

Særberetning

## Digitalisering af sundhedsydelser

EU-støtten til medlemsstaterne er generelt effektiv, men der er problemer med anvendelsen af midlerne



DEN  
EUROPÆISKE  
REVISIONSRET

# Indhold

	Punkt
<b>Resumé</b>	I-X
<b>Indledning</b>	01-15
<b>Relevans af digitaliseringen af sundhedsydelser</b>	01-05
<b>EU's ramme for digitalisering af sundhedsydelser</b>	06-12
Benchmarket for e-forvaltning	09-10
E-sundhedsindikatoren for det digitale årti	11-12
<b>De vigtigste interessenters roller og ansvarsområder</b>	13-15
<b>Revisionens omfang og revisionsmetoden</b>	16-22
<b>Bemærkninger</b>	23-69
<b>Efter covid-19-pandemien blev EU's politikramme styrket, og dens virkning afhænger nu ikke længere kun af medlemsstaternes engagement</b>	23-38
Covid-19-pandemien førte til en styrkelse af EU's politikramme for digitalisering af sundhedsydelser	24-30
Virningen af EU's politikramme afhæng af medlemsstaternes situation og engagement	31-38
<b>Trods Kommissionens vejledning stødte medlemsstaterne på hindringer, når de skulle anvende EU-midler til digitalisering af sundhedsydelser</b>	39-56
Kommissionen gav medlemsstaterne vejledning om de tilgængelige EU-midler til projekter vedrørende digitalisering af sundhedsydelser	40-44
EU-midlerne til digitalisering af sundhedsydelser matchede generelt medlemsstaternes behov, men medlemsstaterne stødte på hindringer, når de skulle anvende dem	45-56
<b>Kommissionen overvåger medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser, men har ikke noget omfattende overblik over deres anvendelse af EU-midler</b>	57-69
Kommissionen overvåger medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser, men der er mangler i overvågningen	58-64

Hverken Kommissionen eller de fleste medlemsstater har et omfattende overblik over de EU-midler, der anvendes til digitalisering af sundhedsydelse

65-69

## Konklusioner og anbefalinger

70-75

## Bilag

**Bilag I - Centrale EU-initiativer, som fremmer e-sundhed**

**Bilag II - Indhold af den spørgeundersøgelse, der er sendt til medlemsstaterne**

**Bilag III - Liste over reviderede projekter**

**Bilag IV - De vigtigste forskelle mellem finansieringen under samhørighedspolitikken og genopretnings- og resiliensfaciliteten**

## Forkortelser

## Glossar

## Kommissionens svar

## Tidslinje

## Revisionsholdet

## Resumé

I Traktaten om Den Europæiske Unions funktionsmåde fastsætter, at ansvaret for udformningen af sundhedspolitik samt for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og behandling på sundhedsområdet, herunder fordeling af midler hertil, ligger hos medlemsstaterne. EU's rolle er at støtte og supplere deres indsats.

II Covid-19-pandemien understregede relevansen af at digitalisere sundhedsydelser i vores samfund og øgede offentlighedens interesse for emnet. Som følge af foranstaltningerne vedrørende fysisk afstand blev brugen af elektroniske midler til levering af sundhedsydelser - "e-sundhed" - særlig relevant. Pandemien øgede også behovet for koordinering og bedre strømme af sundhedsdata på tværs af EU og viste merværdien af EU's indsats inden for digitalisering af sundhedsydelser.

III På baggrund heraf besluttede vi at undersøge, om Kommissionens foranstaltninger til støtte for medlemsstaternes digitalisering af deres sundhedssystemer var effektive. Ved vores revision vurderede vi ikke kun, om EU's politikramme gav medlemsstaterne klare mål og støtte, men også om Kommissionen hjalp medlemsstaterne med at identificere og anvende de EU-midler, der var til rådighed til at finansiere deres projekter, og om den overvågede medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser, herunder deres anvendelse af EU-midler. Vi forventer, at vores beretning vil hjælpe Kommissionen til at forbedre gennemførelsen af sin politik.

IV Vi konstaterede, at Kommissionen i betragtning af sit mandat generelt støttede digitaliseringen af medlemsstaternes sundhedssystemer på effektiv vis. EU's politik har fremmet digitaliseringen af sundhedsydelser i mere end 20 år, hovedsagelig gennem "bløde" instrumenter såsom at anbefale tiltag eller fastsætte ikkebindende mål. Covid-19-pandemien førte til en styrkelse af EU's politikramme for digitalisering af sundhedsydelser gennem vedtagelse af bindende afgørelser og forordninger.

V Før covid-19-pandemien afhang EU-politikkens virkning på medlemsstaterne udelukkende af deres frivillige engagement. Dette blev påvirket af politiske prioriteter, medlemsstaternes parathed til at indføre digitale løsninger og de udfordringer, som de stødte på under processen.

**VI** I programmeringsperioderne 2014-2020 og 2021-2027 har flere EU-programmer finansieret sundhedsrelaterede digitaliseringsprojekter. Blandt andet blev der under samhørighedspolitikken og genopretnings- og resiliensfaciliteten afsat henholdsvis 2,4 milliarder euro og 13,6 milliarder euro til finansiering af projekter i medlemsstaterne til digitalisering af deres sundhedssystemer. Kommissionen gav medlemsstaterne vejledning om de tilgængelige EU-programmer.

**VII** De EU-programmer, der finansierer sundhedsrelaterede digitaliseringsprojekter i medlemsstaterne, blev forvaltet af forskellige generaldirektorater og gennemført under forskellige forvaltningsformer. Reglerne for ansøgning om støtte - og for gennemførelse af de finansierede foranstaltninger - varierede mellem de forskellige EU-programmer. Dette gjorde det vanskeligt for nogle medlemsstater at identificere de EU-midler, der var til rådighed, og skabte hindringer for dem, når de ansøgte om finansiering, selv om et flertal af medlemsstaterne sagde, at EU-støtten matchede deres behov. Alle de projekter, vi reviderede, bidrog til digitaliseringen af sundhedsydelser i de medlemsstater, vi besøgte.

**VIII** Kommissionen overvåger medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser gennem to hovedkilder i forbindelse med politikprogrammet for det digitale årti 2030: benchmarket for e-forvaltning (siden 2022) og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti (siden 2023). Disse indikatorer er baseret på forskellige metoder og har forskellige formål, men begge dækker aspekter vedrørende adgangen til elektroniske patientjournaler. I rapporteringen vedrørende e-sundhedsindikatoren for det digitale årti konstaterede vi visse mangler. Vi konstaterede også, at rapporteringen vedrørende benchmarket for e-forvaltning ikke indeholdt oplysninger om årsagerne til variationer i landescorerne fra det ene år til det andet.

