han deretter delte inn i fire kategorier; anglosaksiske, bismarckiske, skandinaviske og «den latinske rand» (se tabell 2.1).

Tabell 2.1: Velferdsregime-typologier

Forfatter	Indikatorer	Velferdsregimer			
Esping-Andersen (1990)	<ul style="list-style-type: none"> • Dekommodifisering • Sosiale skiller 	<i>Liberal</i>	<i>Konservativ</i>	<i>Sosialdemokratisk</i>	
		Australia	Finland	Belgia	
		Canada	Frankrike	Danmark	
		Irland	Italia	Nederland	
		New Zealand	Japan	Norge	
		Storbritannia	Tyskland	Sverige	
		m. Nord-Irland USA	Sveits	Østerrike	
Leibfried (1992)	<ul style="list-style-type: none"> • Fattigdom • Sosialtrygd • Fattigdomspolitik 	<i>Anglosaksisk</i>	<i>Bismarck</i>	<i>Skandinavisk</i>	<i>Den Latinske rand</i>
		Australia	Tyskland	Danmark	Frankrike
		New Zealand	Østerrike	Finland	Hellas
		Storbritannia		Norge	Italia
		m. Nord-Irland		Sverige	Portugal
		USA			Spania
Castles og Mitchell (1993)	<ul style="list-style-type: none"> • Samlede velferds- utgifter • Stønad • Skatter 	<i>Liberal</i>	<i>Konservativ</i>	<i>Ikke-høyre hegemoni</i>	<i>Radikal</i>
		Irland	Italia	Belgia	Australia
		Japan	Nederland	Danmark	New Zealand
		Sveits	Tyskland	Norge	Storbritannia
		USA		Sverige	m. Nord-Irland

Fortsetter på neste side

Tabell 2.1 – Fortsettelse fra forrige side

Forfatter	Indikatorer	Velferdsregimer			
Ferrera (1996)	•Arbeidsledighet	<i>Anglosaksisk</i>	<i>Bismarck</i>	<i>Skandinavisk</i>	<i>Sørlig</i>
		Irland	Belgia	Danmark	Hellas
	•Fattigdom	Storbritannia	Frankrike	Finland	Italia
		m. Nord-Irland	Luxemburg	Norge	Portugal
			Nederland	Sverige	Spania
			Sveits		
			Tyskland		
			Østerrike		
Bonoli (1997)	•Sosialutgifter som andel av BNP	<i>Britisk</i>	<i>Kontinental</i>	<i>Nordisk</i>	<i>Sørlig</i>
		Irland	Belgia	Danmark	Hellas
	•Sosialutgifter dekket av brukere	Storbritannia	Frankrike	Finland	Italia
		m. Nord-Irland	Luxemburg	Norge	Portugal
			Nederland	Sverige	Spania
			Tyskland		Sveits

Kilde: Basert på Arts og Gelissen (2002) og Bamba (2007)

Castles og Mitchell (1993) benyttet deretter samlede velferdsutgifter, velferdsytelser og skatter, og klassifiserte 14 land som liberale, konservative, radikale og «ikke-høyre hegemoniske» (se tabell 2.1). I 1996 kom Maurizio Ferrera med en utvidelse av Esping-Andersens inndeling. Ferrera (1996) tilførte en sørlig kategori, og fokuserte mer på stønadsnivå og fattigdomsrater enn Esping-Andersen hadde gjort.

Det sørlige regimet Ferreras (1996) sørlige regime inkluderte Hellas, Italia, Portugal og Spania (se tabell 2.1). Kriteriene Ferrera benytter for sin inndeling minner mye om Esping-Andersens, men han fokuserer mer på fattigdomsrater og arbeidsledighet (1996, s. 4–7). Det sørlige regimet kjennetegnes av en viss grad av inntektsgarantier for offentlige ansatte, et minimum av sosialtrygd for alle, og rett til helseomsorg. Velferdstjenester finansieres av det offentlige. Bonoli (1997) gir en lignende tilnærming, men fokuserer mer på sosialutgifter og finansiering (se tabell 2.1).

Dette er de inndelingene som er mest benyttet av samfunnsforskere. Bambra (2007) gjennomgår mye av forskningen på velferdsregimer, og viser ved bruk av en-veis variansanalyse at Ferreras tilnærming er den som viser minst variasjon innad og størst imellom de ulike velferdsregimekategoriene. Jeg skal derfor primært benytte Ferreras inndelingen i min analyse. En ulempe er at den mangler de sentral- og østeuropeiske statene. Jeg vil derfor supplere med to østlige regimer klassifisert av Fenger (2007):

Sentral- og Øst-Europa De østeuropeiske statene er neglisjert i mye av velferdsregimeteoriene. Fenger (2007) gjør et forsøk på å klassifisere disse, men det er en region med stadige endringer og mye har forandret seg siden Fengers analyse. Med østutvidelsen av EU i 2004, og deretter den globale finanskrisen fra 2007 som har rammet Øst-Europa hardt, har det skjedd store forandringer i regionen de siste 10 årene. Han mener de østeuropeiske statene kan skilles empirisk fra de vest- og søreuropeiske på grunn av blant annet lavere offentlige satsninger og større sosiale ulikheter. Fenger skiller mellom det han kaller «tidligere sovjetstater» og «postkommunistiske» stater (se tabell 2.2). Han begrunner todelingen med at de postkommunistiske statene har mer til felles med de typiske bismarckiske statene enn de i «tidligere-Sovjet»-grupperingen. Både gjennom delt kultur helt opp til andre verdenskrig hvor de ble innlemmet i Sovjetunionens sfære, men også med mer liknende institusjoner i moderne tid. Dette er en teori som også støttes av Aidukaite (2011) og Cook (2010).

Tabell 2.2: Velferdsregimer, Fenger (2007)

Indikatorer	Velferdsregimer		
• Sosialutgifter som andel av BNP	<i>Konservativ-korporatistisk</i>	<i>Sosialdemokratisk</i>	<i>Liberal</i>
• Sosialutgifter dekket av brukere	Belgia	Danmark	New Zealand
	Frankrike	Finland	Storbritannia
	Hellas	Norge	m. Nord-Irland
	Italia	Sverige	USA
	Nederland		
	Spania		
	Tyskland		
	Østerrike		
	<i>Tidligere Sovjet</i>	<i>Postkommunistisk</i>	
	Hviterusland	Bulgaria	
	Estland	Kroatia	
	Latvia	Polen	
	Litauen	Slovakia	
	Russland	Tsjekkia	
	Ukraina	Ungarn	

Fengers typologier slekter mye på Esping-Andersens (1990) typologier, men inneholder også to ulike regimer for de østeuropeiske statene.

Aidukaite (2011) påpeker at spesielt Slovakia, Slovenia, Tsjekkia og Ungarn presterer vel så bra som som flere av de eldre kapitalistiske statene på relative mål som fattigdomsrate og Gini indeksen, mens land som Estland, Latvia, Litauen og Romania havner klart under snittet i EU. Hun fokuserer spesielt på den sosioøkonomiske utviklingen i Sentral- og Øst-Europa etter tusenårsskiftet, og søker å finne ut om disse statene oppfyller sin egen typologi eller om de kan innlemmes i de tradisjonelle teoriene. I likhet med Fenger (2007) anerkjenner hun at det eksisterer mange likheter mellom de østeuropeiske statene og stater allerede innlemmet i de tradisjonelle typologiene, men at det samtidig er mange forskjeller. Spesielt er det store ulikheter i organiseringen av institusjoner og utgifter til velferdsordninger (både relativt og absolutt)

Til tross for institusjonelle likheter mellom de postkommunistiske statene og de bismarckiske statene tror jeg det er fornuftig å analysere de hver for seg da institusjonene, og innbyggernes forventninger, i de postkommunistiske statene kanskje ikke helt har «satt seg», men bærer preg av forandringene som har skjedd de siste 26 årene. Dog er det ønskelig å dele de østeuropeiske statene i to ulike klynger da det samtidig er store forskjeller mellom dem.

2.4 Helsesystemer

Mackenbach og McKee (2015) ser på kvaliteten på demokratiet og helsepolitikk med data for 30 europeiske land. De konkluderer at helsepolitikk, i motsetning til andre politikkområder, påvirkes lite av styresetting og politiske sammensettinger. Velferdsregimene til blant annet Esping-Andersen, Bonoli, Ferrera og så videre, baserer seg i stor grad på velferdssamfunnet generelt og på politiske konstruksjoner. Det er vist at disse inndelingene er fruktbare når en ser på sammenhenger med helsetilstand; blant annet Eikemo mfl. (2008) benytter data fra ESS for å undersøke effekten av utdanning på egenopplevd helse i ulike velferdsregimer løst basert på Ferreras (1996) inndeling supplert med østeuropeiske stater. De finner at helsegradienten er størst i Sør-Europa og minst i land med bismarckisk velferdsregime. Blant annet Bambra (2005a), Moran (2000), Wendt (2009) og Wendt, Kohl mfl. (2009) påpeker likevel at disse inndelingene ikke er ideelle om en ønsker å undersøke *helsevesenet*.

Wendt, Frisina mfl. (2009) forsøker å etablere en annen typologi basert først og fremst på idealtyper av helsevesen. De konstruerer grupper basert på staters helsevesen fremfor øvrig politikk. Ved å skille mellom *finansiering*, *tilbud* og *regulering* klassifiserer de tre ideelle typer helsevesen. Hver av disse typene kan domineres av staten, av ikke-statlige organisasjoner, eller av det private. Slik identifiserer de 27 ulike helsevesen ($3 \times 3 \times 3$), hvor de regner tre som ideelle typer helsevesen. Dette er når én av aktørene dominerer alle tre dimensjonene (Wendt, Frisina mfl. 2009, s. 71). Med denne klassifiseringen eksisterer det ingen ideelle typer helsevesen, da det i alle land er kategorier som glir over i hverandre. Det er dessuten vanskelig å finne ideelle systemer da det selv i «rene» statlige eller «rene» private helsevesen eksisterer nonprofitt private aktører. Videre er det vanskelig å se for seg et marked der andre enn staten regulerer helsevesenet.

Wendt (2009, 2014) tar utgangspunkt i denne klassifiseringen, men legger i tillegg fokus på totale helseutgifter og hvordan de finansieres, allmennlegers lønnsgodtgjørelse og pasienters tilgang til helsetjenestene. Deretter ordner han først 13 (2009), og senere 27 (2014) OECD-medlemsstater i tre ulike klynger. Wendt understreker at disse klassifiseringene ikke danner «fryste typer helsesystem», men dynamiske systemer som kan forandre seg over tid og avhengig av kontekst. I sin utvidelse evaluerer han disse inndelingene på to ulike tidspunkt, i 2001 og 2007, og finner at de er robuste over denne perioden. Han får lagt til en rekke østeuropeiske stater som har beveget seg fra sosialistiske helsevesen til vestlige markedsdrevne/kapitalistiske systemer, men påpeker at en eventuell utvidelse av typologiene kan forandre alle gruppene, og at det kan eksistere ytterligere klynger.

Tabell 2.3: Helse-systemer, Wendt (2014)

Indikatorer	Helse-systemtyper			
	<i>Type 1</i>	<i>Type 2</i>	<i>Type 3</i>	
•Totale helseutgifter per innbygger	Belgia Canada	Finland Island	Australia Danmark	Polen Slovakia
•Andel offentlig finansiering	Frankrike	Portugal	Estland	Slovenia
•Andel brukerfinansiering	Japan	Spania	Irland	Storbritannia
•Bruk av allmennleger og spesialister	Luxemburg New Zealand	Sverige	Italia Nederland	Tsjekkia Ungarn
•Lønnsform allmennleger	Tyskland			
•Tilgang til helsetjenester	Østerrike			

Wendt klassifiserer land i tre ulike systemtyper basert på blant annet totale helseutgifter per innbygger og hvordan disse finansieres.

Den første gruppen Wendt (2014) konstruerer består av Belgia, Canada, Frankrike, Japan, Luxemburg, New Zealand, Tyskland og Østerrike (se tabell 2.3). Disse landene har de høyeste totale helseutgiftene, høyest andel offentlig finansiering, og laveste egenandeler av OECD-landene. Bruk av sykehus (og spesialister) er lavere enn snittet, og bruk av poliklinikker (og allmennleger) er høyere enn snittet. Disse landene har fritt legevalg og høy valgfrihet for pasientene. Leger har et høyt nivå av selvstyre og blir typisk betalt per konsultasjon. Disse landene har alle sosiale helseforsikringer/sykekasser.

Den neste gruppen kjennetegnes av gjennomsnittlige totale helseutgifter, høy andel offentlig finansiering, men også over gjennomsnittet bruk av egenandeler. Denne gruppen består av Finland, Island, Portugal, Spania og Sverige. De er over OECD-gjennomsnittet på både bruk av sykehus og poliklinikker. Pasienters tilgangen til helsevesenet er strengt regulert. Allmennleger får typisk fastlønn, noe som gjør inntektsmulighetene deres de mest begrensede av alle landene. Disse landene har sent utviklede folketrygdordninger.

Den siste klyngen kjennetegnes av lave totale helseutgifter, høy andel offentlig finansiering og moderate egenandeler. Bruk av sykehus er mer utbredt, og bruk av poliklinikker mindre utbredt sammenlignet med OECD-snittet. Pasienters tilgang til helsetjenester er strengt regulert. Allmennleger får betalt per listepasient og har slik sett små muligheter til å påvirke egen lønn. Landene i denne klyngen er Australia, Danmark, Estland, Irland, Italia, Nederland, Polen, Slovakia, Slovenia, Storbritannia, Tsjekkia og Ungarn.

Wendt inkluderer også en gruppe bestående av Israel og Tyrkia. Disse har svært lave totale helseutgifter, en lav andel offentlig finansiering, og pasienters tilgang til helsetjenestene er knapt regulert.

Sammenlignet med velferdsregimene diskutert i avsnitt 2.3 er det flere land som umiddelbart skiller seg ut. Finland og Sverige er her gruppert sammen med de typiske lavutgiftslandene Portugal og Spania, og ikke sammen i en sosialdemokratisk/skandinavisk inndeling. Dette skyldes primært høye egenandeler og strengt regulert tilgang til helsetjenester. Italia og Nederland er her gruppert sammen med andre helsevesen med universell dekning. Italia skiller seg i Wendts (2014) typologi fra de andre søreuropeiske landene ved høyere bruk av allmennleger og poliklinikker. Nederland har tradisjonelt vært sammenlignet med land i det bismarckiske regimet, men i 2006 flyttet finansieringen seg mer mot private forsikringsselskaper. Dette representerer likevel ikke en fullstendig privatisering (Wendt 2014, s. 867).

Hellas, Norge og Sveits kan ikke klassifiseres ved bruk av disse kriteriene. Norge har mange fellestrekk med Island og Sverige, men grunnet generell velstand er totale helseutgifter mye høyere, faktisk blant de tre høyeste i verden (Wendt 2014, s. 877).

Wendt betrakter ikke sin inndeling som et alternativ til de dominerende velferdsregimeteoriene, men som et verktøy for å lettere forstå ulikheter i tilbud og tilgang til helsevesenet. Bare det at systemtypene à la Wendt er nyere enn for eksempel Esping-Andersens velferdsregimer er god nok grunn til å benytte hans inndeling. Mye har forandret seg de siste tredve årene, og mye kommer til å forandre seg videre. Blant annet har skandinaviske land delvis implementert markedsløsninger for helsevesenet, og typiske korporative vestlige helsevesen har opplevd strengere statlig regulering.

Det er trolig at utvalgskriteriene Wendt benytter er mer passende for denne masteroppgavens formål. Finansieringsforholdet mellom det offentlige og brukerne/pasientene, pasienters tilgang til helsetjenestene, og lønnsgodtgjørelsen for primærleger er alle faktorer som trolig vil påvirke ens tilfredshet med helsevesenet som helhet.

