

Mari Stevning Bekken

Er personer med privat helseforsikring mindre tilfreds med helsevesenet enn personer uten privat helseforsikring?

En logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring

Masteroppgave i statsvitenskap

Trondheim, juni 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap

Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Abstract

Norwegians have been found to be very satisfied with their national healthcare system. In spite of this, the number of Norwegian citizens with private health insurance has increased severely the last 10-15 years. This association has not been fully researched in previous studies. Therefore, in this master's thesis I use multiple logistic regressions analysis to study the relationship between satisfaction with the national healthcare system and private health insurance. My analysis use a dataset based on a survey carried out by SINTEF on behalf of the National Association for Hearth and Lung Disease. I examine whether Norwegian citizens with private health insurance are less satisfied with the national healthcare system than those without private health insurance. I also include several control variables to control for socioeconomic status and relations in my study. The empirical results indicate that there is an association between satisfaction with the national healthcare system and private health insurance. Norwegian citizens with private health insurance have a higher probability to be dissatisfied with the national healthcare system than those without private health insurance. This finding is the same for persons with individually paid private health insurance and persons with employer paid private health insurance.

Førord

Nå er 5 år som student over og masteroppgaven ferdig. Skriveprosessen har vært utfordrende, lærerik, frustrerende, spennende og givende. Det er utrolig gøy å endelig være ferdig.

I den sammenheng vil jeg først og fremst gi en stor takke til min veileder, Pål Martinussen. Takk for konstruktive tilbakemeldinger, tålmodighet, gode råd, veiledning og tilgang til dataene. Takk for at du har holdt ut med alle spørsmålene mine. Masteren hadde ikke blitt det samme uten din veiledning. Jeg vil også takke Arild Blekesaune for hjelp med og råd om datasettet og den statistiske analysen. Takk til SINTEF og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke for tilgang til datasettet. All tolkning, omkoding og eventuelle feil er helt mitt ansvar.

Så vil jeg gi en stor takk til studievenner på lesesalen og studieløpet. De daglige lunsjene, luftepausene og ellers sosiale sammenkomster har vært utrolig viktig for motivasjonen til å skrive. Takk for de faglig diskusjonene, kollokviene og den gode hjelpen, uten dere hadde nok masteren ikke blitt ferdig. Jeg vil også takke venner utenfor studiet for motivasjon, støtte og fine stunder.

Til slutt vil jeg takke familie min. Takk for den gode støtten, motivasjonen og hjelpen gjennom 5 år som student ved NTNU. Det har betydd utrolig mye for meg, og jeg setter veldig stor pris på det. Jeg må også spesielt takke mamma og pappa som har vært utrolig hjelpsomme og lest korrektur og gitt gode innspill. Det har vært til stor hjelp. Tusen takk.

Trondheim, juni 2018

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1.0 INTRODUKSJON | 9 |
| 1.1 INTRODUKSJON..... | 9 |
| 1.2 DET NORSKE HELSEVESENET..... | 13 |
| 1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING..... | 15 |
| 2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORI OG LITTERATURGJENNOMGANG | 17 |
| 2.1 TILFREDSHET MED HELSEVESENET..... | 17 |
| 2.2 LITTERATURGJENNOMGANG OM TILFREDSHET MED HELSEVESENET..... | 18 |
| 2.3 TILFREDSHET MED HELSEVESENET I NORGE..... | 21 |
| 2.4 PRIVAT HELSEFORSIKRING..... | 25 |
| 2.4.1 <i>Type private helseforsikringer</i> | 25 |
| 2.4.1.1 <i>Primær helseforsikring</i> | 25 |
| 2.4.1.2 <i>Komplementær helseforsikring</i> | 25 |
| 2.4.1.3 <i>Supplerende helseforsikring</i> | 25 |
| 2.4.1.4 <i>Dupliserende helseforsikring</i> | 26 |
| 2.5 UTBREDELSEN AV PRIVAT HELSEFORSIKRING I EUROPEISKE LAND OG OECD-LAND..... | 26 |
| 2.6 TIDLIGERE FORSKNING PÅ PRIVAT HELSEFORSIKRING OG TILFREDSHET MED HELSEVESENET .. | 29 |
| 2.7 PRIVAT HELSEFORSIKRING I NORGE..... | 32 |
| 2.7.1 <i>Utbredelse av privat helseforsikring i Norge</i> | 35 |
| 2.7.2 <i>Tilbydere av privat helseforsikring i Norge</i> | 37 |
| 2.8 SOSIOØKONOMISK BAKGRUNN OG KARAKTERISTIKKER..... | 38 |
| 2.8.1 <i>Alder</i> | 38 |
| 2.8.2 <i>Utdanning</i> | 39 |
| 2.8.3 <i>Inntekt og økonomisk situasjon</i> | 39 |
| 2.8.5 <i>Kjønn</i> | 41 |
| 2.8.6 <i>Bosted</i> | 42 |
| 2.8.8 <i>Politisk ideologi</i> | 43 |
| 2.9 HYPOTESER..... | 45 |
| 3.0 DATA OG METODE | 47 |
| 3.1 METODISK TILNÆRMING..... | 47 |
| 3.1.1 TILFREDSHET MED HELSEVESENET - DEN AVHENGIGE VARIABELEN..... | 49 |
| 3.1.1.1 <i>Tilfredshet med fastlegen</i> | 49 |
| 3.1.1.2 <i>Tilfredshet med kvaliteten på helsevesenet</i> | 50 |
| 3.1.2 UAVHENGIG VARIABEL – PRIVAT HELSEFORSIKRING..... | 51 |
| 3.1.2.1 <i>Individuelt betalt helseforsikring og arbeidsgiverbetalt helseforsikring</i> | 52 |
| 3.1.3 KONTROLLVARIABLER..... | 53 |
| 3.1.3.1 <i>Bosted</i> | 53 |
| 3.1.3.2 <i>Inntekt og økonomisk situasjon</i> | 53 |
| 3.1.3.3 <i>Utdanning</i> | 54 |
| 3.1.3.4 <i>Alder</i> | 54 |
| 3.1.3.5 <i>Kjønn</i> | 54 |
| 3.1.3.6 <i>Ideologi</i> | 54 |
| 3.1.3.7 <i>Egenvurdert helse</i> | 54 |
| 3.1.3.8 <i>Livssituasjon</i> | 55 |
| 3.2 STATISTISKE UTFORDRINGER..... | 56 |
| 3.2.1 <i>Valg av forskningsdesign og metode</i> | 56 |
| 3.2.2 <i>Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet</i> | 57 |
| 3.2.3 <i>Forutsetninger for logistisk regresjonsanalyse</i> | 59 |
| 4.0 ANALYSE | 61 |
| 4.1 RESULTATER..... | 61 |
| 4.1.1 <i>Modell 1 og 2 tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring</i> | 62 |
| 4.1.2 <i>Modell 3 og 4 tilfredshet med fastlegen og privat helseforsikring</i> | 69 |
| 4.1.3 <i>Modell 5 og 6 tilfredshet med helsevesenet og individuelt betalt helseforsikring</i> | 76 |

| | |
|---|------------|
| 4.1.4 Modell 7 og 8 tilfredshet med helsevesenet og arbeidsgiverbetalt helseforsikring..... | 82 |
| 4.2 DISKUSJON..... | 89 |
| 4.2.1 Tilfredshet med helsevesenet og fastlegen og privat helseforsikring..... | 90 |
| 4.2.2 Alder..... | 95 |
| 4.2.3 Kjønn..... | 95 |
| 4.2.4 Inntekt og økonomisk situasjon..... | 96 |
| 4.2.5 Politisk ståsted..... | 97 |
| 4.2.6 Egenvurdert helse..... | 98 |
| 4.2.7 Bosted og boforhold..... | 98 |
| 4.3 PÅ VEG MOT ET TODELT HELSEVESEN?..... | 100 |
| 5.0 KONKLUSJON..... | 105 |
| LITTERATURLISTE..... | 107 |
| APPENDIKS..... | 121 |

Grafer, tabeller, figurer og modeller

| | |
|---|-----------|
| GRAF 1: NORDMENNENS TILFREDSHET MED FASTLEGEN 2003-2017..... | 24 |
| GRAF 2: TILFREDSHET MED ULIKE HELSETJENESTER FRA 2003-2017..... | 24 |
| GRAF 3: ANTALL NORDMENN MED PRIVAT HELSEFORSIKRING FRA 2003-2017..... | 36 |
| TABELL 1: OVERSIKT OVER PRIVAT HELSEFORSIKRING SOM ANDEL AV TOTALE HELSEUTGIFTER I EU/EØS, ØVRIGE EUROPEISKE LAND OG NOEN OECD-LAND..... | 27 |
| TABELL 2: HYPOTESER FOR AVHENGIGE, UAVHENGIGE- OG KONTROLLVARIABLER..... | 45 |
| TABELL 3: DESKRIPTIV STATISTIKK OVER TILFREDSHET MED FASTLEGEN..... | 50 |
| TABELL 4: DESKRIPTIV STATISTIKK OVER HELHETLIG VURDERING AV KVALITETEN PÅ HELSEVESENET..... | 51 |
| TABELL 5: DESKRIPTIV STATISTIKK FOR ANDELEN MED OG UTEN PRIVAT HELSEFORSIKRING..... | 52 |
| TABELL 6: DESKRIPTIV STATISTIKK AV VARIABLENE I MODELL 1-8..... | 55 |
| TABELL 7: HYPOTESER OG BEKREFTELSE ELLER AVKREFTELSE AV DISSE..... | 89 |
| FIGUR 1: BRUKERE AV HELSETJENESTENE DE 12 SISTE MÅNEDENE SIN TILFREDSHET MED ULIKE HELSETJENESTER..... | 22 |
| FIGUR 2: ANDEL BEDRIFTER MED PRIVAT HELSEFORSIKRING (PHF) ETTER NÆRING, 2005 OG 2015..... | 37 |
| FIGUR 3: GRAFISK FREMSTILLING AV UTILFREDSHET MED HELSEVESENET OG ALDER FOR MODELL 2..... | 66 |
| MODELL 1: BIVARIAT SAMMENHENG MELLOM UTILFREDSHET MED HELSEVESENET OG PRIVAT HELSEFORSIKRING..... | 62 |
| MODELL 2: MULTIVARIAT SAMMENHENG MELLOM UTILFREDSHET MED HELSEVESENET, PRIVAT HELSEFORSIKRING OG KONTROLLVARIABLER..... | 63 |
| MODELL 3: BIVARIAT SAMMENHENG MELLOM UTILFREDSHET MED FASTLEGEN OG PRIVAT HELSEFORSIKRING..... | 69 |
| MODELL 4: SAMMENHENG MELLOM UTILFREDSHET MED FASTLEGEN, PRIVAT HELSEFORSIKRING OG KONTROLLVARIABLER..... | 69 |
| MODELL 5: BIVARIAT SAMMENHENG MELLOM UTILFREDSHET MED HELSEVESENET OG INDIVIDUETT BETALT HELSEFORSIKRING (EGENPHF2)..... | 76 |
| MODELL 6: SAMMENHENG MELLOM UTILFREDSHET MED HELSEVESENET, INDIVIDUETT BETALT HELSEFORSIKRING (EGENPHF2) OG KONTROLLVARIABLER..... | 77 |
| MODELL 7: BIVARIAT SAMMENHENG MELLOM UTILFREDSHET MED HELSEVESENET OG ARBEIDSGIVERBETALT HELSEFORSIKRING (ARBEIDSGIVERBETALT)..... | 82 |
| MODELL 8: SAMMENHENG MELLOM UTILFREDSHET MED HELSEVESENET, ARBEIDSGIVERBETALT HELSEFORSIKRING OG KONTROLLVARIABLER..... | 83 |

1.0 Introduksjon

1.1 Introduksjon

I Norge er det et mål om lik tilgang til helsetjenester og at de som trenger det mest skal komme først frem i køen. Ifølge SSB bruker den norske stat per 2017, 64 821 kroner i helseutgifter per innbygger og helseutgifter utgjør 10,4% av BNP. Samme år var gjennomsnittet 9,0% i OECD-land. I Norge er rundt 85% av utgiftene offentlig finansiert, mens rundt 15% er privat finansiert, blant annet gjennom egenbetaling, betaling fra bedrifter og private og frivillige helseforsikringer (SSB 30.11.2016; SSB 14.03.2018).

I 2003 ga nordmenn fastlegen 75,67 av 100 på indeksverdiskalaen fra 0 til 100, og tilsvarende i 2017 fikk fastlegen 86 poeng av 100 på indeksverdiskalaen (EPSI Rating 2016; Difi 2017). Samtidig sa 61% av nordmenn i 2017 at ”mye er bra” med helsevesenet i Norge. Dette illustrerer at nordmenn jevnt over er fornøyd med helsevesenet og de ulike helsetjenestene, mest av alt var de fornøyd med tannlege, fastlegen og sykehusinnleggelse (Amundsen 2017). Samtidig har også privat helseforsikring vokst frem de siste 10-15 årene, med tilbud om et alternativ til og innad i det nasjonale helsevesenet. Dette gjelder i europeiske og OECD-land, inkludert nordiske land, derav Norge. I 2017 hadde 517 465 nordmenn en eller annen form for privat helseforsikring. Dette er en økning på rundt 483 533 fra 2003 til 2017. Av disse var 10% individuelle kjøp av forsikring, mens 90% var gjennom arbeidsgiver eller andre kollektive avtaler med forsikringsselskaper (Aleksandersen et al 2016; DN 2017). Slik at selv om nordmenn jevnt over er tilfredse med helsevesenet, velger likevel 517 465, per 2017, å skaffe seg privat helseforsikring i et land med nasjonalt helsevesen. Kan dette indikere at det fortsatt foreligger utfordringer og misnøye med helsevesenet i Norge til tross for høy tilfredshet?

Tidligere forskning viser delte funn om det er en sammenheng mellom om man er mer tilfreds eller mer utilfreds med helsevesenet og å velge å skaffe seg eller å ha privat helseforsikring. Litteraturen viser i hovedsak at de med privat helseforsikring er mindre tilfreds med helsevesenet enn de uten privat helseforsikring (Calnan og Sanford 2004; Costa-Font og Jofre-Bonet 2006). Men andre studier viser også det motsatte, at de med privat helseforsikring er mer tilfreds med helsevesenet (Munro og Duckett 2015). I min oppgave vil jeg undersøke dette nærmere. Mer spesifikt om det er en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Er personer med privat helseforsikring mindre tilfreds med

helsevesenet enn personer uten helseforsikring? Et mindretall av tidligere studier har undersøkt og sett på sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og å ha privat helseforsikring. Denne sammenhengen har vært forsket på internasjonalt, men ikke i like mye i norsk sammenheng. Tidligere forskning har også i mindre grad sett på forskjellen i tilfredshet mellom de med individuelt betalt helseforsikring og de med arbeidsgiverbetalt. De fleste studiene har derimot sett på støtte til landets helsesystem, tilfredshet med kvaliteten på helsesystemet og forskjell i tilfredshet mellom helsesystemer i ulike land, med mer (Wendt et al 2010; Papanicolas et al 2013). I tillegg har det vært fokus på hva som påvirker enkeltpersoner og bedrifter til å skaffe privat helseforsikring til seg selv eller sine ansatte, og hvem som er kjøperne og brukerne av privat helseforsikringer (Kiil 2012).

Dette gir grunnlaget for min problemstilling og forskningsspørsmål: Er det en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring? Er personer med privat helseforsikring mindre tilfreds med helsevesenet enn personer uten privat helseforsikring?

Jeg ønsker å undersøke sammenhengen mellom disse, men jeg får ikke sett på retningen av denne sammenhengen ettersom jeg ikke vil ha en studie over tid. Altså jeg får ikke sett på om det er personer som allerede er tilfredse eller utilfredse som skaffer seg privat helseforsikring, eller om det er det å ha privat helseforsikring som skaper utilfredshet og misnøye eller motsatt. Mitt fokus er sammenhengen, en korrelasjon eller samvariasjon mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring, ikke et kausalforhold. I tillegg jeg vil også undersøke sammenhengen mellom tilfredsheten til brukerne av helsetjenestene og privat helseforsikring. Videre også forskjellen eller likheten mellom tilfredshet med helsevesenet og arbeidsgiverbetalt eller individuelt betalt privat helseforsikring. Dette gjør at min problemstilling og forskningsspørsmål om det er en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring, vil kunne være relevant både for forskning innenfor privat helseforsikring og tilfredshet med helsevesenet.

Akademikere har også fokusert på og diskutert andre forhold som påvirker tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Blant annet sosioøkonomiske forhold som alder, kjønn, arbeid eller arbeidsledig, utdanning, inntekt, bosted, boforhold, skattefradrag, finansielle barrierer og ideologisk ståsted. En god del av disse variablene vil jeg inkludere i analysen min, for å kontrollere for bakenforliggende variabler og samspillseffekter. Å inkludere disse andre påvirkende variablene vil kunne styrke min studie og gjør den annerledes enn tidligere studier, ettersom jeg inkluderer disse i samme analyse, i flere

modeller og i sammenheng med to ulike avhengige variabler og tre hoveduavhengige variabler.

Samtidig er mange av studiene av privat helseforsikring fra 1990-tallet og tidlig 2000-tallet. Disse er basert på relativt gamle data fra før New Public Management (NPM)-reformer fikk full utløp i offentlig forvaltning i europeiske og OECD-land på 1980-tallet, og i nordiske land på 1990-tallet (Tornes 2013:38). Endringene av organisering, finansiering og styring av offentlig forvaltning NPM førte med seg, samt helsetilbudet etter innføring av NPM, kan ha påvirket befolkningens tilfredshet med helsevesenet. Gjennom NPM, ble organiserings- og styringsmåte i private selskaper og bedrifter innført i styring og organisering av offentlig sektor (Skålid 2012; Hill 2013). Eksempler på dette i Norge kan være helsereformer som Fastlegereformen i 1997 og Sykehusreformen i 2002, som blant annet endret organiseringen og finansieringen av deler av helsevesenet (Malm 2014). Endringene NPM førte med seg, sammen med endring av skattefradragordninger og –reduksjon for kjøp av privat helseforsikring, vil også kunne ha endret anskaffelsen av privat helseforsikring. Eventuelt med reversering av skattefradrag- og refusjon, kan også ha påvirket anskaffelse av helseforsikring. Derfor vil forskningen fra tiden før og etter innføring av NPM og eventuelle endringer av NPM, kunne gi andre resultater en forskningen i nyere tid på 2010-tallet. I tillegg er den tidligere forskningen fra før fremveksten av privat helseforsikring tok av som et tillegg eller alternativ til offentlig helsevesen. Dette gjelder både i EU/EØS-land, andre europeiske land, OECD-land, inkludert Norge. Dermed vil datasettet fra 2014 som jeg bruker i oppgaven ville kunne gi en god undersøkelse av denne sammenhengen i nyere tid på 2010-tallet. Jeg vil bruke datasettet i en logistisk regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen.

Den privat helseforsikringen som tilbys i Norge, gjør at man raskere får behandling, hopper i helsekøen, og har bredere utvalg og tilgang på spesialister, se mer om dette i kapittel 2.7. Selv om nordmenn jevn over er tilfreds med helsetjenestene og det universelle helsevesenet som helhet, er det som nevnt, også utfordringer, blant annet er det ventetid og –køer for konsultasjon, behandling og operasjon, prioriteringslister for hvem som får tilbudet først og sist, mange pasienter per fastlege og ulik tilgang på og bruk av ressurser til helsetjenester i kommunen man bor (Farbrot 2017; Helsedirektoratet 2018). Dette skaper frustrasjon, forvirring og misnøye blant borgerne. En privat helseforsikring kan bøte på ventetiden og forminske misnøyen, både for privatpersoner og arbeidsgivere som ønsker ansatte raskere tilbake på jobb. Forsikringen og behandling i privat sektor kan gi en følelse av bedre kvalitet,

raskere tilgang til og mer individuelt tilpasset behandling enn offentlig, og kan gjøre at personer blir mer tilfreds med helsetjenestene og helsesystemet som helhet (Besley et al 1999; Costa og García 2003; Johar et al 2011; Kiil 2012). Privat helseforsikring kan derimot også gi en ”falsk” følelse av bedre og raskere tilgang på behandling, konsultasjon og til slutt bedring og restitusjon. Dette gjelder spesielt for arbeidsgiverbetalt forsikring, ettersom sykefraværet ikke har blitt tydelig redusert etter økt kjøp av slik forsikring for ansatte (Hem 2015), se kapittel 2.7.

På den samme tid vokser den eldre befolkningen og færre blir i arbeidsstyrken som skal finansiere velferden, behandlingsmulighetene øker og befolkningen har økte krav og forventninger til helseansatte, behandling og helsesystemet som helhet (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). I et velferdssamfunn med et nasjonalt helsesystem som i Norge, vil det derfor være interessant å se privat helseforsikring sin posisjon og hvordan det å ha privat helseforsikring former og har en sammenheng med befolkningens tilfredshet og mening om helsevesenet. Det vil også være interessant å undersøke ettersom det kan være en sammenheng som viser at vi er på veg til et todelt helsevesen, hvor det er de med og de uten privat helseforsikring, og de med arbeid og inntekt og de uten (Johannessen 2017; Dalen 2017).

Hva vil da skje hvis flere og flere individer eller arbeidsgivere betaler helseforsikring for seg selv eller sine arbeidstakere? Vil vi da få et privat helsevesen for de som har muligheten til å betale for forsikring selv, og et offentlig for de som ikke har mulighet til å betale? Eller et privat hvor de med ”riktig” jobb som betaler for helseforsikring eller betaler selv via høy nok inntekt, og et for de med ”feil” arbeidsgiver som ikke betaler helseforsikring eller de som ikke har råd til individuelt kjøpt helseforsikring? Hva vil skje med viljen til å betale skatt for det offentlige helsevesenet om det private har like bra eller bedre tjenestetilbud og ansatte? Og de med høyest inntekt uansett kan betale seg ut av det offentlige til det private? Vil legene, sykepleierne og annet helsepersonell forbli i det offentlige eller heller velge å jobbe i det i private hvor det uansett kan få bedre lønn og nyere teknisk utstyr? (Manifest 2009; Bordvik 2017). Dette er ikke spørsmål jeg vil direkte kunne svare på i min undersøkelse, men jeg vil se på sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet, privat helseforsikring og sosioøkonomiske bakgrunnsvariabler for å prøve å finne en indikasjon på tilstanden og tendensen rundt disse spørsmålene. Min oppgave vil derfor både kanskje kunne bidra til litteraturen om tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring, men også muligens

kunne bidra til å illustrere et bilde av utbredelsen av privat helseforsikring og hvordan en slik helseforsikring påvirker nordmenns tilfredshet med helsevesenet i det norske samfunnet. Samt kontrollere for en flere sosioøkonomiske forhold i samme modell.

I litteraturen brukes definisjonen for helsesystem, ofte også for helsevesen, men også helsevesen og helsetjeneste (Papanicolas 2013:34-35; Blank og Bureau 2014). I denne oppgaven vil jeg i betegnelse av mine data og analyse, bruke helsevesen som betegnelse for alle disse tre terminologiene. Mens jeg vil bruke alle tre begreper i sammenheng med tidligere forskning og litteratur.

1.2 Det norske helsevesenet

Norge har en velferdsstat bygget på universalisme og rettferdighet. Dette gjelder også for helsevesenet. Det er et universelt helsevesen hvor alle borgere har lik adgang til helsetjenester og behandling, uansett kjønn, religiøs tilknytning, bosted, etnisitet eller annen sosioøkonomisk bakgrunn. All borgere, i alle kommuner, skal ha et godt helsetjenestetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

Stortinget vedtar lover, reguleringer og reformer relatert til helse og omsorg. Regjeringen og staten representert ved Helse- og omsorgsdepartementet, (HOD), bestemmer helsepolitiske prioriteringer og fastsetter nasjonal helsepolitikk, foreslår lovgivning og budsjetter opp mot Stortinget og regulerer tjenestetilbydere, forvaltningsnivåene og helsetjenestene, med mer. HOD samarbeider også med Arbeids- og sosialdepartementet og flere andre departementer og underetater i visse helsepolitiske saker (Ringard et al 2014:16). Ansvaret for helsetjenester, -tilbud og behandling er desentralisert og delegert til to forvaltningsnivåer og en virksomhet i tillegg til staten: kommune, fylkeskommune og helseforetak.

Finansieringen av helsevesenet skjer gjennom et progressivt skattesystem og folketrygd via trygdeavgift som administreres av Helseøkonomiforvaltningen, HELFO, og egenandel for pasienter ved visse behandlinger (Magnussen et al 2009:4). Finansieringen av helseforetakene, fylkeskommunene og kommunene går gjennom overføring fra staten, både rammetilskudd og øremerkede midler. Overføringene er basert på folketall og demografisk sammensetning (Ringard 2014:40; Helse- og omsorgsdepartementet 30.10.2014). Det finnes også private behandlingsordninger i Norge og disse dekkes ofte av privat helseforsikring eller større egenbetalinger, se kapittel 3.2.

Tilbyderne av helsetjenester er primært offentlige. Sykehus, sykehjem, omsorgsboliger og andre institusjoner er stort sett offentlig drevet og eid. Men det finnes også private, kommersielle og ideelle eiere og tilbydere av helsetjenester. Dette gjelder spesielt i primærhelsetjenesten med fastlegeordningen som ble innført i 2001. Fastleger er selvstendig næringsdrivende, med ansvaret for en spesifikk pasientliste. Fastlegene er likevel offentlig ansatt gjennom kontrakter med kommunen. Fastlegene fungerer også som portvoktere gjennom at pasienter som skal bruke spesialhelsetjenester må henvises av allmennleger, oftest fastlegen.

De private tjenestetilbyderne reguleres og finansieres, som tidligere nevnt, i stor grad av det offentlige helsevesenet. Disse private tilbydere kan være kommersielle, men er også ofte frivillige og ideelle organisasjoner. Disse er blant annet større tilbydere av rusbehandling- og omsorg. Ideelle private aktører finansieres og ansees ofte som en del av de offentlige helsetjenestene. Et slikt eksempel er Diakonhjemmet, en diakonal sykehusstiftelse i Oslo, som er en ideell stiftelse eid av Den norske kirke (Ringard 2014:17-18; Midttun 2007). Kommersielle private aktører utfører også en større andel av dagkirurgi og elektiv, forhåndsplanlagt, kirurgi. Andre mer utbredte private tjenestetilbud er privatpraktiserende spesialister, private sykehus og sykehjem, langtidssykepleie og støttetjenester som laboratorietjenester og radiologi (Martinussen og Magnussen 2009:28).

I 2015 ble det innført fritt behandlingsvalg. Dette innebærer at pasienter fritt kan velge hvor de ønsker å bli behandlet, både innenfor offentlige og noen godkjente, private aktører og virksomheter. Dette gjelder både sykehus og annen behandling i spesialhelsetjenesten. Det innebærer også at taket på antall pasienter sykehusene kan behandle fjernes og at de regionale helseforetakene skal bruke de private tilbyderne mer gjennom anbud (Helse- og omsorgsdepartementet 15.06.2014; Helfo 2018). Individuer og arbeidsgivere kan også betale for privat helseforsikring for å dekke visse helseutgifter. Utbredelsen av og type privat helseforsikring i Norge vil bli utdypet i kapittel 2.7.

1.3 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 gjennomgås tidligere forskning på tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring, både i internasjonal og norsk sammenheng. I tillegg blir tilfredshet med helsevesenet i Norge og privat helseforsikrings utbredelse i Norge presentert. Kapittel 3 er metodekapittelet hvor jeg presenterer den logistiske metoden, datasettet, variablene, statistiske utfordringer og metodens forutsetninger. Mer utdypende om forutsetningene og testing av disse for mine modeller finnes i appendiks. I kapittel 4 presenterer jeg de empiriske resultatene fra regresjonsanalysen. Disse diskuterer jeg opp mot tidligere forskning og litteratur og ser på hva disse kan ha å si. Kapittel 5 trekker jeg frem hovedfunnene mine og hvilke eventuelle implikasjoner disse funnene har. I tillegg legger jeg frem forslag til videre forskning.

2.0 Tidligere forskning og teori og litteraturgjennomgang

Mitt hovedfokus i oppgaven er sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. I dette kapitlet vil jeg derfor gjennomgå relevant tidligere forskning og teori om hva som påvirker tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring i et nasjonalt helsesystem. I henhold til oppgaven vil jeg også gjennomgå både aktuell internasjonal og norsk litteratur på privat helseforsikring og tilfredshet med helsevesenet og bruk av helsetjenester.

2.1 Tilfredshet med helsevesenet

Tilfredshet forklarer hvor fornøyd eller tilfreds man er. Det kan også defineres som å være fornøyd eller tilfreds (SSB 13.06.2017). Tilfredshet med helsevesenet kan forklares som individers normative og subjektive evaluering av helsevesenet og kvaliteten på hva individer får av helsetilbud- og tjenester (Costa-Font og Jofre-Bonet 2006:654). Tilfredshet med helsevesenet kan også defineres som individers forventinger til helsevesenet og helsetjenester ut fra egen erfaring med helsetjenestene (Ibid).

For å måle tilfredshet med helsetjenester, helsevesenet og helsesystemet, brukes ofte kvalitet som en indikator (Helsedirektoratet 2014). Kvaliteten vil indikere hvor fornøyd eller tilfreds individer er med helsetilbudet, effektiviteten til tjenesteytingen og omfanget av tjenestene. Eksempler på kvalitetsindikatorer er ventelister og ventetid, både kortsiktig og langsiktig, helseutgifter i et land, kapasiteten til helsesystemet, behandling av sykdom og overlevelse, og tilgjengelige ressurser. En mer overordnet måling av kvaliteten gjennom en subjektiv og normativ vurdering fra respondenter brukes også, samt dekningsgraden av allmenn- og fastleger (Kiil 2012:70-71; Besley et al 1999; Costa og García 2003; Johar et al 2011). I tillegg kan tillit til helsevesenet brukes på indikator på tilfredshet. Tilliten formes av personers erfaring og interaksjon med representanter fra helseinstitusjoner, og påvirker dermed personenes holdninger til helsevesenet eller andre institusjoner. Tilliten vil også påvirke hvordan personene senere vil interagere med, vurdere og oppleve representantene og institusjonene (Schee et al 2007).

I min undersøkelse vil jeg se på to dimensjoner av tilfredshet med helsevesenet. Den ene blir på generell tilfredshet med kvaliteten helsetjenester og helsesystemet som indikator på tilfredshet med helsevesenet. Dette inkluderer både brukere og ikke-brukere. I tillegg vil jeg se på brukernes tilfredshet med helsetjenester, gjennom tilfredshet med fastlegen. Tilfredshet

med fastlegen vil kunne vise tilfredshet med en spesifikk del av helsevesenet, nettopp helsetjenestene, som igjen vil fungere som en indikator på brukernes tilfredshet med helsevesenet. Disse to dimensjonene vil til sammen kunne gi en indikasjon på respondentenes tilfredshet med helsevesenet.

2.2 Litteraturgjennomgang om tilfredshet med helsevesenet

I dette kapitlet vil jeg ta for meg tidligere forskning om hva som påvirker tilfredshet med helsevesenet. Videre hva som påvirker tilfredsheten med kvaliteten på helsevesenet og helsetjenestene.

Tilfredshet med helsevesenet er et viktig felt å fokusere på fordi det vil vise befolkningens holdninger til og erfaringer med helsevesenet i landet, og hvordan brukerne av helsetjenestene opplever tilbudet, tilbyderne og brukervennligheten. Det kan gi en pekepinn på kvaliteten og effektivitet til helsevesenet. Dette kan igjen gi en tilstandsrapport på helsesystemet som helhet. Som igjen kan hjelpe helsemyndigheter og politikere å formulere og vedta god og erfaringsbasert helsepolitikk (Van Der Schee et al 2007; Papanicolas et al 2013; Munro og Duckett 2015).

Befolkningens forventinger og erfaringer med helsevesenet, vil påvirke hvor tilfreds de er med det. En innbygger i et universelt nasjonalt helsesystem vil forvente annen dekningsgrad av behandling, antall tilgjengelig leger og tilbud av tjenester enn i et privat helseforsikringssystem. Samtidig vil støtte til helsevesenet, dets institusjonelle organisering og statens rolle i levering av helsetjenester også virke inn på tilfredsheten (Wendt et al 2010; Papanicolas et al 2013). Wendt et al (2010) fant i deres undersøkelse av helsesystemet i 14 europeiske land, at alle 14 land hadde et høyt nivå av støtte for en bred statlig rolle i helsesystemet. De hadde også høy støtte for at staten har ansvaret for å sikre tilgang til helsetjenester for alle borgere (Wendt et al 2010:188). Men det var større variasjon for tilfredshet med helsevesenet i de helsesystemene, med høyest grad av tilfredshet i sosialforsikringssystemer, og lavt nivå av tilfredshet i sent utviklede nasjonale helsesystemer, slik som Hellas og Portugal. Mens Papanicolas et al (2013) mener at tilfredsheten i 11 vestlige høyinntektsland varierte mye på grunn av helsesystemet. Spesielt oppfatningen av helsetjenestenes effektivitet og at de er økonomisk overkommelig var viktige variabler for vurdering av tilfredsheten. Basert på sine funn, mener Papanicolas et al (2013) også at innbyggere i land med privat helseforsikringssystem eller lignende, er mindre tilfreds enn

innbyggere i land med nasjonalt helsesystem, mens land med sosialforsikringssystem, et helsesystem hvor helseforsikring er obligatorisk, er i mellomstaket av tilfredshet (Papanicolas et al 2013:739; Blank og Bureau 2014).

Flere forskere har sett på sammenhengen mellom innbyggernes tilfredshet med helsetjenestene, støtte til helsesystemet og å ha privat helseforsikring. Tidligere studier har også sett på sammenhengen mellom offentlig ansvar for helsevesenet og tilfredshet (Calnan et al 1993). Det har blitt argumentert at det å ha privat helseforsikring øker sannsynligheten for å ha lavere støtte og en negativ holdning til det nasjonale helsesystemet. Dette kan være på grunn av utilfredshet med det nasjonale helsevesenet og motvilje for velstående rike individer til å betale for kostbare helsereformer i det offentlige helsevesenet. Slik at også høyere inntekt og høyere utdanning spiller inn (Costa-Font og Jofre-Bonet 2008:282-285).

Fairbank et al (1990) mener at personer med privat helseforsikring fortsatte som pasienter i det nasjonale helsesystemet, fordi de var tilfreds med det framfor en motvilje til å bruke det private helsetilbudet. Propper og Green (2001) argumenterer for at en økning i privat finansiering av helsetjenester ikke vil endre støtten til det nasjonale helsesystemet. Mens ifølge Calnan et al (1993) er ikke støtten for et nasjonalt helsesystem gjennomgående svekket gjennom å ha privat helseforsikring. Personer uten privat helseforsikring som ikke ønsket å skaffe det, begrunnet dette med prinsipper om et ønske om et offentlig helsevesen og byrden med utgifter for en eventuell privat helseforsikring. Mens personer uten privat helseforsikring som foretrakk å skaffe seg det, var mindre tilfreds med kvaliteten på helsevesenet, på grunn av ventelister og dårlig helsetilstand (Ibid.).

Den akademiske diskusjonen rundt tilfredsheten med helsevesenet og det å ha privat helseforsikring er delt. Flere forskere argumenterer for at det er negativ sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og kjøp av privat helseforsikring. Det vil si, de som er mer utilfreds med helsevesenet, har større sannsynlighet for å kjøpe privat helseforsikring (Costa-Font og Jofre-Bonet 2006; Calnan og Sanford 2004). Calnan et al (1993) sin forskning fant at de med privat helseforsikring er mer utilfreds med det nasjonale helsesystemet. Personer som kjøpte privat helseforsikring individuelt mente at det nasjonale helsesystemet hadde fått redusert kvalitet og privat helseforsikring vil gi mer konkurranse, som til slutt vil gi bedre kvalitet på tilbud av behandling og tjenester. Mens personer som får privat helseforsikring gjennom jobben, ser på forsikringen mer som et gode og mente det nasjonale helsesystemet

ga god behandling (Calnan et al 1993:47-51). I motsatt ende mener Munro og Duckett (2015) at personer med privat helseforsikring er mer tilfreds med helsesystemet. Fordi gjennom den private helseforsikringen får personer mer tilgang på behandling, spesialister og kan hoppe i helsekøen. Dette kan gjøre at de er mer tilfredse (Ibid.).

