

Carsten Jensen og Peter Bjerre Mortensen Det danske sundhedsvæsen: universalisme for alle?

Artiklen undersøger universalismen i det danske sundhedsvæsen, som er fastlagt i sundhedslovens krav om ”let og lige adgang”. Med afsæt i velfærdsstatslitteraturen udvikler forfatterne en firedimensionel ramme for at analysere universalisme i sundhedsvæsenet: finansiering, adgang, forbrug og resultater. Gennem en empirisk vurdering af udviklingen i hver dimension siden år 2000 viser artiklen, at mens finansiering og formel adgang i høj grad forbliver universelle, består der betydelige og stigende sociale og geografiske uligheder i faktisk brug og sundhedsresultater. Disse uligheder hænger sammen med politiske prioriteringer, systemiske begrænsninger og indbyggede spændinger mellem konkurrerende målsætninger som kvalitet, valgfrihed og effektivitet. Artiklen argumenterer for, at større lighed i sundhed kræver prioritering og målrettet omfordeling – hvilket politisk er vanskeligt, fordi det kan møde modstand fra ressourcestærke grupper. Sundhedsreformen fra 2024 diskuteres som et delvist svar på disse strukturelle udfordringer.

Nøgleord: sundhedsvæsenet, universalisme, velfærdsstat

I Danmark skal der ifølge Sundhedsloven være ”let og lige adgang til sundhedsvæsenet” (se § 2 i [sundhedsloven](#)). Det er sjældent, at det universelle princip om fri og lige adgang for alle borgere er så eksplicit fremhævet i lovgrundlaget for en velfærdsordning. Det danske sundhedsvæsen er da på mange måder også en kronjuvel i velfærdsstaten: stor, populær og meget brugt af alle samfundsklasser (se også Christiansen, 2025 samt Christensen og Jensen, 2025 i dette temanummer). I international sammenhæng er Danmark et af forholdsvis få lande, hvor finansieringen, reguleringen og leveringen af sundhed helt overvejende er offentlig (Böhm et al., 2013). Så også sammenlignet med andre lande skiller det danske sundhedsvæsen sig – i hvert fald på papiret – ud fra mængden. Danmark er derfor en interessant case i den forstand, at hvis vi ikke ser universalismen i sundhedsvæsenet slå igennem her, er det svært at forestille sig, at vi vil se det slå stærkere igennem i andre lande.

Velfærdsstatslitteraturens forskning i universalisme har overvejende været fokuseret på overførselsordninger som alderspension og arbejdsløshedsunderstøttelse, hvorimod sundhedsområdet har været underbelyst (Jensen, 2026). En af grundene hertil er formodentlig, at universalismebegrebet ikke lader sig så nemt omsætte fra analyser af overførsler til analyser af sundhedsområdet. Der

er altså behov for at udvikle en teoretisk ramme, der bedre indkredser, hvad universalisme er, når det gælder sundhedsområdet. Formålet med nærværende artikel er at udvikle en sådan ramme og vise værdien af den til at karakterisere udviklingen i det danske sundhedsvæsen siden årtusindeskiftet.

En udfordring ved at studere universalismen i det danske sundhedsvæsen er at udfolde, hvad sundhedslovens ord om ”let og lige adgang” egentlig kan betyde. Det kan helt oplagt betyde, at borgernes økonomiske formåen ikke må være afgørende. Men let og lige adgang kan også referere til retten til at modtage bestemte behandlingstilbud (fx ny hofte, men ikke en ansigtsløftning) på et bestemt tidspunkt (fx inden for en måned) og et bestemt sted (fx tæt på ens bopæl). Derudover kan let og lige adgang referere til, at borgerne faktisk modtager den behandling, de er berettiget til. En ret til behandling kan være lige meget, hvis en borger ikke formår at gøre brug af den. Endelig, men måske mere indirekte, kan let og lige adgang referere til, at der skal være lighed i behandlingsresultatet. Alle har ret til samme overlevelseschance fra en alvorlig sygdom, og hvis chancerne ikke er ens, er det et problem. Uanset at det i sundhedsloven klart er formuleret som et spørgsmål om lighed i adgang, drejer den politiske diskussion sig ofte om lighed i sundhedstilstanden og om lighed i effekterne af behandling. I den forstand involverer lighed i sundhed det klassiske spørgsmål om *lighed i muligheder* versus *lighed i resultater* (Atkinson, 2015).

Den politiske udfordring er, at politikerne har væsentligt bedre mulighed for at påvirke finansieringen af sundhedsvæsenet og retten til adgang til behandlingstilbud, da disse er lovbestemte, end det faktiske forbrug af sundhedsydelser, endsige resultaterne af sundhedsydelserne. Evnen til at sikre et universelt sundhedsvæsen kompliceres yderligere af, at det universalistiske princip ikke er det eneste formål i sundhedsloven. Særligt vigtigt i nærværende sammenhæng er det, at sundhedsvæsenet også skal sikre ”behandling af høj kvalitet”, ”valgfrihed” og ”kort ventetid på behandling” (se § 2 i [sundhedsloven](#)). Et sundhedsvæsen, som imødekommer alle disse behov, ville vitterligt være et sundhedsvæsen i verdensklasse, hvor alle borgere uden hensyn til socioøkonomisk status eller geografi frit og uden ventetid kunne vælge mellem behandlinger af høj kvalitet.

Selvom det danske sundhedsvæsen gør det godt internationalt (se fx Boston Consulting Group, 2023), er det veldokumenteret, at situationen i dag er langt fra idealscenariet (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024). Det har vist sig svært at levere lighed, frihed, høj kvalitet og kort ventetid på én og samme tid. I de senere år er der ikke mindst opstået en erkendelse af, at det står sløjt til med lighed i sundhed i Danmark. Der er således en betydelig og stigende socioøkonomisk og geografisk ulighed både i faktisk forbrug og i behandlingsresulta-

terne, der passer dårligt med det universalistiske princip, som det er formuleret i sundhedsloven (se fx Vedsted, 2014; Vedsted og Frølich, 2023).