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gjort rede for hvordan forskningen på sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse startet, og hvordan feltet har utviklet seg. Jeg har også presentert hva som er kjent så langt om hvordan tilfredshet med helsevesenet måles og dannes. Jeg har presentert velferdsregimer og helsesystemtyper, som jeg benytter for å analysere delutvalg i oppgaven.

3 Hypoteser og regresjonslikninger

Forrige kapittel presenterte relevant forskning på sosioøkonomisk status og sammenhengen med helse. Videre ble det også presentert noe av forskningen på tilfredshet med helsevesenet, og velferdsregimer og helsesystemer. I dette kapitlet presenteres denne oppgavens hypoteser og regresjonslikninger.

3.1 Hypoteser

Som nevnt i kapittel 2 har de med høy sosioøkonomisk status generelt bedre helse enn de med lav sosioøkonomisk status. I tillegg bruker de helsevesenet annerledes. De benytter seg hyppigere av spesialisthelsetjenester, og de har kortere ventetid. Kan det være slik at de med høy sosioøkonomisk status har lettere for å orientere seg av tilbud og tilgjengelighet av helsetjenester? Vil denne kjennskapen gi dem andre forventninger til helsevesenet, og slik en annen tilfredshet? Oppgavens hovedhypotese er:

1. *Det eksisterer en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet.*

Om det eksisterer en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet, kan man forvente at denne sammenhengen påvirkes av objektive ulikheter mellom forskjellige helsevesen. Er det for eksempel slik at sosioøkonomisk status har mer å si i regimer og helsevesen med få ressurser? Eller i regimer med stor valgfrihet og liten omfordeling? I slike regimer kan man forvente at de med høy sosioøkonomisk status i større grad har muligheten til å skille seg fra de med lav sosioøkonomisk status. Oppgavens andre hovedhypotese er:

2. *Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet har ulik størrelse og/eller fortegn i forskjellige velferdsregimer og helsesystemtyper.*

Hensikten er ikke primært å finne forskjeller mellom ulike helsesystem, men å benytte disse som redskap for å identifisere hvordan utdanning påvirker ens

3 Hypoteser og regresjonslikninger

tilfredshet. Ved å sammenligne ulike regimer og helsesystemer kan dette hjelpe oss å identifisere hvilke kanaler sosioøkonomisk status virker gjennom.

Som sagt i kapittel 2 er det en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helsetilstand (for eksempel Cutler, Lleras-Muney og Vogl 2008). Videre fant blant annet Carlsen (2006), og delvis Wendt, Kohl mfl. (2009), at det er en sammenheng mellom helsetilstand og tilfredshet. Jeg foreslår derfor helsetilstand som en mulig kanal sosioøkonomisk status kan påvirke tilfredshet gjennom. Dette gir delhypotesene:

3. *Det eksisterer en positiv sammenheng mellom helsetilstand og tilfredshet med helsevesenet.*
4. *Noe av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet kan forklares ved bedret helsetilstand for de med høy sosioøkonomisk status.*

Hypotese 3 er en forutsetning for hypotese 4.

Som en alternativ kanal foreslår jeg tillit til andre mennesker. Jeg forventer at de med høyere tillit til andre mennesker også har høyere tillit til offentlige institusjoner, inkludert helsevesenet. Dette krever også en korrelasjon mellom sosioøkonomisk status og tillit. Derfor formuleres de videre delhypotesene:

5. *Det eksisterer en positiv sammenheng mellom sosioøkonomisk status og tillit til andre mennesker.*
6. *Det eksisterer en positiv sammenheng mellom tillit til andre mennesker og tilfredshet med helsevesenet.*
7. *Noe av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet kan forklares ved økt tillit til andre mennesker for de med høy sosioøkonomisk status.*

Hvor *hypotese 5 og 6 er forutsetninger for hypotese 7.*

3.2 Regresjonslikninger

Den enkleste modellen som benyttes er:

$$Tilfredshet_{ir} = \beta_0 + \beta_1 SES_{ir} + \beta_2 SES_{ir}^2 + \beta_3 Kontroll_{ir} + u_{ir} \quad (3.1)$$

Hvor $Tilfredshet_{ir}$ er individ i i region r sin tilfredshet med helsevesenet. SES_{ir} er målet på individets sosioøkonomiske status, og inngår også som et kvadratledd for

å identifisere marginale effekter på tilfredsheten. $Kontroll_{ir}$ er en vektor med ulike kontrollvariabler. u_{ir} er det stokastiske restleddet.

Hypotese 1 kan evalueres utifra størrelsen på koeffisientene til SES . *Hypotese 2* kan evalueres ved å sammenligne størrelse og fortegn på koeffisientene til SES for separate analyser av de ulike velferdsregimene og helsesystemtypene.

For å identifisere mulige kanaler sosioøkonomisk status virker gjennom må disse inkluderes i regresjonen. Dette gir regresjonslikningen:

$$\begin{aligned} Tilfredshet_{ir} = & \beta_0 + \beta_1 SES_{ir} + \beta_2 SES_{ir}^2 + \alpha_1 Kanal_{ir} + \gamma_1 Kanal_{ir} \cdot SES_{ir} \\ & + \gamma_2 Kanal_{ir} \cdot SES_{ir}^2 + \beta_3 Kontroll_{ir} + u_{ir} \quad (3.2) \end{aligned}$$

Hvor $Kanal_{ir}$ vil være helsetilstand eller tillit for individ i i region r . Kanal inngår som et interaksjonsledd med sosioøkonomisk status for å identifisere om sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet varierer systematisk for ulike nivåer av helsetilstand eller tillit.

Hypotese 3 og *6* kan evalueres utifra størrelsen på koeffisienten til $Kanal$ i likning (3.2). *Hypotese 4* og *7* kan evalueres ved å sammenligne størrelsen på koeffisientene til SES i likningene (3.1) og (3.2). Om helsetilstand og tillit er kanaler utdanning virker gjennom vil størrelsen på koeffisientene falle fra likning (3.1) til likning (3.2).

4 Data og metode

I dette kapittelet presenteres dataene og metodene som benyttes i analysen. De ulike velferdsregimene og helsesystemtypene presentert i kapittel 2 blir også grundigere forklart.

4.1 Datakilder

4.1.1 Den europeiske samfunnsundersøkelsen

I denne oppgaven benytter jeg individdata tatt fra ESS runde 6, som ble gjennomført i 2012 og 2013. ESS er en spørreundersøkelse som har vært gjennomført annenhvert år i en rekke europeiske land siden 2001. Spørreundersøkelsen har et akademisk formål og ønsker å måle holdninger, oppfatninger og adferd. ESS finansieres av deltakerlandene, Europakommisjonen og European Science Foundation. Hver runde har omlag 600 faste spørsmål og omtrent 52 000 respondenter. Spørreundersøkelsen foregår som ansikt-til-ansikt intervjuer, hvor respondentene er over 15 år.

I ESS runde 6 deltok 29 land, og av disse benyttes 25 da de inngår i Ferrera og Fengers velferdsregimer og Wendts systemtyper. I tillegg benytter jeg data for Hellas, Kroatia og Østerrike fra ESS runde 5 da disse ikke deltar i runde 6. I Hellas og Kroatia ble undersøkelsen gjennomført i 2011, mens i Østerrike ble undersøkelsen gjennomført i 2013 (sic). Spriket i tid anses ikke som for stort, slik at de inkluderes i denne oppgaven. Landene som undersøkes er dermed: Belgia, Bulgaria, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Hellas, Irland, Island, Italia, Kroatia, Litauen, Nederland, Norge, Polen, Portugal, Russland, Slovakia, Slovenia, Spania, Storbritannia og Nord-Irland, Sveits, Sverige, Tsjekkia, Tyskland, Ukraina, Ungarn og Østerrike. Luxemburg er representert i ESS som en provins i Belgia. Fra Ferreras, Fengers og Wendts inndelinger mangler data for Hviterussland, Latvia, og ikke-europeiske land.

Videre begrenses utvalget til å kun inkludere personer over 25 år for å luke ut de som enda ikke har påbegynt, eller fullført utdanning.

Å benytte data fra spørreundersøkelser har en rekke ulemper sammenlignet med eksperimenter/kvasieksemperimenter. Blant annet kan noen spørsmål få en uheldig

4 Data og metode

oversettelse, respondenten kan feiltolke spørsmålet eller noe hun kanskje leste i avisen samme dag kan påvirke svaret hennes. På spørsmål å la det jeg benytter om tilfredshet med helsevesenet, hvor respondenten skal besvare på en skala fra 0-10, er det også usikkert om respondentenes vurderinger samsvarer. Bruk av skalaen kan også variere mellom grupper, land og regioner.

Vekting I noen av de deltakende landene foregår samplingen slik at ikke hele populasjonen har lik sannsynlighet for å bli valgt ut. Dataene må derfor vektet for å korrigere for denne forskjellen slik at resultatene ikke påvirkes av sample skjevhet («sample selection bias»). Vekting betyr at en legger større vekt på underrepresenterte respondenter og mindre vekt på overrepresenterte respondenter for å tilpasse utvalget til populasjonen. ESS har inkludert designvekter (`DWEIGHT`) i datasettet, slik at det er lett for brukerne å benytte disse. Designvektene brukes i samtlige analyser.

Når man inkluderer flere land i samme analyse kan en også benytte vekter for befolkningsstørrelse. Dette er fordi utvalgene har omtrent samme størrelse for alle land, selv om befolkningsstørrelsen er forskjellig. Uten slike vekter kan man få skjevhet i estimatene, da små land kan telle like mye som store land. Antall respondenter strekker seg fra 752 i Island til 2958 respondenter fra Tyskland, med et snitt på 1970 respondenter. ESS inkluderer også disse vektene (`PWEIGHT`).

For analyser der en benytter data fra flere runder av undersøkelsen samtidig, skal en benytte vektene fra hver runde.

4.2 Variabler

I tabell 4.1 presenteres deskriptiv statistikk for variablene jeg benytter i analysen. Tabellen viser snittet for hele samplet.

Tabell 4.1: Deskriptiv statistikk

Variabel	Gj.snitt	Std.av	Min	Maks	Obs.
Tilfredshet	4.815	2.664	0	10	48 083
År utdanning	12.828	4.107	0	55	48 007
Alder	51.295	15.715	25	103	48 367
Kvinne	0.552	0.497	0	1	48 465
Helsetilstand	0.546	0.497	0	1	48 378
Tillit	0.379	0.485	0	1	48 488

Tabellen viser deskriptiv statistikk for variablene som benyttes i analysen.

4.2.1 Tilfredshet med helsevesenet

For analysen ønsker jeg å finne tilfredshet med helsevesenet. Fra ESS brukes derfor variabelen «tilstand til helsetjenester nå om dagen» (*stfhlth*). Respondenten blir vist et kort med en skala fra 0-10 hvor 0 er «ekstremt dårlig» og 10 er «ekstremt godt». De får så spørsmålet «Bruk det samme kortet til å fortelle hva du mener om helsetjenestene i [*ditt land*] nå om dagen» (ESS 2012, s. 16).

Utfordringen er at «tilfredshet med helsevesenet» kan tolkes ulikt. At ESS kun har én variabel kan være utfordrende da en ikke kan vite hvordan respondenten tolker spørsmålet. Tilfredshet kan feks avhenge av i hvilken grad en opplever tilgjengelighet, ventetid, dyktighet, å bli hørt et cetera. Videre kan «helsetjenestene» tolkes ulikt; skal dette inkludere alt av helsetjenester, inkludert tannhelsetjenester, fysioterapeuter, apotek tjenester et cetera? Ideelt skulle vi hatt data fra en undersøkelse som spør mer spesifikt om slikt, men det er det mest passende målet på tilfredshet med helsevesenet ESS gir.

4.2.2 Sosioøkonomisk posisjon

Som mål på sosioøkonomisk posisjon benyttes ofte yrke, inntekt og utdanning. I denne oppgaven benyttes utdanning som indikator på sosioøkonomisk posisjon. Variabelen inneholder mål på antall år fullført skolegang/utdanning (*eduyrs*). Elstad (2008) oppgir en rekke fordeler med å benytte utdanning som proxy for sosioøkonomisk posisjon. Det er lett å måle; en kan måle både lengde og oppnådd utdanningsnivå. Det er hierarkisk ordnet fra lav til høy; en må nødvendigvis fullføre et lavere nivå for å få fortsette til et høyere nivå. Det er stabilt over livsløpet; en utdanner seg typisk i ung alder og deretter er utdanningsnivået ens relativt stabilt. Det er mindre påvirket av helsetilstand; det vil ikke påvirkes av om du blir syk/ufør i voksen alder. Det er inkluderende; en god indikator om en skulle være uten jobb ved tidspunktet for en undersøkelse à la ESS. Videre avslører ens utdanningsnivå ofte ens materielle og ikke-materielle ressurser (Eikemo mfl. 2008), og påvirker ens sannsynlighet for å være arbeidsledig (von dem Knesebeck mfl. 2006).

ESS benytter også to mål for inntekt som kunne vært benyttet, men disse er problematiske. ESS' standard inntektsvariabel indikerer hvilken tiendedel av inntektsfordelingen i landet en tilfaller. Et problem er mange manglende verdier på denne variabelen. Antallet som ikke besvarer spørsmålet varierer fra 0.21% i Belgia til 37.15% i Portugal, med et snitt i hele undersøkelsen på 11.36%. Dessuten er variabelen vektet med OECDs ekvivalensskala for husholdningens størrelse og sammensetting i noen land, men ikke i andre. Foruten denne variabelen er det også inkludert en variabel som indikerer respondentens opplevelse av egen økonomi.

4 Data og metode

Dette er en variabel med få manglende verdier, men med liten variasjon i data. Det er også en utfordring at dette er et subjektivt mål. Derfor benyttes kun utdanning som mål for sosioøkonomisk status i denne oppgaven.

4.2.3 Helsetilstand

For å forsøke å identifisere mulige kanaler for sammenhengen mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet inkluderes *subjektiv helsetilstand* og *tillit til andre mennesker* som forklaringsvariabler.

Helsetilstand er en binær variabel konstruert fra ESSs mål for subjektiv helsetilstand (*health*). ESSs variabel er en indikator for subjektiv helse på ordinalnivå. Den kan ta verdiene *veldig god*, *god*, *grei*, *dårlig* og *veldig dårlig* helse. Variabelen som benyttes i analysen skiller mellom *veldig god eller god* helse, og *mindre enn god* helse (*grei*, *dårlig* og *veldig dårlig*.)

4.2.4 Tillit

Den andre mulige kanalen som benyttes i analysen er tillit. Tillit er en binær variabel hvor 1 indikerer høy tillit og 0 indikerer lav tillit. Variabelen er konstruert fra ESS' mål på «tillit til andre mennesker» (*ppltrst*) som strekker seg fra 0–10, hvor 6–10 klassifiseres som høy tillit.

4.2.5 Kontrollvariabler

Kontrollvariabler inkluderes for å luke ut en eventuell korrelasjon mellom utdanning og *kontrollvariablene*. Til dette benyttes alder, kjønn og land *eller* region.

For alder benyttes dummyvariabler for 25-34 år, 35-44 år, 55-64 år, 65-74 år og 75 år og oppover. De i tyveårene i dag har lenger utdanning/skolegang enn de i tredveårene, som igjen har lenger enn de i førtiårene osv. For å kontrollere for kjønn benyttes en dummyvariabel (*mann*= 0, *kvinne*= 1). Det kan tenkes det er en korrelasjon mellom utdanning og kjønn.

For å kontrollere for land eller region benyttes en dummyvariabel for hvert land og for hver region. En grunn til å kontrollere for land er at utdanningsnivået og tilfredsheten kan være generelt høyt i noen land, men lavt i andre. For eksempel kan man forvente at en høyt utdannet respondent fra Belgia har andre faktorer som påvirker tilfredsheten med helsevesenet enn en lavt utdannet respondent fra Portugal. Jeg kontrollerer også for regioner, da man tilsvarende kan forvente at utdannelsesnivået er ulikt i for eksempel *Oslo og Akershus* og *Nord-Norge*. For de fleste land benytter ESS Eurostats nomenklatur for understatlige enheter, NUTS

(nomenclature des unités territoriales statistiques). Dette gir fra 2 til 28 regioner i hvert land, totalt 355 regioner (for inndelingene ESS benytter, se ESS udatert).