Borgeres forventninger til helsetjenester har økt en del de siste årene. Lettere tilgang på informasjon gjennom internett og andre medier, og flere tilbydere av tjenester som promoterer seg gjennom sosiale medier, øker forventningene. Eksempler på dette er krav om større brukermedvirkning og bruk moderne tekniske medisinske behandlinger i det nasjonale helsevesenet (Blank og Bureau 2014:32-33). Ettersom det offentlige helsevesenet må prioritere hvem som får behandling først, skaper dette helsekøer og ventelister, indikatorer på kvalitet. Kvaliteten på helsetjenestene påvirker hvor tilfreds befolk er og om de velger det nasjonale helsesystemet eller betaler for privat behandling (Besley et al 1999; Propper et al 2001; King og Mossialos 2005; Kiil 2010; Johar et al 2011). Papanicolas et al (2013) fant at ventetid for legetimer og diagnoser ga redusert tilfredshet (Papanicolas et al 2013:739-740). For å komme fortere fram i køen, eller raskere og større tilgang på spesialister, sikre den beste behandlingen utover det det offentlige dekker, skaffer innbyggere seg privat helseforsikring (Taylor og Ward 2006:458). I tillegg er rangering av fastlegen viktig for respondentenes tilfredshet, dette er mest fremtredende i Storbritannia som har et nasjonalt helsesystem (Papanicolas et al 2013:739-740). I tillegg finner Wendt et al (2010) at et større antall allmennleger gir mer tilfredse er borgerne, og at tilfredsheten øker også om borgerne føler legene tilbringer nok tid med dem.

Helserelaterte karakteristikk har blitt brukt av flere forskere for å måle individers tilfredshet med helsevesenet (Kiil 2012:68-69). Egenvurdert helse som en indikator på helsestatus, er en av de mest brukte variablene. Wendt et al (2010) fant at helsestatus hadde ulik signifikans for tilfredsheten i ulike helsesystem. I søreuropeiske helsesystem fører høy helsestatus til høyere tilfredshet, i skandinaviske helsesystem teller ikke helsestatus, og i sosialforsikringssystemer fant de ingen mønster. Munro og Duckett (2015) argumenterer for at de med høyere egenvurdert helse, både fysisk og mental, er mer tilfreds med helsesystemet. Mens Akinci og Sinay (2003) mener at personer som vurderer sin egen helsestatus som dårlig eller ganske god, er mindre tilfreds med tilgang til helsetjenester enn de som vurderer helsetilstanden sin som veldig god eller utmerket. Andre forskere har inkludert egenvurdert helse som en forklarende faktor, men ikke vektlagt den i stor grad i analysen (Papanicolas et al 2013).

Personlig erfaring med og bruk av helsevesenet er også en gjennomgående helserelatert faktor i litteraturen. Bruk, erfaring med og ikke bruk av helsetjenester vil forme personers oppfatning av og mening om helsevesenet og behandling. Har du vært i behandling eller har personlig interaksjon med en del av helsevesenet det siste året, vil du ha en annen oppfatning og inntrykk enn om det er lenge siden sist man benyttet seg av et helsetjenestetilbud. Inntrykket til de som ikke har fått behandling eller interagert i den siste tiden, vil kunne bli formet mer av media og indirekte inntrykk gjennom venner, familie og bekjente, enn egne erfaringer (Wendt et al 2010; Van de Schee et al 2007; Taylor og Ward 2006). Forskere har også diskutert sammenhengen mellom tillit til helsesystemet, kvalitet og kulturelle forskjeller (Ozawa og Sripad 2013; Van Der Schee et al 2007). Van Der Schee et al (2007) fant ulik grad av tillit til helsetjenestene blant de vestlige landene de sammenlignet. Tilliten var høyest i landene med nasjonalt helsesystem. De fant også at kulturelle forskjeller mellom land påvirker tilliten til helsetjenestene.

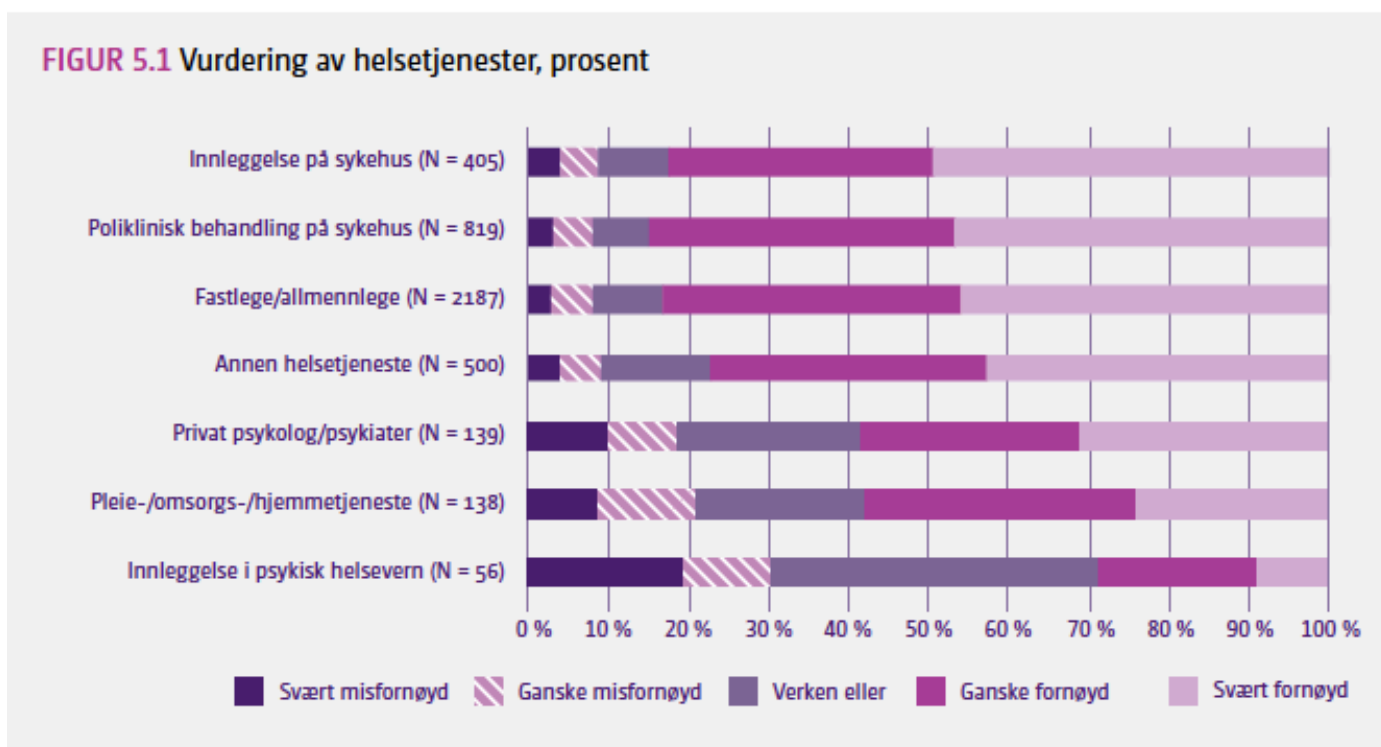
2.3 Tilfredshet med helsevesenet i Norge

Av tidligere forskning på tilfredshet med helsevesenet i Norge, har det vært fokusert på undersøkelser av tilfredshet med og rangering av ulike helsetjenester, men det har ikke vært like mange studier på tilfredshet med helsevesenet i sammenheng med privat helseforsikring. (Carlsen og Bringedal 2009; Landsforeningen av hjerte- og lungesyke; EPSI Rating 2016; Senter for omsorgsforskning, vest 2016; Difi 2017).

Ifølge en undersøkelse gjennomført av EPSI Rating (2016) om nordmenns tilfredshet med helsetjenester, er nordmenn godt fornøyd med helsetjenestene. Undersøkelsen spør om tilfredshet med fastlegen, sykehus, tannlege og legevakt. Med en gjennomsnittsverdi på ca. 77,6 ut fra en indeksverdi på minimum 0 og maksimum 100. Nordmenn er mest fornøyd med tannlegen, på 85,7, og minst fornøyd med legevakten som fikk 72,5. Fastlegen har 77,7 av 100 og sykehus 75,1 av 100. Jevnt over har tilfredsheten med sykehus, fastlege og tannlege økt fra 2012 til 2016. Tilfredsheten med legevakten har ikke blitt inkludert i undersøkelsen før 2016 (EPSI Rating 2016).

Carlsen og Bringedal (2009) fant at leger og befolkningen var stort sett like tilfredse med helsetjenestene i perioden 1999 til 2006. Tilfredsheten økte fra 2002 til 2006 og både befolkningen og legene var mer tilfreds med allmennlegetjenesten enn med sykehustilbudet (Carlsen og Bringedal 2009:406-407). I Helsebarometeret fra 2015 svarer 85% av

respondentene at kvaliteten på helsetjenestene er god eller veldig god. Slik at majoriteten av respondentene er fornøyd med kvaliteten på helsetjenestene (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke 2015). Mens i en undersøkelse gjort av The Commonwealth Fund (2016), svarte 61% av respondentene svarer at ”mye er bra” med helsevesenet i Norge. Både i Helsebarometeret og The Commonwealth Fund er det variasjoner med tilfredsheten basert på type helsetjeneste. I helsebarometeret er det også avgjørende om man har brukt helsetjeneste de siste 12 månedene, se fremstilling av nordmenns tilfredshet med ulike helsetjenester i figur 1 (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke 2015; Amundsen 2017). Difi's innbyggerundersøkelse om tilfredshet med og tillit til offentlige tjenester, viser det samme. Her får blant annet fastlegene 86 av 100 poeng, helsestasjon 78 poeng, legevakten 76 poeng, sykehusene 79 poeng og sykehjem 65 poeng (Difi 2017; Den Norske Legeforening 2017). Respondentene i tre undersøkelsene er spesielt misfornøyd og utilfreds med ventetid for å få legetime og time hos spesialist, planer ved utskrivning fra sykehus, dermed samhandling, og for kort konsultasjonstid med fastlegen og legevakten (Amundsen 2017; Difi 2017).

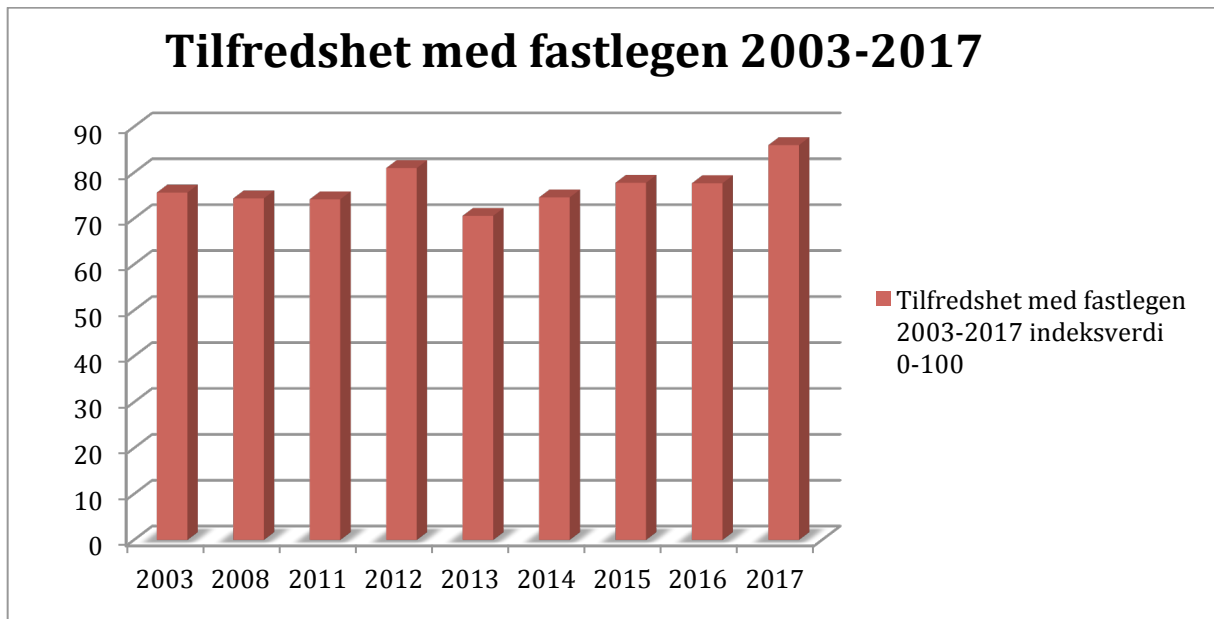


Figur 1 Nordmenn som har brukt helsetjenestene de 12 siste månedenes tilfredshet med ulike helsetjenester i prosent (Helsebarometeret 2015).

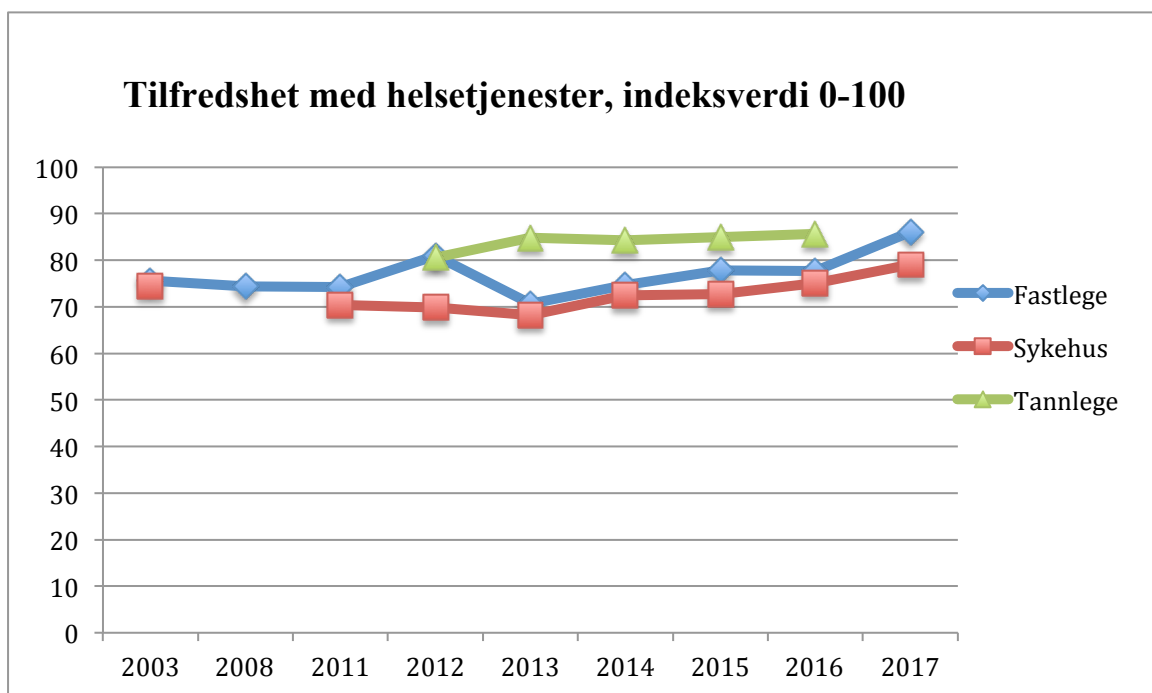
I norsk sammenheng har det blitt undersøkt hva som påvirker nordmenns tilfredshet med helsetjenester, og med spesielt fokus på spesifikke helsetjenester og helsepersonell. Khalil (2017) så i sin masteroppgave på pasienters tilfredshet med fastlegen i sammenheng med sosioøkonomisk status og helsetilstand. Khalil (2017) fant at individer med dårlig helse hadde lavere sannsynlighet for å uttrykke tilfredshet med fastlegen. Mens det var tvetydige resultater og sammenheng mellom de sosioøkonomiske faktorene og tilfredsheten med fastlegen.

Senter for omsorgsforskning, vest, ga i 2016 ut en rapport om befolknings- og brukerundersøkelse av hjemmetjenestene i Norge i 2010, 2013 og 2015. De så på både brukere, inkludert pasienter, pårørende og ansatte, og ikke-brukere, befolkningen. De fant at 62% og 68% av befolkningen oppfattet kvaliteten på hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten som god. Mens 67% og 69% av befolkningen oppfattet tilgangen som god (Senter for omsorgsforskning, vest 2016:31-35). Med tanke på brukerne var pasientene mer fornøyd med tilgjengeligheten av hjemmesykepleien enn de pårørende. Tilsvarende for hjemmehjelpen, var brukerne, pasientene, mer fornøyd med tilgjengeligheten til hjemmehjelpen, enn de pårørende (Senter for omsorgsforskning, vest 2016:38-39). Også i sammenheng med innholdet i hjemmesykepleien og hjemmehjelpen, var brukerne mer fornøyd enn de pårørende. 86% av brukerne og 77% av de pårørende sa de i alt var fornøyd med hjemmesykepleien, mens 77% av brukerne og 68% av pårørende sa de i alt var fornøyd med hjemmehjelpen (Senter for omsorgsforskning 2016:48). Rapporten så også på hvor fornøyde brukerne og de pårørende var med de ansattes evne til å løse oppgaver, gi nødvendig informasjon og de ansattes service, både i hjemmehjelpen og hjemmesykepleien. Også her var brukerne mer fornøyd enn de pårørende, men i sammenheng med de ansattes service i hjemmesykepleien, var både brukere og pasienter mer jevnt fornøyde (Ibid.).

Jevnt over kan man se at nordmenn er generelt tilfreds med helsetjenestene, men at tilfredsheten vil variere når man går spesifikt inn på enkelttjenester. Målemåten vil også spille inn på resultatene av tilfredshet. Eksempel på tilfredsheten med en spesifikke helsetjenester, er illustrert i graf 1 og 2. Den tidligere forskningen i norsk sammenheng har dermed ikke fokusert i like stor grad på sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Denne sammenhengen vil jeg derfor undersøke nærmere.



Graf 1: Nordmenns tilfredshet med fastlegen 2003-2017 (ut fra tilgjengelige data) ut fra indeksverdi 0-100 (Farbrot 2008; Carlsen og Bringedal 2009; Farbrot 2012; EPSI Rating 2016; Amundsen 2017; Difi 2017)



Graf 2: Tilfredshet med ulike helsetjenester fra 2003-2017 (tilgjengelige data) ut fra indeksverdi 0-100 (Carlsen og Bringedal 2009; EPSI Rating 2016; Difi 2017)

2.4 Privat helseforsikring

I dette kapittelet vil jeg gi en kort oversikt om ulike typer privat helseforsikring, utbredelsen i europeiske og OECD-land, tidligere forskning på privat helseforsikring, og privat helseforsikring i norsk sammenheng.

Privat helseforsikring, PHF, kalles også privat behandlingsforsikring, PBF, men ettersom det i datasettet brukes privat helseforsikring, er det denne betegnelsen jeg vil bruke i oppgaven.

2.4.1 Type private helseforsikringer

Det finnes flere ulike typer privat helseforsikring med ulik dekningsgrad. Her vil jeg fokusere på fire ulike hovedtyper av privat helseforsikring; primær, komplementær, supplementær og dupliserende. Privat helseforsikring kan bli kjøpt individuelt, kollektivt av smågrupper eller av arbeidsgiver. Andelen av de ulike kjøpsmåtene varierer fra land til land (Alexandersen et al 2016:71).

2.4.1.1 Primær helseforsikring

Primær helseforsikring fungerer som den eneste måten individet kan skaffe seg helseforsikring og dermed helsehjelp- og behandling på. Denne er aktuell i tilfeller hvor det ikke finnes noen offentlig ordning eller tiltak for dekning av helseutgifter som individet kan benytte seg av. Eller at det finnes offentlig ordning for helseutgifter, men individet er ikke kvalifisert eller har rett på denne ordningen. Slik at en primær privat helseforsikring er eneste muligheten (Brunner et al 2012:4-5).

2.4.1.2 Komplementær helseforsikring

Komplementær helseforsikring kan forklares som en privat helseforsikring som komplementerer dekningsgraden til de offentlige helsetjenestene. Gjennom å dekke deler eller de totale resterende kostandene som ellers ikke blir refundert av det offentlige. Det vil si forsikringen dekker hele eller deler av egenbetalingen for tjenester som er delvis dekket av det offentlige helsesystemet (Alexandersen et al 2016:72; Brunner et al 2012:4-5).

2.4.1.3 Supplerende helseforsikring

Supplementær helseforsikring kan defineres som en privat helseforsikring som gir dekning av andre eller ekstra helsetjenester som ikke dekkes av det offentlige helsevesenet (Alexandersen et al 2016:72). Den fungerer som en tilleggsforsikring. En slik forsikring kan dekke helsetjenester som luksusbehandling, valgfri behandling, tannpleie, legemidler,

langtidsbehandling, alternativ medisin, rekreasjonstjenester og rehabilitering. Dekningsgraden varierer fra land til land (Brunner et al 2012:5).

2.4.1.4 Dupliserende helseforsikring

Dupliserende eller duplikat helseforsikring, er en type helseforsikring som tilbyr dekning av helsetjenester som allerede er inkludert i offentlig helseforsikring, men som ofte har ventetid (Ibid). Den private helseforsikringen gir en dupliserende, ”dobbel”, dekning. Den gir også tilgang til et bredere utvalg av ulike tjenesteleverandører- og ytere og tjenestenivåer. Dette kan gi en oppfatning eller inntrykk av bedre kvalitet enn i det offentlige. Denne type forsikring kan blant annet gi tilgang til private sykehus eller klinikker og gi raskere tilgang til behandling. Denne type forsikring gir ikke individer fritak fra å bidra til offentlig helseforsikringsprogrammer (Brunner et al 2012:4).

2.5 Utbredelsen av privat helseforsikring i europeiske land og OECD-land

Blant landene i den europeiske union, EØS og noen øvrige land som Georgia, Russland, Armenia og Ukraina, utgjør privat helseforsikring 10% eller mindre av totale helseutgifter. I flere OECD-land utenfor og i Europa og EU, utgjør privat helseforsikring mer enn 10% av de totale helseutgiftene, spesielt i USA og Canada, men også Frankrike, Slovenia, Georgia og Irland (Colombo og Tapay 2006:9; Mossialos og Thomson 2004; Sagan og Thomson 2016). Noen land har et variert tilbud av de ulike private helseforsikringene beskrevet i delkapittel 2.2.1. Derfor vil de ha ulik andel av de totale helseutgiftene ut fra type private helseforsikring. En fullstendig oversikt er illustrert i tabell 1. Tilgangen til privat helseforsikring i europeiske land og OECD-land, er som regel begrenset til personer under 65 år, ettersom de over 65 generelt har dårligere helse. Tilbudet av privat helseforsikring er også tilbudt som korttids, årlige, kontrakter. Og tilbyderne står fritt til å nekte personer som søker forsikring, justere og bestemme forsikringspoliser etter individuell helserisiko og eksisterende sykdommer og helsetilstand og innføre ventetid og kostnadsdeling (Thomson og Mossialos 2009:7-8).

Tabell 1: Oversikt over privat helseforsikring som andel av totale helseutgifter i EU/EØS, øvrige europeiske land og noen OECD-land (Mossialos og Thomason 2004; Colombo og Tapay 2006; Sagan og Thomson 2016)

| <i>Prosent totale</i> | | | | |
|-----------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|
| <i>helseutgifter</i> | <i><1%</i> | <i><5%</i> | <i><10%</i> | <i>>10%</i> |
| <i>Land</i> | Litauen | Finland | Portugal | Irlan |
| | Bulgaria | Østerrike | Georgia | Frankrike |
| | Norge | Hellas | Sveits | Slovenia |
| | Ungarn | Belgia | Tyskland | Georgia |
| | Italia | Malta | Nederland | USA |
| | Romania | Russland | Kroatia | Canada |
| | Sverige | Polen | New Zealand | |
| | Slovakia | Spania | Australia | |
| | Ukraina | Storbritannia | | |
| | Tsjekkia | Armenia | | |
| | Island | Danmark | | |
| | Estland | Kypros | | |
| | Japan | | | |
| | Mexico | | | |

I 1992 innførte EU direktiv 92/49/EEC, det tredje direktiv for ikke-livsforsikring, *the third no-life insurance directive*. Dette trådte i kraft i 1994 og etablerte et rammeverk for fri flyt av privat helseforsikring. Dette skulle øke konkurransen mellom tilbydere av forsikring, gi lavere pris og mer valgfrihet for kjøperne og brukerne av privat helseforsikring (Mossialos og Thomson 2004:17; EUR-LEX 2011). Direktivet gjelder ikke for helseforsikring som er en del av et sosialforsikringsystem og medlemslandene kan regulere forsikringsmarkedet for å beskytte fellesskapets beste (Mossialos og Thomson 2004:47; Thomson og Mossialos 2009:419). Flere land har de siste fem til ti årene innført skattefradrag for privatpersoner og bedrifter som skaffer seg eller sine ansatte privat helseforsikring. Dette for å oppmuntre til å skaffe seg privat helseforsikring for å lette de offentlige helseutgiftene- og systemet. Men flere land har gått tilbake på dette og fjernet eller redusert skattefradraget- eller reduksjonen. Til tross for dette har det ikke påvirket etterspørselen etter privat helseforsikring negativt (Ibid.). For de siste 20 årene har det vært en vekst i etterspørselen etter privat helseforsikring. Spesielt forsikring kjøpt av grupper, enten via arbeidsgiver eller kollektive avtaler for flere

personer. Mens individuelle kjøp har holdt seg konstant eller stagnert i forhold til gruppeforsikringer (Mossialos og Thomson 2004:17). Det er en interessant utvikling at til tross for ingen eller redusert skattefradrag for å skaffe ansatte privat helseforsikring, øker andelen personer med privat helseforsikring gjennom arbeidsgiver.

Hvilke ansatte og hvilke selskaper som får eller betaler privat helseforsikring av bedrifter eller for ansatte varierer. Christensen og Søgaard (2013) fant at danske arbeidsgiveres betaling av privat helseforsikring for sine ansatte varierte ut fra antall ansatte i bedriften, hvilken sektor de jobbet i og hvilket nivå i hierarkiet i bedriften de ansatte var (Christensen og Søgaard 2013:601-602). Tidligere fikk viktige nøkkelpersoner og typisk ledere dekket privat helseforsikring av arbeidsgiveren sin, men utviklingen de siste 10-15 årene har vist at en større andel av alle type ansatte får tilbud om helseforsikring (Aarbu 2008; Grepperud og Iversen 2011). Alder, utdanning og størrelse på bedriften virker ifølge Seim et al (2007) også inn på sannsynligheten for at bedrifter kjøper privat helseforsikring til de ansatte. Dette kan også reflektere press eller ønske fra ansatte, spesielt med tanke på utdanning og informasjon disse ansatte har om forsikringstilbudet (Ibid.).

Motivasjonen til bedrifter for å betale for privat helseforsikring for sine ansatte kan være gode økonomiske resultater for bedriften. Dette stemmer med forskningen til Seim et al (2007), hvor privat helseforsikring for ansatte var oftere tilstede i bedrifter med gode økonomiske resultater. Rekruttering av arbeidskraft kan også være en årsak til at bedrifter skaffer privat helseforsikring til sine ansatte. Forsikringen blir et gode og kan få flere til å ønske å jobbe i bedriften (Aarbu 2008). I tillegg brukes forbedret arbeidsmiljø som er en årsak til hvorfor virksomheten skaffet privat helseforsikring til sine ansatte (Hem 2009:12). En annen stor motivasjon fra arbeidsgivernes side er å få ned sykefraværet til sine ansatte og høyere kvalitet på tjenester. Langt sykefravær kan resultere i tap og lavere effektivitet for bedriften, derfor ønsker bedriften å få sine ansatte raskt tilbake i jobb ved sykdom. En privat helseforsikring kan sikre dette gjennom raskere tilgang til spesialistbehandling (Aarbu 2008; Hem 2015). Med tanke på type bedrifter innenfor ulike næringer, som tilbyr privat helseforsikring til ansatte, er det oftest bedrifter innenfor sektorer med høyere ulykkesfrekvens (Aarbu 2008). Spesielt næringene bergverksdrift og utvinning, skog- og jordbruk, bygge- og anleggsvirksomhet og annen industri. Mens også en stor andel bedrifter innenfor næringer som handel og transport, finansiell tjenesteyting og forsikring og annen business tilbyr privat helseforsikring til sine ansatte (Seim et al 2007; Christensen og Søgaard 2013).

2.6 Tidligere forskning på privat helseforsikring og tilfredshet med helsevesenet

I dette kapittelet vil jeg ta for meg tidligere forskning på privat helseforsikring og tilfredshet med helsevesenet. Jeg vil også inkludere forskning på motivasjon bak anskaffelse av privat helseforsikring fordi det vil være relevant i sammenheng med tilfredshet med helsevesenet.

I et land med tradisjon for et universelt nasjonalt helsesystem, vil det være forventninger om at innbyggerne bruker dette helsesystemet og støtten for det er stor. Innbyggerne får gratis eller tilsvarende gratis med egenandel, behandling og lik adgang. Litteraturen om privat helseforsikring har sett på forskjellen mellom brukere av privat og offentlig helsesystem, og sammenhengen mellom bruk av offentlig eller privat helsesystem og støtte til det nasjonale helsesystemet (Fairbank et al 1990; Calnan et al 1993; Burchardt og Propper 1999).

Slik som ved måling av tilfredshet, har helserelaterte karakteristikker også blitt bruk av flere forskere for finne motivasjonen bak å skaffe seg privat helseforsikring. Både for individer og for bedrifter for sine ansatte (Kiil 2012:68-69). Egenvurdert helse er også her en av de mest brukte variablene som en indikator på helsestatus. En stor del av litteraturen argumenterer for at personer med lavere egenvurdert helse, har mindre sannsynlighet for å kjøpe privat helseforsikring (Costa-Font og Jofre-Bonet 2008; Johar et al 2011). Dette samsvarer med forskningen på egenvurdert helse og tilfredshet med helsevesenet, som kan tyde på en sammenheng mellom tilfredshet, privat helseforsikring og egenvurdert helse. Costa og García (2003) mener at personer som har større sannsynlighet for å bli syk, har større sannsynlighet for å kjøpe privat helseforsikring. Men at forsikringspolisen vil øke med den større sannsynligheten for å bli syk, som vil redusere sannsynligheten for å kjøpe forsikringen. Slik at her vil også finansielle barrierer og inntekt kunne spille inn. Mens ifølge Taylor og Ward (2006) har individer med god helse mindre sannsynlighet for å ha arbeidsgiverbetalt privat helseforsikring. Men de fikk ikke-signifikante resultater for individuelt kjøpt privat helseforsikring (Taylor og Ward 2006:457). I tillegg har helserelatert atferd blitt diskutert i litteraturen, spesielt knyttet til livsstil, blant annet røyking, overvekt, alkoholkonsum og trening (Johar et al 2011; Kiil 2012).

Litteraturen har også fokusert på andre helserelaterte karakteristikker. Spesielt på bruk og ikke bruk av helsetjenester, og hvem brukerne og kjøperne av privat helseforsikring er. Videre

eventuelle forskjeller mellom de som kjøper privat helseforsikring selv, de som får det via arbeidsgiver og de som ikke har det, og sammenhengen dette har med kvaliteten på helsevesenet (Propper 2000; Propper et al 2001; Costa-Font og Font-Vilalta 2004; Taylor og Ward 2006; Rolland 2007). Burchardt og Propper (1999) mener at tidligere bruk av private helsetjenester øker sannsynligheten for å bruke private tjenester nå. Til tross for økt bruk av private helsetjenester, forekommer det også en bevegelse mellom bruk av offentlige og private helsetjenester. De finner også at bruken av private helsetjenester er assosiert med mindre støtte for en universell dekningsgrad av helsetjenester, men at støtten til det nasjonale helsesystemet som helhet ikke forsvinner på grunn av bruk av private helsetjenester (Taylor-Gooby 1989; Burchardt og Propper 1999). Propper (2000) hevder at tidligere bruk av private helsetjenester er positivt assosiert med nåværende etterspørsel etter andre private tjenester. Og tilsvarende for bruk av offentlige helsetjenester tidligere og bruk av andre offentlige tjenester nå. Propper (2000) finner også at brukere av private helsetjenester har større sannsynlighet for å ikke støtte likhetstanken bak det offentlige helsevesenet (Costa-Font og Jofre-Bonet 2008). Dette kan føre til en nedgang i støtte til det offentlig helsevesenet, viljen til å finansiere det og dermed også et fattigere helsevesen for de fattige, ”a poor service for the poor”. Støtten til likhetstanken bak det nasjonale helsesystemet er sterkest hos ikke-brukere (Propper 2000:856).

I sin studie av privat helseforsikring i Storbritannia, finner Calnan et al (1993) at for individer med privat helseforsikring, er avgjørelsen om å bruke helsetjenester i privat sektor, basert på praktiske grunner. Mest av alt penger og tidsbruk. Hvor forsikringen gir lav eller ingen kostnad og mindre venting og mer komfort. Calnan et al (1993) hevder også at motivasjonen bak bruken av private helsetjenester og behandling, er på valgfrihet, hvor det private tilbyr dette og det offentlige helsevesenet ikke. Samt et ønske om mer personlig behandling og tjenestetilbud. Dermed foreligger en misnøye med det offentlige helsevesenet i anskaffelse av privat helseforsikring (Calnan et al 1993:91-92). Her er det forskjell mellom de som har kjøpt privat helseforsikring selv og de som får det gjennom arbeidsgiver. Personer med individuelt kjøpt forsikring var mer for private helsetjenester, mens personer med arbeidsgiverbetalt forsikring var mer mot private helsetjenester og for nasjonalt helsesystem. Men de med arbeidsgiverbetalt forsikring brukte forsikringen mer enn de med individuelt betalt forsikring, for å få valuta for pengene. Ikke-brukere av private helsetjenester var mindre kritisk til det nasjonale helsesystemet og mer kritisk til en blanding av offentlig og privat enn brukerne

(Calnan et al 1993:42-43). Denne ulikheten i støtte for et nasjonalt helsesystem kan indikere mindre eller mer tilfredshet med helsevesenet som helhet, eller visse deler innenfor det. Kvalitet på helsevesenet vil, som nevnt, spille inn på anskaffelse av privat helseforsikring og tilgang på privat behandling (Hall og Preston 1998; Besley et al 1999; Propper et al 2001; King og Mossialos 2005; Kiil 2010; Johar et al 2011). I sin studie av privat og offentlig helseforsikring, argumenterer Hall og Preston (1998) for at ved en økning i langsiktige ventelister for sykehusbehandling i offentlige sektor, øker kjøp av privat helseforsikring (Hall og Preston 1998:16). Dettets støttes av Besley et al (1999), som hevder at lange ventelister ansees som en indikator på lavere kvalitet i det offentlige helsevesenet, og øker sannsynligheten for å skaffe seg privat helseforsikring (Besley et al 1999:173). Dette støttes også av Calnan et al (1993) og Costa og García (2003), som mener at om innbyggerne antar, opplever eller får inntrykk av at kvaliteten på helsetjenestene ikke lever opp til forventningene, skaffer de seg privat helseforsikring for å bøte på dette. Aarbu (2010) støtter delvis også dette, som fant at ventelister for behandling øker anskaffelse av individuelt kjøpt helseforsikring, men ikke privat helseforsikring kjøpt av arbeidsgiver (Aarbu 2010:1). Costa og García (2003) fokuserer også på at det eksisterer en ”kvalitetskløft” mellom det offentlige og det private helsevesenet, som fører til større etterspørsel etter privat helseforsikring. Det vil si at det private helsevesenet har bedre kvalitet enn det offentlige. I tillegg mener Costa og García (2003) at privat helseforsikring i et land med nasjonalt helsesystem, fungerer som en ”dobbel dekning”, hvor innbyggere betaler for å sikre seg adgang til offentlige og private helsetjenester. Utfordringer med kvalitet kan også være relatert til fastlegens gate-keeping, portvokterrolle, som gjør at personer føler de blir hindret tilgang til tjenester og derfor skaffer seg privat helseforsikring (Costa og García 2003:557).

I min undersøkelse er privat helseforsikring min hoveduavhengige variabel. Denne undersøkelsen av sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring, har ikke blitt gjort i like stor grad i tidligere studier. I den gjennomgatte litteraturen overfor har privat helseforsikring i hovedsak vært avhengig variabel og tilfredshet med helsevesenet eller tilfredsheten med kvaliteten med helsetjenester uavhengig. Det vil derfor være interessant å se det motsatte bli testet i min regresjonsanalyse senere i oppgaven. Jeg har også inkludert noe relevant litteratur på motivasjonen bak å skaffe seg privat helseforsikring for å få frem diskusjonen, mulige sammenhenger og samspill som jeg trenger å ta høyde for i min analyse av tilfredshet med helsevesenet som avhengig og privat helseforsikring som uavhengig.

2.7 Privat helseforsikring i Norge

Privat helseforsikring har blitt forsket på nokså grundig i internasjonal sammenheng, jmf. Kapittel 2.6., men ikke i like stor grad norsk sammenheng. Spesielt ikke sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikringer.

Litteratur på privat helseforsikring i norsk sammenheng har vært rettet mot fremveksten av privat helseforsikring i nordiske land (Berge og Hyggen 2010; Alexandersen et al 2016; Palme 2017). Forskere har også sett på fremveksten av privat helseforsikring, motivasjonen og årsakssammenhengen mellom privat helseforsikring og sosioøkonomiske forhold, og utfordringer med utviklingen av privat helseforsikring i et nasjonalt helsesystem. Fokuset har også vært på fremveksten av et todelt helsevesen. I tillegg har motivasjonen til bedrifters anskaffelse av privat helseforsikring for sine ansatte være diskutert i norsk sammenheng (Manifest 2009; Aarbu 2010; Hem 2015). Min undersøkelsen av sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring, vil derfor kunne være aktuell og relevant i forbindelse med norske forhold.

