

Bård Smedsvik

Evaluering av helsesystemet

Analyse av hvordan europeere vurderer
helsesystemet: pseudopanel tilnærming

Masteroppgave i statsvitenskap

Veileder: Pål Erling Martinussen

Juni 2020

Bård Smedsvik

Evaluering av helsesystemet

Analyse av hvordan europeere vurderer
helsesystemet: pseudopanel tilnærming

Masteroppgave i statsvitenskap
Veileder: Pål Erling Martinussen
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Denne masteroppgaven undersøker forholdet mellom støtte til helsesystemet og institusjonelle trekk ved helsesystemet. Det argumenteres her for at helsesystemet, som en viktig velferdsinstitusjon, skiller seg fra velferdsregimene på flere sentrale punkter, og at støtte til denne institusjonen bør undersøkes for seg selv. Med bakgrunn i teorier om støtte til velferdsstaten, undersøkes det hvordan egeninteresse, politiske ideologi og institusjonelle trekk påvirker evalueringen av helsesystemet. Man forventer at rasjonelle borgere er positiv til velferdstjenester de vil få bruk for. Risikogrupper har dog vist seg å være kravstore grupper, og er ofte mer negative. Det forventes også at de med sterkere egalitære holdninger i større grad støtter velferdstjenester. Europeiske helsesystem varierer med tanke på finansiering, regulering og levering av tjenester. Det forventes at disse trekkene vil svare ulikt til individuelle faktorer. For å empirisk undersøke problemstillingen, benyttes det gjentatte data fra European Social Survey (2002-2016) og en metode for å konstruere paneldata på gruppenivå, kalt pseudo-paneldata. Fremgangsmåten tillater bruk av estimeringsteknikker som måler hvordan endring i de ulike faktorene, påvirker synet på helsesystemet. Generelt er støtte til europeiske helsesystemene preget faktorer utenfor helsevesenets kontroll. Evalueringen av helsesystemet er liten grad påvirket av sosiale forskjeller, med unntak av i Bismarck-helsesystemet, hvor økt inntekt har sammenheng med økt støtte til helsesystemet. Egenvurdert helse er den klart viktigste faktoren, hvor bedre helse er sterkt forbundet med økt støtte til helsesystemet. Ideologiske preferanser er også viktig, spesielt i de nasjonale helsesystemene og Bismarck-helsesystemet. Denne oppgaven viser at helsesystem-typologier til tross for sine svakheter, kan forklare en betydelig del av variasjonen i støtte til helsesystemet. Oppgaven viser også at pseudopanel, i mangel på gode paneldata, er en effektiv og god metode for å forklare sosiale fenomener, og besvare samfunnsvitenskapelige problemstillinger.

Abstract

This master thesis investigates the relationship between support for the health care system and the institutional characteristics of the system. Health care systems are a vital welfare institution and are distinguished from other issues of the welfare institution in several ways. Due to this, the health care system should be investigated exclusively. Building on theories on relevant theories of welfare politics, this thesis investigates how self-interest, political ideology, and institutional characteristics affect the evaluation of the health care system. There is an expectation that rational citizens are positive to welfare policies which they expect to benefit from. Risk-groups have shown to be a highly demanding group, with a negative approach to the system. One also expects groups with a high degree of egalitarian attitudes favouring generous welfare policies. European health care systems vary, regarding how they are financed, regulated, and services delivered. There is an assumption that different institutional characteristics, will affect the individual factors. To empirically investigate the research question, repeated waves from the European Social Survey (2002-2016) is applied, to construct a panel on the level of socio-demographic groups, called pseudo panel data. This approach enables the use of estimation techniques that measure how changes in individual factors affect the evaluation of the health care system. In general, the support for European health care systems is characterized by factors outside the control of health care services. Evaluation of the systems is, to a small degree, influenced by social differences, with the exception of the Bismarck-system, where high income is related to higher support for the health care system. Self-rated health is the most crucial factor, where better health is strongly connected to a higher evaluation. Ideological preferences are also important, especially in the National Health Systems and the Bismarck system. The thesis demonstrates that institutional health care system-classifications, despite their limitations, explain a significant part of the variation in support for the health care system. The thesis also shows that pseudo panel lacking real panel data can work as an effective and good method for explaining social phenomena and answer research questions within the social sciences.

Forord

Å skrive masteroppgave har vært en svært lærerik prosess. Våren 2020 ble ikke av den vanlige sorten, og med de begrensinger som har blitt lagt på oss, har det til tider vært en krevende periode. Jeg vil gjerne benytte anledningen til å takke veileder Pål Martinussen, som til tross for forholdene, har bidratt med gode råd og tilbakemeldinger. Jeg vil også rette en stor takk til Arild Blekesaune, som introduserte meg for og bistod i konstruksjonen av pseudopanelet. Takk til Ann-Kristin og Jarle for fasiliteter til å gjennomføre arbeidet når universitetet var stengt. En takk til mine foreldre, som har oppfordret meg til å følge denne stien.

Sist vil jeg rette en spesiell takk til Nina, for både omsorg og faglig bistand i denne perioden. Det betyr mer enn du tror.

Bård Smedsvik

Øyer, juni 2020

Innhold

1.0 Introduksjon	1
1.1 Evalueringsundersøkelser i helsesystemer.....	4
2.0 Teoretisk utgangspunkt: støtte til helsesystemet	5
2.1 Egeninteressen	6
2.2 Politisk ideologi.....	7
2.3 Institusjonelle karakteristikk.....	8
2.3.1 Aktører i helsesystemer	8
2.3.2 Europeiske helsesystemer	9
2.4 Komparativt perspektiv – variasjoner i holdninger på tvers av land	11
3.0 Tidligere forskning	12
3.1 Tidligere forskning: egeninteresse.....	12
3.2 Tidligere forskning: egalitære holdninger	13
3.3 Tidligere forskning: Institusjonelle karakteristikk og komparative sammenlikninger	13
4.0 Hypoteser	15
5.1 Variabler.....	16
5.2 Konstruksjon av Pseudo-panel	17
5.3 Statistiske forutsetninger - Heteroskedastisitet, multikolinearitet og autokorrelasjon	18
5.4 Deskriptiv statistikk.....	20
5.5 Analytisk tilnærming	21
5.5.1 Valg av estimatorer	21
5.7 Metodiske refleksjoner.....	23
5.7.1 Svakheter ved bruk av surveydata	23
5.7.2 Relabilitet og validitet	24
6.1 Resultat modell 1	24
6.2 Resultat modell 2	26
7.0 Diskusjon.....	28
7.1 Egeninteressen	28
7.1.1 Inntekt	28
7.1.2 Arbeidsledighet	30
7.1.3 Egenvurdert helse	30
7.2 Egalitære holdninger	31
7.3 Bruk av helsesystemer i komparative sammenlikninger	32
7.4 Fordeler og svakheter ved analysen	34
8.0 Konklusjon	35
9.0 Litteratur	36
Vedlegg	40
Vedlegg 1 – Deskriptive tabeller og figurer	40
Vedlegg 2 – Statistiske tester	41

Tabeller

Tabell 1: Deskriptiv statistikk	20
Tabell 2: Modell 1	25
Tabell 3: Modell 2	27

1.0 Introduksjon

Helsesystemet og helsepolitikk står sentralt i europeiske velferdsstater. I mange europeiske land utgjør det en av de største enkeltutgiftene for staten og samfunnet. Et interessant tema innenfor helsepolitikk, er hvor godt fornøyd borgere er med helsesystemet sitt. Hva som avgjør hvor tilfreds man er blir da et sentralt spørsmål. Det vil variere mellom grupper og individer i samfunnet, og avhenge av både livssituasjon, personlige preferanser, og av de institusjonelle trekk ved helsesystemet man lever i. Holdninger til velferdsstaten generelt er i stor grad drevet av egeninteresse og politisk ideologi (Hasenfeld og Rafferty 1989, 1030; Blekesaune og Quadagno 2003). Det har blitt rettet lite oppmerksomhet mot hvordan disse holdningene retter seg mot helsesystemet som velferdsinstitusjon. De europeiske helsesystemene har i tillegg til å redusere sosiale skillelinjer, også et formål i å redusere skiller mellom risikogrupper. Et trekk som skiller helsesystemet fra mange andre velferdstjenester. Det er også ulike måter å organisere helsesystemer som skiller seg vesentlig fra velferdsregimene. Det er et klart behov å undersøke variasjoner i holdninger rettet mot helsesystemer, og problemstillinger knyttet til dette vil være et fruktbart bidrag til forskningen.

I oppgaven skal følgende problemstilling besvares: *Er egeninteresse og egalitære holdninger knyttet til hvordan grupper evaluerer helsevesenet, og varierer dette på tvers av helsesystemer?*

Det har i nyere tid blitt rettet en del oppmerksomhet til folks evaluering av helsesystemet, blant annet; Crow et al. (2002), Bleisch et al. (2009) og Busse et al. (2012). De tar som regel sikte på å forklare ulike faktorer på individnivå som påvirker individers evaluering av helsesystemet. Borisova et al. (2017), har sett nærmere på hvordan kulturelle dimensjoner påvirker folks evaluering av helsesystemet. Missinne et al. (2013) har undersøkt hvordan velferdsstat-holdninger påvirker synet på helsesystemet. Wendt et al. (2010) har i tillegg tatt noe interesse for hvordan dette varierer på tvers av ulike helsesystem-typologier. Litteraturen på dette temaet er foreløpig begrenset. Det empiriske grunnlaget har et klart behov for å styrkes. Å benytte en metode som ser på temaet i et tidsperspektiv, vil bidra til å styrke kausale sammenhenger og være et fruktbart tilskudd til dette temaet.

I verdens helserapport (WHO2000) sin rangering av helsesystemer, er oppfyllelse av befolkningens forventninger oppgitt som et grunnleggende mål for nasjonale helsesystemer. De fleste europeiske helsesystemer er organisert rundt et solidaritetsprinsipp, som bygger på villigheten til at de som er yngre, rikere eller friskere, tar vare på de som er eldre, fattigere eller har dårligere helse. Et helsesystem som er bærekraftig over tid forutsetter at befolkningen har tillit til at helsesystemet løser sine oppgaver på en god måte. Det er ulike undersøkelser som forsøker å fange opp tilliten, legitimiteten eller støtten til helsesystemet. Fellestrekket for slike undersøkelser er at de forsøker å kartlegge hvordan befolkningen evaluerer helsesystemet. Evaluering i denne sammenheng, tar sikte på å fange opp hvor godt helsevesenet klarer å svare til forventninger i befolkningen. WHO definerer det som «de legitime forventningene befolkningen kan ha til møte med helsevesenet» (Busse 2013, 254).

Folks evaluering av helsesystemet er interessant av mange grunner. Det handler spesielt om rollen det har i de fleste europeiske velferdsstater, og både i kriser og i hverdagen er det en forutsetning at det har tillit i befolkningen. Helsesystemene er en sentral institusjon i europeiske velferdsstater. Holdninger rettet mot samfunnets ansvar for å sikre

befolkningen helsehjelp er en sentral del av folks oppfattelse av velferdsstaten. Helsevesenet har som andre deler av velferdsstaten en sentral rolle i å redusere ulike former for sosial risiko og ulikhet. Etter pensjon er det den største enkeltutgiften til velferdsstaten (Wendt et al. 2010, 178) og har som hensikt å dekke befolkningen med et livsviktig behov, hvor det ofte er snakk om liv og død. Som andre velferdsinstitusjoner, er helsesystemet også preget av endringer som møter kritikk fra ulike grupper i samfunnet. Endringer og konfliktene dreier seg i stor grad om ulike forsøk på å begrense økende utgifter til helse (Missinne et al. 2013, 231). Samtidig har sosiale skillelinjer mellom grupper i samfunnet i mange steder vært økende (Wendt et al. 2010, 177). En del av de økonomiske endringene i helsesystemer har handlet om økende grad av private utgifter, både fra egenandeler og private helseforsikringer. Det fryktes gjerne at konsekvensen av disse prosessene kan undergrave offentlige helsesystemets legitimitet hos grupper i samfunnet. Dette har blant annet ført til gjenåpning av en debatt om statens ansvar for borgeres velferd.

Den økonomiske bærekraften i europeiske helsesystemer blir jevnlig satt på prøve. Økte krav om nye og bedre behandlingsformer kommer med en stadig aldrende europeisk befolkning. Både debatten om privatisering og bærekraft i helsesystemet har brakt fram spørsmål knyttet til systemets legitimitet. Her står borgeres tanker om rollen til staten i organiseringen av helsesystemer sentralt. Økte kostnader i det offentlige helsesystemet løfter spørsmål om borgeres politiske holdninger og villigheten til kollektivt finansierte helsetjenester. Samtidig har fokus på individualisme (mer fremtredende i enkelte samfunn enn andre) vært viktig i moderniseringen av samfunnet (Gevers et al 2000, 302). Sammensettingen av disse faktorene gjør at man stiller spørsmål til hvorvidt organisert solidaritet ifølge folk, nødvendigvis er i konflikt med det økende fokus på individuell autonomi, og hvorvidt disse faktorene påvirker støtten til det nasjonale helsesystemet.

I Esping-Andersens klassiske verk «The Three Worlds of Welfare Capitalism» (1990), forsøker han blant annet å svare på om de forskjellige velferdsregimene systematisk påvirker sosial og økonomisk adferd (Wendt et al. 2010, 178). Velferdsregimene benytter i hovedsak arbeidsmarkedet som det forklarende institusjonelle trekket (Larsen 2008, 151), og anses derfor ikke som passende til å forklare institusjonelle effekter av helsesystemer. Det som i denne sammenheng er av interesse, er hvordan individuell egeninteresse og politiske holdninger påvirker evalueringen av helsevesenet, og hvorvidt effekten av dette kan kobles til institusjonelle trekk ved europeiske helsesystemer. Hovedsakelig er det snakk om hvordan personlige og ideologiske faktorer påvirker evalueringen av helsesystemet, representert ved faktorer for egeninteressen og graden av egalitære holdninger (Blekesaune og Quadagno 2003, 417). Det som skiller denne oppgaven fra andre undersøkelser, er at det her undersøkes om det finnes en sammenheng mellom institusjonelle trekk ved helsesystemet på den ene siden og individuelle faktorer, målt ved egeninteresse og ideologiske preferanser på den andre siden, påvirker støtten til helsesystemet.

Individens livssituasjon tilsier også at egeninteressen ikke nødvendigvis er generaliserbart for velferdspolitik eller velferdsytelser generelt. Mens mange undersøkelser ser på holdninger rettet mot arbeidsmarkedstiltak, er det gode grunner til at holdninger til helsesystemet vil være annerledes. Dette handler om at mens ikke alle borgere forventer å noen gang bli arbeidsledig og få behov for ledighetsytelser, vil de fleste forventer å enten bli syk eller gammel og på et tidspunkt behov for helsetjenester. Det handler med andre ord om at individer beregner sin egen risiko for å trenge de aktuelle velferdstjenestene noe

ulikt, og at egeninteressen knyttet til dem derfor vil variere (Blekesaune og Quadagno 2003, 424).

De europeiske helsesystemene utgjør en unik velferdsinstitusjon som har sterke likehetstrekk med den øvrige velferdsstaten, men som også skiller seg på noen sentrale punkter. Mens velferdsinstitusjoner i stor grad har som mål å redusere sosiale skiller mellom sosioøkonomiske grupper i samfunnet, forsøker helsesystemet i tillegg å redusere skiller mellom helsemessige risikogrupper (Wendt et al. 2010, 189). Holdninger rettet mot helsesystemet kan være sammensatt av flere faktorer som treffer ulike grupper enn andre velferdstjenester. Dette underbygger et behov for å undersøke denne delen av velferdsstaten spesifikt. Helsesystemet er en viktig del av tryggheten og levestandarden til en rekke individer og sosiodemografiske grupper i europeiske velferdsstater. Helsesystemet kan være organisert mot ulike mål (supplere eller erstatte markeder, likhet eller sikkerhet, minimum standard eller maksimum standard). På grunn av dette vil helsesystemet ha ulik innvirkning på forskjeller både mellom sosiale grupper og risikogrupper på tvers av land.

Denne oppgaven skal styrke teoretiske antakelser både på makro og mikro-nivå. Målet er som sagt å kartlegge hvordan forskjeller i helsesystemer på makronivå, påvirker individuelle faktorer på mikronivå. Et annet formål er å benytte nye tilnæringsmetoder for å styrke det empiriske grunnlaget. Hovedsakelig er det snakk om å overkomme noe av svakheten ved tradisjonelle tverrsnittsdata ved å utnytte longitudinelle data og økonometriske metoder. Ved å gjøre dette siktes det på å kunne tilby en sterkere og mer robust test av denne problemstillingen enn det som tidligere har vært gjort. Pseudo-paneldata så vel som tradisjonelle paneldata drar fordel av å ha gjentatte observasjoner på den samme enheten. Dette gir analytiske fordeler sammenlignet med tradisjonelle tverrsnittstudier når man undersøker dynamikken knyttet til hvordan holdninger endrer seg. Dataene her er hentet fra European Social Survey 2002-2016. En pseudo-panel tilnærming gjør det mulig å undersøke dataene på sosiodemografisk gruppenivå, og forklare både endringer i individ-faktorer for sosiodemografiske grupper, samtidig kan man peke på forskjeller mellom helsesystemer. Paneldata løser også utfordringer knyttet til individuell heterogenitet, som kulturelle forskjeller mellom land. Dette bidrar til mer presise estimater av den kausale retningen på tvers av helsesystemet.

Videre vil det gjøres rede for hvordan oppgaven er strukturert. I neste seksjon av introduksjonen vil det presenteres de ulike metoder og implikasjoner for måling av borgernes syn på helsesystemet. I neste del følger det teoretiske rammeverket, som forklarer hvordan individuelle holdninger, med fokus på egeninteresse og politiske holdninger, samt institusjonelle trekk, kan påvirke synet på helsesystemet. Deretter følger et større sammendrag av tidligere forskning på dette temaet og sentrale funn knyttet til de samme indikatorene som undersøkes her. Basert på dette, vil det redegjøres for et utvalg hypoteser som skal svare på problemstillingen. En metodedel følger, hvor datamaterialet blir presentert og bruk av pseudopanel-tilnærming utledes. I den neste delen presenteres resultatene fra den statistiske delen, hvor disse i påfølgende del blir diskutert mot teori og tidligere funn. Avslutningsvis følger en diskusjon knyttet til det metodiske og komparative designet før de viktigste funnene oppsummeres.