4.2.6 Mulige utfordringer

Utelatt-variabel-problem Både ved ordnet probit og MKM kan det være problemer knyttet til å utelate sentrale forklaringsvariabler. I min analyse er fokuset på å identifisere sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og utdanning, men det er trolig at utdanning er korrelert med andre aspekter som også påvirker ens tilfredshet med helsevesenet. Da vil estimatet jeg finner for effekten av utdanning være forventningsskjev.

Målefeil Den avhengige variabelen er et subjektivt mål på ens tilfredshet med helsevesenet. Individuer kan bedømme skalaen ulikt. Dette er en generell utfordring med surveydata. Antall år utdanning kan også oppgis feil om respondentene er usikre. Alder og kjønn burde være korrekt. Kodingsfeil kan forekomme når intervjueren behandler dataene.

4.3 Estimeringsmetode

I analysen benyttes både ordnet probit og minste kvadraters metode. Ordnet probit benyttes fordi den avhengige variabelen er ordnet metodisk fra 0–10. Ordnet probit er en metode som gir estimater som er vanskelige å tolke i seg selv. Derfor anvendes også MKM. Vi har nok observasjoner til å forvente at MKM også gir forventningsrette estimat.

I kapittel 3 ble regresjonslikningen presentert:

$$Tilfredshet_{ir} = \beta_0 + \beta_1 SES_{ir} + \beta_2 SES_{ir}^2 + \beta_3 Kontroll_{ir} + u_{ir} \quad (3.1)$$

I dette avsnittet drøftes tolkningen av likningen for både ordnet probit og MKM.

4.3.1 Ordnet probit

Da den avhengige variabelen er på ordinalnivå skal jeg benytte ordnet probit som estimeringsmetode. Kategoriene for variabelen er rangeringer, så verdiene i seg selv har ingen tolkning. Ordnet probit estimerer den kumulative sannsynligheten for å havne i én av kategoriene fremfor å havne i noen av de lavere eller høyere kategoriene. Ved hjelp av ordnet probit kan en predikere sannsynligheten for å oppgi hvert svar på rangeringen av tilfredshet med helsevesenet.

4 Data og metode

Følgende utledning er basert på Angrist og Pischke (2009) og Wooldridge (2010). Her er forklaringsvariablene erstattet med x og land/regioner utelatt for å lette notasjonen. Den latente variabelen $Tilfredshet_i^*$ defineres av regresjonen:

$$Tilfredshet_i^* = \beta_0^* + \beta_1^* x_{1i} + \dots + \beta_K^* x_{Ki} + u_i \quad (4.1)$$

Restleddet antas å være standard normalfordelt. β_1 er vår interessevariabel. I praksis er ikke $Tilfredshet_i^*$ observerbar, men dummyvariabelen $Tilfredshet_i$ kan observeres. Da variabelen kan ta 11 (0-10) verdier vil ligningen bli slik:

$$Tilfredshet_i = \begin{cases} 10, & \text{hvis } Tilfredshet_i^* \geq \mu_9 \\ 9, & \text{hvis } \mu_9 > Tilfredshet_i^* \geq \mu_8 \\ \vdots & \\ 0, & \text{hvis } \mu_0 > Tilfredshet_i^* \end{cases} \quad (4.2)$$

Hvor μ_0 - μ_9 er terskelverdiene som skiller hver svarkategori.

Den betingede forventningsfunksjonen for dummyvariabelen $Tilfredshet_i$ kan da skrives som:

$$\mathbb{E}(Tilfredshet_i | x_{1i}, \dots, x_{Ki}; \beta_0, \dots, \beta_K) = \Phi \left[\beta_0 + \sum_{k=1}^K \beta_k x_{ki} \right] \quad (4.3)$$

hvor $\Phi[\cdot]$ er den kumulative normalfordelingsfunksjonen. For analysen ønsker jeg å finne sammenhengen mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet. Marginaleffekten av likning (4.3) for én enhets økning i antall år utdanning, eller hvilken som helst annen forklaringsvariabel, her representert som x_{ki} , blir:

$$\frac{\partial \mathbb{E}(Tilfredshet_i | x_{1i}, \dots, x_{Ki}; \beta_0, \dots, \beta_K)}{\partial x_{ki}} = \beta_k \phi \left[\beta_0 + \sum_{k=1}^K \beta_k x_{ki} \right] \quad (4.4)$$

hvor $\phi[\cdot]$ er standard normal sannsynlighetsfunksjon. Effekten av én enhets endring i utdanningsvariabelen avhenger av alle de andre forklaringsvariablene og deres koeffisienter. Probitkoeffisientene gir heller ikke størrelsen på effekten med mindre de mates tilbake i den kumulative normalfordelingsfunksjonen, men de gir riktige fortegn.

Den største svakheten ved ordnet probit er at resultatene ikke gir intuitiv tolkning.

4.3.2 Minste kvadraters metode

Da den avhengige variabelen er på ordinalnivå oppfylles ikke forutsetningene for å benytte MKM. Likevel kan det være fordelaktig å forsøke med MKM da dette gir estimater med intuitiv tolkning (Angrist og Pischke 2009). Med utgangspunkt i likning (3.1):

$$Tilfredshet_{ir} = \beta_0 + \beta_1 SES_{ir} + \beta_2 SES_{ir}^2 + \beta_3 Kontroll_{ir} + u_{ir} \quad (3.1)$$

ser man at det er lettere å lese av marginaleffekten av utdanning:

$$\frac{\partial E(Tilfredshet_{ir} | x_{1ir}, \dots, x_{K_{ir}}; \beta_0, \dots, \beta_K)}{\partial SES_{ir}} = \beta_1 + 2\beta_2 SES_{ir} \quad (4.5)$$

Ett års økning i utdanning vil altså endre predikert tilfredshet med β_1 og $2\beta_2$ multiplisert med antall år utdanning en allerede har (Wooldridge 2013).

Figur 4.1 viser mulige sammenhenger mellom tilfredshet med helsevesenet og utdanning. For alle grafene er β_1 positiv, mens β_2 er enten positiv, null, eller negativ. Det gir henholdsvis tiltakende, konstant, og avtakende utbytte av utdanning på tilfredshet.

Ett problem med MKM er at utfallene ikke begrenses til å gjelde mellom 0–10, men kan ta en hver verdi både over og under dette intervallet. Resultatene fra en regresjon med MKM tolkes som endringer i faktisk tilfredshet med helsevesenet, mens resultatene fra en regresjon med ordnet probit er endringer i sannsynligheten for å oppgi en gitt tilfredshet med helsevesenet. Ordnet probit begrenses til verdier mellom 0–10 og vil være nærmere de observerte sannsynlighetene enn MKM. Et annet problem er at MKM antar konstante marginale effekter. Med ordnet probit kan man evaluere de marginale effektene for ethvert nivå utdanning. Det kan tenkes de marginale effektene av utdanning varierer avhengig av nivå. Kanskje det også eksisterer diplomeffekter for tilfredshet med helsevesenet.

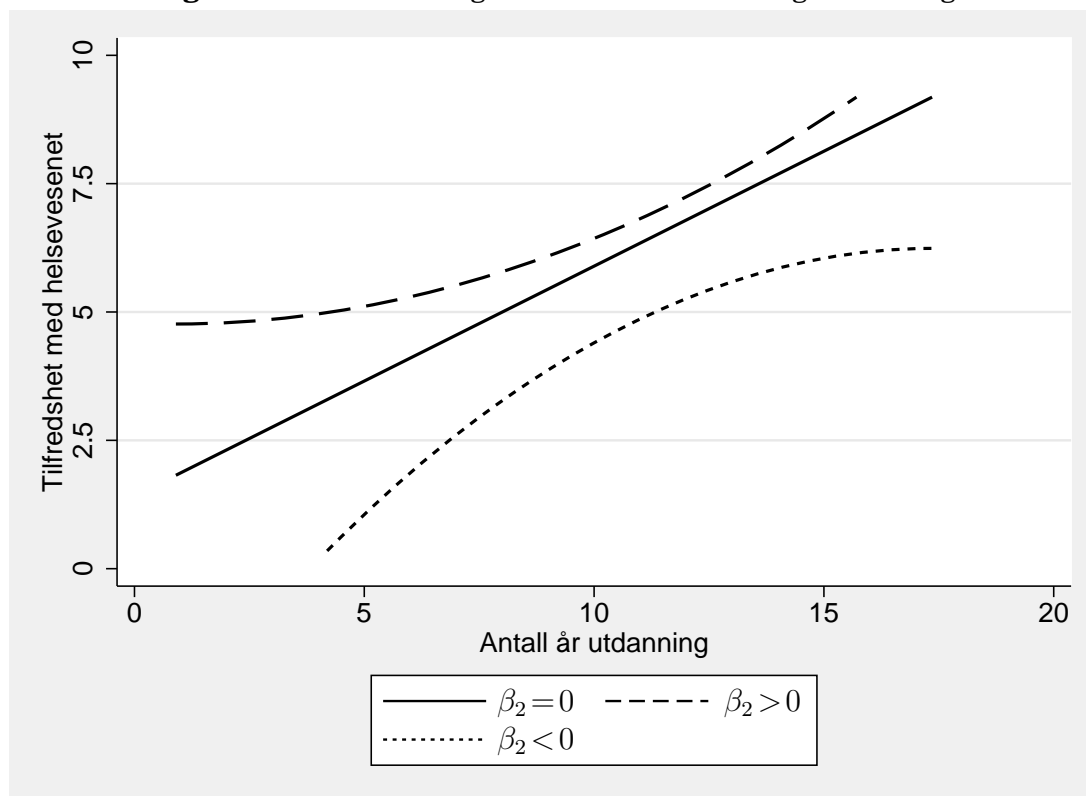
I analysen utføres regresjonen både med ordnet probit og MKM.

4.4 Delutvalg

I analysen skilles det mellom ulike velferdsregimer og helsesystemtyper. Inndelingen baseres på Ferreras (1996) velferdsregimer, kombinert med Fengers (2007) klassifiseringer av sentral- og østeuropeiske stater (se tabeller 2.1 og 2.2). Deretter benyttes Wendts (2014) inndeling av helsesystemtyper (se tabell 2.3).

Tabell 4.2 viser deskriptiv statistikk for variablene som benyttes i analysene, per land. Tabell 4.3 viser helsestatistikk for hvert land hentet fra OECD og WHO.

Figur 4.1: Sammenhenger mellom tilfredshet og utdanning



Grafene illustrerer en potensiell sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og utdanning. For alle grafene er β_1 positiv.

Helsestatistikken benyttes ikke i analysen, men gir en indikasjon på helsetilstand og helsevesenet prestasjon i de ulike landene, regimene og helsesystemene.

4.4.1 Velferdsregimer

Anglosaksisk Det anglosaksiske regimet består kun av Irland og Storbritannia og Nord-Irland. Disse landene har gjennomsnittlig tilfredshet og utdanningsnivå, men ganske ulike helsevesen.

Takket være Irlands økonomiske vekst gjennom 90- og starten av 2000-tallet ble helsevesenet fornyet og forbedret, og befolkningens velferd har økt. Likevel er det et land med store sosiale ulikheter. De fattigste får gratis helsetjenester (omtrent 30% av befolkningen), men de fleste må betale relativt høye egenandeler for primærhelsetjenester (McDaid mfl. 2009). Omtrent 45% har *duplikathelseforsikring*, en forsikring som sikrer hurtigere tilgang og større valgfrihet i helsevesenet (OECD 2014, s. 108). Det private forsikringsmarkedet er delvis statseid og skal operere som non-profit organisasjoner (McDaid mfl. 2009). Med den økonomiske nedgangen etter finanskrisen har generelt andelen med private helseforsikringer i Irland falt,

det samme har det offentlige helsebudsjettet (OECD 2014).

Storbritannia inkluderer i denne oppgaven England, Nord-Irland, Skottland og Wales. Fra 1997 ble ansvaret for helsepolitikken gradvis overført til enkeltstatene, men alle er fortsatt folketrygdsystemer hvor de fleste kvalifiserer for gratis helsetjenester (Cylus, Richardson mfl. 2015). I Nord-Irland, Skottland og Wales spiller staten en sentral rolle i tilbud og finansiering av helsetjenestene mens markedet spiller en større rolle i England. Storbritannia og Nord-Irland har også godt under gjennomsnittlig antall leger per innbygger og har liten ledig kapasitet i sykehusene (OECD 2014).

Bismarckisk Belgia og Sveits har obligatorisk helseforsikring, fritt legevalg og tilgang til alle nivåer av helsetjenester, og nesten ikke ventetid (Gerkens og Merkur 2010; OECD 2014). Innbyggerne har generelt god helse, og helsebudsjettene er store. Det sveitsiske helsebudsjettet er blant de høyeste i verden, men det er også egenandelene (se tabell 4.3).

Frankrike har også sosiale helseforsikringer, men her har staten en relativt sentral rolle sammenlignet med de øvrige bismarckiske statene. Private betalinger er blant de laveste i verden. I Frankrike er 95% av befolkningen dekket av privat *komplementær helseforsikring*, forsikringer som betaler for ytterligere behandling eller alt utover det mest grunnleggende som dekkes av staten (OECD 2014), dette sikrer en viss sosial likhet i behandling og bruk av helsetjenester. Likevel har Frankrike blant de største sosiale ulikhetene i helse i Europa (Chevreul mfl. 2015). Dette skyldes både adferd og ulikhet i tilgangen til helsetjenester. Primærleger opptre delvis som gatekeepere ved å koordinere videre behandling. Det er vanlig å bli henvist, men en kan også kontakte spesialister direkte (Chevreul mfl. 2015).

Det bismarckiske regimet har høy tilfredshet med helsevesenet, høye utgifter, høy kapasitet og generelt god helse. Med unntak av Frankrike styres det meste i markedet, med mange private aktører og stor valgfrihet for brukerne/pasientene. Samtlige land har sosiale helseforsikringer, og mange individer har ytterligere private forsikringer. Nederland er det eneste landet som regulerer tilgangen, ved at en må henvises til spesialister. Tyskland har klart lavere gjennomsnittlig tilfredshet med helsevesenet enn de andre bismarckiske landene (se tabell 4.2). Egenandelene varierer sterkt mellom disse landene.

Det eksisterer også tydelige sosiale skiller i helse og utnyttelse av helsetjenester mer eller mindre i alle disse landene.