**IX** Kommissionens nuværende finansielle overvågningsramme giver for hvert finansieringsprogram et overblik over de EU-midler, som medlemsstaterne anvender til digitalisering af deres sundhedssystemer. Men hverken Kommissionen eller de fleste medlemsstater har et omfattende overblik over alle de EU-midler, som de enkelte medlemsstater anvender til denne digitalisering. Det er derfor vanskeligt at fastslå omfanget af EU's finansielle støtte i medlemsstaterne.

**X** Vi anbefaler, at Kommissionen forbedrer sin rapportering om benchmarket for e-forvaltning og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti og sin rapportering om anvendelsen af EU-midler til digitalisering af sundhedsydelser.

# Indledning

## Relevans af digitaliseringen af sundhedsydelser

**01** E-sundhed er anvendelsen af elektroniske midler i forbindelse med levering af sundhedsydelser. E-sundhed omfatter dels anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi (IKT) i forbindelse med sundhedsprodukter, -tjenesteydelser og -processer, dels organisatoriske ændringer inden for sundhedssystemet og nye kompetencer<sup>1</sup>. I denne beretning kalder vi den proces, der fører til indførelse af e-sundhedsløsninger, for "digitalisering af sundhedsydelser", "sundhedsrelateret digitalisering" eller "digitalisering af sundhedssystemerne".

**02** Ud fra et praktisk synspunkt dækker e-sundhed interaktionen mellem patienter og sundhedstjenesteydere, overførsel af data mellem institutioner og kommunikation mellem sundhedspersoner<sup>2</sup> (*tekstboks 1*). Når vi taler om sundhedsdata, henviser vi til personoplysninger, der vedrører en persons fysiske eller mentale helbred, herunder levering af sundhedsydelser, og som giver information om vedkommendes helbredstilstand<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> [Handlingsplan for e-sundhed 2012-2020](#), Europa-Kommissionen, 2012, fodnote 1.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Artikel 4, nr. 15), i [forordning 2016/679](#) (generel forordning om databeskyttelse).

## Tekstboks 1

### Eksempler på e-sundhedstjenester

- E-recept: recept på medicin eller behandling i elektronisk format udstedt af en sundhedsperson og sendt til et apotek, hvor medicinen derefter kan udleveres.
- Elektronisk patientjournal: en omfattende patientjournal eller lignende dokumentation i elektronisk format over en persons tidligere og nuværende fysiske og mentale helbred.
- Telemedicin: Levering af sundhedsydelser, herunder fjernbehandling og telekonsultation, ved brug af informations- og kommunikationsteknologi i situationer, hvor sundhedspersonalet og patienten ikke befinder sig på samme sted.

*Kilde:* Revisionsrettens [særberetning 07/2019](#) og glossaret i Europa-Kommissionens [forslag til forordning om det europæiske sundhedsdataområde](#), s. 46.

**03** Covid-19-pandemien ændrede den rolle, digitalisering spiller i vores samfund og vores økonomier, samt opfattelsen af digitaliseringen. Som følge af foranstaltningerne vedrørende fysisk afstand blev virtuelle teknologier i forbindelse med sundhedsydelser særlig relevante, og brugen af dem blev fremskyndet. Medlemsstaterne lettede brugen af digitale værktøjer såsom telemedicintjenester og digitaliserede fakturaer og recepter. Siden pandemien er e-sundhedstjenester blevet anvendt stadig oftere, selv om personlig behandling stadig er den vigtigste form for levering af sundhedsydelser<sup>4</sup>. Ifølge Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling kan fremskyndelse af den digitale omstilling af sundhedssystemerne og indførelse af digitale sundhedsteknologier omdanne sundhedssystemerne yderligere og forbedre deres effektivitet<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> *Study supporting the evaluation of the Directive 2011/24/EU*, Europa-Kommissionen, s. 121.

<sup>5</sup> "Health at a Glance 2023", OECD, s. 35-60/234.

**04** Covid-19-pandemien øgede også behovet for koordinering og bedre strømme af sundhedsdata på tværs af EU og viste merværdien af EU's indsats inden for digitalisering af sundhedsvæsenet<sup>6</sup>. For at lette rejser og sporing af covid-19-tilfælde udviklede Kommissionen [EU's digitale covidcertifikat](#) og en [portal](#) til at sikre EU-dækkende interoperabilitet mellem nationale applikationer og data om covid-19-tilfælde<sup>7</sup>.

**05** I 2021 iværksatte Europa-Kommissionen en offentlig høring om et EU-initiativ vedrørende et europæisk sundhedsdataområde. 88 % af respondenterne anså retten til at få adgang til sine sundhedsdata i elektronisk format for vigtig<sup>8</sup>. Ifølge en [Eurobarometerundersøgelse om det digitale årti](#), der blev offentliggjort i 2023, forventer et betydeligt flertal af respondenterne (76 %), at digitale teknologier inden udgangen af 2030 vil have en afgørende indvirkning på adgangen til eller modtagelsen af sundhedsydelser (f.eks. telemedicin og kunstig intelligens til diagnosticering af sygdomme), herunder i EU-lande, hvor patienterne reelt ikke bor. En mindre andel af respondenterne (13 %) mener, at deres land frem til 2030 bør prioritere borgernes adgang til deres elektroniske patientjournaler.

## EU's ramme for digitalisering af sundhedsydelser

**06** EU har fremmet digitaliseringen af sundhedsydelser i mere end 20 år. [Figur 1](#) viser de vigtigste EU-initiativer vedrørende e-sundhed, mens [bilag I](#) indeholder en bredere liste over centrale EU-initiativer, der fremmer e-sundhed.

---

<sup>6</sup> [Konsekvensanalyse om det europæiske sundhedsdataområde](#), Europa-Kommissionen, del 4/4, s. 35.

<sup>7</sup> Revisionsrettens særberetning [01/2023](#).

<sup>8</sup> [Konsekvensanalyse om det europæiske sundhedsdataområde](#), Europa-Kommissionen, del 2/4, s. 10-12/84.