1.1 Evalueringsundersøkelser i helsesystemer

Siden World Health Review 2000 (WHO, 2000) rangering av helsesystemer, har det blitt satt i gang en rekke befolkningsundersøkelser som blant annet skal forsøke å svare på hvor godt helsesystemer oppfyller sine forventninger. Eksempler på dette er; *World Health Survey* (who.int 2004), *Multi-Country Survey on Health and Responsiveness* (who.int 2001), *commonwealth fund* (commonwealthfund.org 2016), *EUROPEP* (Grol og Wensing, 2000), *European Social Survey* (europeansocialsurvey.org 2016). En økende grad av konsumerisme antas også å opprettholde behovet for denne type undersøkelser også i fremtiden (Busse 2013, 256). En stor andel av variasjonen knyttet til tilfredshet med helsesystemet er antatt å være faktorer som er utenfor helsevesenet sin kontroll. Som i så fall vil gjøre bruken av slike undersøkelser mindre egnet til å informere om kvaliteten på helsetjenester (Bleich et al. 2009, 276).

Tilfredshet med helsesystemet som helhet er i seg selv være et ganske enkelt konsept. I praksis er det dog vanskelig å måle tilfredshet da svarene kan avhenge av flere ulike faktorer. Det kan være hvordan spørsmålet blir stilt eller hvilke svaralternativer som blir gitt. Det kan også være faktorer man ikke kjenner så god til. (1) Omgivelsene når undersøkelsen ble gjennomført, som mediesituasjonen på det tidspunktet. (2) Det kan være at det ikke skiller mellom helsesystemet som helhet eller enkeltfunksjoner. (3) Det kan være vanskelig for individer å skille mellom holdninger rettet mot helsesystemet spesielt og staten generelt (Busse 2013, 257).

Resultater fra internasjonale undersøkelser har tidligere lagt stort press på politikere til å gjøre endringer i helsesystemet (Papanicolas og Smith 2013, 4). Survey-baserte tilfredshetsmål brukes til å måle hvor godt helsesystemet møter forventninger i befolkningen, og er typisk brukt som delmål når man rangerer helsesystemers prestasjoner. Tilfredshet er også vanlig som et mål i internasjonal sammenligning av helsesystemer. Til tross for at slike undersøkelser har stort informasjonspotensiale, er det som nevnt en betydelig risiko for mistolkning av data fra denne type undersøkelser (Papanicolas et al. 2013, 734).

Forventninger befolkningen har til helsesystemet er formet av ulike årsaker. Helsesystemet er under stadig endring, og fokus på tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet er konkurrerende målsettinger. Brukerundersøkelser av helsesystemet har som mål å undersøke hvordan helsesystemet oppleves av brukere; hva de er fornøyd med og hva de ikke er fornøyd med. Forbrukerundersøkelser er viktig for tilbydere i markedsorienterte systemer, og har politiske implikasjoner i offentlig finansierte systemer. Man kan skille mellom (1) undersøkelser som tar for seg hele befolkningen, (2) personer som har vært i kontakt med helsevesenet i nyere tid, eller (3) spesifikke pasientgrupper. I denne oppgaven er det førstnevnte utvalg som står i fokus.

Å benytte pasienter som utvalg til evalueringsundersøker, basere seg på respondenter som har langt større kjennskap til de ulike komponentene i helsesystemet enn den øvrige befolkningen. Når man undersøker evaluering av helsesystemet som en samfunnsinstitusjon og ikke minst politisk institusjon, er det gode grunner til også å inkludere de som ikke nylig har benyttet seg av helsetjenester. Dette er personer som likevel har et forhold til helsesystemet på ulike måter, det kan være som skattebetalere eller som pårørende (Busse 2013, 256). Siden et hvert individ med all sannsynlighet vil benytte seg av helsetjenester på et tidspunkt i fremtiden, argumenteres det for at tillit til helsesystemet er i hele befolkningens interesse og ikke bare de som har dårlig helse (Gevers et al. 2000, 302).

Innenfor komparative studier av helsesystemer er det et stadig økende antall undersøkelser som tar for seg egenrapporter helse, og hvordan ulikheter i helse varierer på tvers av helsesystemer. Disse undersøkelsene tar ofte i bruk noe som kalles «anchoring vignettes» i undersøkelses-spørsmål, som er et verktøy for å kunne kontrollere for systematiske forskjeller i normative trekk. Dette er en løsning man til nå ikke har lyktes med å utvikle til evalueringsundersøkelser (Papanicolas og Smith 2013, 97). At respondenter påvirkes av normative holdninger når de skal vurdere helsevesenet er altså ikke et ukjent problem hos de som driver med evalueringsurveyer av helsesystemer.

Det finnes også metodiske årsaker til at undersøkelsene i forskjellige land ikke alltid er sammenlignbare med hverandre. Metoder for datainnsamlingen er ofte forskjellige og preget av små utvalg, samt at undersøkelsene gjerne bare gjennomføres ved én anledning. Fremgangsmåten i denne oppgaven prøver å tilby en løsning som tar høyde for disse svakhetene, ved å kombinere en flernasjonalt undersøkelse samtidig som man drar fordeler av et gjentatte observasjoner ved å slå sammen flere års undersøkelser. En fixed-effects analysetilnærming vil også ta unna noe av den individuelle heterogenitet som er en svakhet ved mange undersøkelser.

2.0 Teoretisk utgangspunkt: støtte til helsesystemet

De europeiske helsesystemene utgjør viktige velferdsinstitusjoner, og holdninger til helsesystemet antas å være drevet av samme normative synspunkter som mot velferdsstaten (Wendt et al. 2010, 178; Missinne et al. 2013, 233). Med holdninger til velferdsinstitusjoner, siktes det i utgangspunktet til at evalueringen av denne institusjonen drives av et underliggende verdsett, som blant annet omhandler synet på forholdet mellom individet, staten og andre institusjoner (som arbeidsmarkedet eller frivillige organisasjoner). Forskjellige synspunkt med tanke på individualisme og sosiale forhold, skaper ideologiske rammer for hvordan man ser institusjoner i samfunnet (Blekesaune og Quadagno 2003, 416). I støtte til velferdsstaten står individer som mener at borgere har et grunnleggende sett av sosiale rettigheter. De mener også at borgere har et kollektivt ansvar for å ivareta hverandres grunnleggende behov, herunder retten til helsehjelp. Motpolen er økonomiske individualister som anser mennesker som ansvarlig for sin egen velferd. For individualister er borgere forventet å gjøre det de kan for å ta vare på seg selv, og at velferd er et resultat av hardt arbeid. Ifølge dem er borgere pliktig til å gjøre det de selv kan for å være økonomisk selvforsynte. For økonomiske individualister undergraver velferdsstaten dette prinsippet og oppmuntrer til upassende adferd hos mottakere av velferd (Blekesaune og Quadagno 2003, 416). Det er gode grunner til å anta at holdninger til velferdsstaten også er relatert til helsesystemet. Helsesystemet i nær alle de europeiske land er å anse som velferdsinstitusjon, hvor det tilbys et grunnleggende sett av helsehjelp til alle borgere, men hvor det er variasjoner i størrelsen på helsetilbudet. Strukturelle trekk ved helsesystemet som finansieringsform, tilgjengelighet og generøsitet, er eksempler på institusjonelle karakteristikk som kan være direkte årsak til de forskjeller i hvordan folk oppfatter helsesystemet.

Når man skal undersøke forholdet mennesker har til institusjoner i samfunnet og spesielt velferdsinstitusjoner, påvirkes dette av individets livssituasjon, som vil være preget av både sosioøkonomisk status og personlige preferanser. På individnivå er holdninger til

velferdspolitikker derfor målt ved egeninteresse og ideologiske preferanser (Hasenfeld og Rafferty 1989, 1030). Egeninteressen dreier seg om et rasjonalitetsperspektiv hos mennesker som baserer seg på hvorvidt man anser det som sannsynlig at man vil få behov for velferdsytelser i fremtiden. De ideologiske preferansene er i hovedsak drevet av graden av altruistiske holdninger, og hvorvidt alle bør ha tilgang til helsetjenester (Groskind 1994, 82). Sammensetningen av egeninteressen og politisk ideologi, stammer fra en kombinasjon av både økonomisk og sosiologisk teori. Mens det økonomiske mennesket er drevet av maksimering av egne goder i et rasjonelt perspektiv, er det sosiologiske mennesket også verdi-orientert, drevet av sosiale normer og moralsk overbevisning om hva som er kollektivets beste. På denne måten får man det som kan omtales som et sosioøkonomisk menneske (Gevers et al. 2000, 303).

2.1 Egeninteressen

Egeninteresse er den ene sentrale indikatoren på individnivå som påvirker evalueringen av velferdstjenester. Dette aspektet handler som nevnt om en antakelse om at individuelle valg drives av rasjonelle ønsker om individuell gevinst (Missinne et al. 2013, 233). Ifølge logikken til egeninteressen vil det være forskjeller i støtte mellom individer som drar direkte fordel av organiseringen av helsesystemet, og de som bidrar mer de benytter seg av helsetjenester. De som har dårligere helse vil som regel ha et større forbruk av helsetjenester (Jæger 2006, 322). Sosioøkonomisk status er ofte forbundet med et behov for offentlige finansierte helsetjenester som følge av dårligere økonomi og mulighet for egenfinansiering (Missinne et al. 2013, 233). Man antar derfor fra et egeninteresseperspektiv at dårligere helse og lavere sosioøkonomisk status vil være forbundet med sterkere støtte til kollektivt finansierte helsesystem, da forbruket er større og/eller betalingsnivået svakere i disse gruppene.

Likevel er egeninteressen nødvendigvis ikke så rett frem som det kan fremstå. For det første kan det være forskjeller i forventninger til helsesystemet på tvers av sosiale grupper. For eksempel pekes det på at pasienter i lavinntekts-grupper generelt mottar dårligere behandling, som igjen kan gi dårligere evalueringer i denne gruppen (Missinne et al. 2013, 233). Selv om egeninteressen spiller en svært viktig rolle i denne sammenheng, er det også relevante svakheter med dette perspektivet som må påpekes. Det er blant annet variasjoner rundt individens evne til å vurdere et komplekst tema som helsetjenester, og gjør at samme pasientgrupper kan ha svært sprikende opplevelser. Andre utfordringer dreier seg blant annet om individens evne til å vurdere egen helse. Det vil derfor være forskjeller i erfaringer mellom de med dårlig og god helse som påvirker hvordan man evaluerer helsesystemet.

Det er ulike indikatorer som kan forklare hvordan ulike egeninteresser påvirker synet på helsesystemet. Typisk forbindes høyere inntekt med fare for at folk blir mindre motivert til å bidra til offentlig finansierte helsesystemer. Et annet mål som antas å være forbundet med egeninteresse er egen helse. I mange tilfeller forventes de som vurderer sin helse som bra å vurdere helsevesenet bedre. Dette kommer av flere grunner. Det første er at de ikke benytter seg av helsevesenet i særlig grad, og har lite erfaring å vurdere ut ifra. Det andre er at de tilegner helsesystemet ære for at de selv er frisk. I motsatt ende vil de som har dårligere egenvurdert helse, gjerne legge skylden for den dårlige helsen på helsesystemet (Xiao og Barber 2008, 723). Ut fra et egeninteresseperspektiv kan det derfor virke som at de med dårligere helse har en egeninteresse i å stille større krav til helsevesenet, mens de

som har bedre helse stiller lavere forventninger, fordi de ikke forventer å måtte benytte seg av tjenesten.

Derfor er det også rettet en viss oppmerksomhet mot forventninger til helsesystemet. Man har særlig lagt merke til økende krav om nyere teknologi og bedre behandlingsformer i helsevesenet. Dette har blant annet bidratt til en økning i utgifter til helse. Det er også kjent at ethvert forsøk på å begrense pengebruk i helsesystemet, vil møte kraftig motstand fra berørte grupper (Blank et al. 2018, 26). Det kan stamme fra et kjent dilemma i velferdspolitikken, at når man først har gitt et gode er det vanskelig å ta det tilbake. Samtidig er også valgfrihet viktig for mange, både med tanke på valg av behandling, behandlingssted og behandler (Blank et al. 2018, 26).

2.2 Politisk ideologi

Den andre sentrale indikatoren på individnivå som knyttes til evaluering av helsesystemet, er politisk ideologiske holdninger. Her handler det om at ideologiske overbevisninger og individers verdsettelse er viktig for hvordan man vurderer helsesystemet. Spesielt bygger dette på at politiske holdninger fungerer som ledende prinsipper for individers vurdering av de fleste institusjoner i samfunnet (Jæger 2006, 323).

Egalitære holdninger er som nevnt en sentral ideologisk drivkraft for hvordan individer vurderer politiske tema. Egalitære holdninger er her definert ved hvilken grad man mener at folk skal ha tilgang til like muligheter og rettigheter, og behandles likt i samfunnet. Dette er holdninger som er sterkt knyttet til individers oppfatning av rettferdighet (Azar et al. 2017, 60). Holdninger og evalueringen av velferdsinstitusjoner kan ses på som et resultat av ideologiske overbevisninger. Holdninger er forankret i et verdsettelse, hvor individualisme og sosial altruisme utgjør de to motpolene (Blekesaune og Quadagno 2003, 416). På et samfunnsmessig plan er dette knyttet til individuelle og kollektive holdninger. Egalitære holdninger fungerer ofte som et mål på politiske preferanser, og blir i enkelte sammenhenger brukt til å definere hvor man orienterer seg på det politiske spekteret.

Det offentlige helsesystemet er som resten av velferdsstaten delvis bygget på komponenter av solidaritet, og har en rolle i å realisere et samfunn forankret i egalitære muligheter og rettigheter. Som en konsekvens er politisk ideologi forventet å påvirke hvordan borgere vurderer sitt helsesystem. Det er i hovedsak knyttet til at de som oppfatter seg selv å ha sterke egalitære holdninger i større grad støtter velferdsstaten (Missinne et al. 2013, 234).

De to teoretiske perspektivene, egeninteresse og politisk ideologi, er de mest brukte forklaringene på prinsipper som former støtte til velferdsstaten. Det er i liten grad undersøkt hvilken effekt disse faktorene har rettet mot konkrete velferdsinstitusjoner. Helsesystemet representerer her en interessant case i så måte. Andre undersøkelser har ofte fokusert på arbeidsmarkedstiltak, spesielt økonomiske ytelser til arbeidsledige for å kartlegge holdninger til velferdsstaten. Det er trolig skillelinjer mellom helsesystemet og disse ytelsene som gjør at helsesystemet bør undersøkes for seg selv. Som nevnt, har helsesystemet flere funksjoner enn å redusere sosial ulikhet. I et komparativt perspektiv er det også gode grunner til å kartlegge variasjoner i evalueringen av helsesystemet spesifikt. Dette er fordi organiseringen av helsesystemet skiller seg vesentlig fra det velferdsregimet mange land tilhører. Å benytte en velferdstypologi vil derfor være lite egnet til å kunne dekke og forklare variasjoner i hvordan helsesystemer svarer til individuelle og ideologiske preferanser.

Det kan også være vesentlige skiller innad i de ulike helsesystemene. Egalitære holdninger varierer nødvendigvis ikke likt på tvers av europeiske helsesystemer. Det finnes ulike eksempler på at den egalitære kulturen som er bakgrunnen for organiseringen av helsesystemet varierer på tvers av land. Skillet mellom Storbritannia og de Nordiske landene vil være et typisk eksempel. Til sammenligning med den nordiske modell har det britiske systemet en tilnærming til kollektiv handling som virker mer pragmatisk enn prinsipiell. Etter 2. verdenskrig ble universell helsehjelp introdusert i et liberalt velferdsregime. Det generøse britiske helsesystemet står i sterk kontrast til annen nøysomhet i offentlige ytelser. Andre hevder at det britiske systemet på mange måter er et resultat av mislykkede forsøk på sosialforsikring. Likevel har det opparbeidet en enorm popularitet og var blant få ordninger som overlevde i sin helhet gjennom de konservatives endringer på 80-tallet (Blank et al. 2018, 49). På denne måten må man ta høyde for at egalitære holdninger har noe ulike kulturelle og historiske forankringer, som gjør at effekter de har på individer eller grupper kan variere. I Storbritannia er det heller ikke utelukkende pragmatisk, da de også preges av en ideologisk-filosofisk forankring fra Locke, Bentham og Mills kontraktteori om visse sosiale rettigheter. Andre eksempler på kollektiv idenitet vil være de sosial-teologiske holdninger i katolske befolkninger som Spania og Portugal, de familie og gruppeorienterte verdiene i tysktalende land, eller den sosialdemokratiske universalistiske kulturen som kjennetegner de Nordiske landene (Johnson og Cullen 2000, 228). Dette illustrerer noen av årsakene til at samme faktorer kan være forskjellig fra hvilke rammer man ser dem i, og underbygger behovet for å benytte et komparativt perspektiv.

2.3 Institusjonelle karakteristikker

De institusjonelle karakteristikkene som kjennetegner et lands helsetjenester, er det som omtales helsesystemet. De institusjonelle trekkene er antatt å kunne være en viktig forklaring på landnivå som forklarer variasjoner på individnivå. Det er en dominerende hypotese at individuelle oppfattelser av helsesystemet også er formet av de institusjonelle karakteristikkene (Missinne et al. 2013, 235). Det er over tid utviklet en rekke typologier som skal gruppere lands helsesystem i klynger som deler noen gitte fellestrekk. Typologiene har blitt revidert flere ganger, i takt med reformer i europeiske helsesystemet. Den nyeste og best egnet til å beskrive variasjonen mellom europeiske helsesystemer i den tidshorisonten som benyttes her, er Böhm et al. 2013 sin kategorisering. Tidligere undersøkelser har vist at variasjonen i stor grad ligger på individnivå (Wendt et al. 2010, 188). Makro-variabler på land-nivå er derfor ikke av stor interesse her. Fokuset er i større grad rettet mot ulike regimetyper innenfor helsesystemer. Å undersøke hvordan effekten av faktorene på mikro-nivå varierer på tvers av helsesystemer, er en alternativ innfallsvinkel som også kan gi fruktbare resultater. Som nevnt i introduksjonen handler dette i større grad om å undersøke hvorvidt det er et samspill mellom faktorer på mikro og makronivå. Dette er en tilnærming for å lettere identifisere hvilken rolle institusjonelle trekk spiller inn på variasjoner i evalueringen av helsesystemet.