Tabell 4.2: Deskriptiv statistikk, detaljert

Regime	Land	Helsesystem	<i>N</i>	Tilfredshet	Utdanning	Alder	Kvinner	Helse	Tillit
Anglosaksisk	Irland	3	2 338	4.05	14.16	49.51	0.52	0.82	0.47
	Storbritannia	3	2 076	6.19	13.39	53.54	0.57	0.70	0.47
Bismarckisk	Belgia	1	1 586	7.70	12.97	52.26	0.51	0.72	0.45
	Frankrike	1	1 810	6.33	12.41	53.02	0.54	0.61	0.28
	Nederland	3	1 704	6.47	13.70	52.66	0.53	0.72	0.65
	Sveits	<i>n.a.</i>	1 271	7.11	11.95	52.18	0.50	0.81	0.53
	Tyskland	1	2 564	5.65	14.07	52.66	0.50	0.59	0.41
	Østerrike	1	1 895	6.86	13.10	47.75	0.53	0.77	0.46
Skandinavisk	Danmark	3	1 393	6.86	13.36	54.05	0.50	0.74	0.79
	Finland	2	1 941	6.80	13.37	53.74	0.51	0.65	0.74
	Norge	<i>n.a.</i>	1 367	6.39	13.35	50.98	0.47	0.76	0.77
	Sverige	2	1 576	6.22	13.09	52.66	0.49	0.77	0.63
Sørlig	Hellas	<i>n.a.</i>	2 394	2.98	11.15	50.39	0.57	0.78	0.25
	Italia	3	831	4.90	12.53	51.34	0.51	0.60	0.40
	Portugal	2	1 957	3.99	7.77	54.18	0.61	0.53	0.20
	Spania	2	1 684	5.23	12.29	50.99	0.52	0.56	0.44
Postkommunistisk	Bulgaria	<i>n.a.</i>	2 149	2.84	11.52	54.41	0.57	0.56	0.18
	Kroatia	<i>n.a.</i>	1 464	4.97	11.38	51.81	0.54	0.56	0.34
	Polen	3	1 605	3.25	12.32	50.93	0.52	0.57	0.25
	Slovakia	3	1 718	4.04	13.75	49.29	0.57	0.64	0.23
	Tsjekkia	3	1 788	5.34	12.95	50.40	0.49	0.65	0.30
	Ungarn	3	1 750	3.84	12.41	51.28	0.56	0.54	0.38
Tidligere Sovjet	Estland	3	2 059	4.93	12.81	53.98	0.59	0.41	0.49
	Litauen	<i>n.a.</i>	1 817	4.78	12.88	50.85	0.58	0.50	0.44
	Russland	<i>n.a.</i>	2 137	3.29	13.02	48.61	0.61	0.32	0.32
	Ukraina	<i>n.a.</i>	1 923	2.76	12.55	50.30	0.63	0.34	0.34
Uten regime	Island	2	602	5.45	14.97	50.36	0.51	0.78	0.60
	Slovenia	3	1 089	5.58	11.88	52.71	0.54	0.56	0.33

Deskriptiv statistikk for for hvert enkelt land i analysen. Verdiene er gjennomsnittet for variablene presentert i avsnitt 4.2; tilfredshet med helsevesenet, antall år utdanning, alder, kjønn, helsetilstand og tillit.

Skandinavisk Dansker har litt dårligere helse enn andre skandinaver, men likevel litt bedre enn andre europeere (OECD 2014) (se tabell 4.3). Stort sett er primærhelsetjenestene gratis og finansiert av staten. Primærlegene opptrer som gatekeepers, men med en henvisning har man fritt sykehusvalg. Danmark har også store sosioøkonomiske ulikheter i helse (Olejaz mfl. 2012).

Finland har blant de laveste helseutgiftene per innbygger av OECD-landene. Primært finansieres helsevesenet av skatter og sosiale helseforsikringer, men også over gjennomsnittlige egenandeler. Finland har lange ventetider og få leger per innbygger (OECD 2014). Likevel er tilfredsheten generelt god.

Med unntak av faste egenandeler (som dessuten har en øvre grense per år) er det norske helsevesenet gratis. Omtrent 5% har privat helseforsikring. Primærleger får omlag 30% av lønnen basert på listebetalinger og resten som honorar per konsultasjon (Ringard mfl. 2013). For å se spesialister trenger man henvisning fra ens primærlege. Norges største utfordring og grunn til misnøye er lange ventetider. På grunn av spredt bosetting eksisterer det geografiske ulikheter i tilgang til helsevesenet.

Sveriges helsevesen finansieres primært av staten og skatteinntekter. 4% har privat helseforsikring (Anell mfl. 2012; OECD 2014). Sverige har opplevd en stadig større sosial ulikhet i tilgang og bruk (Anell mfl. 2012). Som i Norge betales en fast egenandel per konsultasjon, men med en øvre grense per år. Primærleger får listebetalt. Sverige har et over gjennomsnittlig antall leger per innbygger.

Sørlig I Hellas har antallet med helseforsikringer sunket kraftig etter finanskrisen da flere har blitt langtids arbeidsledige (OECD 2014). Samtidig er stadig mer av finansieringen veltet over på private husholdninger. Med svært høye egenandeler, overskudd av allmennleger, og dårlig koordinering og samarbeid innad i helsevesenet har det utviklet seg en trend med store andeler *under-bordet* betalinger og delvis svart økonomi i helsevesenet (Economou 2010). Dette bidrar til at grekernes tilfredshet med helsevesenet er blant de laveste i Europa (se tabell 4.2).

Italia, Portugal og Spania er alle sent utviklede, skattefinansierte, folketrygd-systemer hvor staten står for majoriteten av tilbudet, men som også har en del private aktører. I Spania kjøper staten tjenester av private aktører for å kontrollere ventetidene (García-Armesto mfl. 2010). Italia har en markant sosial og økonomisk lagdeling mellom nord og sør, som gjenspeiler seg i helsetilstanden (Ferré mfl. 2014). Videre er ventetidene lange, og også disse er ulike for rike og fattige (Ferré mfl. 2014). En trenger henvisning fra primærleger for å få tilgang til spesialister i disse landene.

4 Data og metode

Postkommunistisk Disse postkommunistiske landene har alle obligatoriske sosiale helseforsikringer à la det bismarckiske regimet. Staten er en viktig aktør som eier sykehusene, mens primærleger og poliklinikker ofte er, eller blir, privatisert (Dimova mfl. 2012; Džakula mfl. 2014; OECD 2014; Szalay mfl. 2011). Disse landene har også fritt legevalg, og stort sett fri tilgang til spesialister.

Fra tabeller 4.2 og 4.3 ser vi at disse landene har sprikende, men tydelig lavere tilfredshet og noe lavere utdanning enn de øvrige grupperingene i denne oppgaven, og klart lavere helseutgifter per innbygger, høyere egenandeler, lavere forventet levealder og høyere spedbarnsdødelighet.

Landene sliter generelt med store sosiale ulikheter i helse og bruk av helsevesenet (OECD 2015). Bulgarias helsesystemet er dessuten ustabil grunnnet underbudsjettering, og et høyt antall leger som emigrerer er et problem (Dimova mfl. 2012). Kroatia har også en svak økonomi som ikke har vokst nevneverdig siden uavhengigheten fra Jugoslavia. Finanskrisen brakte dessuten Kroatia inn i resesjon, men etter innlemmelsen i EU vil Kroatia få betydelig økonomisk hjelp i flere år fremover (Džakula mfl. 2014).

Tidligere sovjet Disse landene har enda lavere helseutgifter enn de postkommunistiske, og enda dårligere helse. Helsenivået har faktisk sunket siden oppløsningen av Sovjetunionen. Alle landene bærer preg av at infrastrukturen ble designet av et sentralisert styre med kvantitative mål, og dette gir blant annet overkapasitet i sykehusene. Dagens sykehus og tjenestetilbydere sliter med koordinering. Dette fører også til mangel på transparens, og det er vanlig med betalinger under bordet. Alle landene har dessuten måtte kutte i budsjettene etter finanskrisen (OECD 2014).

Estland, Litauen og Russland har sosiale helseforsikringer, mens Ukraina ikke har lykkes med å reformere og modernisere helsevesenet etter landet ble selvstendig (Lekhan mfl. 2015; OECD 2014). Ukraina har klart lavest gjennomsnittlig tilfredshet i utvalget (se tabell 4.2) og svært mye lavere helseutgifter per innbygger (se tabell 4.3). Faktiske helseutgifter er sannsynligvis høyere, da størrelsen på Ukrainas skyggeøkonomi er betraktelig.

Ellers er det betydelige sosiale ulikheter i helse. Landene sliter også med emigrerende leger og «brain-drain».

4.4.2 Helsesystem

Type 1 Foruten fraværet av Nederland og Sveits er helsesystem av type 1 identisk med det bismarckiske regimet. Gjennomsnittlige helseutgifter per innbygger og gjennomsnittlig tilfredshet faller når disse landene ikke lenger inkluderes.

Tabell 4.3: Helsestatistikk

Land	Leger per 1000 innbygger	Helseutgifter som andel av BNP	Totale helseutgifter per innbygger ^a	Egenandeler	Forventet levealder ^b	Spedbarnsdødelighet
Irland	2.69	8.92	3 867.12	16.84	80.86	3.2
Storbritannia	2.77	9.12	3 310.70	9.29	81.21	3.9
Belgia	2.95	11.19	4 526.08	19.91	80.66	3.4
Frankrike	3.18	11.66	4 333.58	7.40	82.41	3.6
Nederland	3.28	12.89	5 601.11	5.39	81.45	3.3
Sveits	4.04	11.47	6 186.65	25.88	83.00	3.6
Tyskland	4.05	11.30	4 811.82	12.89	80.96	3.3
Østerrike	4.99	11.03	4 884.62	15.81	81.27	3.2
Danmark	3.62 ^c	10.62	4 552.40	12.79	80.09	3.1
Finland	3.01	9.40	3 604.12	18.54	80.76	2.1
Norge	4.30	9.57	6 307.78	13.95	81.53	2.3
Sverige	4.00 ^c	9.71	4 243.84	16.32	81.99	2.4
Hellas	6.23	9.82	2 512.67	26.39	80.91	3.8
Italia	3.90	9.09	3 126.05	18.01	82.41	3.1
Portugal	4.26	9.71	2 507.79	26.63	80.72	3.1
Spania	3.81	9.88	2 845.70	22.80	82.45	3.7
Bulgaria	3.97	7.63	1 212.52	39.63	74.23	10.1
Kroatia	3.03	7.30	1 516.85	12.46	77.26	4.0
Polen	2.21	6.66	1 515.72	22.81	76.96	4.5
Slovakia	3.30 ^d	8.21	2 146.56	22.14	75.66 ^e	6.3
Tsjekkia	3.68	7.24	1 981.84	15.71	78.06	3.0
Ungarn	3.20	8.05	1 839.01	27.49	75.15	5.4
Estland	3.28	5.72	1 452.64	18.89	76.63	2.7
Litauen	4.27	6.24	1 578.73	32.63	73.80	4.0
Russland	2.39	6.55	1 586.56	48.01	70.03	8.9
Ukraina	3.49	7.77	686.70	42.81	71.12	8.6
Island	3.62	9.06	3 645.81	18.10	82.10 ^d	1.6
Slovenia	2.63	9.16	2 595.21	12.11	79.96 ^e	2.3

a: Kjøpekraftjustert, amerikanske dollar

b: Tall fra 2011

c: Tall fra 2012

d: Kilde: OECD (2014)

e: Tall fra 2010

Land er her sortert etter velferdsregimer à la tabell 4.2. Alle verdier fra 2013. Leger per 1000 innbygger inkluderer både allmennleger og spesialister. Helseutgifter per innbygger er kjøpekraftjustert i 2013 USD. Egenandeler er husholdningenes private utgifter til helsevesenet som andel av totale helseutgifter. Forventet levealder er estimert fra fødsel. Spedbarnsdødelighet er estimert per 1000 fødsler.

Kilde: Verdens helseorganisasjon (2015).

4 Data og metode

Type 2 Denne gruppen består av de skandinaviske landene Finland og Sverige, de sørlige landene Portugal og Spania, og dessuten Island. Island har middels tilfredshet med helsevesenet (snitt lik 5.45), og høy gjennomsnittlig utdannelse (15 år) (se tabell 4.2).

Island har folketrygd og kun 0.2% av befolkningen har privat helseforsikring (OECD 2014). Finanskrisen rammet Island hardt, og som følge av dette har det vært store forandringer i helsevesenet, hvor både totale helseutgifter har blitt redusert betraktelig, og finansiering av primærleger og medisiner er i større grad veltet over på husholdningene (Sigurgeirsdóttir mfl. 2014). Som et annet tiltak for å redusere utgiftene i helsevesenet vil Island innføre strengere regulering av tilgangen. Til nå har islendere kunnet kontakte spesialister direkte, men også her må man etterhvert ha henvisning fra primærleger (OECD 2014; Sigurgeirsdóttir mfl. 2014).

Type 3 Denne gruppen inneholder land fra hver av velferdsregimene; Nederland, Danmark, Italia, de anglosaksiske landene, Polen, Slovakia, Tsjekkia, Ungarn og Estland. I tillegg til disse inkluderes Slovenia. Slovenere har relativt god helse sammenlignet sine østlige naboland, med en levealder lik snittet i EU og spedbarnsdødelighet under snittet (se tabell 4.3). Slovenias helsevesen har universell dekning, men tilgangen til helsevesenet begrenses av få leger per innbygger, lange ventetider og krav om henvisning for å få se en spesialist (Albreht mfl. 2009). Helsetjenestene finansieres først og fremst av staten og sosiale helseforsikringer, som de bismarckiske statene. Utover dette er Slovenia et av de største markedene for private *komplementære helseforsikringer*, hvor nær 85% er dekket (OECD 2014). Dette er forsikringer som dekker kostnader utover det staten dekker.

Tabell 4.4 gir et overblikk over likheter og ulikheter mellom velferdsregimene og helsesystemtypene.

4.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg beskrevet data, variabler og fremgangsmåten som benyttes i analysen, samt de ulike velferdsregimene og helsesystemtypene.

Alle beregninger er gjort i Stata 13.

Tabell 4.4: Delutvalg

	<i>Velferdsregimer</i>	<i>Helsesystemtyper</i>	
<i>Bismarck</i>	Belgia Frankrike Tyskland Østerrike Nederland Sveits	Belgia Frankrike Tyskland Østerrike	<i>Type 1</i>
<i>Skandinavisk</i>	Finland Sverige Danmark Norge	Finland Sverige	<i>Type 2</i>
<i>Sørlig</i>	Portugal Spania Italia Hellas	Portugal Spania Island	
<i>Anglosaksisk</i>	Irland Storbritannia	Nederland Danmark	<i>Type 3</i>
<i>Postkommunistisk</i>	Polen Slovakia Tsjekkia Ungarn Bulgaria Kroatia	Italia Irland Storbritannia Polen Slovakia Tsjekkia	
<i>Tidligere Sovjet</i>	Estland Litauen Russland Ukraina	Ungarn Estland Slovenia	

Tabellen viser alle landene som inkluderes i analysen, fra Fenger (2007), Ferrera (1996) og Wendt (2014). Land i fet font er klassifisert enten i et velferdsregime eller et helsesystem, men ikke i begge typologiene.

5 Analyse

I dette kapitlet presenteres resultatene fra analysen. Først en enkel analyse av hele samplet for å vise at MKM kan benyttes som et alternativ for ordnet probit. Deretter følger hoveddelen av analysen hvor sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og antall år utdanning sammenlignes for de ulike velferdsregimene og helsesystemtypene presentert i kapitlene 2 og 4. Til slutt vises det at utdanning påvirker tilfredshet med helsevesenet gjennom bedret helsetilstand og økt tillit.

5.1 Ordnet probit versus minste kvadraters metode

Tabell 5.1 viser resultatene for regresjoner med hele utvalget der tilfredshet med helsevesenet er den avhengige variabelen og antall år utdanning er forklaringsvariabelen:

$$Tilfredshet_i = \beta_0 + \beta_1 Utdanning_i + \beta_3 Kontroll_i + u_i \quad (5.1)$$

$$Tilfredshet_{il} = \beta_0 + \beta_1 Utdanning_{il} + \beta_3 Kontroll_{il} + u_{il} \quad (5.2)$$

$$Tilfredshet_{ir} = \beta_0 + \beta_1 Utdanning_{ir} + \beta_3 Kontroll_{ir} + u_{ir} \quad (5.3)$$

De tre første kolonnene er estimert med ordnet probit, og de tre siste er estimert med MKM. Kolonnene (1) og (4) er resultatene fra likning (5.1) hvor kun alder og kjønn inngår som kontrollvariabler. Kolonnene (2) og (5) er resultatene fra likning (5.2) hvor også land inngår som kontrollvariabel. Kolonnene (3) og (6) er resultatene fra likning (5.3) der det kontrolleres for alder, kjønn og regioner. Jeg unnlot å inkludere kvadratledd for *Utdanning* da ordnet probit tar høyde for marginale effekter og jeg ønsket mest mulig sammenlignbarhet for resultatene.

Når en kontrollerer for land og regioner reduseres effekten av utdanning på tilfredsheten, men verdiene er fortsatt signifikante. Dette illustrerer hvordan noen land og regioner har et generelt høyere utdanningsnivå enn andre land og regioner. Heretter kontrolleres det kun for regioner.

