

L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ DANOIS



MINISTÈRE DANOIS DES
AFFAIRES ÉTRANGÈRES

*Ce rapport est financé par le Ministère
des Affaires étrangères et rédigé par
Nordic Healthcare Group.*

Le rapport a été rédigé en 2025.

*Pour toute question sur le rapport,
veuillez contacter paramb@um.dk.*

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCTION..... | 5 |
| 2. L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANOIS..... | 6 |
| 3. COLLABORATION ACCRUE ENTRE LES NIVEAUX DE L'ORGANISATION..... | 18 |
| 4. LE RÔLE JOUÉ PAR LA NUMÉRISATION | 22 |
| 5. NOUVELLES INITIATIVES..... | 25 |
| ANNEXE A : INDICATEURS DE SANTÉ | 29 |
| RÉFÉRENCES..... | 34 |

1 INTRODUCTION

Le système de santé danois est à couverture universelle et est financé par les taxes générales. Il offre ainsi un accès gratuit et égal aux soins de santé à l'ensemble de ses 6,0 millions de citoyens.¹

À l'instar de nombreux autres pays, l'évolution démographique du Danemark exerce une pression croissante sur son système de santé, appelant à de nouvelles approches pour fournir les services de santé ainsi qu'à de nouveaux paradigmes de collaboration entre les acteurs du système de santé.

Au cours des 15 dernières années, le système de santé danois a connu des changements majeurs pour relever ces défis. La priorité a été d'optimiser l'utilisation des ressources. Pour ce faire, trois stratégies ont été essentielles : 1) la transformation structurelle, 2) la collaboration transversale et 3) la transformation numérique. Les changements apportés au cours des 15 dernières années ont abouti au système de santé actuel, qui est en mesure de fournir des services plus nombreux et meilleurs aux niveaux régional et municipal, et à un système dans lequel la santé préventive et les traitements sont mieux intégrés.

Le présent rapport présente les principales caractéristiques du système de santé danois, en mettant l'accent sur ses structures institutionnelle et organisationnelle. Le rapport traite également de la manière dont le Danemark a réussi à créer un système de santé collaboratif qui est à la fois décentralisé et efficace. Par conséquent, le rapport décrit :

LA CLÉ DU SUCCÈS N° 1.

L'organisation et la gouvernance du système de santé danois.

LA CLÉ DU SUCCÈS N° 2.

Collaboration accrue entre les niveaux de l'organisation.

LA CLÉ DU SUCCÈS N° 3

Le rôle joué par la numérisation.

Enfin, le rapport décrit certaines initiatives récentes en matière de santé au Danemark et comprend une annexe présentant des indicateurs quantitatifs clés pour permettre la comparaison avec la France.

Le but du rapport est de servir de base de dialogue et de discussion entre les autorités de santé et les décideurs des pays européens qui sont confrontés à des défis démographiques et autres comparables à ceux du Danemark. L'objectif est de contribuer aux réflexions sur la manière de construire un système de santé résilient et pérenne.

2. L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ DANOIS

Une première réforme en 2007 a centralisé la planification et la réglementation et, en 2024, une nouvelle réforme a été introduite pour créer un système de santé plus équilibré et équitable.

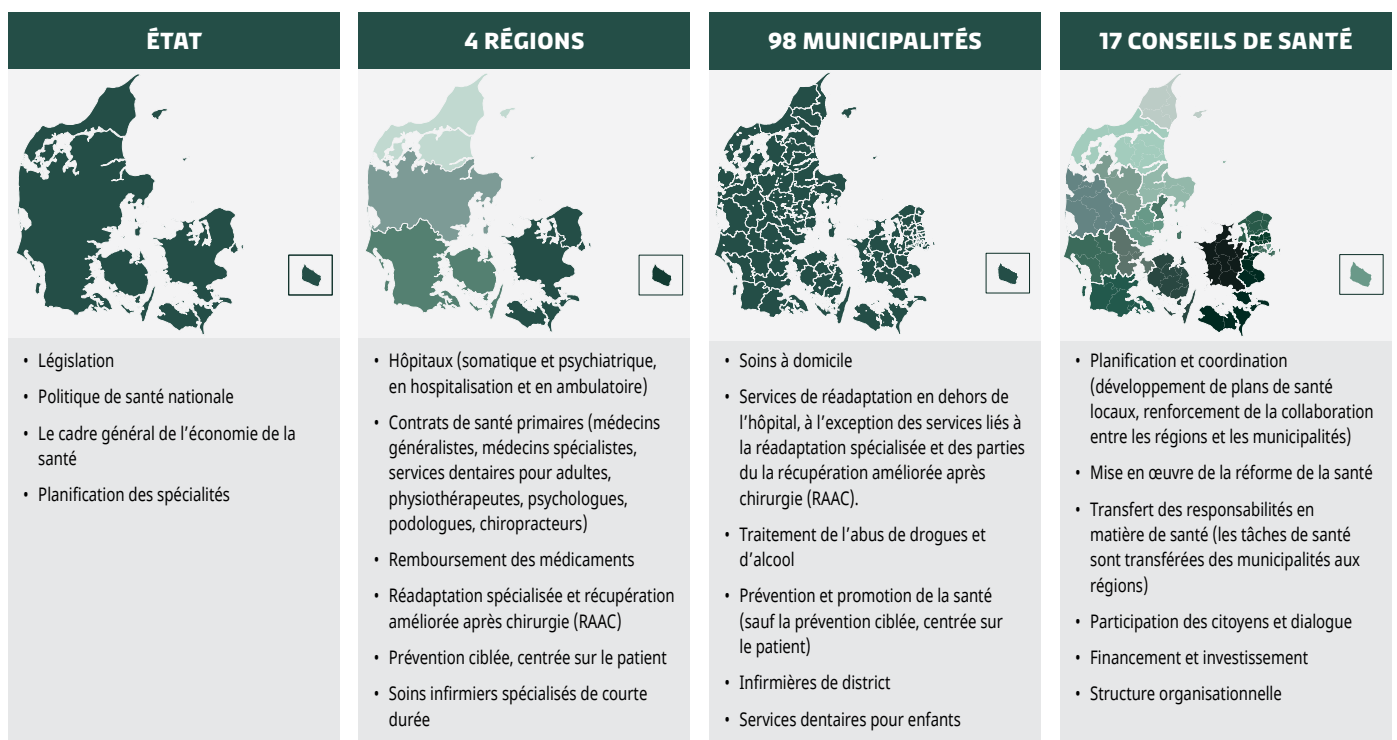
L'organisation du système de santé danois

L'organisation du système de santé danois repose sur une réforme structurelle globale mise en œuvre en 2007. Cette réforme a restructuré le système de santé danois en réduisant le nombre de municipalités de 271 à 98, en remplaçant 14 comtés dissous par 5 grandes régions, en introduisant une nouvelle répartition des responsabilités entre l'État, les régions et les municipalités et en mettant en œuvre un nouveau système de financement.²

Cependant, le gouvernement danois a présenté une nouvelle réforme du système de santé en novembre 2024. L'objectif de cette réforme est de créer un système de santé encore plus équilibré, plus proche des citoyens et qui réduit les inégalités en matière de santé.³ Par conséquent, la réforme de 2024 apporte également des changements dans l'organisation du système de santé danois.

Le secteur de la santé danois fonctionne à trois niveaux politiques et administratifs : l'État, les régions et les municipalités (niveaux national, régional et local).⁴ Chaque niveau administratif a des responsabilités différentes en matière de santé, voir la Figure 1.⁵

Figure 1 Niveaux administratifs et responsabilités découlant de la réforme de 2024^{6,7}



NOUVELLE ORGANISATION RÉGIONALE

Dans le cadre de la réforme de 2024, un nouveau changement organisationnel a été introduit au niveau régional. Les cinq régions existantes sont restructurées en quatre, avec deux des cinq régions qui ont fusionné en une nouvelle région : « Danemark de l'Est ».

La décision de fusionner les deux régions de la Zélande fait suite aux années d'efforts déployés pour attirer des médecins dans la région de Zélande et de renforcer la coopération avec la Région-Capitale. Ces mesures n'ont pas permis de résoudre complètement les problèmes. La création de la nouvelle région Danemark de l'Est vise à mieux utiliser les capacités médicales dans toute cette zone en réunissant tous les hôpitaux de Zélande sous l'égide d'une seule autorité régionale. Sa mise en œuvre fera en sorte que les hôpitaux de la Région-Capitale assumeront une plus grande responsabilité en matière de couverture médicale dans toute la région. Une région unifiée, avec la responsabilité partagée de l'emploi et de la gestion, permettra de mieux allouer les ressources là où elles sont le plus nécessaires.

Somme toute, l'objectif final de cette nouvelle organisation régionale est d'établir quatre régions durables avec un meilleur équilibre entre la demande de services de santé de la population et les ressources du système de santé, garantissant ainsi à tous les citoyens l'accès à un système de santé de haute qualité. La restructuration sera finalisée et entrera en vigueur en janvier 2027.⁸

TRANSFERT DE RESPONSABILITÉS DU NIVEAU LOCAL AU NIVEAU RÉGIONAL

Un autre élément clé de la réforme de 2024 est le transfert de responsabilités des municipalités aux régions, qui doit entrer en vigueur le 1er janvier 2027. Les régions et les municipalités sont responsables de fournir tous les soins primaires et secondaires. Les municipalités sont, entre autres, chargées de la santé préventive et de la réadaptation. Pour l'instant, le gouvernement n'a défini que certains domaines où les responsabilités seront transférées de la municipalité aux régions. Il s'agit notamment :

- Des soins infirmiers spécialisés de courte durée,
- De la prévention ciblée, centrée sur le patient,
- De la réadaptation spécialisée et des programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC),
- Des offres de séjours temporaires dans des établissements de santé et de soins pour les personnes ayant besoin de soins médicaux

Les autres responsabilités qui seront transférées ne sont pas encore entièrement définies. En effet, le gouvernement procédera à un examen approfondi pour définir l'étendue précise du transfert afin de garantir une transition en douceur.⁹

L'Autorité de santé danoise sera chargée d'élaborer une proposition décrivant les changements supplémentaires dans les responsabilités, en plus de ceux qui précèdent. Cette proposition sera présentée et discutée avec les partis politiques qui ont accepté la réforme de 2024.

Le transfert des tâches déjà convenues des municipalités aux régions se déroulera comme prévu, en assurant une mise en œuvre structurée et efficace de la réforme.^{10, 11}

Cinq régions ont été réorganisées pour en former désormais quatre, afin d'améliorer l'allocation des ressources, renforcer la couverture médicale et garantir un accès égal et de haute qualité aux soins de santé à l'échelle nationale.

Plusieurs responsabilités en matière de santé sont transférées des municipalités aux régions afin de rationaliser la prestation des services de soins et d'assurer un système de santé plus cohérent et plus efficace.

La création de 17 nouveaux Conseils de santé (des organes politiquement élus, dotés d'un financement et d'un pouvoir de décision) vise à renforcer la gouvernance et la coordination locales entre les secteurs.

CRÉATION DE 17 CONSEILS DE SANTÉ

La réforme de 2024 a introduit un autre changement organisationnel qui concerne la structure de gouvernance politique dans les nouvelles régions. Dans le cadre de la réforme, les 21 pôles santé existants sont remplacés par 17 nouveaux Conseils de santé. Ce changement témoigne de la reconnaissance du fait que les pôles santé n'ont pas réussi à obtenir les résultats escomptés, en particulier en ce qui concerne la mise en oeuvre de changements à travers les secteurs. La Commission structurelle¹², qui a formulé des recommandations pour la réforme, a estimé que les pôles manquaient d'autorité, de pouvoir décisionnel contraignant et de financement dédié. En conséquence, il était difficile de lancer des initiatives conjointes ou d'obtenir des engagements financiers auprès des municipalités et des régions. En revanche, les nouveaux Conseils de santé auront accès à des financements et élaboreront des plans santé locaux et contraignants.¹³

Les 17 nouveaux Conseils de santé seront composés de politiciens élus des municipalités et des régions situées dans la zone géographique du Conseil de santé.¹⁴ Ils sont établis dans le but de renforcer la prise de décision politique locale, afin que les décisions en matière de soins de santé soient prises au plus près des citoyens et que les services soient mieux adaptés aux besoins locaux. En outre, la volonté est de renforcer la prise en charge et le suivi, tout en permettant aux services de santé d'être fournis plus près des citoyens, voire même à leurs domiciles, améliorant ainsi l'accessibilité et la continuité des soins.¹⁵

Les Conseils de santé superviseront la gestion directe des responsabilités en matière de soins de santé dans leurs zones géographiques réservées. Cela comprend la planification stratégique et la priorisation des services de santé, l'allocation de ressources financières aux initiatives de santé locales et la supervision des activités hospitalières et des services de médecine générale. En outre, les Conseils de santé assumeront la responsabilité des tâches de santé transférées des municipalités aux régions, en assurant une transition et une intégration harmonieuses des services.¹⁶ Par ailleurs, les Conseils de santé joueront un rôle clé dans le développement et l'amélioration des services de médecine générale, y compris la mise en place de nouvelles équipes de soins à domicile.

Le financement public représente 85 % de toutes les dépenses de santé et est financé par les taxes générales.