2.3.1 Aktører i helsesystemer

At tilfredshet med helsesystemet i stor grad er sosialt eller politisk drevet, stiller et spørsmål om hvilke aktører man retter sin tilfredshet mot. Forventinger med tanke på forskjeller i tilgangen og generøsiteten i helsetjenestene vil gjerne rette seg mot politikere, men vil også avhenge av andre aktører som står ansvarlig for ulike funksjoner i

helsesystemet. Helsesystemer inneholder en rekke aktører på ulike nivåer. I tilnærmingen som benyttes her er aktørene i fokus de som står for finansiering, regulering og levering av helsetjenester. I Europa er staten og aktører i arbeidslivet de viktigste aktørene for finansiering av helsesystemet, vanligvis gjennom skatt eller sosialforsikring. Private forsikringselskap utgjør også viktige finansieringsaktører i mange land. Staten er den viktigste aktøren innenfor regulering av helsesystemet i de fleste land, men samfunnsgrupper har også sterk innflytelse her. Når det gjelder levering av helsetjenester er både staten og private aktører viktige i europeiske helsesystemer. Levering av helsetjenester er likevel klart mindre politisk enn de øvrige delene, da tjenestetilbudet i all hovedsak domineres av medisinske profesjoner. Å redegjøre for mangfoldet av aktører i helsesystemet er viktig, da en viktig del av synet på helsesystemet også vil rette seg mot sentrale aktører.

2.3.2 Europeiske helsesystemer

De europeiske helsesystemene skiller seg i struktur sammenlignet med de europeiske velferdsregimene. Noe som likevel er felles med resten av velferdsstaten handler om institusjonell struktur og forskjeller i politisk system i de ulike helsesystemene. Her siktes det blant annet til forskjeller i organisering mellom enhetsstater og føderasjoner. Konstitusjonell organisering gjenspeiler ofte organisering av helsesystemet. Dette er ofte knyttet til graden av sentraliseringen av helsepolitikken (Blank et al. 2018, 40). Enhetsstater kjennetegnes av sentralstyrede helsesystemer som Storbritannia, mens føderasjoner kjennetegnes av helsesystemer i større grad er preget av desentralisert styring av helsesystemet, som i Tyskland (Blank et al. 2018, 94). Desentraliserte helsesystemer kjennetegnes ofte av større autonomi på lokalt nivå, både for politiske og sivile aktører i helsesystemet

Historiske og kulturelle forskjeller står sentralt for utformingen av helsesystemet. De kulturelle dimensjonene som karakteriserer ulike helsesystemer er; *kommunitaristisk, egalitær* og *individualistisk*. (Blank et al. 2018, 45). Kommunitarisme er typisk for de konservative velferdsregimene, her vektlegges sosiale grupper i storsamfunnet og lokalsamfunnet, som spesifikke yrkesgrupper. Et typisk eksempel er Tyskland og Nederland, hvor systemet er lagt opp til at sosiale grupper i stor grad ivaretar hverandre, på lik linje som familier. Dette har medført en sterk tradisjon for egen-administrasjon i helsesystemet. Egalitære kulturer legger stor vekt på at alle har rett til helsehjelp og en sosial forpliktelse til å innfri den rettigheten, noe som også er et typisk kjennetegn ved det sosialdemokratiske velferdsregimet. Individualistisk kultur preger i liten grad de Europeiske helsesystemene. Disse systemene, hvor USA er det beste eksempelet, overskygger fokus på *negativ* frihet den sosiale dimensjonen. Her har borgere et individuelt eller privat ansvar for egen helsehjelp (Blank et al. 2018, 45).

Helsesystemer varierer i form og funksjon fra land til land, men deler ofte karakteristikk som gjør det mulig å utvikle typologier for kategorisering av helsesystemer. Komparative analyser benytter institusjonelle trekk for å forklare på tvers av land. Typologier gjør det mulig å inkludere en rekke land i analysen, og kan samtidig bidra til en bro mellom forklaringer på makro- og mikro-nivå. Helsesystemer er hovedsakelig kategorisert på bakgrunn av trekkene som har blitt nevnt til nå, om hvordan de er finansiert, regulert og tjenester levert i det aktuelle landet. Her anvendes som sagt Böhm et al. (2013) sin typologi av helsesystemer i OECD-land. Av anerkjente typologier er den som best tilpasset eksisterende variasjoner og fellestrekk i samtidens helsesystemer. Den inneholder flere typologier, men her fokuseres det på de tre kategoriene som er dominerende i Europa.

Nasjonalt helsesystem, korporatistisk sosialt helseforsikringsystem og Statlig sosialt helseforsikringsystem.

Nasjonalt helsesystem (NHS) er et system for organisering av helsetjenester hvor staten er den sentrale aktør, og i all hovedsak er ansvarlig for regulering, finansiering og levering av helsetjenester. Sykehusene er hovedsakelig statlige, og tilbyr universell tilgang for alle borgere. Helsesystemet er i hovedsak finansiert gjennom vanlige skatteinntekter over statsbudsjettet. NHS er dominerende i de nordiske landene, de britiske øyer, Spania og Portugal. NHS-land karakteriseres ofte av en sterk stat, og et fellestrekk for landene med Nasjonalt helsesystem er at de er enhetsstater. De nordiske landene er kjent for en sosialdemokratisk velferdsstat mens Storbritannia og Irlands generøse helsesystem skiller seg fra de andre Anglo-saksiske landene som de deler velferds karakteristikk med. Dette er land som vanligvis kjennetegnes av lite generøse ordninger, med en individualistisk kultur. De søreuropeiske landene kjennetegnes vanligvis heller ikke som velferdsstater etter nordisk-modell. Denne motsetningen stammer av at det nasjonale helsesystemet i Portugal og Spania er opprettet i overgangen fra autoritært til demokratisk regime, i en tid hvor sosiale bevegelser stod sterkt i samfunnet. Det er likevel noen interne skiller i dette helsesystemet. Egenbetaling og private helsetjenester er noe mer utbredt i sør enn i nord, samtidig skiller det britiske helsesystemet seg ut som det mest generøse, uten noe form for egenbetaling (Böhm et al. 2013, 265).

Korporatistisk sosial helseforsikring (Bismarck-system) er en annen form for organiseringen av helsesystemet. Dette systemet er vanlig i de tysktalende landene og har derfor fått tilnavnet Bismarck etter at han innførte den første sosialhelseforsikringen på slutten av 1800-tallet. Dette systemet skiller seg likevel noe ifra det man vanligvis omtaler som Bismarck-velferdssystem, men for språklig enkelhets skyld vil dette begrepet benyttes herfra. Bismarck-systemer deler en kommuntariansitisk kultur med de andre konservative velferdsregimene i sentral og Vest-Europa. I land med Bismarck-system utføres reguleringen og finansieringen i hovedsak av korporatistiske aktører i sivilsamfunnet og arbeidslivet. Selvreguleringen i Bismarck-systemet illustreres av et stort fokus på valgfrihet, og spesielt at de er et av få systemer ikke benytter et protvaksystem i primærhelsetjenesten (Blank et al. 2018, 46). Alle borgere er omfattet av obligatoriske helseforsikringer som har et sosialt beregnet kostnadstak og gjerne er organisert gjennom arbeidsgiver, fagforeninger og andre deler av sivilsamfunnet. Det er likevel noen unntak fra det obligatoriske sosialforsikringen. Enkelte borgere som har høy nok inntekt, eller sysselsetter seg selv, har mulighet til å dekke seg ved hjelp av privat helseforsikring. Levering av helsetjenesten er i all hovedsak utført av private aktører, hvor det er et betydelig innslag av både ideelle og profitt-søkende aktører (Böhm et al. 2013, 266).

Det tredje helsesystemet som er dominerende i Europa omtales som **Statlig sosial helseforsikring** (for enkelhets skyld *Etatist*). Dette helsesystemet er dominerende i Sentral-Europa (Frankrike, Belgia og Nederland), samt i en del Østeuropeiske land, (Estland, Polen, Slovenia, Tsjekkia og Ungarn i denne undersøkelsen). Dette helsesystemet er ganske likt som Bismarck-systemet, men skiller seg på et sentralt punkt, som er at staten spiller en langt viktigere rolle her, ved at den har reguleringsansvaret i dette helsesystemet. Finansiering er gjennom strukturer gjennom sivile aktører i et sosialforsikringsystem, som så går gjennom staten og regulerer tilgang og andre deler av tjenestetilbudet. Alle borgere er pliktig å delta og er dekket av sosialforsikringen, og det er ikke mulig å få fritak fra helsesystemet ved å benytte privat forsikring. Levering av helsetjenester er stort sett av ideelle og private aktører som i Bismarck (Böhm et al. 2013, 267).

2.4 Komparativt perspektiv – variasjoner i holdninger på tvers av land

En viktig del av problemstillingen, handler om variasjoner i holdninger til komparative studier. Det er som nevnt ved flere anledninger, gode grunner til at man benytter typologier for å sammenligne forskjeller og likheter på tvers av land. Klassifisering av helsesystemer gjør verden noe mindre kompleks, og gir et bedre rammeverk for å organisere empirisk materiale. Sammenligninger gjør ofte hypotesetesting noe lettere, da man kan benytte trekk ved den ene til å eliminere trekk ved den andre. Sammenligninger av land gjør det også enklere å presentere generaliserende resultater, som i tillegg kan gjøre det mulig å foreta prediksjoner angående land som ikke er inkludert i sammenligningen (Landman 2003, 4).

Det sentrale komparative perspektivet er at forskjeller i evaluering av helsesystemet mellom land er knyttet til individers livssituasjon og ideologiske overbevisninger, og at trekk ved helsesystemet svarer noe ulikt til disse faktorene. Det som antydes av teorien er at sosiale holdninger står sterkere i land med universell tilgang. Derfor vil det være fruktbart å undersøke hvorvidt effekten av holdninger vil variere mellom helsesystemer. En typisk mistanke er for eksempel at effekten av egalitære holdninger er sterkere i nasjonale helsesystemer. Mens for eksempel egeninteresse-indikatorer vil slå sterkere ut i land som ikke har like generøse ordninger, da endringer i sosioøkonomisk status bidrar til større personlig usikkerhet. Utfordringer knytter seg til at holdninger mot velferdsinstitusjoner i stor grad kan være rettet mot samfunnet som helhet. Dette kan skape problemer for bruken av tilfredshet med helsesystemet som et komparativt mål. Det er en fare for at ulike effekter av indikatorer kan tolkes som et mål på tilfredshet med samfunnet som helhet, og ikke nødvendigvis bare trekk ved helsesystemet. Dette er som regel alltid en fare når man undersøker holdninger mot samfunnsinstitusjoner.

Forskjeller i sosiale holdninger er nødvendigvis ikke slik man skulle forvente. Variasjoner i holdninger knyttet til klasseforskjeller har vist seg sterkere i egalitære samfunn som Norge og Sverige enn i USA og Canada, hvor klasseforskjeller er langt større (Kumlin og Svallfors 2007, 24). Samfunn hvor holdninger knyttet til klasseforskjeller står sterkt, har nødvendigvis ikke sammenheng i hvor sosiale forskjeller er størst, men hvor klasseproblematikk har en tydelig posisjon, både i den politiske debatten og i sivilsamfunnet. Dette betyr således at det ikke er de reelle forskjellene i klasse, med fokus på risiko og ressurser som påvirker endringer i holdninger (Kumlin og Svallfors 2007, 24). Med andre ord betyr dette at forskjeller i holdninger knyttet til sosiale forhold er større i land med mindre ulikhet (Kumlin og Svallfors 2007, 45). Implikasjonene fra dette er at sosiale eller politiske holdninger her representert ved egalitære holdninger, både kan variere mellom land og at variasjonen innad i land kan være store. Det underbygger også den teoretiske antakelsen om at politisk kultur står sentralt for hvordan kollektive holdninger manifesterer seg i et samfunn. Dette gir samtidig bakgrunn for at effekten av egalitære holdninger vil være ulik i forskjellige helsesystemer, og styrker antakelsen om at ideologiske preferanser vil kunne være sterkere i disse landene.

3.0 Tidligere forskning

Det har som nevnt blitt gjort en del forskning på evaluering av helsesystemer i nyere tid. Det har likevel vært for lite forskning på hvordan de faktorene som undersøkes her, påvirker synet på helsesystemet (Wendt et al. 2010; Missinne et al. 2013). En klar overvekt av forskning har sett på disse faktorene opp mot tillit til velferdsstaten generelt eller andre velferdsinstitusjoner. I denne delen presenteres de viktigste funnene knyttet til det som blir undersøkt i denne oppgaven.

Innenfor evalueringsstudier av helsesystemer, relaterer mest betydningsfulle funnene seg til forventningsskiller mellom land og befolkninger. Andre funn dreier seg om at det ofte er en sammenheng mellom tilgjengelighet på helsetjenester og forventninger til helsesystemet (Busse et al. 2012, 187). Det er altså et kjent problem innenfor denne typer studier, at det er vanskelig å kontrollere for forskjeller i forventninger mellom befolkninger. Empiriske eksempler på dette har blitt funnet i tidligere undersøkelser som har sett på forventninger. I en komparativ undersøkelse viste Østerrike de laveste forventningene og den beste evalueringen. Landet med den laveste evalueringen Ukraina, hadde til sammenligning de høyeste forventningene i den undersøkelsen. Fra dette stammer en antakelse om at forskjeller i forventninger kunne medføre at folk kan evaluere tjenester med samme karakteristikk ulikt (Busse 2013, 263).

Befolknings-evaluering brukes ofte som et mål på hvordan den førende politikken oppfattes i befolkningen. Det gjør det mulig å sammenlikne «prestasjoner» med andre stater. På grunn av dette har internasjonale sammenlikninger blitt innflytelsesrike instrumenter for endring i offentlig tjenester. Folks synspunkter og evalueringer har fått status som et legitimt og viktig mål på prestasjoner til helsesystemet. Problemer knyttet til individers egenrapportering må derfor ikke overses. Egenrapporterte data kan lide av systematiske forskjeller som kan eksistere både på tvers av individer, sosiodemografiske grupper, innad i land og mellom land. Tidligere forskning har lagt vekt på at dette er et problem med denne type undersøkelser (Rice et al. 2012, 355). Dette handler om metodiske utfordringer som tidligere har blitt undersøkt i dette temaet. En meta-undersøkelse av nærmere to hundre undersøkelser konkluderte med at det tidligere har vært for lite eller svake validitets- og reliabilitets-vurderinger når man har analysert tilfredshetsundersøkelser (Sitzia 1999, 319). Det er tydelig at undersøkelser bør ta høyde for dette. En måte å bøte på noe av disse svakhetene er å benytte gode data og inkludere et longitudinelt perspektiv.

3.1 Tidligere forskning: egeninteresse

Forskjeller i helse er et sentralt fenomen når man studerer helsevesenet, da det i stor grad måler forskjellen mellom risikogrupper og friske. Mange undersøkelser måler effekten av helse. Egenvurdert helse har tidligere vist seg å ha sammenheng med evalueringen av helsesystemet (Eikemo et al. 2008, 2282; Borisova et al. 2017, 137). Egenvurdert helse benyttes ofte fordi det er en praktisk og enkel metode for å måle forskjeller i helse. Undersøkelse viser at variasjoner i egenvurdert helse har vært nært utelukkende knyttet til variasjoner på individnivå, og er i liten grad knyttet til helsesystemer (Eikemo et al. 2008, 2288). Egenvurdert helse har ved ett tilfelle vist seg å variere noe på tvers av land, men forskjellene mellom land kan i liten grad relateres til helsesystem (Bardage et al. 2005, 157). Funn knyttet til egenvurdert helse indikerer at hvorvidt man er i risikogruppe, er altså relatert til evaluering av helsesystemet. Generelt har man sett at bedre egenvurdert helse og høyere inntekt er korrelert med bedre tilfredshet med helsesystemet

(Borisova et al. 2018, 136; Missinne et al. 2013, 240). I en annen undersøkelse var høyere inntekt korrelert med dårligere vurdering, men da mot graden av statlig involvering (Wendt et al. 2010, 187).

3.2 Tidligere forskning: egalitære holdninger

Tidligere undersøkelser indikerer også at ideologiske overbevisninger spiller en vesentlig rolle i evalueringen av helsesystemet. I de fleste europeiske land som har offentlige helsesystemer, har kollektive holdninger om rett til helsehjelp stått sterkere enn holdninger om egenansvar. Dette funnet har ikke vist seg å være relatert direkte til politisk orientering (Traina et al 2019, 152). Dette stemmer også overens med andre funn. I en komparativ undersøkelse av evaluering av helsesystemer, var land med høy offentlig finansiering i større grad preget av sterke sosiale verdier (Wendt et al. 2010, 189). Dette underbygges av en komparativ undersøkelse av kollektive holdninger, den indikerer at egalitære holdninger rettet mot helsesystemet er viktig i stort sett hele Vest-Europa. Variasjonen indikerer likevel at disse holdningene er noe sterkere i homogene og «egalitære» samfunn som i Norden (Marmor et al. 2002, 188). Dette underbygger antakelsene om at kollektive holdninger og politisk kultur står sterkere i stater som vektlegger disse verdiene eksplisitt, for eksempel som gjennom velferdsinstitusjoner.

Selv om sosiale verdier er sterkt koblet til evalueringen av helsesystemet, er det ikke funnet at forskjeller knytter seg til sosial klasse (Wendt et al. 2010, 189). Dette virker å tale for at sosioøkonomiske forhold er mindre viktig enn ideologiske holdninger. Funnet er likevel i strid med funn som finner at dårlig økonomi er korrelert med svakere evaluering (Borisova et al. 2018, 136; Missinne et al. 2013, 240). Fra tidligere er det kjent at enkelte forhold på samfunnsnivå som påvirker evaluering av helsesystemet. Maktstrukturer i samfunnet er her vist å være en faktor som vil kunne påvirke hvordan man evaluerer helsevesenet. Den såkalte PDI-indeksen (Power Distribution Index) som referer til fordelingen av makt i samfunnet, forsøker å fange opp hvordan man ser maktforholdene i samfunnet. Den indikerer hvordan folk oppfatter fordelingen av makt i samfunnet og reflekter i hvilken grad de med liten makt aksepterer den eksisterende maktfordelingen. En undersøkelse viser at samfunn som har mindre hierarkisk struktur og mer egalitær kultur tenderer til å evaluere helsevesenet mer positivt (Borisova et al. 2017, 138).