Størrelsen på koeffisientene i en modell funnet ved ordnet probit og en modell funnet ved MKM er ikke direkte sammenlignbare, men man ser at fortegnet på koeffisientene er like i begge spesifikasjoner og de samme variablene er signifikante.

Tabell 5.1: Ordnet probit og minste kvadraters metode

	Ordnet probit			Minste kvadraters metode		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>Tilfredshet med helsevesenet</i>						
År utdanning	0.0136*** (11.36)	0.00305** (2.47)	0.00221* (1.75)	0.0410*** (13.15)	0.0115*** (4.19)	0.00948*** (3.43)
35-44 år	-0.0150 (-0.98)	-0.0899*** (-5.85)	-0.0903*** (-5.84)	-0.0432 (-1.08)	-0.209*** (-6.10)	-0.206*** (-6.07)
45-54 år	-0.00759 (-0.51)	-0.120*** (-7.94)	-0.121*** (-7.95)	-0.0157 (-0.40)	-0.271*** (-8.08)	-0.269*** (-8.08)
55-64 år	-0.0263* (-1.68)	-0.134*** (-8.54)	-0.131*** (-8.29)	-0.0560 (-1.37)	-0.297*** (-8.48)	-0.287*** (-8.25)
65-74 år	0.147*** (8.47)	-0.0186 (-1.06)	-0.00848 (-0.48)	0.398*** (8.82)	-0.0399 (-1.03)	-0.0166 (-0.43)
>74 år	0.282*** (14.18)	0.0992*** (4.94)	0.103*** (5.10)	0.726*** (14.02)	0.199*** (4.46)	0.206*** (4.64)
Kvinne	-0.155*** (-16.54)	-0.104*** (-11.06)	-0.103*** (-10.82)	-0.415*** (-17.02)	-0.237*** (-11.31)	-0.230*** (-11.06)
Faste landeffekter		X			X	
Faste regioneffekter			X			X
N	47598	47598	47598	47598	47598	47598

z- og t-verdier i parentes

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Regresjon med tilfredshet med helsevesenet og antall år utdanning for hele utvalget. Kolonne (1)–(3) er estimert ved ordnet probit, (4)–(5) ved MKM. (2) og (5) er kontrollert for land, (3) og (6) er kontrollert for regioner. 25–34 år og mann er referansekategoriene.

Koeffisientene i en probit modell er et snitt av de marginale effektene og ikke lett å tolke i seg selv. Derimot kan vi lese rett av koeffisientene fra modellene estimert ved MKM hvordan tilfredsheten med helsevesenet vil endres for én enhets økning i en forklaringsvariabel. Kolonne (6) viser for eksempel at den predikerte tilfredsheten med helsevesenet vil stige med snaut 0.01 poeng (på skalaen fra 0–10) per år utdanning, alt annet likt. Tolkningen av dummyvariablene sees i sammenheng med referansekategorien. De mellom 45–54 år har for eksempel en predikert tilfredshet 0.27 poeng lavere enn de mellom 25–34 år, alt annet likt. Kvinner har en predikert tilfredshet 0.23 poeng lavere enn menn, alt annet likt. Resultatene viser at det i samtlige spesifikasjoner er de yngste og de eldste, og menn som er mest tilfredse med helsevesenet.

De marginale effektene funnet ved ordnet probit med likning (5.3) (kolonne (3) i tabell 5.1) av én enhets økning fra gjennomsnittet rapporteres i tabell 5.2. Samtlige variabler er evaluert utifra sin gjennomsnittlige verdi, inkludert kontrollvariablene kvinne, hver av aldersdummyene og hver region. Koeffisientene for effekten av utdanning gir en endring i predikert tilfredshet med helsevesenet av ett år ekstra utdanning er lik 0.005, for alle variabler evaluert på sitt gjennomsnitt.

Tabell 5.2: Marginaleffekter ved ordnet probit

	Tilfredshet med helsevesenet							
	0	...	4	5	6	...	9	10
Utdanning	-0.00018*	...	-0.00010*	0.00001*	0.00012*	...	0.00012*	0.00006*
	(-1.75)	...	(-1.75)	(1.65)	(1.75)	...	(1.75)	(1.75)
35-44 år	0.00743***	...	0.00372***	-0.00044***	-0.00492***	...	-0.00474***	-0.00271***
	(5.81)	...	(5.79)	(-3.87)	(-5.80)	...	(-5.79)	(-5.76)
45-54 år	0.00992***	...	0.00497***	-0.00059***	-0.00657***	...	-0.00633***	-0.00362***
	(7.89)	...	(7.84)	(-4.34)	(-7.86)	...	(-7.85)	(-7.77)
55-64 år	0.01081***	...	0.00542***	-0.00643***	-0.00716***	...	-0.00690***	-0.00395***
	(8.22)	...	(8.16)	(-4.38)	(-8.18)	...	(-8.16)	(-8.07)
65-74 år	0.00069	...	0.00035	-0.00004	-0.00046	...	-0.00044	-0.00025
	(0.48)	...	(0.48)	(-0.48)	(-0.48)	...	(-0.48)	(-0.48)
>74 år	-0.00847***	...	-0.00424***	0.00050***	0.00561***	...	0.00541***	0.00309***
	(-5.08)	...	(-5.06)	(3.65)	(5.08)	...	(5.07)	(5.05)
Kvinne	0.00844***	...	0.00423***	-0.00050***	-0.00559***	...	-0.00539***	-0.00308***
	(10.67)	...	(10.53)	(-4.68)	(-10.60)	...	(-10.58)	(-10.35)

z-verdier i parentes

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Marginaleffekter funnet med ordnet probit evaluert på gjennomsnittsverdien for samplet (12.83 års utdanning), fra likning (5.3) (kolonne (3) i tabell 5.1). Koeffisientene representerer endringen i sannsynlighet for å oppgi hver enkelt kategori av tilfredshet. For eksempel vil ett år ekstra utdanning utover gjennomsnittet redusere sannsynligheten for å ha en tilfredshet med helsevesenet lik 0 med 0.01%, og øke sannsynligheten for å ha en tilfredshet lik 9 med 0.01%, alt annet likt. De mellom 45–54 år har snaut 1% høyere sannsynlighet for å ha en tilfredshet med helsevesenet lik 0, enn de mellom 25–34 år. De mellom 65–74 år har ikke signifikant ulik sannsynlighet for å velge noen av kategoriene enn de mellom 25–34 år. De over 74 år har høyest sannsynlighet for å velge de øvre kategoriene. Kvinner har snaut 1% større sannsynlighet for å ha en tilfredshet lik 0 enn menn har, alt annet likt.

Verdiene for tilfredshet lik 1–3, 7 og 8 er utelatt av plasshensyn, men tendensene er like som for de omliggende verdiene.

5 Analyse

Altså, en som går fra 12.83 års utdanning til 13.83 års utdanning vil få en økt predikert tilfredshet med helsevesenet lik 0.005. Dette er relativt lavere enn 0.009 som MKM predikerer, men ikke veldig ulikt i absoluttverdi. Wald-test bekrefter at terskelverdiene for regresjonen er signifikant ulike, derfor kan ingen av kategoriene slås sammen.

Jeg har nå funnet at det er en generell positiv sammenheng mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet. Siden verdiene fra ordnet probit og MKM ikke avviker mer fra hverandre vil jeg i resterende analyser benytte meg av MKM da resultatene er mer intuitive.

5.2 Velferdsregimer

Jeg skal nå analysere delutvalg som presentert i kapitlene 2 og 4. Dette for å undersøke delhypotese 2, om at sammenhengen mellom utdanning og tilfredshet er ulik i forskjellige regimer og helsesystemer.

Tabell 5.3 viser estimater funnet med MKM for Ferreras (1996) og Fengers (2007) regimer. Analysen avdekker en signifikant negativ konveks sammenheng mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet for de bismarckiske, skandinaviske og postkommunistiske regimene. I det sørlige regimet er effekten av utdanning på tilfredshet med helsevesenet signifikant positiv og konkav.

Da effekten viste seg å være positiv i tabell 5.1 må en se nærmere på den kvadratiske effekten av utdanning for å forstå hvorfor utdanning nå viser en negativ effekt i flere regimer. For det bismarckiske regimet er vendepunktet for effekten av utdanning ved 13.11 år¹. Altså vil hvert år utdanning utover 13 år gi økt predikert tilfredshet, alt annet likt. Gjennomsnittlig utdanningslengde i dette regimet er 13.28 år, så utdanning utover dette gir en predikert økning i tilfredsheten. For det skandinaviske regimet er vendepunktet ved 8.16 år, mens den gjennomsnittlige utdanningslengden er 13.26 år. Altså en predikert positiv sammenheng for alle som fullfører grunnskolen, alt annet likt. I disse regimene er det altså de med lavest, og de med høyest utdanning som er mest tilfreds. Det sørlige regimet har en positiv effekt av utdanning på tilfredshet opptil 22.5 år. Vi kan tolke dette som en generell positiv sammenheng mellom utdanning og tilfredshet da svært få har så mye utdanning. I det postkommunistiske og tidligere sovjetiske regimet kan vi tilsvarende forvente en generell negativ sammenheng mellom utdanning og tilfredshet da den negative effekten ikke avtar før etter henholdsvis 18.81 og 30 år, også langt over gjennomsnittlig utdanningslengde (dog insignifikant for det tidligere sovjetiske regimet).

¹ $\left| \frac{-0.0708}{2 \times 0.00270} \right| = 13.11$

Tabell 5.3: Velferdsregimer

	(1) Anglosaksisk	(2) Bismarckisk	(3) Skandinavisk	(4) Sørlig	(5) Postkommunistisk	(6) Tidligere Sovjet
<i>Tilfredshet med helsevesenet</i>						
År utdanning	0.00754 (0.20)	-0.0708*** (-3.02)	-0.0369* (-1.78)	0.0975*** (5.59)	-0.108*** (-3.62)	-0.0439 (-1.16)
År utdanning kvadrert	0.000111 (0.09)	0.00270*** (3.35)	0.00226*** (3.22)	-0.00216*** (-3.78)	0.00287*** (2.67)	0.000731 (0.51)
35-44 år	-0.136 (-1.16)	-0.359*** (-5.06)	0.0129 (0.15)	-0.0428 (-0.44)	-0.111 (-1.47)	-0.286*** (-3.65)
45-54 år	-0.340*** (-3.00)	-0.534*** (-7.88)	-0.0762 (-0.90)	0.272*** (2.77)	-0.202*** (-2.68)	-0.410*** (-5.28)
55-64 år	-0.123 (-1.07)	-0.375*** (-5.23)	0.0676 (0.79)	0.144 (1.36)	-0.130* (-1.74)	-0.674*** (-8.28)
65-74 år	0.397*** (3.26)	-0.115 (-1.50)	0.347*** (3.84)	0.595*** (5.12)	-0.354*** (-4.09)	-0.527*** (-5.35)
>74 år	0.974*** (7.31)	-0.00219 (-0.02)	0.596*** (5.51)	0.773*** (6.03)	0.259** (2.47)	-0.634*** (-5.31)
Kvinne	-0.393*** (-5.87)	-0.397*** (-9.73)	-0.242*** (-4.83)	-0.342*** (-5.64)	-0.0152 (-0.33)	0.0475 (0.91)
<i>N</i>	4324	10699	6232	6729	10193	7768

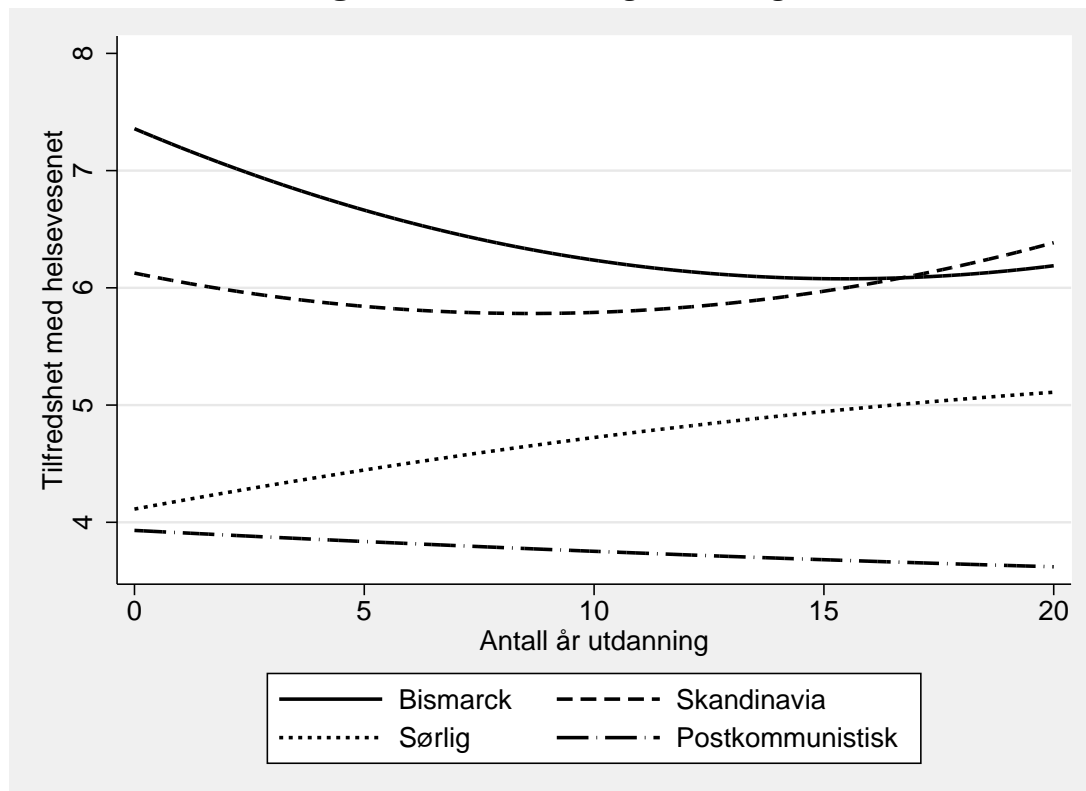
t-verdier i parentes* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Estimert ved MKM. 25-34 år og mann er referansekategoriene. Kontrollert for regioner.

5 Analyse

Ellers er kvinner generelt mindre tilfredse enn menn i alle regimer unntatt de tidligere sovjetstatene. Videre er de yngste og eldste mest tilfreds, her også med unntak av de tidligere sovjetstatene, der de eldste er klart minst tilfredse. Sammenhengen mellom utdanning og tilfredshet i de anglosaksiske statene er positiv, men svært svak og dessuten insignifikant.

Figur 5.1: Tilfredshet og utdanning I



Sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og utdanning for det bismarckiske, skandinaviske, sørlige og postkommunistiske regimet.

Figur 5.1 illustrerer den predikerte sammenhengen mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet for noen av Ferreras (1996) og Fengers (2007) regimer med regresjonen $Tilfredshet_i = \beta_0 + \beta_1 Utdanning_i + \beta_2 Utdanning_i^2$. Uten kontrollvariablene er ikke estimatet identisk med likning (5.3), men tendensene er like. Svært få har utdanning over 18 år, så interesseområdet blir primært rundt midten av figuren. Figuren illustrerer den generelt negative sammenhengen for det postkommunistiske regimet, den positive sammenhengen for det sørlige regimet, og vendepunktene for det skandinaviske og det bismarckiske regimet.

5.3 Helsesystemer

I tabell 5.4 presenteres resultatene av regresjon med MKM på Wendts (2014) helsesystemtyper.

Landene med helsesystemer à la *type 1* er alle representert i det bismarciske velferdsregimet. Vi ser estimatene er relativt like som i tabell 5.3. For helsesystemer av *type 1* vil hvert år ekstra utdanning redusere ens predikerte tilfredshet med helsevesenet opptil 13.6 års utdanning, alt annet likt. Etter dette vil predikert tilfredshet øke for hvert år utdanning. Også med denne inndelingen er det de yngste og deretter de eldste, og menn som er mest tilfredse.