I deres studie av fremveksten av privat helseforsikring i Norge, Sverige og Danmark, mener Berge og Hyggen (2010), at veksten i privat helseforsikring kan forklares av kø og ventelister i helsevesenet. Kortere ventetid er en stor motivasjon for å skaffe seg privat helseforsikring som individ i Norge, Sverige og Danmark. Likevel har ventetiden blitt redusert, og forfatterne mener at økt mediefokus på ventetid også derfor kan virke inn. En annen årsak kan være ønsket å om skape et marked fra forsikringssektorens side, og at de derfor spesielt i Danmark, selger forsikringene til lav pris uten fortjeneste. Mens bedriftenes motivasjon for å skaffe privat helseforsikring til ansatte, er å få ned sykefraværet og få ansatte raskere tilbake i jobb (Berge og Hyggen 2010:29-31). Disse funnene støttes av Aarbu (2010) sin forskning på etterspørselsmønsteret av privat helseforsikring i Norge, men at arbeidsgiverbetalt forsikring ikke ble påvirket av helsekøer på samme måte (Aarbu 2010:21-23).

En av hovedmotivasjonen til norske bedrifters anskaffelse av privat helseforsikring for sine ansatte, er å få ned sykefraværet og få de ansatte tilbake i jobb. Hem (2015) har utgitt to SINTEF-rapporter i 2009 og 2015 om sammenhengen mellom norske bedrifter med privat helseforsikring og sykefravær. Begge rapportene viste liten eller ingen forskjell i utviklingen av sykefravær hos bedrifter med eller uten privat helseforsikring for ansatte. Det vil si at det ikke er en stor sammenheng mellom privat helseforsikring og nedgang i sykefravær hos

bedrifter med privat helseforsikring (Hem 2009; Hem 2015). Helsebarometeret (2015) publisert av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, som er datagrunnlaget i denne oppgaven, ser også på tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring, men ikke i den sammenhengen jeg skal.

I en studie fra 2016 fokuserte Alexandersen et al på utviklingen og fremveksten av privat helseforsikring i nordiske land, deriblant Norge. De fant at det i Norge og Sverige er dupliserende privat helseforsikring som er hovedtypen helseforsikring, mens i Finland og Danmark er komplementær privat helseforsikring gjeldende. Helseforsikringenes nøkkelrolle er å sikre fortrinnsrett til behandling som er gratis innenfor det offentlige helsevesenet, men som det ofte er lang ventetid på. Og å dekke egenandeler for tjenester som kun er delvis finansiert av det offentlige helsevesenet (Alexandersen et al 2016:68). Mens i masteroppgaven sin, undersøkte Dalslåen (2016) på hva som påvirker norske borgere til å ha privat helseforsikring og kjøpe det individuelt. Hovedfunnene var at å være utilfreds med kvaliteten på helsetjenestene, øker oddsen for å både ha privat helseforsikring og kjøpe det som individ. Videre var funnene at å ha betalt jobb, men ikke høyere utdanning, øker oddsen for å ha privat helseforsikring, kvinner kjøper privat helseforsikring individuelt i en større skala enn menn, og å stemme Høyre øker oddsen for å ha privat helseforsikring, mens å stemme SV senker den (Dalslåen 2016).

I en rapport utgitt av Manifest (2009) fokuseres det på økningen av privat helseforsikring i sammenhengen med et voksende klassesdelt helsevesen. Spesielt med tanke på at majoriteten av nordmenn får helseforsikringen gjennom arbeidsgiver, og at den brukes som et gode og rekrutteringsverktøy for utvalgte ansatte. Slik at det blir en forskjell mellom de i arbeid, de arbeidsledige og ut fra hvor man er ansatt. Rapporten finner også at årsakene bak veksten i privat helseforsikring kommer fra markedsføring fra forsikringsselskapene, spesielt overfor bedrifter, og priskutt for bedriftsforsikringene, men ikke individuelle helseforsikringer. De finner også at ventelister for behandling og misnøye med kvaliteten på helsetjenester ikke er årsaker til veksten. Ventetiden gikk derimot ned i perioden 2002-2008 (Manifest 2009:20-24). Flere medisinske tidsskrifter, leger, legespesialister, andre fagspesialister og samfunnsdebattanter har også de siste årene, tatt til ordet for bekymringen for utviklingen av et todelt helsevesen. Dette har spesielt vært rettet mot kreftbehandling og spesielt dyre kreftmedisiner (Johannessen 2017; Johansen og Huuse 2017). Utfordringen er at staten ikke alltid bruker de nyeste og beste kreftmedisinene fordi det blir for dyrt. Dette fører til en

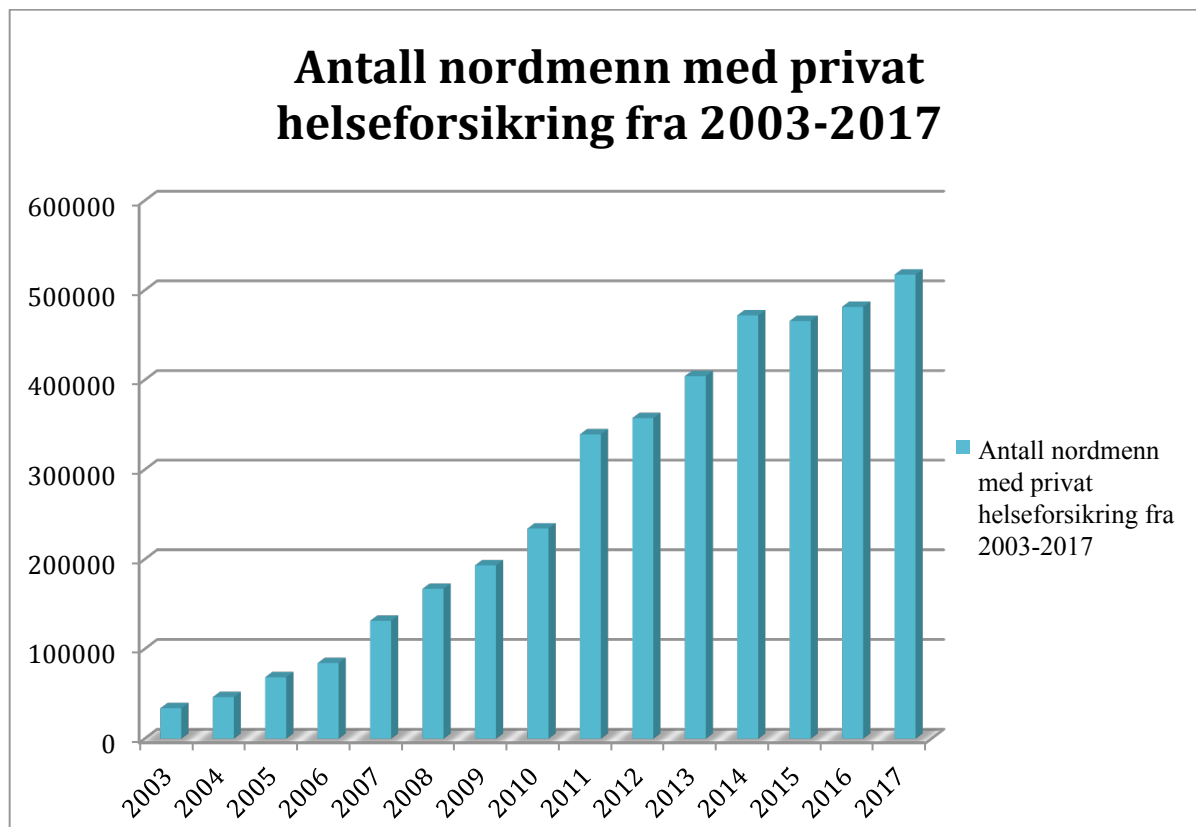
odeling av helsevesenet. Et helsevesen for de som har råd skaffer seg privat helseforsikring og reiser til utlandet for å få behandling med de dyre medisiner. Eller får delta i utprøving av ny behandling eller får etablert og kostbar behandling ved private sykehus i Norge, som dekkes av forsikringen. Mens et annet helsevesen for de som ikke har råd til privat helseforsikring og dermed ikke tilgang på samme behandling (Dalen 2017; Johannessen 2017). Det er heller ikke kun eksperter og spesialister som ser denne utviklingen, men befolkningen også. I helsepolitisk barometer, en undersøkelse gjennomført av TNS Gallup for Aftenposten i 2017, ble 1806 nordmenn spurt om helsepolitiske spørsmål. Denne rapporterte fant at 61% av de spurte opplever at vi har et helsevesen hvor ens personlige økonomi har noe å si for hvor god behandling man får og har tilgang på. Mens 26% var uenig i at personlig økonomi hadde noe å si. Dette var relatert generelt til helsevesenet og i relasjon til kreftbehandling og kreftmedisin (Dommerud 2017). Dette kan illustrere mulig misnøye med helsevesenet og dets prioritering blant den norske befolkning i dag. Dette kan gjøre min undersøkelse av sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring aktuell og interessant i sammenheng med diskusjonen rundt et todelt helsevesen.

Samtidig har forskningen på privat helseforsikring i Norge fokusert mest på motivasjonen bak anskaffelse av helseforsikring, og hvem de med privat helseforsikring er, ikke i sammenheng med tilfredshet med helsevesenet. Dermed vil min undersøkelse og forskningsspørsmål muligens kunne belyse flere perspektiver innenfor diskusjonen. Samtidig støtter oppgaven seg på tidligere forskning gjennom å inkludere to indikatorer på tilfredshet som inkluderer både brukere og ikke-brukere i en dimensjon, og brukernes tilfredshet i en annen. Min undersøkelse av mulig forskjeller mellom tilfredshet med helsevesenet for personer med individuelt betalt helseforsikring og med arbeidsgiverbetalt helseforsikring vil også kunne bidra til å illustrere interessante sammenhenger. Jeg inkluderer og tester også for flere kontrollvariabler i flere modeller, som ikke har vært gjort i like stor grad i tidligere forskning. Samtidig er, som nevnt tidligere, en større andel av dataene i den tidligere forskningen på forholdet mellom privat helseforsikring og tilfredshet med helsevesenet fra tiden før bruken av privat helseforsikring økte og vokste som tilbud. Dataene mine er fra 2014, en tid da privat helseforsikring for alvor hadde vokst frem som et tilbud i tillegg til det offentlige helsevesenet i Norge. Disse dataene kan dermed muligens kunne gi et bilde på sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring etter innføringen av NPM og tendenser på 2010-tallet.

Videre vil jeg presentere utbredelsen av privat helseforsikring og tilbydere av disse i Norge og kort om nordiske land.

2.7.1 Utbredelse av privat helseforsikring i Norge

Det norske helsesystemet er som nevnt i kapittel 1.1, et universalt helsesystemet hvor alle har lik tilgang på behandling, pleie og helsetjenester. Privat helseforsikring har ikke vært særlig utbredt i Norge før 2000-tallet. Antall nordmenn med privat helseforsikring har økt drastisk de siste 10-15 årene. Ifølge Finans Norge, har antall nordmenn med privat helseforsikring fra 2003 til 2015 økt fra under 50 000 til 470 000 i 2015 og til 517 465 i 2017. Utviklingen av andelen nordmenn med privat helseforsikringen fra 2003 til 2017 er illustrert i graf 3 (Finans Norge 2015; DN 2017). Rundt 90% av nordmenn med privat helseforsikring får den gjennom kollektive forsikringspoliser, oftest gjennom arbeidsgiver, mens rundt 10% kjøper det individuelt. Over 247 000 meldte om skader på helseforsikring og det ble utbetalt over 900 millioner kroner i erstatning fra helseforsikring i 2016 (Grymer og Strønen 2016; Finans Norge 2017). Man kan også skille mellom en mer generell privat helseforsikring og en forsikring for kritisk sykdom. Tallene nedenfor er for overordnet og den generelle private helseforsikringen er den type forsikring som vil være fokus i denne undersøkelsen. En tilsvarende utvikling i andelen innbyggere med privat helseforsikring har også foregått i Sverige, Danmark og Finland, med noe ulik fordeling på arbeidsgiverbetalt og individuelt betalt (Alexandersen et al 2016; SVT 2016; Forsikring & Pension 2017; Svensk Försäkring 2017; Palme 2017).



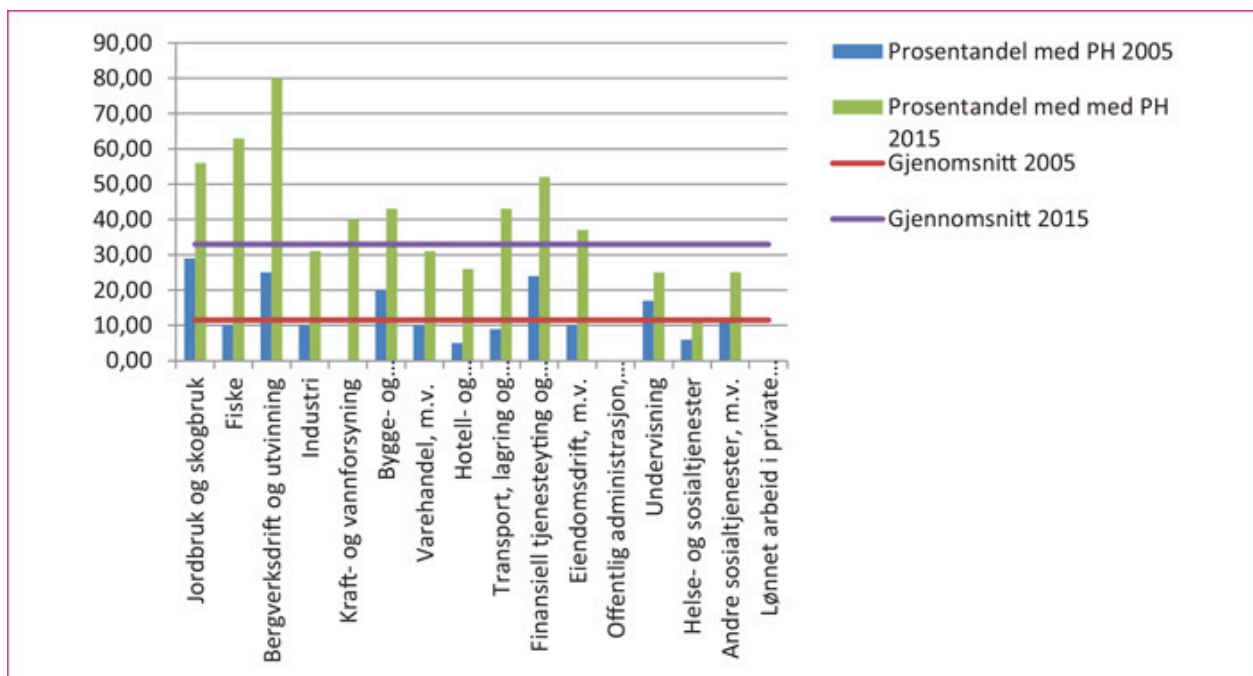
Graf 3: Antall nordmenn med privat helseforsikring fra 2003-2017 (Basert på tall fra Finans Norge 2015; Grymer og Strønen 2016; DN 2017).

Den mest utbredte private helseforsikringen i Norge er dupliserende privat helseforsikring. I norsk skala sikrer og dekker denne garantert tilgang til medisinsk undersøkelse, konsultasjon, diagnostisering og/eller behandling av spesialist eller planlagt operasjon innenfor en viss tidsramme. Den dekker også rehabilitering og inkluderer også psykologisk behandling eller fysioterapi i visse tilfeller. Man kommer raskere fram i helsekøen og slipper eller får redusert ventetid. Men forsikringen dekker ikke helsetjenester som er ekskludert fra det offentlige helsetilbudet. Dette inkluderer behandling i offentlige institusjoner, tannlege, akuttbehandling, søvnrelatert behandling, fedme, kosmetisk behandling, øyebehandling, ørebehandling og hjelpemidler, vaksinasjon og rus- og alkoholavhengighet, med mer (Alexandersen et al 2016:73-75; Sagan og Thomson 2016:106). Forsikringsselskaper i Norge krever henvisning fra fastlegen for å få tilgang til spesialist. Men i gjengjeld gir forsikringen et større utvalg av spesialister og en muligheten til en ekstra vurdering fra enda en spesialist. Tilgangen på spesialister avhenger også av tilbyderne forsikringsselskapet har avtale og samarbeid med. Egenandel for behandling i privat sektor avhenger av forsikringspolisen og –avtalen, men mange forsikringsselskaper krever ikke egenbetaling. Det finnes også supplementær privat

helseforsikring i Norge, men i svært liten grad. En slik forsikring er relatert til kollektiv helseforsikring for tannhelse, rus- og alkoholavhengighet, gambling og noen typer alternative behandlinger (Ibid.).

I 2003 endret Bondevik-II regjeringen skattereglene for privat helseforsikring. Denne endringen gikk ut på at arbeidsgiverne fikk skattefritak gjennom redusert arbeidsgiveravgift for å dekke arbeidsgiverens helse- og behandlingsutgifter gjennom privat helseforsikring. Og skattefritak for arbeidstakerne gjennom å ikke lenger anse helseutgiftene betalt av arbeidsgiver som beskattet inntekt (Seim et al 2007; Alexandersen et al 2016:77). Endringen i skatteloven ble reversert av Stoltenberg-II-regjeringen i 2006. Forslag om å gjeninnføre skattefritaket har blitt ytret i Stortinget, men ble avvist. Til tross for dette har etterspørselen etter privat helseforsikring likevel økt, da spesielt arbeidsgiverfinansiert. En mulig årsak er økt tilbud og markedsføring fra forsikringsselskapene og redusert pris på forsikring for arbeidsgiverbetalt forsikring (Manifest 2009). De største virksomhetene med privat helseforsikring for ansatte i Norge er illustrert i figur 2 og diskutert i kapittel 2.5.

Figur 2: Andel bedrifter med privat helseforsikring (PH) etter næring, 2005 og 2015 (Alexandersen et al 2017; Hagen 2018)



2.7.2 Tilbydere av privat helseforsikring i Norge

Med tanke på selskaper som tilbyr privat helseforsikring i Norge, er det hovedsakelig kommersielle, profittbaserte, forsikringsselskaper. De største aktørene i Norge innenfor privat

helseforsikring er Codan Forsikring/Vertikal Helseassistanse med 32,6% av markedsandelen, If Skadeforsikring med 16,7%, Gjensidige Forsikring med 13,6%, Storebrand Helseforsikring med 18%, Tryg Forsikring med 11% og Sparebank 1 med 7,7% Eika Forsikring, Troll Forsikring og Vardia Insurance Group tilbyr også både individuelle og kollektive forsikringsavtaler og utgjør de resterende ca. 0,4% (Finans Norge 2014; Alexandersen et al 2016:75-76; Moe 2016).

I neste delkapittel vil jeg ta for meg tidligere forskning på sosioøkonomiske karakteristikk og bakgrunn i relasjon til tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Flere av disse vil utgjøre mine kontrollvariabler

2.8 Sosioøkonomisk bakgrunn og karakteristikk

Individens sosioøkonomiske og demografiske karakteristikk og bakgrunn kan forme og påvirke deres forventinger til helsevesenet. Dette vil igjen forme personers tilfredshet med helsevesenet. Det samme gjelder anskaffelse av privat helseforsikring. I dette kapittelet vil jeg gjennomgå tidligere forskning på sosioøkonomiske forhold, bakgrunn og karakteristikk som påvirker tilfredsheten med helsevesenet og privat helseforsikring. Disse sosioøkonomiske og demografiske karakteristikkene vil utgjøre mine kontrollvariabler, se kapittel 3.1.3 for en helhetlig beskrivelse av hvilke variabler som er inkludert i modellen og eventuelt testet for.

2.8.1. Alder

Helsen varierer gjennom hele livet. Barn og unge og spesielt eldre, er de største brukerne av helsevesenet og helsetjenester (Blank og Bureau 2014:27). Ved større bruk, vil man ha mer kjennskap til og erfaring med helsetjenestene, som kan gjøre personer mer tilfreds med helsetjenestene. Flere forskere argumenterer for at alder har en effekt på tilfredshet med helsetjenester og kjøp av privat helseforsikring. Wendt et al (2010) fant at de eldre enn 64 år og yngre enn 20 år er mer tilfreds med helsesystemet, mens de mellom 20 og 64 år er mindre tilfreds, slik at de som er oftest innom helsevesenet er mest tilfreds og alder får en kurvelinær effekt på tilfredsheten (Wendt 2010:187). Costa-Font og Jofre-Bonet (2006) mener det tilsvarende, at tilfredsheten først er negativ og synkende, men at den snur og blir positiv ved eldre alder, slik at eldre er mer tilfreds med helsetjenestene (Costa-Font og Jofre-Bonet 2006:663). De mener også at eldre er mer skeptiske til det nasjonale helsevesenet (Costa-Font og Jofre-Bonet 2008:282-285). Mens Horodnic et al (2018) fant at individer over 24 år har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet sammenlignet med de

under 25 år. Slik at yngre under 24 har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet eldre over 25.

2.8.2 Utdanning

Utdanningsnivå vil påvirke personers tilfredshet med helsetjenestene. Utdanning gir innbyggere kunnskap, kompetanse og informasjon. Personer med høyere utdanning vil være bedre informert, ha kunnskap om rettigheter og muligheter knyttet til behandling og helsetjenestene generelt, interagerer og kommuniserer oftere og mulig bedre med helsepersonell som kan gi høyere forventninger til kvalitet og tilbud. Personer med høyere utdanning har også bedre helse enn de med lavere utdanning (Lein 2015). Dette vil forme hvor fornøyd disse personene er med helsevesenet som helhet og de individuelle helsetjenestene (Calnan et al 1999:167). Costa-Font og Jofre-Bonet (2008) hevder at høyere utdanning fører til lavere sannsynlighet for å være negativ til det nasjonale helsevesenet, og dermed for å kjøpe privat helseforsikring. Altså de med lavere utdanningsnivå en høyskole og universitet, er mindre støttende og mer negativ til det nasjonale helsevesenet enn de med høyere utdanning (Costa-Font og Jofre-Bonet 2008:282). Dette støttes delvis av Munro og Duckett (2015), som argumenterer for at de med videregående som høyeste utdanningsnivå er mindre tilfreds enn de med høyere eller lavere nivå enn dem (Munro og Duckett 2015:662). Rapporten fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (2015), støtter også dette, hvor nordmenn med høyere utdanning er generelt mer fornøyd med helsetjenestene de mottar og bruker enn de med lavere utdanningsnivå (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (2015:146). Ifølge Calnan et al (1993) har personer med høyere utdanning større sannsynlighet for å skaffe seg privat helseforsikring, enn de med lav utdanning og inntekt. Dette er også et samspill mellom høyere utdanning og høyere inntekt (Ibid.).

2.8.3 Inntekt og økonomisk situasjon

Inntekten påvirker helsetilstanden. Personer med høyere inntekt har bedre helse og lever lenger enn de med lavere inntekt (Andresen 2012; Paust 2016). Flere forskere har sett på sammenhengen mellom inntekt og tilfredshet med helsevesenet (Costa-Font og Jofre-Bonet 2006; Costa-Font og Jofre-Bonet 2008; Wendt et al 2010; Footman et al 2013; Munro og Duckett 2015).

Footman et al (2013) fant at personer innenfor den laveste inntektsgruppen hadde mindre sannsynlighet for å være tilfreds med helsesystemet enn personer innenfor den høyeste inntektsgruppen. I sin studie av Spania, mener Costa-Font og Jofre-Bonet (2006) at personer

med høyere inntekt er mindre tilfreds med helsesystemet og har større sannsynlighet for å skaffe seg privat helseforsikring. Tilsvarende fant de i en annen studie av Spania (Costa-Font og Jofre-Bonet 2008) at høyere inntekt fører til en vekst i privat helseforsikringsmarkedet og mindre støtte til det nasjonale helsevesenet (Costa-Font og Jofre-Bonet 2008:282). Velstand, inntekt og utdanningsnivå er også tett sammenkoblet i denne sammenhengen. Xiao og Barber (2008) fant at personer med høyere utdanning, høyere inntekt og privat helseforsikring var mer tilfreds med tilgangen på helsetjenester.

Inntekt og finansielle barrierer er også tett koblet sammen og har mye å si hvor tilfredse personer de er med helsevesenet (Akinci og Sinay 2003; Munro og Duckett 2015). I Munro og Duckett (2015) sin studie av Kina, blir inntekt ikke-signifikant. Men ved å inkludere hvor enkelt husholdningen har betalingsevne for helseutgifter, blir inntekt signifikant. Mens Akinci og Sinay (2003) fant at økonomisk situasjon, spesielt kostnader koblet til å ta seg fri for å oppsøke helsetjenester og behandling, spiller en signifikant rolle i sammenheng med tilfredshet med helsetjenester og tilgang på disse. De fant også at vanskelighet med å betale egenandel og regningstvister er negativt forbundet med tilfredshet med helsetjenester. I sammenheng med tilfredshet med helsevesenet og økonomisk situasjon spiller landets helsesystem også inn. Papanicolas et al (2013) har eksempler på dette i sin studie av 11 høyinntektsland:

”For example, in the United Kingdom overall satisfaction with the health system was largely independent of perceptions of affordability. Yet in most other countries, respondents who were not confident about being able to afford health care tended not to view the overall system favourably” (Papanicolas et al 2013:739).

Slik at inntekt, og betalingsevne, finansielle barrierer og økonomisk situasjon, er viktigere variabler i land med sosialforsikringssystem, privatforsikringssystem eller en blanding av disse, i forhold til land med nasjonale helsesystem. Dette støttes av Wendt et al (2010) som argumenterer for at innbyggere i land med nasjonale helsesystem, som Danmark og Storbritannia, er mer tilfredse med helsesystemet enn innbyggere i land med andre helsesystemer. I sammenheng med økonomisk situasjon og inntekt har også tidligere forskningen til Rodríguez og Stoyanova (2008), sett på forholdet mellom innføring av skattefradrag og skatteincentiver for anskaffelse av privat helseforsikring. Denne forskningen viser at endring i skatteincentiver for privat helseforsikring fører til en nedgang i kjøp av

individuell privat helseforsikring og en liten økning i kjøp av kollektive og arbeidsgiverbetalte privat helseforsikringer.

I tillegg til økonomisk situasjon, er livssituasjon viktig i sammenheng med tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Blant annet å være i inntektsgivende arbeid vil også kunne ha en samspillseffekt med inntekt. Er man arbeidsledig, har man som regel ingen inntekt. Og ved tap av inntekt vil man være mer avhengig av det offentlige helsevesenet og kan ikke kjøpe seg privat behandling. Dette kan igjen kan påvirke tilfredsheten med helsevesenet og spesielt helsetilstand og livskvalitet (Ytterdahl og Fugelli 2000; Kiil 2012).

2.8.5 Kjønn

Kjønn er også en mye inkludert variabel i tidligere forskning. Kjønn påvirker både tilfredshet med helsevesenet og kjøp av privat helseforsikring, og det forekommer en rekke kjønnsforskjeller i Norge. Kvinner har lengre levealder, bruker helsetjenestene i større grad og har større sykefravær enn menn (Sandnes 2007; Lunde et al 2017; SSB 19.12.2017). Mens menn jobber i større grad i privat sektor, jobber i større grad i yrker innenfor industri, bygg og anlegg, tekniske yrker og i primærnæringen. Disse yrkene er kjent for å ha høyere status og lønn enn tradisjonelle kvinnedominerte yrker (Christensen 2014; Bufdir 2016). Innenfor disse yrkene og næringene, i tillegg til finansiell tjenesteyting og bergdrift og utvinning, er det flest virksomheter som tilbyr privat helseforsikring til sine ansatte (Seim et al 2007:2674). Denne kjønnsforskjellen vil ha ulik effekt på privat helseforsikring og tilfredshet med helsevesenet, noe litteraturen også viser.

Med tanke på tilfredshet med helsevesenet mener Costa-Font og Jofre-Bonet (2008) at menn har større sannsynlighet for å være støttende til det nasjonale helsevesenet. I studien sin fant Horodnic et al (2018) at kvinner har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsetjenestene enn menn. Mens Blekesaune og Quadagno (2003) mener at kvinner på individnivå, er mer positive til velferdsstatspolicyer enn menn, herunder går helsetjenester. Denne støtten kan være på grunn av at kvinner bruker velferdstjenester mer enn menn, på grunn av annet sykefravær, deltidsjobb, hjemmeværende og svangerskap, og dermed større egeninteresse i velferdsstaten enn menn (Blekesaune og Quadagno 2003; SSB 26.01.2017). Mens i annen litteratur om både tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring blir kjønn ikke-signifikant (Kiil 2012; Munro og Duckett 2015;), som kan indikere ingen sammenheng eller andre bakenforliggende eller samspillseffekter som ikke er tatt med i

undersøkelsen. Slik at kjønnsforskjeller er blandet, både når det kommer til tilfredshet med helsetjenester og privat helseforsikring, derfor er det også viktig å ta høyde for kjønn.

2.8.6 Bosted

Innbyggerne i alle landets kommuner skal ha lik tilgang på behandling og helsetjenester (Helsedirektoratet 2017). Selv om dette er prinsippet, vil tjenestetilbudet variere ut fra folketall i kommunen, bemanning i helsesektoren, ressurser, kompetanse og infrastruktur rundt i kommunen (Dahl et al 2014:7-8). Det vil si at bosted har noe å si for individers tilgang på helsetjenester og dertil hvor tilfreds de er med helsevesenet (Johar et al 2011:82).

Argumentene om at bosted påvirker tilfredsheten med helsetjenester og kjøp av private helseforsikring, går ut på både geografisk bosted i landet, tilstanden i og størrelsen på boligen, hvem man bor med, om man er huseier og om man bor i rurale eller sentrale strøk (Xiao og Barber 2008; Johar et al 2011; Munro og Duckett 2015;). Atkinson og Haran (2005) fant i sin studie av primærhelsetjenestene i utviklingsland, at de som bor i rurale strøk er mindre tilfreds med helsesystemet enn de som bor i urbane, men at de har ulike forventinger av og erfaringer med tjenestetilbydere. Dette stemmer med Footman et al (2013) sin studie av ni tidligere land i Sovjetunionen. De mener at personer som bor i rurale områder er mer tilfreds med helsesystemet enn de som bor i urbane områder, på grunn av lavere forventinger til kvalitet og mindre tilgang på helsetjenester, enn de som bor i urbane områder. Mens Park et al (2016) fant at de som bor i Seoul og Busan, storbyer, er mer tilfreds med tilgang på helsetjenester enn de som bor i Gyeonggi, provins. Mens det var ingen forskjell i tilfredshet mellom de som bor i Seoul og Busan. Mens Horodnic et al (2018) fant ingen signifikant sammenheng mellom konsumentenes tilfredshet med helsesystemet og husholdningsstørrelse.

2.8.7 Sivilstatus

Personers sivilstatus vil virke inn på hvor tilfredse de er med helsevesenet, enten om de er gift, samboere, med eller uten barn, alene, er enke eller enkemann, singel, skilt, har kjæreste eller er separert. Costa-Font og Jofre-Bonet (2008) mener at gifte har større sannsynlighet for å ha mangel på støtte for det nasjonale helsevesenet. Mens i en annen studie fra 2006 fant de at å være gift ikke hadde noen effekt på sannsynligheten for å være tilfreds med helsevesenet (Costa-Font og Jofre-Bonet 2006). Akinci og Sinay (2003) mener at gifte personer har større sannsynlighet for å være tilfreds med tilgang til helsetjenester enn single. Dette støttes av Xiao og Barber (2008) som hevder at gifte personer har større sannsynlighet for å være tilfreds med tilgang på helsetjenester, tjenesteytere og kvaliteten på helsetjenestene enn ugifte

personer. Dette støttes også av Park et al (2016) sin studie av Sør-Korea, hvor de fant at personer som er separert, skilt, er enke eller enkemann er mindre tilfreds med helsesystemets ytelse enn single eller gifte (Park et al 2016:627). Ettersom gifte og samboere bor sammen, mens single og separerte oftere bor alene, vil sivilstatus være sterkt koblet sammen med boforhold og husholdningssammensetning. I min undersøkelse vil jeg ikke undersøke sivilstatus direkte, men i sammenheng med bosituasjon.

2.8.8 Politisk ideologi

Et individs personlige ideologi, verdier og politiske ståsted vil forme dets syn på helsevesenet og hvor fornøyd personen er med helsevesenet. Synet på om det er statens eller individet selv sitt ansvar å sørge for egen helse, hvor stor rolle staten skal ha i det offentlige helsevesenet og dekningsgrad av helsetjenester vil være momenter som innenfor dette. Litteraturen har i stor grad fokusert på støtte til og for et nasjonalt helsevesen som en indikator på ideologisk eller politisk ståsted i sammenheng med tilfredshet med helsevesenet og helsesystemet. Og dette i sammenheng med kjøp eller ikke kjøp av privat helseforsikring (Calnan et al 1993; Besley et al 1999; Taylor og Ward 2006). Samtidig har plassering på den politiske høyre-venstreaksen, partiidentifikasjon og politisk tillit vært brukt som indikatorer på politisk og ideologisk ståsted i sammenheng med tilfredshet med helsevesenet. Her har også skillet mellom plassering på skalaen eller partitilhørighet vært på støtte til eller mot det offentlige helsevesenet, for eller mot privatisering og innføring av mer eller mindre kommersielle momenter i helsevesenet, deriblant privat helseforsikring. Skillet har gått mellom konservative og liberale partier på høyresiden som er for privatisering og har mindre støtte til helsevesenet, og partier på venstresiden som vil det motsatte (Martinussen 2008). Siden parti stemt på ved forrige valg som indikator på ideologisk og politisk standpunkt, har ikke blitt brukt i like stor grad i tidligere forskning, vil jeg derfor inkludere det i min analyse.

I litteraturen fant Footman et al (2013) at land med høy politisk tillit har høy tilfredshet med helsesystemets ytelse, basert på institusjonell prestasjonsytelse, offentlig prioritering og statlig aktivitet. Calnan et al (1993) argumenterer for at individer som er mindre tilfreds med helsevesenet, vil ha større sannsynlighet for å kjøpe privat helseforsikring. Ofte basert på at individer skal ha et større ansvar for egen helse og behandling og et ønske om mindre statlig rolle i helsevesenet. Dette reflekterer et mer konservativt og liberalt ideologisk ståsted. I studien kommer det også fram at personer med sterk politisk og moralsk tilknytning til det nasjonale helsevesenet benyttet seg sjeldnere av private helsetjenester. Dette kan reflektere

deres tilfredshet med det nasjonale helsevesenet og tjenestetilbudet. Partier på venstresiden er typiske sterke forkjempere for offentlig helsevesen, som kan tilsi at individer som identifiserer seg med partier på venstresiden er mer tilfreds med helsevesenet (Calnan et al 1993:71). Ifølge Besley et al (1999) har individer som identifiserer seg med The Conservative Party i Storbritannia, større sannsynlighet for å kjøpe seg privat helseforsikring enn de som identifiserer seg med Labour (Besley et al 1999:168). De som kjøper privat helseforsikring anser i denne studien det nasjonale helsesystemet som å ha redusert kvalitet (Ibid.). Dette stemmer også med funnene til Taylor og Ward (2006), hvor de med mer konservativt ideologisk ståsted er mer mot statlig helsevesen har større sannsynlighet for å kjøpe seg privat helseforsikring (Taylor og Ward 2006:458). Slik at litteraturen fokuserer på politisk ståsted og partiidentifikasjon i sammenheng med støtte til helsevesenet og privat helseforsikring, og ikke i like stor grad i sammenheng med tilfredshet med helsevesenet. Derfor kan mitt fokus kunne bidra til dette.

2.9 Hypoteser

Basert på tidligere forskning og litteratur, vil jeg formulere følgende hypoteser om den avhengige variabelen og de uavhengige- og kontrollvariablene illustrert i tabell 2.

Tabell 2: Hypoteser for avhengige, uavhengige- og kontrollvariabler

| H0-H13 | Hypoteser |
|---------------|--|
| H0 | Det er ikke en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring |
| H1 | Personer med privat helseforsikring, vil ha større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet enn de uten privat helseforsikring |
| H2 | Brukere av helsetjenester, med privat helseforsikring, vil ha større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet |
| H3 | Unge og voksne mellom 16 og 40 har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet enn eldre over 40 år |
| H4 | Eldre brukere av helsetjenester har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet enn yngre |
| H5 | Kvinner har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet enn menn |
| H6 | Personer med høyere utdanning har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet |
| H7 | Personer med høyere utdanning og inntekt har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet |
| H8 | Personer med høyere inntekt har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet |
| H9 | Personer som stemmer på konservativt/liberalt parti, har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet |
| H10 | Personer med god egenvurdert helse har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet |
| H11 | Personer som bor i storby eller sentrale strøk har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet |
| H12 | Gifte eller samboere har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet |
| H13 | Personer som vurderer egen økonomisk situasjon som dårlig har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet |

3.0 Data og metode

I dette kapittelet vil jeg gjennomgå den statistiske metoden jeg bruker i oppgaven, statistiske utfordringer ved den, forutsetninger for regresjonsanalysen og testing av disse for modellene og validiteten, reliabiliteten og generaliserbarheten til oppgaven. Jeg presenterer også de avhengige variablene, uavhengige variablene og kontrollvariablene.