Der er mange ambitiøse politiske målsætninger på sundhedsområdet, og det er mål, der ofte strider mod hinanden, i hvert fald når der samtidig er begrænsning på de offentlige udgifter og ressourcer. Hvis der ikke er råd til det hele, må man vælge, hvad der skal prioriteres højest. Hvilke mål der på den måde prioriteres over andre, er ikke tilfældigt. Det er derimod udtryk for en politisk kamp om, hvordan ressourcerne skal fordeles. Samtidig er det som nævnt kendetegnende, at politikerne har størst mulighed for at påvirke finansiering og retten til adgang, hvilket betyder, at andre aspekter måske ikke er glemt, men så i hvert fald klemte.

Vi fortsætter artiklen med i to afsnit at diskutere ”den svære universalisme”. I del 1 ser vi på, hvad der skal forstås ved universalisme i et sundhedsvæsen som det danske. Vi indkredser fire dimensioner, der alle kan siges at være relevante for at forstå universalisme i et sundhedsvæsen. Diskussionen i dette afsnit supplerer de mere generelle pointer fra Green-Pedersen og Jensen (2025) i dette temanummer. I del 2 ser vi på betydningen af det forhold, at ”let og lige adgang” ikke er det eneste vægtige hensyn, som sundhedsloven kræver, at sundhedsvæsenet skal levere på. På baggrund af disse to afsnit vender vi os mod de fire dimensioner af universalisme, som analyseres i de fire efterfølgende afsnit. Endelig diskuteres betydningen af regeringernes målsætninger for universalismen i sundhed, herunder ikke mindst den nye store sundhedsreform fra 2024.

Den svære universalisme – del 1: Hvad er et universelt sundhedsvæsen?

Litteraturen om den universelle velfærdsstat går langt tilbage (fx Esping-Andersen, 1990), og selvom den akademiske debat i dag ofte foregår under andre overskrifter som ”den socialdemokratiske velfærdsstatsmodel” eller ”den inklusive velfærdsstatsmodel”, får emnet stadig i dag stor opmærksomhed. Det overvejende empiriske fokus i litteraturen har været på overførselsindkomster som alderspension og arbejdsløshedsunderstøttelse. Overførselsindkomster er, i hvert fald i velfungerende samfund som det danske, kendetegnet ved, at lovgiverne har en meget stor grad af kontrol over den velfærd, borgerne modtager. Hvis det er besluttet, at alle ældre over 69 år skal have folkepensionens grundbeløb, så er det sådan, det bliver. Serviceydelser, og ikke mindst sundhed, har en meget anderledes karakter. I den forbindelse finder vi det analytisk frugtbart at skelne mellem fire dimensioner af universalisme i sundhedsvæsenet:

1. *Finansieringen*, dvs. hvem betaler for borgernes sundhedstilbud?
2. *Adgangen*, dvs. hvilke sundhedstilbud har borgerne mulighed for at modtage?
3. *Forbruget*, dvs. hvilke sundhedstilbud modtager borgerne rent faktisk?
4. *Resultatet*, dvs. hvilken effekt har brugen af sundhedstilbuddet på borgernes sundhedstilstand?

På hver af disse dimensioner er det muligt at tale om mere eller mindre universalisme i betydningen lighed mellem borgerne. Opdelingen i fire dimensioner af universalisme i sundhedsvæsenet er vigtig, fordi politikernes evne til at påvirke dem varierer systematisk. Politikerne lovgiver om finansieringen og bestemmer altså direkte, hvem der skal betale hvor meget, og hvordan de skal gøre det. Skal betalingen fx foregå via generelle skatter, en forsikringsordning, som egenbetaling eller en kombination af disse? Adgangen til sundhedsvæsenet er også lovbestemt og er således på tilsvarende vis et forhold, politikerne direkte bestemmer over. Adgang er dog en mere kompliceret størrelse at lovgive om, fordi behovet for adgang – hvor hurtigt skal der være adgang og til hvilke præcise behandlingstilbud – varierer kraftigt. Nogle behandlingsbehov kræver ét, andre noget andet, og hvad der er det mest fornuftige kan ændre sig over tid som følge af nye behandlingsmuligheder og normer for, hvad der er rimeligt, et sundhedsvæsen bør levere til borgerne. Dertil kommer naturligvis, at adgangen til et offentligt finansieret sundhedsvæsen som det danske er visiteret. Det vil sige, at det er en sundhedsprofessionel, som visiterer til sundhedsydelser ud fra en konkret behovsvurdering. Trods det er politikernes påvirkningsevne stor, når det gælder adgangen til sundhedsvæsenet, fordi det er politikerne, der sætter rammerne for, hvad der kan visiteres til.

Påvirkningsevnen daler derimod betydeligt, når det gælder det faktiske forbrug af sundhedsydelser. Man kan populært sagt trække hesten til truget, men ikke tvinge den til at drikke. At borgerne har ret til et behandlingstilbud, betyder ikke, at denne ret bliver anvendt, og det er slet ikke ensbetydende med, at behandlingstilbuddet bliver benyttet i lige stort omfang på tværs af befolkningen. Det samme gør sig gældende for resultatet af det faktiske forbrug, der på tilsvarende vis er påvirket af faktorer uden for politikernes kontrol, herunder ikke mindst borgernes og sundhedspersonalets adfærd (Olsen, Kjær og Dalton, 2019; Sundhedsstyrelsen, 2020).