## Figur 1 - Vigtige EU-initiativer vedrørende e-sundhed

ikkebindende

Meddelelser

bindende

Afgørelser, direktiver og forslag til forordninger

År	Initiativ	Relevans for e-sundhed
1999	eEurope - Et informationssamfund for alle	Udpegede "online sundhedspleje" som et prioriteret indsatsområde.
2004	En handlingsplan for et europæisk e-sundhedsområde	EU's første handlingsplan for e-sundhed.
2011	Direktiv om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelse (direktivet om grænseoverskridende sundhedsydelse)	Formaliseret samarbejde mellem medlemsstaterne gennem oprettelse af e-sundhedsnetværket, som forbinder de forskellige nationale e-sundhedsmyndigheder og fremmer digitaltjenesteinfrastrukturen for e-sundhed (eHDSI, der i øjeblikket profileres som MyHealth@EU).
2012	Handlingsplan for e-sundhed 2012-2020 - et innovativt sundhedsvæsen i det 21. århundrede"	Skitserede visionen for e-sundhed i Europa.
2015	En strategi for et digitalt indre marked i EU	Fremførte e-sundhed og telemedicin som redskaber til at styrke konkurrenceevnen gennem interoperabilitet og standardisering.
2018	At sætte gang i den digitale omstilling af sundhed og pleje i det digitale indre marked	Muliggjorde gennemførelsen af strategien for det digitale indre marked i sundhedssektoren og udpegede tre prioriteter: <ol style="list-style-type: none"> <li>give borgerne sikker adgang til deres sundhedsdata og deling af disse data</li> <li>sikre bedre data til fremme af forskning, forebyggelse af sygdomme og skræddersyet sundhedspleje</li> <li>indføre digitale værktøjer med henblik på at give borgerne større indflydelse og personfokuseret pleje.</li> </ol>
2021	Det digitale kompas 2030: Europas kurs i det digitale årti	Foreslog et fælles digitalt mål om, at 100 % af EU-borgerne skal have adgang til deres elektroniske patientjournaler senest i 2030.
2022	Afgørelse om etablering af politikprogrammet for det digitale årti 2030	Indførte et mål på linje med det mål, der blev foreslået i det digitale kompas 2030.
2022	Forslag til Europa-Parlamentets og Rådets forordning om det europæiske sundhedsdataområde (forordning om det europæiske sundhedsdataområde)	Det europæiske sundhedsdataområde har til formål at lette udvekslingen af og adgangen til sundhedsdata i hele EU ved at: <ul style="list-style-type: none"> <li>give patienter i EU adgang til deres sundhedsdata og sundhedspersonale adgang til at konsultere deres patienters journaler i elektronisk format, også fra andre EU-lande</li> <li>harmonisere reglerne om interoperabilitet af elektroniske patientjournalssystemer og om at logge ind i disse</li> <li>gøre det muligt at anvende sundhedsdata til forskning, politikudformning, lovgivningsmæssige aktiviteter og andre sundhedsformål på tværs af EU.</li> </ul>

*eHDSI-infrastrukturen giver medlemsstaterne mulighed for at udveksle sundhedsdata i hele EU og sikre kontinuitet i plejen for europæiske borgere, når de rejser i en anden EU-medlemsstat.*

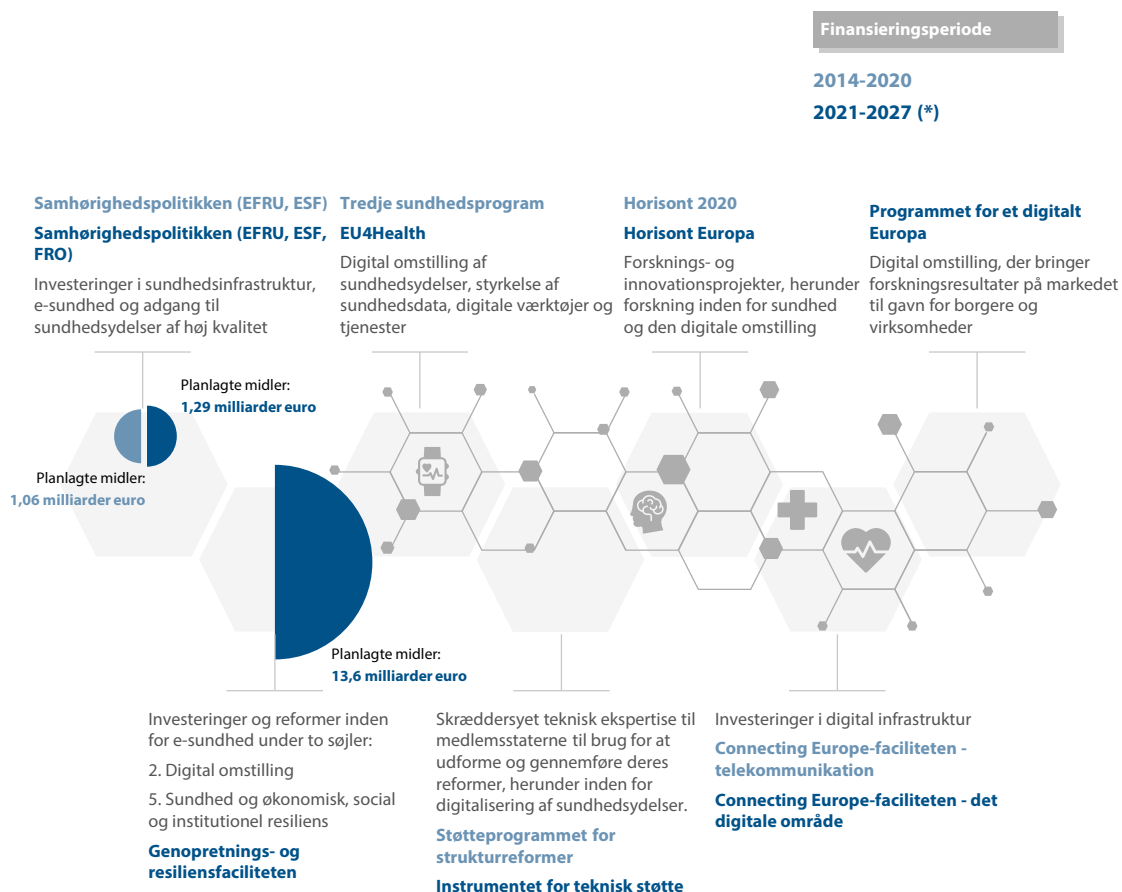
*Underliggende strategi*

*Foreslået mål*

Kilde: Revisionsrettens analyse af EU-dokumentation.