Mange land har laget rapporter med prognoser på hvordan helsesystemet skal utvikle seg fremover, med fokus på finansiering og levering av tjenester. En analyse av tjuefem OECD lands rapporter fant at et av områdene nasjonale myndigheter har minst kunnskap om er «helse-søkende adferd» (Astolfi et al. 2012, 1). Med dette menes det blant annet endrede sosiale normer og preferanser som påvirker forventninger til helsetjenester (Astolfi et al. 2012, 6). Dette kan tolkes som at man er usikker på de sosiale effektene endringer i helsesystemet har, og at det er et område man ønsker økt kunnskap på.

3.3 Tidligere forskning: Institusjonelle karakteristikk og komparative sammenlikninger

Det er gjort mange undersøkelser basert på nasjonale data. I mangel på tilstrekkelig gode nok data, er det gjort færre komparative studier som fokuserer på folks evaluering av helsesystemer. Det er som nevnt gjort langt flere komparative studier som undersøker holdninger rettet mot velferdsstaten generelt eller mot redistribusjon. Hvor de meste

kjente eksempel Taylor-Gooby (1999), Blekesaune og Quadagno (2003), Jæger (2006), Kumlin og Svallfors (1997, 2006) og Svallfors (2006). I undersøkelser har holdninger til velferdspolitik tidligere vist seg å være relativt stabile over tid. Enkelte har argumentert for at holdninger til redistribusjon gjennom sosiale tiltak har sammenheng med strukturene i ulike velferdsregimer. Empiriske undersøkelser har derimot ikke vist noe sikkert mønster for at støtte til velferdsstaten kan grupperes etter Esping-Andersens typologier (Wendt et al. 2010, 179). Det har derfor blitt utsatt for kritikk om hvorvidt konseptet velferdsstat er for bredt til å identifisere en kobling mellom kollektive holdninger spesifikke velferdsinstitusjoner (Jæger 2006, 167). Dette bemerkes også i typologiene for helsesystemer. Det er som nevnt sterk variasjon knyttet til tilgjengelighet og generøsitet mellom helsesystemet og andre velferdsinstitusjoner innad i samme land.

Helsesystemet har i undersøkelser relativt høy tilfredshet. Tidligere forskning argumenterer for at dette er til støtte for en antakelse om at velferdsinstitusjoner som beskytter middelklassen i stor grad vil ha bred og stabil støtte (Wendt et al. 2010, 179). Det er likevel relevant å undersøke hvordan støtte til helsesystemet kan variere på tvers av helsesystemer, og hvordan det svarer til ulike grupper i samfunnet. Det har vært en del forskning knyttet til endringer i helsesystemer. 90-tallet spesielt var preget av at Europeiske land implementerte en rekke reformer i helsesystemet, som i de fleste tilfeller har betydd økt egenandel og mer begrenset tjenestetilbud. Den type endringer har blitt koblet til endring i støtten til helsesystemet, spesielt knyttet til at det kan skape forskjeller i støtte på tvers av sosiale grupper, men også på tvers av helsesystemer (Freeman og Moran 2000, 39).

For mange borgere er en viktig tjeneste i helsesystemet primærhelsetjenesten. Det er den preventive eller rutinemessige behandlingen man mottar hos allmennmedisinske klinikker (Blank et al. 2018, 287). En brukerundersøkelse fra 2003 som tok for seg evaluering av «fastleger» i flere europeiske land, viste ingen signifikant sammenheng mellom evaluering av fastleger og helsesystem, og at evalueringen av fastleger varierte usystematisk på tvers av helsesystemer (Wensing et al. 2004, 355). En annen undersøkelse viser på sin side at legetetthet spiller en viktig rolle for bedre evaluering (Borisova et al. 2017, 137). Organiseringen av primærhelsetjenesten kan også påvirke evalueringen på tvers av helsesystemer. Eksempelvis i NHS-systemet, hvor fastleger fungerer som en portvakt for å avgjøre hvem som får helsehjelp. Bismarck-systemet hvor autonomi og valgfrihet står særdeles sterkt, tenger man ikke gå gjennom fastlege for å få tilgang på ulike tjenester. På denne måten fungerer fastleger som portvakt i NHS (Blank et al. 2018, 46). Dette bringer også frem faktorer som økt valgfrihet i form av fritt behandlingsvalg. Det er eksempler på løsninger som er implementert delvis for å få økt tilfredshet med helsesystemet gjennom valgfrihet, men også bedre kapasitetsutnyttelse og kortere ventetider. Flere har ment at dette styrker brukeres rettigheter og bidrar til en mer ansvarlig bruk av midler. Undersøkelser på valgfrihet har likevel ikke funnet at dette har bedret evalueringer av helsesystemet i disse tilfellene. Det hevdes at det i all hovedsak er de som har høyere inntekt og har høyere utdanning som verdsetter valgfrihet, fordi de ofte er bedre skikket til å sammenlikne av tilbud (Busse et al. 2012, 205).

Det er et klart behov for studier som følger dette fenomenet. Hvilke holdninger som påvirker evaluering av helsesystemet og hvordan det varierer på tvers av land fremstår som et tema hvor det er for lite forskning. Det er et tydelig behov for et større komparativt perspektiv knyttet til dette temaet. Å dekke disse manglene vil være et nødvendig og fruktbart bidrag på dette feltet. Tidligere forskning viser sprikende funn om hvordan variasjoner i holdninger, forskjeller mellom sosiale grupper eller helsesystem kan forklare

hva som gjør om borgere er fornøyd med helsesystemet sitt. Dette kan blant annet skyldes at en stor del av komparativ forskning på holdninger, ofte er basert på få små utvalg og få land, gjerne mellom to og fire caser (Kumlin og Svallfors 2007, 20). I denne oppgaven vil det undersøkes med et relativt stort antall land sammenlignet med tidligere undersøkelser, som forhåpentligvis kan styrke hvorvidt strukturelle trekk ved helsesystemet kan forklare hvordan faktorer på individnivå påvirker tilfredshet med helsesystemet.

4.0 Hypoteser

For å følge en deduktiv tilnærming, vil det utfra teorien og tidligere forskning være naturlig å utlede noen hypoteser. De teoretiske antakelsene bygger på at egeninteresse og egalitære holdninger utgjør de to sentrale faktorer på individ- og gruppe-nivå, som påvirker evalueringen av helsesystemet. Det brukes ulike variabler for å måle effekten av egeninteresse. Det første er egenvurdert helse, som man fra tidligere undersøkelser ser som svært relevant for evalueringen av helsesystemet. I motsetning til undersøkelser av støtte til velferdsordninger, hvor hypotesene antar at økt risiko for bruk av velferdstjenester vil styrke støtten, fremstår det noe motsatt for helsesystemet. Erfaringer fra egenvurdert helse, antyder en klar sammenheng i at økt risiko for å benytte helsetjenester gir dårligere evaluering, mens bedre egenvurdert helse gir bedre evaluering (Xiao og Barber 2008, 723; Borisova et al. 2017, 136). De andre egeninteresseindikatorer er inntekt, som har vært sett i sammenheng med bedre evaluering da det tilbyr et fritak for å delta i den kollektive finansieringen i noen helsesystem, mens den er forbundet med mindre støtte i andre (Wendt et al. 2010, 189). Det er noe uklart hvordan forskjellene i inntekt fremtrer. Sprikende funn fra tidligere kan ha sammenheng med helsesystemet. Forskjeller i effekt av inntekt antas da å være mellom de to sosialforsikrings-systemene. Arbeidsledighet som forklaringsvariabel har tidligere vært brukt til å forklare holdninger til velferdsytelser (Blekesaune og Quadagno 2003, 421). Den er lite undersøkt opp mot helsesystemet tidligere. Derfor er det heller ikke knyttet et stort fokus mot denne faktoren. Det er likevel interessant å inkludere, da effekten av endret arbeidssituasjon kan være en god indikator på om synet på helsesystemet er preget av sosiale forskjeller. Den andre teoretiske antakelsen er knyttet til politisk ideologi, representert med egalitære holdninger. Den teoretiske bakgrunnen leder til en hypotese om at sterke egalitære holdninger er knyttet til økt støtte til velferdsstaten, også helsesystemet (Wendt et al. 2010, 179; Missinne et al. 2013, 234). Det er også mye som tyder på at disse holdningene står sterkere i samfunn som vektlegger universell tilgang til helsetjenester for borgere (Marmor et al. 2002, 188).

H1: Høyere inntekt er forbundet med bedre evaluering av helsesystemet.

H2: Effekten av inntekt vil være tydeligst i Bismarck og Etatist.

H3: Bedre egenvurdert helse gir bedre evaluering av helsesystemet..

H4: Sterke egalitære holdninger gir bedre evaluering av helsesystemet.

H5: Egalitære holdninger er viktigere for støtten til helsesystemet i NHS enn de andre helsesystemene.

5.0 Data og metode

I den empiriske undersøkelsen benyttes det data på sosiodemografisk gruppenivå, som skal måle ideologiske- og egeninteresse-indikatorer kan knyttes til evalueringen i helsesystemet. Det vil også benyttes en modell for komparativ sammenligning, hvor målet er å undersøke om disse indikatorene har ulik effekt på tvers av helsesystemer. Metoden i denne oppgaven har til hensikt styrke det empiriske grunnlaget om dette temaet. Mens tidligere studier benytter ordinære tverrsnitt data, benyttes det her en paneldata-metode for å anvende surveydata med mer avanserte estimeringsteknikker.

Denne undersøkelsen har i hovedsak to målsettinger. Det første er å dekke deler av forskningshullet som har blitt identifisert i teoridelen. Det andre er et klart metodisk mål. En sentral del av forskningsbidraget er å styrke argumentet for at pseudo-panel som et vitenskapelig lite utprøvd verktøy, kan være en fruktbar tilnærming til å besvare samfunnsvitenskapelige problemstillinger. I motsetning til de som benytter tverrsnittsdata på individnivå eller longitudinelle data på land-nivå, tar denne metoden en middelvei, hvor problemstillingen undersøkes på sosiodemografisk gruppenivå.

Den empiriske undersøkelsen følger et deduktivt design hvor hensikten er å undersøke nevnte teoretiske antakelser om evaluering av helsesystemet. Hypotesene som har blitt utviklet tar sikte på å teste teoriene på en hypotetisk-deduktiv metode (Grønmo 2016, 51). I denne oppgaven benyttes data fra ESS (*European Social Survey*). ESS-data er en biennal spørreundersøkelse, basert på representative utvalg fra den voksne befolkningen i en rekke europeiske land. Dataene som anvendes er fra 17 land i alle åtte ESS-rundene fra 2002-2016. ESS har stilt spørsmål om folks evaluering av helsesystemet i alle rundene, og tilbyr dermed gjentatte tverrsnittsdata på dette temaet.

ESS-data ikke er samlet fra de samme individene i alle rundene, som vil si at det ikke er snakk om ordinære paneldata. For å dra fordel av paneldata-analyse kan man etablere det som kalles pseudo-panel (Deaton 1985). Dataene fra ESS er stilt til disposisjon i anonymisert form gjennom Norsk senter for forskningsdata (NSD), og NSD er ikke ansvarlige for analysen av dataene eller de tolkningene som er gjort.

Pseudopanel er et metodeverktøy som er for lite brukt med tanke på hvilke muligheter det tilbyr. Dette kan trolig skyldes mangel på tverrsnittsdata som er av god nok kvalitet, og som er samlet tilstrekkelig gjentatte ganger. Pseudopanel bygger på en idé av nobelprisvinner Angus Deaton (1985), som i mangel på paneldata foreslo at det er mulig å konstruere paneldata basert på kohorter fra gjentatte tverrsnittsundersøkelser. Denne ideen har senere blitt utviklet og tilpasset et fixed-effects estimator av Marno Verbeek (2008). Mads M. Jæger (2013) implementerte metoden for praktisk anvendelse og bruk av European Social Survey, og senere videreutviklet av Blekesaune et al. (upublisert manuskript, 2019) tilpasset den komparative tilnærmingen som anvendes her.

5.1 Variabler

Den avhengige variabelen som benyttes «*Please say what you think overall about the state of health services in [country] nowadays?*». Det er en kontinuerlig variabel kodet fra 1 *extremely bad* til 10 *extremely good*. Den måler folks generelle evaluering av helsesystemet som helhet, og har tidligere blitt brukt til å undersøke dette temaet (Borisova et al. 2017).

Fra hypotesene er det som gitt rede for fire faktorer som er av sentral interesse. De alle valgt til uavhengige variabler som skal måle egeninteresse og egalitære holdninger. Egeninteresse knyttet til helse, er målt ved forskjellen mellom de som har god og dårlig helse er målt ved egenvurdert helse. Den er målt som en kontinuerlig variabel fra 1: *very bad* til 5 *very good*. Andre variabler som fanger opp egeninteresse i form av sosiale faktorer, er arbeidsledighet, en dummy-variabel kodet 0=Sysselsatt 1=Arbeidsledig, basert på aktivitet siste syv dager. Den tredje egeninteresseindikatoren er inntekt, som er kategorisk kontinuerlig variabel kodet i desiler fra 1 lavest til 10 høyeste inntektsdesil. Egalitær holdninger er målt ved hjelp av én indikator, som er «*Important that people are treated equally and have equal opportunities*». Rangert fra 1. *not like me* til 5. *very much like me*. Det er ikke inkludert flere variabler som skal fange opp andre politisk-ideologiske holdninger, på grunn av fare for multikolaritetsproblemer.

Ulike kontrollvariabler som alder, kjønn og utdanningsnivå inngår ikke i selve modellen, men er kontrollert for gjennom sammensetningen av kohortene i pseudopanelet, og blir redegjort for i konstruksjonen av pseudopanelet.

5.2 Konstruksjon av Pseudo-panel

I mangel på ordentlige paneldata er det her valgt å benytte en fremgangsmåte som har fått navnet pseudo-paneldata. Å konstruere paneldata av surveydata har primært to fordeler. For det første unngår man problemet med frafall av respondenter, og for det andre tillater denne metoden for datakonstruksjon å benytte et mye større antall respondenter enn det som er vanlig i tradisjonelle paneldata. På denne måten tilbyr pseudo-panel mer enn bare en dårlig kompensasjon for mangel på tradisjonelle paneldata. Idéen med et pseudo-panel er at grupper i samfunnet som har felles sosiodemografiske trekk, også i stor grad deler sosiale opplevelser. Med utgangspunkt i dette kan man konstruere grupper, eller kohorter som er observasjonsmessig identiske over tid (Jæger 2013, 153; Blekesaune et al. upublisert manuskript, 2019). En av få fordeler ved at dataene ikke er fra samme individ, er at ved gjentatte undersøkelser av samme individ, kan respondenten påvirkes av at tilsvarende datainnsamling er foretatt tidligere, og at dette vil kunne påvirke svarene (Grønmo 2016, 241).

For å undersøke denne type problemstillinger over tid, har man tidligere vært tvunget til å benytte tversnittdata på landnivå med nevneverdig lite variasjon. Å konstruere et pseudo-panel gir mulighet til å undersøke både forskjeller *mellom* land og *innad* i land. Det åpner muligheter for å undersøke andre perspektiver enn det som er mulig med andre tilnæringsmåter og annet datagrunnlag. I forhold til vanlige paneldata og tidsseriedata legges denne metoden seg på mange måter mellom andre tilnæringer, ved at man følger grupper i samfunnet fremfor individer eller land. Gruppene er konstruert for å være observasjonsmessig identiske over tid. Metoden bygger på Mads Jægers (2013) inndeling i observasjonsmessig identiske grupper (Jæger 2013, 151).

Hver gruppe er konstruert på bakgrunn av tre variabler; kjønn, utdanning og alder. Hver gruppe er så kodet med gjennomsnittsverdien til denne gruppen. Kjønn er logisk nok kodet som en dummy 0 og 1. Alder er delt i åtte kategorier, klassifisert (1) 15–19 år, (2) 20–29 år, (3) 30–39 år, (4) 40–49 år, (5) 50–59 år, (6) 60–69 år, (7) 70–79 år, og (8) de som er 80 år og eldre. Utdanning er delt i tre grupper, (1) opptil ti år-, (2) elleve til tretten- og (3) over tretten- års utdanning. Dette gir total (2X8X3) 48 sosiodemografiske grupper fordelt på 17 land. Det betyr at det teoretisk sett er 816 unike grupper. Fordi den yngste

aldersgruppen ikke har mulighet til å nå høyeste utdanningsnivå, er antall grupper noe redusert. I motsetning til Deaton (1985) sitt forslag om at antall kohorter stiger når N stiger, benyttes det her en tilnærming basert på Moffitt (1993), som forslo en instrumentell tilnærming hvor antall kohorter er konstant med tanke på antall parametere den er basert på, og hvor størrelsen på kohorten stiger når N stiger. Med denne løsningen slipper man problemer knyttet til variasjoner i størrelse på kohortene over tid (Verbeek 2008, 382). Da det ikke er likt antall respondenter i hver ESS-runde varierer størrelsene på gruppene, alt fra 1 person (3 grupper) til 1385 (1 gruppe). Derfor er det laget en vektvariabel basert på de opprinnelige dataene, hvor størrelsen på hver gruppe er vektet mot antallet respondenter som inngår i gruppene (Blekesaune et al. upublisert manuskript, 2019).

Verdiene på variablene er basert på gjennomsnittet i gruppene. Slik at man heller måler hvordan et gjennomsnittlig individ i en sosiodemografisk-gruppe endrer sin evaluering av helsesystemet. Man ender da opp med data som statistisk sett er relativt lik tradisjonelle paneldata, men hvor resultatene må tolkes på gruppenivå og ikke på individnivå. Når man har paneldata er det mulig å benytte mer avanserte estimeringsteknikker som *fixed-* og *random-effects*. Førstnevnte estimeringsteknikk tillater blant annet at man kan kontrollere for uobserverbare faktorer (Petersen 2004, 331). Dette dreier seg om å kontrollere for tids-konstante uobserverbare variabler, som kulturelle og kontekstuelle forskjeller mellom land. Med andre ord betyr det at paneldata og denne type estimeringer, i stor grad tar høyde for individuell heterogenitet (Blekesaune et al. upublisert manuskript, 2019). Paneldata gjør det mulig å studere dynamiske årsaksforhold, ved at man kan kontrollere når fenomener inntreffer i tid, og dermed peke på mer robuste kausalitetsforhold (Longhi og Nandi 2015, 5). Med paneldata kan man kontrollere direkte både for gruppe, tid og land-spesifikke effekter, ved å inkludere dummyvariabler for hver sosiodemografiske gruppe i hvert land og år (Petersen 2004, 333).