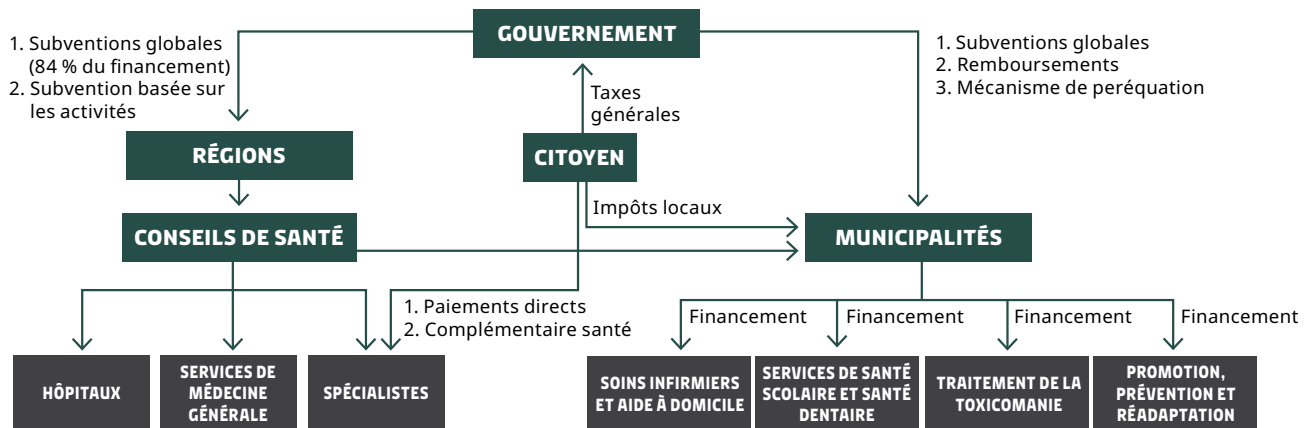
Financement du système de santé danois

En général, les services de santé et les services sociaux sont essentiellement financés par les taxes générales imposées au niveau national. Ainsi, le financement public représente environ 85 % de toutes les dépenses de santé au Danemark (85 % en 2021).¹⁷ Le reste est principalement constitué des paiements directs par les ménages – par exemple, les dépenses liées aux médicaments, aux soins dentaires et aux primes d'assurance privée pour les traitements complémentaires qui ne sont pas, ou seulement partiellement, couverts par le financement public (par ex. la physiothérapie et les services de psychologie) ou les mutuelles.¹⁸

Le financement public des soins de santé est distribué de l'État aux régions par le biais d'une combinaison d'une allocation fixe annuelle (subventions globales) et d'une composante basée sur les activités et liée aux performances. Les municipalités reçoivent des fonds à la fois via les subventions de l'État et les impôts locaux, ainsi que des remboursements pour les services qu'elles fournissent au nom des régions et de l'État.¹⁹

Le cadre financier global est établi par un accord annuel conclu entre le gouvernement, les régions et les municipalités. Dans cet accord, les parties fixent conjointement des objectifs pour le niveau d'activité et de dépenses de santé pour l'année à venir.²⁰ Ce processus de

Figure 2 Financement du système de santé danois



collaboration crée un cadre commun qui soutient à la fois l'engagement et la capacité de toutes les parties à respecter le budget convenu.²¹

Les subventions globales financent environ 84 % des dépenses totales de santé des régions.²² Avec la réforme de 2024, il a été décidé que le régime de cofinancement municipal sera supprimé à partir de 2027, lorsque des responsabilités supplémentaires seront transférées des municipalités aux régions. En conséquence, le financement des municipalités et des régions sera ajusté par le biais de subventions globales et d'un nouveau modèle de péréquation, qui sera développé en 2028–2029. L'objectif est de créer un système de santé plus simple et plus cohérent, avec une distribution plus claire des responsabilités en matière de traitement et de prévention. Une partie des subventions globales allouées aux régions sera redistribuée aux Conseils de santé en fonction d'une clé de répartition déterminée par l'État qui tient compte des différences démographiques et socio-économiques entre les conseils. Au sein de chaque Conseil de santé, une partie de ces fonds sera ensuite allouée au niveau municipal pour soutenir le financement des responsabilités locales en matière de santé. D'autres discussions sur ces changements financiers sont prévues pour l'automne 2025, dans le but d'adopter la législation nécessaire au printemps 2026.²³

Bien que toutes les informations de la révision des modèles financiers régionaux de la réforme de 2024 soient encore en cours de finalisation, le modèle mis à jour s'appuie sur le cadre existant et a été adapté pour refléter les changements structurels introduits par la réforme. Dans le cadre de cette révision, les subventions globales à chaque région seront augmentées, en mettant particulièrement l'accent sur le renforcement du soutien aux régions plus petites.²⁴

Les subventions globales se composent d'un montant de base plus faible et de deux clés de distribution :

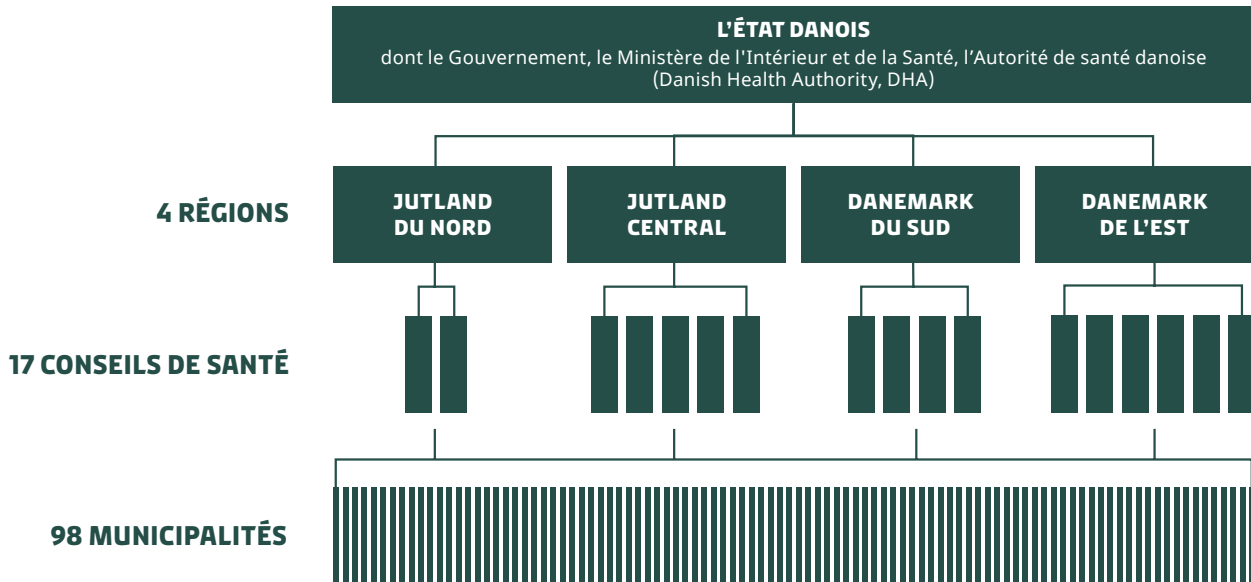
- La première clé de distribution est basée sur des facteurs démographiques, tels que la taille de la population et la pyramide des âges ;
- La deuxième clé de répartition intègre une combinaison de variables économiques, sociales, géographiques et liées à la santé, par ex. le nombre de familles recevant des allocations chômage ou le nombre de patients avec un diagnostic de trouble psychiatrique.^{25, 26}

Les subventions globales se composent d'un montant de base plus faible et de deux clés de répartition : 1) des facteurs démographiques et 2) une combinaison de variables économiques, sociales, géographiques et liées à la santé.

La gouvernance du système de santé danois

La gouvernance politique et administrative du système de santé danois peut être illustrée globalement comme dans la figure ci-dessous. Après la figure, chacun des organismes et leurs tâches et responsabilités respectives seront décrits.

Figure 3 Gouvernance politique et administrative du système de santé danois depuis la réforme de 2024



Le gouvernement national est chargé des fonctions générales de réglementation, planification et supervision.

Le gouvernement national, c'est à dire le Ministère de l'Intérieur et de la Santé, est globalement responsable de réglementer et de superviser le système de santé au Danemark.²⁷

Le Ministère de l'Intérieur et de la Santé élabore le cadre réglementaire et planifie l'ensemble des services de santé. Le gouvernement national/Ministère de l'Intérieur et de la Santé du Danemark est responsable de :

1. La planification nationale des services spécialisés et des médecins spécialistes,
2. L'approbation de la planification hospitalière régionale, et
3. Les accords de santé obligatoires conclus entre les régions et les municipalités, qui coordonnent les services de soins.²⁸

La centralisation de ces responsabilités vise à assurer des soins professionnels de haute qualité et une harmonisation des parcours de soins des patients, tout en assurant une utilisation efficace des ressources.²⁹

L'Autorité de santé danoise est chargée d'initier et de mettre en œuvre la réforme.

L'Autorité danoise de la santé (Danish Health Authority, DHA), une agence relevant du Ministère de l'Intérieur et de la Santé, est chargée de conseiller et de soutenir le Ministère, ainsi que les régions et les municipalités, sur les questions générales de santé.

Dans le cadre de la réforme de 2024, la DHA s'est vue confier plusieurs nouvelles tâches et mandats, ce qui la rend responsable du lancement des mesures clés de la réforme. :

- Élaboration des recommandations d'experts pour un **nouveau plan national de santé** : ce plan définira l'orientation stratégique globale du système de santé danois au cours des 8 à 10 prochaines années. La DHA devrait finaliser les recommandations des

experts d'ici le début de l'année 2026, le plan national final devant être mis en œuvre d'ici 2027 et les mises à jour ultérieures tous les 4 ans. Le plan fournira un cadre pour la mise en œuvre d'outils de gouvernance concrets dans le secteur des soins de santé, tels que les directives cliniques nationales.

- Rédaction des **descriptions de tâches nationales pour les services de médecine générale** : ces descriptions définiront les tâches et les exigences futures pour la médecine générale, en présentant l'ensemble des services que la médecine générale est censée fournir. Cela comprend les fonctions, les tâches, les compétences requises, la collaboration avec l'ensemble du système de santé, ainsi que des horaires d'ouverture élargis et plus flexibles et une meilleure accessibilité. L'objectif est de définir les services qui sont les mieux fournis par la médecine générale et ceux qui devraient être réalisés ailleurs.
- Élaboration de directives nationales et approbation de **plans régionaux d'ouverture de cabinets privés par des médecins spécialistes**.
- Élaboration de **normes de qualité pour les services de santé municipaux**
- Rédaction des recommandations d'experts concernant les **tâches qui doivent être transférées des municipalités aux régions**
- Élaboration du cadre clinique pour les nouveaux **programmes de soins pour les maladies chroniques** (veuillez lire le Chapitre 3 pour en savoir plus).³⁰

Comme avant la réforme de 2024, les tâches de la DHA comprennent également l'élaboration de directives cliniques nationales et de directives pour la formation des médecins spécialistes et des autres professionnels de la santé³¹, ainsi que la publication de programmes de prévention ciblant les risques de santé les plus courants et pour l'élaboration de plans de traitement nationaux. Les plans nationaux de traitement et leurs directives associées sont mis en œuvre par les régions, tandis que les programmes de prévention servent d'outils aux municipalités pour promouvoir et améliorer la santé de leurs citoyens.^{32, 33}

Les autres responsabilités de la DHA comprennent la réglementation des vaccinations et le suivi de la qualité des soins dans les hôpitaux et les pharmacies.^{34, 35} Le suivi de la qualité des soins hospitaliers repose sur des données relatives à certains indicateurs de qualité, liés aux huit objectifs nationaux (voir l'Encadré 1).³⁶

*Encadré 1 Les huit objectifs nationaux de suivi de la qualité dans le secteur de la santé*³⁷

ENCADRÉ 1 : LES HUIT OBJECTIFS NATIONAUX DE SUIVI DE LA QUALITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Les indicateurs de qualité font partie du Programme danois pour la qualité des soins de santé, qui comprend huit objectifs nationaux.

1. Une meilleure continuité des soins aux patients dans les parcours cliniques
2. Des mesures plus fortes pour les patients souffrant de maladies chroniques et les patients âgés
3. Des taux de survie plus élevés et une meilleure sécurité des patients
4. Des traitements de haute qualité
5. Des examens et des traitements rapides
6. Une participation accrue des patients.
7. Plus d'égalité en matière de santé et des années de vie en bonne santé supplémentaires
8. Un système de santé plus efficace

Ces objectifs sont développés pour s'assurer que tous les professionnels de la santé ou travailleurs des services du secteur de la santé (dans les hôpitaux, les municipalités et les régions) travaillent de concert pour assurer un système de santé efficace avec des soins de haute qualité, et pour faciliter la prévision dans les domaines dont la qualité doit être améliorée. Ainsi, les objectifs sont mis en œuvre aux niveaux local, régional et national. Les régions assurent le suivi des objectifs tous les trimestres.

Aujourd'hui, les progrès danois sur les 8 objectifs sont mesurés à travers un total de 40 indicateurs de qualité différents, qui portent principalement sur la structure des soins hospitaliers, le processus de soins ou de traitement et le résultat des soins. Le dernier rapport de situation montre qu'il y a eu une évolution positive sur 57 % des indicateurs de qualité entre 2022 et 2023. Il convient notamment de noter que le Danemark a enregistré une évolution positive sur tous les indicateurs concernant l'objectif d'un renforcement des efforts en faveur des malades chroniques et des personnes âgées et d'un traitement de haute qualité. Cependant, l'évolution des indicateurs au niveau des hôpitaux pourrait, au début de 2022, être directement ou indirectement affectée par la COVID-19, ainsi que par un taux élevé d'arrêts maladie du personnel hospitalier.