3.1 Metodisk tilnærming

I denne oppgaven bruker jeg et datasett basert på en spørreundersøkelse gjennomført av SINTEF på vegne av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke i 2014. Omkoding og tolkningen av datasettet og eventuelle feil, er helt og holdent mitt ansvar. Utvalget var på 7500 tilfeldig valgte nordmenn. Spørreundersøkelsen omfatter spørsmål om hvordan nordmenn oppfatter sin egenvurderte helse, kvaliteten på og tilfredsheten med helsetjenestene, privat helseforsikring, hvordan helsevesenet bør prioritere og graden av kommersielle og private aktører og tilbydere av helsetjenester versus offentlige. I tillegg ble det spurt om en rekke bakgrunnsvariabler som blant annet alder, inntekt, utdanning, stemt hva ved sist valg (2013) og foreldres fødeland. Resultatet ble publisert i en deskriptiv rapport kalt Helsebarometeret 2015 (Landsforeningen for lunge- og hjertesyrke 2015).

Spørreundersøkelsen ble, som tidligere nevnt sendt ut til et utvalg på 7500 personer, hvor 5000 mellom 18 og 75 år ble spurt og 2500 mellom 40 og 75 år ble spurt.

Overrepresentasjonen av personer over 40 år er begrunnet med å sikre stort nok utvalg av dem som bruker helsetjenestene og innenfor de ulike sykdomsgruppene. 2688 personer svarte totalt. 161 svarskjemaer kom i retur og 16 personer er ikke lenger registrert bosatt i Norge. Svarprosenten ligger på 36,7%, som ansees som bra, ettersom svarprosenten i slike undersøkelser har gått ned de siste tiårene i den vestlige verden. For å få et mer representativt utvalg er det også brukt en populasjonsvekt, slik at utvalget er representativt i forhold til befolkningen som helhet. Denne er basert på både alder og bostedsfylke for de som har svart og de som ikke har svart, med sammenligning av utvalgssammensetningen med tilgjengelig befolkningsstatistikk (Landsforeningen for lunge- og hjertesyrke 2015). Vektingen av alder vil også påvirke andelen med privat helseforsikring i utvalget i forhold til befolkningen generelt. Mitt utvalg har en høyere andel med privat helseforsikring enn i befolkningen, ettersom det er overrepresentasjon av personer over 40 år. Dette innebærer at det i mitt utvalg er flere yrkesaktive og dermed mulige personer med individuelt betalt og arbeidsgiverbetalt privat

helseforsikring enn i befolkningen som helhet. Denne overrepresentasjonen av personer i yrkesaktiv alder vil kunne være en styrke for min studie, siden det vil kunne gi en god illustrasjon av personer med privat helseforsikring sin tilfredshet med helsevesenet og en tilstrekkelig representasjon av befolkningen generelt. Den kan også illustrere forskjeller mellom de med og uten helseforsikring for personer fra 40 til 75 år, men også de yngre enn dette.

Svarprosenten fordelt på fylke er jevn med et gjennomsnitt på 35,8%, høyest i Nord-Trøndelag med 46,2%, og lavest i Finnmark med 30,1%. Med tanke på alder, kan det også foreligge en skjevhet:

”I tillegg ligger det sannsynligvis en skjevhet i hvem blant de eldre som har svart, ved at relativt friske, hjemmeboende eldre er overrepresentert på bekostning av syke, pleietrengende eldre, og spesielt eldre som har behov for omfattende omsorgstjenester. Dette er vanskelig å undersøke omfanget av eller korrigere for, men er viktig å ta i betraktning når resultatene tolkes” (Landsforeningen for lunge- og hjertesyke 2015:79).

Denne skjevheten må tas i betraktning og vurderes ved tolkning av resultater i kapittel 4.1. Men ettersom andelen i yrkesaktiv alder fram til pensjoneringsalder fra 40 til rundt 67, er overrepresentert, vil jeg likevel anse utvalget for å være tilstrekkelig for min studie. Dette gjelder også for andelen som bruker fastlegen. Samtidig påpeker Helsebarometeret (2015) at det er skjevheter man ikke får korrigert for, blant annet erfaringer med helsesystemet, helsesituasjon og sykdomshistorikk som påvirker motivasjonen og muligheten til å svare på undersøkelsen (Landsforeningen for lunge- og hjertesyke 2015:79).

Basert på datasettet vil jeg gjennomføre en multippel logistisk regresjonsanalyse med tilfredshet med helsevesenet som avhengig variabel og privat helseforsikring som hoveduavhengig variabel. I tillegg vil jeg kontrollere for bakenforliggende variabler og spuriøse sammenhenger ved å inkludere kontrollvariabler. For å omkode og behandle datasettet og gjennomføre regresjonsanalysen, bruker jeg statistikkprogrammet Stata versjon MP-15.

Ved logistisk regresjon er den avhengige variabelen dikotom, verdiene 0 og 1. Her ser man på sannsynligheten for at $Y=1$, det vil si hvor sannsynlig det er for at en person med visse egenskaper havner å være i kategori 1, for eksempel misfornøyd med helsevesenet eller for å

stemme ved valg. Og man ser på hvor mye den naturlige logaritmen til oddsen for $Y=1$ forandrer seg for hver enhets endring i X . Slik at man i regresjonen ser hvordan andelen med verdien 1 på den avhengige variabelen endrer seg med den uavhengige variabelen. Men andelen kan ikke være større enn én eller mindre enn null (Skog 2015; Ringdal og Wiborg 2018). I min undersøkelse ser jeg dermed på sannsynligheten for at en person med visse egenskaper havner i kategori 1, misfornøyd med helsevesenet.

Videre vil jeg presentere den avhengige variabelen, de hoveduavhengige variabelen og de resterende kontrollvariablene som brukes i analysen.

3.1.1 Tilfredshet med helsevesenet - den avhengige variabelen

Den overordnede avhengig variabelen i min undersøkelse er tilfredshet med helsevesenet. For å måle dette bruker jeg to avhengige variabler i hver sine bivariate og multivariate modeller, som indikatorer på det samlede målet tilfredshet med helsevesenet.

3.1.1.1 Tilfredshet med fastlegen

Den ene avhengige variabelen jeg bruker i analysen er tilfredshet med fastlegen. Denne er basert på spørsmålet ”Dersom du i løpet av de siste 12 måneder har mottatt noen av de følgende helsetjenester, kryss av for hvor fornøyd du er med tilbudet. Dersom du ikke har mottatt tjenesten, kryss av for ikke aktuelt”. Denne vil da vise brukerne av helsetjenester de siste 12 månedene, hvor ikke-brukere krysser av for ”ikke aktuelt”. Mens brukerne krysser av for hvor tilfreds de er med helsetjenestene fastlege/allmennlege, pleieomsorgs/hjemmetjeneste, poliklinisk behandling på sykehus, innleggelse på sykehus, innleggelse i psykisk helsevern, privat psykolog/psykiater og annen helsetjeneste. Disse rangeres fra 1 ”Svært misfornøyd”, 2 ”Ganske misfornøyd”, 3 ”Verken eller”, 4 ”Ganske dårlig” til 5 ”Svært fornøyd”. I analysen er disse dummykodet hvor 1, 2 og 3 er kodet til 1 ”misfornøyd” og 4 og 5 er kodet til 0 ”fornøyd”. 3 ble medregnet i kategorien ”misfornøyd” fordi svarene er skjevfordelt, hvor majoriteten er ganske eller svært fornøyd. Derfor anser jeg det som hensiktsmessig å inkludere 3 i misfornøyd-kategorien. Kategoriene fornøyd og misfornøyd er fortsatt skjevfordelte, men ettersom jeg bruker logistisk regresjon har jeg forsøkt å ta høyde for denne skjevheten. Og ettersom N er tilstrekkelig stor, vil det ikke være et stort problem i logistisk regresjon. I analysen har jeg også fjernet ”ikke aktuelt” og kalt den dummykodede variabelen ”Fastlege”.

I analysen vil jeg kun fokusere på fastlege/allmennlege, ettersom poliklinisk behandling på sykehus, pleie- omsorgs/hjemmetjeneste og innleggelse på sykehus har for lite utvalg til gi stort nok utvalg for analysen og gode og interessante resultater. Ettersom psykisk helsevern og psykolog/psykiater er mer spesialiserte helsetjenester, vil det kunne gi et skjevert bilde og disse tjenestene dekkes ikke av privat helseforsikring. Mens kategorien ”annen helsetjeneste” er mer usikkert hva innebærer, om det er tannhelse, dekkes denne ikke av forsikring, derfor vil det være bedre å utelukke denne fra analysen. Fastlege vil også kunne være en god indikator på brukernes tilfredshet med helsevesenet ettersom rundt 70% av nordmenn i alle aldersgrupper hadde en eller flere konsultasjoner hos fastlegen i 2017, med et gjennomsnitt på 2,6 konsultasjoner (SSB 12.06.2017). Tilsvarende for behandling på sykehus var 2 millioner nordmenn, det vil si rundt 38,4% av befolkningen (SSB 23.03.2018). Deskriptiv statistikk for tilfredshet med fastlege er illustrert i tabell 3.

Tabell 3: Deskriptiv statistikk over tilfredshet med fastlegen

| fastlege | N (obs) | Prosent |
|-------------------|----------------|----------------|
| Svært misfornøyd | 67 | 2,54% |
| Ganske misfornøyd | 111 | 4,21% |
| Verken eller | 190 | 7,20% |
| Ganske fornøyd | 814 | 30,85% |
| Svært fornøyd | 1005 | 38,08% |
| Ikke aktuelt | 452 | 17,13% |
| Totalt | 2639 | 100% |

3.1.1.2 Tilfredshet med kvaliteten på helsevesenet

Den andre avhengige variabelen jeg vil bruke i analysen er tilfredsheten med kvaliteten på helsevesenet. Denne er basert på spørsmålet ”Alt sett under ett, hvordan vil du vurdere kvaliteten på helsetjenester i Norge?”. Her rangerer respondentene kvaliteten fra 1 ”Veldig dårlig”, 2 ”Ganske dårlig”, 3 ”Verken eller”, til 4 ”Ganske god” og 5 ”Veldig god”. Denne viser brukeres og ikke-brukeres vurdering av kvaliteten på helsevesenet i Norge. Denne vil være hensiktsmessig bruke som avhengig variabel for å inkludere ikke-brukernes formening om helsevesenet, slik som diskutert i tidligere litteratur. Den vil også gi et mer helhetlig bilde av respondentenes formening om kvaliteten på helsevesenet i Norge og eventuelle forskjeller i vurderingen av kvalitet mellom de med privat helseforsikring og de uten helseforsikring. Denne har jeg også dummykodet hvor 1, 2 og 3 er satt til 1 ”misfornøyd” og 4 og 5 satt til 0

”fornøyd”, slik at de som er utilfredse er referansekategori. Jeg har kalt variabelen ”Kvalitet”. Denne er også skjevfordelt, men jeg anser den tilstrekkelig for logistisk regresjon. Deskriptiv statistikk for tilfredshet med kvaliteten på helsevesenet er illustrert i tabell 4.

Tabell 4: Deskriptiv statistikk over helhetlig vurdering av kvaliteten på helsevesenet

| kvalitet | N (obs) | Prosent |
|-----------------|----------------|----------------|
| Svært dårlig | 24 | 0,91% |
| Ganske dårlig | 84 | 3,19% |
| Verken eller | 340 | 12,91% |
| Ganske god | 1716 | 65,17% |
| Svært god | 469 | 17,81% |
| Totalt | 2633 | 100% |

I analysen vil jeg tolke Kvalitet som tilfredshet med helsevesenet og Fastlege som tilfredshet med fastlegen. Men begge gir til sammen en indikator på tilfredsheten med helsevesenet. Samtidig vil jeg bruke misfornøyd og misnøye som det samme som utilfreds og utilfredshet. Slik at jeg vil se på sammenhengen mellom å være misfornøyd med helsevesenet eller fastlegen og privat helseforsikring, og vil tolke resultatene i analysen deretter.

3.1.2 Uavhengig variabel – Privat helseforsikring

Den hoveduavhengige variabelen i analysen er privat helseforsikring. Denne kalles ”privathelseforsikring” i analysen. Den er basert på spørsmålet ”Privat helseforsikring gir deg rett til undersøkelse, sykehusinnleggelse og legebehandling innen kort tid. Har du en slik forsikring? (reiseforsikring, livsforsikring, uføreforsikring, ulykkesforsikring og forsikring ved kritisk sykdom skal ikke inkluderes)”. Her skal respondentene krysse av for 1 ”Ja, betaler selv”, 2 ”Ja, arbeidsgiver betaler”, 3 ”Nei” og 4 ”Vet ikke”. ”Vet ikke” fjernes, dette skaper ikke en stor endring i respondenter. I datasettet har 31 respondenter også svart 5 ”Ja både jeg og arbeidsgiver betaler”. Fordelingen av andelen med og uten privat helseforsikring er framstilt i tabell 6. Denne viser at flest respondenter ikke har privat helseforsikring, mens av respondenter med privat helseforsikring, betaler et lite flertall for forsikringen selv. Men kun 51 respondenter er forskjellen mellom andelen med arbeidsgiverbetalt og egenbetalt forsikring. Privathelseforsikring er omkodet til å vise en generell måling av de som har og de som ikke har privat helseforsikring. Denne er dummykodet, hvor 0 er de som svarer ”nei” og

1 er de som svarer ”ja”, slik at referansen blir for de som har privat helseforsikring, både individuell og arbeidsgiverbetalt, eller begge.

3.1.2.1 Individuelt betalt helseforsikring og arbeidsgiverbetalt helseforsikring

Variabelen privathelseforsikring vil kunne gi en god indikator på personer med og uten helseforsikring som helhetlig mål. For å teste forskjellen i å ha arbeidsgiverbetalt og individuelt betalt helseforsikring, vil jeg også bruke to andre hoveduavhengige variabler. Disse er EgenPHF2 for individuelt betalt helseforsikring og arbeidsgiverbetalt for arbeidsgiverbetalt helseforsikring. EgenPHF2 er dummykodet hvor 1 er ”ja betaler selv” og 0 er ”nei”. En mulighet her hadde vært å inkludert ”ja arbeidsgiver betaler” og ”ja begge” i 0 sammen med ”nei”, men jeg har testet modeller med begge disse variantene. Den med 1 ”ja betaler selv” som referanse, og ”nei” som 0 ga best modell for å vise sammenhengen og viser forskjellen mellom de med individuelt betalt helseforsikring og de uten mest hensiktsmessig. Det samme gjelder for arbeidsgiverbetalt. Denne er også dummykodet hvor 0 er ”nei” og 1 er ”ja arbeidsgiver betaler”, og fungerer som referansekategori. Dette alternativet ga best modell i testingen av de to alternative kodingene. Det viser og gjør også tolkningen av forskjellen mellom de med individuelt betalt helseforsikring eller arbeidsgiverbetalt helseforsikring, og de som ikke har det i sammenheng med tilfredshet med helsevesenet på den mest hensiktsmessig måten og enkleste mulig. Deskriptiv statistikk for disse er illustrert i tabell 5. De testede modellene hvor 0 = nei, ja begge eller arbeidsgiver betaler eller jeg betaler selv er inkludert i appendiks kalt modell 9 og 10.

Tabell 5: Deskriptiv statistikk for andelen med og uten privat helseforsikring

| Privathelseforsikring | N (obs) | Prosent |
|---|----------------|----------------|
| Ja, arbeidsgiverbetalt | 313 | 12,63% |
| Ja, betaler selv | 364 | 14,69% |
| Ja, både arbeidsgiver og individuelt betalt | 31 | 1,25% |
| Totalt med privat helseforsikring | 708 | 28,57% |
| Nei, har ikke forsikring | 1770 | 71,43% |
| Totalt i alt | 2478 | 100% |

3.1.3 Kontrollvariabler

Med tanke på andre kontrollvariabler vil jeg inkludere flere sosioøkonomiske og demografiske variabler. Disse er basert på tidligere forskning på sosioøkonomiske og demografiske forhold som påvirker personer tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring i kapittel 2.8. Kontrollvariablene som inkluderer alternativ som ”vet ikke” og ”neker å svare” er fjernet. Disse utgjør ikke store endringer på antall respondenter. I tabell 6 er det en deskriptiv statistikk av alle variablene inkludert i modell 1 til 8 med antall observasjoner (N), gjennomsnittsverdi (mean), standardavvik, minimumsverdi (min) og maksimumsverdi (max). Forklaring av kontrollvariablene og koding av disse er beskrevet nedenfor.

3.1.3.1 Bosted

For bosted bruker jeg variabelen ”fylker” som går fra 1 Oslo/Akershus til 18 ”Finnmark”. Alle tall representerer et fylke, mens Oslo og Akershus er slått sammen til en, ettersom flest bor i disse fylkene til sammen og da vil fungere som referansekategori. I tillegg bruker jeg variabelen ”boDummy” som beskriver bosituasjonen til respondentene, basert på spørsmålet ”Hvem bor du sammen med?”. Denne går fra 1 til 6, hvor 1 er ”foreldre”, 2 ”jeg bor alene”, 3 ”ektefelle/samboer”, 4 ”ektefelle/samboer og barn”, 5 ”alene, sammen med barn” og 6 ”annet”. Denne har jeg dummykodet hvor 1, 2, 5 og 6 er kodet til 0 og 3 og 4 er kodet til 1. Dette er for å bruke ektefelle/samboer som referanse og få med sivilstatus og bosituasjon mer tydelig, ut fra tidligere forskning.

3.1.3.2 Inntekt og økonomisk situasjon

Variabelen ”Inntekt” er kontinuerlig og representerer husholdningsinntekt. Denne har jeg interpolert fra kategorier til midtverdier for husholdningsinntekt. Den er målt i tusen og går fra 1 ”50” til 7 ”2000”. Hvor 1 representerer kategorien under 100 000 og 7 er over 2 millioner. I tillegg bruker jeg variabelen ”økosituasjon” som er basert på spørsmålet ”Hvordan vurderer du din egen økonomiske situasjon?”. Den beskriver respondentenes egen vurdering av sin økonomiske situasjon. Og går fra 1 ”Meget dårlig”, 2 ”Dårlig”, 3 ”Tilfredsstillende”, 4 ”God” og 5 ”Meget god”. Denne har jeg dummykodet hvor 1, 2 og 3 er kodet 1 ”dårlig økonomi” og 4 og 5 er kodet 0 ”god økonomi”. Denne er dummykodet for å få frem forskjellene mellom god og dårligere økonomi tydeligere.

3.1.3.3 Utdanning

Det er også inkludert en variabel for utdanning. Den er kategorisk og viser høyeste utdanning, fra 1 "ikke fullført grunnskole", 2 "Grunnskole inntil 9 år", 3 "Videregående skole", 4 "Høyskole/bachelor" til 5 "Universitet/master". Denne har jeg dummykodet og kalt "utdanningDummy", hvor 4 og 5 blir satt til 0 "høyere utdanning" og 1,2 og 3 blir satt til 1 "videregående eller lavere" og er referansekategori.

3.1.3.4 Alder

Videre kontrollerer jeg for alder som går fra 16 til 75 år. Denne var opprinnelig kodet med årstall, denne kodet jeg om til alder i tall, fra 1939 til 2014. Dette gjør måling av alderseffekten i modellen lettere. Jeg har også for modell 4 og 8 dummykodet alder i to ettersom dette ga best modell. Her er 16-50 er satt til 0 "yngre", og 51-75 er satt til 1 "eldre" og er referanse. Denne har jeg kalt "alder2del".

3.1.3.5 Kjønn

Kjønn inkluderes også, her koder jeg om fra mann som referansekategori til kvinne som referansekategori, hvor kvinne er 1 og mann er 0.

3.1.3.6 Ideologi

Stemmegivning og ideologisk ståsted er også inkludert gjennom variabelen kalt "ideologi", som representerer hva respondentene stemte ved forrige valg. I dette datasettet innebærer det stortingsvalget i 2013. Denne går fra 1 "Stemte ikke" til 10 "Ønsker ikke å svare". 2 til 9 er partier og går fra 2 "Arbeiderpartiet" til 9 "Andre". For min variabel "ideologi" har jeg fjernet 1 og 10, og gjort Arbeiderpartiet til 1 og Andre til 10. I modellene bruker jeg Arbeiderpartiet som referanse, ettersom dette er det partiet flest har stemt på i utvalget. "Andre" vil innebære andre partier enn de større etablerte stortingspartiene per 2013. Eksempler på disse andre partiene kan være Miljøpartiet De Grønne (MDG), Rødt, De Kristne, Pensjonistpartiet og Kystpartiet. Det kan spesielt være MDG ettersom de fikk et stortingsmandat i 2013-valget (NRK 2013).

3.1.3.7 Egenvurdert helse

En kontrollvariabel for egenvurdert helse er inkludert, denne er basert på spørsmålet "Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet. Vil du si at den er". Den går fra 1 "meget dårlig" til 5 "meget god". Denne har jeg valgt å dummykode for å få frem forskjellene mellom de som vurderer egen helse som god eller dårlig bedre. Den har jeg kalt

”egenvurderthelse” og 1, 2 og 3 er kodet til 1 ”dårlig helse” og fungerer som referanse, og 4 og 5 er kodet 0 ”god helse”.

3.1.3.8 Livssituasjon

Ettersom å være i arbeid eller arbeidsledig påvirker tilfredsheten og kjøp av privat helseforsikring, testet jeg også variabler for respondentenes nåværende livssituasjon. Disse er dummyvariabler, hvor respondentene svarer ”ja” eller ”nei” for om de er i den nåværende livssituasjonen. Disse kategoriene inkluderer respondenter i inntektsgivende arbeid (inkludert svangerskaps/fødselspermisjon), respondenter uten fast arbeid, arbeidsledig, respondenter som er elev/student/lærling, respondenter som er alderspensjonist/AFP, respondenter som mottar annen trygd/pensjon, hjemmeværende respondenter, respondenter i førstegangstjeneste, og kategorien annet.

Tabell 6: Deskriptiv statistikk av variablene i modell 1-8

| Variabler | N (obs) | Mean | Std.avvik | Min | Max |
|-----------------------|----------------|-------------|------------------|------------|------------|
| Kvalitet | 2633 | 0,170 | 0,375 | 0 | 1 |
| Fastlege | 2187 | 0,168 | 0,374 | 0 | 1 |
| privathelseforsikring | 2478 | 0,285 | 0,451 | 0 | 1 |
| arbeidsgiverbetalt | 2083 | 0,150 | 0,357 | 0 | 1 |
| EgenPHF2 | 2134 | 0,170 | 0,376 | 0 | 1 |
| fylker | 2688 | 7,623 | 5,409 | 1 | 18 |
| alder | 2688 | 52,84 | 13,96 | 16 | 75 |
| alder2delt | 2688 | 0,594 | 0,491 | 0 | 1 |
| kjønn | 2552 | 0,540 | 0,498 | 0 | 1 |
| utdanningDummy | 2588 | 0,516 | 0,499 | 0 | 1 |
| Inntekt | 2488 | 3,782 | 1,078 | 1 | 7 |
| ideologi | 2111 | 2,772 | 2,031 | 1 | 8 |
| økosituasjon | 2648 | 0,412 | 0,492 | 0 | 1 |
| egenvurderthelse | 2523 | 0,228 | 0,419 | 0 | 1 |
| boDummy | 2614 | 0,245 | 0,430 | 0 | 1 |
| arbeid | 2689 | 0,653 | 0,475 | 0 | 1 |

3.2 Statistiske utfordringer

I dette kapitlet vil jeg se på regresjonsforutsetningene for multippel logistisk regresjonsanalyse, teste disse for mine modeller, gjøre rede for validitets- og reliabilitetsutfordringene og andre statistiske og metodiske utfordringer med min analyse og modeller.

3.2.1 Valg av forskningsdesign og metode

I undersøkelsen bruker jeg, som tidligere nevnt, logistisk regresjonsanalyse ettersom jeg anser det mest hensiktsmessig for min problemstilling, forskningsspørsmål og data. Mine avhengige variabler er nokså skjevfordelt fordi respondentene er ganske eller veldig fornøyd eller tilfreds med kvaliteten på helsevesenet og fastlegen. Derfor vil logistisk regresjon være det mest hensiktsmessige og egnede valget av statistisk metode. I tillegg vil det gi best mulig regresjonsanalyse og pålitelige data og resultater. For alle modellene 1-8 har jeg også testet med lineær regresjon. Her testet jeg også modeller med og uten kvalitet og fastlege som uavhengige variabler. Dette ga liknende resultater som ved logistisk, men ettersom utvalget for de ulike variablene er nokså skjevfordelt, fant jeg det mer hensiktsmessig og egnet å bruke logistisk regresjon.

Flere av kontrollvariablene har også noe skjevfordelt svarfordeling. Respondentene i utvalget er jevnt over ganske eller svært fornøyd eller vurderer egen situasjon som ganske eller veldig god. Av den grunn har jeg dummykodet flere av kontrollvariablene for å ta høyde for skjevheten. I tillegg gir utvalget en tilstrekkelig stor N, slik at skjevfordelingen blir et mindre problem i min analyse. Slik at ved å bruke logistisk regresjon og dummykode flere av kontrollvariabler har jeg forsøkt å tatt høyde for skjevfordelingen.

Samtidig er valget av regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring være i henhold til tidligere forskning. Min problemstilling vil også kunne belyse et annet perspektiv enn tidligere forskning og muligens bidra til å utdype og avkrefte eller bekrefte tidligere forskning innenfor teamet. Min problemstilling har vært lite tematisert innen norsk sammenheng og inkluderer andre indikatorer og flere kontrollvariabler i samme analyse enn tidligere relevant internasjonal litteratur. Regresjonsanalysen vil kunne gi pålitelige og valide data ettersom N er tilstrekkelig stor.

3.2.2 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

I dette delkapittelet diskuteres validiteten, reliabiliteten og generaliserbarheten til dataene og funnene i undersøkelsen som helhet. Reliabilitet, også kalt pålitelighet, går ut på om gjentatte målinger med samme måleinstrument og måte vil gi samme resultat. Validitet, også kalt gyldighet, går ut på om man faktisk måler det man er ønsket og er ute etter å måle (Skog 2015; Tjønndal 2018). Mens generaliserbarhet eller overførbarhet, går ut på om man kan trekke slutninger fra utvalget man ser på til den generelle populasjonen (Ringdal 2014).

Med tanke på utvalget, er som nevnt, antall respondenter som svarte på 2688. Mens i modell 1 og 2, 3 og 4, 5 og 6 og 7 og 8 er utvalget på 1643, 1387, 1476 og 1401 respondenter, en reduksjon fra det opprinnelige utvalget. Denne betydelige reduksjon i antall respondenter er forståelig ettersom dette baserer seg på hvem som har privat helseforsikring, som er betydelig færre enn de som svarte på spørreundersøkelsen. Dette kan også reflektere tilstanden i befolkningen, hvor rundt 450 000 av 5,1 millioner nordmenn i 2014 hadde privat helseforsikring (SSB 01.05.2018), som igjen kan vise representativiteten til utvalget. Likevel er det en litt større andel i utvalget som har individuell privat helseforsikring enn arbeidsgiverbetalt, dette reflekterer ikke tilstanden i befolkningen, hvor majoriteten har arbeidsgiverbetalt helseforsikring. I tillegg har 31 respondenter svart at de har både arbeidsgiverbetalt og individuell privat helseforsikring. Dette er ikke egentlig et alternativ i undersøkelsen sendt ut til respondentene, men 31 stykker har altså krysset av for begge. Dette kan være grunnet misforståelse av spørsmålene og svarkategoriene eller usikkerhet angående hvilken type helseforsikring de faktisk har. Til tross for dette, vil jeg anse utvalget (N) som tilstrekkelig og representativ, ettersom det i samlet form kan reflektere tilstanden i befolkningen. Og reduksjonen i antall respondenter er berettiget av denne undersøkelsens hovedfokus på sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet som helhet og privat helseforsikring.

Det kan også oppstå problemer med overførbarhet og generalisering ut fra eventuelle funn fra utvalget til den generelle populasjonen, ettersom jeg har en tverrsnittsdata og ikke gjennomfører en tidsserie. Likevel vil tverrsnittsdataene og resultatene fra regresjonsanalysen kunne gi en indikator på sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring og andre sosioøkonomiske bakgrunnsvariabler. I tillegg tester jeg sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet, en privat helseforsikring samlet, individuelt kjøpt helseforsikring og arbeidsgiverbetalt helseforsikring i separate bivariate og

multivariate modeller. Dette vil kunne styrke min undersøkelse av sammenhengen og gi tilstrekkelig tolkbare resultater. Svarprosenten er også en utfordring, men gir en et tilstrekkelig utvalg som det skal gå an å trekke slutninger fra.

Datasettet er samlet inn av SINTEF, en pålitelig og seriøs aktør, på vegne av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, også en seriøs og pålitelig aktør. I rapporten Helsebarometeret beskrives det også hvordan dataene er samlet inn, som nevnt i delkapittel 3.1, dette gjør at jeg vil anse reliabiliteten til datasettet og utvalget som representativt. I tillegg baserer jeg meg på en rekke tilgjengelig tidligere forskning publisert i anerkjente og fagfellevurdert vitenskapelige tidsskrifter og rapporter, offisiell statistikk fra SSB og andre pålitelige kilder og litteratur. Dette vil jeg anse at kan gi oppgaven reliable data og litteratur.

Med tanke på validiteten så ønsker jeg å måle sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. For å måle tilfredshet bruker jeg to avhengige variabler i til sammen åtte modeller. Den ene måler tilfredsheten med kvaliteten på helsevesenet som helhet, hvor både brukere og ikke-brukere av helsetjenester er inkludert. Mens den andre avhengige variabelen ser på brukernes tilfredshet med helsetjenester, da spesifikt fastlege som representativ for helsetjenestene brukerne har brukt de siste 12 månedene. Fastlege har et tilstrekkelig utvalg av respondenter, mens de seks andre helsetjenestene gir for lite utvalg. Disse to avhengige variablene vil jeg si er gode indikatorer som til sammen måler tilfredshet med helsevesenet og samsvarer med tidligere forskning og litteratur med tilfredshet, samtidig som de tilfører et nytt element med både måling av ikke-brukere og brukere samlet og brukere alene. Derfor vil jeg også si validiteten til de avhengige variablene er tilfredsstillende, dette også på bakgrunn av reliabiliteten diskutert overfor.

Med tanke på uavhengig variabel for å måle privat helseforsikring, vil sammenslåingen av de tre ulike kategoriene for å ha privat helseforsikring til én, og den andre for de som ikke har privat helseforsikring, kunne gi en god indikator på forskjellen mellom de med og de uten privat helseforsikring. Dette gir et mer helhetlige bilde. Likevel vil det at 31 respondenter krysset av for både individuell og arbeidsgiverbetalt helseforsikring, selv om det også er understreket at livsforsikring, ulykkesforsikring, reiseforsikring, uføreforsikring og forsikring ved kritisk sykdom ikke er inkludert, kunne utfordre validiteten. Ettersom det kan tyde på at respondenter ikke er innforstått med begrepet privat helseforsikring, som kan illustrere tilstanden i befolkningen. Samtidig har jeg også undersøkt forskjellen mellom de med

arbeidsgiverbetalt og individuelt betalt helseforsikring i sammenheng med tilfredshet i separate modeller hvor disse er den hoveduavhengige variabelen. Disse målemåtene av privat helseforsikring, vil jeg si kan gi undersøkelsen av sammenhengen tilfredsstillende validitet.

De resterende uavhengige kontrollvariablene som alder, kjønn, inntekt, fylker, ideologi, egenvurderthelse, livssituasjon, økonomisk situasjon, boforhold, med mer, og de resterende omkodingene av disse, er samsvarende med tidligere forskning og litteratur. Det gjelder også for testing av kurvelineær sammenheng eller høyere ordens ledd og samspill. Dette vil jeg anse som å gjøre validiteten til disse variablene tilfredsstillende.

Likevel vil det være ulikt hva respondentene legger i begrepene tilfredshet, kvalitet, helsetjenester, privat helseforsikring, med mer. Dette vil også påvirkes av respondentenes erfaring med helsevesenet, helsetjenester, helsetilstand og sosioøkonomisk bakgrunn. Imidlertid vil to indikatorer på tilfredshet med helsevesenet som inkluderer både brukere og ikke-brukere, og tre hoveduavhengige målinger av privat helseforsikring, kunne sikre tilfredsstillende validitet til undersøkelsen og bruk av kontrollvariablene.

3.2.3 Forutsetninger for logistisk regresjonsanalyse

I logistisk regresjonsanalyse foreligger det forutsetninger som må være oppfylt for at regresjonen skal bli korrekt spesifisert og regresjonstypen egnet for analyse (Ringdal og Wiborg 2018:126). I appendiks har jeg beskrevet de tre viktigste forutsetningene for logistisk regresjon, samt multikolinearitet og diskriminering. Jeg har også forklart hvordan disse forutsetningene kan testes statistisk og testet forutsetningene for mine modeller.

4.0 Analyse

I dette kapittelet vil jeg gjennomgå resultatene fra regresjonsanalysene, presentere disse i modeller, diskutere resultatene og funn fra disse opp mot tidligere forskning og litteratur, og diskutere mulige implikasjoner av funnene.

4.1 Resultater

I denne delen vil jeg presentere resultatene av sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet, representert ved variabelen "Kvalitet" og privat helseforsikring, i bivariate modeller og utvidede multiple modeller. Videre resultatene av brukernes tilfredshet med helsevesenet representert ved "Fastlege" og privat helseforsikring. I tillegg vil jeg se på sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og individuelt betalt helseforsikring og arbeidsgiverbetalt helseforsikring. Det vil totalt være åtte modeller i analysen. Pluss to i appendiks. Variablenes statistiske signifikans blir basert på 0,01, 0,05 og 0,1-nivået for alle modeller. De er også basert på signifikans innenfor et 95% konfidensintervall, 95% CI. Variablene må både være signifikant innenfor signifikansnivåene og innenfor det 95% konfidensintervallet for å ansees som statistisk signifikante.

Det finnes tre måter å tolke logistiske regresjonskoeffisienter: logits representert ved b-coef., odds og sannsynlighet. For å regne ut oddsen for variabelen bruker jeg formelen $(OR-1)*100$ (Skog 202015: 365-366). Med tanke på omregning til sannsynlighet, bruker jeg kommandoen "margins" i Stata. Denne estimerer stigningstallet for hver enkelt kontroll- og uavhengig variabel, med en gitt verdi til de utvalgte variablene man ønsker å se på og de resterende variablene satt til gjennomsnittsverdien. Dette gir dermed sannsynlighetsprediksjoner for variablene (Mehmetoglu og Jakobsen 2017).

Videre vil jeg gi en analyse hva disse tolkningsmåtene viser og gir for modell 1-8. Utvalget for modellene (N) er justert slik at det blir likt for modell 1 og 2, for 3 og 4, for 5 og 6 og for 7 og for 8, slik at gjennomføring av tester blir på likt grunnlag og mest korrekt. Modellene vil være beskrevet som sammenhengen mellom utilfredshet og misnøye med helsevesenet og fastlegen og privat helseforsikring, ettersom misfornøyd er referansekategori for Kvalitet og Fastlege.

4.1.1 Modell 1 og 2 utilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring

Modell 1: Bivariat sammenheng mellom utilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring

| Kvalitet | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
|-------------------------------------|---------|----------|---------------|
| Privathelseforsikring (0=nei, 1=ja) | 0,400* | 1,492* | [1,115-1,996] |
| | (0,148) | (0,221) | |
| Konstantledd | -1,909* | 0,148* | [0,124-0,175] |
| | (0,086) | (0,012) | |
| (N=) | 1642 | | |
| McFaddens Pseudo R ² | 0,0052 | | |

Standardfeil i parentes

p<0,01, ** p<0,05, *** p<0,1

95% CI = 95% konfidensintervall

I modell 1 ser vi resultatet av en bivariat regresjonsanalyse mellom utilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Her er N=1642 respondenter. McFaddens Pseudo R² er 0,0052, som vil si at modellen forklarer 0,52% av variansen til Kvalitet, og modellen har litt forbedring i forhold til en tom modell. McFaddens Pseudo R² er et svakt mål på modellens forklaringskraft og måling av varians i forhold til R^{2(justert)} i lineær regresjonsanalyse. En bedre mål på modellens forklaringskraft av datasettet for logistisk regresjon er som nevnt, log-likelihood (LL)-testen (Skog 2015; Mehmetoglu og Jakobsen 2017; Tjønndal 2018). Denne testen har jeg testet for modellene i appendiks, hvor jeg sammenliknet modell 1 og 2, 3 og 4, 5 og 6 og 7 og 8. Se tolkning av modell 2, 4, 6 og 8 for mer. En gjennomsnittlig person i modell 1 har 14,2%, % sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet.