Land med systemer av *type 2* er blant annet Portugal og Spania, representert i det sørlige velferdsregimet, og Finland og Sverige, representert i det skandinaviske velferdsregimet. I dette helsesystemet stiger predikert tilfredshet med hvert år utdanning inntil 22.5 år alt annet likt. Så generelt er det en positiv sammenheng mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet. Også her er de eldste og menn mest tilfreds, men dette er det eneste systemet der de yngste er de minst tilfredse.

I *type 3* inngår en rekke østeuropeiske stater samt de anglosaksiske landene, og Danmark, Italia og Nederland. Dette er en ganske variert gruppe etter mange mål, men til felles har de under gjennomsnittlige helseutgifter per innbygger. Også her er det en signifikant positiv sammenheng mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet (vendepunkt 23.5 år). De eldste og menn er mest tilfreds.

Figur 5.2 illustrerer den predikerte sammenhengen mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet for Wendts (2014) helsesystemer med regresjonen $Tilfredshet_i = \beta_0 + \beta_1 Utdanning_i + \beta_2 Utdanning_i^2$. Grafen illustrerer vendepunktet for sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og utdanning for helsesystem av *type 1*, og den generelt positive sammenhengen for *type 2* og *type 3*. For de med over gjennomsnittlig utdanning i helsesystem av *type 1* er det en positiv sammenheng.

Wendt designet sine kategorier for å undersøke aspekter ved helsevesenet, der sosiologer som Esping-Andersen, Ferrera og Wendt hadde den generelle velferdsstaten i fokus. Wendts inndeling har vist seg fruktbar for min analyse. Jeg har nå sett at det er en signifikant sammenheng mellom utdanning og tilfredshet. Det blir da naturlig å se på hvorfor det er slik.

5.4 Hvilke kanaler virker utdanning gjennom?

Utdanning har altså en signifikant sammenheng med ens tilfredshet med helsevesenet, men denne effekten er ikke systematisk for alle land. Jeg skal nå se på hvorfor økt utdanning gir ulike effekter i forskjellige land. Jeg forsøker derfor å finne noen

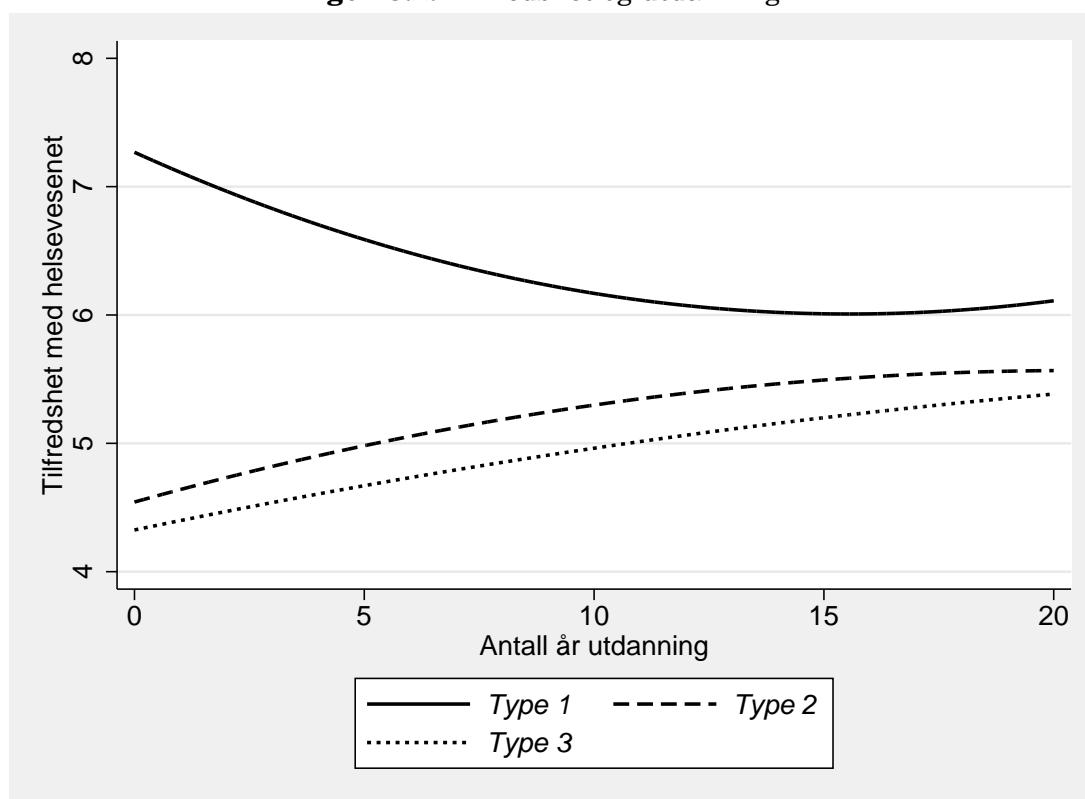
Tabell 5.4: Helse-systemer

	(1) <i>Type 1</i>	(2) <i>Type 2</i>	(3) <i>Type 3</i>
<i>Tilfredshet med helsevesenet</i>			
År utdanning	-0.0775*** (-2.76)	0.0778*** (5.03)	0.0691*** (4.33)
År utdanning kvadrert	0.00284*** (2.95)	-0.00174*** (-3.65)	-0.00147*** (-2.67)
35-44 år	-0.413*** (-4.86)	0.0670 (0.72)	-0.116** (-2.04)
45-54 år	-0.595*** (-7.37)	0.536*** (5.74)	-0.183*** (-3.29)
55-64 år	-0.448*** (-5.22)	0.413*** (4.14)	-0.0824 (-1.44)
65-74 år	-0.210** (-2.29)	0.866*** (7.88)	0.209*** (3.34)
>74 år	-0.0983 (-0.92)	1.413*** (11.55)	0.594*** (8.37)
Kvinne	-0.387*** (-7.92)	-0.430*** (-7.61)	-0.284*** (-8.41)
<i>N</i>	7748	7663	17947

t-verdier i parentes

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Kontrollert for regioner. 25-34 år og mann er referansekategoriene. *Type 1* kjennetegnes av fritt legevalg, lave egenandeler og utstrakt bruk av sosiale sykeforsikringer, og inkluderer Belgia, Frankrike, Tyskland og Østerrike. *Type 2* kjennetegnes av strengt regulert adgang til helsevesenet, over gjennomsnittlige egenandeler. Disse har folketrygdordninger. *Type 2* inkluderer Finland, Island, Portugal, Spania og Sverige. *Type 3* kjennetegnes av lave totale helseutgifter, under gjennomsnittlig bruk av allmennleger, og også her strengt regulert adgang. *Type 3* inkluderer Danmark, Estland, Irland, Italia, Nederland, Polen, Slovakia, Slovenia, Storbritannia, Tsjekkia og Ungarn.

Figur 5.2: Tilfredshet og utdanning II

Sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og utdanning for Wendts (2014) helsesystemer

kanaler utdanning virker gjennom med likning (3.2) som presentert i kapittel 3:

$$\begin{aligned}
 \text{Tilfredshet}_{ir} = & \beta_0 + \beta_1 \text{SES}_{ir} + \beta_2 \text{SES}_{ir}^2 + \alpha_1 \text{Kanal}_{ir} + \gamma_1 \text{Kanal}_{ir} \cdot \text{SES}_{ir} \\
 & + \gamma_2 \text{Kanal}_{ir} \cdot \text{SES}_{ir}^2 + \beta_3 \text{Kontroll}_{ir} + u_{ir} \quad (3.2)
 \end{aligned}$$

Jeg foreslår subjektiv helsetilstand og tillit til andre mennesker som mulige kanaler. Tabell 5.5 viser hvordan utdanning korrelerer med subjektiv helse og ens tillit til andre mennesker i hver av Wendts typologier. Om koeffisientene for utdanning endrer seg når helsetilstand eller tillit inkluderes kan det tyde på at utdanning har fanget opp effekten av disse effektene i foreløpige regresjoner.

Fra kapittel 2 så vi blant annet hvordan helsetilstand korrelerer positivt med ens tilfredshet med helsevesenet i de fleste land og regimer med unntak av de sosialdemokratiske regimene. Jeg forventer derfor å finne en positiv sammenheng mellom tilfredshet og subjektiv helsetilstand. Om samtidig effekten av utdanning blir mindre kan dette tyde på at sammenhengen jeg har funnet mellom utdanning og tilfredshet faktisk fanger opp helsegevinstene ved utdanning.

Jeg forventer videre at de med høy tillit til andre mennesker også har høyere

5 Analyse

tillit til offentlige institusjoner, inkludert helsevesenet, og derfor høyere tilfredshet. Tabell 5.5 viser at det er en positiv korrelasjon mellom utdanning og tillit i alle tre helsesystemene. Dette bekrefter *hypotese 5*.

Tabell 5.5: Korrelasjonsmatriser for hver av Wendts (2014) systemtyper

	Utdanning	Helsetilstand
Helsetilstand	0.203***	
Tillit	0.215***	0.173***

*** $p < 0.001$

(a) Type 1

	Utdanning	Helsetilstand
Helsetilstand	0.297***	
Tillit	0.257***	0.182***

*** $p < 0.001$

(b) Type 2

	Utdanning	Helsetilstand
Helsetilstand	0.260***	
Tillit	0.195***	0.177***

*** $p < 0.001$

(c) Type 3

5.4.1 Helsetilstand

Det er for lengst etablert at utdanning er korrelert med helse. Som nevnt i kapittel 2 fant også Carlsen (2006) og delvis Wendt, Kohl mfl. (2009) at helsetilstand har en positiv sammenheng med tilfredshet med helsevesenet. Er det slik at den positive sammenhengen mellom tilfredshet og utdanning i mange av regimene og helsesystemene fra avsnitt 5.1–5.3 skyldes helsegevinster ved utdanning? Nå inkluderes subjektiv helsetilstand som en forklaringsvariabel. Om koeffisientene for utdanning da faller, vil dette indikere at utdanning fanget opp sammenhengen mellom helsetilstand og tilfredshet med helsevesenet i de tidligere modellene.

Tabell 5.6 viser resultatene av regresjoner for hver av de tre helsesystemtypene hvor helsetilstand er inkludert som en forklaringsvariabel. Kolonnene (1), (3) og (5) er hentet fra tabell 5.4 for å lettere kunne sammenligne resultatene. *År utdanning* og *År utdanning kvadrert* er i kolonnene (2), (4) og (6) effekten av utdanning for referansekategorien, de med *mindre enn god helse*. I alle systemene har de med god helse høyere predikert tilfredshet enn de med mindre enn god helse, alt annet likt.

5.4 Hvilke kanaler virker utdanning gjennom?

Dette bekrefter *hypotese 3*. I *type 1* helsesystemer har både de med mindre enn god helse og de med god helse, en negativ sammenheng mellom tilfredshet og utdanning. Effekten er ganske lik for begge gruppene, kun noe flatere for de med god helse. Tilfredsheten for de med mindre enn god helse faller mer for hvert år utdanning enn den faller for de med god helse. For *type 2* og *type 3* har både de med mindre enn god helse og de med god helse en positiv sammenheng mellom tilfredshet og utdanning. For de med god helse er effekten litt flatere. Deres tilfredshet vil stige lenger med antall år utdanning enn for de med mindre enn god helse. At estimatene for utdanning for de med god helse ikke er signifikante indikerer at estimatene ikke er signifikant *ulike* estimatene for utdanning for de med mindre enn god helse. Sammenhengen mellom tilfredshet og utdanning er like for begge gruppene.

Tabell 5.6: Helsetilstand og tilfredshet

	Type 1		Type 2		Type 3	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>Tilfredshet med helsevesenet</i>						
År utdanning	-0.0775*** (-2.76)	-0.129*** (-2.91)	0.0778*** (5.03)	0.0818*** (4.24)	0.0691*** (4.33)	0.0514** (2.34)
År utdanning kvadrert	0.00284*** (2.95)	0.00522*** (3.16)	-0.00174*** (-3.65)	-0.00211*** (-3.32)	-0.00147*** (-2.67)	-0.00123 (-1.51)
God helse × utdanning		0.0432 (0.77)		-0.0401 (-1.44)		0.00457 (0.15)
God helse × utdanning ²		-0.00267 (-1.32)		0.00138 (1.51)		0.0000640 (0.06)
God helse		0.334 (0.87)		0.638*** (3.21)		0.375* (1.83)
35-44 år	-0.413*** (-4.86)	-0.404*** (-4.76)	0.0670 (0.72)	0.106 (1.15)	-0.116** (-2.04)	-0.0724 (-1.28)
45-54 år	-0.595*** (-7.37)	-0.545*** (-6.72)	0.536*** (5.74)	0.596*** (6.33)	-0.183*** (-3.29)	-0.100* (-1.80)
55-64 år	-0.448*** (-5.22)	-0.387*** (-4.49)	0.413*** (4.14)	0.511*** (5.07)	-0.0824 (-1.44)	0.0486 (0.84)
65-74 år	-0.210** (-2.29)	-0.125 (-1.36)	0.866*** (7.88)	0.976*** (8.76)	0.209*** (3.34)	0.370*** (5.79)
>74 år	-0.0983 (-0.92)	0.0407 (0.37)	1.413*** (11.55)	1.564*** (12.53)	0.594*** (8.37)	0.762*** (10.57)
Kvinne	-0.387*** (-7.92)	-0.387*** (-7.94)	-0.430*** (-7.61)	-0.392*** (-6.90)	-0.284*** (-8.41)	-0.257*** (-7.61)
<i>N</i>	7748	7728	7663	7657	17947	17919

t-verdier i parentes

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Her inngår subjektiv helsetilstand som forklaringsvariabel, samt interaksjonsledd mellom utdanning og subjektiv helsetilstand. «Mindre enn god helse», mann og 25-34 år er referansekategoriene. Kontrollert for regioner.

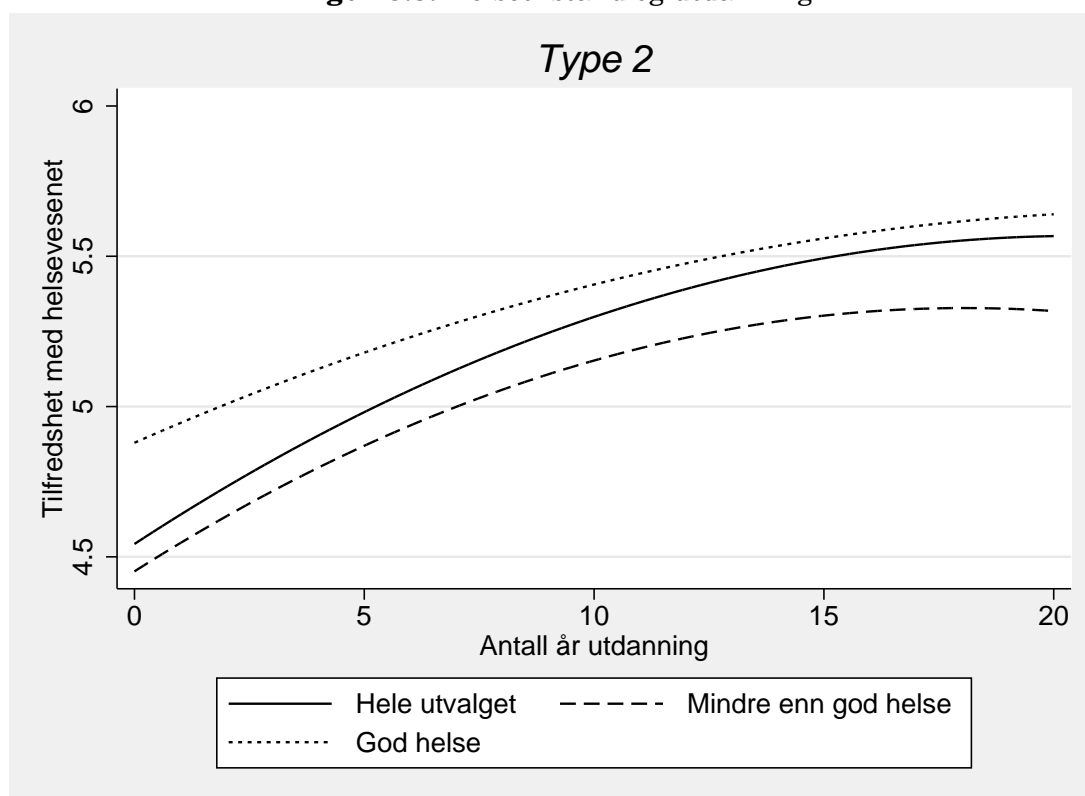
Marginaleffekten av ett år ekstra utdanning finnes da av:

$$\frac{\partial \text{Tilfredshet}_{ir}}{\partial \text{SES}} = \beta_1 + 2\beta_2 \text{SES}_{ir} + \gamma_1 \text{Kanal}_{ir} + 2\gamma_2 \text{Kanal}_{ir} \cdot \text{SES}_{ir} \quad (5.4)$$

5 Analyse

De gjennomsnittlige endringene i tilfredshet for ett år ekstra utdanning, ved 10 år utdanning, er henholdsvis -0.0154 , 0.0160 og 0.0152 for de tre systemtypene. For likning (3.1) var den predikerte endringen av ett år ekstra utdanning ved 10 års utdanning lik -0.0207 , 0.0430 og 0.0397 . Effekten av utdanning på tilfredshet er altså svekket i alle helsesystemene. Det betyr at utdanning påvirker tilfredsheten med helsevesenet gjennom bedre helse, og bekrefter *hypotese 4*.