Les acteurs régionaux et municipaux sont systématiquement et substantiellement impliqués dans les processus de planification et de réglementation avant la publication de nouveaux plans et règlements nationaux.

IMPLICATION DES DIFFÉRENTS NIVEAUX DANS LA PLANIFICATION ET LA RÉGLEMENTATION

Alors que la planification et la réglementation sont centralisées au niveau national, les acteurs régionaux et municipaux sont systématiquement et substantiellement impliqués dans ces processus. En conséquence, le dialogue et la coordination entre les parties prenantes concernées ont lieu avant la publication de nouveaux plans et règlements nationaux. Cette pratique devrait être encore renforcée par la mise en place des Conseils de santé susmentionnés. Ce dialogue inclut également les associations médicales professionnelles et les organisations de patients concernées. Bien que ce processus puisse parfois prendre du temps, il joue un rôle crucial pour garantir la mise en œuvre effective des plans et des règlements par les régions et les municipalités.

Pour établir une orientation politique commune pour la collaboration entre les régions, les municipalités et le secteur primaire (médecins généralistes), il a été décidé dans la réforme de 2007 qu'un accord de santé devrait être conclu entre ces parties tous les 4 ans. Suite à la réforme de 2024 et à la création des nouveaux Conseils de la santé, le format actuel des accords de santé sera abandonné et devrait être remplacé par un nouveau plan local de soins de santé, qui sera élaboré et adopté par chaque Conseil de santé. Basé sur les planifications nationale et régionale des soins de santé, ce plan définira la transition des soins hospitaliers vers un système de santé renforcé proche des citoyens, incluant la mise en œuvre locale de services de médecine générale.

Les plans santé locaux doivent être élaborés après la publication du nouveau Plan santé national et doivent correspondre au plan santé régional. Chaque plan servira de cadre aux travaux du Conseil de santé et doit fixer des objectifs concrets et contraignants visant à garantir des soins aux patients plus équitables, accessibles et cohérents. De plus, le plan doit inclure une stratégie pour améliorer l'accessibilité géographique des services de santé.³⁸ Comme pour les accords de santé précédents, il est proposé que les plans santé locaux soient valables pendant quatre ans³⁹, favorisant ainsi l'harmonisation à long terme et une vision partagée entre les régions, les municipalités et la médecine générale.

Les accords ont servi d'instrument politique pour unir les trois niveaux et ont fourni un cadre de collaboration au sein du système de santé. Une fois terminés, les accords politiques en matière de santé ont été soumis à l'Autorité danoise de la santé (Danish Health Authority, DHA).^{40, 41, 42}

Grâce au plan santé local, les Conseils de santé peuvent également établir un cadre pour une coopération plus étroite entre les acteurs de la santé et une utilisation flexible et efficace des capacités globales.

LES RÉGIONS ET LA STRUCTURE HOSPITALIÈRE DANOISE

Les régions possèdent et exploitent des hôpitaux publics somatiques et psychiatriques, ainsi que des centres de santé mentale communautaires locaux.^{43, 44} Les régions sont responsables des services de soins de santé primaires et secondaires, notamment :

- Les soins hospitaliers (y compris les soins d'urgence),
- Les soins psychiatriques,
- Les services de santé fournis par des médecins généralistes, qui exercent tous dans des cabinets privés au Danemark,
- Les services de santé fournis par des médecins spécialistes (tels que les rhumatologues, les ORL, les gynécologues, etc.) et d'autres professionnels de la santé exerçant dans des cabinets privés, y compris les physiothérapeutes et les psychologues,⁴⁵
- Administration du régime de remboursement des médicaments, qui repose sur les données numériques collectées auprès des pharmacies lors de la délivrance des médicaments prescrits.⁴⁶

Dans le cadre de la réforme de 2024, les régions ont assumé de nouvelles responsabilités qui étaient précédemment gérées par les municipalités. Il s'agit notamment :

- Des soins infirmiers spécialisés de courte durée,
- De la prévention ciblée, centrée sur le patient,
- De la réadaptation spécialisée et des programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC),
- Des séjours temporaires dans des établissements de santé et de soins pour les personnes ayant besoin de soins médicaux.

Les régions collaborent en adressant les patients vers les autres régions lorsque les ressources manquent (par ex. en cas de manque de lits d'hôpitaux) ou lorsque des soins spécialisés sont nécessaires.⁴⁷

Si une région ne peut pas fournir d'examen diagnostique dans les 30 jours suivant l'adressage d'un patient à un hôpital public, le patient a alors le droit de choisir une prise en charge dans un hôpital privé. Ce droit s'applique également si la région n'est pas en mesure de fournir un examen diagnostique dans les 30 jours, ou si le traitement d'une maladie potentiellement mortelle n'est pas disponible dans la région. Les frais sont entièrement couverts par l'assurance maladie publique. Les soins sont donc gratuits pour le patient.

Dans le cadre de la réforme de 2024, l'obligation de soins post-hospitalisation de 72 heures qui incombe actuellement aux hôpitaux, sera étendue à 96 heures. Cette initiative s'inscrit dans un effort plus large visant à renforcer les services de santé régionaux et à promouvoir des parcours de soins plus cohérents pour les patients. En augmentant la responsabilité des hôpitaux après la sortie des patients, la réforme vise à améliorer la continuité des soins

Le niveau régional est principalement chargé de la gestion et des services hospitaliers, ainsi que des accords avec les professionnels de la santé indépendants, et il a assumé quelques nouvelles responsabilités avec la réforme de 2024.

tout en apportant un soutien accru aux médecins généralistes et au personnel soignant des municipalités.⁴⁸

Dans un premier temps, l'obligation prolongée de 96 heures s'appliquera à certains groupes de patients, tels que les patients âgés hospitalisés dans les services d'urgence et les personnes recevant un traitement psychiatrique. Les accords conclus ultérieurement entre le gouvernement et les parties prenantes concernées détermineront la définition finale des groupes de patients inclus.

Depuis 2002, les hôpitaux privés au Danemark fournissent des services de santé financés par les régions. Cependant, ces hôpitaux sont relativement petits et offrent principalement des soins spécialisés. En conséquence, les hôpitaux privés ne représentaient que 1,3 % de l'ensemble des activités hospitalières financées par les fonds publics en 2022, soit une légère augmentation par rapport à 1,25 % en 2017.^{49, 50}

La réforme de 2007, qui a fusionné 14 régions en 5 régions, a ouvert la voie à une nouvelle structure pour les hôpitaux publics. Cela comprenait la réduction du nombre d'hôpitaux de soins aigus de 40 à 21, chaque hôpital desservant une population de 200 000 à 400 000 citoyens.^{51, 52} L'objectif était d'améliorer à la fois la qualité des soins grâce à une spécialisation accrue et l'efficacité de l'utilisation des ressources grâce aux économies d'échelle.⁵³ Cette structure et le nombre d'hôpitaux d'urgence seront conservés dans le cadre de la nouvelle réforme de 2024.⁵⁴

Un élément fondamental de cette stratégie est le programme Super Hospital, qui représente un investissement de 6,6 milliards d'euros (aux prix de 2019) dans 16 nouveaux projets hospitaliers. Six d'entre eux sont des hôpitaux entièrement nouveaux, modernes et à la pointe de la technologie, tandis que les autres sont des extensions d'établissements hospitaliers existants.⁵⁵ Le programme Super Hospital se distingue des constructions d'hôpitaux typiques au Danemark par l'implication majeure du gouvernement. Non seulement il finance 60 % du programme, mais il participe aussi à sa planification et sa gestion. En outre, le programme a été piloté par un groupe d'experts créé en 2007.⁵⁶ Le Ministère de l'Intérieur et de la Santé supervise le programme principalement pour s'assurer que les régions respectent le budget et réalisent les gains d'efficacité attendus.⁵⁷

Actuellement, un total de 46 projets de construction d'hôpitaux, petits et grands, sont en cours dans les régions, dont les 16 projets du programme Super Hospital.⁵⁸

Les médecins généralistes agissent en tant que « point d'entrée » du système de santé danois.

MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MÉDECINS SPÉCIALISTES EXERÇANT DANS DES CABINETS PRIVÉS

Outre les hôpitaux privés, les autres acteurs privés du secteur de la santé comprennent les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Les patients ont généralement besoin d'être adressés par un médecin généraliste pour :

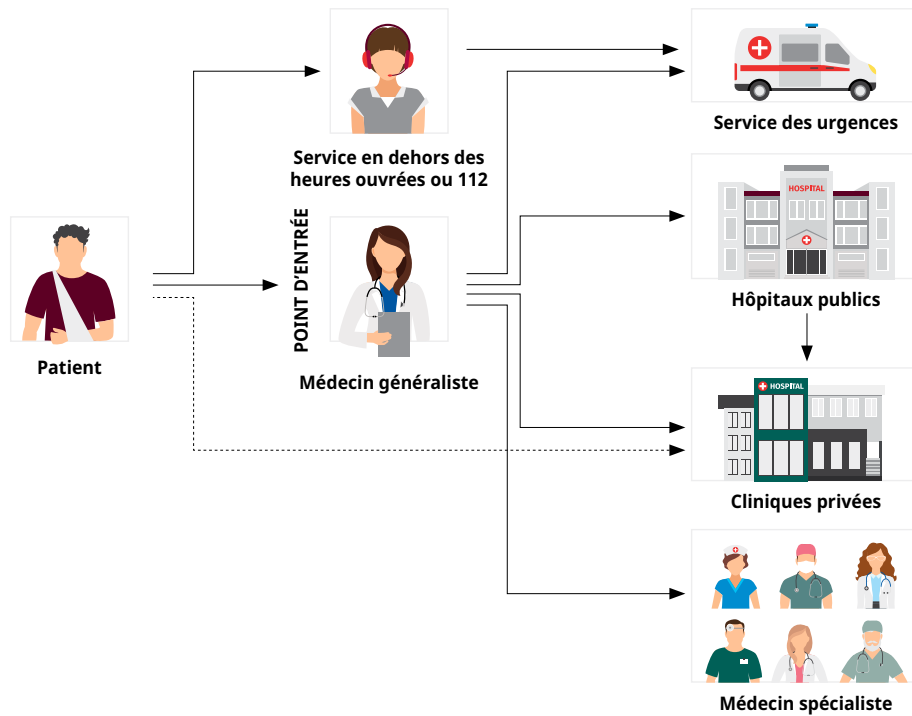
- Consulter un médecin spécialiste,
- Recevoir des soins infirmiers à domicile,
- Être admis dans une maison de soins,
- Être admis dans un hôpital et/ou une clinique d'urgence. Cependant, l'admission dans une clinique d'urgence est également possible via l'assistance médicale par téléphone ou via le service médical d'urgence (112).⁵⁹

Par conséquent, les médecins généralistes jouent un rôle clé en tant que « point d'entrée » entre les niveaux de soins primaires et secondaires. En moyenne, chaque médecin généraliste gère environ 1 600 patients. La plupart des traitements sont effectués directement par le médecin généraliste, sans qu'il soit nécessaire d'adresser les patients vers des soins spécialisés de niveau secondaire. Cette approche permet de réduire les coûts globaux du système de santé, car les traitements en soins primaires coûtent généralement moins cher que ceux en soins secondaires.

Les médecins généralistes et les médecins spécialistes gèrent leurs cabinets comme des entreprises privées. Leurs honoraires sont facturés aux régions selon les barèmes de prix convenus et détaillés et en fonction du nombre de patients pris en charge.

Dans le cadre de la réforme de 2024, un engagement a été pris pour renforcer le secteur de la médecine générale en élargissant à la fois ses capacités et ses compétences. Par conséquent, le nombre de médecins généralistes passera de 3 500 à au moins 5 000 d'ici 2035. Cette augmentation vise à refléter l'élargissement du champ des responsabilités, à mesure qu'un nombre croissant de tâches de soins de santé sont réorganisées et transférées vers les services de médecine générale.⁶⁰

Figure 4 La fonction des médecins généralistes



Une autre mesure pour renforcer la médecine générale consiste à fournir un soutien financier aux zones géographiques avec une faible couverture des médecins généralistes. Ces zones concentrent souvent davantage de patients nécessitant des soins médicaux plus intensifs.⁶¹

Enfin, la réforme de 2024 introduit une nouvelle structure de rémunération à l'acte pour les médecins généralistes, conçue pour renforcer le secteur de la médecine générale en alignant la rémunération sur les besoins thérapeutiques des patients. Dans le cadre de cette nouvelle structure, les médecins généralistes qui traitent des patients présentant des maladies plus graves, recevront des honoraires plus élevés par patient et géreront moins de patients, par rapport aux médecins généralistes qui traitent des patients atteints de troubles moins graves. Cette structure tarifaire permettra aux médecins généralistes ayant une lourde charge de patients de réduire leur nombre de patients sans subir de perte de revenu.⁶²

Prévue pour 2027, la structure tarifaire simplifiée vise également à garantir que les gains de productivité profitent au système de santé dans son ensemble, tout en promouvant la collaboration interdisciplinaire et en renforçant la coopération entre la médecine générale et l'ensemble du système de santé.⁶³

Le supplément spécial pour la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques est un exemple de la manière dont la relation entre les soins primaires et secondaires a été continuellement surveillée et renforcée. Pour inciter les médecins généralistes à traiter un nombre croissant de ces patients, un accord introduit en janvier 2018 permet aux médecins généralistes de facturer un supplément lorsqu'ils traitent des personnes atteintes de maladies chroniques. Cette initiative a contribué à éviter l'hospitalisation des patients atteints de maladies chroniques, ce qui bénéficie également aux patients car les médecins généralistes sont généralement situés plus près des patients que l'hôpital le plus proche.