Det vil imidlertid være forhastet at afskrive forbrug og resultat af sundhedsindsatser som helt udenfor politikernes påvirknings- og styringsmuligheder. Den store udfordring i et universalismeperspektiv er, at det typisk kræver en differentieret indsats, og typisk en opsøgende og ressourcetung indsats. Det

indebærer, at folk skal behandles ulige for at opnå lige resultater i sundhed, og det kan medføre behov for at omprioritere midler fra de ressourcestærke til de ressourcetsvage borgere. Dette kan så til gengæld medføre, at dem, midlerne tages fra, mister lysten til at bakke op om et fælles, offentligt sundhedsvæsen (for en videre diskussion af dette dilemma, se Green-Pedersen og Jensen (2025) i dette temanummer).

Den svære universalisme – del 2: formålsforbistring

Udover den svære definition af let og lige adgang, og den dertil knyttede variation i politikernes påvirkningsevne, er en anden udfordring, at der er adskillige andre politisk vedtagne formål end let og lige adgang til sundhedsvæsenet. På papiret behøver disse andre formål ikke at være i modstrid med en let og lige adgang, men i virkelighedens verden kan det være svært at få enderne til at mødes. De andre formål kommer også til udtryk i sundhedslovens § 2, fx: "behandling af høj kvalitet", "kort ventetid på behandling" og "valgfrihed". Behandling af høj kvalitet er åbenlyst centralt og kan forekomme næsten som en trivialitet. Hvem ville dog mene det modsatte? Men for mange behandlingsformer kræver en høj kvalitet en høj grad af specialisering hos de udførende læger og øvrige sundhedspersonale. Det medfører igen, at disse behandlinger typisk kun kan udbydes få steder i landet, ofte på de store universitetshospitaler, eller måske endda kun på et af dem. Selvom mange behandlinger ikke kræver samme grad af specialisering og dermed geografisk koncentration, er dilemmaet ægte. En række behandlinger, tit for meget alvorlige sygdomme, indebærer en afvejning mellem let og lige adgang for alle, uanset hvor borgerne bor, og behandling af den højest mulige kvalitet.

Kort ventetid på behandling er også et oplagt gode. Hvad nytter det, at behandlingen er i top, hvis man er kronisk invalideret eller ligefrem død, inden man får den? Principielt kan høj specialisering gå hånd i hånd med stordriftsfordele, så ventelisterne holdes kortere, end hvis udbuddet var spredt på mange små enheder. Omvendt er det blevet hævdet, at korte ventelister kræver styringsredskaber, som ikke nødvendigvis er befordrende for hverken høj kvalitet eller let og lige adgang (Larsen og Stone, 2015). Et eksempel fra nyere tid er det årlige produktivitetskrav på 2 pct. Budgetterne blev ikke beskåret, men der skulle laves mere for de samme penge. I de år blev ventelisterne kortere, men efter få år fik produktivitetskravet, hvis man skal tro den stigende kritik fra det sundhedsfaglige personale, en negativ effekt på kvaliteten af mange behandlinger (fx Witthøfft, 2017). I det hele taget har det vist sig ganske kompliceret at sikre kortere ventelister (for en god diskussion heraf, se Søgaard og Pedersen, 2025).

Et fjerde vigtigt formål, som følger af sundhedsloven, er valgfrihed. For mange er valgfrihed et gode i sig selv. Det har ganske enkelt en egenverdi, at man selv bestemmer, hvor, hvornår og hvordan man skal behandles. I sundhedsloven er valgfrihed da også formuleret som ligeværdigt med de andre formål. Valgfriheden har imidlertid også været anvendt som et styringsredskab til at mindske ventelisterne, fordi valgfriheden forventedes at få danskerne til at søge til de steder, hvor ventelisterne var kortest (Larsen og Stone, 2015). Uanset om valgfrihed er en værdi i sig selv og/eller et redskab til kortere ventelister, risikerer formålet nemt at komme i konflikt med den lette og lige adgang. Dette skyldes ikke mindst, at det er de ressourcestærke borgere, som evner at udnytte valgfriheden.

I tillæg til disse fire formål findes et femte, der dog ikke nævnes eksplicit i sundhedsloven. De fire formål skal nemlig leveres under hensyn til den økonomiske ramme, der stilles til rådighed. Som Christiansen (2025) viser i dette temanummer, er udgifterne til sundhedsvæsenet vokset betydeligt de seneste årtier. Det kan altså bestemt ikke påstås, at sundhedsvæsenet i absolut forstand er på smalkost. Men de stigende udgifter må ses i sammenhæng med de øgede behandlingsmuligheder, borgernes stigende forventninger og de politiske krav. Et grundlæggende vilkår på området, som adskiller sundhedsvæsenet fra andre velfærdsordninger, er den konstante udvikling af nye – og ofte dyre – behandlingsformer (Bodenheimer, 2005; Sorenson, Drummond og Khan, 2013). Høj kvalitet i dag er noget helt andet end høj kvalitet i 1990'erne. Det skaber et opadgående udgiftspres. Dertil kommer de øvrige formål, som nok ville være nemmere at løse, hvis ressourcer ikke var en begrænsning. Tag som eksempel et massivt lønløft for alle sundhedsfaglige personalegrupper, som kunne lokke flere over i erhvervet og dermed muliggøre ikke bare korte ventelister, men også en bedre geografisk dækning. Det kommer med al sandsynlighed ikke til at ske, også fordi sundhedsvæsenet er i en kamp om knappe ressourcer med andre politikområder som forsvaret, politiet og folkeskolen.

Alt i alt er der et uomgængeligt behov for at prioritere mellem de forskellige formål, som sundhedsloven indeholder. Den politiske udfordring er at forklare, at man vælger og vægter ét formål frem for et andet. I praksis håndteres denne udfordring ofte ved simpelthen at negligere afvejningen og blot sekventielt fokusere på ét formål, ét aspekt, ad gangen (jf. Jones, 2001). Typisk fremhæves især en enkelt, primær kvalitet ved en reform (mere valgfrihed, kortere ventelister, mere geografisk lighed osv.), mens omkostningerne ikke italesættes. Efter nogle år bliver konsekvenserne af nedtoningen af de andre formål tydelig, og en ny reform søsættes for at imødegå problemet. Man kan kalde det for tuehop-

peri, men det afspejler det grundlæggende forhold, at de forskellige formål alle har værdi i sig selv, men ikke kan optimeres på samme tid.