Privathelseforsikring er positiv og statistisk signifikant på 0,01-nivået og innenfor 95% CI, som tyder på at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom utilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Dette tyder også at det er større statistisk sannsynlighet for at de som har privat helseforsikring er misfornøyd eller utilfreds med helsevesenet, og havner i kategori 1, misfornøyd med helsevesenet. Oddsen for privathelseforsikring er 49,2%, som vil si at oddsen for misfornøyd med helsevesenet, øker med 49,2% for personer med privat helseforsikring i forhold til de uten. En gjennomsnittsperson med privat helseforsikring har 18,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet i modell 1.

Modell 2: Multivariat sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet, privat helseforsikring og kontrollvariabler

| Variabler | Kvalitet | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------|
| | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
| privathelseforsikring (0=nei, 1=ja) | 0,302*** (0,163) | 1,353*** (0,221) | [0,982-1,865] |
| alder (16-75 år) | 0,068*** (0,040) | 1,070* (0,043) | [0,987-1,159] |
| Inntekt (50-2000 i tusen) | 0,124 (0,085) | 1,132 (0,096) | [0,957-1,339] |
| kjønn (1=kvinne, 0=mann) | -0,223 (0,155) | 0,799 (0,124) | [0,589-1,085] |
| ideologi (Ap er referanse) | | | |
| Høyre | 0,908* (0,205) | 2,480* (0,508) | [1,659-3,707] |
| Frp | 0,995* (0,245) | 2,705* (0,663) | [1,672-4,374] |
| KrF | -0,926 (0,618) | 0,395 (0,244) | [0,117-1,330] |
| Senterpartiet | 0,558 (0,413) | 1,747 (0,722) | [0,777-3,930] |
| Venstre | 0,247 (0,395) | 1,281 (0,507) | [0,589-2,783] |
| SV | 0,604 (0,410) | 1,830 (0,751) | [0,819-4,091] |
| Andre | 1,185* (0,329) | 3,272* (1,079) | [1,714-6,245] |
| utdanningDummy (Videregående eller lavere utdanning som referanse) | 0,165 (0,169) | 1,157 (0,194) | [0,847-1,643] |
| fylker (Oslo/Akershus som referanse) | | | |
| Østfold | 0,628** (0,309) | 1,874** (0,579) | [1,022-3,435] |
| Hedmark | -0,637 (0,564) | 0,528 (0,298) | [0,175-1,597] |
| Oppland | 0,281 (0,415) | 1,325 (0,550) | [0,587-2,989] |
| Buskerud | 0,24 (0,375) | 1,271 (0,477) | [0,609-2,654] |
| Vestfold | 0,596*** (0,343) | 1,815*** (0,623) | [0,925-3,559] |
| Telemark | -0,491 (0,558) | 0,611 (0,341) | [0,204-1,825] |
| Aust-Agder | -1,148 (0,772) | 0,317 (0,244) | [0,698-1,440] |
| Vest-Agder | -0,144 | 0,865 | [0,280-2,670] |

| Variabler (forts.) | Kvalitet | | |
|--|-----------------------|----------------------|---------------|
| | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
| Rogaland | 0,084 (0,574) | 1,088 (0,497) | [0,611-1,937] |
| Hordaland | 0,062 (0,296) | 1,064 (0,320) | [0,594-1,904] |
| Sogn og Fjordane | 0,108 (0,595) | 1,114 (0,663) | [0,347-3,580] |
| Møre og Romsdal | 0,844* (0,335) | 2,326 * (0,780) | [1,205-4,490] |
| Sør-Trøndelag | 0,247 (0,328) | 1,28 (0,421) | [0,671-2,439] |
| Nord-Trøndelag | 0,219 (0,447) | 1,245 (0,557) | [0,517-2,995] |
| Nordland | 0,053 (0,365) | 0,948 (0,346) | [0,463-1,941] |
| Troms | 0,139 (0,414) | 1,149 (0,476) | [0,510-2,592] |
| Finnmark | 0,476 (0,704) | 1,610 (1,134) | [0,404-6,404] |
| økosituasjon (0=god økonomi, 1=dårlig økonomi) | 0,565* (0,174) | 1,759* (0,306) | [1,249-2,475] |
| egenvurderthelse (1=dårlig helse, 0=god helse) | 1,129* (0,172) | 3,092* (0,534) | [2,203-4,339] |
| alder2 | -0,0009** (0,0004) | 0,999** (0,0004) | [0,998-0,999] |
| Konstantledd | -4,358* (0,100) | 0,012* (0,012) | [0,001-0,090] |
| (N=) | 1642 | | |
| McFaddens Pseudo R ² | 0,1276 | | |
| Hosmer-Lemenshows test | 10,85 | df=8 p=0,2106 | |
| Log-likelihood test | -589,744 | 165,4 df= 31 p<0,001 | |

Standardfeil i parentes

p<0,01, ** p<0,05, *** p<0,1

95% CI = 95% konfidensintervall

For modell 2 er N = 1642 respondenter og variablene er innenfor 95% konfidensintervallet, men ikke alle innenfor 0,01, 0,05 eller 0,1-nivået. McFaddens Pseudo R² viser at modellen forklarer 12,76% av variansen til Kvalitet, en forbedring på 12,24%. Slik at modell 2 er en forbedring fra modell 1.1. Likevel vil jeg heller benytte meg av Hosmer-Lemenshows-testen. Denne er ikke-signifikant, som vil si at modellen er logistisk, det er ikke tydelige signifikante ulikheter mellom gruppene i modellen og modellen passer til datamaterialet. Dette viser en

forbedring av modellen fra modell 1 til modell 2. LR-testen i appendiks viser at modell 2 har en økt forklaringskraft av datasettet fra modell 1 til modell 2 og dermed er en signifikant forbedring. En gjennomsnittlig person i modell 2 vil ha 10,6% sannsynlighet for å være i gruppe 1, misfornøyd med helsevesenet.

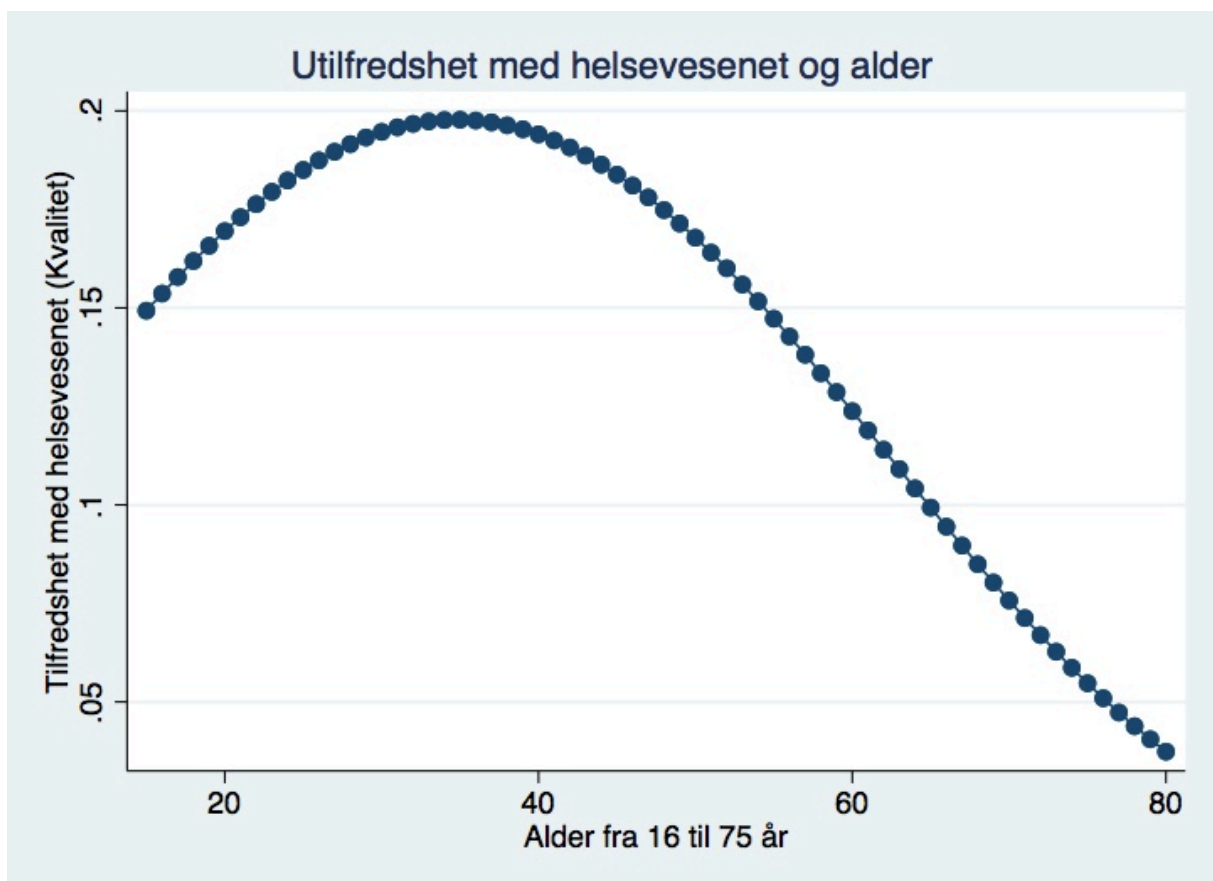
Variabel privathelseforsikring er positiv og statistisk signifikant på 0,1-nivået, men nærmer seg 0,05-nivået. Det antyder at personer med privat helseforsikring har større statistisk sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn de uten. Oddsene er 35,3, som vil si at oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet øker med 37,2% for personer med privat helseforsikring i forhold til de uten helseforsikring. For å teste sannsynligheten for at en person med privat helseforsikring er misfornøyd med helsevesenet, ser jeg på en person som har privat helseforsikring med alle de andre variablene satt til gjennomsnitt. Da har en person med privat helseforsikring 14,9% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. En gjennomsnittlig mann med privat helseforsikring har 16,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet, mens en gjennomsnittlig kvinne med privat helseforsikring har 13,6% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet.

Kjønn er negativ og heller ikke-signifikant, som antyder at det ikke er en sammenheng mellom å være kvinne og misfornøyd med helsevesenet. Men jeg vil likevel predikere sannsynlighet for kjønn ettersom de gir et illustrativt bilde av utilfredshet med helsevesenet. En gjennomsnittlig mann har 13,7% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Mens en gjennomsnittlig kvinne har 11,2% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. En mann med privat helseforsikring, som stemmer Høyre, har videregående eller lavere utdanning, gjennomsnittlig alder, bor i Oslo/Akershus, vurderer egen økonomisk situasjon og helsetilstand som dårlig, har 47,3% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Tilsvarende for en kvinne er 41,8%. Dette vil jeg kun predikere i modell 2 for å illustrere sammenhengen.

Alder er positiv og signifikant, som betyr at ved hver år eldre, jo mer sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Oddsene er 7 som vil si at oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet øker med 7% per år eldre man blir. Alder² er negativ og signifikant. Dette tyder på at det er en kurvelineær sammenheng for alder. Slik at kurven først vokser oppover til et visst punkt, for så å slakke ut og gå nedover. Slik at de yngre har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn de eldre. Oddsene til alder² er -0,1, slik at oddsene for å

være misfornøyd med helsevesenet reduseres med 0,1% fra rundt alder 41, se illustrasjon av dette i figur 4. En 18-åring med alle andre verdier satt til gjennomsnitt, har 12,9% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. En 30-åring har 16,% sannsynlighet, en 40-åring har 15,9% sannsynlighet, en 50-åring 13,4% sannsynlighet, en 60-åring 9,4% og en 70-åring 5,4% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Dette antyder at yngre er mindre tilfreds med helsevesenet enn eldre og at man blir mindre sannsynlig for å være misfornøyd med helsevesenet jo eldre man blir. Ved ca. 45 snur kurven, hvor en person som er 44 år har 15,2% sannsynlighet for å være misfornøyd, mens en som er 45 år har 14,98% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Slik at også her ser vi at det tyder på å være en kurvelineær sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og alder.

Figur 3: Grafisk fremstilling av utilfredshet med helsevesenet og alder for modell 2



Inntekt er positiv og men ikke statistisk signifikant. Det tyder på at det ikke er en tydelig sammenheng mellom inntekt og utilfredshet med helsevesenet. Jeg vil heller ikke estimere sannsynlighet for Inntekt. Variabelen utdanningDummy er positiv men ikke-signifikant. Det tyder på at det ikke er en klar sammenheng mellom misnøye med helsevesenet og personer med videregående eller lavere utdanning i forhold til de med høyere utdanning. Jeg estimerer derfor heller ikke sannsynlighet for utdanningDummy for modell 2.

I sammenheng med ideologi er Arbeiderpartiet (Ap) referanse og det er kun Høyre, Frp og Andre partier som er signifikante. Høyre er positiv, som tyder på at personer som stemmer Høyre har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet i forhold til personer som stemmer Arbeiderpartiet. Oddsene for personer som stemmer Høyre er 148, dette betyr at oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet øker med 148% for personer som stemmer Høyre i forhold til personer som stemmer Arbeiderpartiet. Frp er også positiv, dette betyr at personer som stemmer Frp har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet i forhold til personer som stemmer Arbeiderpartiet. Oddsene for Frp-velgere er på 170,5, som tyder på at ved å stemme Frp øker oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet med 170,5% i forhold til å stemme Arbeiderpartiet. Mens Andre partier også er positive. Det antyder at personer som stemmer Andre partier har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som stemmer Arbeiderpartiet. Tilsvarende er oddsene 227,2 som vil si at for personer som stemmer andre partier enn de 7 stortingspartiene, øker oddsene for å være utilfreds med helsevesenet med 227,2%. Jeg estimerer sannsynlighet kun for partiene som er signifikante. En person som stemmer Høyre har 18,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Tilsvarende for en Frp-velger er 19,4% og for en person som stemmer Andre partier er 22,6% sannsynlighet. For en person med privat helseforsikring og stemmer Høyre er sannsynligheten 21,6%, for en som stemmer Frp 23,1% og en som stemmer Andre partier 26,6% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet.

Med tanke på fylker er det kun tre som er statistisk signifikante. Disse er Østfold, Vestfold og Møre og Romsdal, alle positive. Dette tyder på at personer som bor i Østfold, Vestfold eller Møre og Romsdal, har større sannsynlighet for å være utilfreds med helsevesenet enn personer fra Oslo/Akershus. Oddsene for Østfold er 87,4 som tyder på at ved å bo i Østfold øker oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet med 87,4%. Vestfold har en odds på 81,5, som tyder på at ved å bo i Vestfold øker oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet med 81,5%. Tilsvarende for Møre og Romsdals er oddsene 132,6, som også

antyder at ved å bo i Møre og Romsdal øker oddsen for å være misfornøyd med helsevesenet med 132,6%. Med tanke på sannsynlighet og fylker vil jeg se på de som er signifikante. Sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet når alt annet er satt til gjennomsnitt for personer bosatt i Østfold er 19,2%. For personer fra Vestfold har de 18,7% sannsynlighet, mens personer bosatt i Møre og Romsdal har 22,8% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet.

Økosituasjon er positiv og signifikant. Det tyder på at personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig, har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som god. Oddsen er på 75,9 som antyder at ved å vurdere sin egen økonomiske situasjon som dårlig, har 75,9% større oddsen for å være misfornøyd med helsevesenet i forhold til de som vurderer sin økonomiske situasjon som god. Personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig har 14,6% for å være misfornøyd med helsevesenet.

Egenvurderthelse er også signifikant og positiv. Slik at personer som vurderer sin egen helsetilstand som dårlig har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som vurderer sin helsetilstand som god. Oddsen for egenvurderthelse er 209,2, dette indikerer at personer som vurderer sin egen helsetilstand som dårlig har 209,2% høyere odds for å være misfornøyd med helsevesenet enn de som vurderer helsen som god. Mens personer som vurderer sin egen helsetilstand som dårlig, har 25,6% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Tilsvarende for personer som vurderer egen helse som god er 8,6%.

For modell 2 har jeg også testet flere andre mulige sammenhenger og kontrollvariabler før jeg kom fram til den endelige modellen. Jeg har kontrollert for livssituasjon for å være i arbeid, være arbeidsledig, pensjonist, trygdet, hjemmeværende, i førstegangstjeneste eller annen livssituasjon. Ingen av disse variablene ga utslag. Jeg testet samspillsledd mellom utdanning og inntekt og mellom privathelseforsikring og Inntekt. Disse ga ikke interessante sammenhenger og ble ikke-signifikante. Jeg testet også for andre og høyere ordens ledd for alder og Inntekt, disse ble ikke-signifikante og viste ikke interessante sammenhenger.

4.1.2 Modell 3 og 4 tilfredshet med fastlegen og privathelseforsikring

Modell 3: Bivariat sammenhengen mellom tilfredshet med fastlegen og privat helseforsikring

| Fastlege | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
|------------------------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| privathelseforsikring(0=nei, 1=ja) | 0,155 (0,160) | 1,168 (0,187) | [0,852-1,600] |
| Konstantledd | -1,719* (0,088) | 0,179* (0,015) | [0,150-0,213] |
| (N=) | 1387 | | |
| McFaddens Pseudo R ² | 0,0008 | | |

Standardfeil i parentes

* p<0,01, ** p<0,05, *** p<0,1

95% CI = 95% konfidensintervall

Modell 3 viser en bivariat sammenheng mellom tilfredshet med fastlegen og privat helseforsikring. N= 1387 og McFaddens Pseudo R² er på 0,008. Dette betyr at modellen forklarer 0,08% av variansen til Fastlege og at modellen har litt forbedring i forhold til en tom modell. Log-likelihood-testen for modell 3 og 4 gjøres i tolkningen av modell 4. En gjennomsnittlig person i modell 3 har 15,7% sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen. Privathelseforsikring er positiv men ikke-signifikant, og er heller ikke innenfor 95% konfidensintervallet, som antyder at det ikke er en statistisk signifikant sammenheng mellom tilfredshet med fastlegen og privat helseforsikring. Det samme gjelder da for oddsen. Dette kan være et symptom på at det er flere bakenforliggende variabler som må inkluderes for at variansen til tilfredshet med fastlegen skal kunne forklares, som vises gjennom den lave Pseudo R².

Modell 4: Sammenhengen mellom tilfredshet med fastlegen, privat helseforsikring og kontrollvariabler

| Variabler | Fastlege | | |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| | B-coef, | Oddsrate | 95% CI |
| privathelseforsikring (0=nei, 1=ja) | 0,405*** (0,233) | 1,499*** (0,350) | [0,948-2,371] |
| alder2delt (16-50 år=0, 51-75 år=1) | -0,456* (0,159) | 0,633* (0,101) | [0,463-,866] |
| Inntekt (50-2000 i tusen) | 0,028 | 1,028 | [0,856-1,23] |

| Variabler (forts.) | Fastlege | | |
|--|---------------------|---------------------|----------------|
| | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
| kjønn (1=kvinne, 0=mann) | -0,047 (0,158) | 0,953 (0,151) | [0,698-1,302] |
| ideologi (Ap er referanse) | | | |
| Høyre | 0,415** (0,198) | 1,515** (0,300) | [1,027-2,235] |
| Frp | 0,676* (0,243) | 1,966* (0,477) | [1,220-3,165] |
| KrF | -0,768 (0,490) | 0,463 (0,227) | [0,177-1,212] |
| Senterpartiet | -0,190 (0,466) | 0,826 (0,385) | [0,331-2,06] |
| Venstre | -0,334 (0,429) | 0,692 (0,294) | [0,308-1,66] |
| SV | 0,312 (0,372) | 1,367 (0,509) | [0,658-2,839] |
| Andre | 0,681** (0,340) | 1,975** (0,671) | [1,014-3,848] |
| utdanningDummy (videregående eller lavere utdanning som referanse) | 0,333*** | 1,395*** | [0,944- 2,061] |
| fylker (Oslo/Akershus som referanse) | | | |
| Østfold | -0,452 (0,379) | 0,635 (0,241) | [0 ,302-1,337] |
| Hedmark | 0,085 (0,402) | 1,088 (0,438) | [0,494-2,399] |
| Oppland | 0,223 (0,402) | 1,250 (0,503) | [0 ,567-2,753] |
| Buskerud | -0,341 (0,410) | 0,710 (0,291) | [0,317-1,589] |
| Vestfold | -1,070** (0,548) | 0,342** (0,187) | [0,117-1,004] |
| Telemark | -0,177 (0,472) | 0,837 (0,395) | [0,331-2,115] |
| Aust-Agder | -0,291 (0,560) | 0,747 (0,425) | [0,244-2,280] |
| Vest-Agder | -0,699 (0,560) | 0,496 (0,278) | [0,165-1,491] |
| Rogaland | -0,011 (0,291) | 0,998 (0,288) | [0,557-1,750] |
| Hordaland | 0,112 (0,280) | 1,118 (0,313) | [0,645-1,938] |
| Sogn og Fjordane | 0,587 (0,508) | 1,800 (0,915) | [0,664-4,876] |
| Møre og Romsdal | 0,669*** (0,350) | 1,952*** (0,695) | [0,971-3,923] |

| Variabler (forts.) | Fastlege | | |
|---|-----------------------------|---------------------|--------------------|
| | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
| Sør-Trøndelag | -0,403 (0,362) | 0,667 (0,241) | [0,328-1,358] |
| Nord-Trøndelag | -0,101 (0,448) | 0,903 (0,405) | [0,374-2,177] |
| Nordland | -0,034 (0,343) | 0,966 (0,331) | [0,493-1,893] |
| Troms | -0,302 (0,472) | 0,738 (0,349) | [0,292- 1,865] |
| Finnmark | 0,055 (0,667) | 1,056 (0,705) | [0,285-3,911] |
| økosituasjon (0=god økonomi, 1=dårlig økonomi) | 0,376** (0,173) | 1,456** (0,252) | [1,037-2,044] |
| boDummy (alene, foreldre osv.=0, ektefelle/samboer=1) | 0,394*** (0,195) | 1,483*** (0,289) | [1,012- 2,174] |
| privathelseforsikring#utdanningDummy (Samspill) | -0,620*** (0,334) | 0,537*** (0,179) | [0,2789- 1,035] |
| Konstantledd | -2,103* (0,516) | 0,121* (0,062) | [0,044-0,335] |
| (N=) | 1387 | | |
| McFaddens Pseudo R ² | 0,0603 | | |
| Hosmer-Lemenshows test | 9,06 df= 8 p= 0,3375 | | |
| Log-Likelihood test | -568,49 72,01 df=31 p<0,001 | | |

Robust standardfeil i parentes
p<0,01, ** p<0,05, *** p<0,1
95% CI = 95% konfidensintervall

Modell 4 har en Pseudo R² på 0,0603 som vil at modellen forklarer 6,03% av variansen til Fastlege, som er en forbedring på 5,95% fra modell 3. Hosmer-Lemeshow-testen er ikke-signifikant, som vil si at modellen passer til datamaterialet, modellen er logistisk og det ikke er tydelige signifikante ulikheter mellom gruppene i modellen. Modell 4 er dermed en forbedring fra modell 3. Log-likelihood-testen i appendiks viser at modell 4 har en økt og forbedret forklaringskraft av datasettet fra modell 3 til modell 4. Dermed er det en signifikant forbedring av modellen. N viser 1387 respondenter. Variablene er innenfor 95% konfidensintervallet, men ikke alle innenfor 0,01, 0,05 eller 0,1-signifikansnivået. Ved omregning til sannsynlighet ser jeg først på en gjennomsnittlige person. Denne personen har 13,98% sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen.

Privathelseforsikring er positiv og statistisk signifikant. Det tyder på at personer med privat helseforsikring har større sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen enn de uten. Oddsene er 49,9 som vil si at oddsene for å være misfornøyd med fastlegen øker med 49,9% for de som har privat helseforsikring. For en person med privat helseforsikring og alle andre variabler satt til sitt gjennomsnitt, er sannsynligheten for å være misfornøyd med fastlegen 14,9%. Dette antyder det er sammenheng mellom tilfredshet med fastlegen og privathelseforsikring. Privathelseforsikring må også tolkes sammen med samspillet med utdanningDummy, se nedenfor.

Alder2delt er signifikant og negativ. Det tyder på at det er mindre sannsynlighet for at eldre er misfornøyd med fastlegen. Oddsene er -37,7 det viser at eldre har 37,7% lavere odds for å være misfornøyd med fastlegen enn yngre. Personer som er mellom 51 og 75 år har 12% sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen ved alt annet satt til sitt gjennomsnitt. Tilsvarende for personer mellom 16 og 50 år er 17,7% sannsynlighet.

Variabelen Inntekt er positiv og ikke-signifikant, som tyder på at det ikke er en signifikant sammenheng mellom å være misfornøyd med fastlegen og inntekt. Det samme gjelder for kjønn, den er ikke-signifikant, men negativ. Det antyder at det ikke er en klar sammenheng mellom å være misfornøyd med fastlegen og det å være kvinne. Siden Inntekt og kjønn er ikke-signifikant vil jeg derfor ikke predikere sannsynlighet for disse.

Med tanke på ideologi er det i som i modell 2, kun tre partier som er signifikante. Disse er Høyre, Frp og Andre partier. Høyre er positiv og signifikant, som tyder på at personer som stemmer Høyre har større sannsynlighet for å være utilfreds med fastlegen i forhold til personer som stemmer Arbeiderpartiet. Oddsene for Høyre er 51,5, som vil si at oddsene for å være misfornøyd med fastlegen øker med 51,5% for de som stemmer Høyre i forhold til personer som stemmer Arbeiderpartiet. Frp er positiv og signifikant, som tyder på at sannsynligheten for å være misfornøyd med fastlegen er større for personer som stemmer Frp i forhold til personer som stemmer Arbeiderpartiet. Oddsene er 96,6, som antyder at Frp-velgere har 96,6% høyere odds for å være utilfreds med fastlegen enn Ap-velgere. Mens Andre partier er positiv og statistisk signifikant. Det tyder på at personer som stemmer på Andre partier har større statistisk sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen enn de som stemmer på Arbeiderpartiet. Oddsene for Andre partier er 97,5, som innebærer at oddsene for å være misfornøyd med fastlegen øker med 97,5% for personer som stemmer Andre

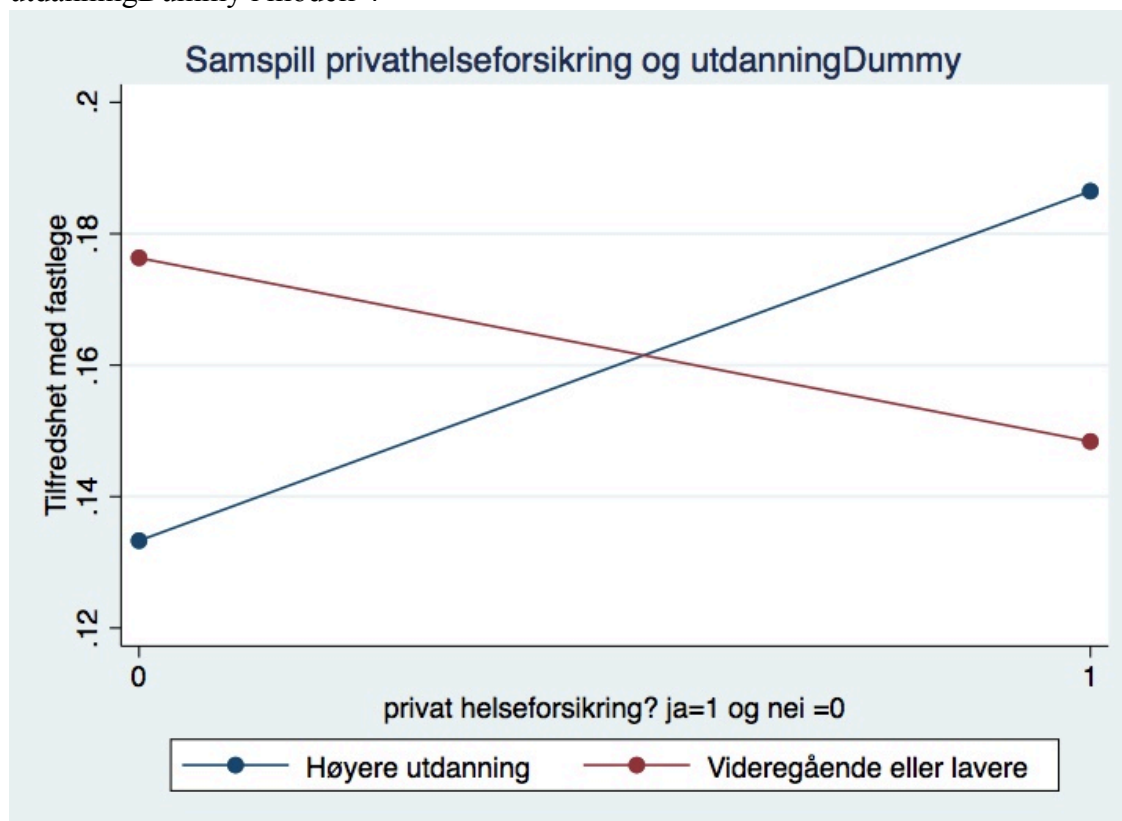
partier enn de som stemmer Arbeiderpartiet. Ettersom de resterende partiene er ikke-signifikante, er det ikke en klar sammenheng mellom å stemme Krf, Venstre, Senterpartiet eller SV, og å være misfornøyd med fastlegen. Høyre-velgere ved alt annet satt til sitt gjennomsnitt har 17,1% sannsynlighet, Frp-velgere 21,1% sannsynlighet og de som stemmer Andre partier 21,2% sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen. Jeg vil ikke predikere sannsynlighet for de andre partiene ettersom de ikke er signifikante.

For bostedsvariabelen fylker er Vestfold og Møre og Romsdal signifikante. Vestfold er negativ, som betyr at personer fra Vestfold har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen enn personer fra OsloAkershus. Oddsen er -65,8, slik at personer fra Vestfold har 65,8% lavere for å være misfornøyd med fastlegen enn for personer fra OsloAkershus. Mens Møre og Romsdal er positiv som innebærer at personer som bor i Møre og Romsdal har større sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen. Oddsen for Møre og Romsdal er 95,2 som betyr at personer fra Møre og Romsdal har 95,2% høyere odds for å være misfornøyd med fastlegen enn for personer fra OsloAkershus. Sannsynligheten for å være misfornøyd med fastlegen for en person som bor i Vestfold er 5,8%. Mens for en person som bor i Møre og Romsdal er sannsynligheten 26%. Dette tyder på at det er en sammenheng mellom tilfredshet med fastlegen og å bo i Vestfold og Møre og Romsdal. Ettersom de resterende fylkene ikke er signifikante vil jeg ikke predikere sannsynlighet for disse. Dette kan også tyde på at det ikke er en klar sammenheng mellom tilfredshet med fastlegen og å bo i disse fylkene.

Variabelen utdanningDummy er signifikant og positiv. Det tyder på at personer med videregående eller lavere utdanning har større sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen enn personer med høyere utdanning. Oddsen er 39,5 som antyder at personer med videregående eller lavere utdanning har 39,5% høyere odds for å være misfornøyd med fastlegen. Personer med videregående eller lavere utdanning har 15% sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen, ved alle andre variabler satt til sitt gjennomsnitt. For personer med høyere utdanning er sannsynligheten 13%. Denne variabelen må også tolkes sammen med samspillet med privathelseforsikring, se nedenfor.

Med tanke på samspillet mellom privathelseforsikring og utdanningDummy er dette negativt og signifikant. Variabelen privathelseforsikring for seg er positiv, det samme gjelder for utdanningDummy, det vil si at samspillet har endret fortegnet. Slik at ved å se på privathelseforsikring og utdanningDummy sammen gir dette et annet resultat. Personer med privat helseforsikring og videregående eller lavere utdanning, har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen enn personer med høyere utdanning og uten privat helseforsikring. Oddsene er -46,3 som vil si at oddsene for å være misfornøyd med fastlegen reduseres med 46,3% for personer med privat helseforsikring og videregående eller lavere utdanning. Med tanke på sannsynlighet, har personer med videregående eller lavere utdanning med privat helseforsikring har 13,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen. Tilsvarende for personer uten privat helseforsikring og høyere utdanning har 11,8% sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen. Personer med privat helseforsikring og høyere utdanning, alt annet satt til sitt gjennomsnitt, har 16,7% sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen. Mens personer uten privat helseforsikring og videregående eller lavere utdanning har 15,8% sannsynlighet. Slik at privathelseforsikring påvirkes av utdanningsnivå og utdanningsnivå påvirkes av å ha privat helseforsikring. Samspillet er illustrert i figur 4 nedenfor.

Figur 4: Grafisk fremstilling av samspillet mellom privathelseforsikring og utdanningDummy i modell 4



Variabelen økosituasjon er positiv og signifikant, som tyder på at personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig, har større sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen, enn personer som vurderer sin økonomiske situasjon som god. Oddsen for økosituasjon er 45,6, det betyr at oddsen for å være misfornøyd med fastlegen øker med 45,6% for personer som vurderer sin økonomiske situasjon som dårlig. Personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig har 17% sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen.

Mens boDummy er signifikant og positiv, som indikerer at personer som er bor og er samboer eller gift, med eller uten barn, har større sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen enn personer som bor alene, med foreldre, alene med barn eller bor på en annen måte. Oddsen er 48,3, som vil si at oddsen for å være misfornøyd med fastlegen er 48,3% høyere for personer som er gift eller samboere, med eller uten barn. Personer som bor med ektefelle eller samboer, med eller uten barn, har 18,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen, ved alt annet satt til sitt gjennomsnitt. Tilsvarende for de som bor alene, med foreldre, andre måter, med eller uten barn, er 12,9% sannsynlighet.

For modell 4 har jeg testet en rekke andre kontrollvariabler, samspill og andregrads- og høyere ordens ledd. Disse ga ikke utslag på sammenhengen og ble ikke-signifikant og ga ikke interessante sammenhenger eller endringer i Pseudo R^2 . Blant disse er egenvurdert helse, livssituasjon som arbeid og arbeidsledighet, med mer, inntekt2, alder2, inntekt3 og alder2. Samt samspill mellom inntekt og utdanning og inntekt og privathelseforsikring. I tillegg har jeg testet poliklinikk som avhengig variabel, dette ga ingen interessante sammenhenger og ble ikke-signifikant. Til tross for at Inntekt og kjønn og flere partier ble ikke-signifikante, velger jeg å inkludere disse. For ved å fjerne disse forsvinner en del av forklaringsgraden av variansen, og flere andre variablers signifikans. Slik at ved å inkludere disse i modellen og teste for andre, har jeg kontrollert for bakenforliggende variabler og en spuriøs sammenheng. Det samme gjelder for variabler som er signifikante på 0,1-nivået, flere av disse er nære 0,05-nivået, blant annet privathelseforsikring, utdanningDummy, boDummy og samspillsleddet. Derfor har jeg valgt å også inkludere variablene på 0,1-nivået ettersom det er mest hensiktsmessig for modellen og dens forbedring av forklaringskraft og for å kontrollere for en eventuell spuriøs sammenheng.

4.1.3 Modell 5 og 6 tilfredshet med helsevesenet og individuelt betalt helseforsikring

Modell 5: Bivariat sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og individuelt betalt helseforsikring (EgenPHF2)

| Kvalitet | B-coef. | Oddsrate | 95 CI |
|--------------------------------------|---------|----------|----------------|
| EgenPHF2 (0 =nei, 1=ja betaler selv) | 0,470* | 1,600* | [1,110-2,304] |
| | (0,186) | (0,297) | |
| Konstantledd | -1,910* | 0,148* | [0,125- 0,174] |
| | (0,084) | (0,012) | |
| (N=) | 1476 | | |
| McFaddens Pseudo R ² | 0,005 | | |

Standardfeil i parentes

p<0,01, ** p<0,05, *** p<0,1

95% CI = 95% konfidensintervall

Modell 5 viser den bivariate sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og individuelt betalt helseforsikring. Pseudo R² er på 0,005, slik at modellen forklarer 0,5% av variansen til Kvalitet og har litt forbedring i forhold til en tom modell. N er på 1476 observasjoner. En gjennomsnittsperson i modell 5 har 13,7%% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet.

EgenPHF2 er signifikant og innenfor 95% konfidensintervallet. Den er positiv, som tyder på at personer med individuelt betalt helseforsikring har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn de uten. Oddsene er 60, som vil si at oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet øker med 60% for personer som har individuelt kjøpt helseforsikring i forhold til en person uten helseforsikring. En gjennomsnittsperson med individuelt betalt privat helseforsikring har 19,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Dette antyder at det er en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og de som har kjøpt helseforsikring selv.