Les services de soins d'urgence jouent un rôle important car le traitement commence dès l'arrivée des patients.

SOINS PRIMAIRES EN DEHORS DES HEURES OUVRÉES ET SERVICES MÉDICAUX D'URGENCE (112)

Les soins primaires en dehors des heures ouvrées (l'assistance médicale par téléphone) et le service médical d'urgence (112) sont également administrés par les régions.

Les **soins primaires en dehors des heures ouvrées** sont assurés par des infirmières spécialisées et/ou des médecins généralistes, qui peuvent adresser les patients vers un service d'urgences ou une clinique de garde, selon la situation du patient.⁶⁴

Les services médicaux d'urgence jouent un rôle central dans la modernisation du système hospitalier danois. Les appels d'urgence (112) sont initialement reçus par la police, puis transmis à un professionnel de la santé, qui évalue le besoin d'envoyer une ambulance ou de recourir à d'autres services préhospitaliers. Des ambulanciers, des médecins ou des infirmières spécialisées peuvent être dépêchés sur place en voiture ou en hélicoptère, en veillant à ce que les soins d'urgence commencent immédiatement à leur arrivée. Le traitement est dispensé dans une ambulance ou un hélicoptère spécialement équipé, ce qui signifie que la prise en charge du patient commence sur les lieux de l'intervention. La plupart des régions collaborent avec des entreprises privées pour les services d'ambulance, ce qui en fait un excellent exemple de coopération réussie entre les prestataires privés et le système de santé publique.⁶⁵

Les municipalités ont des responsabilités en matière de prévention et de promotion de la santé.

LES MUNICIPALITÉS

Avec la réforme de 2007, le gouvernement a cherché à rapprocher les services de santé des citoyens en confiant aux 98 municipalités danoises la responsabilité des établissements et des activités visant à prévenir les maladies et à promouvoir la santé.⁶⁶

Les responsabilités des municipalités comprennent :

- Les visites à domicile avant et après l'accouchement,
- Les services dentaires pour enfants,
- Les services de santé scolaires,
- La réadaptation physique et psychologique,
- Les soins infirmiers à domicile et les maisons de soin,
- Les mesures préventives ciblant les risques courants pour la santé
- Les traitements contre l'alcoolisme ou la toxicomanie, ainsi qu'une aide au logement pour les personnes souffrant de troubles mentaux ou sans abri.⁶⁷

Les municipalités qui ne sont pas prêtes à recevoir un patient dès sa sortie de l'hôpital et à lui fournir des soins à domicile appropriés, encourrent des pénalités financières pour chaque jour supplémentaire où le patient reste hospitalisé. Ces pénalités ont été considérablement augmentées en janvier 2017, passant de 265 EUR à 530 EUR par jour de retard. Cette augmentation a été liée à une réduction des sorties retardées et à une diminution des jours d'hospitalisation.^{68, 69}

Un exemple réussi d'initiative de prévention est le cas « Un bon départ dans la vie ». Malgré l'existence d'un carnet de grossesse partagé, la collaboration entre les hôpitaux, les municipalités et les médecins généralistes s'est caractérisée par un partage insuffisant des informations et des connaissances entre les parties concernées. Pour résoudre ce problème, l'initiative qui a été lancée dans la région Danemark du Sud, a réuni une municipalité, un hôpital et des médecins généralistes dans le but d'améliorer la prise en charge conjointe des femmes enceintes et des nouveau-nés. L'approche impliquait d'identifier les meilleures pratiques et d'assurer leur mise en œuvre cohérente par le dialogue et des sessions de formation conjointes. En outre, elle a veillé à la collecte de données partagées pour documenter le processus, permettant l'application d'une assurance qualité efficace. En conséquence, l'initiative a permis d'améliorer la vue d'ensemble des services disponibles, d'améliorer la communication numérique entre les médecins généralistes, les sages-femmes et les infirmières, et de renforcer les relations de travail, ce qui permettra de résoudre les défis futurs de manière plus efficace et plus collaborative. L'initiative a depuis été rendue permanente et est désormais mise en œuvre dans toutes les municipalités de la région Danemark du Sud. Aujourd'hui, le carnet de maternité physique a été remplacé par un nouveau carnet de maternité électronique national.⁷⁰

L'initiative « Un bon départ dans la vie » illustre un effort de prévention réussi.

3. COLLABORATION ACCRUE ENTRE LES NIVEAUX DE L'ORGANISATION

Les changements apportés dans la répartition des tâches et des responsabilités ont créé de nouvelles interfaces et une demande croissante de collaboration sectorielle.

Le Danemark a introduit 30 plans de soins pour les patients atteints de cancer afin d'augmenter et d'assurer la qualité et les résultats du traitement.

Le Danemark a introduit des programmes de réadaptation cardiaque pour réduire le nombre des réadmissions.

Le changement dans la répartition des tâches et des responsabilités entre l'État, les régions et les municipalités a créé de nouvelles interfaces et imposé des exigences accrues de collaboration transversale entre les autorités et les secteurs. La demande est renforcée par le fait qu'à l'avenir, le système de santé subira des pressions croissantes en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques et, surtout, de l'objectif politique d'assurer des parcours de soins cohérents pour les patients.

C'est un domaine où le Danemark n'a pas encore tout à fait atteint son objectif, mais où de nouvelles solutions se développent constamment. De plus en plus souvent, elles prennent la forme de partenariats public-privé avec la participation des patients et de leurs proches.

Par exemple, l'accent a été mis sur la pérennisation d'une collaboration sectorielle étroite dans les domaines du cancer et des maladies cardiaques, car le cancer et les maladies cardiaques constituent les deux principales causes de décès au Danemark.

Le Ministère de la Santé a mis en place des parcours de soins pour les patients atteints de cancer reliant les médecins généralistes, les hôpitaux et les centres de diagnostic spécialisés afin d'améliorer le processus de diagnostic. Lorsqu'un médecin généraliste soupçonne un cancer chez un patient, il peut l'adresser vers l'une des voies d'aiguillage claires, en fonction de la gravité des symptômes.⁷¹ Trente programmes de prise en charge couvrent environ 40 maladies cancéreuses différentes. Les programmes sont publiés par les autorités au niveau national et utilisés aux niveaux régional et municipal. Les programmes visent à augmenter et à assurer la qualité des soins et à clarifier rapidement le diagnostic et le traitement. Chaque programme de prise en charge du cancer consiste en une description standardisée du parcours de traitement d'un patient depuis le moment où la maladie est suspectée pour la première fois jusqu'au moment de la réadaptation ou, dans certains cas, des soins palliatifs.

Figure 5 Le déroulement des programmes de soins contre le cancer



Les programmes ciblent des acteurs spécifiques du système de santé. Ils fournissent une répartition claire des responsabilités et des tâches relatives à un patient donné. Le rôle de chaque acteur est précisé ainsi que la collaboration requise entre les acteurs. Par conséquent, les programmes ont contribué à une augmentation de la détection précoce des maladies, à une meilleure collaboration entre les secteurs, ainsi qu'à la continuité et à l'uniformisation des traitements pour les patients atteints de cancer à travers le pays.^{72, 73}

En 2017, le Conseil national de la santé a préparé de nouveaux programmes décrivant le parcours de soins des patients atteints d'une maladie cardiaque. Ces programmes couvrent l'ensemble du parcours de soins depuis l'apparition des symptômes et la première consultation chez le médecin, jusqu'à l'évaluation, le traitement et le suivi ultérieur, y compris la réadaptation cardiaque et les soins palliatifs.⁷⁴

Le terme réadaptation cardiaque désigne le traitement ultérieur des patients atteints de maladie cardiaque et elle est recommandée pour les patients atteints de cardiopathie ischémique, d'insuffisance cardiaque, ayant bénéficié d'une chirurgie des valves cardiaques et présentant des troubles du rythme cardiaque.⁷⁵ La réadaptation cardiaque est associée à un programme complet, qui comprend :

- Des exercices physiques,
- L'information et l'éducation du patient,
- Des interventions psychosociales, y compris le maintien dans l'emploi,
- Un accompagnement dans le changement des habitudes alimentaires,
- Un accompagnement à l'arrêt du tabac,
- L'optimisation du traitement médicamenteux,
- Le suivi clinique et le maintien des objectifs.

La réadaptation cardiaque est proposée dans la continuité du diagnostic et du traitement et peut être réalisée exclusivement dans les hôpitaux et/ou dans le secteur primaire ou être un processus partagé entre les deux.⁷⁶

Programme de soins pour les maladies chroniques

La réforme de 2024 introduit également la mise en œuvre de **programmes de soins pour les maladies chroniques**. C'est un cadre systématique pour le traitement des maladies chroniques dans l'ensemble du système de santé, similaire aux parcours de soins des patients atteints de cancer décrits au chapitre 3. Ces programmes de soins se concentreront particulièrement sur la période initiale suivant un diagnostic, car cette phase est considérée comme cruciale pour les résultats du traitement à vie. Une intervention précoce conduit à de meilleurs pronostics pour l'état de santé futur. Dans le cadre du programme de soins chroniques, un patient a le droit à :

1. **Un plan de traitement personnalisé**, développé par le médecin généraliste en collaboration avec chaque patient, dans un délai précis suivant le diagnostic.
2. **Une initiation du traitement**, qui peut inclure le début du traitement médicamenteux, la recommandation à réaliser d'autres examens liés aux comorbidités et l'accès rapide à des services pertinents centrés sur le patient, tels que des conseils diététiques, une préparation physique, des cours de gestion de la maladie, un accompagnement au sevrage tabagique, etc.

Grâce aux nouveaux programmes de soins chroniques, les personnes atteintes de maladies chroniques ont droit à un ensemble complet d'interventions de soins de santé adaptées à chaque individu et à ses besoins variés. Les parcours de soins spécifiques et les interventions adaptées individuellement seront catégorisés par besoin, à l'aide d'un système de classification utilisant les couleurs rouge, jaune et vert.

Ce système de classification permet d'ajuster les plans de soins en fonction de la situation du patient, par ex. si le patient est vulnérable et nécessite un soutien intensif et coordonné dans plusieurs secteurs du système de santé ou s'il a un trouble bien géré, est capable de prendre soin de lui-même au quotidien et peut bénéficier des services numériques. Sur la base des couleurs rouge, jaune et vert, les patients se verront proposer différents programmes d'intervention qui reflètent à la fois les évaluations cliniques et leur contexte de vie personnel.

Dans le cadre de la réforme de 2024, le Danemark introduit également des programmes de soins pour les maladies chroniques inspirés des programmes de soins contre le cancer.

Le suivi sera effectué par le médecin généraliste du patient à des intervalles de temps convenus individuellement. Lors des consultations de suivi, le médecin généraliste évaluera si une nouvelle catégorisation est nécessaire selon les changements survenus dans l'état de santé du patient.

Dans un premier temps, cinq programmes de soins chroniques spécifiques à chaque maladie seront développés pour les groupes de patients suivants :

- Les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO),
- Les patients souffrant de douleurs lombaires,
- Les patients diabétiques,
- Les patients atteints de maladies cardio-vasculaires,
- Les patients atteints de multimorbidité complexe.

La mise en œuvre de ces programmes de soins sera progressive sur plusieurs années, en commençant par la BPCO et les douleurs lombaires en 2027, suivies du diabète en 2028, des maladies cardiovasculaires en 2029 et de la multimorbidité complexe en 2031.

Le cadre clinique des programmes de soins pour les maladies chroniques sera élaboré par l'Autorité de santé danoise, avec une forte participation d'experts, d'organisations de patients et des autres parties prenantes concernées. Pour assurer une surveillance appropriée, en particulier pour évaluer si les patients reçoivent les bonnes interventions dans le cadre de leur parcours de soins, un système de suivi sera mis en place. Le système de suivi englobera à la fois les services de médecine générale et les initiatives de prévention ciblées sur les patients.

Dépistage et traitement précoces des complications après une hospitalisation pour fracture de la hanche grâce à une collaboration entre l'infirmière municipale et l'hôpital.

DÉPISTAGE ET TRAITEMENT PRÉCOCES APRÈS UNE HOSPITALISATION POUR FRACTURE DE LA HANCHE

Un exemple concret de la manière dont différents professionnels de la santé coopèrent au sein des différents niveaux organisationnels du système de santé au Danemark est l'initiative de détection et de traitement précoces des complications chez les personnes âgées après une hospitalisation pour fracture de la hanche. Une fracture de la hanche d'un citoyen âgé et fragile peut être le début d'un processus long et souvent fatal. Il est très important que le patient soit formé et suivi, même après sa sortie. On sait que le suivi post-opératoire des personnes âgées est difficile. C'est pourquoi une initiative a été lancée en tant que collaboration entre un hôpital et deux municipalités de la région Danemark du Sud. L'objectif a été de détecter et de traiter les complications chez les personnes âgées après une hospitalisation pour une fracture de la hanche. Cela a été fait en demandant à une infirmière municipale de rendre visite aux personnes âgées trois jours après leur sortie de l'hôpital. L'infirmière se concentre sur l'observation et la mesure systématiques des valeurs vitales. Grâce à un examen systématique, l'infirmière peut réagir lorsque les progrès n'ont pas été satisfaisants. L'infirmière municipale peut contacter le médecin de l'hôpital responsable du traitement du patient jusqu'à 14 jours après sa sortie de l'hôpital. L'initiative a été réalisée comme une étude à l'aveugle. L'effet a été une baisse des réadmissions de 50 % et une réduction significative de la mortalité. Elle a maintenant été rendue permanente et étendue à plusieurs municipalités.