I de følgende afsnit redegør vi kortfattet for nogle centrale udviklingstræk i Danmark for de fire niveauer af universalisme i sundhed, som blev diskuteret ovenfor: finansiering, adgang, forbrug og resultater.

Finansiering af sundhedsvæsenet

I Danmark blev med virkning fra 1973 indført offentlig sygesikring til erstatning for de private sygekasser (der på dette tidspunkt dog ikke var specielt ”private” længere, men derimod kraftigt understøttet og reguleret af staten). Sygekassessystemet var historisk set baseret på foreninger, som skulle sikre gensidig hjælp til sygdomsramte, og det er et system, som fortsat benyttes i blandt andet Tyskland. Den offentlige sygesikring garanterer borgerne gratis eller delvis gratis behandling i tilfælde af sygdom, og den er modsat sygekasserne skattefinansieret, hvilket er et afgørende træk ved en universel velfærdsydelse. Siden 1970’erne har der været adskillige justeringer og reformer af, hvordan finansieringen af sundhedsvæsenet er blevet udmøntet, men grundprincippet om et skattefinansieret sundhedsvæsen er der ikke ændret ved.

I 2020 var det således 85 pct. af det danske sundhedsvæsen, som blev finansieret gennem skattebaserede bloktilskud fra staten til regioner/kommuner. Af de resterende 15 pct. var 13 pct. brugerbetaling for ydelser i den private sektor, defineret som ydelser patienten selv opsøger uden indblanding af den offentlige sektor (fx privat psykologhjælp, tandlæge mv.). De resterende 2 pct. finansieres af sundhedsforsikringer, inklusive arbejdsgiverbetalte forsikringer og Sygeforsikringen ”danmark”, hvor sidstnævnte udspringer af de tidligere sygekasser, jf. ovenfor. Sygeforsikringen ”danmark” bliver især brugt til at dække udgifter på områder med egenbetaling på sundhedsydelser (fx tandlægebehandling og medicinudgifter).

Over de seneste 20 år har der især været en meget markant vækst i antallet af personer, som er dækket af arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, og de udgjorde i 2022 2,7 mio. borgere (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 271). I perioden 2002-2012 blev væksten særligt tilskrevet, at arbejdsgiverne kunne tilbyde en sundhedsforsikring, uden at præmien var skattepligtig. Den mulighed blev afskaffet i 2012, men der har også siden 2012 været en stigning i antallet af sundhedsforsikrede. I 2022 finansierede sundhedsforsikringerne 6 mia. kr. ud af de samlede sundhedsudgifter på 266 mia. kr. (inklusive plejeaktiviteter) i Danmark.

Samlet set må det konstateres, at den danske model scorer meget højt på universalismeskalaen, når det gælder finansieringen af sundhedsvæsenet. Andelen

af skattefinansierede sundhedsudgifter er desuden på niveau med de andre nordiske velfærdsstater med den tilføjelse, at man fx i Norge og Sverige har delvis brugerbetaling for brug af almen praksis, hvilket i Danmark er gratis (Boston Consulting Group, 2023: 129).

Adgangen til sundhedsvæsenet

Til et universelt sundhedsvæsen hører også let og lige adgang for borgerne til sundhedsvæsenets ydelser. Det skal forstås sådan, at hvis man har et behov for sundhedsydelser – og det behov vil ofte skulle vurderes af en sundhedsprofessionel – bør der være en meget høj grad af let og lige adgang til relevante sundhedstilbud.

Der er naturligvis flere aspekter af denne adgang. Et aspekt knytter sig til, hvor hurtigt patienten kan komme i gang med relevant behandling. Her udviklede der sig i 1980'erne og ikke mindst 1990'erne en intens politisk debat i Danmark om ventelister og behandlingsgaranti i sygehusvæsenet. Som en reaktion blev der i 1990'erne, under den daværende sundhedsminister fra Venstre, Ester Larsen, indført ret til frit sygehusvalg, og det frie sygehusvalg blev gradvist udbygget i årene efter (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 25). Det styrkede patienternes mulighed for at vælge behandling på sygehuse i andre amter, end det amt som patienten boede i.

I 2002 blev det udvidede frie sygehusvalg indført, og det betød, at patienter også kunne vælge behandling på private sygehuse/klinikker og sygehuse i udlandet, som den daværende Amdsrådsforening havde indgået aftaler med, hvis ventetiden på behandling oversteg to måneder i bopælsamtet (senere reduceret til en måned). I 2007 kom den første såkaldte kræftpakke. Kræftpakkerne var standardiserede behandlingsforløb med en række krav til tidsfrister for udredning, diagnose og behandling med henblik på at sikre, at kræftpatienterne kom hurtigt i behandling. I årene efter blev flere kræftformer omfattet af pakkerne, som også blev opdaterede og gjort til en fast del af arbejdet med kræftbehandling i det danske sundhedsvæsen. Kræftpakkerne blev ledsaget af massive investeringer i kræftbehandlingen.

Der vil altid være en afvejning mellem behandlingsgarantier på den ene side og prioriteringen af knappe ressourcer på den anden. Det kom fx til udtryk, da behandlingsgarantien med akutaftalen fra februar 2023 blev udvidet til 60 dage frem til udgangen af 2024, ikke mindst på grund af en behandlingspukkel efter coronanedlukningen og sygeplejestrejken i 2021. Det er også blevet påstået, af bl.a. [Lægeforeningen](#), at behandlingsgarantien skaber ulighed, fordi den har en tendens til at tilgodese patienter med mindre alvorlige sygdomme,

som kan behandles på privatsygehuse, imens de mest alvorligt syge patienter, som kun kan behandles på offentlige sygehuse, må vente længst.