**07** I programmeringsperioderne 2014-2020 og 2021-2027 har flere EU-programmer finansieret sundhedsrelaterede digitaliseringsprojekter. **Figur 2** giver en oversigt over de vigtigste projekter. Figuren viser kun de planlagte beløb, der specifikt kan knyttes til projekter vedrørende digitalisering af medlemsstaternes sundhedssystemer. Sporingen af disse beløb var mulig for samhørighedspolitikken (Den Europæiske Fond for Regionaludvikling (EFRU), Den Europæiske Socialfond (ESF) og - i perioden 2021-2027 - Fonden for Retfærdig Omstilling (FRO)) og genopretnings- og resiliensfaciliteten. For de andre programmets vedkommende er der ingen automatisk mekanisme til at knytte finansiering sammen med sundhedsrelaterede digitaliseringsprojekter i medlemsstaterne.

**Figur 2 - De vigtigste EU-programmer til støtte for digitalisering af sundhedsydelser i programmeringsperioderne 2014-2020 og 2021-2027**



(\*) 2021-2026 for så vidt angår genopretnings- og resiliensfaciliteten.

*Kilde:* Revisionsrettens analyse af EU-dokumentation. Finansielle data fra Europa-Kommissionen.

**08** Kommissionen overvåger EU's digitale resultater og overvåger EU-landenes fremskridt ved hjælp af to hovedkilder:

- o benchmarket for e-forvaltning for sundhedsrelaterede onlinetjenester
- o e-sundhedsindikatoren for det digitale årti.

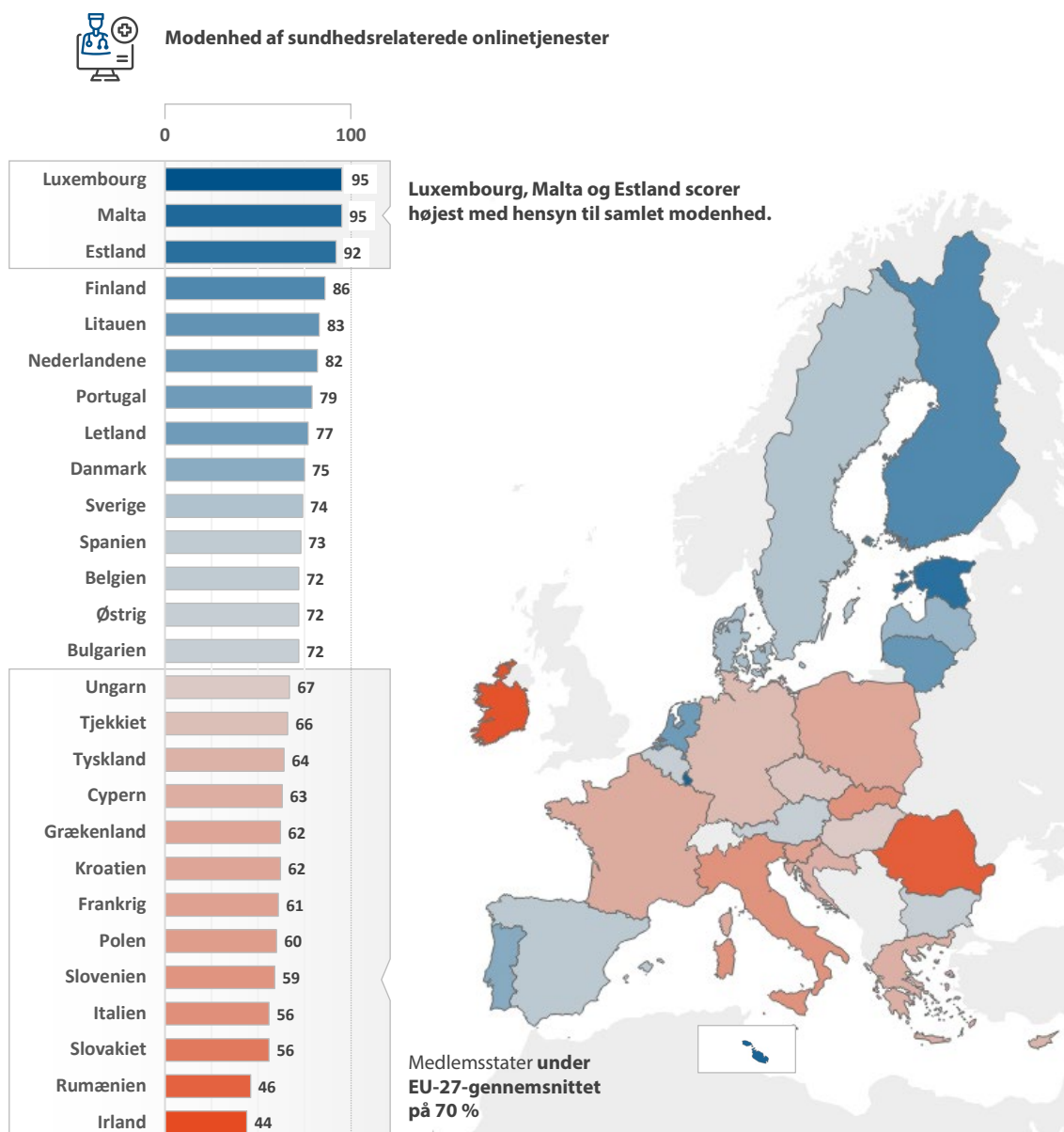
### Benchmarket for e-forvaltning

**09** Siden 2002 er digitaliseringen af offentlige tjenester i Europa blevet overvåget ved hjælp af [benchmarket for e-forvaltning](#), som ud over EU-27 også omfatter Island, Norge, Schweiz, Albanien, Moldova, Nordmakedonien, Montenegro, Serbien, Tyrkiet og Ukraine. Benchmarket for e-forvaltning vurderer modenheten af offentlige onlinetjenester på tværs af fire dimensioner:

- o brugerfokus - i hvilket omfang tjenesterne er tilgængelige online, kompatible med mobile enheder og understøttet af onlineassistance
- o gennemsigtighed - i hvilket omfang tjenesternes processer er gennemsigtige, tjenesterne er udformet med brugerinddragelse, og brugerne kan forvalte deres personoplysninger
- o central støtteteknologi - i hvilket omfang der findes støtteteknologi (f.eks. elektroniske dokumenter) til levering af onlinetjenester
- o grænseoverskridende tjenester - i hvilket omfang onlinetjenester er tilgængelige og anvendelige for brugere fra andre europæiske lande.

**10** Siden 2022 har benchmarket for e-forvaltning også dækket modenheten af sundhedsrelaterede onlinetjenester, hvis fremskridt vurderes hvert andet år ([figur 3](#)).