CENTRES DE DIABÈTE STENO

Un autre exemple est les Centres de diabète Steno qui ont été créés dans le cadre d'un partenariat public-privé entre les autorités sanitaires et la Fondation Novo Nordisk.⁷⁷ Les centres sont détenus et exploités par les autorités de santé publique (les régions). La Fondation Novo Nordisk soutient les centres avec un don pour moderniser et systématiser les options de traitement actuelles pour les personnes diabétiques. Ce don couvre les traitements, la recherche, l'éducation et la coopération transversale, ainsi que les nouveaux bâtiments. La vision des centres est d'établir les conditions permettant de réduire le nombre de nouveaux cas de diabète, ainsi que d'améliorer la qualité de vie et de prolonger l'espérance de vie des personnes diabétiques. Grâce aux centres, la Fondation Novo Nordisk souhaite renforcer la qualité du traitement du diabète et améliorer la prévention des complications, pour le bénéfice des personnes diabétiques et de la société.⁷⁸

Un partenariat public-privé entre le système de santé danois et la Fondation Novo Nordisk a créé cinq Centres de diabète Steno au Danemark.

4. LE RÔLE JOUÉ PAR LA NUMÉRISATION

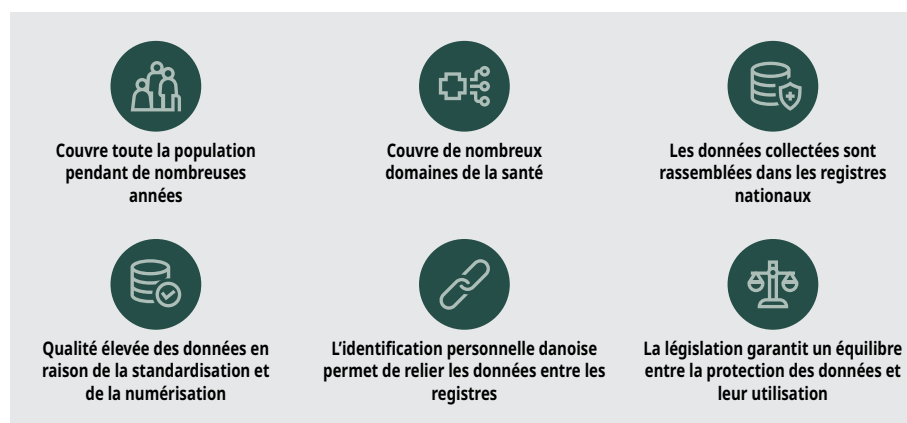
Le Danemark est à l'avant-garde depuis 20 ans et, aujourd'hui, le service de santé danois est l'un des plus numérisés au monde.

Le Danemark a donné la priorité à la numérisation depuis au moins 20 ans et, aujourd'hui, le système de santé danois est l'un des plus numérisés au monde. Les bases ont été posées il y a plus de 50 ans avec l'intégration d'un numéro d'identification personnalisé unique délivré à tous les habitants au moment de leur naissance. Par la suite, plusieurs autres initiatives ont suivi, notamment des stratégies informatiques nationales et des classifications et terminologies nationales.⁷⁹ Une infrastructure numérique solide dans le système de santé et une forte culture numérique parmi les professionnels de la santé ainsi qu'une culture fondée sur la confiance ont également été des facteurs importants.⁸⁰

Dans le même temps et dans le cadre de cela, le Danemark a une longue tradition de suivi et d'enregistrement numériques des patients en contact avec le système de santé. Ainsi, le système de santé se caractérise par sa communication numérique entre les différents niveaux ainsi qu'entre les professionnels de la santé, et par des procédures de travail numérisées. La collecte systématique et numérique des données permet un suivi et une analyse à grande échelle des données de santé ainsi que des patients en contact avec le système de santé. Même si les professionnels de la santé peuvent utiliser différents systèmes informatiques, ils utilisent tous le même langage et le même format de données. Au Danemark, les normes d'intégration entre les systèmes informatiques dans le secteur de la santé sont élaborées et maintenues par une organisation conjointe, publique et à but non lucratif (MedCom), qui est détenue conjointement par le Ministère de la Santé, les régions danoises et l'Association nationale des municipalités. Les normes permettent de communiquer entre les systèmes informatiques, y compris entre les secteurs, et de garantir la qualité des données.

La figure 6 illustre l'interconnexion de différents types de données de santé en tant que plate-forme commune aux acteurs de la santé à différents niveaux :

Figure 6 Pourquoi nos données de santé sont-elles uniques ?



Source : Autorité danoise des données de santé

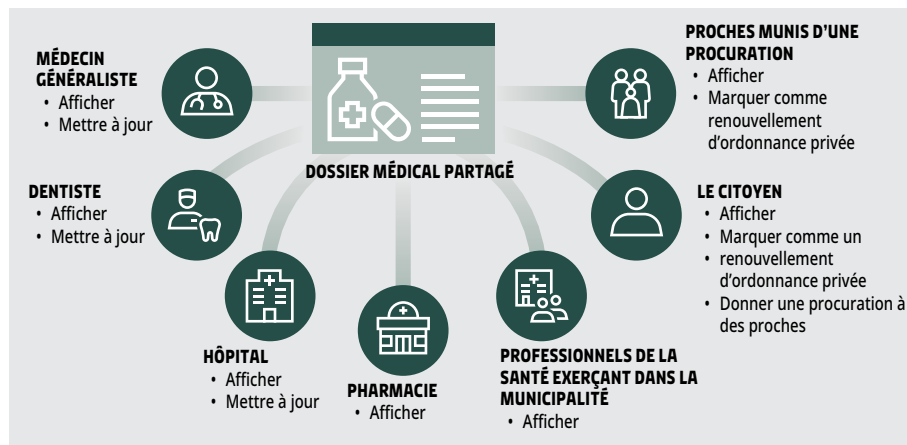
Les solutions informatiques ont non seulement eu un impact positif important sur la collaboration intersectorielle dans le domaine des soins de santé (par ex. entre les médecins généralistes et les hôpitaux), mais aussi sur l'amélioration de la continuité des soins.

Le programme de données exhaustif de l'Autorité danoise des données de santé et les technologies existantes sont également devenus des éléments essentiels de la réponse du système de santé danois à la COVID-19.⁸¹ Par exemple, une base de données de vaccination utilisée pour enregistrer les vaccinations infantiles a été développée et utilisée pour enregistrer les résultats des tests du SRAS-COV-2 effectués sur le terrain. Cela a permis au Danemark de mettre des solutions physiques sur le marché extrêmement rapidement. Dans le même temps, le Danemark a pu développer et faire évoluer son infrastructure existante, ses systèmes de réservation et ses bases de données, et s'appuyer sur les mesures de sécurité des données existantes. Par conséquent, le Danemark pourrait trouver des solutions à tout problème de collecte de données sans avoir à passer des mois à développer de nouveaux systèmes et il pourrait créer relativement rapidement une infrastructure de données solide pour enregistrer avec précision un afflux élevé de résultats des tests de dépistage de la COVID-19.⁸²

Les solutions informatiques telles que le **Dossier médical partagé** et le **Portail danois de santé en ligne** (sundhed.dk) sont très appréciées en dehors du Danemark.

Le **Dossier médical partagé** donne aux professionnels de la santé un aperçu complet et à jour des médicaments prescrits au patient dans l'ensemble du système de santé. Le Dossier médical partagé permet d'éviter les erreurs de médication et d'augmenter la sécurité des patients en veillant à ce que les informations sur les médicaments actuellement prescrits au citoyen soient toujours disponibles pour le personnel de santé qui le soigne et pour le citoyen lui-même.

Figure 7 Le Dossier médical partagé



Source : Autorité danoise des données de santé

Le Portail danois de la santé en ligne (Sundhed.dk) est le site Web officiel de la santé au Danemark qui donne accès à des informations pour les citoyens et les professionnels de la santé. Le portail a été lancé en 2003 en tant que collaboration entre l'État, les régions et les municipalités. Le but du portail de santé en ligne est de : a) rassembler les informations pertinentes provenant de toutes les parties du service de santé, b) offrir une plate-forme de communication partagée, c) autonomiser les citoyens en offrant un maximum de renseignements et de transparence dans le secteur de la santé, et d) offrir aux professionnels de la santé un accès facile aux informations cliniques relatives aux antécédents médicaux de leurs patients. Actuellement, les citoyens peuvent accéder au Dossier de santé national via le Portail danois de santé en ligne pour consulter leurs dossiers médicaux de l'hôpital, leurs rapports électroniques, leurs données sur les médicaments, leurs vaccinations, leurs résultats de laboratoire, leurs résultats de tests COVID-19, ainsi qu'un historique des consultations de leurs données.⁸³ Cela fait de sundhed.dk un portail de

Le bon fonctionnement de l'infrastructure et des bases de données informatiques nationales a permis de mettre en place rapidement de nouvelles solutions informatiques.

Le Dossier médical partagé contient des informations à jour sur chaque citoyen danois, qui sont partagées entre tous les systèmes locaux du secteur de la santé.

santé en ligne unique au monde pour les citoyens et les professionnels de la santé, et c'est le plus grand portail électronique pour les patients en Europe avec près de 1,8 million de Danois qui visitent le portail chaque mois.⁸⁴

Les solutions de e-santé permettent une prise en charge plus individualisée en autonomisant les patients et en les impliquant dans leur traitement. Elles sont donc considérées comme un outil important pour relever les défis posés par le vieillissement de la population.

Une initiative régionale de télésanté a été étendue à grande échelle et à l'échelle nationale suite à ce succès.

Le Danemark a pour tradition de tester les nouvelles initiatives en matière de soins de santé dans une région ou une municipalité avant de les mettre en œuvre au niveau national. Un exemple réussi en est la mise en œuvre maintenant nationale du projet de télésanté TeleCare North. Le projet a d'abord été mis en œuvre dans la région Danemark du Nord, la plus petite des régions danoises. TeleCare North était une expérience ambitieuse proposée à tous les patients atteints de BPCO. Comme d'autres maladies chroniques, les patients atteints de BPCO discutent avec plusieurs professionnels de la santé : personnel hospitalier, médecin généraliste, infirmières à domicile, etc. Cependant, tous les professionnels de la santé n'ont pas les mêmes informations sur le patient, l'évolution de la maladie ou la BPCO. Pour cette raison, certains patients ont perçu le traitement comme fragmenté.

Le projet TeleCare North visait à établir des routines pour rendre la collaboration entre les différents professionnels de la santé plus efficace, d'établir de nouveaux canaux de communication et de veiller à ce que tous les professionnels de la santé puissent partager des informations et davantage de traitements au domicile du patient sans avoir besoin de se rencontrer physiquement. Cela a été réalisé par la télésurveillance médicale à domicile, où les patients atteints de BPCO ont reçu des tablettes pour enregistrer leurs informations de santé et interroger une base de données de santé, ce qui a permis à tout le personnel de santé de surveiller ces patients et de répondre à leurs questions. Le projet imposait des exigences élevées de disponibilité aux professionnels de la santé et tous les acteurs impliqués y ont répondu en raison des bénéfices pour les patients. Le projet a inclus des patients des 11 municipalités de la région Danemark du Nord, adressés par des hôpitaux ainsi que par des médecins généralistes. Ainsi, le projet a permis de déployer la téléassistance médicale à l'ensemble des 1 256 patients atteints de BPCO de la région qui ont pu utiliser ce service. L'évaluation du projet a montré une collaboration plus efficace entre les différents niveaux et les professionnels de la santé. En raison du grand succès du projet, il a été décidé de mettre en œuvre l'initiative au niveau national. La mise en œuvre a commencé en 2021 et vise à inclure également d'autres patients atteints de maladies chroniques.

5. NOUVELLES INITIATIVES

Le système de santé danois a connu des changements importants et des améliorations majeures depuis la réforme de 2007 et la mise en œuvre de la première stratégie informatique nationale, et il est aujourd'hui bien mieux placé pour relever les défis liés à l'évolution démographique par rapport aux autres pays européens.

Pourtant, la proportion croissante de personnes âgées et l'espérance de vie plus élevée constituent un défi qui nécessite une attention particulière au cours des années suivantes.⁸⁵ Le vieillissement de la population entraîne une augmentation du nombre de personnes souffrant de comorbidités et de maladies chroniques telles que le cancer, la BPCO, le diabète et les maladies coronariennes. En outre, le Danemark est confronté à plusieurs risques pour la santé tels que l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool, qui contribuent à l'augmentation des maladies liées au mode de vie.⁸⁶ Le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux a également augmenté dans la population danoise, en particulier chez les jeunes.⁸⁷ Conjugués à une pénurie croissante de professionnels de la santé, ces facteurs exercent une pression croissante sur le secteur de la santé au Danemark, à la fois sur le plan financier et sur le plan organisationnel. Par conséquent, le renforcement et l'accélération du système de santé cohésif, collaboratif et numérique continueront à être des priorités dans les années à venir.

Deux exemples d'initiatives prévues pour relever ces défis sont examinés ci-dessous.