Modell 6: Sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet, individuelt betalt helseforsikring (EgenPHF2) og kontrollvariabler

| Variabler | Kvalitet | | |
|--|----------------------|---------------------|----------------|
| | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
| EgenPHF2 (0=nei, 1=ja betaler selv) | 0,382*** (0,199) | 1,465*** (0,292) | [0,991-2,164] |
| alder (16-75 år) | 0,144* (0,046) | 1,154* (0,054) | [1,053-1,264] |
| Inntekt (50-2000 i tusen) | 0,0760 (0,090) | 1,079 (0,097) | [0,904-1,287] |
| kjønn (1=kvinne, 0=mann) | -0,368** (0,165) | 0,692** (0,114) | [0,501-0,956] |
| ideologi (Ap er referanse) | | | |
| Høyre | 0,797* (0,212) | 2,218* (0,471) | [1,462-3,362] |
| Frp | 0,904* (0,252) | 2,469* (0,623) | [1,505- 4,050] |
| KrF | -1,376*** (0,741) | 0,253*** (0,187) | [0,059-1,079] |
| Senterpartiet | 0,046 (0,475) | 1,047 (0,497) | [0,412-2,655] |
| Venstre | 0,101 (0,440) | 1,106 (0,486) | [0,467-2,619] |
| SV | 0,350 (0,403) | 1,419 (0,571) | [0,644-3,123] |
| Andre | 0,990* (0,344) | 2,691* (0,925) | [1,372-5,277] |
| utdanningDummy (videregående eller lavere utdanning som referanse) | 0,087 (0,177) | 1,091 (0,193) | [0,771-1,541] |
| fylker (Oslo/Akershus som referanse) | | | |
| Østfold | 0,442 (0,333) | 1,555 (0,517) | [0,813-2,984] |
| Hedmark | -0,472 (0,559) | 0,624 (0,349) | [0,208-1,865] |
| Oppland | 0,468 (0,426) | 1,596 (0,680) | [0,692-3,680] |
| Buskerud | 0,217 (0,406) | 1,242 (0,504) | [0,560- 2,752] |
| Vestfold | 0,710** (0,344) | 2,033** (0,700) | [1,035-3,991] |
| Telemark | -0,812 (0,637) | 0,444 (0,283) | [0,127-1,545] |
| Aust-Agder | -1,07 (0,773) | 0,343 (0,265) | [0,075-1,559] |
| Vest-Agder | -0,369 | 0,691 | [0,197-2,419] |

| Variabler (forts.) | Kvalitet | | |
|--|------------------------------|---------------------|----------------|
| | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
| Rogaland | (0,639) 0,333 | (0,442) 1,396 | [0,778-2,501] |
| Hordaland | (0,298) -0,181 | (0,416) 0,835 | [0,426-1,634] |
| Sogn og Fjordane | (0,343) 0,181 | (0,286) 1,198 | [0,375-3,801] |
| Møre og Romsdal | (0,589) 0,811** | (0,706) 2,250** | [1,136-4,452] |
| Sør-Trøndelag | (0,348) 0,295 | (0,784) 1,343 | [0,694-2,600] |
| Nord-Trøndelag | (0,337) 0,214 | (0,453) 1,238 | [0,504-3,041] |
| Nordland | (0,458) -0,114 | (0,568) 0,893 | [0,403-1,972] |
| Troms | (0,404) -0,002 | (0,361) 0,998 | [0,415-2,399] |
| Finnmark | (0,448) 0,632 | (0,447) 1,882 | [0,481-7,351] |
| økosituasjon (0=god økonomi, 1=dårlig økonomi) | (0,695) 0,665* | (1,308) 1,945* | [1,361-2,777] |
| alder ² | (0,182) -0,002* | (0,354) 0,998* | [0,997- 0,999] |
| arbeid (0=nei, 1=ja) | (0,0004) -0,424** | (0,0004) 0,655** | [0,423-1,010] |
| Konstantledd | (0,222) -5,179* | (0,145) 0,006* | [0,000-0,048] |
| | (1,096) | (0,006) | |
| (N=) | 1476 | | |
| McFaddens Pseudo R ² | 0,1049 | | |
| Hosmer-Lemenshows test | 4,36 df= 8 p=0,8229 | | |
| Log-likelihood test | -532,36 118,74 df=31 p<0,001 | | |

Robust standardfeil i parentes
p<0,01, ** p<0,05, *** p<0,1
95% CI = 95% konfidensintervall

Modell 6 viser en multivariat sammenheng mellom utilfredshet med helsevesenet, individuelt betalt helseforsikring og kontrollvariabler. Modellen har 1476 observasjoner (N). Variablene er innenfor 95% konfidensintervallet, men ikke alle innenfor 0,01, 0,05 eller 0,1-nivået.

McFaddens Pseudo R² er på 0,1049, som vil si at modellen forklarer 10,49% av variansen til Kvalitet. En 9,99% forbedret forklaringskraft fra modell 5. Hosmer-Lemeshow-testen er ikke-signifikant, som vil si at modellen er logistisk, det er ikke er tydelige signifikante ulikheter mellom gruppene i modellen og modellen passer til datamaterialet. Log-likelihood-

testen i appendiks viser at modell 6 har forbedret og økt forklaringskraft av datasettet fra modell 5 til modell 6. Slik at det er en signifikant forbedring av modellen. Sannsynligheten for en gjennomsnittlige person for å være misfornøyd med helsevesenet er 10,6%.

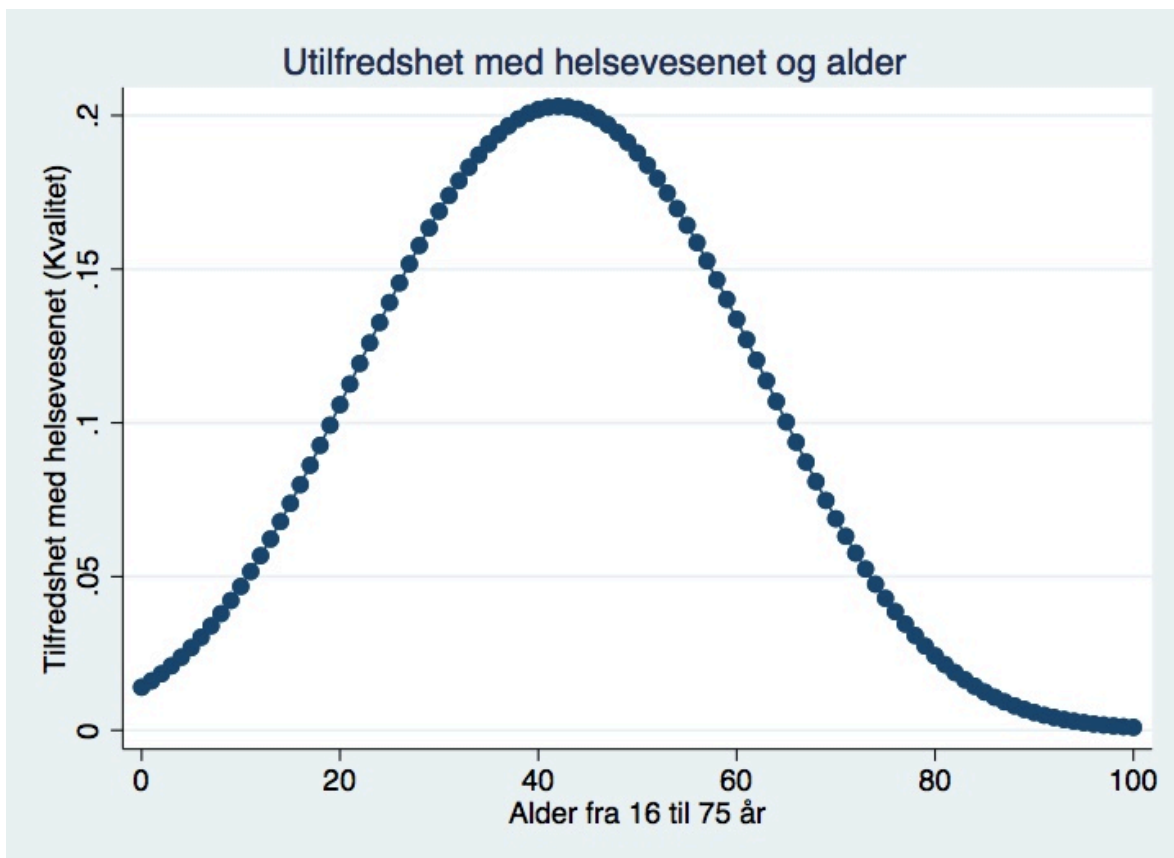
EgenPHF2 er signifikant og positiv. Dermed har personer med individuelt kjøpt helseforsikring større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn de uten. Oddsen er 46,5, som indikerer at personer med individuelt kjøpt helseforsikring har 46,5% større odds for å være misfornøyd med helsevesenet enn de uten. En gjennomsnittlig person med individuelt betalt privat helseforsikring har 14,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Slik at det tyder på en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat egenbetalt helseforsikring. Mens variabelen arbeid er negativ og signifikant. Det vil si at personer som er i arbeid har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn de som svarer at de ikke er i jobb. Oddsen er 34,5% som betyr at personer i arbeid har 34,5% lavere odds for å være misfornøyd med helsevesenet. For en person med individuelt betalt helseforsikring med arbeid og alt annet satt til sitt gjennomsnitt, er sannsynligheten for å være misfornøyd med helsevesenet 12,4%. Mens for en person uten arbeid og individuelt betalt helseforsikring er sannsynligheten 17,8%.

Kjønn er signifikant og negativ. Det tyder på at kvinner har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn menn. Oddsen er -30,8, som vil si oddsen for å være misfornøyd med helsevesenet er 30,8% lavere for kvinner enn for menn. For en gjennomsnittlig kvinne er sannsynligheten for å være misfornøyd med helsevesenet 9,1%, mens tilsvarende for en gjennomsnittlig mann er 12,7% sannsynlig.

Alder er positiv og signifikant. Andregradsleddet $alder^2$ er også signifikant, men negativ. Dette tyder på at det er en kurvelineær sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og alder. Det indikerer at ved økende alder har man større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet, men opp til et visst punkt, rundt 40-50 år, se figur 5. Da synker sannsynligheten for å være misfornøyd med helsevesenet. Slik at yngre og middelaldrende opp til rundt 40-50 år har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn eldre fra 50 til 75. Oddsen for alder er 15,4, som vil si at oddsen for å være misfornøyd med helsevesenet øker med 15,4% for hver år eldre man blir. Men oddsen for $alder^2$ er -0,2, som vil si at oddsen for å være misfornøyd med helsevesenet synker med 0,2%. Sannsynligheten for å være misfornøyd med helsevesenet, for en 18-åring, med alt annet satt til gjennomsnitt,

er 7,1%. For en 20-åring 8,2%, 30-åring 13,8%, 40-åring 17 %, 50-åring 15,6%, 60-åring 10,6% og 70-åring 5,1% sannsynlighet. Kurven snur ved 44 år ettersom sannsynligheten for å være i kategori 1, misfornøyd med helsevesenet, for en person som er 43 år med alt annet satt til sitt gjennomsnitt er 17,08%. Mens sannsynligheten for en 44-åring er 17,01% og en person som er 45 er 16,9%. Dermed ser vi at middelaldring og eldre fra 44 til 75 år har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn yngre under 43 år.

Figur 5: Grafisk fremstilling av sammenhengen mellom utilfredshet med helsevesenet (Kvalitet) og alder for modell 6



Inntekt er positiv, men ikke-signifikant. Slik at det er ingen tydelig sammenheng mellom utilfredshet med helsevesenet og inntekt. Variabelen utdanningDummy er positiv, ikke-signifikant. Slik at det er ingen tydelig statistisk sammenheng mellom utilfredshet med helsevesenet og utdanning. Siden verken Inntekt eller utdanningDummy er ikke-signifikant vil jeg ikke predikere sannsynlighet for disse.

Med tanke på ideologi er Høyre, Frp, Krf og Andre partier signifikante. Høyre er positiv, som antyder at personer som stemmer Høyre har større sannsynlighet for å være misfornøyd med

helsevesenet enn personer som stemmer Ap. Oddsene er 121,8, som vil si at oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet er 121,8% høyere for de som stemmer Høyre enn de som stemmer Ap. Frp er også positiv og de som da stemmer Frp har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet enn personer som stemmer Ap. Oddsene er 146,9 slik at oddsene for misnøye med helsevesenet er 146,9% høyere for personer som stemmer Frp enn for personer som stemmer Ap. En endring til sammenligning fra modell 2 og 4 er at Krf er signifikant. Krf er negativ, som tyder på at personer som stemmer Krf har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet i forhold til personer som stemmer Ap. Oddsene er -74,7, som vil si at oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet er redusert med 74,7% for personer som stemmer Krf. Andre partier er positiv, som antyder at personer som stemmer andre partier har større sannsynlighet for å være misfornøyd enn personer som stemmer Ap. Oddsene er 169,1, som vil si at personer som stemmer Andre partier har 169,1% høyere odds for å være misfornøyd med helsevesenet enn Ap-velgere. Høyre-velgere har 16,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Tilsvarende for de som stemmer Frp, Krf og Andre partier er henholdsvis 17,6%, 2,1% og 18,9%.

Med tanke på fylker er det kun Vestfold og Møre og Romsdal som er signifikante. Vestfold er positiv, som betyr at personer som bor i Vestfold har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer fra Oslo/Akershus. Oddsene er 103,3, som vil si at personer fra Vestfold har 103,3% høyere odds for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer fra Oslo/Akershus. Personer som bor i Vestfold 18,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Mens Møre og Romsdal er positiv og odds 125, som vil si at personer fra Møre og Romsdal har større sannsynlighet og 125% høyere odds for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer fra Oslo/Akershus. De resterende fylkene er ikke-signifikante og det vil derfor ikke predikeres sannsynlighet for disse. Og det er da ingen tydelig sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og å bo i disse fylkene.

Variabelen økosituasjon er positiv og signifikant, som betyr at personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig, har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som vurderer den økonomiske situasjonen som god. Oddsene er 94,5, det vil si at oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet øker med 94,5% for personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig. For personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig, har 15,2% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Ved motsatt tilfelle er sannsynligheten 8,45%.

Ved testing av sammenhenger for modell 6, har jeg testet flere kontrollvariabler, samspill og andregrads- og høyere ordens ledd. Disse inkluderer boDummy, egenvurderthelse, livssituasjon, blant annet arbeidsledig og pensjonist, alder2 og alder3, Inntekt2 og Inntekt3. Arbeidsledig ga også utslag, men arbeid best. Derfor inkluderer jeg arbeid. Denne kan også indikere forskjellen mellom de med og uten jobb, men nødvendigvis ikke de som er arbeidsledig. Jeg har likevel inkludert arbeid som en god indikator på respondentenes livssituasjon og viktigheten av arbeid og ikke og sammenhengen med tilfredshet med helsevesenet. Med tanke på samspill har jeg testet samspill mellom inntekt og utdanning, inntekt og EgenPHF2 og utdanning og EgenPHF2. Ingen av disse kontrollvariablene, samspillene eller høyere ordens leddene ga særlig utslag på sammenhengen eller forklaringsvariansen. I tillegg ble de ikke signifikante, eller den nåværende modellen ga best forklaringskraft. Jeg har også testet en modell hvor EgenPHF2 innebærer omkodning hvor 1=ja betaler selv og 0=nei og ja arbeidsgiver betaler og ja begge. Denne er illustrert i appendiks og kalles modell 9. Denne ga lavere Pseudo R², litt flere ikke-signifikante variabler. I tillegg vil en eventuell slik koding av variabelen kunne gi feilaktige resultater på de som kjøper helseforsikring selv, ettersom da 0 også innebærer personer med helseforsikring. Dermed blir EgenPHF2 best spesifisert og tilpasset det jeg ønsker å måle, gjennom å kun se på de som kjøper det selv og de som ikke har forsikring.

4.1.4 Modell 7 og 8 utilfredshet med helsevesenet og arbeidsgiverbetalt helseforsikring

Modell 7: Bivariat sammenhengen mellom utilfredshet med helsevesenet og arbeidsgiverbetalt helseforsikring (arbeidsgiverbetalt)

| Kvalitet | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
|---|---------------------|---------------------|----------------|
| arbeidsgiverbetalt (0 =nei,1=ja arbeidsgiver betaler) | 0,358*** (0,196) | 1,430*** (0,281) | [0,973- 2,103] |
| Konstantledd | -1,909* (0,086) | 0,148* (0,012) | [0,124-0,175] |
| (N=) | 1401 | | |
| McFaddens Pseudo R ² | 0,0028 | | |

Standardfeil i parentes

p<0,01, ** p<0,05, *** p<0,1

95% CI = 95% konfidensintervall

I modell 7 ser vi resultatet av en bivariat regresjonsanalyse mellom tilfredshet med helsevesenet og arbeidsgiverbetalt helseforsikring. Her er N=1401 og McFaddens Pseudo R² på 0,0028. Det betyr at modellen forklarer 0,28% av variansen til Kvalitet, og at modell 7 har noe forbedring i forhold til en tom modell. For en gjennomsnittsperson i modell 7 er sannsynligheten for å være misfornøyd med helsevesenet 13,5%.

Variabelen arbeidsgiverbetalt er signifikant på 0,1-nivået, innenfor 95% CI og positiv. Det indikerer at personer med arbeidsgiverbetalt helseforsikring har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer uten helseforsikring. Oddsene er 43, som vil si oddsene for å være misfornøyd med helsevesenet øker med 43% for personer med arbeidsgiverbetalt helseforsikring. Mens sannsynligheten for å være misfornøyd med helsevesenet for en person med arbeidsgiverbetalt helseforsikring er 17,4%. Dette indikerer da en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat arbeidsgiverbetalt helseforsikring.

Modell 8: Sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet, arbeidsgiverbetalt helseforsikring og kontrollvariabler

| Variabler | Kvalitet | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------|
| | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
| arbeidsgiverbetalt (0=nei,1=ja arbeidsgiver betaler) | 0,410*** (0,223) | 1,507*** (0,336) | [0,973-2,331] |
| alder2delt (16-50=0 yngre, 51-75=1 eldre) | -0,529* (0,174) | 0,589* (0,102) | [0,419-0,827] |
| Inntekt (50-2000 i tusen) | 0,159*** (0,092) | 1,172*** (0,108) | [0,978-1,403] |
| kjønn (1=kvinne, 0=mann) | -0,146 (0,174) | 0,864 (0,150) | [0,614-1,214] |
| ideologi (Ap er referanse) | | | |
| Høyre | 0,885* (0,228) | 2,423* (0,553) | [1,549-3,789] |
| Frp | 1,125* (0,273) | 3,081* (0,841) | [1,804-5,259] |
| KrF | -1,099 (0,746) | 0,333 (0,248) | [0,077-1,437] |
| Senterpartiet | 0,679 (0,463) | 1,971 (0,913) | [0,795-4,885] |
| Venstre | 0,355 (0,405) | 1,426 (0,578) | [0,644-3,155] |
| SV | 0,908** (0,418) | 2,479** (1,036) | [1,092-5,622] |
| Andre | 1,292* (0,418) | 3,639* (1,036) | [1,821-7,270] |

| Variabler (forts.) | Kvalitet | | |
|--|--------------------|---------------------|---------------|
| | B-coef. (0,353) | Oddsrate (1,285) | 95% CI |
| utdanningDummy (videregående eller lavere utdanning som referanse) | 0,107 (0,188) | 1,113 (0,210) | [0,769-1,609] |
| fylker (Oslo/Akershus som referanse) | | | |
| Østfold | 0,515 (0,343) | 1,674 (0,574) | [0,855-3,276] |
| Hedmark | -0,85 (0,635) | 0,427 (0,272) | [0,123-1,484] |
| Oppland | 0,364 (0,442) | 1,439 (0,635) | [0,605-3,418] |
| Buskerud | 0,255 (0,397) | 1,299 (0,513) | [0,592-2,810] |
| Vestfold | 0,410 (0,384) | 1,507 (0,579) | [0,709-3,199] |
| Telemark | -0,482 (0,636) | 0,618 (0,393) | [0,177-2,150] |
| Aust-Agder | -0,734 (0,781) | 0,48 (0,375) | [0,103-2,221] |
| Vest-Agder | -0,387 (0,652) | 0,679 (0,443) | [0,189-2,437] |
| Rogaland | -0,086 (0,338) | 0,917 (0,310) | [0,472-1,780] |
| Hordaland | 0,134 (0,316) | 1,143 (0,361) | [0,615-2,122] |
| Sogn og Fjordane | 0,207 (0,659) | 1,23 (0,810) | [0,338-4,470] |
| Møre og Romsdal | 0,825** (0,374) | 2,283** (0,853) | [1,097-4,747] |
| Sør-Trøndelag | 0,389 (0,349) | 1,475 (0,515) | [0,744-2,922] |
| Nord-Trøndelag | -0,236 (0,537) | 0,790 (0,424) | [0,275-2,260] |
| Nordland | 0,109 (0,388) | 1,115 (0,432) | [0,521-2,382] |
| Troms | -0,180 (0,483) | 0,835 (0,404) | [0,324-2,153] |
| Finmark | 0,623 (0,713) | 1,865 (1,329) | [0,461-7,538] |
| økosituasjon (0=god økonomi, 1=dårlig økonomi) | 0,528* (0,191) | 1,695* (0,325) | [1,164-2,467] |
| egenvurderthelse (0=god helse, 1=dårlig helse) | 1,163* (0,194) | 3,200* (0,622) | [2,186-4,683] |
| Konstantledd | -3,483* | 0,031* | [0,011-0,085] |

| | (0,524) | (0,016) |
|------------------------|----------------------------------|---------|
| (N=) | 1401 | |
| McFaddens Pseudo R2 | 0,1145 | |
| Hosmer-Lemenshows test | 3,94 $df=8$ $p=0,8625$ | |
| Log-likelihood test | -494,03 124,66 $df=30$ $p>0,001$ | |

Robust standardfeil i parentes

* $p<0,01$, ** $p<0,05$, *** $p<0,1$

95% CI = 95% konfidensintervall

Modell 8 viser resultatene av en multivariat regresjonsanalyse av tilfredshet med helsevesenet, arbeidsgiverbetalt helseforsikring og kontrollvariabler. Antall observasjoner (N) er 1401 og Pseudo R^2 viser 0,1145. Det betyr at modellen forklarer 11,45% av variansen til Kvalitet, det er en forbedring på 11,17% fra modell 7. Hosmer-Lemeshow-testen er ikke-signifikant, som vil si at modell 8 passer til datamaterialet, er logistisk og at det ikke foreligger tydelige signifikante ulikheter mellom gruppene i modellen. Log-likelihood-testen i appendiks viser at modell 8 har forbedret forklaring og økt forklaringskraft av datasettet fra modell 7 til modell 68. Slik at det er en signifikant forbedring av modellen. Variablene er innenfor 95% konfidensintervallet, men ikke alle innenfor 0,01, 0,05 eller 0,1-nivået. For modell 8 har en gjennomsnittlig person har 13,6% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet.

Variabelen arbeidsgiverbetalt er signifikant og positiv. Dette indikerer at personer med arbeidsgiverbetalt helseforsikring har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn de uten. Oddsene er 50,7 som vil si at personer med arbeidsgiverbetalt helseforsikring har 50,7% større odds for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer uten arbeidsgiverbetalt helseforsikring. En gjennomsnittlig person med arbeidsgiverbetalt privat helseforsikring, har 17,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Det tyder på at det er en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat arbeidsgiverbetalt helseforsikring.

Variabelen for alder $alder2delt$ er signifikant og negativ. Det antyder at "eldre" personer fra 51-75 har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn "yngre" fra 16-50. Oddsene er -411, som vil si at eldre fra 51-75 har 411% mindre odds for å være misfornøyd med helsevesenet enn yngre. "Eldre" personer mellom 51 og 75 har 11,1% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Mens "yngre" personer mellom 16 og 50 har 17,2% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet.

Inntekt er signifikant og positiv. Slik av ved økende inntekt har man større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Oddsen er 17,2 som vil si at oddsen for å være misfornøyd med helsevesenet øker med 17,2% for hver økning i inntekt. Personer som tjener under 100 000 har en 8,7% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Tilsvarende for en person som tjener mellom 300 000 og 599 000 er 12% sannsynlighet og en som tjener mellom 600 000 og 900 000 13,7% sannsynlighet. Mens en person som tjener over 2 millioner har en 18,7% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. For en person med inntekt under 100 000 med arbeidsgiverbetalt privat helseforsikring er sannsynligheten 12,2%, mens for en med over 2 millioner i inntekt og arbeidsgiverbetalt helseforsikring er sannsynligheten 22,3%.

Kjønn er ikke-signifikant, som betyr at det ikke er en klar sammenheng mellom det å være kvinne å være misfornøyd med helsevesenet. Jeg vil heller ikke estimere sannsynlighet for denne variabelen.

Med tanke på ideologi er Krf, Venstre og Senterpartiet ikke-signifikante. Dette innebærer at det ikke er en tydelig sammenheng mellom å stemme disse tre partiene og utilfredshet med helsevesenet. Jeg vil derfor ikke predikere sannsynlighet for disse. Høyre er signifikant og positiv, som vil si at personer som stemmer Høyre har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som stemmer Arbeiderpartiet. Oddsen er 142,3, det vil si at oddsen for å være misfornøyd med helsevesenet 142,3% høyere for personer som stemmer Høyre enn de som stemmer Ap. Frp er signifikant og positiv, som innebærer at personer som stemmer på Frp har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som stemmer Ap. Oddsen til Frp er 208,1 som betyr at oddsen for å være misfornøyd med helsevesenet øker med 208,1% ved å stemme Frp. Et nytt funn i forhold til de andre modellene er Sosialistisk Venstreparti (SV) som er signifikant og positiv. Dette er et noe overraskende funn og vil bli diskutert i kapittel 4.3. Det vil si at personer som stemmer SV har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som stemmer Ap. Oddsen er 147,9 som vil si at personer som stemmer SV har 147,9% høyere odds for å være misfornøyd med helsevesenet i forhold til Ap-velgere. Mens Andre partier er signifikant og positiv. Det vil si at personer som stemmer andre partier har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som stemmer Ap. Oddsen er 263,9, som vil si at oddsen for å være misfornøyd med helsevesenet øker med 263,9% for personer som stemmer andre partier. Personer som stemmer Høyre er

sannsynligheten for å være misfornøyd med helsevesenet 16,9%. For Frp-velgere, SV-velgere og personer som stemmer Andre partier er sannsynligheten henholdsvis 21,6%, 16,6% og 22,8%.

UtdanningDummy er ikke-signifikant. Det antyder at det ikke er en klar sammenheng mellom utdanning og tilfredshet med helsevesenet. Jeg vil derfor heller ikke predikere sannsynlighet for utdanningDummy. Av fylkene er det kun Møre og Romsdal som er signifikant. Møre og Romsdals er positiv som betyr at personer som bor i Møre og Romsdal har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som bor i Oslo/Akershus. Oddsen er 128,3, som vil si at personer fra Møre og Romsdal har 128,3% høyere odds for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer fra OsloAkershus. Sannsynligheten for å være misfornøyd med helsevesenet for en person som bor i Møre og Romsdal er 21,7%. Mens de resterende 17 fylkene er ikke-signifikante. Disse vil det ikke predikeres sannsynlighet for og har ingen klar sammenheng med tilfredshet med helsevesenet.

Økositasjon er signifikant og positiv. Det vil si at personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Oddsen er 69,5. Det innebærer at personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig har 69,5% høyere odds for å være misfornøyd med helsevesenet enn de som vurderer den økonomiske situasjonen som god. Personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig har 17,2% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Mens egenvurderthelse er signifikant og positiv som vil si at personer som vurderer sin egen helsetilstand som dårlig har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Oddsen er 220 som vil si oddsen for å være misfornøyd med helsevesenet er 220% høyere for personer som vurderer sin egen helsestatus som dårlig enn de som vurderer den som god. En person som vurderer sin egen helsesituasjon som dårlig har en 25,3% sannsynlighet. i motsatt tilfelle er sannsynligheten 8,3%. Tilsvarende for en person som vurderer både sin økonomiske situasjon og helsetilstand som dårlig har 28,8% sannsynlighet for å være utilfreds med helsevesenet.

Også for modell 8 har jeg testet en rekke andre kontrollvariabler, samspillsledd og andregrads- og høyere ordens ledd. Jeg har testet med boDummy, for livssituasjon som arbeid, arbeidsledig, pensjonist og trygdPensjon, alder, alder2, alder3, Inntekt2 og Inntekt3. I tillegg har jeg testet for samspillsledd som inntekt og utdanning og inntekt og

arbeidsgiverbetalt helseforsikring. Ut fra dette var det variablene inkludert i modellen som ga best forklaringsgrad av variansen og ble signifikante og viste interessante sammenhenger. Jeg har også som i modellene 5 og 6, testet modellen med arbeidsgiverbetalt kodet annerledes. Med 0=nei og andre ja-kategorier og 1=ja arbeidsgiver betaler. I denne modellen ble lite signifikant og viste få interessante sammenhenger. I tillegg vil, slik som ved EgenPHF2, en eventuell slik koding av variabelen kunne gi feilaktige resultater på de som får helseforsikring gjennom arbeidsgiver, ettersom da 0 også innebærer personer med individuelt betalt helseforsikring og ”ja begge”. Derfor blir arbeidsgiverbetalt best tilpasset og spesifisert til det jeg ønsker å måle, gjennom å kun se arbeidsgiverbetalt som kodet 1=ja arbeidsgiver betaler og 0=nei har ikke forsikring. Dette vil jeg også anse som å vise forskjellen mellom individuelt betalt, arbeidsgiverbetalt og den samlede variabelen for privat helseforsikring i sammenheng med tilfredshet med helsevesenet bedre.

Jeg har også testet EgenPHF2 og arbeidsgiverbetalt i modeller hvor Fastlege er avhengig variabel. Disse modellene ble flesteparten av variablene ikke-signifikante og viste få interessante sammenhenger. Derfor har jeg kun inkludert modellene hvor Kvalitet er avhengig og arbeidsgiverbetalt og EgenPHF2 som hoveduavhengig.

4.2 Diskusjon

I denne delen vil jeg diskutere resultatene presentert i kapittel 4.1, drøfte disse opp mot hypotesene i kapittel 2.9 og diskutere de empiriske funnene og hva dette har å si opp mot tidligere forskning og litteratur. Hypotesene og avkreftelse eller bekreftelse av disse er illustrert i tabell 7 nedenfor. Først vil jeg diskutere nesten hver variabel for seg i hvert sitt delkapittel, for så å se diskutere disse i sammenheng i en endelig oppsummerende diskusjon.

Tabell 7: Hypoteser og bekreftelse eller avkreftelse av disse

| H0-H13 | Hypoteser | Bekreftet | Avkreftet |
|---------------|---|------------------|------------------|
| H0 | Det er ikke en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring | | X |
| H1 | Personer med privat helseforsikring vil ha større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet enn de uten privat helseforsikring | X | |
| H2 | Brukere av helsetjenester vil ha større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet | X | |
| H3 | Unge og voksne mellom 16 og 40 har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet enn eldre over 40 år | X | |
| H4 | Eldre brukere av helsetjenester har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet enn yngre | X | |
| H5 | Kvinner har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet enn menn | X | |
| H6 | Personer med høyere utdanning har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet | X | |
| H7 | Personer med høyere utdanning og inntekt har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet | | X |

| H0-H13 | Hypoteser (forts.) | Bekreftet | Avkreftet |
|--------|---|-----------|-----------|
| H8 | Personer med høyere inntekt har større sannsynlighet for å være utilfreds med helsevesenet | X | |
| H9 | Personer som stemmer på konservativt/liberalt parti har større sannsynlighet for å være utilfreds med helsevesenet | X | |
| H10 | Personer med god egenvurdert helse har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet | X | |
| H11 | Personer som bor i storby eller sentrale strøk har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet | X | |
| H12 | Gifte eller samboere har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet | | X |
| H13 | Personer som vurderer egen økonomisk situasjon som dårlig har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet | X | |

4.2.1 Tilfredshet med helsevesenet og fastlegen og privat helseforsikring

Problemstillingen for denne oppgaven er om det er sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Og om nordmenn med privat helseforsikring er mindre tilfreds med helsevesenet enn de uten helseforsikring. I modellene har jeg fokusert på utilfredshet eller misnøye med helsevesenet. I kapittel 4.1 viser resultatene i alle de bivarierte modellene og alle de multivariate modellene, at det er en sammenheng mellom utilfredshet med helsevesenet og fastlegen og privat helseforsikring, som gjør at jeg kan avkrefte H0 om at det ikke er en sammenheng mellom utilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Dette vises gjennom Pseudo R² og Hosmer-Lemeshow-testen. Både for de bivarierte modellene som er en forbedring fra en tom modell og de multivariate som har en forbedring fra de bivarierte modellene. Denne sammenhengen kan også illustreres gjennom at en gjennomsnittsperson i de bivarierte modellene 1, 3, 5 og 7 har 14,2%, 15,7%, 13,7% og 13,5% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Mens de multivariate modellene 2,4 6

og 8 har henholdsvis 10,6%, 13,98%, 10,66% og 13,6% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet og fastlegen. Denne sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring stemmer overens med tidligere forskning og litteratur, hvor både Calnan et al (1993), Calnan og Sanford (2004), Costa-Font og Jofre-Bonet (2006) og Munro og Duckett (2015) fant en sammenheng mellom tilfredshet med eller støtte for helsesystemet, helsetjenester og helsevesenet og privat helseforsikring.

Med tanke på om nordmenn med privat helseforsikring er mindre tilfreds med helsevesenet enn de uten, viser funnene i modell 1, 2 og 4 at privathelseforsikring er positiv og har økende odds. Sannsynligheten for å være misfornøyd med helsevesenet, eller fastlegen i modell 4, for en person med privat helseforsikring i disse modellene er 18,1%, 14,9% og 14,9%. Dette tyder på at personer med privat helseforsikring har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet og fastlegen enn personer uten helseforsikring. Mens i modell 5, 6, 7 og 8 er EgenPHF2 og arbeidsgiverbetalt også positiv og har økende odds. Sannsynligheten for å være misfornøyd med helsevesenet for en person med individuelt betalt privat helseforsikring er 14,1% for modell 6 og 14,7% for modell 7. Mens sannsynligheten for en person med arbeidsgiverbetalt privat helseforsikring er 17,5% i modell 7 og 17,1% i modell 8. Dette antyder at det også er en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og individuelt betalt og arbeidsgiverbetalt privat helseforsikring. Dette betyr også at personer med privat helseforsikring har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet, som betyr at H1 kan bekreftes. Tilsvarende betyr det også at brukere av helsetjenester, fastlegen, med privat helseforsikring, har større sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen, og H2 også kan bekreftes. Gjennom bekreftelse av begge indikatorer for tilfredshet med helsevesenet, tilfredshet med kvalitet og tilfredshet med fastlegen, vil jeg si at mine funn indikerer at det er en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Og at de med privat helseforsikring har større sannsynlighet for å være misfornøyd de uten helseforsikring.

Bekreftelsen av H1 og H2 samsvarer stort sett med tidligere forskning gjort av Calnan et al (1993) som fant at personer med privat helseforsikring er mer utilfreds med det nasjonale helsesystemet. Og at de med individuelt kjøpt helseforsikring var misfornøyd med det offentlige helsesystemets kvalitet. Mens de med arbeidsgiverbetalt helseforsikring så på forsikringen som et gode og var fornøyd med det offentlige. Aarbu (2010) derimot fant at ventelister ikke økte kjøp av arbeidsgiverbetalt privat helseforsikring. Costa-Font og Jofre-

Bonet (2006) fant også en negativ sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og kjøp av privat helseforsikring, hvor utilfredshet gir større sannsynlighet for skaffe seg privat helseforsikring. Og at dårlig kvalitet som ventetid og helsekø og lite valgfrihet, er en av grunnene til misnøye med helsevesenet og anskaffelse av privat helseforsikring (Besley et al 1999; Costa og García 2003; Papanicolas et al 2013). Likevel er også funnene motsatt av funnene til Munro og Duckett (2015) som fant at personer med privat helseforsikring er mer tilfreds med helsevesenet, siden de får bedre og raskere tilgang til behandling og spesialister.

Med tanke på tilfredsheten til brukere av helsevesenet, viser Calnan et al (1993) sin forskning at ikke-brukere er mindre kritiske til det nasjonale helsesystemet enn brukere. Dette stemmer overens med mine funn for modell 4. Mens det stemmer til en viss grad ikke med forskningen til Senter for omsorgsforskning vest, som fant at brukerne var med tilfredse med helsetjenesten hjemmetjenesten enn ikke-brukerne. Dette var dog hjemmehjelpen og ikke fastlegen og var ikke i sammenheng med privat helseforsikring (Senter for omsorgsforskning 2016). Den tidligere forskningen har også funnet at en av årsakene til at personer med privat helseforsikring er misfornøyd med helsevesenet kan være tilgangen på fastleger og ventetid på konsultasjon og behandling. Wendt et al (2010) fant at et større antall allmennleger som tilbringer nok tid med borgerne, gir mer tilfredse er borgerne (Wendt et al 2010:183). Mens helsekø og ventetid skaper misnøye og incentiv for privat helseforsikring, samt for å komme raskere frem i køen og bedre tilgang på spesialister (Taylor og Ward 2006). Slik at misnøyen med fastlegen og sammenhengen med privat helseforsikring kan komme av tilgjengelighet, ventetid for konsultasjon og portvokterrollen til fastlegen. Denne rollen gjør det mer utfordrende for pasienter å få konsultasjon og behandling hos spesialister, ettersom de må henvendes av fastlegen. Derav skaffer de misfornøyde seg privat helseforsikring for å få raskere og større tilgang på spesialister, ettersom det er det den dupliserende private helseforsikring i Norge dekker (Alexandersen et al 2016).