**Figur 3 - Benchmark for e-forvaltning: modenhed af sundhedsrelaterede onlinetjenester**



*Bemærkning:* EU-27-gennemsnittet blev genberegnet af Revisionsretten, uden dog at medtage lande uden for EU (Albanien, Island, Moldova, Montenegro, Nordmakedonien, Norge, Serbien, Schweiz, Tyrkiet og Ukraine).

*Kilde:* Europa-Kommissionen, *eGovernment Benchmark 2024*, baggrundsrapporten, figur 4.1 og 4.2, s. 54-55. Dataene vedrører 2023.

## E-sundhedsindikatoren for det digitale årti

**11** E-sundhedsindikatoren for det digitale årti blev oprettet som en del af Kommissionens [digitale kompas 2030](#)<sup>9</sup>, som omsætter EU's digitale ambitioner for 2030 til konkrete mål og følger fremskridtene hen imod dem. Det digitale kompas 2030 er bygget op omkring fire hovedpunkter:

- 1) en digitalt kvalificeret befolkning og højtuddannede fagfolk på det digitale område
- 2) sikre og højtydende bæredygtige digitale infrastrukturer
- 3) digital omstilling af erhvervslivet
- 4) digitalisering af offentlige tjenester.

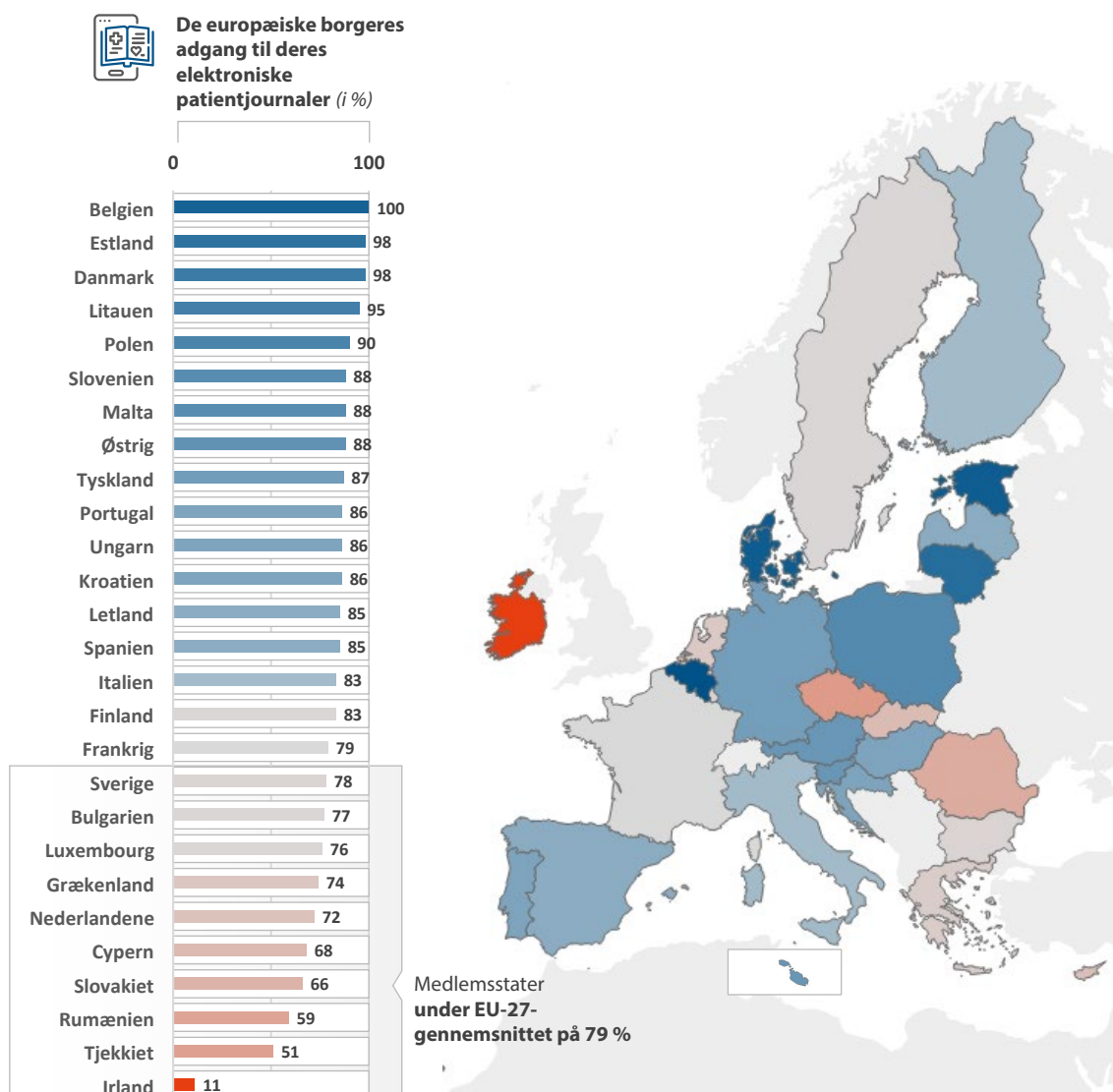
**12** Under det fjerde hovedpunkt medtog forslaget om det digitale kompas 2030 et mål om, at 100 % af EU-borgerne senest i 2030 skal have onlineadgang til deres elektroniske patientjournaler. I 2022 fastlagde Europa-Parlamentet og Rådet [politikprogrammet for det digitale årti 2030](#)<sup>10</sup>, som indførte mål på linje med dem, der blev foreslået i det digitale kompas 2030, og fastsatte en overvågnings- og samarbejdsmechanisme for at lette opfyldelsen af dem. Siden 2023 har Kommissionen offentliggjort en [statusrapport om det digitale årti](#) og [landerapporter om det digitale årti](#), som omhandler målet for europæiske borgeres onlineadgang til elektroniske patientjournaler ([figur 4](#)).

---

<sup>9</sup> COM(2021) 118.

<sup>10</sup> Afgørelse 2022/2481.

Figur 4 - E-sundhedsindikatoren for det digitale årti



Kilde: Europa-Kommissionen, "Digital Decade 2024: e-Health Indicator Study", hovedrapporten, s. 11. Dataene vedrører 2023.