Et andet markant udviklingstræk i det danske sundhedsvæsen er en øget specialisering, ikke mindst siden strukturreformen i 2007. De politiske partier, som stod bag sundhedsloven i 2005, var enige om, at hvis hensynet til nærhed og faglig kvalitet stod i modstrid med hinanden, skulle faglig kvalitet vægtes højere end nærhed til indsatsen (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 54). I tråd med denne prioritering er antallet af akutsygehuse siden 2007 blevet reduceret fra ca. 40 til 21, og der er sideløbende blevet investeret massivt, målt i både kroner og personale, i det specialiserede sundhedsvæsen. Denne samling og centralisering af sygehusopgaverne er sket ud fra princippet om, at ”øvelse gør mester”, og den har uden tvivl hævet den faglige kvalitet af de mere specialiserede indsatser i sundhedsvæsenet. Specialiseringen på færre enheder har imidlertid også øget mange borgeres geografiske afstand til sundhedsydelserne, hvilket er en væsentlig faktor for, hvor vidt og hvor hurtigt borgerne får den rette behandling.

Dertil kommer en udvikling i det nære sundhedsvæsen, hvor også fordelingen af alment praktiserende læger og speciallæger er blevet mere og mere geografisk skæv. Man taler i den forbindelse om den ”omvendte omsorgslov”, som dækker over det faktum, at tilstedeværelsen af relevante sundhedsydelser er mindst i de områder af landet, hvor der er størst behov for dem. Der har igennem årene været forskellige relativt bløde politiske tiltag for at imødegå denne skævvridning, men det har ikke haft stor effekt, og først med den sundhedsreform, der blev indgået i november 2024, er der lagt op til at tage mere håndfaste midler i brug. Det gælder fx en vækst på 1.500 alment praktiserende læger, et de facto loft over væksten på sygehusene og udbygning af lægeuddannelserne i områder, hvor der er lægemangel. Som led i udmøntningen af denne reform blev der i december 2024 indgået aftale mellem Danske Regioner og regeringen om, at der i det første halve år af 2025 kun må etableres nye lægepraksis i de 17 kommuner, der har den dårligste lægedækning ([se link](#)).

Som redegjort for i dette afsnit er der forskellige og delvist modsatrettede udviklingstræk, når det gælder adgangen til det danske sundhedsvæsen. Samlet set må det dog konstateres, at der er en høj grad af lige muligheder for adgang til relevante sundhedsydelser, og at ventelistereduktion og behandlingsgarantier samlet set har styrket patienternes adgang til hurtig og relevant behandling. Men det har til dels været ledsaget af en specialisering og centralisering af sundhedsydelserne omkring de større byer og tættere befolkede områder af landet, hvilket i andre dele af landet har gjort adgangen til sundhedsvæsenet mere besværlig. Dertil kommer, at en stor del af de seneste 15-20 års investeringer

i sundhedsvæsenet i høj grad har været rettet imod sygehusene og yderligere imod behandling af visse sygdomsformer, ikke mindst kræft og hjerte-kar-sygdomme, imens borgere med andre og eventuelt mere komplekse sygdomsforløb ikke har oplevet tilsvarende bedre adgangsmuligheder (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024). En sammenligning med fem andre lande viser, at Danmark i 2019 var det land, hvor den største del af sundhedsudgifterne (47 pct.) gik til sygehusene. I Norge og Sverige er den tilsvarende andel henholdsvis 34 og 33 pct. (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 19).

Forbruget af sundhedsydelser

Der er forskellige måder at opgøre forbruget af sundhedsydelser på. Alder har klart stor betydning for forbruget af sundhedsydelser, som er markant højere i de ældste befolkningsgrupper (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 112). Det gælder på tværs af sociale og geografiske skel. Det samme gælder køn, hvor mænd fx typisk har opsøgt relevante sundhedsydelser senere og mindre hyppigt end kvinder (Vedsted, 2007).

Men derudover er der også nogle klare sociodemografiske og geografiske mønstre i forbruget af sundhedsydelser. Blandt de borgere, som har de korteste uddannelser og relativt laveste indkomster, går færre til læge, og de kommer generelt senere i kontakt med sundhedsvæsenet end mere velstillede borgere. Sidstnævnte viser sig blandt andet derved, at der er en markant oversandsynlighed for planlagt sygehusbehandling i de højere indkomstgrupper sammenlignet med folk i den laveste indkomstgruppe (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 122). Samtidig er der i de laveste indkomstgrupper en oversandsynlighed for akut sygehusbehandling (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 122). Med andre ord har folk med lavere indkomst større risiko for at få behov for akut behandling, måske som en konsekvens af at de kommer relativt sent i kontakt med sundhedsvæsenet.

Kommunerne varierer med hensyn til borgernes sociodemografiske ressourcer, og i den forstand er der en sammenhæng mellem social ulighed og geografisk ulighed. Men der er også andre faktorer, der forstærker den geografiske ulighed i brugen af sundhedsydelser. Det har i høj grad at gøre med den geografisk ulige fordeling af udbuddet af sundhedsydelser, jf. også forrige afsnit. Forbruget af ydelser i praksissektoren pr. person over 65 år er fx betydeligt højere i kommunerne omkring hovedstaden, hvor der er relativt mange praktiserende læger pr. indbygger, end det tilsvarende forbrug i yderkommuner på Lolland-Falster og i Nord-Vestjylland (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 129). I forlængelse af dette mønster henviser alment praktiserende læger i Region Hovedstaden langt hyppigere patienter til privatpraktiserende speciallæger, imens henvisnin-

ger til sygehuse bruges mindre. Det afspejler, at speciallægekapaciteten er høj i Region Hovedstaden. I de områder af landet, hvor speciallægekapaciteten er lav, er mønstret, at de alment praktiserende læger henviser relativt flere borgere til sygehusene (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 130).