Figur 5.3: Helsetilstand og utdanning



Sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og antall år utdanning for *type 2* helsesystemer. Grafene viser hvordan sammenhengen varierer for de med *god eller veldig god helse* og de med *mindre enn god helse*.

Figur 5.3 illustrerer regresjonen $Tilfredshet = \beta_0 + \beta_1 utdanning + \beta_2 utdanning^2$ for *type 2* helsesystem for hele gruppen, for de med mindre enn god helse, og de med god helse. Uten kontrollvariabler blir estimatet ulikt det i tabell 5.6, men tendensene er de samme slik at grafen gir en god fremstilling av likheten mellom de med mindre enn god helse og de med god helse.

Sammenhengen mellom helsetilstand og tilfredshet med helsevesenet kan ikke identifiseres for de anglosaksiske og skandinaviske regimene, ellers er resultatene like (ikke rapportert).

5.4.2 Tillit

Utdanning er også korrelert med tillit til andre mennesker, og de med høyere utdanning har mer tillit til andre. Jeg forventer at de med høy tillit til andre mennesker oftere har høy tillit til offentlige institusjoner, inkludert helsevesenet. Kan det være at utdanning påvirker ens tilfredshet med helsevesenet gjennom økt tillit generelt?

Tabell 5.7: Tillit og tilfredshet

	Type 1		Type 2		Type 3	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
<i>Tilfredshet med helsevesenet</i>						
År utdanning	-0.0775*** (-2.76)	-0.0676* (-1.83)	0.0778*** (5.03)	0.0927*** (4.45)	0.0691*** (4.33)	0.0658*** (3.22)
År utdanning ²	0.00284*** (2.95)	0.00223* (1.65)	-0.00174*** (-3.65)	-0.00201*** (-2.73)	-0.00147*** (-2.67)	-0.00173** (-2.30)
Høy tillit × år utdanning		-0.0549 (-1.00)		-0.0835*** (-3.00)		-0.0273 (-0.90)
Høy tillit × år utdanning ²		0.00110 (0.58)		0.00151 (1.63)		0.000883 (0.83)
Høy tillit		1.206*** (3.05)		1.374*** (6.79)		0.817*** (3.79)
35-44 år	-0.413*** (-4.86)	-0.436*** (-5.17)	0.0670 (0.72)	0.0582 (0.63)	-0.116** (-2.04)	-0.121** (-2.15)
45-54 år	-0.595*** (-7.37)	-0.630*** (-7.87)	0.536*** (5.74)	0.511*** (5.52)	-0.183*** (-3.29)	-0.201*** (-3.64)
55-64 år	-0.448*** (-5.22)	-0.473*** (-5.57)	0.413*** (4.14)	0.389*** (3.93)	-0.0824 (-1.44)	-0.112** (-1.96)
65-74 år	-0.210** (-2.29)	-0.237*** (-2.61)	0.866*** (7.88)	0.826*** (7.57)	0.209*** (3.34)	0.167*** (2.68)
>74 år	-0.0983 (-0.92)	-0.164 (-1.54)	1.413*** (11.55)	1.374*** (11.31)	0.594*** (8.37)	0.547*** (7.77)
Kvinne	-0.387*** (-7.92)	-0.380*** (-7.87)	-0.430*** (-7.61)	-0.430*** (-7.66)	-0.284*** (-8.41)	-0.265*** (-7.91)
<i>N</i>	7748	7748	7663	7663	17947	17947

t-verdier i parentes

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Lav tillit, mann og 25-34 år er referansekategoriene. Kontrollert for regioner. Kolonnene (1), (3) og (5) er fra tabell 5.4, inkludert her for lettere å kunne sammenligne estimatene.

Tabell 5.7 viser at de med høy tillit er klart mer tilfredse med helsevesenet i alle tre helsesystem. Dette bekrefter *hypotese 6*.

Videre er effekten av utdanning negativ for både de med lav og de med høy tillit i helsesystem av *type 1*, men mindre negativ for de med lav tillit. For *type 3* er effekten av utdanning på tilfredsheten med helsevesenet positiv for både de med lav og de med høy tillit, men effekten er sterkest for de med lav tillit.

For *type 2* har utdanning en negativ sammenheng med tilfredsheten for de med høy tillit inntil drøye 10 år utdanning, mens sammenhengen er generelt positiv for

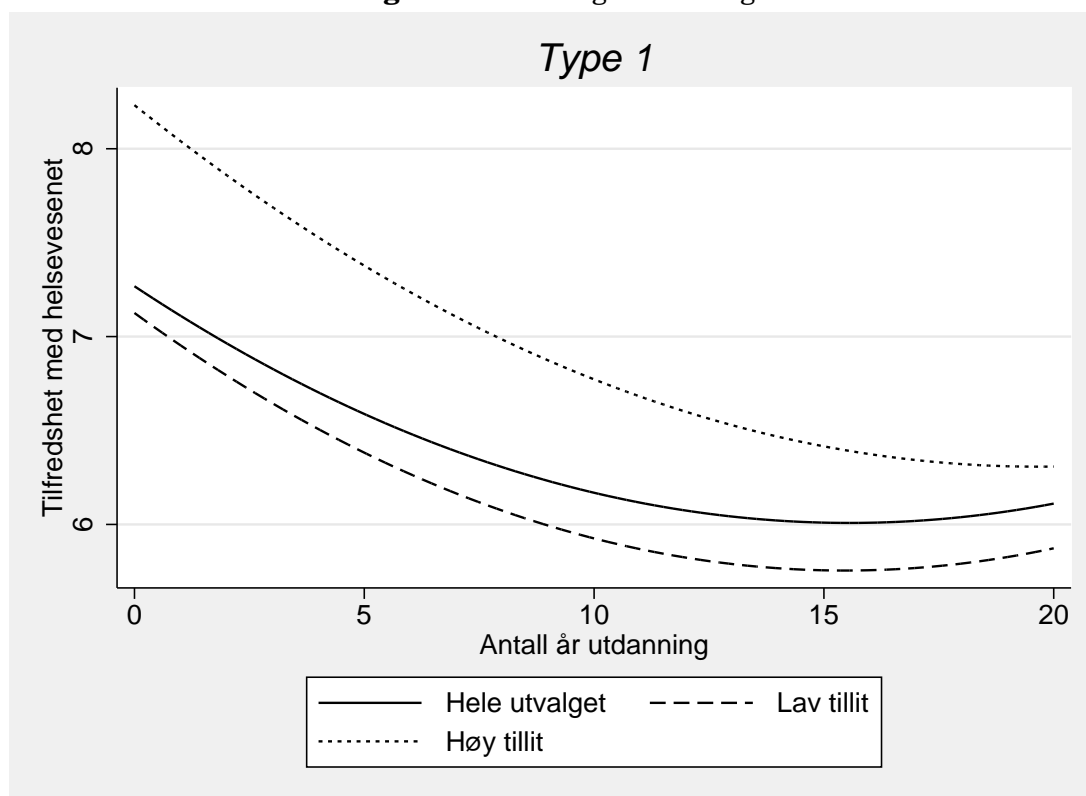
5 Analyse

de med lav tillit. Da er det de med lav tillit som driver den positive sammenheng mellom utdanning og tilfredshet i den generelle modellen. Det virker rimelig at utdanning er viktigere for tilfredsheten for de med lav tillit. Ved økt utdanning vil også deres generelle tillit øke, som igjen øker tilfredsheten med helsevesenet.

Ved likning (5.4) finner man at den gjennomsnittlige endringen i hvert av helsesystemene er -0.0158 , 0.0125 og 0.0121 ved 10 års skolegang. Ved å inkludere tillit som en forklaringsvariabel er altså effekten av utdanning på tilfredshet redusert i alle helsesystemene. Dette viser at utdanning fanget opp effekten av økt tillit i de første regresjonene.

I det anglosaksiske regimet er det en negativ sammenheng mellom tillit og tilfredshet med helsevesenet. Ellers er resultatene tilsvarende for velferdsregimeinndelingen (ikke rapportert).

Figur 5.4: Tillit og utdanning



Sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og antall år utdanning for *type 1* helsesystemer. Grafene viser hvordan sammenhengen varierer for de med høy og lav tillit.

Figur 5.4 illustrerer sammenhengen mellom antall år utdanning og tilfredshet med helsevesenet i *type 1* helsesystemer fra regresjonen $Tilfredshet = \beta_0 + \beta_1 utdanning + \beta_2 utdanning^2$. Grafen illustrerer hvordan kurven for de med høy tillit er brattere enn for de med lav tillit.

6 Oppsummering og diskusjon

I kapittel 3 ble følgende hypoteser presentert

1. *Det eksisterer en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet.*
2. *Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet har ulik størrelse og/eller fortegn i forskjellige velferdsregimer og helsesystemtyper.*
3. *Det eksisterer en positiv sammenheng mellom helsetilstand og tilfredshet med helsevesenet.*
4. *Noe av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet kan forklares ved bedret helsetilstand for de med høy sosioøkonomisk status.*
5. *Det eksisterer en positiv sammenheng mellom sosioøkonomisk status og tillit til andre mennesker.*
6. *Det eksisterer en positiv sammenheng mellom tillit til andre mennesker og tilfredshet med helsevesenet.*
7. *Noe av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet kan forklares ved økt tillit til andre mennesker for de med høy sosioøkonomisk status.*

I kapittel 5 bekreftes samtlige hypoteser. Innledningsvis ble det vist en generell, men liten, positiv sammenheng mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet. Da utvalget ble delt inn i grupper basert på Fengers (2007) og Ferreras (1996) velferdsregimer, og Wendts (2014) helsesystemtyper ble denne sammenhengen klarere, men den hadde ulikt fortegn i de forskjellige inndelingene. Dette bekrefter *hypotese 1* og *2*. At sammenhengen har ulikt fortegn i forskjellige regimer og helsesystemer gjør det vanskelig å trekke slutninger.

I kapittel 2 nevnes det at Carlsen (2006) og Missinne mfl. (2013) hadde funnet en negativ sammenheng mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsevesenet. Dette samsvarer med resultatene jeg finner for de bismarckiske, og de østeuropeiske statene. Jeg fant dog en positiv sammenheng for en rekke land. Disse landene legger seg dessuten mellom de bismarckiske og de østeuropeiske statene på gjennomsnittlig tilfredshet, utdanning, og økonomiske indikatorer (se tabell 4.2 på side 30).

6 Oppsummering og diskusjon

Det som skiller landene med positiv sammenheng fra landene med negativ sammenheng er finansieringen av helsetjenester. Land i det anglosaksiske, skandinaviske og sørlige regimet, og land med helsesystem av *type 2* har alle folketrygd, og en positiv sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og utdanning. Mens de bismarckiske, postkommunistiske og tidligere sovjetstatene har sosiale helseforsikringer og sykekasser.

Disse landene med sosiale sykeforsikringer har både høyere og lavere gjennomsnittlig tilfredshet enn land med folketrygd. Den negative samvariasjonen mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet, sett i sammenheng med helsevesenets høye prestasjon, kan indikere at disse landenes helsevesen er inkluderende. Og at den store friheten er en fordel for de med lav utdanning. Det kan også bety at vi har stigende forventningers misnøye; at de med høy utdanning har opplevd bedring i kvaliteten, men at bedringen har stagnert.

Det postkommunistiske og tidligere Sovjet regimet viste en generell negativ sammenheng mellom utdanning og tilfredshet. En kunne tenkt at det i land med få ressurser og liten omfordeling vil være en større gevinst av utdanning enn i rike land med høyere nivå omfordeling. Den negative sammenhengen kan skyldes at disse landenes helsevesen presterer generelt dårlig sammenlignet med Europa for øvrig. De med høyere utdanning observerer kanskje denne ulikheten og ineffektiviteten i helsevesenet lettere enn de med lav utdanning. Flere av disse landene sliter også med korrupsjon og skyggeøkonomier. Det kan tenkes at de med høyere utdanning og derigjennom høyere inntekt opplever prisdiskriminering og press i kontakt med helsetjenestene.

Hypotese 3 bekreftes også for de fleste land. I likhet med Wendt, Kohl mfl. (2009) finner jeg ingen sammenheng mellom helsetilstand og tilfredshet i det anglosaksiske og skandinaviske regimet. Dette indikerer i seg selv at helsevesenet er inkluderende ovenfor de med dårlig helse. Sett i sammenheng med at disse inndelingene også viser en positiv samvariasjon mellom tilfredshet og utdanning kan tyde på at den positive sammenhengen skyldes ideologiske ulikheter mellom de med lav og de med høy utdanning.

I landene hvor jeg identifiserte en negativ sammenheng mellom tilfredshet og utdanning er det en positiv sammenheng mellom tilfredshet og helsetilstand. Inkludering av helsetilstand i modellen svekket dessuten sammenhengen mellom tilfredshet og utdanning, noe som bekrefter *hypotese 4*.

Bakgrunnen for hypotesen var at de med høyere utdannelse har generelt bedre helse, og at de med bedre helse er mer tilfredse med helsevesenet. Hypotesen bekreftes av resultatene som viser ikke bare at de med god helse har en høyere predikert tilfredshet med helsevesenet, men også at sammenhengen mellom

utdanning og tilfredshet ble svekket. Dette indikerer at for hvert år ekstra utdanning, vil ikke dette påvirke tilfredsheten kun i seg selv, men også gjennom bedret helsetilstand. Med tilsvarende argumenter viste jeg at utdanning også endrer predikert tilfredshet gjennom økt tillit, noe som bekrefter *hypotese 6* og *7*.

Dette viser hvor kompleks sammenhengen mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet er, og vi kan forvente at det eksisterer flere slike kanaler som utdanning ikke bare virker gjennom, men som må være tilstede for at utdanning og tilfredshet skal samvarierte.

At den gjennomsnittlige tilfredsheten er høyest i regimer og systemtyper der sammenhengen mellom utdanning og tilfredshet er negativ viser at faktorene som bestemmer tilfredsheten er komplekse. Skillet mellom folketrygd og sosial helseforsikring motiverer til å gjenta undersøkelsen med ett bedre mål på inntekt, kombinert med mål på private utgifter til helsevesenet.

7 Konklusjon

I denne oppgaven analyseres sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og antall år utdanning ved bruk av runde 6 av ESS. Inndelt i velferdsregimer og helsesystemtyper finner jeg at denne sammenhengen er negativ i helsevesen med sosiale helseforsikringer og fritt legevalg, mens den er positiv i mer regulerte helsevesen med folketrygd. Sammenhengen er signifikant, men liten.