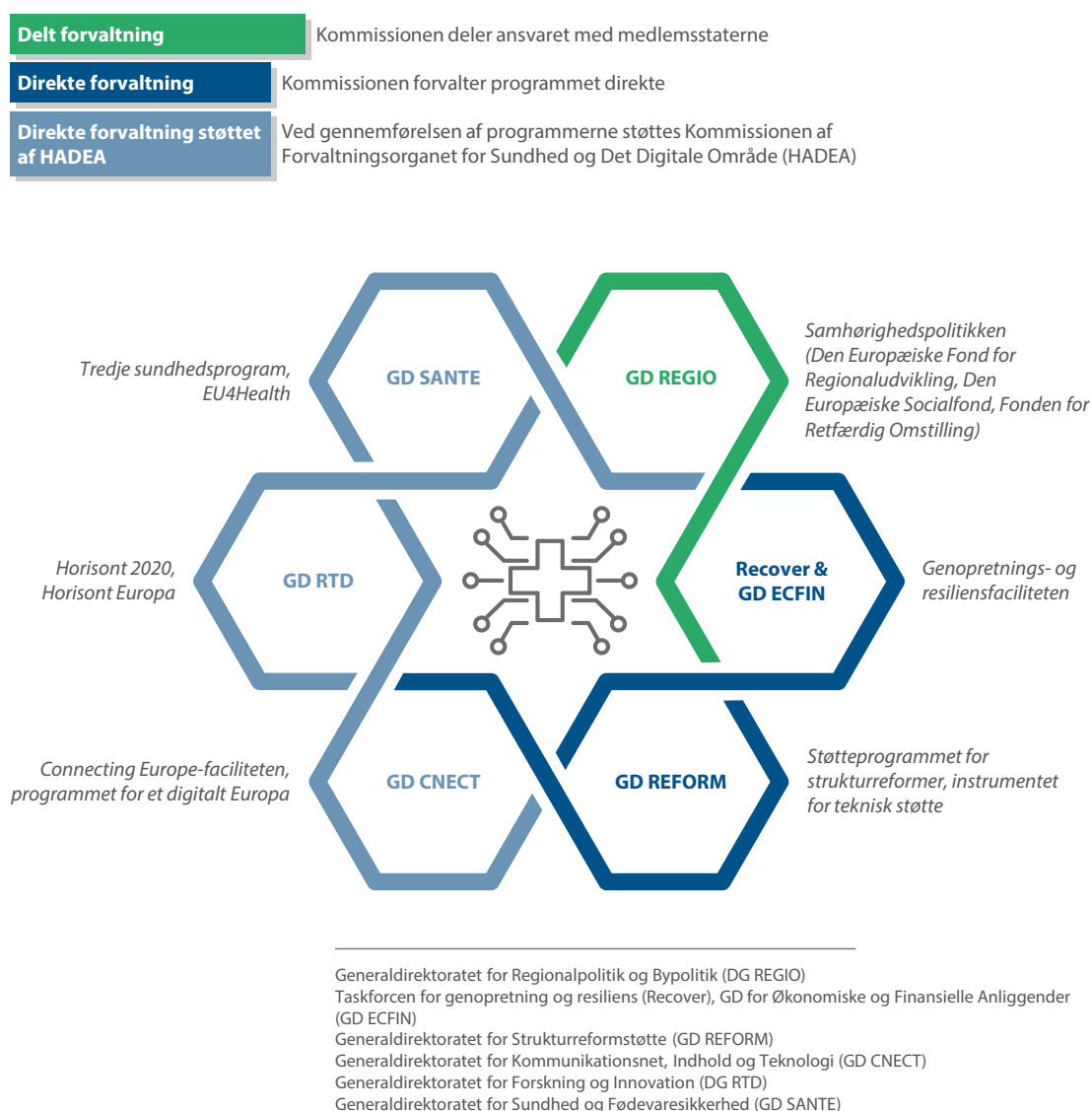
## De vigtigste interessenters roller og ansvarsområder

**13** Artikel 168 i traktaten om Den Europæiske Unions funktionsmåde fastsætter, at ansvaret for udformningen af sundhedspolitik samt for organisation og levering af sundhedstjenesteydelser og behandling på sundhedsområdet, herunder fordeling af midler hertil, ligger hos medlemsstaterne. EU's rolle er at støtte og supplere deres indsats. Generaldirektoratet for Sundhed og Fødevarerikkerhed (GD SANTE) er den ledende tjenestegren i Kommissionen, der tager sig af sundhedsrelaterede EU-initiativer.

**14** EU-traktaterne indeholder ikke særlige bestemmelser om digitalisering, men Kommissionen kan træffe relevante foranstaltninger inden for rammerne af sektorspecifikke og horisontale politikker for at stimulere innovation, økonomisk vækst og udvikling af det indre marked i tæt samarbejde med medlemsstaterne. Generaldirektoratet for Kommunikationsnet, Indhold og Teknologi (**GD CONNECT**) udvikler og gennemfører EU's digitale politikker.

**15** Ansvar for gennemførelsen af EU-programmer tildeles som vist i *figur 5*.

**Figur 5 - EU-programmer og ansvarlige generaldirektorater (GD'er)**



*Kilde:* Revisionsrettens analyse af EU-dokumentation.

## Revisionens omfang og revisionsmetoden

**16** Covid-19-pandemien understregede relevansen af at digitalisere sundhedsydelser og øgede offentlighedens interesse for emnet. På baggrund heraf besluttede vi at undersøge, om Kommissionens foranstaltninger til støtte for medlemsstaternes digitalisering af deres sundhedssystemer var effektive. Vi forventer, at vores beretning vil hjælpe Kommissionen til at forbedre gennemførelsen af sin politik. Ved revisionen undersøgte vi, om:

- EU's politikramme for digitalisering af sundhedsydelser gav medlemsstaterne klare mål og støttede medlemsstaternes initiativer vedrørende digitalisering af deres sundhedssystemer
- Kommissionen hjalp medlemsstaterne med at identificere de EU-midler, der var til rådighed til finansiering af deres sundhedsrelaterede digitaliseringsprojekter, og om midlerne faktisk matchede medlemsstaternes behov.
- Kommissionens overvågningsramme gav rettidige, relevante og sammenlignelige oplysninger, så medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser såvel som deres anvendelse af EU-midler kunne overvåges.

**17** Med udgangspunkt i en patients perspektiv fokuserede vi på brugen af sundhedsdata i forbindelse med direkte levering af sundhedsydelser til patienter og udelukkede videreanvendelse af sundhedsdata til forskning, innovation og andre formål. Vi vurderede ikke grænseoverskridende udveksling af sundhedsdata mellem medlemsstaterne, fordi dette aspekt allerede var dækket af to tidligere revisioner<sup>11</sup>. Vi undersøgte ikke specifikt det europæiske sundhedsdataområde, fordi dets retlige ramme på tidspunktet for vores revisionsarbejde stadig var ved at blive forhandlet af EU-lovgiverne (punkt **30**).