Stratégie pour les sciences de la vie à l'horizon 2030

Ces dernières années, les sciences de la vie sont devenues un secteur important de l'économie danoise, en stimulant la croissance et l'innovation. Soutenu par une recherche forte, une expertise technique, des investissements et des personnes talentueuses et qualifiées, le secteur façonne l'avenir de la prévention, du diagnostic et du traitement, tout en allégeant la pression pesant sur le personnel soignant.⁸⁹

Pour soutenir la croissance de ce secteur, le gouvernement danois a lancé une nouvelle stratégie pour les sciences de la vie en novembre 2024, avec un investissement annuel de 13,4 millions d'euros. La stratégie introduit de nouvelles initiatives dans six domaines d'intervention, basées sur les recommandations du Conseil danois des sciences du vivant de la vie :⁹⁰

Figure 8 Les 6 domaines cibles de la nouvelle stratégie danoise pour les sciences du vivant



La Stratégie danoise 2024 pour les sciences de la vie investit 13,4 millions d'euros par an pour stimuler la recherche, l'innovation et l'utilisation de l'IA dans les soins de santé, renforcer les partenariats public-privé et renforcer la position du pays en tant que leader mondial dans la croissance des sciences de la vie et les progrès de la médecine.

Plusieurs de ces initiatives méritent d'être détaillées :

L'initiative 2 vise à attirer davantage d'essais cliniques au Danemark, améliorant ainsi les options de traitement pour les patients danois. En voici les principales mesures :

- Créer un quatrième Comité d'éthique de la recherche médicale pour s'assurer que les essais de phase 1 sont approuvés dans un délai de 14 jours.
- Poursuivre le développement de **Trial Nation**, un partenariat public-privé qui sert de guichet unique pour les entreprises et les chercheurs à la recherche de sites d'essai cliniques et de patients. Trial Nation comprend le Ministère de l'Industrie, du commerce et des Finances, le Ministère de l'Intérieur et de la Santé, les cinq régions, l'association des patients danois, l'Organisation des sociétés médicales danoises et plus de 20 entreprises danoises et étrangères du secteur des sciences de la vie.
- Promouvoir l'utilisation de **l'IA dans les soins de santé** pour aider la prise de décisions médicales, prédire les complications, établir des diagnostics, surveiller les effets secondaires et automatiser les tâches cliniques et la recherche. Ce domaine a donc du potentiel.
- Créer **un groupe de travail numérique pour faire du secteur public un leader mondial dans l'utilisation de l'intelligence artificielle**. Le groupe de travail s'attaquera, entre autres, aux obstacles juridiques qui s'opposent à l'adoption de nouvelles technologies. Il s'agit d'assurer l'exploitation du potentiel de l'IA pour apporter des bénéfices majeurs pour la santé, libérer de la main-d'œuvre et réduire les coûts, et ainsi relever les défis susmentionnés.

La robustesse du système de santé danois est en partie due à un partenariat public-privé solide, basé sur la confiance et mutuellement dépendant entre le système de santé, les environnements de recherche et les entreprises des sciences de la vie. Pour relever les défis susmentionnés, **l'initiative 3** de la nouvelle stratégie pour les sciences de la vie reconnaît toutefois la nécessité d'innover davantage dans le secteur de la santé et d'assurer la diffusion des solutions de santé nouvelles et existantes. Le gouvernement va notamment :

- Lancer un **Indice d'innovation en matière de santé** pour suivre l'adoption des nouvelles technologies et comparer le Danemark avec les pays du monde entier.
- Étudier la possibilité de créer un **cadre national** pour l'évaluation de l'impact des solutions de santé innovantes et numériques.

Une autre mesure prise pour soutenir la mise en œuvre et le déploiement de solutions de soins de santé innovantes, efficaces et simplifiant le travail est la création de deux nouveaux organismes nationaux : Digital Health Denmark et le Centre national pour l'innovation en santé (National Center for Health Innovation). Ils seront présentés ci-dessous.

Digital Health Denmark et Centre national pour l'innovation en santé : des points d'entrée pour les acteurs privés du secteur de la santé danois

Dans le cadre de la réforme de 2024, 2 nouvelles entités sont en cours de création au sein du secteur de la santé danois : (1) Digital Health Denmark et (2) le Centre national pour l'innovation en santé. Ces initiatives joueront un rôle central dans le développement et la diffusion de nouvelles solutions et infrastructures de santé dans l'ensemble du système de santé.

DIGITAL HEALTH DENMARK

Digital Health Denmark sera créé en tant qu'organisation nationale opérationnelle et de développement, jouant un rôle central dans la promotion et la diffusion de nouvelles solutions et infrastructures de santé dans l'ensemble du système de santé danois. En étroite collaboration avec le Centre national pour l'innovation en santé, il veillera à ce que les citoyens et les professionnels de la santé aient un accès facile et cohérent aux informations médicales essentielles des patients. En outre, il facilitera l'utilisation sécurisée et efficace des données de santé aux fins de la recherche et de l'innovation, grâce à une infrastructure de données partagées renforcée.⁹¹

En regroupant les ressources des organisations sundhed.dk, MedCom et l'Autorité danoise des données de santé, il créera une entité unifiée détenue conjointement par les municipalités, les régions et l'État. En conséquence, Digital Health Denmark rationalisera les opérations dans l'ensemble du système de santé et renforcera sa position sur le marché des fournisseurs, en particulier auprès des fournisseurs informatiques. Cette structure vise à réduire la dépendance involontaire à l'égard des fournisseurs dominants du système de santé danois et à créer davantage d'opportunités d'appels d'offres publics plus accessibles aux petits fournisseurs, en favorisant la constitution d'une base de fournisseurs plus diversifiée et plus innovante.⁹²

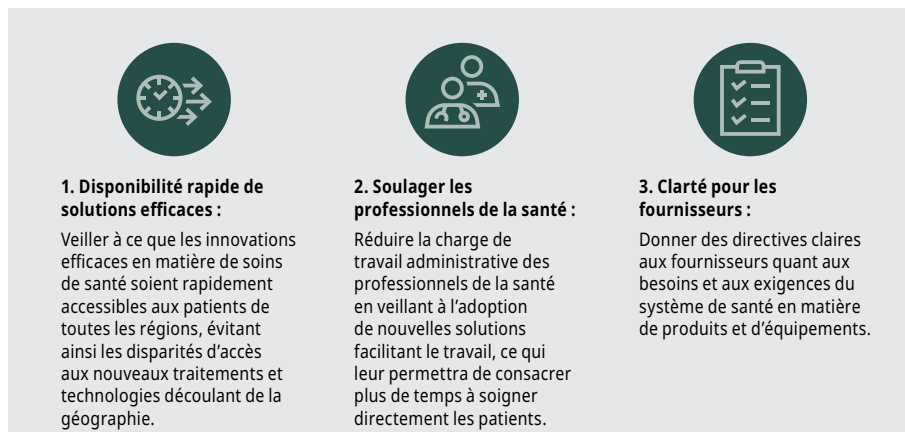
Digital Health Denmark devrait être pleinement opérationnel d'ici 2026. En prévision, le Ministère de l'Intérieur et de la Santé commencera à élaborer une feuille de route en 2025, en étroite coopération avec les municipalités et les régions, afin d'évaluer les conditions nécessaires à l'élargissement du portefeuille des missions de l'organisation. Le premier transfert de responsabilités à Digital Health Denmark devrait commencer en 2027.⁹³

CENTRE NATIONAL POUR L'INNOVATION EN SANTÉ

L'un des principaux objectifs de la réforme du système de santé de 2024 est de veiller à ce que les organisations et les entreprises du secteur de la santé fonctionnent dans des cadres clairs et cohérents qui soutiennent l'innovation. Le Centre national pour l'innovation en santé jouera un rôle clé dans la réalisation de cet objectif.⁹⁴

Le centre concentrera ses efforts sur l'identification, l'évaluation et la mise à l'échelle des solutions tant matures qu'émergentes. Il guidera et soutiendra également l'innovation locale pour s'assurer que les nouvelles approches sont mises en œuvre à l'échelle nationale. Les objectifs spécifiques du centre comprennent⁹⁵ :

Figure 9 Les objectifs du Centre national pour l'innovation en santé



Digital Health Denmark fédérera les principales organisations informatiques du secteur de la santé afin de rationaliser les activités de la santé, d'améliorer l'accès aux informations des patients, de soutenir la recherche et l'innovation et de favoriser un marché des fournisseurs plus diversifié et plus concurrentiel.

Le nouveau Centre national pour l'innovation en santé servira d'interlocuteur unique pour les entreprises privées souhaitant collaborer avec le système de santé public danois, facilitant ainsi l'innovation et accélérant l'adoption de solutions de santé efficaces.

Le centre sera créé en tant qu'entité indépendante et intégré à Digital Health Denmark d'ici 2026. Sa création sera officialisée par la législation et placée sous la haute direction conjointe de Digital Health Denmark, assurant une approche cohérente pour la mise en œuvre des solutions innovantes et la promotion de la numérisation.⁹⁶

Les discussions avec les parties prenantes régionales et municipales porteront sur le portefeuille et le modèle de financement du centre, y compris sur la possibilité d'un financement public conjoint.⁹⁷

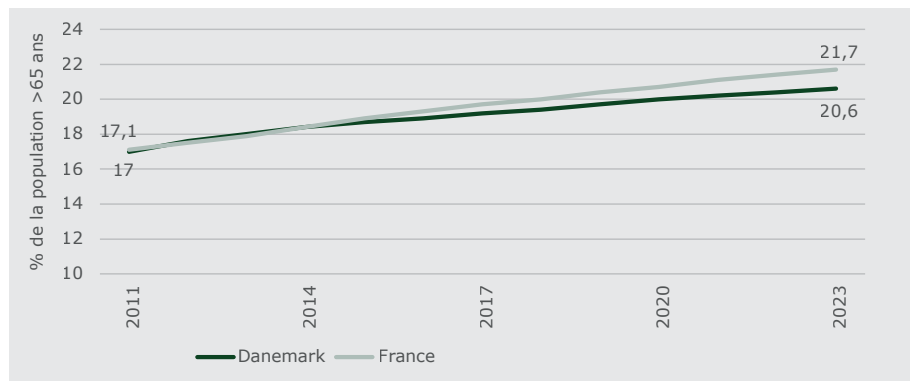
En tant qu'interlocuteur unique pour les parties prenantes privées, le Centre national pour l'innovation en santé servira de point d'entrée clé pour les entreprises privées souhaitant collaborer avec le système de santé public. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un partenariat public-privé direct, l'initiative répond à la demande du secteur privé en faveur d'un accès simplifié au secteur public des soins de santé. À ce titre, le centre facilitera le dialogue et encouragera la promotion de solutions de santé efficaces avec une forte perspective entrepreneuriale.⁹⁸

ANNEXE A : INDICATEURS DE SANTÉ

Démographie

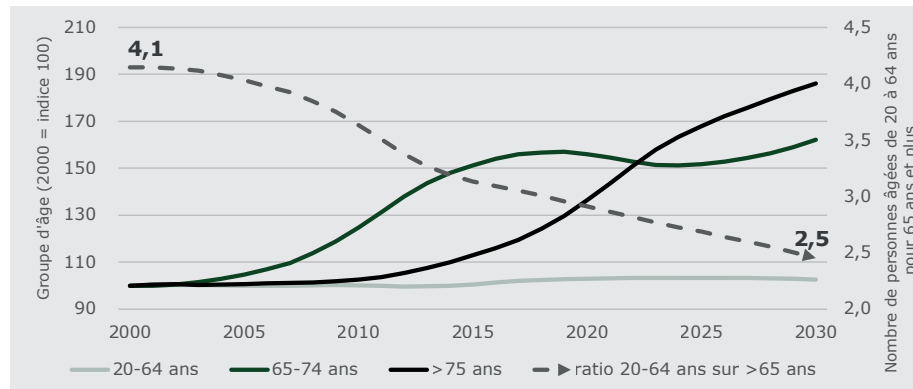
À l’instar de nombreux autres pays européens, la population du Danemark compte de plus en plus de citoyens âgés, ce qui se reflète dans la part croissante des personnes âgées de 65 ans et plus (voir la Figure 10). Cette tendance est très proche de l’évolution démographique en France.

Figure 10 Part de la population âgée de plus de 65 ans⁹⁹



La Figure 11 présente une vue plus détaillée des tendances démographiques du Danemark. Alors que la part de la population âgée de 65 ans et plus augmente, la part des citoyens âgés de 20 à 64 ans (à savoir la population active danoise) reste relativement stable. En conséquence, le ratio entre les adultes en âge de travailler et les personnes de plus de 65 ans est en baisse constante, ce qui indique qu’il y aura moins de contribuables et de professionnels de la santé potentiels pour payer, soutenir et prendre en charge une population vieillissante.