Som nævnt i forrige afsnit har der været iværksat politiske initiativer for at styrke den lige adgang til sundhedsvæsenet, ikke mindst med den sundhedsreform der blev vedtaget i november 2024. Forbrug af sundhedsydelser er imidlertid ikke blot en funktion af adgang til sundhedsydelser. En udfordring for den universelle velfærdsstat er, at lighed i sundhed kræver forskelsbehandling. Der skal bruges ekstra ressourcer på at opsøge og behandle ressourcesvage patienter, hvis de skal have det samme ud af behandlingen som ressourcestærke patienter. Men aflønningssystemet for alment praktiserende læger har fx været indrettet efter en *one-size-fits-all*-model. Der er eksempler på, at alment praktiserende læger på trods af aflønningsmodellen decentralt har eksperimenteret med at indføre reel forskelsbehandling for at styrke ligheden i forbruget af sundhedsydelser (se fx [dr.dk](#)), men større politiske initiativer har ikke været gennemført i forhold til denne problemstilling. Dog indeholder sundhedsreformen fra november 2024 også en markant ændring på dette punkt, idet der som følge af denne reform fremover skal indføres differentierede patientnormer (se [Aftale om Sundhedsreform 2024](#)). Det betyder, at en alment praktiserende læge med mange ressourcestærke patienter skal have flere patienter tilknyttet end en alment praktiserende læge med mange ressourcesvage patienter (se [Aftale om Sundhedsreform 2024](#)). Implementeringen af denne politiske aftale vil alt andet lige betyde, at der skal omfordeles ressourcer mellem praktiserende læger og fra ressourcestærke borgere til mindre ressourcestærke borgere.

Resultatet af sundhedsvæsenet

I international sammenligning er det danske sundhedsvæsen stærkt, og den danske folkesundhed høj. Middellevetiden er ikke helt på niveau med de andre nordiske lande, men den er ganske høj og er steget markant over de seneste 50 år. For personer født i 1970 er den forventede middellevetid 73 år, imens den for personer født i 2021 er 81,5 år (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 118).

Middellevetiden varierer imidlertid betydeligt på tværs af køn, uddannelseslængde og indkomst. Fx kan en mand med folkeskolen som den længste gennemførte uddannelse forvente at leve syv år kortere end en mand, som har fuldført en videregående uddannelse. For kvinder er den tilsvarende forskel i middellevetid fem år. Den sociale ulighed viser sig også ved forskelle i den relative overlevelse efter diagnose og behandling for alvorlige sygdomme. Fx er sandsynligheden for fem års relativ overlevelse for de hyppigste kræftformer i

Danmark konsekvent højere for borgere i den højeste indkomstkventil end for borgere i den laveste indkomstkventil (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 123).

Når det kommer til resultatulighed i sundhed, er der også et geografisk mønster. Den forventede middellevetid er seks år kortere for et barn født på Lolland end for et barn født i Gentofte ([se dr.dk](#)). Der er desuden en væsentligt større andel af borgere i yderkommunerne, som lider af en kronisk sygdom end borgere i de store bykommuner (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 124). Den geografiske ulighed i sundhed skyldes ikke, at det er usundt at bo i ø- og landkommuner. Den hænger først og fremmest sammen med forskelle i den demografiske udvikling, som forstærkes af flyttemønstre, der gør, at de større byer gradvist får flere husstande med personer i den arbejdsdygtige alder, højere indkomster og flere uddannelsessøgende unge (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: 124). I mange landkommuner er tendensen omvendt. Dertil kommer de geografiske forskelle i udbud af og adgang til relevante sundhedstilbud, jf. tidligere afsnit.

Der er således ikke kommet mere social og geografisk lighed over tid. Hvis der er sket en udvikling, er det nærmere i retning af øget ulighed (Vedsted og Frølich, 2023). Det skyldes mange faktorer, herunder en del som normalt ligger udenfor det, vi vil karakterisere som sundhedspolitik. Men det skyldes også en central politisk udfordring i en universel velfærdsstat som den danske: Større lighed i sundhed kræver ulighed i indsatsen overfor borgerne i den forstand, at de ressourcesvage borgere har brug for en anden tilgang end de ressourcestærke borgere. Det kan fx indebære opsøgende arbejde, hvilket er ressourcekrævende, og dermed indebære en højere grad af omfordeling fra ressourcestærke borgere til ressourcesvage borgere, og en sådan omfordeling vil alt andet lige generere politisk modstand.

Politiske intentioner og initiativer

Ulighed i sundhed er et af de problemer, som har været ”erkendt, forsøgt løst, uløst” (formuleringen er taget fra Reformkommissionen, 2021). Målet om let og lige adgang til sundhedsvæsenet har fx været et fast indslag i regeringsgrundlagene siden 2001, men det samme har flere af de andre formål formuleret i sundhedslovens § 2. Samtidig er det kendetegnende for regeringsgrundlagene, at de andre formål – især ”behandling af høj kvalitet”, ”valgfrihed” og ”kort ventetid på behandling” – typisk er fulgt op af mere konkrete politiske initiativer. Med brug af VK-regeringens regeringsgrundlag fra 2001 giver boks 1 et eksempel på denne forskel i præcisionsgraden på tværs af tre af formålene i sundhedslovens § 2.

<i>Let og lige adgang til sundhedsvæsenet</i>	<i>Valgfrihed</i>	<i>Kort ventetid på behandling</i>
”Et stærkt offentligt sygehusvæsen med gratis behandling for alle skal være den absolutte grundsten i al sygdomsbehandling.”	”Den 1. juli 2002 får patienterne frit valg (pengene følger patienten), hvis det offentlige sygehusvæsen ikke har kunnet tilbyde undersøgelse og behandling inden for 2 måneder. Dette princip kan kun fraviges i helt særlige undtagelsessituationer, og hvor en lægefaglig vurdering tilsiger, at patienten ikke lider overlast ved at vente længere.”	”Sygehusene tilføres ekstra ressourcer, som øremærkes til investeringer i udstyr samt betaling for overarbejde m.v. med henblik på at nedbringe ventelisterne ... Det sikres, at de afdelinger/praktiserende speciallæger, der yder en ekstra aktivitet for at nedbringe ventetiderne, tilgodeses økonomisk ved udmøntning af pengene.”