**18** Vi dækkede programmeringsperioderne 2014-2020 og 2021-2027 og fokuserede på følgende EU-programmer: EFRU, genopretnings- og resiliensfaciliteten, det tredje sundhedsprogram, EU4Health, støtteprogrammet for strukturreformer og instrumentet for teknisk støtte (*figur 2*).

---

<sup>11</sup> Revisionsrettens særberetning [07/2019](#) og [01/2023](#).



**19** Vi sendte alle medlemsstater (*bilag II*) en spørgeundersøgelse gennem e-sundhedsnetværket for at indsamle oplysninger om deres nationale e-sundhedsstrategier, deres handlingsplaner, deres finansieringskilder og deres resultater. Vi modtog svar fra 21 ud af 27 medlemsstater, men nogle medlemsstater besvarede ikke alle spørgsmålene. Vi anvendte medlemsstaternes svar til at understøtte vores revisionsresultater.

**20** For at få en indgående forståelse af støtten til medlemsstaterne og anvendelsen af EU-midler udvalgte vi tre medlemsstater (Spanien, Malta og Polen) til besøg på stedet. Disse medlemsstater blev udvalgt på grundlag af den EU-finansiering, de modtog til digitalisering af sundhedsydelser, e-sundhedsindikatoren for det digitale årti for 2023 vedrørende adgang til elektroniske patientjournaler og benchmarket for e-forvaltning fra 2022 om e-sundhedstjenesternes generelle modenhed.

**21** I de udvalgte medlemsstater undersøgte vi EU-finansierede projekter vedrørende e-recepter, elektroniske patientjournaler og telemedicin for at vurdere, om de bidrog til digitaliseringen af medlemsstaternes sundhedssystemer. Vi udvalgte fem projekter i hver medlemsstat under hensyntagen til deres væsentlighed og gennemførelsesfase for at dække mange forskellige EU-finansieringsprogrammer og -tjenester (*bilag III*).

**22** Vi indhentede yderligere bevis gennem:

- analyse af relevant EU-lovgivning og relevant dokumentation fra Kommissionen, Rådet og Europa-Parlamentet og rapporter fra Organisationen for Økonomisk Samarbejde og Udvikling
- høring af Kommissionens personale fra de berørte tjenestegrene (*figur 5*)
- høring af de nationale myndigheder med ansvar for e-sundhedsstrategier og projektgennemførelse i de udvalgte medlemsstater.

## Bemærkninger

### Efter covid-19-pandemien blev EU's politikramme styrket, og dens virkning afhænger nu ikke længere kun af medlemsstaternes engagement

**23** Vi vurderede, om EU's politik for digitalisering af sundhedsydelser:

- o har været konsekvent over tid og givet medlemsstaterne klare mål
- o fremmede medlemsstaternes initiativer til digitalisering af deres sundhedssystemer.

### Covid-19-pandemien førte til en styrkelse af EU's politikramme for digitalisering af sundhedsydelser

**24** Vi forventede, at EU's politikramme for digitalisering af sundhedsydelser vejledte medlemsstaterne ved at give dem mål, der var specifikke, målbare, opnåelige, relevante for de politiske mål og tidsbestemte. Vi undersøgte de vigtigste EU-initiativer vedrørende digitalisering af sundhedsydelser (*bilag I*), som har eksisteret i mere end 20 år for at sikre sammenhæng og for at fastslå, om deres mål var specifikke, målbare, opnåelige, relevante og tidsbestemte.

**25** Siden begyndelsen af disse initiativer har EU fremhævet fordelene ved e-sundhed for både patienterne og det europæiske marked. Med henblik på bedre koordinering af initiativerne indførte EU en politikramme til fremme af levering af onlinesundhedsydelser i medlemsstaterne. Vi bemærkede, at EU konsekvent har fremmet og gentaget dette mål i årenes løb.

**26** På grund af EU's rolle på sundhedsområdet (punkt **13**) er EU's politik baseret på "bløde" instrumenter såsom at anbefale tiltag eller fastsætte ikkebindende mål.

*Tablet 1* giver som eksempel EU's mål for tilvejebringelse af elektroniske patientjournaler. Disse mål er blevet mere specifikke og målbare over tid. Målene var altid relevante og tidsbestemte, men for at opfylde dem krævedes det, at medlemsstaterne forpligtede sig til at gennemføre foranstaltninger.

**Tabel 1 - EU's mål for tilvejebringelse af elektroniske patientjournaler**

År	Dokument	Mål
2002	Handlingsplanen "eEurope 2005"	<b>Inden udgangen af 2005</b> skulle Kommissionen og medlemsstaterne sikre, at der blev leveret onlinesundhedsydelser (f.eks. <b>elektroniske patientjournaler</b> ) til borgerne.
2004	Handlingsplan for et europæisk e-sundhedsområde	<b>Inden udgangen af 2005</b> skulle hver medlemsstat udarbejde en national eller regional køreplan med mål for interoperabilitet og anvendelse af <b>elektroniske patientjournaler</b> . <b>Inden udgangen af 2006</b> skulle medlemsstaterne i samarbejde med Kommissionen fastlægge og skitsere interoperabilitetsstandarder for <b>elektroniske patientjournaler</b> .
2021	Det digitale kompas 2030	<b>Senest i 2030</b> skal 100 % af de europæiske borgere have onlineadgang til deres <b>elektroniske patientjournaler</b> .

Kilde: Revisionsrettens analyse af EU-dokumentation.

**27** Vi konstaterede, at erfaringerne med covid-19-pandemien har fremskyndet medlemsstaternes indsats vedrørende digitalisering af sundhedsydelser. Ifølge Kommissionen viste oprettelsen og udrulningen af "European Federated Gateway Service" og EU's digitale covidcertifikater (punkt **04**), at politisk konvergens og støtte mellem forskellige interessenter gjorde det muligt at levere konkrete resultater inden for en kort tidsramme<sup>12</sup>.

**28** Efter covid-19-pandemien forpligtede alle EU's medlemsstater sig i 2022 til at opfylde de mål, som Kommissionen foreslog i sit digitale kompas for 2030, herunder målet om adgang til elektroniske patientjournaler for alle EU-borgere (punkt **12**). Disse mål blev bindende, efter at politikprogrammet for det digitale årti 2030 blev vedtaget af Europa-Parlamentet og Rådet<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Konsekvensanalyse vedrørende det europæiske sundhedsdataområde, Europa-Kommissionen, del 4/4, s. 28.