Figure 11 Évolution démographique au Danemark : évolution du nombre des contribuables et des professionnels de la santé potentiels¹⁰⁰



Dans le même temps, l'espérance de vie à la naissance au Danemark a augmenté de 5 ans, passant de 77 ans en 2000 à 82 ans en 2023.¹⁰¹ En comparaison, la France a connu une augmentation de 4 ans au cours de la même période, passant de 79 ans à 83 ans.¹⁰²

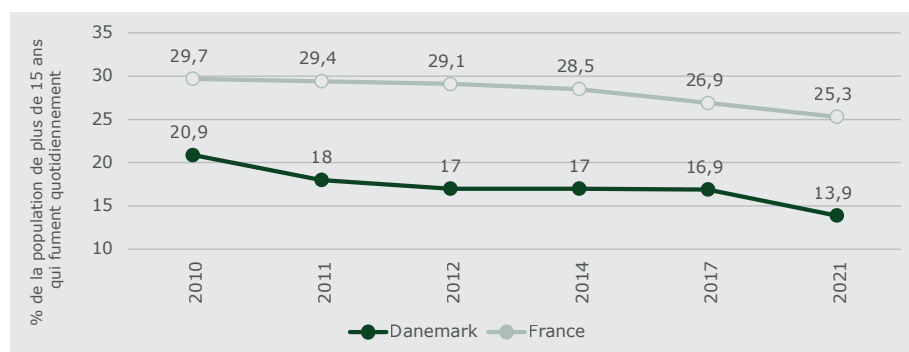
Dans les deux pays, les femmes ont tendance à vivre plus longtemps que les hommes. Au Danemark, l'espérance de vie en 2023 était de 84 ans pour les femmes et de 80 ans pour les hommes. De même, en France, les femmes avaient une espérance de vie de 86 ans, contre 80 ans pour les hommes.¹⁰³

Facteurs de risque pour la santé

Sur le plan international, le Danemark est considéré comme jouissant d'un état de santé général relativement bon. Cependant, plusieurs facteurs de risque continuent d'avoir un impact sur l'état de santé au Danemark, notamment l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool.

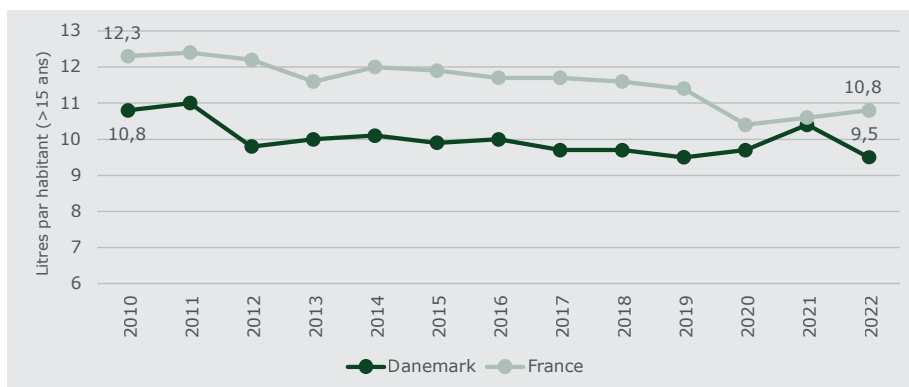
En 2021, environ 14 % des adultes danois fumaient quotidiennement, contre près de 21 % en 2010. En revanche, la France, qui avait un taux de tabagisme similaire en 2010, a également connu une réduction, mais a tout de même signalé un taux de fumeurs quotidiens significativement plus élevé en 2021, à 25 % (voir la Figure 12).

Figure 12 Évolution de la prévalence des fumeurs quotidiens¹⁰⁴



En 2022, 16 % des adultes danois ont déclaré consommer régulièrement beaucoup d'alcool, ce qui fait de la consommation d'alcool un problème de santé publique important au Danemark.¹⁰⁵ Cependant, la consommation d'alcool a diminué depuis 2010. En 2022, la consommation moyenne s'élevait à 9,5 litres d'alcool par habitant (âgé de 15 ans et plus). Ce chiffre est inférieur à celui de la France, où il était de 10,8 litres par habitant (voir la Figure 13).

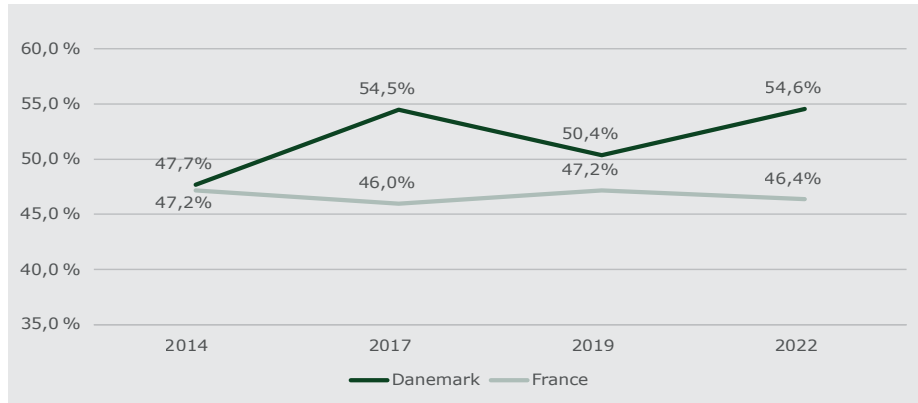
Figure 13 Évolution de la prévalence de la consommation d'alcool*¹⁰⁶



* La consommation d'alcool est définie comme les ventes annuelles d'alcool pur en litres par personne âgée de 15 ans et plus¹⁰⁷

En 2022, le taux d'obésité au Danemark était de 54,6 %. ¹⁰⁸ Comme dans de nombreux autres pays, la prévalence augmente. Cette tendance a également été observée en France plus tôt, mais le taux s'est stabilisé ces dernières années. ¹⁰⁹ Le taux d'obésité du Danemark reste supérieur à celui de la France (voir la Figure 14).

Figure 14 Évolution de la prévalence de l'obésité (IMC égal ou supérieur à 25)¹¹⁰

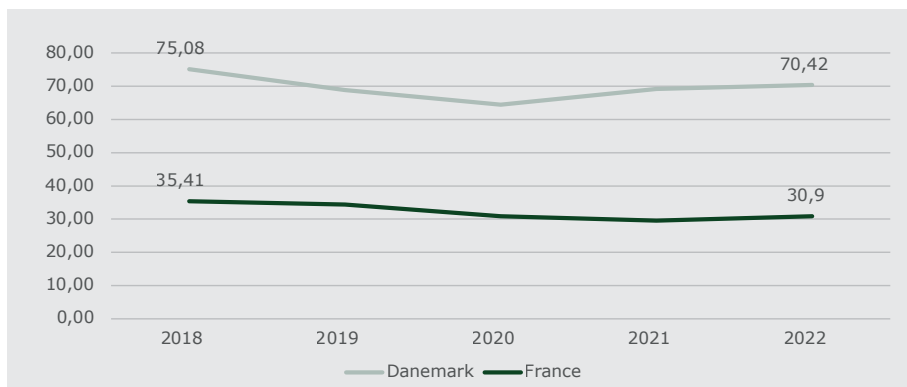


Les principales causes de décès au Danemark sont le cancer, ainsi que les maladies cardiovasculaires et respiratoires. Toutes sont étroitement liées aux facteurs comportementaux de risque pour la santé mentionnés ci-dessus. Par exemple, le cancer du poumon reste la cause la plus fréquente de décès liés au cancer dans la population danoise.

Un examen plus approfondi de la population vieillissante du Danemark révèle que près de la moitié des personnes de plus de 65 ans vivent avec au moins une maladie chronique. À 65 ans, les femmes peuvent s'attendre à vivre 21 ans supplémentaires contre 18 ans pour les hommes, dont environ 8 et 9 ans, respectivement, sont vécues avec un handicap ou une maladie. ¹¹¹

La santé mentale est un autre indicateur de santé important. Depuis 2018, le nombre de décès dus à des troubles mentaux et comportementaux a diminué tant au Danemark qu'en France (voir la Figure 15). Les chiffres relativement élevés observés au Danemark par rapport à la France et à d'autres pays européens peuvent être attribués à des différences dans les pratiques en matière d'enregistrement, notamment en ce qui concerne la documentation des causes de décès. En outre, ces dernières années, le Danemark a mis davantage l'accent sur la santé mentale et sur la réduction de la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale. Cette prise de conscience accrue et cette plus grande ouverture d'esprit ont peut-être conduit à des signalements et à une classification plus précis, influençant ainsi les statistiques nationales. ¹¹²

Figure 15 Évolution des taux de mortalité normalisés pour 100 000 habitants dus aux problèmes de santé mentale et aux troubles du comportement au Danemark et en France¹¹³



Remarque : Données compilées à partir des certificats de décès et des codes CIM F00-F99

Dépenses de santé

Il s'avère que le vieillissement de la population, les facteurs comportementaux de risque pour la santé et le défi croissant des problèmes de santé mentale constituent des difficultés à la fois considérables et coûteuses pour les autorités sanitaires. Les réalisations en termes d'efficacité et d'efficience du système de santé doivent être considérées par rapport à ces défis considérables. Ces défis ressemblent beaucoup à ceux que d'autres pays européens connaissent. Dans certains domaines (la consommation de tabac et d'alcool, et les maladies qui en découlent), la société danoise est confrontée à des défis plus importants que de nombreux autres pays.

Par rapport à d'autres pays européens, le Danemark a un nombre moyen de jours d'hospitalisation particulièrement faible, seulement 5 pour 1 000 habitants.¹¹⁴ Cette efficacité est en grande partie due à une réduction significative des sorties retardées, c'est-à-dire que les patients ne restent plus à l'hôpital une fois que les soins aigus ne sont plus nécessaires. En conséquence, le Danemark compte également moins de lits d'hôpital par habitant que de nombreux autres pays de l'OCDE, dont la France (voir la Figure 16).

De plus, la durée moyenne de séjour (DMS) dans les hôpitaux danois est relativement courte (voir la Figure 17). Les deux indicateurs ont diminué au cours de la dernière décennie sans aucune baisse mesurable de la qualité des soins¹¹⁵, ce qui suggère que le système hospitalier danois est devenu plus efficace au fil du temps.

Figure 16 Évolution du nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants¹¹⁶

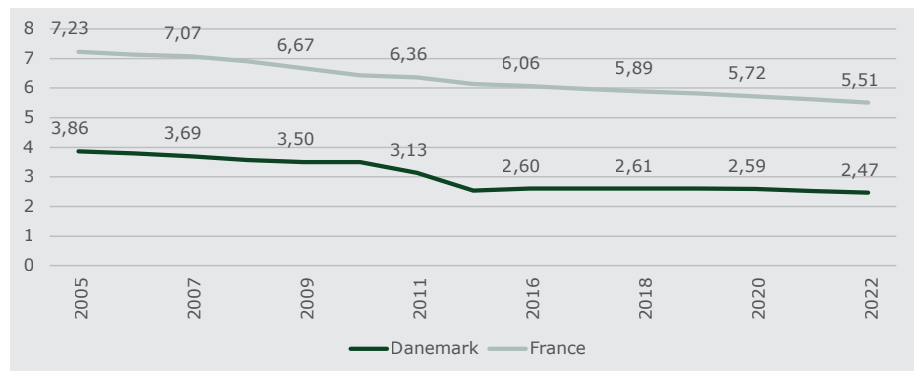
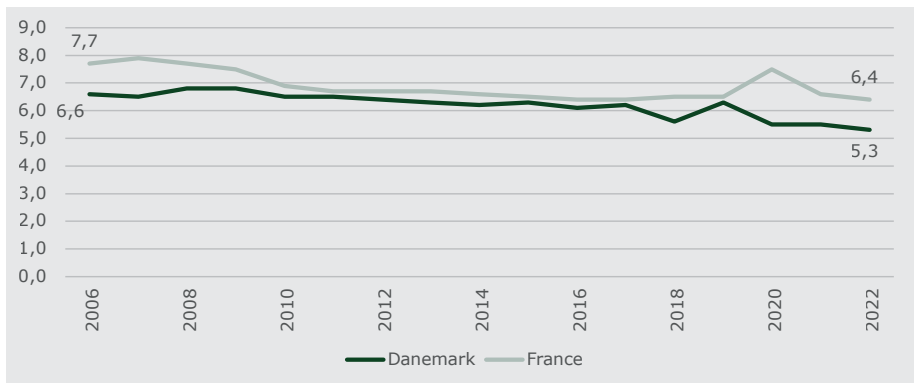
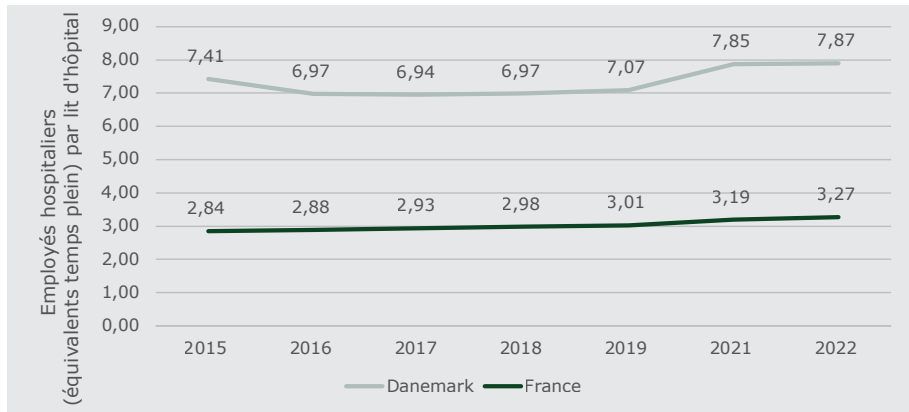


Figure 17 Évolution de la durée moyenne de séjour (DMS)^{117, 118}



Le nombre d'employés hospitaliers par lit d'hôpital est en revanche près de 2,5 fois plus élevé au Danemark qu'en France. En 2022, il y avait près de 7,9 employés par lit au Danemark contre 3,3 en France (voir la Figure 18).