I modell 4 ble privathelseforsikring kun signifikant ved å inkludere et samspill mellom privathelseforsikring og utdanningDummy. Hver for seg er privathelseforsikring og utdanningDummy positive, som vil si at sannsynligheten for å være misfornøyd med fastlegen er større for personer med videregående utdanning eller lavere, og for personer med privat helseforsikring. Mens i samspillet blir disse negative. Slik at en person med videregående eller lavere utdanning og privat helseforsikring har mindre sannsynlighet og nedgående odds for å være misfornøyd med fastlegen enn en person med høyere utdanning og uten privat

helseforsikring. Dette stemmer ikke med forskningen til Costa-Font og Jofre-Bonet (2008) hvor personer med høyere utdanning har lavere sannsynlighet for å være negativ til det nasjonale helsevesenet, og dermed for å kjøpe privat helseforsikring. I Munro og Duckett (2015) sin forskning er de med videregående som høyeste utdanningsnivå som er mindre tilfreds med helsevesenet enn de med høyere eller lavere utdanningsnivå enn dem. Dette stemmer delvis med mine funn. Mens Calnan et al (1993) mener at personer med høyere utdanning har større sannsynlighet for å skaffe seg privat helseforsikring, enn de med lav utdanning og inntekt. Her spiller da også inntekt inn. Slik at mine funn i samspillet stemmer ikke overens med tidligere forskning, hvor de med høyere utdanning har større sannsynlighet for å være misfornøyd og skaffe seg privat helseforsikring. Mine resultater av samspillet viser det motsatte. I den sammenheng er det nevneverdig at utdanningDummy kun ble signifikant i modell 4, som vil kunne tilsi at privathelseforsikring er en konfunderende, bakenforliggende variabel for utdanningDummy. Mens tilfellet ikke så tydelig i motsatt ende, ettersom variablene for privat helseforsikring blir signifikante i nesten alle de andre modellene. Men utdanningDummy måtte inkluderes i alle modeller for best mulig forklaringsgrad og spesifiserte modeller. Dermed kan ikke H6 bekreftes direkte, men delvis, ettersom utdanningDummy og privathelseforsikring ble positiv for så å bli negativ i samspillet.

I sammenheng med utdanningsnivå, er det, som nevnt tidligere, oftere bedrifter med høy ulykkesfrekvens og som mulig krever yrkesfaglig og da videregående utdanning heller enn høyere utdanning, som tilbyr privat helseforsikring til sine ansatte, jmf. kapittel 2.5 og 2.7. Dette kan da også ha en sammenheng med mitt funn av mindre sannsynlighet for misnøye blant de med videregående eller lavere utdanning og privat helseforsikring. Likevel er det flere bedrifter innenfor yrker som krever høyere utdanning som tilbyr privat helseforsikring til ansatte, slik at det trenger ikke ha en direkte sammenheng. Type bedrift respondentene er ansatte i ville derfor vært interessant i denne sammenhengen.

Det er også interessant at de ulike variablene for privat helseforsikring, både samlet, individuelt kjøpt og arbeidsgiverbetalt privat helseforsikring, fikk samme resultat. I den grad at alle ble positive, med økende odds og positiv estimert sannsynlighet. Med unntak av den bivariante modell 3 som ble ikke-signifikant. Den største forskjellen mellom variablene er at sannsynligheten for personer med arbeidsgiverbetalt helseforsikring er over 17%, mens de for de tre andre multivariate modellene er sannsynligheten på rundt 14%. Likevel betyr dette at personer med privat helseforsikring samlet sett, gjennom arbeidsgiver eller gjennom

egenbetaling har større sannsynlighet for å være misfornøyd. I forskningen til Calnan et al (1993) er personer med individuelt kjøpt privat forsikring mer støttende for private helsetjenester, mens personer med arbeidsgiverbetalt forsikring var mer mot private helsetjenester og for nasjonalt helsesystem. Mens Aarbu (2010) fant at etterspørsel etter arbeidsgiverbetalt helseforsikring ikke ble påvirket av helsekøer og misnøye med kvaliteten, mens dette er tilfellet for individuelt betalt helseforsikring.

Ettersom Kvalitet er avhengig variabel i modellene med EgenPHF2 og arbeidsgiverbetalt som variabler for privat helseforsikring, kan disse variablene tolkes som økt odds for og større sannsynlighet for misnøye med tilfredshet med helhetlig kvalitet men også helhetlig tilfredshet med helsevesenet. Likevel er mitt samlede fokus med de to avhengige variablene tilfredshet med helsevesenet, slik at misnøye med kvaliteten direkte vil ikke diskuteres mer. Det er også interessant at variabelen ”arbeid” i modell 6 ble negativ og har nedgående odds. Det i modellen hvor EgenPHF2 er variabelen for privat helseforsikring. Personer i arbeid har dermed mindre sannsynlighet og odds for å være misfornøyd med helsevesenet. Ettersom denne variabelen kun ble signifikant i modellen med individuelt betalt helseforsikring, kan dette antyde at det er en sammenheng mellom arbeid og privat helseforsikring, ettersom man gjennom arbeid får inntekt man kan kjøpe seg privat helseforsikring.

Den større sannsynligheten for misnøye med helsevesenet for personer med privat helseforsikring, er også interessant med tanke på den helhetlige tilfredsheten med helsevesenet i befolkningen. Helhetlig er den norske befolkning ganske og veldig tilfreds og fornøyd med helsevesenet og helsetjenestene (EPSI 2016; Amundsen 2017; Difi 2017). Mens i utvalget mitt av nordmenn med privat helseforsikring har de større sannsynlighet for å være misfornøyd, det antyder at de er utilfredse. Målingene av den norske befolkningens tilfredshet med helsevesenet er ikke gjort i sammenheng med privat helseforsikring, men med en slik jevn tilfredshet er det likevel interessant at nordmennene i mitt utvalg som har privat helseforsikring har større sannsynlig for å være utilfredshet og misfornøyd. Her kan også overrepresentasjonen av personer over 40 år i utvalget spille inn. Flere yrkesaktive i utvalget vil gi en større andel med privat helseforsikring i utvalget enn befolkningen. Denne andelen med privat helseforsikring og deres større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet, kan illustrere tilstanden for den yrkesaktive befolkningen med privat helseforsikring. Spesielt fra 40 år og oppover, men også yngre, og hva som kan skje framover

om utviklingen fortsetter som de siste 10-15 årene. Implikasjonene dette kan føre til vil bli diskutert nærmere i den samlede diskusjonen i delkapittel 4.3.

4.2.2 Alder

Med tanke på alder har denne en kurvelineær sammenheng i modell 2 og modell 6. Begge disse tyder på at utilfredshet med helsevesenet varierer med alder. Og at yngre fra 16 til 40-årene har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn eldre mellom midten av 40-årene til 75 år. Mens alder²delt i modell 4 og 8 er negativ, som vil si personer mellom 51 og 75 år har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet og fastlegen og helsevesenet enn yngre mellom 16 og 50 år. Slik at både den kontinuerlige variabelen for alder og den dummykodete dikotome variabelen alder²delt gir likt resultat. Det tyder på at jeg kan bekrefte H3 og H4. Disse funnene stemmer delvis med forskningen til Wendt et al (2010) hvor de mellom 20 og 64 er mindre tilfredse, mens de under 20 og de over 64 var mer tilfredse. Likevel stemmer de heller ikke helt, ettersom mine funn tyder på at de mellom 16 og 40-årene har større sannsynlighet for å være utilfredse, ikke de mellom 20 og 64. I forskningen til Costa-Font og Jofre-Bonet (2006) fant de også en kurvelineær sammenheng, hvor yngre er mindre tilfredse og eldre mer tilfredse med helsetjenestene. Dette stemmer mer overens med mine funn. Mens mine funn stemmer ikke med Horodnic et al (2018) sine funn, hvor yngre enn 25 har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Ettersom dataene for alder har blitt vektet for den middelaldrende og eldre befolkningen for å få med sykdomsbildet og bruk av helsetjenester, kan dette også virke inn på mine funn. Men ettersom denne tendensen viser seg i alle modeller, både for brukere og ikke-brukere samlet, og brukere alene, vil jeg si disse er pålitelige funn for alder. I tillegg bruker personer i alle aldre oftere fastlegen enn andre helsetjenester, så tilfredshet med fastlegen ut fra alder vil også gi en god indikasjon på sammenhengen.

4.2.3 Kjønn

I litteraturen til Blekesaune og Quadagno (2003) er kvinner mer positive til velferdspolisyer, som kan komme av større bruk av velferdstjenester, herunder blant annet helsetjenester. Mens hos studien til Costa-Font og Jofre-Bonet (2008) har menn større sannsynlighet for å være støttende til det nasjonale helsevesenet. En del litteratur har også fått ikke-signifikante resultater for kjønnsvariabelen. I modell 2,4 og 8 er dette tilfellet. Mens i modell 6 for sammenhengen mellom Kvalitet, EgenPHF2 og kontrollvariabler, blir kjønn signifikant og er negativ og har nedgående odds. Det antyder at kvinner har mindre odds og sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Dette samsvarer med forskningen til Horodnic et al

(2018). Sannsynligheten for en gjennomsnittskvinne er 9,1%, for en gjennomsnittlig mann 12,7%. Dette tyder også på at H5 om at kvinner har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsevesenet kan bekreftes, men med forbehold ettersom mine funn viser mindre sannsynlighet for å være misfornøyd.

4.2.4 Inntekt og økonomisk situasjon

I modell 2, 4 og 6 er Inntekt ikke-signifikant. Mens i modell 8 er inntektsvariabelen signifikant og positiv. Det tyder på at ved økende inntekt jo større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Ved sannsynlighetsprediksjon ser vi at en person som tjener minst, under 100 000 har en sannsynlighet på 8,7%, mens tilsvarende for en person som tjener mest er sannsynligheten 18,7% for å være misfornøyd med helsevesenet. Jo høyere inntekt, jo større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Dette tyder på at jeg kan bekrefte H8. Dette funnet stemmer overens med forskningen til Costa-Font og Jofre-Bonet (2006) hvor personer med høyere inntekt er mindre tilfreds med helsesystemet og har større sannsynlighet for å skaffe seg privat helseforsikring. Og at høyere inntekt fører til mindre støtte til det nasjonale helsevesenet (Costa-Font og Jofre-Bonet 2002). Dette stemmer likevel ikke med Footman et al (2013) sine funn, hvor personer i lavinntektsgruppen har lavere sannsynlighet for å være tilfreds med helsesystemer enn personer i høyinntektsgruppen. Dette kan ha en sammenheng med den økonomiske situasjonen til respondentene. Kostnader ved helsetjenester og betalingsevne for helseutgifter kan spille en rolle for tilfredshet (Akinci og Sinay 2003; Munro og Duckett 2015).

Vurderer man økonomiske situasjonen som dårlig eller utfordrende, kan dette spille negativt inn på tilfredsheten med helsevesenet (Wendt et al 2010; Papanicolas et al 2013). Variabelen økosituasjon er positiv og signifikant i alle de multivariate modellene, også i modell 8 hvor inntekt også er signifikant. Det tyder på at personer som vurderer sin egen økonomiske situasjon som dårlig har større sannsynlighet og større odds for å være misfornøyd med helsevesenet. I gjennomsnitt for modellene har en person som vurderer sin egen økonomiske situasjon 16,62% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Dette stemmer overens med tidligere forskning og gjør at jeg kan bekrefte H13. Med tanke på sammenheng mellom inntekt, økonomisk situasjon og utdanningsnivå og tilfredshet, som funnene til Xiao og Barber (2008), ble ingen av samspillene mellom inntekt og utdanningDummy eller inntekt og økosituasjon testet for alle modellene signifikante. Derfor må jeg avkrefte H7.

4.2.5 Politisk ståsted

Om det nasjonale offentlige helsevesenet skal fortsette som før eller få mer innslag av privat sektor, og om det er staten eller individer selv som har ansvar for egen helse, vil formes av personlig politisk ståsted, ideologisk forankring og verdisyn. Det ideologiske og politiske ståstedet vil også forme hvor tilfredse respondentene er med helsevesenet og fastlegen. (Calnan et al 1993; Taylor og Ward 2006; Martinussen 2008; Footman et al 2013). I modellene er Arbeiderpartiet referansekategori for variabelen ideologi. I alle modellene er variablene for Høyre og Frp positive og har økende odds, som vil si at personer som stemmer Høyre og Frp har økt odds og større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som stemmer Arbeiderpartiet. I gjennomsnitt for alle modellen til sammen, har personer som stemmer Høyre 17,17 % sannsynlighet for å være misfornøyd, mens tilsvarende for Frp er 19,9%.

Det er også interessant å se på personer som stemmer Høyre og Frp og har privat helseforsikring i forhold til Ap-velgere. Dette undersøkte jeg i modell 2 og fant at personer med privat helseforsikring som stemmer Høyre har en 21,6% sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Tilsvarende for Frp-stemmer er 23,1%. Dette kan tyde på at persons som stemmer konservativt eller liberalt har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet og har privat helseforsikring i forhold til Ap-velgere. Om det er det ha privat helseforsikring som gjør at disse personene er misfornøyd og stemmer Høyre eller Frp eller omvendt kan jeg ikke si noe om. Men i den tidligere forskningen anser personer som kjøper seg privat helseforsikring som det nasjonale helsesystemet for å ha redusert kvalitet og derfor stemmer de The Conservatives (Besley et al 1999). Dette bekreftes av Taylor og Ward (2006) hvor de med mer konservativt ideologisk ståsted er mer mot statlig helsevesen og har større sannsynlighet for å kjøpe seg privat. Og at de som har et mer konservativt eller liberalt ideologisk ståsted ønsker at staten har skal ha en mindre rolle i helsevesenet (Calnan et al 1993). Mens de med høyere politisk tillit har høyere tilfredshet med helsesystemets ytelse (Footman et al 2013). Det at Høyre-velgere og Frp-velgere har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet, både med og uten privat helseforsikring enn Ap-velgere er ikke den største overraskelsen, ettersom Høyre og Frp er partier som ønsker økt bruk av private aktører i helse- og omsorgssektoren og redusere statlig utgifter (Spilde 2013; Frp 2018; Høyre 2018).

Krf og SV ble kun signifikant i hver sin modell, hvor Krf er negativ og har nedgående odds. Mens SV er positiv og har økende odds. At Krf har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesen enn de som stemmer Ap, kan være overraskende om man ser på Krf som kristentkonservativt parti, men heller forventet ettersom de også identifiserer seg som et sentrumparti. Mer overraskende er at personer som stemmer SV har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer som stemmer Arbeiderpartiet. Både Ap og SV ansees som venstrepartier som støtter et nasjonalt og universelt helsevesenet og ønsker mindre innslag av private aktører. En mulig forklaring kan være at SV har programfestet å inkludere tannlegen i helsevesenet, som vil si øke størrelsen på offentlige helsevesenet og ønsker mindre innslag av privat aktørene enn det er per dags dato (Kristiansen 2017; SV 2017).

4.2.6 Egenvurdert helse

Egenvurderthelse ble positiv og hadde høyere odds i modell 2 og 8. Dette innebærer at personer som vurderer egen helsetilstand som dårlig har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Dette fant også Akinci og Sinay (2003) og Khalil (2017) i sine studier. Mens Munro og Duckett (2015) fant at de som vurderer egen helse som god er mer tilfredse, som også kan tolkes som stemmer med mine funn. Siden de som vurderer sin egen helse som god i modell 2 og 8 har en sannsynlighet på 8,6% og 8,3% i forhold til de med egenvurdert helse som dårlig har en sannsynlighet på 25,6% og 25,3% for å være misfornøyd med helsevesenet. Disse funnene gjør at jeg kan bekrefte H10. Med tanke på hva som er sammenhengen mellom dårlig egenvurdert helse og misnøye med helsevesenet kan det være at de er oftere brukere, men modellen hvor Fastlegen var avhengig ble ikke egenvurderthelse signifikant og inkludert. Likevel kan de som vurderer egen helsetilstand som dårlig være personer som bruker helsetjenestene mye og derfor er frustrert eller misfornøyd med helsevesenet på grunn av helsekø, fastlegens portvokterrolle eller for upersonlig behandling.

4.2.7 Bosted og boforhold

En persons bosted og bosituasjon vil påvirke tilgjengelige helsetjenester og personens tilfredshet med og oppfatning av helsevesenet. I alle de multivariate modellene har jeg inkludert et dummysett for bosted i landet, kalt fylker. Her har jeg slått sammen Oslo og Akershus til ett og kalt det OsloAkershus og brukt denne som referansekategori. I modell 2 er Østfold, Vestfold og Møre og Romsdal signifikante og positive. Tilsvarende for modell 6 er Vestfold og Møre og Romsdal, og i modell 8 er kun Møre og Romsdal signifikant. Mens i modell 4 er Vestfold og Møre og Romsdal signifikante. Her er Vestfold negativ og Møre og

Romsdal positiv. Ettersom personer som bor i Østfold, Møre og Romsdal og Vestfold i 3 av 4 multivariate modeller, har større sannsynlighet og økt odds for å være misfornøyd med helsevesenet i forhold til personer fra OsloAkershus med ulik grad i tre modeller, kan dette tolkes som storby versus tettsteder eller småbyer eller rurale områder. Eller storby versus resten. I OsloAkershus bor det flest innbyggere og den største byen og hovedstaten i Norge, Oslo, ligger der. Mens i Østfold, Vestfold og Møre og Romsdal bor det betydelig færre innbyggere, men det er byer i disse fylkene, men ikke på langt nær så store som Oslo. Dette kan påvirke helsetjenestetilbudet og dermed også innbyggerne i de tre mindre fylkenes tilfredshet med helsevesenet.

Misnøye med helsevesenet og helsetjenestene i mindre eller mer rurale områder stemmer med tidligere forskning til Atkinson og Haran (2005), som fant at de som bor i rurale strøk er mindre tilfredse. Men stemmer ikke med forskningen til Footman et al (2013) som fant det motsatte ut fra lavere forventninger og tilgang på helsetjenester. I modell 4 er Vestfold er negativ og har lavere odds og personer som bor der har mindre odds og sannsynlighet for å være misfornøyd med fastlegen. Dette kan kobles til et større sykehus med mange ansatte og stort pasientgrunnlag, i Tønsberg og Vestfold eller nærhet til hovedstaden (Sykehuset i Vestfold 2018). Dette stemmer mer overens med forskningen til Park et al (2016) hvor de som bor i storby er mer tilfreds med helsetjenester enn de som bor i mindre sentrale strøk eller provins. I min undersøkelse vet jeg ikke spesifikt hvor mange at de som bor i Vestfold som bor i den større byen Tønsberg, men større sykehus i fylket og nærhet til storby kan ha en sammenheng med mindre sannsynlighet for misnøye med helsevesenet. I tillegg kan en større by gi større tetthet og valgfrihet av fastleger, slik som Wendt et al (2010) fant var en viktig faktor for tilfredshet med helsevesenet. Likevel er det også større byer i Møre og Romsdal og Østfold, og spesielt Møre og Romsdal har et større sykehus med mange ansatte og pasientgrunnlag (Helse Møre og Romsdal 2018). Ettersom Oslo/Akershus er referansekategori vil jeg likevel betrakte den økte sannsynligheten for å være misfornøyd i de andre fylkene og at Vestfold og har mindre sannsynlighet i modellen med fastlegen som avhengig, dithen at jeg kan bekrefte H11.

For boforhold har jeg testet boDummy. Denne ble signifikant og inkludert i modell 4. Jeg testet boDummy for de resterende multivariate modellene, men den ble ikke signifikant og inkludert i de endelige modellene. I modell 4 er boDummy positiv slik at de som bor med ektefelle eller samboer, med eller uten barn, har større sannsynlighet for å være misfornøyd

med fastlegen. Det betyr at jeg må avkrefte H12. Dette tidvis i samsvar med forskningen til Costa-Font og Jofre-Bonet (2008), hvor gifte har større sannsynlighet for mangel på støtte for det nasjonale helsevesenet. Mens funnet strider med tidligere forskning til både Akinci og Sinay (2003), Xiao og Barber (2008) og Park et al (2016) hvor gifte personer har større sannsynlighet for å være tilfreds med helsetjenester. Single, separerte, skilte eller enker/enkemenn er derimot mindre tilfredse. Her kan omkodingen har litt å si, ettersom jeg valgte å sette bo med foreldre, alene, alene med barn og annet i samme kategori og som 0. Disse er ganske ulike svar, slik at dette kan ha noe å si for hvilken korrelasjon bosituasjon fikk i modellen. I tillegg er dette ikke en variabel for sivilstatus i seg selv, men en sammenkoblet variabel for boforhold og sivilstatus i en. Mens i den tidligere forskningen ble det brukt blant annet gift og singel som kategori. Jeg kan likevel ikke bekrefte H12.

4.3 På veg mot et todelt helsevesen?

Er vi på veg mot et todelt helsevesen slik som Manifest (2009), Johannessen (2017), Johansen og Huuse (2017), Dalen (2017) og Dommerud (2017) diskuterte og uttrykte bekymring for? Nordmenn med privat helseforsikring i min analyse har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet, både brukere og ikke-brukere, med arbeidsgiverbetalt eller individuelt betalt helseforsikring. Derfor er det interessant å diskutere hva dette har og vil kunne føre til. Er den større sannsynligheten for misnøye med helsevesenet en indikasjon om at vi er på veg mot et todelt helsevesen?

Den markante økningen i privat helseforsikring fra 2003 til 2017 og i dag (Finans Norge 2015; DN 2017), sammen med personene i utvalget med privat helseforsikring sin større sannsynlighet for misnøye med helsevesenet, må ha skjedd av en grunn. Mine funn antyder at personer med høyere inntekt har større sannsynlighet for å være misfornøyd. Inntekt ble kun signifikant i modellen hvor arbeidsgiverbetalt helseforsikring er hoveduavhengig. Ettersom majoriteten av befolkningen får helseforsikring gjennom arbeidsgiver vil det være relevant i sammenheng med inntekt (Aleksandersen et al 2016). Siden privat helseforsikringen er avhengig av at enten privatpersoner betaler for forsikring ut fra egen lomme eller arbeidsgivere dekker det for arbeidstakerne sine, vil dette kunne skape et skille mellom de med jobb og de arbeidsledige, de med høy inntekt og de med lav, eller ingen inntekt eller penger på bok. Resultatet kan være at vi får et todelt helsevesen med et for arbeidsledige og lavinntektsgrupper og et for de med arbeid og høyinntektsgrupper. Om sannsynligheten for misnøye med helsevesenet sprer seg og flere skaffer seg privat helseforsikring, om det er

misnøye som fører til kjøp av privat helseforsikring, kan viljen til å finansiere det offentlige helsevesenet gjennom skatteseddelen endre seg. Støtten til det universelle helsevesenet kan svekkes for personer med privat helseforsikring. Ved svekket finansiering av og støtte til det offentlig helsevesenet, kan dette føre til at legeprofesjonen, sykepleiere og andre helsefaglig ansatte, heller flykter til det private hvor de kan få høyere lønn og nyere og mer kostbare medisinske metoder og teknologiske utstyr. Dermed blir de som ikke har privat helseforsikring, fordi de ikke har jobb eller høy nok inntekt til å betale, stående igjen med et svekket og redusert helsevesen. Mens de som har råd til å betale for helseforsikring eller har det gjennom arbeidsgiver, får et godt finansiert og fungerende privat helsevesen med de beste helseprofesjonene, helsefaglig ansatte og helsetilbudet. Litteraturen har delte funn i denne sammenhengen, spesielt ved bruk av private helsetjenester i land med offentlig helsevesen og støtte til det. Taylor-Gooby (1989) og Burchardt og Propper (1999) fant at tidligere bruk av private helsetjenester øker sannsynligheten for seinere bruk av privat helsetjenester. Og at bruk av private helsetjenester er koblet til mindre støtte for universell dekningsgrad. Men at støtten til det nasjonale helsesystemet som helhet ikke forsvinner ved bruk av private helsetjenester. Mens Propper (2000) fant at høyt bruk av privat helsetjenester kan føre til lavere støtte for likhetstanken bak det offentlige helsevesenet. Dette kan redusere vilje til å betale skatt for det, som igjen kan gjøre at det offentlige helsevesenet blir et ”fattigere helsevesen for de fattige”.

Personene med individuelt betalt eller arbeidsgiverbetalt i utvalget mitt, representerer ikke tilstanden i befolkningen direkte, ettersom majoriteten har det gjennom arbeidsgiver, ikke egenbetalt. Dette viser derimot en interessant sammenheng, og relevant for om utviklingen går den veien, nettopp at flere kjøper seg helseforsikring individuelt istedenfor å få det gjennom arbeidsgiver. Er individuelt kjøpt helseforsikring et sterkere uttrykk for misnøye med helsevesenet? Jeg har ikke sett på styrken av misnøye, kun sannsynlighet for misnøyen, men det er likevel interessant. Ettersom arbeidsgiverbetalt helseforsikring ikke har økt på grunn av helsekø og misnøye med kvaliteten (Manifest 2009), men heller markedsføring og prisreduksjon fra forsikringsselskapssidene, og at bedrifter også skaffer helseforsikring til sine ansatte for å få ned sykefravær, som rekrutteringsverktøy og et gode (Hem 2009; Hem 2015; Aarbu 2008). Om utviklingen går i lik retning som mitt utvalg, hvor det er et knapt flertall med individuelt betalt helseforsikring, vil det være interessant å se om sannsynligheten for misnøye med helsevesenet øker. Om misnøyen med helsevesenet sprer seg, vil da flere få seg

privat helseforsikring? Denne utviklingen vil også være interessant i internasjonal sammenheng og spesielt i andre land med nasjonalt og universelt helsevesen.

Synker støtten til det nasjonale offentlige helsevesenet og misnøyen øker, kan det også reflektere redusert støtte til den norske velferdsstaten som helhet. Ettersom yngre og middelaldrende har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn de eldre, indikerer dette en endring i støtte for velferdsstaten? Hva vil skje når de yngste mellom 16-30 år starter i arbeidslivet for fullt? Vil alle kreve privat helseforsikring fra arbeidsgiver? Eller peile seg inn på en karriere i en sektor og bedrift som tilbyr en slik helseforsikring? Eller en jobb med høy lønn for å kunne skaffe seg det selv om privatperson? Her vil da også utdanningsnivå og type, inntekt og type arbeidsplass spille inn som kan skape et enda mer todelt helsevesen. Mitt funn om at de med videregående eller lavere utdanning har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn de med høyere utdanning, vil også være relevant i denne sammenhengen. Dette stemte ikke med tidligere forskning, men endret seg ved samspill mellom utdanning og privat helseforsikring. Utdanningsnivå og lønn henger ofte sammen med arbeidsplass som igjen kan henge sammen med privat helseforsikring (SSB 4.07.2017).

Ved senere forskning vil det derfor være interessant å også inkludere en variabel om hvilken type arbeidsplass og bedrift respondentene jobber i, ettersom ikke alle arbeidsplasser tilbyr privat helseforsikring til sine ansatte og majoriteten av nordmenn får det via arbeidsgiver, jmf. delkapittel 2.71. Også kjønn vil kunne spille en rolle i sammenheng med dette, ettersom kvinner i mitt utvalg har mindre sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet, vil det også være interessant hvilken type bedrift og sektor kjønnene er ansatt i. Bosted og bosituasjon vil også kunne spille inn. Den økte odds for å være misfornøyd for personer som bor i Møre og Romsdal, Østfold og til dels Vestfold i forhold til personer som bor i Oslo/Akershus, kan skape et skille mellom hovedstaden eller storbyen versus resten av landet. Dette kan dermed skape et todelt helsevesen for de som bor i storbyen og har god tilgang på privat behandling og resten som har varierende tilbud i sitt fylke og kommune utenfor storbyene.

I alle modellen har Høyre- og Frp-velgere større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn Ap-velgere. Dette var i Høyre/Frp-regjeringens andre år i regjering etter stortingsvalget 2014 (Statsministerens kontor 2018). Derav har de dermed større

sannsynlighet for misnøye under en Høyre/Frp-regjering. Dette er ikke unikt, ettersom andelen med privat helseforsikring har økt under både Bondevik-II-regjeringen, Rødgrønn-regjering, Høyre/Frp-regjeringen og Høyre/Frp/Venstre-regjeringen fra 2003-2017. Slik at regjeringsfarge har ikke påvirket denne økningen i motsatt retning, heller ikke skattefradrag eller reversering av skattefradrag (Seim et al 2007; Alexandersen et al 2016). Likevel har Høyre-velgere og Frp-velgere større sannsynlighet for misnøye med helsevesenet i alle modeller, SV-velgere i én og Krf-velgere mindre sannsynlighet for misnøye i en modell, i forhold til Ap-velgere. Høyre- og Frp-velgernes større sannsynlighet er ikke overraskende, ettersom de ønsker et større innslag av private aktører. Derimot at SV-velgere har større sannsynlighet for misnøye enn Ap-velgere var overraskende, men kan også uttrykke et ønske om et enda mer omfattende helsevesen og færre private aktører. Krf-velgernes lavere odds vil jeg også som anse som normalt, ettersom de er et sentrumparti.

Muligheten for et todelt helsevesenet kan også uttrykkes gjennom forskjellen i tilfredshet mellom de med dårlig økonomisk situasjon og dårlig egenvurdert helse og motsatt. Personer som vurderer egne økonomisk situasjon som dårlig, har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Mens individer som vurderer egen helsesituasjon som dårlig, har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet. Mens de som vurderer egen økonomiske situasjon som god og helsestatus som god, har mindre odds og sannsynlighet for å være misfornøyd. Uttrykker dette også et todelt helsevesen, de med dårlig helse og økonomisk situasjon og de med god? Dette kan også illustrere viktigheten av forskjellen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og status.

Til tross for alle disse funnene i min analyse og tidligere forskning, mener 61% av den norske befolkningen at mye er veldig bra med det norske offentlige helsevesenet (Amundsen 2017). Og majoriteten av den norske befolkning har ikke privat helseforsikring. Kun rundt 9,84% av 5,2 millioner per 2017 (Aleksandersen et al 2016; DN 2017). Slik at tallmessig tyder det ikke på at vi er på veg mot et todelt helsevesen. Men om utviklingen fortsetter i tempoet fra 2003-2017, kan det derimot være det motsatte. Samtidig vil mine funn være interessante om de blir gjeldende for den øvrige befolkningen i årene fremover, og andelen av befolkningen med privat helseforsikring øker, misnøyen med helsevesenet øker og om dette til slutt indikerer redusert støtte til helsevesenet og velferdsstaten som helhet. Slik at utviklingen foreløpig går mot at flere nordmenn får seg privat helseforsikring, og at disse i min studie har større sannsynlighet for å være misfornøyd, kan det antyde at det er en forskjell i helsetilbud, om

ikke et todelt helsevesen, men i hvert fall en forskjell mellom personer i arbeid med arbeidsgiverbetalt helseforsikring, og de i arbeid eller uten arbeid og uten arbeidsgiverbetalt helseforsikring. Samt en forskjell mellom de som kjøper privat helseforsikring selv, med inntekt og de som ikke kjøper helseforsikring, med mulig lav, høy eller ingen inntekt, i eller uten arbeid.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Problemstillingen har vært om personer med privat helseforsikring mindre fornøyd med helsevesenet enn de uten privat helseforsikring? I tillegg har jeg også undersøkt om det er forskjell mellom de med individuelt betalt helseforsikring og arbeidsgiverbetalt helseforsikring.

Mine funn tyder på at det er en sammenheng mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring. Dette gjelder for brukere, og ikke-brukere og brukere samlet. Felles for alle modeller, med unntak av en bivariat, er at personer med privat helseforsikring har større sannsynlighet for å være misfornøyd med helsevesenet enn personer uten privat helseforsikring. Dette gjelder for samlet variabel, og de med individuelt betalt og arbeidsgiverbetalt helseforsikring. Misnøyen kan, ifølge tidligere forskning, komme av redusert kvalitet på helsevesenet, mindre støtte til å finansiere offentlig helsevesen og ønske om raskere og bedre tilgang på spesialistbehandling og mer personlig tilpasset behandling (Calnan et al 1993; Besley et al 1999; Propper 2000; Costa og García 2003; Papanicolas et al 2013).

Utviklingen hvor flere og flere nordmenn får privat helseforsikring, og mine funn hvor de med privat helseforsikring har større sannsynlighet og høyere odds for å være misfornøyd med helsevesenet, kan indikere en tendens hvor vi er på veg mot et todelt helsevesen, i hvert fall om utviklingen skjer i så stor skala som de siste 10-15 årene og misnøyen også øker. Men nordmenn er også jevn over tilfredse med helsevesenet, slik at utviklingen av andelen med privat helseforsikring vil være avgjørende.

Ved senere forskning vil det være interessant å inkludere variabler som fanger opp hvilken type arbeidsplass eller bedrift respondentene jobber hos eller for, ettersom det varierer hvilken type selskaper som tilbyr privat helseforsikring til sine ansatte, og se om det er forskjell i tilfredshet mellom disse. I tillegg vil et mer helhetlig mål på tilfredshet, ikke kun gjennom kvalitet, være nyttig å undersøke, det samme gjelder for brukeres tilfredshet med helsetjenester. Dette vil gi et mer overordnet blick på tilfredsheten til både ikke-brukere og brukere. Min undersøkelse er en tverrsnittsanalyse, men sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet og privat helseforsikring ville også vært interessant å se på over tid. Slik at

en eventuell tidsseriestudie av denne sammenhengen vil også være interessant for senere forskning.

Litteraturliste

Aarbu, Karl Ove (2008) ”Privat behandlingforsikring – kommet for å bli?”, *Magma Tidsskrift for økonomi og ledelse*, 4.

Aarbu, Karl, O. (2010) *Demand Patterns for Treatment Insurance in Norway*. CESifo Working Paper No. 3021. Hentet 29.januar 2018 fra http://www.cesifo-group.de/DocDL/cesifo1_wp3021.pdf

Akinci, F. og Sinay, T. (2003) ”Perceived access in managed care environment: determinants of satisfaction”, *Health Services Management Reserach*, 16(2), 85-95.

Alexandersen, Nina, Anell, Anders, Kaarboe, Oddvar, Lehto, Juhani, S., Tynkkynen, Liina-Kaisa og Vrangbæk, Karsten (2016) ”The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries”, *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 68-83.

Alexandersen, Nina, Hagen, Terje, P. og Kaarbøe, Oddvar (2017) ”Hvilke bedrifter kjøper private helseforsikringer i Norge?”, *Samfunnsøkonomen*, 1, 31-38.

Amundsen, Bård (2017) *Norsk helsevesen har lite fornøyde pasienter*. Hentet 22.januar 2018 fra <https://forskning.no/helse-helsepolitikk-helsetjenester-sykepleie/2017/01/norsk-helsevesen-har-lite-fornoyde-pasienter>

Andresen, Kari (2012) *Rettferdig fordeling av helse*. Hentet 26.februar 2018 fra <https://forskning.no/helsepolitikk-etikk-velferdsstat/2012/07/rettferdig-fordeling-av-helse>

Atkinson, Sarah og Haran, Dave (2005) ”Individual and district scale determinants of users’ satisfaction with primary health care in developing countries”, *Social Science & Medicine*, 60, 501-513.

Berge, Øyvind, M. og Hyggen, Christer (2010) *Framveksten av private helseforsikringer i Norden*. Fafo-notat 2010:11. Hentet 13.mars 2018 fra http://www.faf.no/media/com_netsukii/10107.pdf

Besley, Timothy, Hall, John og Preston, Ian (1999) "The demand for private health insurance: do waiting lists matter?", *Journal of Public Economics*, 72 (2), 155-188.

Blekesaune, Morten og Quadagno, Jill (2003) "Public Attitudes toward Welfare State Policies: A Comparative Analysis of 24 Nations", *European Sociological Review*, 19(5), 415-427.

Bordvik, Målfrid (2017) *Frykter todelt helsevesen gir utbrente leger*. Hentet 10.mai 2018 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/08/16/-todelt-helsevesen-gir-utbrente-leger/>

Brunner, Greg, Gottret, Pablo, Hansl, Birgit, Kalavakonda, Vijayasekar, Nagpal, Somil, Tapay, Nicole (2012) *Private voluntary health insurance: consumer protection and prudential regulation*. Hentet fra <https://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/978-0-8213-8756-6?download=true>

Bufdir (2016) *Sektorer, næringer og yrker: kjønnsfordeling*. Hentet 27.februar 2018 fra https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Kjonnslikestilling/Arbeidsliv_og_kjonn/Kjonnsfordeling_sektorer/

Burchardt, Tania og Propper, Carol (1999) "Does the UK Have a Private Welfare Class?", *Journal of Social Policy*, 28(4), 643-665.

Calnan, Michael, Cant, Sarah og Gabe, Jonathan (1993) *Going private. Why people pay for their health care*. Buckingham: Open University Press.

Calnan, Michael., W. og Sanford, E. (2004) "Public trust in health care: the system og the doctor?", *Quality & Safety in Health Care*, 13(2), 93-97.

Carlsen, Fredrik og Bringedal, Berit (2009) "Befolkningens tilfredshet med helsetjenesten og legers tilfredshet med arbeidssituasjon", *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 129(5), 405-407.