Til brug for denne artikel har vi nærlæst alle de afsnit i regeringsgrundlagene, som i perioden fra 2001 og frem til i dag har handlet om sundhedsområdet. Det generelle billede er, at det varierer på tværs af regeringer, hvor meget lighed i sundhed fylder i regeringsgrundlaget, men fælles for regeringsgrundlagene er, at det typisk ikke bliver mere konkret, end at der ikke skal indføres brugerbetaling på lægebesøg. Den lakoniske formulering i forståelsespapiret fra 2019 illustrerer det ganske godt: ”at der tages initiativer med henblik på at skabe større lighed i sundhedsvæsenet”.

Regeringsgrundlaget for SVM-regeringen, der tiltrådte i december 2022, afviger delvist fra det generelle billede. Selve regeringsgrundlaget er ganske vist ikke særlig konkret i forhold til formålet om let og lige adgang, men det annoncerer nedsættelsen af en kommission, der skal udarbejde et beslutningsgrundlag, som ”opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, herunder hvordan vi får ... nedbragt uligheden i sundhedsvæsenet – både geografisk og socialt.”

I marts 2023 blev denne kommission, Sundhedsstrukturkommissionen, nedsat, og den fik blandt andet til opgave at give anbefalinger til ”et sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt, så borgerne har lige adgang til samme høje kvalitet i hele landet og på tværs af sociale skel.” Dertil fik den en række andre opgaver, herunder at styrke det frie valg og patientrettighederne, så de mange formål i sundhedslo-

ven var også afspejlet i Sundhedsstrukturkommissionens kommissorium. Men der var i oplægget til kommissionen et betydeligt stærkere fokus på lighed i sundhed, sammenhæng i sundhedsydelser og det nære sundhedsvæsen – i modsætning til det specialiserede sundhedsvæsen – end i tilsvarende tidligere kommissioner på sundhedsområdet.¹

I juni 2024 offentliggjorde Sundhedsstrukturkommissionen sine anbefalinger og forslag, og i november 2024 indgik regeringspartierne Aftale om en sundhedsreform 2024 med Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Det Radikale Venstre. I forlængelse af kommissionens anbefalinger indeholder denne aftale, som nævnt ovenfor, en række markante tiltag, der skal reducere den sociale og geografiske ulighed ([se link](#)). Det gælder fx beslutningen om at indføre differentierede patienttal og honorarer i almen praksis, hvilket betyder, at klinikker med en stor andel ressourcestærke og raske patienter skal varetage flere patienter indenfor den nuværende honorering, imens klinikker med stor andel resourcesvage og syge patienter får reduceret patienttallet. Dertil kommer oprettelse af flere medicinuddannelsespladser udenfor de største byer, en begrænsning af væksten på sygehusene og en stærkere styring af ydernetnumrene til almen praksis. Sidstnævnte blev i december 2024 fulgt op af en aftale mellem Danske Regioner og regeringen, som betyder, at der i første halvår af 2025 kun kan etableres nye lægepraksis i de områder, der har den dårligste lagedækning. I praksis vil det sige 17 kommuner i Nordjylland, Vestsjælland, Lolland-Falster og Møn ([se Indenrigs- og Sundhedsministeriet pressemeddelelse](#)).

Med Aftale om en sundhedsreform 2024 forpligter partierne bag sig til at stemme for den lovgivning, som skal udmønte aftalen, men der er naturligvis lang vej, før det kan evalueres, hvordan aftalen blev udmøntet, og endnu længere tid, før det kan vurderes, om den fik en positiv effekt på den sociale og geografiske ulighed i sundhed. Dertil kommer, at selvom aftalen rimeligt nok er blevet udråbt som den største reform af det danske sundhedsvæsen i knap 20 år, er det en aftale, som ikke eksplicit forholder sig til, hvordan let og lige adgang til sundhedsvæsenet skal forstås, og som ikke forholder sig til de indbyggede modsætninger mellem de mange formål i sundhedsloven.

Konklusion

Sundhedsvæsenet er en hjørnesten i den danske velfærdsstat. Som noget særligt er universalismen, forstået som let og lige adgang, knæsat i sundhedsloven, og alle danskere har ret til let og lige adgang til behandling, hvis de har et behov. Det er uklart, hvad der mere konkret ligger i dette universalistiske princip, men som argumenteret for i denne artikel, kan princippet knytte sig til finansierin-

gen, adgangen, forbruget såvel som resultatet af sundhedsvæsenet. Det er tydeligt, at jo længere vi bevæger os fra finansiering og mod resultatet, jo mindre universalisme finder vi i det danske sundhedsvæsen. Det er fortsat overvejende i dag tilfældet, at vi alle sammen kollektivt betaler for hinandens sundhedstilbud. Der har været nogle bevægelser i retning af mere privat forsikring, men i det store billede er det små bevægelser. Ligeledes er den formelle adgang til sundhedsydelser klart universalistisk, om end ikke mindst den geografiske koncentration af specialer samt det skæve match mellem antallet af praktiserende læger og befolkningens behov i dele af landet trækker den modsatte vej.

Udfordringerne melder sig for alvor, når vi ser på de dimensioner, som politikerne kun i ringe grad kan påvirke, nemlig det faktiske forbrug og behandlingsresultaterne. Her er uligheden stor og i mange tilfælde stigende. I den korte version skyldes det, at forbrug og resultat i høj grad er betinget af borgernes og sundhedspersonalets adfærd. Ikke mindst er det vigtigt, at borgernes evne til at udnytte sundhedstilbud er kraftigt betinget af deres sociale og økonomiske ressourcer, forhold som ligger uden for sundhedsvæsenet.