Det kan diskuteres om ESS i det hele tatt er fornuftig til å teste denne sammenhengen. Mine resultater er konsistente med tidligere studier, men jeg skulle gjerne hatt flere mål for holdninger til helsevesenet.

At resultatene er sprikende, men likevel signifikante, oppfordrer til ytterligere forskning. Spesielt kan det være fruktbart å identifisere flere kanaler som må legges til rette for at utdanning og tilfredshet med helsevesenet skal samvariere.

Blandt annet Busse (2013), Papanicolas mfl. (2013) og Wendt, Kohl mfl. (2009) påpeker at forventninger og tidligere erfaringer i møte med helsetjenestene er det som forklarer tilfredshet med helsevesenet best. Med mål på disse indikatorene kombinert med mål på sosioøkonomisk status kan man videre identifisere om forventningene faktisk er ulike mellom de av lav og høy sosioøkonomisk status.

De samme hypotesene kunne vært interessante å teste med andre datakilder. Gjerne en spørreundersøkelse med mer fokus på bruk og holdninger til helsevesenet. Det hadde for eksempel vært interessant om vi kunne knyttet hvert individ i undersøkelsen til, om, og hvor mye, kontakt de har hatt med helsevesenet. Da flere har påpekt at det først og fremst er forventninger og tidligere erfaringer med helsevesenet som påvirker ens tilfredshet mest. ESS runde 7 inneholder en modul nettopp for å kartlegge helseulikheter. Dataene for runde 7 ble publisert gradvis, med siste publisering 26.5.16, noe som dessverre ble for sent for min analyse. Selv om dataene for denne runden har mange av de samme manglene, vil vi ha tilgang til en rekke flere kontrollvariabler. Om en kan benytte paneldata vil det også være spennende å se hvordan tilfredshet med helsevesenet endres med utdanning.

At jeg fant både positive og negative sammenhenger motiverer til å undersøke med andre mål for sosioøkonomisk status. Man kan foreksempel benytte dummyer for høyeste oppnådde utdanningsnivå, ikke bare antall år. Et godt mål på inntekt kunne også vært fruktbart, spesielt om dataene tillater å sammenligne resultater

7 Konklusjon

med inntekt og utdanning som forklaringsvariabler. Videre kan man benytte flere kontrollvariabler, som minoritetsbakgrunn, sosial mobilitet, politisk ståsted et cetera.

Om en derimot setter seg fore å kartlegge hvordan tilfredshet bestemmes generelt har man en mye større oppgave foran seg.

Referanser

- Agerholm, J., D. Bruce, A. P. de Leon og B. Burstrom (2013). «Socioeconomic differences in healthcare utilization, with and without adjustment for need: An example from Stockholm, Sweden». *Scandinavian Journal of Public Health* 41 (3), s. 318–325. DOI: 10.1177/1403494812473205.
- Aidukaite, J. (2011). «Welfare reforms and socio-economic trends in the 10 new EU member states of Central and Eastern Europe». *Communist and Post-Communist Studies* 44 (3), s. 211–219. DOI: 10.1016/j.postcomstud.2011.07.005.
- Albrecht, T., E. Turk, M. Toth, J. Ceglar, S. Marn, R. Pribaković Brinovec og M. Schäfer (2009). «Slovenia: Health system review». *Health Systems in Transition* 11 (3). Red. av M. Schäfer, O. Avdeeva og E. van Ginneken, s. 1–168.
- Anell, A., A. H. Glenngård og S. Merkur (2012). «Sweden: Health system review». *Health Systems in Transition* 14 (5), s. 1–159.
- Angrist, J. D. og J.-S. Pischke (2009). *Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion*. Princeton: Princeton University Press.
- Arts, W. og J. Gelissen (2002). «Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report». *Journal of European Social Policy* 12 (2), s. 137–158. DOI: 10.1177/0952872002012002114.
- Bago d'Uva, T. og A. M. Jones (2009). «Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP». *Journal of Health Economics* 28 (2), s. 265–279. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2008.11.002.
- Bambra, C. (2005a). «Cash Versus Services: 'Worlds of Welfare' and the Decommmodification of Cash Benefits and Health Care Services». *Journal of Social Policy* 34 (2), s. 195–213. DOI: 10.1017/s0047279404008542.
- (2005b). «Worlds of Welfare and the Health Care Discrepancy». *Social Policy & Society* 4 (1), s. 31–41. DOI: 10.1017/s1474746404002143.
- (2007). «'Sifting the Wheat from the Chaff': A Two-dimensional Discriminant Analysis of Welfare State Regime Theory». *Social Policy & Administration* 41 (1), s. 1–28. DOI: 10.1111/j.1467-9515.2007.00536.x.

Referanser

- Bonoli, G. (1997). «Classifying Welfare States: a Two-dimension Approach». *Journal of Social Policy* 26 (3), s. 351–372. DOI: 10.1017/s0047279497005059.
- Busse, R. (2013). «Understanding satisfaction, responsiveness and experience with the health system». I: *Health System Performance Comparison*. Red. av I. Papanicolas og P. C. Smith. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill. Kap. 9, s. 255–279.
- Carlsen, F. (2005). «Listetaksavvik og tilfredshet med fastlegetilbudet». *Økonomisk forum* 59 (6), s. 22–32.
- (2006). «Geografisk fordeling av helsetilstand og allmennlegetilbud». *Økonomisk forum* 60 (2), s. 37–48.
- Carlsen, F. og O. M. Kaarboe (2015). «The relationship between educational attainment and waiting time among the elderly in Norway». *Health Policy* 119 (11), s. 1450–1458. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.09.013.
- Castles, F. G. og D. Mitchell (1993). «Worlds of Welfare and Families of Nations». I: *Families of nations: Patterns of Public Policy in Western Democracies*. Red. av F. G. Castles. Aldershot: Dartmouth Publishing Company. Kap. 3, s. 93–128.
- Chevreur, K., K. Berg Brigham, I. Durand-Zaleski og C. Hernández-Quevedo (2015). «France: Health system review». *Health Systems in Transition* 17 (3), s. 1–218.
- Cook, L. J. (2010). «Eastern Europe and Russia». I: *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Red. av F. G. Castles, S. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger og C. Pierson. Oxford: Oxford University Press. Kap. 46, s. 671–686.
- Cutler, D. M. og A. Lleras-Muney (2006). *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*. Arbeidsnotat 12352. National Bureau of Economic Research. DOI: 10.3386/w12352.
- Cutler, D. M., A. Lleras-Muney og T. Vogl (2008). *Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms*. Arbeidsnotat 14333. National Bureau of Economic Research. DOI: 10.3386/w14333.
- Cylus, J. og I. Papanicolas (2015). «An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage?» *Health Policy* 119 (9), s. 1133–1144. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.07.004.
- Cylus, J., E. Richardson, L. Findley, M. Longley, C. O'Neill og D. Steel (2015). «United Kingdom: Health system review». *Health Systems in Transition* 17 (5), s. 1–125.
- Deaton, A. (2013). *The Great Escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. New Jersey: Princeton.

- Dimova, A., M. Rohova, E. Moutafova, E. Atanasova, S. Koeva, D. Panteli og E. van Ginneken (2012). «Bulgaria: Health system review». *Health Systems in Transition* 14 (3), s. 1–186.
- Džakula, A., A. Sagan, N. Pavić, K. Lončarek og K. Sekelj-Kauzlarić (2014). «Croatia: Health system review». *Health Systems in Transition* 16 (3), s. 1–162.
- Economou, C. (2010). «Greece: Health system review». *Health Systems in Transition* 12 (7), s. 1–180.
- Eikemo, T. A., M. Huisman, C. Bambra og A. E. Kunst (2008). «Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries». *Sociology of Health & Illness* 30 (4), s. 565–582. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2007.01073.x.
- Elstad, J. I. (2008). *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn.* (IS-1573). Oslo: Helsedirektoratet.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism.* Cambridge: Polity Press.
- ESS (2012). *Spørreskjema.* URL: https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/fieldwork/norway/ESS6_questionnaires_and_contact_form_NO.pdf (sjekket 20.01.2016).
- (udatert). *The regional level in the ESS.* URL: <https://www.europeansocialsurvey.org/data/multilevel/guide/essreg.html> (sjekket 18.05.2016).
- Fenger, M. (2007). «Welfare regimes in Central and Eastern Europe: Incorporating post-communist countries in a welfare regime typology». *Contemporary Issues and Ideas in Social Sciences* 3 (2), s. 1–30.
- Ferré, F., A. G. de Belvis, L. Valerio, S. Longhi, A. Lazzari, G. Fattore, W. Ricciardi og A. Maresso (2014). «Italy: Health system review». *Health Systems in Transition* 16 (4), s. 1–168.
- Ferrera, M. (1996). «The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe». *Journal of European Social Policy* 6 (1), s. 17–37. DOI: 10.1177/095892879600600102.
- García-Armesto, S., M. B. Abadía-Taira, A. Durán, C. Hernández-Quevedo og E. Bernal-Delgado (2010). «Spain: Health system review». *Health Systems in Transition* 12 (4), s. 1–295.
- Gerkens, S. og S. Merkur (2010). «Belgium: Health system review». *Health Systems in Transition* 12 (5), s. 1–266.

Referanser

- Grasdal, A. L. og K. Monstad (2011). «Inequity in the use of physician services in Norway before and after introducing patient lists in primary care». *International Journal for Equity in Health* 10:25. DOI: 10.1186/1475-9276-10-25.
- Grosse Frie, K., T. A. Eikemo og O. von dem Knesebeck (2009). «Education and self-reported health care seeking behaviour in European welfare regimes: results from the European Social Survey». *International Journal of Public Health* 55 (3), s. 217–220. DOI: 10.1007/s00038-009-0073-3.
- Harris, B. (2004). «Public Health, Nutrition, and the Decline of Mortality: The McKeown Thesis Revisited». *Social History of Medicine* 17 (3), s. 379–407. DOI: 10.1093/shm/17.3.379.
- Huijts, T. og T. A. Eikemo (2009). «Causality, social selectivity or artefacts? Why socioeconomic inequalities in health are not smallest in the Nordic countries». *The European Journal of Public Health* 19 (5), s. 452–453. DOI: 10.1093/eurpub/ckp103.
- Iversen, T. og G. S. Kopperud (2005). «Regulation versus practice - the impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway». *Health Economics* 14 (12), s. 1231–1238. DOI: 10.1002/hec.1009.
- Kohl, J. og C. Wendt (2004). «Satisfaction with Health Care Systems. A Comparison of EU Countries». I: *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World*. Red. av W. Glatzer, S. von Below og M. Stoffregen. Bd. 24. Social Indicators Research Series. Dordrecht: Springer Science+Business Media. Kap. 19, s. 311–331.
- Kaarboe, O. M. og F. Carlsen (2013). «Waiting times and socioeconomic status. Evidence from Norway». *Health Economics* 23 (1), s. 93–107. DOI: 10.1002/hec.2904.
- Leibfried, S. (1992). «Towards a European welfare state? On integrating poverty regimes into the European Community». I: *Social policy in a changing Europe*. Red. av Z. Ferge og J. E. Kolberg. Bd. 10. Public policy and social welfare. Frankfurt am Main: Campus Verlag. Kap. 16, s. 245–279.
- Lekhan, V., V. Rudiy, M. Shevchenko, D. Nitzan Kaluski og E. Richardson (2015). «Ukraine: Health system review». *Health Systems in Transition* 17 (2), s. 1–153.
- Mackenbach, J. P. og M. McKee (2015). «Government, politics and health policy: A quantitative analysis of 30 European countries». *Health Policy* 119 (10), s. 1298–1308. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.017.
- Mazumder, B. (2012). «The effects of education on health and mortality». *Nordic Economic Policy Review: Economics of Education*, s. 261–301. DOI: 10.6027/TN2012-544.

- McDaid, D., M. Wiley, A. Maresso og E. Mossialos (2009). «Ireland: Health system review». *Health Systems in Transition* 11 (4), s. 1–268.
- Missinne, S., B. Meuleman og P. Bracke (2013). «The popular legitimacy of European healthcare systems: A multilevel analysis of 24 countries». *Journal of European Social Policy* 23 (3), s. 231–247. DOI: 10.1177/0958928713480065.
- Moran, M. (2000). «Understanding the welfare state: the case of health care». *British Journal of Politics and International Relations* 2 (2), s. 135–160. DOI: 10.1111/1467-856x.00031.
- Morris, S., M. Sutton og H. Gravelle (2005). «Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation». *Social Science & Medicine* 60 (6), s. 1251–1266. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.07.016.
- OECD (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/health_glance_eur-2014-en.
- (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/health_glance-2015-en.
- Olejaz, M., A. Juul Nielsen, A. Rudkjøbing, H. Okkels Birk, A. Krasnik og C. Hernández-Quevedo (2012). «Denmark: Health system review». *Health Systems in Transition* 14 (2), s. 1–192.
- Papanicolas, I., J. Cylus og P. C. Smith (2013). «An Analysis Of Survey Data From Eleven Countries Finds That 'Satisfaction' With Health System Performance Means Many Things». *Health Affairs* 32 (4), s. 734–742. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1338.
- Ringard, Å., A. Sagan, I. Sperre Saunes og A. K. Lindahl (2013). «Norway: Health system review». *Health Systems in Transition* 15 (8), s. 1–162.
- Sigurgeirsdóttir, S., J. Waagfjörð og A. Maresso (2014). «Iceland: Health system review». *Health Systems in Transition* 16 (6), s. 1–182.
- Statistisk sentralbyrå (2016). *Helseregnskap, 2015*. URL: <https://www.ssb.no/nasjonaltregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2016-03-14> (sjekket 15.03.2016).
- Szalay, T., P. Pažitný, A. Szalayová, S. Frisová, K. Morvay, M. Petrovič og E. van Ginneken (2011). «Slovakia: Health system review». *Health Systems in Transition* 13 (2), s. 1–200.
- Townsend, P. og N. Davidson (1982). *Inequalities in health: the Black report*. Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin Books.

Referanser

- Van Doorslaer, E., X. Koolman og A. M. Jones (2004). «Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe». *Health Economics* 13 (7), s. 629–647. DOI: 10.1002/hec.919.
- Verdens helseorganisasjon (2015). *European health for all database (HFA-DB)*. URL: <https://data.euro.who.int/hfadb/> (sjekket 01.05.2016).
- Vikum, E., J. H. Bjørngaard, S. Westin og S. Krokstad (2013). «Socio-economic inequalities in Norwegian health care utilization over 3 decades: the HUNT Study». *The European Journal of Public Health* 23 (6), s. 1003–1010. DOI: 10.1093/eurpub/ckt053.
- Von dem Knesebeck, O., P. E. Verde og N. Dragano (2006). «Education and health in 22 European countries». *Social Science & Medicine* 63 (5), s. 1344–1351. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.03.043.
- Wendt, C. (2009). «Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare». *Journal of European Social Policy* 19 (5), s. 432–445. DOI: 10.1177/0958928709344247.
- (2014). «Changing Healthcare System Types». *Social Policy & Administration* 48 (7), s. 864–882. DOI: 10.1111/spol.12061.
- Wendt, C., L. Frisina og H. Rothgang (2009). «Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison». *Social Policy & Administration* 43 (1), s. 70–90. DOI: 10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x.
- Wendt, C., J. Kohl, M. Mischke og M. Pfeifer (2009). «How Do Europeans Perceive Their Healthcare System? Patterns of Satisfaction and Preference for State Involvement in the Field of Healthcare». *European Sociological Review* 26 (2), s. 177–192. DOI: 10.1093/esr/jcp014.
- Wooldridge, J. M. (2010). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. (2. utgave). Cambridge, MA: MIT Press.
- (2013). *Introductory Econometrics. A Modern Approach*. (5. utgave). Mason: South-Western, Cengage Learning.