Christensen, Ann og Søgaard, Rikke (2013) "Determinants for employer-paid health insurance coverage: a population-based study of the Danish labour force", *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 597-603.

Christensen, Marit, E., L. (2014) – *Flere menn må velge kvinneyrker*. Hentet 27.februar 2017 fra <https://forskning.no/arbeid-likestilling/2014/12/velferdsstaten-trenger-flere-menn-gjor-som-kvinner>

Colombo, Francesca og Tapay, Nicole (2004) "Private Health Insurance in OECD Countries: The benefits and costs for individuals and health systems", *OECD Health Working Papers*, No. 15. OECD Publishing, Paris. Hentet 5.mars 2018 fra <http://dx.doi.org/10.1787/527211067757>

Costa-Font, Joan og Font-Vilalta, Montserrat (2004) "Preference for National Health Service Use and the Demand for Private Health Insurance in Spain", *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 29(4). 705-718.

Costa-Font, Joan og Jofre-Bonet, Mireia (2006) "Are Private Health Insurance Subscribers Unsatisfied with the Spanish National Health System?", *The Geneva Papers*, 31, 650-668.

Costa-Font, Joan og Jofre-Bonet, Mireia (2008) "Is there a "secession of the wealthy"? Private health insurance uptake and national health system support", *Bulletin of Economic Research*, 60(3), 265-287.

Costa, Joan og García, Jaume (2003) "Demand for private health insurance: how important is the quality gap?", *Health Economics*, 12, 587-599.

Dahl, Espen, Bergsli, Heidi, van der Wel, Kjetil, A. (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport*. Hentet 15.februar 2018 fra <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Sammendragsrapport>

Dalen, Dag, M. (2017) *Et todelt helsevesen vokser frem*. Hentet 10.mai 2018 fra <https://agendamagasinet.no/kommentarer/et-todelt-helsevesen/>

Dalslåen, Anna, K. (2016) *Behandlingsforsikring i Norge: en logistisk regresjonsanalyse av hva som p avirker norske innbyggere til   ha privat helseforsikring*. (Mastergradsavhandling, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2436440>

Den Norske Legeforening (2017) *Fastlegene stadig mer populære i befolkningen*. Hentet 22.januar 2018 fra <http://legeforeningen.no/Nyheter/2017/Fastlegene-stadig-mer-populare-i-befolkningen/>

Difi (2017) *Innbyggerunders ekelsen 2017*. Hentet 22.januar 2018 fra <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017/hva-mener-brukerne>

DN (2017) *Stor økning i private helseforsikringer*. Hentet 18.januar 2018 fra <https://www.dn.no/nyheter/2017/09/02/1107/Finans-Norge/stor-okning-i-private-helseforsikringer>

Dommerud, Tine (2017) *6 av 10 mener vi har et todelt helsevesen*. Hentet 10.mai 2018 fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/E8rMG/6-av-10-mener-vi-har-et-todelt-helsevesen>

EPSI Rating (2016) *Høy tilfredshet med helsetjenestene i Norge*. Hentet 19.januar 2018 fra <http://www.epsi-norway.org/report/helsetjenester-2016/>

EUR-LEX (2011) *Non-life insurance: third Directive*. Hentet 5.mars 2018 fra <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM:l24028b>

Fairbank, A., C., Stapleton, S., R. og Jarrett, P., E., M. (1990) "Patients with private health insurance using NHS facilities in preference to private care", *British Medical Journal*, 300, 719-720.

Farbrot, Audun (2008) *Fornøyd med fastlegen*. Hentet 4.april 2018 fra <https://forskning.no/arbeid-forbruk-politikk-velferdsstat/2008/05/fornoyd-med-fastlegen>

Farbrot, Audun (2012) *Fastlegen fortsatt på topp*. Hentet 4.april 2018 fra <https://forskning.no/helsetjeneste-helseadministrasjon-ledelse-og-organisasjon-forbruk-velferdsstat/2012/06/fastlegen>

Farbrot, Audun (2017) *Slik unngår vi lange helsekøer*. Hentet 6.juni 2018 fra <https://forskning.no/2017/05/viser-vei-til-bedre-helsetjeneste/produisert-og-finansiert-av/handelshoyskolen-bi>

Finans Norge (2014) *Behandlingsforsikring - kritisk sykdom og barneforsikring*. Hentet 18.januar 2018 fra <https://www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/Arlige-publikasjoner/Behandlingsforsikring---kritisk-sykdom-og-barneforsikring/>

Finans Norge (2015) *Stadig flere med privat behandlingforsikring*. Hentet 18.januar 2018 fra <https://www.finansnorge.no/aktuelt/nyheter/2015/08/stadig-flere-med-privat-behandlingforsikring/>

Finans Norge (2017) *Behandlingsforsikring stadig mer utbredt*. Hentet 18.januar 2018 fra <https://www.finansnorge.no/aktuelt/nyheter/2017/02/behandlingforsikring-stadig-mer-utbredt/>

Forsikring & Pension (2017) *Sundhedsforsikring – Antal forsikrede, præmier og erstatninger*. Hentet 14.mars 2018 fra http://www.forsikringogpension.dk/presse/Statistik_og_Analyse/statistik/forsikring/antallpolicer/Sider/Sundhedsforsikring_Antal_forsikrede_praemier_erstatninger.aspx

Footman, Katharine, Roberts, Bayard, Mills, Anne, Richardson, Erica og McKee, Martin (2013) "Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries of the former Soviet Union", *Health Policy*, 112, 62-69.

Frp (2018) *Helse og eldreomsorg*. Hentet 26.mai 2018 fra <https://www.frp.no/hva-vi-mener/helse-og-eldreomsorg#>

Grepperud, Sverre og Iversen, Tor (2011) ”Hvem har arbeidsgiverfinansiert behandlingsforsikring?”, *Tidsskrift for velferdsforskning*, 14(1), 15-24.

Grymer, Torunn og Strønen, Anja (2016) *Nesten en halv million nordmenn har privat helseforsikring*. Hentet 18.januar 2018 fra <https://www.nrk.no/norge/nesten-en-halv-million-nordmenn-har-privat-helseforsikring-1.12967399>

Hagen, Terje, P. (2018) *Privatisering på norsk*. Hentet 22.mars 2018 fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/317798/Privatisering%20pa%CC%8A%20norsk%20-%20Terje%20P%20Hagen.pdf>

Hall, John og Preston, Ian (1998) *Public and Private Choice in UK Health Insurance*. IFS Working Paper, W98/19. Hentet 21.februar 2018 fra <https://www.ifs.org.uk/wps/wp9819.pdf>

Helfo (2018) *Informasjon om fritt behandlingsvalg til deg som kan henvise*. Hentet 17.januar 2018 fra <https://helfo.no/helseaktor/fritt-behandlingsvalg/informasjon-om-fritt-behandlingsvalg-til-deg-som-kan-henvise>

Helsedirektoratet (2014) *Om kvalitet og kvalitetsindikatorer*. Hentet 19.januar 2018 fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

Helsedirektoratet (2017) *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Hentet 15.februar 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven#definisjoner-%C2%A7-1-3>

Helsedirektoratet (2018) *Fastlegestatistikk*. Hentet 6.juni 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk#fastlegestatistikk-2017>

Helse Møre og Romsdal (2018) *Om oss*. Hentet 31.mai 2018 fra <https://helse-mr.no/om-oss#om-helse%C3%B8retaket>

Helse- og omsorgsdepartementet (15.06.2014) *Gir pasienter fritt behandlingsvalg*. Hentet 17.januar 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Gir-pasienten-fritt-behandlingsvalg/id763137/>

Helse- og omsorgsdepartementet (30.10.2014) *Statlig finansiering av de regionale helseforetakene*. Hentet 17.januar 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel/id227797/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Mer rettferdig prioritering*. Hentet 14.mars 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/mer-rettferdig-prioritering/id2502892/>

Hem, Karl-Gerhard (2009) *Rapport. Privat helseforsikring og sykefravær*. SINTEF Rapport A13613 – Åpen. Hentet 8.mars 2018 fra <https://www.sintef.no/contentassets/d348c3a91a46490a9decbe4473b759d/a13613-privat-helseforsikring-og-sykefravar.pdf>

Hem, Karl-Gerhard (2015) *Rapport Private helseforsikringer og sykefravær*. SINTEF Rapport A26976 – Åpen. Hentet 8.mars 2018 fra <https://www.nho.no/siteassets/nhos-filer-og-bilder/filer-og-dokumenter/arbeidslivspolitik/sintef-rapport-om-helseforsikringer.pdf>

Hill, Michael (2013) *The Public Policy Process. Sixth Edition*. Harlow: Pearson Education Limited.

Horodnic, Adrian, V., Apetrei, Andrea, Florin-Alexandru, Luca og Ciobanu, Claudia-loana (2018) ”Rating healthcare services: consumer satisfaction vs. health system performance”, *The Service Industries Journal*, 1-21.

Høyre (2018) *Pasientenes helsetjeneste*. Hentet 26.mai 2018 fra <https://hoyre.no/politikk/temaer/helse/pasientens-helsevesen-10-grep-for-pasientens-helsetjeneste/>

Johannessen, Lise, B. (2017) ”Er vi på full fart mot et todelt helsevesen?”, *Tidsskrift for Den Norske Legerforening*, 10:137, 766-767.

Johar, Meliyanni, Jones, Glenn, Keane, Michael, Savage, Elizabeth og Stavrunova, Olena (2011) ”Waiting times for elective surgery and the decision to buy private health insurance”, *Health Economics*, 20, 68-86.

Khalil, Salman (2017) *Pasienters tilfredshet med fastlegen. –En sammenheng med helsetilstand og sosioøkonomisk bakgrunn?* (Masteravhandling, Universitetet i Oslo). Hentet 4.april 2018 fra https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/57326/Salman-Khalil_Masteroppgave.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kiil, Astrid (2012) "What characterises the privately insured in the universal health care systems? A review of empirical evidence", *Health Policy*, 106 (1), 60-75.

King, Derek og Mossialos, Elias (2005) "The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England, 1997-2000", *Health Service Research*, 40(1), 195-212

Kristiansen, Ivar, S. (2017) "Verdiløs helsepolitikk", *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 16, 1-3.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (2015) *Helsebarometeret 2015. Oppfatningen av egen helse, helsetilbudet og prioritering i Helse-Norge*. Oslo: Landsforeningen for hjerte- og lungesyke.

Lein, Marthe (2015) *Hvorfor har høyt utdannede bedre helse?* Hentet 22.februar 2018 fra <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/hvorfor-har-hoyt-utdannede-bedre-helse/>

Lunde, Elin, S., Otnes, Berit og Ramm, Jorun (2017) *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester*. Rapport 16/2017. Hentet 27.februar 2018 fra https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/312917?_ts=15cbf99fcd8

Magnussen, Jon, Vrangbæk, Karsten, Saltman, Richard, B. og Martinussen, Pål, E. (2009) Introduction: The Nordic model of health care. I Magnussen, Jon, Vrangbæk, Karsten og Saltman, Richard (Red.) *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy changes*. Maidenhead: Open University Press. Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/98417/E93429.pdf

Malm, Anders (2014) *Overdreven tro på helsereformer?* Hentet 5.juni 2018 fra https://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Overdreven_tro_pa_helsereformer/12539928455

Manifest (2009) *Klassedelt Helsevesen? Om utbredelsen av privat helseforsikring i Norge*. Rapport Nr. 1. Hentet 14.mars 2018 fra <http://manifesttankesmie.no/wp-content/uploads/sites/2/2015/02/KlassedeltHelse1.pdf>

Martinussen, Pål, E. (2008) "Self-interest or Ideology? The Attitude of Norwegian Medical Specialists towards Private Welfare Services", *Scandinavian Political Studies*, 31(2), 149-172.

Martinussen, Pål, E. Og Magnussen, Jon (2009) Health care reform: the Nordic Experience. I Magnussen, Jon, Vrangbæk, Karsten og Saltman, Richard (Red.) *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy changes*. Maidenhead: Open University Press. Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/98417/E93429.pdf

Mehmetoglu, Mehmet og Jakobsen, Tor, G. (2017) *Applied Statistics Using Stata. A Guide for the Social Sciences*. London: SAGE Publications Ltd.

Midtbø, Tor (2012) *Stata. En entusiastisk innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

Midttun, Linda (2007) *Private spesialisthelsetjenester: utvikling og geografiske forskjeller*. Hentet 17.januar 2018 fra <https://www.sintef.no/projectweb/startsiden/samdata-pa-nett/samdata-2006/sektorrapport-somatisk-spesialisthelsetjeneste-2006/private-spesialisthelsetjenester-utvikling-og-geografiske-forskjeller/>

Moe, Lasse (2016) *Norske kunder kjøper helseforsikring for 300 millioner kroner mer enn i 2013*. Hentet 18.januar 2018 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/02/24/norske-kunder-kjoper-helseforsikring-for-270-millioner-kroner-mer-enn-i-2013/>

Munro, Neil og Duckett, Jane (2015) "Explaining public satisfaction with health-care systems: findings from a nationwide survey in China", *Health Expectations*, 19(3), 654-666.

NRK (2013) *Valgresultat*. Hentet 15.mai 2018 fra <https://www.nrk.no/valg2013/valgresultat/>

Ozawa, Sachiko og Sripad, Pooja (2013) "Review. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature", *Social Science & Medicine*, 91, 10-14.

Palme, Mårten (2017) Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys. Svensk Försäkrings rapportserie: Vår framtida välfärd. Hentet 13.mars 2018 fra https://www.svenskforsakring.se/globalassets/rapporter/valfard/sf_rapport5_sartryck_webb.pdf

Papanicolas, Irene (2013) "International Frameworks for Health System Comparison" i Papanicolas, Irene og Smith (Red), *Peter Health System Performance Comparison. An agenda for policy, information and research*. Mainhead: Open University Press.

Papanicolas, Irene, Cylus, Jonathan og Smith, Peter, C. (2013) "An Analysis Of Survey Data From Eleven Countries Finds That "Satisfaction" With Health System Performance Means Many Things", *Health Affairs*, 32(4), 734-743.

Park, Kisoo, Park, Jumin, Kwon, Young, D., Kang, Yoonjeong og Noh, Jin-Won (2016) "Public satisfaction with the healthcare system performance in South Korea: Universal healthcare system", *Health Policy* 120, 621-629.

Paust, Thomas (2016) – *Derfor lever rike lenger enn de fattige*. Hentet 26.februar 2018 fra <https://www.nettavisen.no/na24/--derfor-lever-rike-folk-lenger-enn-de-fattige/3423212769.html>

Propper, Carol (2000) "The Demand for private health care in the UK", *Journal of Health Economics*, 19(6), 855-576.

Propper, Carol, Rees, Hedley og Green, Katherine (2001) "The Demand for Private Medical Insurance in the UK: A Cohort Analysis", *The Economic Journal*, 111 (471), 180-200.

Ringard, Ånen, Sagan, Anna, Saunes, Ingrid, S. og Lindahl, Anne, K. (2014) *Det norske helsesystemet 2013*. Rapport 2014. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20142/hit-det-norske-helsesystemet-2013>

Ringdal, Kristen (2014) *Enhet og Mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode, 3.utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ringdal, Kristen og Wiborg, Øyvind (2017) *Lær deg Stata. Innføring i statistisk dataanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rodríguez, Marisol og Stoyanova, Alexandrina (2008) "Change In The Demand For Private Medical Insurance Following A Shift In Tax Incentives", *Health Economics*, 17, 185-202.

Rolland, Asle (2007) "Bedre enn sitt rykte? Om tilfredsheten med de utskjelte offentlige tjenestene", *Nytt Norsk Tidsskrift*, 1, 93-98.

Sagan, Anna og Thomson, Sarah (2016) *Voluntary health insurance in Europe Country Experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Sandnes, Toril (2007) *Helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom kvinner og menn*. Rapport 37/2007. Hentet 27.februar 2018 fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200737/rapp_200737.pdf

Seim, Asbjørn, Løvaas, Linda og Hagen, Terje, P. (2007) "Hva kjennetegner virksomheter som kjøper privat helseforsikringer?", *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(20), 2673-2675.

Senter for omsorgsforskning, vest (2016) *Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings- og brukerperspektiv*. Rapport Nr 1/2016. Hentet 12.mars fra 2018 fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2425093/SOF_1-2016_per0712.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Skog, Ole-Jørgen (2015) *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skålid, Jon, O. (2012) *Helse på samlebånd?* Hentet 20.mai 2018 fra <https://forskning.no/helsepolitikk-helsetjeneste-helseadministrasjon-samfunnsmedisin/2012/03/helse-pa-samleband>

Spilde, Ingrid (2013) *Ingen grunn til skråsikkerhet om privat helse*. Hentet 26.mai 2018 fra <https://forskning.no/helsepolitikk-helsetjeneste-helseadministrasjon-okonomi-politikk-velferdsstat/2013/08/ingen-grunn>

Statsministerens kontor (2018) *Regjeringen Solberg*. Hente 30.mai 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/solberg/Regjeringen-Solberg/id753980/>

SSB (30.11.2016) *Bruker Norge mye på helse?* Hentet 14.mars 2018 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/bruker-norge-mye-pa-helse>

SSB (26.01.2017) *Arbeidskraftundersøkelsen, 4.kvartal 2016*. Hentet 27.februar 2018 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/aku/kvartal/2017-01-26>

SSB (12.06.2017) *Allmennlegetjenesten*. Hentet 7.mai 2018 fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar>

SSB (13.06.2017) *Livskvalitet*. Hentet 15.februar 2018 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitet>

SSB (19.12.2017) *Sykefravær*. Hentet 27.februar 2018 fra <https://www.ssb.no/sykefratot/>

SSB (14.03.2018) *Helseregnskap*. Hentet 14.mars 2018 fra <https://www.ssb.no/helsesat/>

SSB (23.03.2018) *Pasienter på sykehus*. Hentet 7.mai 2018 fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient>

SSB (01.05.2018) *Folkemengde og befolkningsendringar*. Hentet 1.mai 2018 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/01222/tableViewLayout1/?rxid=20b8077a-05d4-41fd-ba6a-5fafa621bc08>

Svensk Försäkring (2017) *Sjukvårdsförsäkring*. Hentet 14.mars 2018 fra <https://www.svenskforsakring.se/statistik/skadeforsakring/sjukvardsforsakring/>

SV (2017) *Helse og omsorg*. Hentet 26.mai 2018 fra
<https://www.sv.no/arbeidsprogram/helse-og-omsorg/>

SVT (2016) *Privata sjukvårdsforsikringer fortsätter öka*. Hentet 14.mars 2018 fra
<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/privata-sjukvardsforsakringar-fortsatter-oka>

Sykehuset i Vestfold (2018) *Om Sykehuset i Tønsberg*. Hentet 23.mai 2018 fra
<https://www.siv.no/om-oss/om-sykehuset-i-vestfold#n%C3%B8kkeltall>

Taylor, Andrew og Ward, Damian (2006) "Consumer attributes and the UK market for private medical insurance, *International Journal of Bank Marketing*, 24(7), 444-460.

Taylor-Gooby, Peter (1989) "The Politics of Welfare Privatization: The British Experience", *International Journal of Health Services*, 19(2), 209-220.

Thomson, Sarah og Mossialos, Elias (2009) *Private health insurance and the internal market*. WHO: Regional office for Europe. Hentet 5.mars 2018 fra
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/138179/E94886_ch10.pdf

Tornes, Kristin (2013) Om verdier og kriterier i evaluering. I Halvorsen, Anne, Madsen, Einar, L. Og Jentoft, Nina (Red.) *Evaluering. Tradisjoner, praksis, mangfold* (ss. 28-42). Bergen: Fagbokforlaget

Tjønndal, Anne (2018) *Statistisk analyse i Stata*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Van Der Schee, Evelien, Braun, Bernard, Calnan, Michael, Schnee, Melanie og Groenewegen, Peter, P. (2007) "Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales", *Health Policy*, 81, 56-67.

Wendt, Claus, Kohl, Jürge, Mischke, Monica og Pfeifer, Mochaela (2010) "How Do Europeans Perceive Their Health System? Patterns of Satisfaction and Preference for State Involvement in the Field of Healthcare", *European Sociological Review*, 26(2), 177-192.

Xiao, Hong og Barber, Janet (2008) "The Effect of Perceived Health Status on Patient Satisfaction", *Value In Health*, 11(4), 719-725.

Ytterdahl, Tore og Fugelli, Per (2000) "Helse og livskvalitet blant langtidsledige", *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, 120, 1308-1311.

Appendiks

Utdypning av forutsetninger for logistisk regresjonsanalyse i kapittel 3.2.3

Videre vil jeg fokusere på de tre viktigste forutsetningene for logistisk regresjon:

- 1) Sammenhengen mellom variablene er S-formet, og man kan beskrive denne sammenhengen med en rett linje på logit-skalaen, det vil si, den logistiske funksjonen.
- 2) Restleddvariasjonene er uavhengig av hverandre. Det vil si hver enkelt observasjon observasjonene er uavhengige av hverandre. Dette oppfylles ved at vi har et enkelt sannsynlighetsutvalg og ikke longitudinelle data fulgt over tid, det vil si blant annet tidsserier.
- 3) Den uavhengige variabelen og restleddet er ukorrelert med hverandre. Dette betyr at det ikke er spuriøse, bakenforliggende sammenhenger mellom de uavhengige og den avhengige variabelen. Dette vil også si at det ikke skal forekomme bakenforliggende variabler som både er korrelert med den uavhengige variabelen og er årsaken til den avhengige variabelen.
(Skog 2015; Mehmetoglu og Jakobsen 2017).

Det er også viktig å kontrollere og teste for multikolaritet. Ved kolaritet korrelerer to uavhengige variabler. Mens perfekt multikolaritet foreligger det korrelasjon mellom flere uavhengige variabler. Slik at det blir umulig å identifisere regresjonskoeffesientene. Kun ved perfekt korrelasjon er forutsetningen brutt. For å teste dette bruker jeg VIF-testen, Variance Inflation Factor. Jo høyere verdi, jo høyere multikolaritet. Toleransen for VIF er på 10, høyere verdi enn dette skaper problemer som høye standarsfeil for og overraskende fortegn på regresjonskoeffesientene (Midtbø 2012; Tjønndal 2018). Diskriminering kan også forekomme ved logistisk regresjon. Dette innebærer at en uavhengig variabel ikke varierer på den avhengige variabelen. Det vil si at alle individer i en kategori har svart det samme (Ringdal og Wiborg 2018; Tjønndal 2018).

For å teste forutsetningene, foreligger det en rekke statistiske tester utviklet som jeg kan teste gjennom statistikkprogrammet Stata. For å teste forutsetning en bruker jeg Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit-testen. Denne undersøkelser om regresjonskurven er logistisk for bivariate sammenhenger, hvor godt modellen passer til datamaterialet og om det er

signifikante forskjeller mellom grupper i modellen for multivariate sammenhenger. Er denne ikke-signifikant er modellen logistisk, passer til datamaterialet og det er ikke tydelige signifikante ulikheter mellom gruppene i modellen (Skog 2015; Tjønndal 2018). Testing av forutsetningen for modell 1-8 blir gjort i delkapittel 4.1.

Forutsetning to blir oppfylt gjennom at datasettet ettersom det er tverrsnittsdata og ikke longitudinelle data, går ikke over tid og har et enkelt sannsynlighetsutvalg. Dette gjelder for alle modeller.

Med tanke på forutsetning tre blir denne oppfylt gjennom den multivariate logistiske regresjonen. Jeg har inkludert flere uavhengige og kontrollvariabler som skal kontrollere for at det ikke forekommer noen spuriøse bakenforliggende variabler som både er korrelert med de andre uavhengige variablene og den avhengige variabelen i modellene. For å teste dette bruker jeg McFaddens Pseudo R^2 . Denne viser hvor stor del av variansen til den avhengige variabelen forklarer og hvor stor forbedring den multivariate modellen er av den bivariate. Ved økt Pseudo R^2 kan dette tilsi at det er kontrollert for bakenforliggende variabler og spuriøse sammenhenger. Samtidig vil jeg bruke log-likelihood (LL)-testen som er et bedre mål på modellens forklaringskraft av datasettet for logistisk regresjon. Denne kalles også LR-testen, og sammenligner log-likelihood verdiene til to modeller. De eventuelle forskjellene i log-likelihood verdier er gitt ved:

$$X^2 = (-2LL_0) - (-2LL_A)$$

Her er LL_0 for eksempel modell "1" og LL_A er for eksempel modell "2" (Skog 2015:413; Ringdal og Wiborg 2018).

Testing av forutsetning tre, multikolaritet og diskriminering i kapittel 3.2.3.

Videre vil jeg teste og gjøre rede for forutsetning tre, multikolaritet og diskriminering for modellene i analysen.

For modell 1 og 2 blir LR-testen $-2*(-672,444) - (-2*(-589,744)) = 165,4$. Med et kji kvadrat på 165,4 og frihetsgrader df på 31, ettersom de ble lagt til 32 variabler i modell 2 i forhold til modell 1. Antall df blir da antall kategorier minus én ($df=k-1$) (Skog 2015:194). Den kritiske verdien for 30 frihetsgrader ved 0,01 og 0,05-nivået er henholdsvis 59,70 og 53,67 og 40 frihetsgrader ved 0,01 og 0,05-nivået er 66,77 og 73,40 (Ringdal 2014:523), som vil si at

modell 2 er en signifikant forbedring og har en økt forklaringskraft av datasettet fra modell 1 til modell 2. Dette kan tyde på at det er inkludert tilstrekkelig uavhengige kontrollvariabler som kan tilsi at forutsetning tre er oppfylt for modell 2. I sammenheng med ko- og multikolaritet, kommer VIF-testen på under 10. Det betyr at modell 1 og 2 har ikke problemer med multikolaritet.

For modell 3 og 4 blir LR-testen $-2*(-604,49589) - (-2*(-568,49011)) = 72,011$. Og et kjikvadrat på 71,01 og 31 frihetsgrader, ettersom de ble lagt til 32 variabler i modell 4 i forhold til modell 3. Den kritiske verdien for 31 frihetsgrader ved 0,01 og 0,05-nivået er 53,67 og 59,70 ved 30 og 66,77 og 73,40 ved 40 (Ringdal 2013:523). Det vil si at modell 4 er over den kritiske verdien og er en signifikant forbedring av modell 3 og har en økt forklaringskraft av datasettet fra modell 3 til 4. Dette vil tilsi at forutsetning 3 er oppfylt for modell 3 og 4. Med tanke på ko- og multikolaritet for modell 3 og 4 er VIF-testen under 10. Dermed har modell 3 og 4 ingen problemer med multikolaritet.

LR-testen for modell 5 og 6 blir $-2*(-591,73952) - (-2*(-532,36889)) = 118,74$. Kjikvadratet er på 118,74 og 31 frihetsgrader. Den kritiske verdien for 31 frihetsgrader ved 0,01 og 0,05 er 59,70 og 53,67, noe kjikvadratet er over. Dermed er modell 6 en signifikant forbedring av modell 5 og har forbedret forklaringskraft. Forutsetning 3 er oppfylt for modell 5 og 6. VIF-testen for modell 5 og 6 er under 10. Slik at modell 5 og 6 har ingen problem med ko- eller multikolaritet.

Mens for modell 7 og 8 blir LR-testen $-2*(-556,363) - (-2*(-494,03)) = 124,66$. Kjikvadratet er på 124,66 og antall frihetsgrader er 30. Den kritiske verdien for 30 frihetsgrader er 53,67 på 0,05-nivået og 59,70 på 0,01-nivået. Det betyr at kjikvadratet for modell 7 og 8 er over den kritiske verdien. Det betyr at modell 8 har en signifikant forbedret forklaringskraft og forbedring av modell 7. Dette kan tilsi at det er inkludert tilstrekkelig uavhengige kontrollvariabler og at forutsetning 3 dermed er oppfylt for modell 7 og 8. Ved testing av ko- og -multikolaritet er VIF-testen under 10 for modell 7 og 8. Dermed har modell 7 og 8 ingen problemer med multikolaritet.

Med tanke på diskriminering, har det ikke dukket opp noen ”omitted” verdier på noen av de uavhengige variablene ved kjøring av modellene. Hadde det dukket opp kunne dette vært et tegn på diskriminering. Samtidig har jeg dummykodet flere uavhengige variabler for å bøte på

skjevfordelingen og unngå diskriminering. Totalt sett har ingen av modellene tydelige problemer med diskriminering.

Modell 9 og 10 testede modeller for individuelt betalt og arbeidsgiverbetalt helseforsikring i kapittel 4.1.5

Modell 9: Sammenhengen mellom tilfredshet med helsevesenet (Kvalitet), EgenPHF og kontrollvariabler

| Variabler | Kvalitet | | |
|--|----------------------|---------------------|-----------------|
| | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
| EgenPHF (0 =nei og ja betaler selv og ja begge, 1=ja betaler selv) | 0,324*** (0,194) | 1,383*** (0,268) | [-0,055-0,703] |
| alder (16-75 år) | 0,121* (0,043) | 1,129* (0,048) | [0,037-0,204] |
| Inntekt (50-2000 i tusen) | 0,104 (0,081) | 1,11 (0,090) | [-0,054 -0,263] |
| kjønn (1= kvinne, 0=mann) | -0,259*** (0,149) | 0,772*** (0,115) | [-0,054-0,263] |
| ideologi (Ap er referanse) | | | |
| Høyre | 0,803* (0,193) | 2,232* (0,431) | [0,424-1,181] |
| Frp | 0,933* (0,234) | 2,542* (0,594) | [0,474-1,390] |
| KrF | -1,115*** (0,612) | 0,328*** (0,201) | [-2,313- 0,084] |
| Senterpartiet | 0,396 (0,402) | 1,486 (0,598) | [-0,391-1,184] |
| Venstre | 0,117 (0,390) | 1,124 (0,438) | [-0,646-0,881] |
| SV | 0,332 (0,396) | 1,394 (0,552) | [-0,443-1,107] |
| Andre | 0,998* (0,321) | 2,713* (0,870) | [0,369-1,626] |
| utdanningDummy (videregående eller lavere utdanning som referanse) | 0,213 -(,159) | 1,237 (0,197) | [-0,099- 0,524] |
| fylker (Oslo/Akershus som referanse) | | | |
| Østfold | 0,555*** (0,297) | 1,741*** (0,518) | [-0,028-1,137] |
| Hedmark | -0,639 (0,550) | 0,528 (0,290) | [-1,716-0,439] |
| Oppland | 0,274 (0,399) | 1,315 (0,525) | [-0,508-1,056] |
| Buskerud | 0,147 (0,366) | 1,158 (0,424) | [-0,570-0,863] |
| Vestfold | 0,572*** (0,324) | 1,772*** (0,573) | [-0,062-1,206] |

| | | | |
|--|------------------------------|---------------------|------------------------|
| Telemark | -0,407 (0,507) | 0,665 (0,338) | [-1,401-0,586] |
| Aust-Agder | -1,203 (0,760) | 0,3 (0,228) | [-2,693-0,287] |
| Vest-Agder | -0,265 (0,563) | 0,767 (0,432) | [-1,368-0,838] |
| Rogaland | 0,266 (0,272) | 1,304 (0,354) | [-0,266-0,797] |
| Hordaland | -0,038 (0,288) | 0,963 (0,277) | [-0,601-0,526] |
| Sogn og Fjordane | -0,119 (0,575) | 0,888 (0,511) | [-1,245-1,008] |
| Møre og Romsdal | 0,665** (0,327) | 1,944** (0,635) | [0,024-1,305] |
| Sør-Trøndelag | 0,228 (0,313) | 1,256 (0,393) | [-0,384-0,841] |
| Nord-Trøndelag | 0,211 (0,430) | 1,235 (0,531) | [-0,631-1,053] |
| Nordland | -0,09 (0,355) | 0,914 (0,325) | [-0,785-0,606] |
| Troms | 0,136 (0,401) | 1,146 (0,460) | [-0,650-0,922] |
| Finnmark | 0,775 (0,622) | 2,17 (1,350) | [-0,444-1,993] |
| økosituasjon (0=god økonomi, 1=dårlig økonomi) | 0,649 (0,165) | 1,913 (0,315) | [0,326-0,970] |
| alder2 | -0,001* (0,0004) | 0,999* (0,0004) | [-0,002-(-) 0,0006] |
| arbeid (0=nei, 1=ja) | -0,350*** (0,210) | 0,704*** (0,148) | [-0,762-0,0621] |
| Konstantledd | -4,864* (0,994) | 0,008* (0,008) | [-6,811-(-) 2,917] |
| (N=) | 1730 | | |
| McFaddens Pseudo R2 | 0,0944 | | |
| Hosmer-Lemenshows test | 14,62 df=8 p=0,0671 | | |
| Log-likelihood test | -643,92 129,44 df=31 p>0,001 | | |

Robust standardfeil i parentes

* p<0,01, ** p<0,05, *** p<0,1

95% CI = 95% konfidensintervall

Modell 10: Sammenhengen mellom utilfredshet med helsevesenet (Kvalitet), arbeidsgiverbetalt2 og kontrollvariabler

| Variabler | Kvalitet | | |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|
| | B-coef. | Oddsrate | 95% CI |
| arbeidsgiverbetalt2 (0 =nei og ja betaler selv og ja begge, 1=ja arbeidsgiver betaler) | 0,334 (0,215) | 1,396 (0,301) | [-0,087-0,756] |
| alder2delt (16-50=0 yngre, 51-75=1 eldre) | -0,641* (0,157) | 0,526* (0,082) | [-0,948-(-)0,334] |
| Inntekt (50-2000 i tusen) | 0,170** (0,083) | 1,185** (0,098) | [0,006-0,333] |
| kjønn (1= kvinne, 0=mann) | -0,176 (0,156) | 0,838 (0,131) | [-0,482-0,130] |
| ideologi (Ap er referanse) | | | |
| Høyre | 0,890* (0,203) | 2,435* (0,496) | [0,490-1,289] |
| Frp | 0,982* (0,244) | 2,670* (0,652) | [0,503-1,460] |
| KrF | -0,921 (0,616) | 0,397 (0,245) | [-2,130-0,287] |
| Senterpartiet | 0,568 (0,410) | 1,765 (0,725) | [-0,236-1,373] |
| Venstre | 0,197 (0,394) | 1,218 (0,481) | [-0,576-0,971] |
| SV | 0,619 (0,408) | 1,857 (0,759) | [-0,182-1,420] |
| Andre | 1,194* (0,328) | 3,301* (1,083) | [0,551-1,837] |
| utdanningDummy (videregående eller lavere utdanning som referanse) | 0,147 (0,168) | 1,158 (0,196) | [-0,184-0,478] |
| fylker (Oslo/Akershus som referanse) | | | |
| Østfold | 0,625** (0,307) | 1,869** (0,575) | [0,022-1,228] |
| Hedmark | -0,715 (0,558) | 0,488 (0,273) | [-1,810-0,379] |
| Oppland | 0,327 (0,413) | 1,387 (0,573) | [-0,482-1,137] |
| Buskerud | 0,205 (0,374) | 1,228 (0,459) | [-0,528-0,938] |
| Vestfold | 0,559 (0,340) | 1,75 (0,595) | [-0,107-1,227] |
| Telemark | -0,382 (0,554) | 0,681 (0,378) | [-1,470-0,704] |
| Aust-Agder | -0,989 (0,766) | 0,371 (0,285) | [-2,492-0,513] |

| | | | |
|--|-------------------------------|--------------------|-------------------|
| Vest-Agder | -0,164 (0,571) | 0,848 (0,484) | [-1,284-0,956] |
| Rogaland | 0,100 (0,291) | 1,106 (0,322) | [-0,470-0,672] |
| Hordaland | 0,047 (0,296) | 1,049 (0,311) | [-0,533-0,629] |
| Sogn og Fjordane | 0,230 (0,589) | 1,258 (0,741) | [-0,924-1,384] |
| Møre og Romsdal | 0,887** (0,334) | 2,430** (0,812) | [0,232-1,543] |
| Sør-Trøndelag | 0,263 (0,326) | 1,301 (0,424) | [-0,375-0,902] |
| Nord-Trøndelag | 0,216 (0,446) | 1,241 (0,554) | [-0,658-1,091] |
| Nordland | -0,023 (0,364) | 0,976 (0,356) | [-0,738-0,691] |
| Troms | 0,126 (0,411) | 1,134 (0,466) | [-0,680-0,932] |
| Finnmark | 0,523 (0,701) | 1,687 (1,184) | [-0,851-1,898] |
| økosituasjon (0=god økonomi, 1=dårlig økonomi) | 0,601* (0,172) | 1,825* (0,316) | [0,262-0,941] |
| egenvurderthelse (0=god helse, 1=dårlig helse) | 1,136* (0,172) | 3,115* (0,537) | [0,798-1,474] |
| Konstantledd | -3,428* (0,473) | 0,032* (0,015) | [-4,356-(-)2,500] |
| (N=) | 1642 | | |
| McFaddens Pseudo R2 | 0,1185 | | |
| Hosmer-Lemenshows test | 8,65 df=8 p=,3785 | | |
| Log-likelihood test | -595,848 158,29 df=30 p>0,001 | | |

Robust standardfeil i parentes

* p<0,01, ** p<0,05, *** p<0,1

95% CI = 95% konfidensintervall