Den manglende evne til direkte at påvirke nogle af de afgørende kilder til ulighed i kombination med de andre vægtige hensyn gør, at det hidtil har været svært at rette op på den stigende ulighed. Ikke bare er det svært, det kræver også prioriteringer, der kan gøre ondt på ressourcestærke grupper. Det er en gængs politologisk indsigt, at det er politisk farligt at påføre stærke grupper tab, da disse grupper både har evnen og viljen til at råbe op (Wilson, 1989; Pierson, 1994). Den måske mest oplagte løsning i en situation med begrænsede midler er at tilgodese svage grupper i sundhedsvæsenet, mens de ressourcestærke må nedprioriteres. Det har der langt hen ad vejen ikke været politisk vilje til.

Med folketingsvalget i 2015 begyndte den politiske kalkule dog at ændre sig. Her så man for første gang i nyere tid en ny skillelinje i dansk politik træde tydeligt frem mellem land og by – en skillelinje der ser ud til at have bidt sig fast (Hansen og Stubager, 2017). Et væsentligt kritikpunkt fra de grupper, der føler sig overset af ”bydanmark”, har netop været geografisk ulighed i sundhed. Parlamentarisk vigtige partier som Venstre, Socialdemokratiet, Dansk Folkeparti og Danmarksdemokraterne har alle taget det på sig at kæmpe for en bedre geografisk dækning.

Som beskrevet ovenfor kan sundhedsreformen fra 2024 ses i denne kontekst og som et forsøg på at rette op på de geografiske skævheder, som er blevet forstærket over de senere årtier. Væsentligt i den sammenhæng er det, at reformen ikke blev fremstillet som et tab for middelklassen i de større byer (men nok heller ikke som en stor gevinst for andre – dertil var den ganske enkelt for kompleks). Tiden må vise, om man kan fastholde prioriteterne, når hverdagen

melder sig, og problemerne med at leve op til de andre hensyn om bl.a. høj specialisering, kort ventetid og frit valg melder sig igen. Hidtil har historien om det danske sundhedsvæsen i det 21. århundrede været en om fortsat skiftende prioriteringer, som ofte har medført, at ligheden i faktisk forbrug og behandlingsresultater har fået mindre politisk opmærksomhed

Note

1. For en god ordens skyld bør det nævnes, at den ene af artiklens forfattere var medlem af Sundhedsstrukturkommissionen.

Litteratur

- Atkinson, Anthony (2015). *Inequality: What can be done?* Harvard University Press.
- Bodenheimer, Thomas (2005). [High and rising health care costs. Part 2: technologic innovation](#). *Annals of Internal Medicine* 142 (11): 932-937.
- Boston Consulting Group (2023). *Sundhedsvæsenets organisering i udvalgte lande*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Böhm, Katharina, Achim Schmid, Ralf Götze, Claudia Landwehr og Heinz Rothgang (2013). [Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification](#). *Health Policy* 113 (3): 258-269.
- Christensen, Matias Engdal og Carsten Jensen (2025). [Danskernes holdning til velfærdsstaten](#). *Politica* 57 (3): 42-58.
- Christiansen, Peter Munk (2025). [Velfærdsstaten og de offentlige udgifter 2000-2023](#). *Politica* 57 (3): 22-41.
- Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- Green-Pedersen, Christoffer og Carsten Jensen (2025). [Den danske velfærdsstat: Har den en universel fremtid?](#) *Politica* 57 (3): 1-21.
- Hansen, Kasper Møller og Rune Stubager (2017). *Oprør fra udkanten: folketingsvalget 2015*. Djøf Forlag.
- Jensen, Carsten (2026). The politics of health care. *West European Politics*. Under udgivelse.
- Jones, Bryan D. (2001). *Politics and the architecture of choice: Bounded rationality and governance*. University of Chicago Press.
- Larsen, Lars Thorup og Deborah Stone (2015). [Governing health care through free choice: Neoliberal reforms in Denmark and the United States](#). *Journal of Health Politics, Policy and Law* 40 (5): 941-970.
- Olsen, Maja Halgren, Trille Kristina Kjær og Susanne Oksbjerg Dalton (2019). *Hvidbog: Social ulighed i kræft i Danmark*. Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning.

- Pierson, Paul (1994). *Dismantling the welfare state?: Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*. Cambridge University Press.
- Reformkommissionen (2021). *Erkendt, forsøgt løst, uløst*.
- Sorenson, Corinna, Michael Drummond og Beena Bhuiyan Khan (2013). *Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship*. *ClinicoEconomics and Outcomes Research* 223-234.
- Sundhedsstrukturkommissionen (2024). *Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen*.
- Sundhedsstyrelsen (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017*.
- Søgaard, Jes og Leif Vestergaard Pedersen (2025). Behandlingsgarantierne er ikke problemet i sundhedsvæsenet. *Politiken*, 19. marts.
- Vedsted, Peter (2007). Kønsforskelle i brug af sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger* 169.25: 2403-2408.
- Vedsted, Peter (2014). Sundhedsvæsenets organisation og funktion øger social ulighed i sundhed. *Ugeskrift for Læger* 176.11.
- Vedsted, Peter og Anne Frølich (2023). Social ulighed i sundhed og multisygdom. *Ugeskrift for Læger* 185.42.
- Wilson, James Q. (1989). *Bureaucracy: What government agencies do and why they do it*. Basic Books.
- Witthøft, Anne (2017). Opgøret med de 2%. *Sygeplejersken* 1: 22-25.

Om forfatterne

Carsten Jensen, professor, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Forsker blandt andet i velfærdsstatspolitik og demokratisk repræsentation.
E-mail: carstenj@ps.au.dk

Peter Bjerre Mortensen, professor, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Forsker blandt andet i partikonkurrence, forholdet mellem politik og forvaltning og væksten i regler og udgifter. E-mail: Peter@ps.au.dk