5.3 Statistiske forutsetninger - Heteroskedastisitet, multikolaritet og autokorrelasjon

Valget av variabler gir i utgangspunktet ikke mistanke om multikolaritet. For sikkerhets skyld er det kontrollert for dette ved hjelp av en VIF-test på et Pooled-OLS estimat. Den kritiske verdien for VIF (*Variance inflation factor*) er satt til fem (Mehmetoglu og Jakobsen 2017, 147). Da det ikke er funnet verdier over akseptable nivåer for noen av variablene (se vedlegg 2), konkluderes det med fravær av multikolaritet.

Modellen har i utgangspunktet ikke et normalfordelt restledd, en forutsetning som vanligvis heller ikke er oppfylt i tidsserie eller paneldata (Skog 2015, 327). Dette kommer av den samme enheten måles gjentatte ganger og fører til autokorrelasjon i modellen. Trender i dataene kan føre til at fenomener som egentlig er uavhengig hverandre, har sammenfallende trender og man får spuriøse sammenhenger. For å undersøke eventuell uavhengighet i restleddet benyttes *Wooldridge test for autokorrelasjon i paneldata*. Denne testen oppfylles som forventet ikke i en ordinær modell (se vedlegg 2). Den andre forutsetningen for restleddet er at det skal være homoskedastisk. Dette handler om at den uforklarte spredningen i de uavhengige variablene. Homoskedastisitet betyr at variasjonen langs regresjonslinjen er like store overalt. Det motsatte er heteroskedastisitet (Skog 2015 ,237).

Det finnes ulike tekniske løsninger på autokorrelasjon- og heteroskedastisitet-problemer. Et av dem kan være å benytte såkalt *lagget* avhengig variabel. Det vil si å benytte verdien

til et tidligere måletidspunkt på den avhengige variabel. Dette er likevel mer vanlig ved bruk av tversnittdata i tidsserie eller data hvor antall måletidspunkt er flere enn antall enheter. Datasettet her er preget av mange observasjonseenheter, med et relativt lavt antall observasjonstidspunkt. Å bruke klyngekorrigerede standardfeil (clustered standard errors) er et bedre alternativ. De sørger for estimater som korrigerer for klyngestrukturen i de nasjonale undersøkelsene (Blekesaune et al. upublisert manuskript, 2019). Robuste standardfeil løser også både autokorrelasjon- og heteroskedastisitet-problemer (Mehmetoglu og Jakobsen 2017, 234). Da det ikke er likt antall individer i alle ess-rundene, kan konstantleddet variere i hver kohort for hvert år. Derfor er det inkludert en tids-dummy (Blekesaune et al. upublisert manuskript, 2019). Å kontrollere for tid sørger også for at man luker ut enkelte spuriøse hendelser i tidsserien som ikke har sammenheng med det man undersøker.

5.4 Deskriptiv statistikk

Gjennomsnitt og standardfeil (i parentes) for de opprinnelige dataene og i pseudo-panelet.

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Opprinnelige ESS-data								
Evaluering av helsesystemet (0-10)	5.29 (2.54)	5.22 (2.60)	5.02 (2.63)	5.09 (2.58)	5.03 (2.62)	5.22 (2.61)	5.69 (2.46)	5.61 (2.47)
Egenvurdert helse (1-5)	3.83 (.92)	3.76 (.93)	3.71 (.93)	3.74 (.95)	3.72 (.97)	3.75 (.94)	3.82 (.92)	3.80 (.92)
Arbeidsledig Ja/Nei (0-1)	.05 (.23)	.06 (.24)	.05 (.22)	.06 (.25)	.08 (.27)	.08 (.27)	.06 (.24)	.06 (.24)
Inntekts-desil (1-10)	6.17 (2.38)	6.03 (2.53)	6.11 (2.66)	5.28 (2.76)	5.16 (2.81)	5.32 (2.78)	5.32 (2.78)	5.19 (2.73)
Egalitær holdning (1-6)	4.94 (1.04)	4.88 (1.04)	4.90 (1.03)	4.91 (1.04)	4.95 (1.04)	4.95 (1.08)	4.97 (1.04)	4.82 (1.08)
Pseudo-panel data								
Evaluering av helsesystemet (0-10)	5.23 (1.23)	5.23 (1.34)	5.41 (1.41)	5.57 (1.25)	5.75 (1.30)	5.78 (1.44)	5.67 (1.44)	5.82 (1.30)
Egenvurdert helse (1-5)	3.71 (.52)	3.71 (.52)	3.73 (.49)	3.73 (.51)	3.74 (.50)	3.75 (.51)	3.76 (.49)	3.75 (.50)
Arbeidsledig Ja/Nei (0-1)	.055 (.08)	.057 (.08)	.051 (.08)	.055 (.09)	.072 (.10)	.081 (.11)	.067 (.10)	.066 (.11)
Inntekts-desil (1-10)	6.00 (1.81)	6.09 (1.75)	6.4 (1.59)	5.29 (1.57)	4.94 (1.53)	4.95 (1.49)	5.05 (1.54)	4.98 (1.48)
Egalitær holdning (1-6)	4.93 (.36)	4.91 (.38)	4.94 (.35)	4.91 (.34)	4.97 (.33)	5.03 (.33)	5.00 (.37)	4.89 (.39)

Tabell 1: Deskriptiv statistikk

«Missing»-verdier på samtlige variabler er fjernet fra dataene. Som man ser er gjennomsnittsverdiene i de originale ess-dataene ganske like i pseudo-paneldataene. Standardavviket er derimot klart lavere i pseudo-panelet, noe som indikerer at de estimerte koeffisientene dataanalysen vil være objektive, samtidig som standardfeilen vil være klart lavere enn ved bruk av tverrsnittsdataene (Blekesaune et al., upublisert manuskript, 2019). Gjennomsnittsverdiene til variablene er relativt stasjonære over tid,

med mindre variasjoner mellom de enkelte måletidspunktene. Evalueringen av helsesystemet har dog blitt noe bedre i løpet av de fjorten årene, men mest av alt illustrerer det stabiliteten i holdninger til velferdsinstitusjoner som har vært nevnt (Wendt et al. 2010, 179). Egalitære holdninger virker å være stabile over tid, men med årlige variasjoner. Arbeidsledigheten fikk en økning etter 2008, samtidig som inntekter ser ut til å falle noe i samme periode. Dette kan trolig ses i sammenheng med finanskrisen og påfølgende lavkonjunktur, og er typiske variasjoner som begrunner valget om å inkludere en tidsdummy.

5.5 Analytisk tilnærming

Den analytiske tilnærmingen i denne oppgaven er lik som for andre tradisjonelle paneldata med kontinuerlig avhengig variabel. Estimeringsteknikkene er lik både for balanserte og ubalanserte paneler. En sentral del av estimeringsteknikkene som benyttes er for å kontrollere for uobservert heterogenitet i gruppene. Som tidligere nevnt ønskes det å ta høyde for individuelle karakteristikk og forskjeller på tvers av land. I tillegg til ulike estimeringsteknikker vektlegges også bruk av robuste standardfeil, vektning av kohortene og tids-dummy for å spesifisere modellene riktig. Alle estimatorene er godt egnet til å undersøke data med gruppestruktur, hvor det er paneldata både på gruppe og land-nivå (Petersen 2004, 344).

5.5.1 Valg av estimatorer

Det benyttes både vanlig OLS, random-effects og fixed-effects estimator i den første modellen. Alle estimatorene er inkludert da det er vurdert at hver kan gi noe interessant informasjon. Det er egeninteresse og egalitære holdninger som er fokus i denne undersøkelsen. For å kunne gjøre mest mulig presise estimater, som kan forklare forholdet mellom x og y , vil fixed-effects estimatoren være av hovedsakelig interesse i modellene.

Pooled OLS er den første modellen som er inkludert. Såkalt *total estimator* eller en vanlig lineær regresjonsmodell. OLS (ordinary least square) ignorerer den naturlige klyngestrukturen med flere observasjoner av den samme gruppen. Den vil behandle åtte observasjoner fra samme gruppe som om de var på forskjellige grupper. OLS gir riktige estimater av koeffisientene, men estimatoren vil ha større standardfeil og derfor være mindre effektiv enn *random-effects*. Den vil likevel tilby de samme indikasjonene som en vanlig tverrsnittsanalyse, dog med forbehold om gjentatte observasjoner av samme gruppe (Petersen 2004, 336). Den benyttes også til å teste statistiske forutsetninger og andre tekniske spesifikasjoner av modellene som ikke kan testes på de andre estimatorene.

Between estimator er også et alternativ for å analysere paneldata. Denne estimatoren skiller seg fra fixed-effects eller within-estimatoren ved at den forsøker å måle forskjeller i effekten *mellom* grupper eller individer. For eksempel mellom de med høy og lav inntekt (Petersen 2004, 336). Forskjeller mellom grupper er i utgangspunktet interessant, men estimatoren bruker dataene lite effektivt og gir stort sett estimater som er nær OLS. Den lider også av relativt høye standardfeil og er derfor ikke særlig interessant (Petersen 2004, 342)

Random-effects (RE) er en estimator som er vanlig for analyse av paneldata. Man kan se på paneldata som om de er fordelt på to nivåer, hvor nivå 1 er observasjonstidspunktene og nivå 2 er undersøkelsesenheterne (Petersen 2004, 331). Alle tidsvarierende variabler vil da være på nivå 1, mens alle tids-konstante variabler vil være på nivå 2 (Bell and Jones

2015, 135). Hierarkisk struktur gjør vanlig lineære estimeringsmetoder problematiske, da den forventer at restleddene er likt fordelt langs regresjonslinjen. Substansielt sett vil dette si at OLS forventer at alle observasjoner er på samme nivå. RE sin løsning på dette er å dele den uforklarte restledds-variasjonen i to: nivå 2 variasjon *mellom* enheter på nivå 2, og nivå 1 variasjon *innad* i nivå 1 enheter, mellom måletidspunkt (Bell og Jones 2015, 135). Det omtales også som et vektet gjennomsnitt av en *within*- og *between*-estimator (Petesen 2004, 340). RE estimerer altså effekten av både tidskonstante og tidsvarierende variabler samtidig. Man vil gjerne si at den dermed måler noe mellom OLS og fixed-effects. Man måler effekten både av endring over tid og forskjellen mellom enheter. Problemet med dette er at man da ikke kan vite sikkert hva man estimerer (Mehmetoglu og Jakobsen 2017, 252). I denne undersøkelsen er helsesystemet den eneste tids-konstante variabelen i fokus. Å måle effekten av denne blir løst ved hjelp av en komparativ modell. Uten tids-konstante variabler av særlig interesse, er det en grunn til at RE ikke er den best egnete estimatoren. Det RE tilbyr er en indikasjon på om det er noen sammenhenger mellom variablene, på en mer effektiv måte enn både OLS og FE. Spørsmålet om hvilken estimator man skal bruke er derfor først og fremst teoretisk, og i denne undersøkelsen er det hvordan endring i kontinuerlige variabler over tid påvirker den avhengige variabelen. Den korte slutningen er derfor at FE svarer på det som er av interesse på en pålitelig måte.

Fixed-effects (FE) er den tredje estimatoren. Den er også kjent som *within*-estimator da den måler effekten av endring innad i en undersøkelsesenhet. Den skiller seg fra RE ved at den inkluderer en dummyvariabel for hver enhet, og på den måten kontrollerer for person eller gruppe-spesifikke variabler. Fordelene med FE er at den fanger opp effekten av både observerte og uobserverte tids-konstante variabler. Det andre er at den gir gode estimater for variabler som endrer seg over tid. Den er mindre egnet i de tilfeller tids-konstante variabler også er av interesse (Petersen 2004, 338). Dette medfører at FE anklages for å bruke dataene ineffektivt, da observasjoner som ikke har noe endring i tidsperioden heller ikke blir estimert. FE tilbyr likevel noe ingen av de andre estimatorene kan, som er presise estimater på forholdet mellom endring i X og effekt på Y (Petersen 2004, 339). Til tross for at FE luker ut en del informasjon som kan være av interesse, er det på den andre siden trolig et forsøk på estimering av for mye informasjon som gjør RE mindre anvendelig. Mens FE tar høyde for alle utelatte tidskonstante variabler, er det fortsatt en fare for utelatte tidsvarierende variabler (Petersen 2004, 334).

FE benytter dummyer for hver enhet i analysen og er kjent som «minste kvadrats dummyvariabel». I dette designet vil det bety at man må å inkludere dummy, både for de sosiodemografiske gruppene og for hvert land i analysen. Det er ikke praktisk mulig i dette designet, og det anvendes heller en mer praktisk tilnærming som gir samme resultat (Jæger 2013, 156). I dette designet benyttes derfor noe som her kalles for Jægers metode. Man benytter dummy for land i fe modellen, samtidig sentrerer man de uavhengige variablene. Dette gjør at man fjerner «over-tid-gjennomsnittet», og har samme effekt på gruppene som dummyen for land (Jæger 2013, 157). Estimering av modellene med sentrerte variablene med inkludering av land- og tid- dummyer, gir estimater som kan måle individuelle endringer, kontrollert for underliggende effekter av kjønn, utdanning, alder, land og år (Blekesaune et al. upublisert manuskript 2019). Da får man estimater som tar høyde for særegenheter, spesielt knyttet til individuell heterogenitet og forskjeller mellom land. Tilpasningen av dataene vil ikke påvirke de statistiske tolkninger fra vanlig paneldata, utover det faktum at man måler effekter på gruppenivå og ikke på individnivå.

Det er også statistiske måter for å vurdere om RE eller FE er best egnet til dataene. Da benyttes en Hausmans test. Testen gir her et resultat på 650.90 og en p-verdi lik 0.000.

Dette betyr at man beholder nullhypotesen, og at forskjellene i koeffisientene er systematisk. Ifølge testen er FE den foretrukne estimatoren her (Longhi og Nandi 2015, 191). Dette vil likevel være en noe enkel måte å velge en estimator. De forskjellige estimatorene er nødvendigvis ikke variasjoner av den samme modellen, men heller forskjellige måter å beskrive dataene. Hver av de gir relevant innsikt på sin måte, og den type vinkling er viktig med tanke på feilspesifisering av modellen eller brudd på forutsetninger (Petersen 2004, 334). Problemet med RE er at man ikke kan være helt sikker på hva man måler, mens dette er veldig tydelig i FE. Det er derfor gjerne lettere å argumentere for at FE er bedre egnet til å teste hypoteser.

Et argument for RE er at når antallet måletidspunkt er lavt som i dette tilfellet, bruker RE dataene mer effektivt. Å rapportere begge estimatorene er nok den mest foretrukne løsningen (Petersen 2004, 142). Dette er også en mulighet til å gi leseren innblikk i de ulike estimatorene, og hvor det i diskusjonsdelen gis rom for å drøfte hvilke tolkninger man kan trekke fra de ulike estimatorene.

5. 7 Metodiske refleksjoner

5.7.1 Svakheter ved bruk av surveydata

Datagrunnlaget her er basert på en spørreundersøkelse eller strukturert utspørring. At dataene er delvis er basert på subjektive meninger hos respondentene, har enkelte metodiske implikasjoner som bør diskuteres. Den første er knyttet til kognitive faktorer hos respondentene. Kognitive utfordringer handler om hvilken rekkefølge spørsmål stilles i, hvordan de er formulert eller hvilke skala man skal svare på vil påvirke svarene. En mer alvorlig kognitiv utfordring vil være ulike erindringsfeil hos respondenten (Bertrand og Mullainathan 2001, 68). De kognitive utfordringene kan med andre ord knyttes til respondentens vilje til å svare, evne til å svare eller forståelse av selve spørsmålet (Grønmo 2016, 211). Andre utfordringer handler om den sosiale naturen i spørreundersøkelser. Dette kan handle om at respondenter ikke vil ta seg dårlig ut foran en intervjuer. Et typisk eksempel på dette er at hjemmesittere svarer at de har stemt, eller at mange ikke vil vise fordommer på spørsmål om etnisitet eller innvandring (Bertrand og Mullainathan 2001, 68). En tredje utfordring knyttet til tradisjonelle spørreundersøkelser er at holdninger ikke er stabile over tid. Dette kan blant annet komme av at mange blir bedt om å svare på holdninger de har til noe de ikke har tatt stilling til tidligere.

Denne type svakheter ved strukturert utspørring vil ha en effekt på standardfeilen i den statistiske modellen, som vil knytte seg til observerte eller uobserverte karakteristikk hos individet. For eksempel vil misrapportering om valgdeltakelse være større i demografiske grupper som setter større sosial verdi på å stemme ved valg. Dette er en viktig utfordring med surveydata som vil prege dataene, til tross for gode estimeringsteknikker. Utfordring knyttet til fixed-effects, er at endringer i holdninger ofte har langt svakere forklaringskraft enn holdninger i seg selv (Bertrand og Mullainathan 2001, 71). Dette er likevel i seg selv ikke et stort problem utover det faktum at det kan være vanskeligere å identifisere signifikante effekter av endring i holdninger (her i form av ideologiske holdninger) på evalueringen.

5.7.2 Relabilitet og validitet

I det neste kapittelet skal resultatene fra modellene diskuteres opp mot det teoretiske utgangspunktet. Formålet er å gjøre betraktninger av hvordan de empiriske funnene stemmer overens med de teoretiske antakelsene. Vekten som kan tillegges de statistiske funnene er ikke mer enn forutsetningene de hviler på. Først og fremst må det derfor gjøres rede for de svakheter empirien lider av. Validitet og relabilitet i datagrunnlaget er avgjørende for å kunne trekke slutninger. Det var blant annet nevnt at det i for liten grad har blitt gjort gode nok validitet og relabilitetsvurderinger i tilfredshets-undersøkelser (Sitzia 1999, 319).