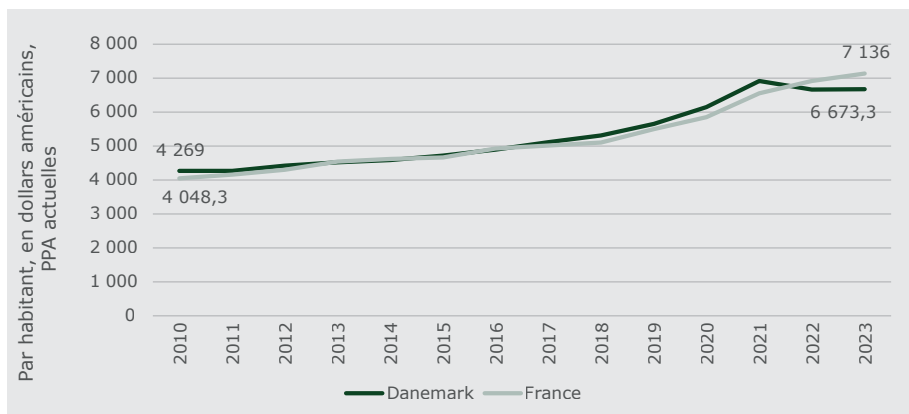
Figure 18 *Employés hospitaliers (équivalents temps plein) par lit d'hôpital (calculs personnels basés sur les données de l'OCDE¹¹⁹)*



Alors que l'activité hospitalière danoise se déplace de plus en plus vers les soins ambulatoires, les indicateurs traditionnels tels que le nombre de lits et la durée moyenne de séjour sont devenus moins pertinents. En conséquence, le Danemark a mis à jour sa définition d'un séjour à l'hôpital. Auparavant, une journée d'hospitalisation était définie par l'admission dans un lit d'hôpital prescrit. Aujourd'hui, les statistiques font la distinction entre les séjours hospitaliers en hospitalisation et en ambulatoire : une hospitalisation implique un séjour d'une durée de 12 heures ou plus, tandis qu'un séjour ambulatoire dure moins de 12 heures.¹²⁰ Entre 2009 et 2018, le nombre de séjours ambulatoires somatiques dans les hôpitaux danois a augmenté de 40 %.¹²¹

En termes de dépenses, les dépenses de santé par habitant du Danemark ont atteint 6 673,3 USD en 2023 (voir la Figure 19). Les dépenses de santé représentaient 9,48 % du PIB du Danemark en 2022, contre 11,88 % en France.^{122,123} Au cours de la dernière décennie, les dépenses de santé du Danemark ont augmenté à un rythme modéré, globalement en phase avec l'évolution de la situation en France. Dans l'ensemble, les niveaux de dépenses de santé dans les deux pays restent relativement similaires.

Figure 19 *Évolution du coût par habitant des dépenses de santé¹²⁴*



RÉFÉRENCES

- 1 Statistics Denmark, 2025: Population. <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningstal>
- 2 Ministry of the Interior and Economy, 2013: Evaluation of the Local Government Reform March 2013
- 3 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the healthreform 2024
- 4 Ministry of Health and Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview
- 5 Ministry of Health and Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview.
- 6 Ministry of Finance. 2024. Tasks for municipalities and regions <https://fm.dk/arbejdsomraader/kommuner-og-regioner/opgaver-for-kommuner-og-regioner/>
- 7 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the healthreform 2024
- 8 Minister for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the healthreform 2024
- 9 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 20.
- 10 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 20.
- 11 The Danish Health Authority, 2025: Definition of healthcare tasks, where responsibility will be transferred from municipalities to regions starting in 2027.
- 12 The structural commission was established by the Danish government on March 28, 2023, tasked with developing proposals to a reorganisation of the Danish healthcare system. The structural commission consisted of experts within the Danish Healthcare system. <https://www.ism.dk/temaer/sundhedsstrukturkommissionen>
- 13 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: The report of the structural commission.
- 14 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 11.
- 15 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 11
- 16 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 11
- 17 State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile. 2023. Pp. 9.
- 18 State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile. 2023. Pp. 9.
- 19 The Commonwealth Fund, 2020. International Health Care System Profiles.
- 20 VIVE, Tange Larsen, A., Bonde Klausen M. and Højgaard, B., 2020: Primary Health Care in the Nordic Countries. Comparative Analysis and Identification of Challenges.
- 21 Social- og Indenrigsministeriet, 2020: Generelle tilskud til regionerne 2021. Juni 2021
- 22 <https://www.ism.dk/Media/638551724776065456/Generelle%20tilskud%20til%20regionerne%202025.pdf>
- 23 <https://www.ism.dk/Media/638551724776065456/Generelle%20tilskud%20til%20regionerne%202025.pdf>
- 24 <https://www.ism.dk/Media/638551724776065456/Generelle%20tilskud%20til%20regionerne%202025.pdf>
- 25 Vallgård, S & Krasnik, A (red), 2016, Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. 3 udgave, Munksgaard, København.
- 26 <https://www.ism.dk/Media/638551724776065456/Generelle%20tilskud%20til%20regionerne%202025.pdf>
- 27 Ministry of Health and Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview.
- 28 The Commonwealth Fund, 2020. International Health Care System Profiles.
- 29 The Danish Health Authority, 2022: Responsibilities
- 30 <https://www.sst.dk/da/nyheder/2025/Sundhedsstyrelsen-saetter-gang-i-centrale-reformopgaver>
- 31 Ministry of Health and Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview.

- 32 The Danish Health Authority, 2022: Responsibilities
- 33 Sundhedsstyrelsen, 2007. Prevention and health promotion in the municipality - a guidance for the Health Law §119 stk. 1 and 2.
- 34 Ministry of Health and Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview.
- 35 Ministry of Health and Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview.
- 36 Ministry of Health, 2024: National goals of the Danish Healthcare System - <https://www.ism.dk/Media/638690706020851246/Nationale%20ma%C2%B0l%202024-tilg.pdf>
- 37 <https://www.ism.dk/Media/638690706020851246/Nationale%20ma%C2%B0l%202024-tilg.pdf>
- 38 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the healthreform 2024
- 39 Legislative package 2a & 2b main elements and the Capital Region's consultation contribution, 17. juni 2025 https://www.regionh.dk/politik/nye-moeder/Sider/Ekstraordinaert-moede-i-forretningsudvalget-den-17-juni-2025.aspx#5_itemID_108573
- 40 Danish Health Authority, 2021. Health agreements.
- 41 Ministry of Health, 2018. Executive order on health coordination committees and health agreements – legal information.
- 42 Region Midtjylland, 2019. A close and cohesive healthcare system in balance
- 43 Schmidt, Morten et al, 2019. The Danish healthcare system and epidemiological research: from health care contacts to database records." *Clinical epidemiology* vol. 11, 563-591
- 44 The Commonwealth Fund, 2020. International Health Care System Profiles.
- 45 Ministry of Health and Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview.
- 46 Ministry of the Interior and Economy, 2013: Evaluation of the Local Government Reform March 2013
- 47 Ministry of Health and Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview.
- 48 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 57
- 49 CEPOS, 2019: The market share of private hospitals have halved in 10 years. Note. By Mia Amalie Holstein. <https://cepos.dk/artikler/privathospitalernes-markedsandel-er-halveret-paa-10-aar>
- 50 Sundhed Danmark, 2022: Industry Statistics. <https://www.sundheddanmark.nu/media/0ymltcek/branchestatistik-2022.pdf>
- 51 Christiansen, T, 2012: Ten years of structural reforms in Danish healthcare. *Health Policy*, Volume 106, Issue 2, July 2012, Pages 114-119
- 52 Christiansen, T., Vrangbæk, K. Hospital centralization and performance in Denmark – ten years on. COHERE discussion paper No.7/2017. University of Southern Denmark
- 53 State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile 2019.
- 54 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the healthreform 2024
- 55 Ministry of Health, 2021: The Danish Super Hospital Programme
- 56 Ministry of Health, 2021: The Danish Super Hospital Programme
- 57 Ministry of Health, 2021: The Danish Super Hospital Programme
- 58 Ministry of Health, 2021: The Danish Super Hospital Programme
- 59 The Commonwealth Fund, 2020. International Health Care System Profiles.
- 60 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 35.

- 61 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 35-36.
- 62 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 37.
- 63 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 37.
- 64 Schmidt, Morten et al, 2019. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records." *Clinical epidemiology* vol. 11, 563-591
- 65 Ministry of Health and Healthcare Denmark, 2017: Healthcare in Denmark. An Overview.
- 66 Schmidt, Morten et al, 2019. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records." *Clinical epidemiology* vol. 11, 563-591
- 67 Schmidt, Morten et al, 2019. The Danish health care system and epidemiological research: from health care contacts to database records. *Clinical epidemiology* vol. 11, 563-591.
- 68 State of Health in the EU. Denmark. Country Health Profile 2019.
- 69 OECD, 2021: State of Health in the EU Denmark Country Health Profile 2021
- 70 Sundhed.dk, 2025: Digital Pregnancy Record in General Practice. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/klinikadministration/it-teknologi-og-data/systemer-i-almen-praksis/digital-svangrejournal/>
- 71 All Can, 2021. Danish Cancer Patient Pathways: three-legged strategy for faster referral and diagnosis of cancer.
- 72 The Danish Health Authority, 2020. Cancer Patient Pathways and follow-up programs for professionals. <https://www.sst.dk/-/media/028409D2A0F94772B19868ABEF06B626.ashx>
- 73 The Danish Health Authority, 2020. Cancer Patient Patways.
- 74 The Danish Health Authority, 2020. Heart disease. Recommendations and instructions
- 75 Danish Cardiological Society, 2021. Heart rehabilitation
- 76 Danish Cardiological Society, 2021. Heart rehabilitation
- 77 Steno Diabetes Centre, 2021. Establishment of five danish steno diabetes centres.
- 78 Novo Nordisk Fonden, 2021. Steno Diabetes Centre.
- 79 Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2021. Denmark sets the agenda for digital healthcare.
- 80 Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2021. Denmark sets the agenda for digital healthcare.
- 81 Health EUROPA, 2021: COVID-19's influence on digital healthcare in Denmark. Health Policy News, 8th July 2021: <https://www.healtheuropa.eu/covid-anddigital-healthcare-in-denmark/109800/>
- 82 Health Europa, 2021. COVID-19's influence on digital healthcare in Denmark.
- 83 Danish Ministry of Health Danish Ministry of Finance Danish Regions Local Government Denmark, 2018: A Coherent and Trustworthy Health Network for All DIGITAL HEALTH STRATEGY 2018–2022.
- 84 Healthcare Denmark, 2021. Danish e-health portal sets a new record with high visitor numbers.
- 85 Statistic Denmark, 2019-2020. Life expectancy
- 86 Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, HernándezQuevedo C, 2012. Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2):1–192
- 87 Healthcare Denmark, 2021. The Danish Approach to Mental Health.
- 88 Central Denmark Region, 2018. The need for welfare graduates in the Central Denmark Region ("Behovet for velfærdsuddannede i Region Midtjylland")
- 89 <https://healthcaredenmark.dk/media/zrkgvi0v/ls2030.pdf>
- 90 <https://healthcaredenmark.dk/media/zrkgvi0v/ls2030.pdf>
- 91 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp.30
- 92 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 30
- 93 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 31
- 94 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp 32

- 95 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 33
- 96 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 33
- 97 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 33
- 98 Ministry for the Interior and Health of Denmark, 2024: Agreement on the health reform 2024. Pp. 33
- 99 World Bank via FRED (Federal Reserve Bank of St. Louis), 2025. Population ages 65 and above for Denmark <https://fred.stlouisfed.org/series/SPPOP65UPTOZSDNK>
- 100 Statistics Denmark, 2021. "The statistics bank" / Statistikbanken.dk, FOLK2 og FRDK117
- 101 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=dk>
- 102 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=FR>
- 103 <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=FR>
- 104 [OECD Data Explorer, 2025. Tobacco consumption](#)
- 105 Danish Health Authority, 2023. Key figures on Alcohol. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaende-indsatser/Alkohol/Fakta-om-alkohol/Noegletal-om-alkohol>
- 106 <https://www.oecd.org/en/data/indicators/alcohol-consumption.html>
- 107 <https://www.oecd.org/en/data/indicators/alcohol-consumption.html>
- 108 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_02_10/default/table
- 109 [OECD Data Explorer, 2025. Body Weight](#)
- 110 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_02_10/default/table
- 111 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/denmark-country-health-profile-2023>
- 112 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2__custom_17162597/default/table?lang=en
- 113 https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2__custom_17162597/default/table?lang=en
- 114 OECD, 2023. Denmark: Country Health Profile 2023
- 115 OECD, 2023. Denmark: Country Health Profile 2023
- 116 [OECD Data Explorer, 2025. Hospital Beds per sector](#)
- 117 [OECD Data Explorer, 2025. Hospital average length of stay by diagnostic categories](#)
- 118 Danish data from 2017-2022 are provided by the Danish Health Data Authority, as they are not available on OECD. The Danish Health Data Authority states that these are the figures they normally submit to Eurostat and which are comparable to the French data.
- 119 [OECD Data Explorer, 2025. Hospital beds per sector](#),
[OECD Data Explorer, 2025. Hospital employment](#)
- 120 The Danish Health Data Authority, 2019: New key figures for in- and outpatients in hospitals. 19. december 2019
- 121 The Danish Health Data Authority, 2019: New key figures for in- and outpatients in hospitals. 19. december 2019
- 122 <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=DK>
- 123 <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=FR>
- 124 [OECD Data Explorer, 2025. Health Expenditure and Financing](#)



www.um.dk