Å konstruere et pseudopanel setter strenge forutsetninger for at datagrunnlaget som panelet er basert på er av svært god kvalitet. European Social Survey er derfor ansett som et godt valg, da den er vurdert til å oppfylle forskningens sannhetsforpliktelse både med hensyn til utvelging av enheter, informasjonstyper og selve gjennomføringen av datainnsamlingen (European Social Survey 2020). Et undersøkelsesopplegg og datainnsamling basert på disse forskningsmessige kriterier, gir data med høy relabilitet (Grønmo 2016, 238).

Foruten om at datagrunnlaget har høy relabilitet, er det også en forutsetning at datamaterialet har høy validitet. Med dette menes det at datamaterialet har gyldighet for problemstillingen som skal belyses. Som nevnt er datasettet her valgt på bakgrunn av høy relabilitet. Validitet handler om hva er intensjonen med undersøkelsen, og om dataene svarer til de intensjoner som er satt for prosjektet. Det dreier seg med andre ord om man faktisk undersøker det problemstillingen tilsier. Sentralt for validiteten her er definisjonsvaliditet. Da siktes det til sammenhengen mellom teoretiske og operasjonelle definisjoner av begreper (Grønmo 2016, 252). Dette vil spesielt handle om hvorvidt den avhengige variabelen måler det samme som man ønsker å undersøke. Som nevnt har den avhengige variabelen blitt brukt til å undersøke det samme fenomenet tidligere; «*Please say what you think overall about the state of health services in [country] nowadays?*» Svarene er distribuert på en skala fra 0 (*ekstremely bad*) til 10 (*exstremely good*) (Borisova et al. 2017, 134). Formuleringen av spørsmålet er så objektiv som mulig, og forsøker å innhente en generell oppfattelse av respondentens syn på helsevesenet, uten å være ledende eller ladet på noe måte. Dette er i tråd med det teoretiske utgangspunktet, som tar utgangspunkt i en generell oppfattelse av helsesystemet.

6.0 Resultater

6.1 Resultat modell 1

Den første modellen viser resultatene fra de tre estimatorene. Den illustrerer hvordan den overordnede sammenhengen mellom holdninger til velferdspolitik og evalueringen av helsesystemet i Europa. Estimatorene her peker i en viss grad mot at hypotesene bør beholdes. Både egeninteresse og egalitære holdninger er her knyttet til evalueringen av helsesystemet. Egalitære holdninger er forbundet med bedre evaluering av helsesystemet i random-effects estimatoren. Egeninteressen illustreres først og fremst ved at bedre egenervurdert helse er forbundet med bedre evaluering i random- og fixed-effects, og er således det mest robuste funnet i denne modellen. Arbeidsledighet på sin side, er ikke

funnet å være relatert til evaluering av helsesystemet i Modell 1. Høyere inntekt er korrelert med bedre evaluering i OLS-modellen, men ikke i andre estimatorer.

Modell 1.

	OLS	Random-effects	Fixed-effects
Egenvurdert helse	1.025 (0.655)	0.531*** (0.043)	0.358** (0.126)
Arbeidsledig	-1.425 (0.940)	-0.212 (0.153)	-0.799 (0.659)
Inntekt	0.297** (0.117)	0.009 (0.010)	-0.022 (0.041)
Egalitær	0.272 (0.229)	0.117*** (0.035)	0.130 (0.106)
1.essround _(ref.)	0.000 (.)	0.000 (.)	0.000 (.)
2.essround	-0.122 (0.162)	0.071* (0.039)	0.118 (0.082)
3.essround	-0.010 (0.175)	0.109*** (0.041)	0.125 (0.102)
4.essround	-0.123 (0.193)	0.024 (0.039)	0.073 (0.112)
5.essround	-0.098 (0.252)	0.025 (0.040)	0.039 (0.149)
6.essround	-0.124 (0.237)	0.028 (0.039)	0.082 (0.110)
7.essround	-0.098 (0.272)	0.023 (0.039)	0.113 (0.142)
8.essround	-0.104 (0.249)	0.024 (0.039)	0.104 (0.135)
_cons	0.129 (0.209)	-0.027 (0.040)	-0.035 (0.071)
<i>N</i>	5876	5876	5876
<i>N(grupper)</i>		808	808
<i>R2</i>	.21		
<i>R2(overall)</i>		.12	
<i>R2(within)</i>			.02

Tabell 2: Modell 1

Standardfeil i parentes * $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

6.2 Resultat modell 2

Modell 2 er en komparativ versjon av fixed-effects estimatoren i modell 1. Her er en fixed-effects estimatoren for hvert av de tre helsesystemene som oppgaven tar for seg. Denne modellen tar høyde for eventuelle forskjeller mellom helsesystemer som ikke kan forklares i den første modellen da dette er tids-konstante variabler hvor effekten ikke fanges opp av FE. Modell 2 kan med andre ord ses på som en samspillsmodell, hvor man beregner modellen for hvert helsesystem fremfor å benytte et produktledd. Samspillet her går ut på å undersøke om effekten de uavhengige variablene har på evalueringen av helsesystemet, påvirkes av hvilket helsesystem de er i.

For å sammenligne signifikante koeffisienter mellom systemene, beregnes det hvorvidt det er en signifikant forskjell mellom effekten av variablene i de ulike helsesystemene. For å sammenligne koeffisienter på tvers av modeller, beregnes det en t-verdi som forteller hvorvidt effekten er signifikant forskjellig fra hverandre. Dette gjøres ved bruk av formelen $t = D/s_d$ hvor D er differansen mellom koeffisientene og s_d er standardfeilen til differansen og beregnes ut fra standardfeilen til de to koeffisientene (Ringdal 2018, 427).

$$s_d = \sqrt{s_I^2 + s_{II}^2}$$

Modell 2 skiller seg vesentlig fra FE i modell 1. Bismarck-helsesystemet som her er representert av Tyskland og Sveits, er det første helsesystemet i denne modellen. Her er sterkere egalitære holdninger forbundet med bedre evaluering av helsesystemet, mens endring i subjektiv helse ikke viser noe signifikant sammenheng evalueringen. I motsetning til FE i modell 1, er høyere inntekt forbundet med bedre evaluering i dette helsesystemet.

For landene med nasjonalt helsesystem er det noe annerledes. Her er bedre egenvurdert helse og sterkere egalitære holdninger signifikant forbundet med positiv styrket evalueringen av helsesystemet. Effekten av egalitære holdninger er ikke funnet til å være signifikant sterkere her enn i Bismarck-system.

Det siste helsesystemet i modell 2 er statlig helseforsikring, eller *etatist helsesystem* som det omtales som her. Her er bedre subjektiv helse den eneste faktoren som er signifikant forbundet med bedre evaluering av helsesystemet. Effekten av helse er ikke signifikant forskjellig fra helse i NHS, og styrken virker å være ganske lik som i modell 1. Egalitære holdninger har ikke effekt i dette helsesystemet. Inntekt er marginalt ikke signifikant på over 95 % ($t > 1.96$) nivå i denne modellen. Her er t-verdien 1.93, derfor er alle desimaler inkludert, da eventuell avrundning av koeffisienten og standardfeilen i modellen ville vist en signifikant effekt.

Modell 2.

	Bismarck	NHS	Etatist
Egenvurdert helse	0.061 (0.148)	0.359** (0.103)	0.499* (0.212)
Arbeidsledig	0.400 (0.410)	-0.932 (1.230)	-0.125 (0.303)
Inntekt	0.104*** (0.017)	0.034 (0.100)	-0.0528384 (0.027328)
Egalitær	0.253** (0.087)	0.284*** (0.059)	-0.204 (0.124)
1.essround	0.000 (.)	0.000 (.)	0.000 (.)
2.essround	-0.129 (0.024)	0.284*** (0.074)	0.005 (0.167)
3.essround	-0.237 (0.386)	0.257*** (0.056)	0.177 (0.098)
4.essround	-0.022 (0.435)	0.311 (0.165)	-0.046 (0.135)
5.essround	-0.365 (0.318)	0.414* (0.193)	-0.083 (0.204)
6.essround	0.464 (0.089)	0.144 (0.186)	-0.032 (0.196)
7.essround	0.666* (0.067)	0.186 (0.261)	-0.125 (0.189)
8.essround	0.657* (0.102)	0.194 (0.258)	-0.141 (0.145)
_cons	0.139 (0.145)	-0.194 (0.109)	0.017 (0.119)
<i>N</i>	749	2517	2610
<i>N(groups)</i>	96	332	380
<i>R2(within)</i>	.49	.09	.07

Tabell 3: Modell 2

Standardfeil i parentes* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

a. **Bismarck-system** (Sveits og Tyskland). **Nasjonalt helsesystem** (Finland, Irland, Norge, Portugal, Spania, Storbritannia og Sverige). **Etatist sosial helseforsikring** (Belgia, Estland, Frankrike, Nederland, Polen, Slovakia, Tsjekkia og Ungarn).

7.0 Diskusjon

Resultatene fra modell 1 indikerer til en viss grad at man bør beholde de opprinnelige hypotesene om at både egeninteresse og politisk ideologi påvirker synet på helsesystemet. Modell 2 peker mot at helsesystem-regime har en sentral rolle og påvirker effekten av variablene betydelig. Resultatene gir likevel utgangspunkt for en del diskusjon knyttet til det teoretiske rammeverket, og hvilke tolkninger og eventuelle slutninger som kan trekkes fra det som kommer frem her. Diskusjonen er organisert for å besvare hypotesene kronologisk fra H1-H5.

Resultatene indikerer i noe grad det man antok på forhånd. Evalueringen av helsevesenet i stor grad også drives av faktorer utenfor helsevesenets kontroll. Egeninteresse i form av egen helse og ideologiske faktorer virker å stå sentralt i å forklare variasjoner i tilfredshet med helsevesenet. Generelt har støtten til de europeiske helsesystemene vært god, og stabil første del av 2000-tallet. Hvis man ser på den gjennomsnittlige støtten fordelt på land, er det de tidligere øst-europeiske landene som jevnt kommer ut dårligst, og stemmer for øvrig overens med andre undersøkelser (Missinne et al. 2013, 243). Utover dette er det er det ikke noe tydelig mønster i hvordan støtte fordeler seg med tanke på helsesystem. Dette illustrerer først og fremst at helsesystemet i seg selv ikke kan forklare høy eller liten grad av tilfredshet i befolkningen. Trolig er bildet noe mer sammensatt, hvor trekk ved helsesystemet svarer noe ulikt til forskjellige grupper i de ulike helsesystemene. Dette understreker antakelsen om at faktorer på individ eller gruppenivå er best egnet til å gi informasjon om hva som forklarer forskjeller i evaluering av helsesystemet.

7.1 Egeninteressen

Den første av individuelle faktorer som påvirker evalueringen av helsesystemet er livssituasjonen til mennesker, her forklart av ulike faktorer som påvirkes av individers rasjonelle egeninteresse. Indikatorer for egeninteresse knyttet til helsesystemer er egen helse og sosiale forskjeller. Det var fra tidligere noe sprikende funn knyttet til effekten av sosiale forskjeller. Egeninteresse ser ut til å ha en effekt på evalueringen i begge modellene, men det virker tydelig at effekten er noe ulik på tvers av helsesystemer. Resultatene her ser ut til å underbygge tidligere funn (Wendt et al. 2010), om at forskjeller i evaluering av helsesystemet er tydeligst mellom risikogrupper, og i mindre grad mellom sosioøkonomiske grupper. Det er likevel noen interessante funn som relaterer sosiale forhold til synet på helsesystemet.

7.1.1 Inntekt

H1: Høyere inntekt gir bedre evaluering av helsesystemet

Inntekt er en sentral variabel for å forklare hvordan endret økonomisk situasjon påvirker synet på helsesystemet. Resultatene her tyder på at økonomisk sårbarhet i liten grad påvirker synet på helsesystemet, som således taler for at europeiske helsesystemer lykkes i å gi trygghet om at økonomisk usikkerhet ikke påvirker tilgangen til helsesystemet. OLS-estimatoren i modell 1 antyder en positiv sammenheng mellom inntekt synet på helsesystemet. Dette stemmer også overens med funn om at de som opplever sterke økonomiske begrensninger evaluerer helsesystemet svakere (Borisova et al. 2017, 136). Variasjonen i modellen her, illustrerer fortsatt at det er sterk usikkerhet knyttet til effekten av inntekt. Det er også begrenset hvilke vekt man vil tillegge OLS-estimatoren når man benytter paneldata, og resultatet her taler for at man ikke vil beholde H1.

H2: Effekten av inntekt vil være tydeligst i Bismarck og Etatist

I modell 2 har effekten av inntekt endret seg fra modell 1. Endring i inntekt gir signifikant bedre evaluering i Bismarck-systemet, men ikke i Etatist. At økt inntekt fører til bedre evaluering i Bismarck, kan ha sammenheng med trekk ved Bismarck-systemet som skiller seg fra de andre. I Tyskland som i andre sosialhelseforsikringsssystem, er de aller fleste bundet til å delta i en sosialforsikring. Det likevel et unntak for de som tjener over et visst nivå, som kan velge om de skal delta i det sosiale forsikringsystemet, eller om de vil dekke seg selv med privat helseforsikring (Blank et al. 2018, 74). De med høy inntekt vil gjerne være mer positive fordi man med økt inntekt får større autonomi, som også er et viktig element i Bismarck-systemet. Dette står i kontrast til NHS og Etatist, hvor det er obligatorisk deltakelse i finansieringsmodellen, og hvor økonomisk status i liten grad påvirker individets formelle relasjon til helsesystemet.

Resultatene fra Bismarck-system stemmer også overens med tidligere undersøkelser, hvor forskjeller i sosial klasse var tydeligst i Bismarck-systemet. Også her satt i sammenheng med enkeltes mulighet til å «forlate» sosialforsikringen (Wendt et al. 2010, 189). Dette står ved første øyekast i opposisjon til teorier om velferdsinstitusjoner som tar sikte på å redusere sosial ulikhet. Men i land med Bismarck-system er det nødvendigvis ikke slik at helsesystemet og andre velferdsinstitusjoner har bakgrunn i et universalistisk tanke sett, men en korporatistisk tanke om at grupper i lokalsamfunnet ivaretar hverandre, og hvor det i mindre grad er fokus på en overføring mellom sosiale og økonomiske grupper i samfunnet som helhet. Så lenge alle er dekket av en form for helseforsikring, er det nødvendigvis ikke en oppfatning av at alle må ha de samme plikter og rettigheter.

Det er trolig grunner til at man ikke finner det samme resultatet i NHS. Denne måten å strukturere helsesystemet på ville bidratt til en vesentlig debatt der. Helsesystemet må også ses på som et resultat av de kollektive holdningene som reflekterer samfunnet. I NHS er det blant annet påpekt hvordan markeds mekanismer kan komme i konflikt med de moralske argumentene for universell tilgang på helsetjenester. Taylor-Gooby (1999) Peker på at hvis helsesystemet skal tjene den tradisjonelle målsettingen til velferdsinstitusjoner som praktiserer universell tilgang til kritiske tjenester, forutsetter det en obligatorisk deltakelse. Han hevder at rasjonelle individer vil benytte seg av en mulighet til å forlate systemet (Taylor-Gooby 1999, 111), slik som virker å være tilfelle i Bismarck. I et NHS-system vil dette brutt med den tradisjonelle ideen om et sosialt egalitært, kollektivt finansiert helsesystem.

Etatist-systemet viser marginalt ikke-signifikant negativ effekt av inntekt i modell 2, som ikke bør gå ubemerket. I en tidligere undersøkelse har høyere inntekt også vært relatert til dårligere tilfredshet med helsesystemet, men da målt opp mot graden av statlig involvering (Missinne et al. 2013, 243). Dette tydeliggjør argumentet om at tilfredshet er et multidimensjonalt konsept, hvor enkelte faktorer kan rette seg mot aktører eller funksjoner i helsesystemet, men hvor det her ikke de samme funnene knyttet til helsesystemet som helhet. At høyere inntekt forbindes med dårligere evaluering av helsesystemet er i tråd med antakelser om egeninteressen i mange helsesystem, ved at de med bedre inntekt har mindre motivasjon til å yte overføringer til de økonomisk utsatte. Et av de store skillene mot Bismarck er også at Etatist ikke tilbyr en «exit» mulighet, som kan forklare hvorfor høyere inntekt i Etatist i noe grad kan se ut til å tendere i retning dårligere evaluering. Hypotesen knyttet til dette var at de ulike helsesystemene kunne forklare de tidligere sprikende funnene knyttet til effekten av inntekt.

Resultatene fra inntekt i modell 2 indikerer her at økonomiske forskjeller påvirker synet på helsesystemet i et tilfelle. Det var noe usikkerhet knyttet til hvilken effekt man kunne forvente av inntekt, og hypotesen er nok derfor dårlig spesifisert på bakgrunn av. Det er likevel noe grunnlag for å beholde hypotesen på bakgrunn av det som er funnet i Bismarck.

7.1.2 Arbeidsledighet

Det er ikke knyttet noen hypoteser til hvilken effekt det å bli arbeidsledig vil ha på synet på helsesystemet. Den er ment for å kunne styrke det empiriske grunnlaget for hvordan sosiale forskjeller påvirker evalueringen av helsesystemet. Det er ikke funnet at arbeidsledighet har signifikant effekt på evalueringen av helsesystemet i noen av modellene. Det kan være ulike grunner til dette. Hovedsakelig antas det at på lik linje med inntekt, så opplever ikke borgere noe risiko forbundet med at arbeidsledighet og påfølgende økonomisk usikkerhet, vil få konsekvenser for bruk av helsetjenester. Dette bekrefter trolig at europeere føler seg trygg på at de vil motta helsetjenester uavhengig av økonomisk status. Dette kan slik sett ses på som et argument for at helsesystemet oppfyller målet om å redusere sosiale forskjeller, eller hvertfall at en opplevelse av at det reduserer sosial risiko. At arbeidsledighet ikke har signifikant effekt på holdninger til helsesystemet, underbygger også antakelsen om at effekten av inntekt i Bismarck, primært er for høye inntektsgrupper.

7.1.3 Egenvurdert helse

H3: Bedre egenvurdert helse gir bedre evaluering av helsevesenet

Egenvurdert helse er ment til å fange opp hvordan det å bli syk og forskjeller mellom hvordan friske og ulike risikogrupper ser på helsesystemet sitt. Effekten av god helse var på forhånd forventet å være sterkt positivt korrelert med synet på helsesystemet. Det er som nevnt ulike grunner til dette, og det står noe i strid med antakelsen om at man er mer positiv til velferdstjenester man tror en vil benytte.

Både i modell 1 og 2 fører bedre egenvurdert helse til signifikant bedre evaluering av helsesystemet. Fixed-effects estimatorene i modell 1 og for NHS og Etatist i modell 2, indikerte at bedre egenvurdert helse fører til bedre evaluering av helsesystemet, og taler for at hypotesen beholdes. I Bismarck systemet er det derimot ingen signifikant effekt av endret egenvurdert helse på evalueringen av helsesystemet. Effekten av egenvurdert helse i helsesystemene står til dels i strid med tidligere funn, hvor subjektiv helse ikke var signifikant korrelert med evaluering av helsesystemet i Etatist (Wendt et al. 2010, 184). Det var i utgangspunktet forventet at helse ville ha en viss effekt i alle helsesystemene, og at dette ikke er tilfelle i Bismarck er noe overraskende.

Den overordnede effekten av egenvurdert helse i modell 1, hvor bedre egenvurdert helse gir bedre evaluering, er i tråd med resultater fra andre undersøkelser (Borisova et al. 2017, 137; Xiao og Barber 2008, 723). I tillegg er det mulig å bekrefte en kausalretning mellom bedret helse og bedre vurdering av helsesystemet, som tidligere har vært etterspurt (Xiao og Barber 2008, 724). Men antar at friske personer vurderer helsesystemet bedre av flere grunner. Både fordi de selv er fornøyd med å være friske, og fordi de ikke ser noe grunn til ha kritiske formeninger til noe de selv ikke forventer å måtte benytte. Det er også flere årsaker til at dårlig helse vil være forbundet med et mer kritisk blikk til helsesystemet. Det kan både være fordi de stiller høyere krav, eller fordi de legger deler av skylden for sin dårlige helse på helsesystemet (Xiao og Barber 2008, 723). Risikogrupper vil ofte føle at det er for lite fokus på akkurat deres helsemessige utfordringer, og ønsker om bedre

behandlingsformer vil gjerne være mer fremtredende hos grupper som tror de har brukt for det (Blank et al. 2018, 26).

Skillet mellom Bismarck og de andre helsesystemene er årsak til et komparativt spørsmål. En årsak til at egenvurdert helse ikke har særlig effekt på vurderingen av helsesystemet, kan være bismarck-systemets fokus på valgfrihet. Det korporatistiske systemet vektlegger eierskap til helsesystemet, men trolig enda viktigere er at det heller ikke er noe portvakt system her, som med primærhelsetjenesten i NHS systemet (Blank et al. 2018, 46). Syke i NHS og Etatist kan oppleve tilgangen på spesielt spesialhelsetjenester som mer rigid. Den store forskjellen mellom NHS og Etatist på den ene siden, og Bismarck på den andre er at staten har en mer sentral rolle som reguleringsmakt i disse systemene. Her er portvaktordninger et middel for å begrense bruken av kostbare helsetjenester, og det er ikke utenkelig at dette påvirker personer i risikogrupper negativt.

Det har tidligere vært påpekt at portvakter og forskjeller i primærhelsetjeneste påvirker tilfredshet med helsesystemet (Wensing et al. 2003, 357). Forholdet mellom pasient og legen har også blitt ansett som viktig (Wendt et al. 2010, 188). Primærhelsetjenesten er også den delen av helsesystemet som flest borgere har direkte erfaring med, og det er gode grunner til å tro at det er en del av helsesystemet som har sterk innflytelse på folks oppfatning av det. Når det kommer til forskjeller mellom Bismarck og de andre helsesystemene er det trolig denne delen som er viktig. Den andre vesentlige forskjellen mellom disse systemene, som handler om stor valgfrihet er nok ikke like relevant, da dette er utbredt også i Etatist (Blank et al. 2018, 46). Tidligere funn tyder på at valgfrihet først og fremst gir bedre evaluering hos de med bedre sosioøkonomisk status eller som er bedre rustet til å sammenlikne tjenester, (Busse et al. 2012, 205).

7.2 Egalitære holdninger

H4: Sterke egalitære holdninger gir bedre evaluering av helsesystemet

H5: Egalitære holdninger er viktigere for støtten til helsesystemet i NHS enn de andre helsesystemene.

Den andre sentrale faktoren på individnivå er politisk ideologi, her målt ved graden av egalitære holdninger. Sterkere egalitære holdninger er forbundet med sterkere kollektiv identitet, økt støtte til velferdsinstitusjoner og i denne sammenheng, bedre evaluering av helsesystemet. I den første modellen er denne variabelen signifikant i random-effects estimatoren, som indikerer at egalitære holdninger er korrelert med bedre evaluering av helsesystemet og i tråd med H4. Andelen offentlige utgifter til helse ser også ut til å samsvare med de sosiale verdiene som gjenspeiler europeiske helsesystem (se vedlegg 1, tabell 2). Denne oversikten viser ingen tydelig gruppering mellom andelen offentlige utgifter og hvilke helsesystem landene hører til.

I den komparative modellen er effekten av endring i egalitære holdninger signifikant i Bismarck og NHS, hvor også effekten fremstår sterk. Effekten er ikke signifikant sterkere i NHS enn i Bismarck, som peker i retning av at H5 ikke bør beholdes. Et sentralt spørsmål blir hvorfor egalitære holdninger er signifikant i disse helsesystemene og ikke i Etatist. For de som bor i et Nasjonalt Helsesystem dreier dette seg trolig om at økte egalitære holdninger styrker tilliten til et kollektivt finansiert helsesystem, med universell tilgang til alle er en riktig måte å organisere helsetjenester. NHS-systemer har en sosial dimensjon sentralt i sitt formål, og ofte er dannet på et tidspunkt sosiale bevegelser og kollektive

holdninger stod sterkt i de respektive statene. For Bismarck-systemet kan effekten av egalitære holdninger mulig tilskrives det korporatistiske samfunnet, hvor mange identifiserer seg med sin samfunnsgruppe, og hvor holdninger til helsesystemet kan kobles til kollektiv gruppeidentitet.

Det er vanskelig å si hvorfor endrede egalitære holdninger ikke har signifikant effekt på evalueringen av helsesystemet i Etatist. Og det kan være mange og sammensatte grunner til det. Det kan skyldes forskjeller mellom de østeuropeiske og vest-europeiske landene (Böhm et al. 2013, 267). Men det kan også skyldes at kollektive holdninger i liten grad retter seg mot helsesystemet i disse systemene. Det kan heller handle om at ideologiske preferanser er tettere knyttet opp mot andre velferdsordninger, hvor fokus på pensjon eller ledighetsytelser overskygger fokuset på helsesystemet i disse landene. Det kan også komme av at organiseringen av dette helsesystemet i liten grad svarer til ideologiske preferanser.

At egalitære holdninger ikke er viktig i Etatist-systemet er noe overraskende. Det kan også ha sammenheng i hvordan sosiale forhold oppfattes i befolkningen. Som nevnt tidligere, er variasjonen i politisk-egalitære holdninger større i land med mindre forskjeller, hvor fokus på dette er større. Fokus både på sosiale forhold og på samfunnsklasse kan være større NHS og Bismarck-systemet. Det legges også vekt på at egalitære holdninger er sterkere i land som legger stor vekt på disse holdningene, både i sivilsamfunnet men også i hvordan helsesystemet er organisert (Kumlin og Svallfors 2007, 24).

Skillet mellom Bismarck- og Etatist-systemene er noe mer overraskende. Begge systemene bygger på en kommunitaristisk politisk tradisjon (Blank et al. 2018 45), som man skulle tro ville bidra til at effekten av politiske holdninger var noe likere mellom disse systemene. Skillet i effekten av politiske holdninger mellom Bismarck og Etatist kan da tenkes å komme av to årsaker. Det første og viktigste er at i Etatist er det staten som er reguleringsmyndighet, mens i Bismarck har grupper i sivilsamfunnet reguleringsansvaret selv (Böhm et al. 2013, 266). Den andre årsaken kan være at mens Etatist-landene er enhetsstater, er Bismarck-landene føderasjoner. Dette medfører at politisk innflytelse er mer desentralisert og at folk har et nærmere forhold til helsevesenet i dette systemet (Blank et al. 2018, 40).

Hypotesen om egalitære holdninger stemmer i den forstand at samfunn som vektlegger sosiale forhold og kollektive løsninger, som en komponent i helsesystemet og velferdsstaten, spiller ideologiske holdninger en større rolle i oppfatningen av helsesystemet. At disse holdningene er viktig i NHS er som forventet, men det er derimot noe overraskende at det er et tydelig skille mellom Bismarck og Etatist.

7.3 Bruk av helsesystemer i komparative sammenligninger

Å sammenligne helsesystemer har blitt omtalt som å undersøke signifikante «øyer av forskjeller» i et «hav av likheter» (Tenbensel et al. 2012, 29). Det vil være naturlig å diskutere hvilket bidrag sammenliknende analyser av helsesystemer er til forståelse av helsepolitikk. Utforskning av variasjoner gir som regel et bedre utgangspunkt for å kunne forstå forskjeller og likheter mellom enhetene. Sammenlikning tilbyr et godt grunnlag for å forklare enkelte observasjoner. En viktig del av sammenlikningen av helsesystemer, har vært konstruksjonen av ulike typologier som forklarer likheter og forskjeller mellom helsesystemer. Kryssnasjonale sammenligninger baserer seg på store mengder

informasjon, å samle dette i typologier er avgjørende for å kunne gjøre større sammenlikninger som kan forklare både forskjeller og likheter.

Hvilken typologi man benytter vil være avgjørende for de sammenlikninger som foretas. I denne oppgaven er det valgt å bruke en klassifisering som er egnet til å forklare forskjeller hos de institusjonelle funksjoner og aktører i helsesystemet som folk retter sine synspunkter. Samtidig som man ønsker å benytte en klassifisering som skiller de ulike systemene og ens komponenter tydelig fra hverandre. Dette har også blitt utsatt for noe kritikk, ved at helsesystemene bygger på en struktur hvor det består av et ofte begrenset antall elementer (Freeman og Frisina 2010, 176).

Typologiene her anvender søtten land fordelt på tre helsesystemer, hvor man i hovedsak er interessert i hvordan de institusjonelle trekkene er knyttet til forskjeller i faktorer på individnivå, og hvilken effekt de har på evalueringen av helsesystemet. Tidligere har det vært rettet kritikk mot de som benytter enkeltland som manifestasjoner av en typologi, enten det er velferdsregime eller ett helsesystem. Noen mener det er en mistolkning av den substansielle meningen med slike typologier. På den ene siden kan man hevde at konseptet med helsesystem-typologier, er et slags holistisk ideal og ikke empiriske enheter (Jæger 2006, 158), og at man derfor bør være svært forsiktig med å benytte empiriske land-caser som en representasjon for helsesystemer. Typologiene som benyttes her vil på den andre siden være bygget på reduksjonistisk tilnærming til konkrete elementer som helsesystemer består av. Det er også andre ulemper ved bruk av denne type system-typologier. De bygger på en hierarkisk struktur av tre funksjoner som i seg selv ikke kan forklare helheten og variasjonen i systemer på tvers av land (Böhm et al. 2013, 268). For å gi typologiene noe bedre forklaringskraft, forsøkes det å supplere med noe institusjonell teori, blant annet knyttet til politisk kultur og konstitusjonell struktur.

Problemer med typologier har vært debattert en god del. Det kan også handle om at det er stor variasjon mellom de landene som faller inn under en typologi. Når man undersøker politiske og sosiale holdninger som årsak til holdninger rettet mot en spesifikk velferdstjeneste, vil det være utfordringer knyttet til dette. Nok en gang vil det være relevant å trekke frem eksempelet om interne forskjeller mellom velferdsregimer og helsesystemer. Det er i enkelte tilfeller store forskjeller mellom hvilke helsesystem og velferdsregime man tilhører. Dette gjelder kanskje spesielt for de Britiske landene, som tilhører det liberale velferdsregimet, men som har en sosialdemokratisk struktur på helsesystemet. Man kan også dele NHS i undergrupper mellom tidlig og sent utviklet NHS, som sikter til forskjeller mellom innføringen av NHS mellom nord- og sør-europeiske NHS-systemer (Wendt 2009, 440). Liknende problematikk gjelder for tidligere kommunistregimer i sentral og Øst-Europa, som i stor grad har kopiert det vesteuropeiske helsesystemet etter fransk modell, men som velferdsregimet har mange valgt å kategorisere dem som en egen gruppe, grunnet at de på mange måter fremstår som en hybrid av ulike europeiske velferdsregimer (Lipsmeyer and Nordstrøm, 2003). Dette illustrerer både behovet for å undersøke helsesystemet spesielt, men også de variasjonene som ligger mellom land. Det er også en lang rekke andre faktorer som er med på å skille land tydelig fra hverandre. Det underbygger også noe av den kritikken som retter seg mot at man bruker noen få parametere for å gruppere dels svært ulike enheter.

Når man undersøker sosiale fenomen mellom land, er man som regel klar over at de store variasjonene ligger på individ eller gruppenivå. I dette tilfelle var det personers egeninteresse og politiske holdninger målt på gruppenivå som er medvirkende til endringer i evaluering av helsesystemet. Det er likevel interessant at institusjonelle trekk virker å ha

en sentral rolle, spesielt knytte til at effekten på egeninteressen er noe forskjellig. Det likevel viktig å huske at evalueringene som folk gjør også er påvirket av forventningskiller, da tilfredshet kan representere helt forskjellige ting i ulike helsesystem (Papanicolas et al. 2013, 740). Et generelt mål på tilfredshet med helsesystemet vil også hjelpe fange opp en stor grad av variasjonen rundt dette. En utfordring er på den andre siden at det er begrensede policy-implikasjoner å trekke fra denne type variabler.

7.4 Fordeler og svakheter ved analysen

En klar fordel med det statistiske designet her, er at modellene er mindre påvirket av spuriøse effekter fra utelatte variabler i fixed-effects, enn i en mer konvensjonell regresjonsmodell. Den klare ulempen med fixed-effects er at det ikke er mulig å måle tidskonstante variabler, som betyr at det ikke er mulig å måle forskjeller *mellom* grupper. Det er også andre begrensninger knyttet til analysen og perspektiver som fremtidige undersøkelser burde vektlegge. Denne oppgaven bruker pseudo-paneldata og ikke ordentlige paneldata. Dessverre er det ikke noe måte å korrigere for denne begrensningen, da ingen av de store komparative undersøkelsene praktiserer gjentatte observasjoner av de samme individene. Tidshorisonten er også et aktuelt tema. 2002-2016 som benyttes her, kan på en side ses på som for kort tatt i betraktning at det er datasett som går lenger tilbake i tid (f. eks International Social Survey Program (issp.org, 2018)). Pseudo-panelet som brukes her forutsetter at sosiodemografiske grupper er sammenliknbare over tid. Lengre tidsperspektiv kan også påvirke dette negativt. Tidligere undersøkelser med pseudopanel har benyttet tidsperspektivet 2002-2010 (Jæger 2013) og 2002-2014 (Blekesaune et al. upublisert manuskript, 2019). Fremtidige undersøkelser burde se på om det er hensiktsmessig å benytte et pseudopanel med lenger tidshorisont.

Det er en viss ulempe at man ikke har mulighet til å måle effekten av sosiodemografiske variabler som inngår i gruppene på den avhengige variabelen. Effekten av sosiodemografiske trekk er kontrollert for i designet, men det er ikke mulig å inkludere som forklaringsvariabler. Dette vil være en svakhet med pseudopanel til enkelte formål. Det er likevel et spørsmål om hva som er av substansiell interesse for å besvare problemstillingen. I dette tilfellet er det økonomisk og helserelatert egeninteresse, og politisk ideologi.

En av de klareste fordelene med designet i denne analysen, er at bruken av paneldata tillater å kontrollere for tid-konstante variabler som ikke kan måles, for eksempel kulturelle faktorer eller kontekstuelle forskjeller mellom land. Det vil si at paneldata-modeller kontrollerer for individuell heterogenitet (Blekesaune et al. upublisert manuskript, 2019). Det har blitt nevnt at det er et betydelig problem knyttet til heterogenitet mellom individer på tvers av land i denne typer studer. En modell som tar høyde for de utfordringer er en klar fordel med et paneldata-design. Ulempen er som nevnt at man da heller ikke kan måle effekten av forskjellene mellom helsesystemer, og at det derfor benyttes en komparativ modell for å kunne kartlegge de forskjellene.

En av de tydeligste svakhetene knyttet til metoden, er at undersøkelsesenheten er sosiodemografiske grupper og ikke individer. Dette vil også alltid være en betydelig ulempe ved pseudopanel, spesielt når man forklarer sosiale fenomener, hvor man undersøker faktorer som i stor grad ligger på individnivå.

En annen svakhet ved analysen er knyttet til helsesystem-typologiene. Det har vært nevnt at det er en del kritikk knyttet til hvordan helsesystemet plasserer seg mellom et heuristisk

og reduksjonistisk perspektiv. Kritikken mot helsetypologier er at det er sterke variasjoner basert på hvilke faktorer man bygger dem på, og at mange definisjoner av helsesystemer blir for snever til å beskrive virkeligheten (Wendt 2009, 440).

8.0 Konklusjon

Den politiske legitimiteten til europeiske helsesystemer, handler blant annet om å ha støtte i befolkningen. Utgangspunktet for problemstillingen er hva som påvirker hvorvidt folk er fornøyd med helsesystemet sitt, og i hvilken grad kan dette tillegges institusjonelle trekk ved helsesystemet? Resultatene her tyder også på at dette påvirkes i liten grad av faktorer innenfor helsetjenestenes kontroll, men drives i stor grad av menneskers livssituasjon, politiske holdninger og trekk ved systemet. Ved å se på hvordan endringer i grupper egeninteresse og egalitære holdninger påvirker evalueringen av helsesystemet, har det vært mulig å kartlegge hvordan dette varierer på tvers av ulike typologier av helsesystemer.

I mangel på gode paneldata, benyttes det pseudo-paneldata basert på åtte runder med ESS-data fra 2002-2016, til å foreta en empirisk undersøkelse av problemstillingen. Hovedfunnene her er at sosioøkonomiske forskjeller som arbeidssituasjon eller inntekt har lite innvirkning på hvordan grupper vurderer helsesystemet, med unntak av de med høyere inntekt i Bismarck, som har mulighet til å slippe deltakelse i helsesystemet. Effekten av sosiale forhold var det fra tidligere sprikende funn, som det her forsøkes å gjøre noe klarere. Noe av disse forskjellene kan trolig tilskrives helsesystemene, mens analysen her også peker i retning av at det er andre indikatorer som er klart viktigere.

Effekten av egenvurdert helse er i tråd med tidligere forskning, og indikerer at redusert risiko for å benytte helsetjenester, fører til bedre evaluering av helsesystemet. Noe overraskende var det at denne effekten ikke er signifikant i Bismarck. Effekten av endrede egalitære holdninger er bedre vurdering av helsesystemet i NHS og Bismarck. Resultatene knyttet til helse og ideologi, er i stor grad i samsvar med tidligere forskning. Ved bruk av bruk av pseudopanel og fixed-effects estimering, har denne oppgaven bidratt til å styrke det empiriske grunnlaget til tidligere funn, ved at man har kunne etablere mer robuste kausalretninger mellom de uavhengige variablene og evaluering av helsesystemet.

Det er viktig å vektlegge at de europeiske helsesystemene ser ut til å nyte stor oppslutning i befolkningen, og er nok mindre utsatt for variasjoner i støtte enn andre velferdsinstitusjoner. Et sentralt fokus her, har vært betydningen av ulike helsesystemer som tilnæringsmetode og forklaringsfaktor når man skal undersøke helsepolitikk. Det er som nevnt både fordeler og ulemper knyttet til dette, men denne oppgaven viser at det under riktige omstendigheter kan fungere som en svært fruktbar løsning for å sammenligne forskjeller mellom helsesystemer. Forskjellen i effekten av egeninteresse og ideologiske holdninger mellom helsesystemene, kan i relativt stor grad forklares av institusjonelle trekk, tatt i betraktning at vesentlig variasjon ligger på individnivå. Fremtidige undersøkelser burde forsøke å styrke kunnskapen rundt regimetyper som forklaringsfaktor i komparative studier av helsepolitikk.

9.0 Litteratur

- Astolfi, Roberto, Luca Lorenzoni og Jillian Oderkirk. 2012. «Informing policy makers about future health spending: A comparative analysis of forecasting methods in OECD countries.» *Health Policy* 107:1-10. doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.05.001.
- Azar, Ariel, Luis Maldonado, Juan Carlos Castillo og Jorge Atria. 2017. «Income, egalitarianism and attitudes towards healthcare policy: a study on public attitudes in 29 countries.» *Public Health* 154: 59-69. doi.org/10.1016/j.puhe.2017.09.007.
- Bardage, Carola, Saskia M.F. Pluijm, Nancy L. Pedersen, Dorly J.H. Deeg, Marja Jylhä, Mariana Noale, Tzvia Blumstein og Angel Otero. 2005. «Self-rated health among older adults: a cross-national comparison.» *European Journal of Aging* 2(2): 149-158. doi:10.1007/s10433-005-0032-7.
- Bell, Andrew og Kelvyn Jones. 2015. «Explaining Fixed Effects: Random Effects Modeling of Time-Series Cross-Sectional and Panel Data.» *Political Science Research and Methods* 3(1): 133-153. doi:10.1017/psrm.2014.7.
- Bertrand, Marianne og Sendhil Mullainathan. 2001. «Do People Mean What They Say? Implications for Subjective Survey Data.» *The American Economic Review* 91(2):66-72. jstor.org/stable/pdf/2677735.pdf.
- Blank Robert H. Viola Bureau og Ellen Kuhlmann. 2018. *Comparative Health Policy, femte utgave*. London: Palgrave McMillan.
- Bleich Sara N, Emre Özaltin og Christopher JL Murray. 2009. «How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?» *Bull World Health Org* 87:271-278. doi:10.2471/BLT.07.050401.
- Blekesaune, Arild, Eiri Elvestad og Torill Aalberg. «Changing TV Consumption: Changing Political Interest? Using Pseudo-Panel to Examine Reciprocal Effects between Television Consumption and Political Interest in Europe.» *Upublisert manuskript* 2019. Microsoft word fil.
- Blekesaune, Morten og Jill Quadagno. 2003. «Public Attitudes toward Welfare State Policies: A Comparative Analysis of 24 Nations.» *European Sociological Review*, 19(5) pp: 415-427. jstor.org/stable/pdf/3559532.pdf.
- Böhm, Katharina, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr og Heinz Rothgang. 2013. «Five types of healthcare systems: empirical results of a deductive classification.» *Health Policy* 113: 258-69. doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003.
- Borisova, Liubov V., Pål E. Martinussen, Håvard. T. Rydland, Per Stornes og Terje A. Eikemo. 2017. «Public evaluation of health services across 21 European countries: the role of culture.» *Scandinavian Journal of Public Health* 45: 132-9. doi.org/10.1177/1403494816685920.
- Busse Reinhard, Nicole Valentine, Suszy Lessof, Amit Prasad, Ewout van Ginneken. 2012. «Being responsive to citizens' expectations: the role of health services in responsiveness and satisfaction». I *Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case of investing in health systems*. Redigert av Figueras, Josep og Martin Mckee, 175-208. Maidenhead: Open University Press.
- Busse Reinhard. 2013. «Understanding Satisfaction, Responsiveness and Experience with the Health System». I *Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research*. Redigert av Papanicolas, Irene og Peter C. Smith, 255-279. Maidenhead: Open University Press.

- The Chicago Manual of Style. 2017 «Author-Date References 17th edition.» Oppdatert 03.juni, 2020.
- Commonwealth Fund. 2016. «2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults.» Oppdatert 29.mai, 2020. <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2016/nov/2016-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-adults>.
- Deaton, Angus. 1985. «Panel data from time series of cross-section.» *Journal of Econometrics* 30(1-2): 109-126. doi.org/10.1016/0304-4076(85)90134-4.
- Eikemo, Terje A., Claire Bambra, Ken Judge & Kristen Ringdal. 2008. «Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis.» *Social Science & Medicine* 66: 2281-95. doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.022.
- European Social Survey. 2016. «ESS Cumulative Data Wizard.» Oppdatert 19.mai, 2020. <https://www.europeansocialsurvey.org/downloadwizard/>.
- European Social Survey. 2016. «Data Quality Assessment.» Oppdatert 03.juni, 2020.
- Gevers, Josette, John Gelissen, Wil Arts og Ruud Muffels. 2000. «Public health care in the balance: exploring the popular support for health care systems in the European Union.» *International Journal of Social Welfare* 9: 301-321. doi.org/10.1111/1468-2397.00141.
- Grol, Richard og Michel Wensing. 2000. «PATIENTS EVALUATE GENERAL/FAMILY PRACTICE.» *The EUROPE Instrument*. <https://equip.woncaeurope.org/sites/equip/files/documents/publications/resources/grolwensing2000theuropepinstrumentequipwonca.pdf>.
- Groskind, Fred. 1994. «Ideological influence on public support for assistance to poor families.» *Social Work* 39: 81-89. doi.org/10.1093/sw/39.1.81.
- Grønmo, Sigmund. 2016. *Samfunnsvitenskapelige metoder 2. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Freeman, Richard og Michael Moran. 2000. «Reforming Health Care in Europe.» *West European Politics* 23: 35-39. doi.org/10.1080/01402380008425366.
- Freeman, Richard og Lorraine Frisina. 2010. «Health care systems and the problem of classification.» *Journal of Comparative Policy Analysis* 12: 163-78. doi.org/10.1080/13876980903076278.
- Hasenfeld, Yeheskel og Jane A. Rafferty. 1989. «The Determinants of Public Attitudes Toward the Welfare State.» *Social Forces* 67: 1027-1048. [jstor.org/stable/pdf/2579713.pdf](http://www.jstor.org/stable/pdf/2579713.pdf).
- Johnson, Malcolm og J. Cullen. 2000. «Solidarity put to the test. Health and social care in the UK.» *International Journal of Social Welfare* 9: 228-237. doi.org/10.1111/1468-2397.00135.
- Jæger, Mads Meier. 2006. «What makes People Support Public Responsibility for Welfare Provision: Self-interest or Political Ideology? A Longitudinal Approach.» *Acta Sociologica* 49(3): 321-338. doi.org/10.1177/0001699306067718.
- Jæger, Mads Meier. 2006. «Welfare Regimes and Attitudes Towards Redistribution: The Regime Hypothesis Revisited.» *European Sociological Review* 22(2): 157-170. doi.org/10.1093/esr/jci049.
- Jæger, Mads Meier. 2013. «The effects of macroeconomic and social conditions on the demand for redistribution: A pseudo panel approach.» *Journal of European social policy* 23(2): 149-163. doi:10.1177/0958928712471225.

- Kumlin, Staffan og Stefan Svallfors. 2007. «Social Stratification and Political Articulation: Why Attitudinal Class Differences Vary Across Countries.» I *Social Justice, Legitimacy and the Welfare State*. Redigert av Steffen Mau og Benjamin Veghte, 19-46. Aldershot: Ashgate.
- Larsen, Christian Albrekt. 2008. «The Institutional Logic of Welfare Attitudes – How Welfare Regimes Influence Public Support.» *Comparative Political Studies* 41(2): 145-168. doi.org/10.1177/0010414006295234.
- Lipsmeyer, Christine og Timothy Nordstrom. 2003. «East versus West: Comparing Political Attitudes and Welfare Preferences Across European Societies.» *Journal of European Public Policy* 10(3): 339-364. doi.org/10.1080/1350176032000085342.
- Longhi, Simonetta og Alita Nandi. 2015. *A practical guide to using panel data*. London: Sage.
- Marmor, Theodore, Kieke G.H. Okma og Stephen R. Latham. 2002. «National Values, Institutions and Health Policies: What Do They Imply for Medicare Reform?» *Journal of Comparative Policy Analysis* 12(1-2): 179-196. doi.org/10.1080/13876980903076286.
- Mehmetoglu, Mehmet og Tor Georg Jakobsen. 2017. *Applied Statistics Using Stata – A Guide for the Social Sciences*. London: Sage.
- Missinne, Sarah, Bart Meuleman og Piet Bracke. 2013. «The popular legitimacy of European healthcare systems: A multilevel analysis of 24 countries.» *Journal of European Social Policy* 23(3): 231-247. https://doi.org/10.1177/0958928713480065.
- Moffitt, Robert. 1993. «Identification and Estimation of Dynamic Models with a Time Series of Repeated Cross-Sections.» *Journal of Econometrics* 59: 99-123. doi.org/10.1016/0304-4076(93)90041-3.
- O'Neil, Patrick. 2015. *Essentials of Comparative Politics 5. utgave*. New York: W. W. Norton & Company.
- Papanicolas, Irene, Jonathan Cylus og Peter C. Smith. 2013. «An Analysis of Survey Data From Eleven Countries Finds That 'Satisfaction' With Health System Performance Means Many Things.» *Health Aff (Millwood)* 32:734-742. doi:10.1377/hlthaff.2012.1338.
- Papanicolas, Irene og Peter C. Smith 2013 «International Comparison of Health Systems». I *Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research*, redigert av Papanicolas, Irene og Peter C. Smith 75-112. Maidenhead: Open University Press.
- Rice, Nigel, Silvana Robone og Peter C. Smith. 2012. «Vignettes and health systems responsiveness in cross-country comparative analyses.» *Journal of the Royal Statistical Society* 175(2): 337-357. doi.org/10.1111/j.1467-985X.2011.01021.x.
- Ringdal, Kristen. 2013. *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ Metode. 3. utg.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Sitzia, John. 1999. «How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies.» *International Journal of Quality in Health Care* 11: 319-328. doi.org/10.1093/intqhc/11.4.319.
- Skog, Ole-Jørgen. 2015. *Å forklare sosiale fenomener – En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Svallfors, Stefan. 2006. *The Moral Economy of Class. Class and Attitudes in Comparative Perspective*. Stanford: Stanford University Press.

- Svallfors, Stefan. 1997. «Worlds of Welfare and Attitudes to Redistribution: A Comparison of Eight Western Nations.» *European Sociological Review* 13(3), 283-304. doi.org/10.1093/oxfordjournals.esr.a018219.
- Taylor-Gooby, Peter. 1999. «Markets and Motives. Trust and Egoism in Welfare Markets.» *Journal of Social Policy* 28(1): 97-1. doi.org/10.1017/S0047279499005450.
- Tenbensel, Tim, Samantha Eagle og Toni Ashton. 2012. «Comparing health policy agendas across eleven high income countries: Islands of difference in a sea of similarity.» *Health Policy* 106: 29-36. doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.04.011.
- Traina, G., P. E. Martinussen & E. Feiring. 2019. «Being healthy, being sick, being responsible: attitudes towards responsibility for health in a public healthcare system.» *Public Health Ethics* 12: 145-57. doi.org/10.1093/phe/phz009.
- Vedlegg 2, tabell 1. oecd.org. 2020. «Health Spending.» Oppdatert 26.mai, 2020. <https://data.oecd.org/chart/5YLX>
- Verbeek, Marno. 2008. «Pseudo Panels and Repeated Cross-Section». I *The Econometrics of Panel Data*, redigert av Laszlo Matyas og Patrick Sevestre, 369-383. Berlin: Springer Verlag.
- Wendt, Claus. 2009. «Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare.» *Journal of European Social Policy* 19: 432-45. doi.org/10.1177/0958928709344247.
- Wendt, Claus., J. Kohl, M. Mischke & M. Pfeifer. 2010. «How do Europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare.» *European Sociological Review* 26: 177-92. doi.org/10.1093/esr/jcp014.
- Wensing, Michel, Richard Baker, Joachim Szecsenyi og Richard Grol. 2004. «Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe.» *Health Policy*, 68(3): 353-7. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.10.010>.
- ISSP. 2018. «International Social Survey Programme.» Oppdatert 02.juni, 2020. <http://w.issp.org/menu-top/home/>
- WHO. 2000. «The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance.» Oppdatert 05.juni, 2020. https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1.
- WHO. 2001. «Multi Country Sruvey Study on Health and Responsiveness.» Oppdatert 29.mai, 2020. <https://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/mcss/about>.
- WHO. 2004. «WHO World Health Survey.» Oppdatert 29.mai, 2020. <https://www.who.int/healthinfo/survey/en/>.
- Xiao, Hong og Janes P. Barber. 2008. «The effect of perceived health status on patient satisfaction.» *Value in Health* 11:719-725. doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00294.x.

Vedlegg

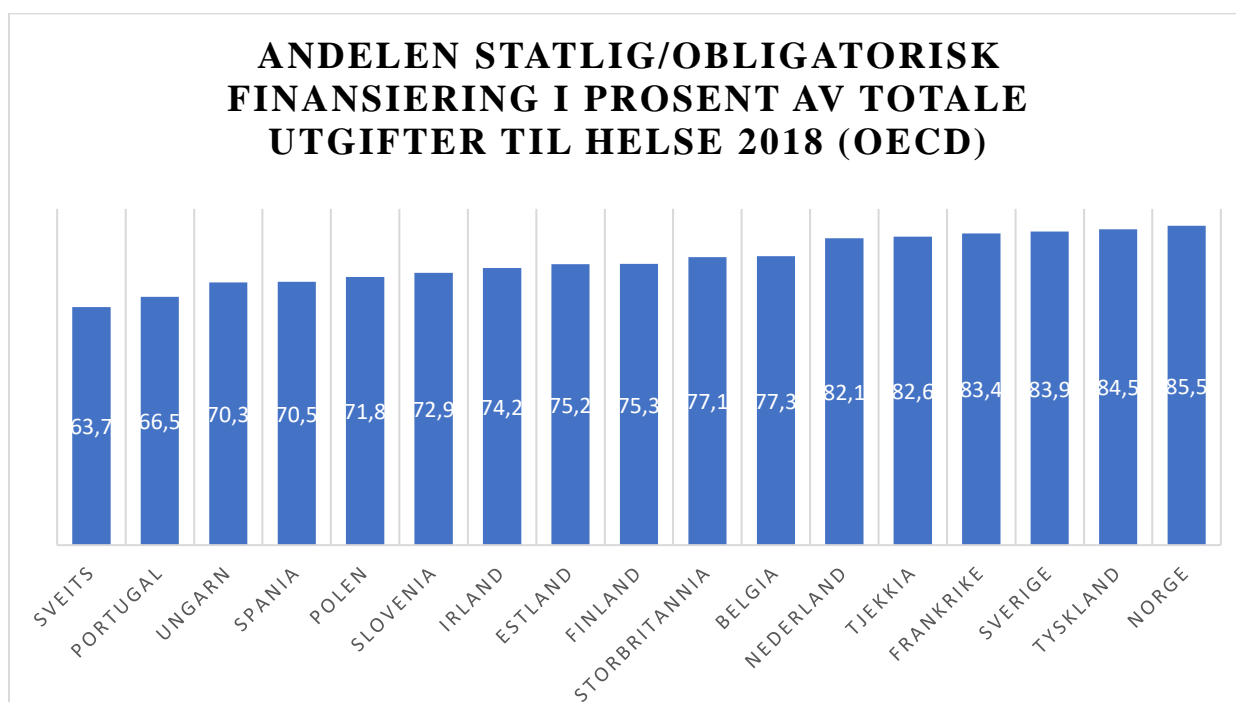
Vedlegg 1 – Deskriptive tabeller og figurer

Tabell 1

Rangering av tilfredshet etter helsesystem

Nasjonalt helsesystem		Statlig sosial helseforsikring		Korporatistisk sosial helseforsikring	
		Belgia	7.41	Sveits	6.92
Finland	6.83				
Norge	6.24				
		Nederland	6.13		
		Frankrike	6.13		
Storbritannia	5.91				
Sverige	5.88				
Spania	5.80				
				Tyskland	5.30
		Slovenia	5.13		
Irland	4.30				
Portugal	4.27				
		Ungarn	3.80		
		Polen	3.75		
Gjennomsnitt	5.60		5.39		6.11

Tabell 2



Vedlegg 2 – Statistiske tester

VIF-Test for multikolaritet

Variabel	1/VIF
Inntekt	1.15
Egenvurdert helse	1.05
Arbeidsledig	1.07
Egalitær	1.01

Woolridge test for autokorrelasjon

F=17.411 | p=0.0000

Hausman:

831.69

p=0.000