<sup>13</sup> Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse (EU) 2022/2481 af 14. december 2022 om etablering af politikprogrammet for det digitale årti 2030.

**29** Et andet eksempel på et politisk skift fra frivillige til bindende rammer vedrører digitaltjenesteinfrastrukturen for e-sundhed (eHDSI), der i øjeblikket promoveres som MyHealth@EU, og som blev lanceret i 2019 (*tekstboks 2*). På grund af medlemsstaternes frivillige deltagelse i eHDSI var kun 14 medlemsstater tilsluttet i maj 2024: 11 af dem udveksler patientresuméer, og 10 udveksler e-recepter<sup>14</sup>.

## Tekstboks 2

### Digitaltjenesteinfrastrukturen for e-sundhed

Digitaltjenesteinfrastrukturen for e-sundhed, der i øjeblikket promoveres som MyHealth@EU, giver medlemsstaterne mulighed for at udveksle følgende:

- e-recepter (*tekstboks 1*) - EU-borgere kan få deres medicin på et apotek i et andet EU-land ved at overføre deres elektroniske recept fra deres bopælsland til det land, de rejser i
- patientresuméer - disse giver læger vigtige oplysninger (f.eks. om allergier, nuværende medicin, tidligere sygdomme og operationer) om en patient fra et andet EU-land på lægens eget sprog.

På lang sigt skal medicinske billeder, laboratorieresultater og udskrivningsrapporter fra hospitaler også gøres tilgængelige i hele EU.

*Kilde:* Kommissionens [websted](#) om elektroniske grænseoverskridende sundhedsydelser.

**30** For at styrke processen foreslog Kommissionen i 2022 en forordning om oprettelse af et europæisk sundhedsdataområde, som vil gøre det obligatorisk for medlemsstaterne at deltage i eHDSI (MyHealth@EU). I marts 2024 indgik Europa-Parlamentet og Rådet en foreløbig aftale<sup>15</sup>. Pr. september 2024 var aftalen endnu ikke formelt vedtaget.

---

<sup>14</sup> Data leveret af Kommissionen, tilgængelige på dens dashboard "[MyHealth@EU Monitoring Framework \(KPIs\)](#)".

<sup>15</sup> "[Provisional agreement resulting from interinstitutional negotiations](#)" (22.3.2024).

## Virkningen af EU's politikramme afhæng af medlemsstaternes situation og engagement

**31** For at vurdere virkningen af EU's politikramme på medlemsstaternes initiativer udførte vi en spørgeundersøgelse blandt alle 27 medlemsstater gennem e-sundhedsnetværket (punkt **19**) og aflagde besøg i tre medlemsstater (punkt **20**). Vi forventede, at medlemsstaterne fandt EU-initiativerne nyttige og brugte dem som reference i forbindelse med digitaliseringen af deres sundhedssystemer.

### EU-initiativernes nytte

**32** Vi analyserede svarene på vores spørgeundersøgelse (*bilag II*) og konstaterede, at 18 ud af 21 medlemsstater mente, at EU's politikramme var hensigtsmæssig - de tre resterende medlemsstater valgte ikke svarmulighederne "ja/nej", men gav en score i stedet. Den gennemsnitlige score fra de 21 medlemsstater var 3,7 ud af 5. *Tekstboks 3* giver nogle eksempler på EU-merværdi, som de medlemsstater, der besvarede vores spørgeundersøgelse, har identificeret.

### Tekstboks 3

#### Eksempler på EU-merværdi identificeret af de medlemsstater, der besvarede vores spørgeundersøgelse

Svarene fra syv medlemsstater peger på, at EU's politikramme indeholder en omfattende strategi, fastsætter klare mål, støtter interoperabilitet mellem e-sundhedsløsninger på tværs af EU og letter tilpasningen af nationale initiativer til internationale standarder og god praksis.

Én medlemsstat mente, at Kommissionens koordinerende rolle under covid-19-pandemien var afgørende for at fremskynde inddragelsen af de medlemsstater, der ikke tidligere havde været aktive.

*Kilde:* Revisionsretten baseret på medlemsstaternes svar på vores spørgeundersøgelse.

**33** Vi konstaterede også, at Spanien og Malta forlader sig på EU's politik, når de foretager ændringer på nationalt plan:

- I Spanien forventer myndighederne, at EU's forordning om det europæiske sundhedsdataområde (punkt **30**) - når den er vedtaget - kan hjælpe dem til at håndhæve samarbejdet med den private sektor.
- I Malta er der i processen med at færdiggøre et udkast til lovgivning om nationale elektroniske patientjournaler taget hensyn til processen for vedtagelse af forordningen om det europæiske sundhedsdataområde, idet der var et ønske om at opnå en høj grad af harmonisering mellem den nationale lovgivning og EU-lovgivningen.

**34** Ikke desto mindre nævnte respondenterne i vores spørgeundersøgelse også, at der var udfordringer forbundet med anvendelsen af EU's politikramme for digitalisering af sundhedsydelser:

- To medlemsstater anerkendte, at en vellykket gennemførelse af EU's politik i sidste ende henhører under deres ansvar og afhænger af deres vilje og evne til at gennemføre de foreslåede strategier.
- To medlemsstater mente, at forskelle med hensyn til, i hvor høj grad medlemsstaterne er parate til at indføre digitale løsninger, og hvor mange ressourcer de har til rådighed - herunder om de mangler infrastruktur og digitale færdigheder i sundhedssektoren - kan føre til ujævne fremskridt mellem medlemsstaterne.
- To andre medlemsstater svarede, at mangfoldigheden og kompleksiteten af de nationale sundhedssystemer (centraliserede i forhold til decentraliserede) og de forskellige involverede interessenter (offentlige og private) også forklarer forskelle med hensyn til, hvor hurtigt der sker fremskridt.

### Medlemsstaternes brug af EU-værktøjer og -tiltag



**20** ud af 21 medlemsstater **anvendte EU-værktøjer og/eller modtog EU-støtte** i forbindelse med digitaliseringen af deres sundhedssystemer.

*Medlemsstaternes svar på Revisionsrettens spørgeundersøgelse*

**35** Ifølge svarene på vores spørgeundersøgelse (*bilag II*) anvendte 20 ud af 21 medlemsstater EU-værktøjer og/eller modtog EU-støtte i forbindelse med digitaliseringen af deres sundhedssystemer. De EU-initiativer, der blev nævnt oftest, var tekniske standarder og retningslinjer (20 medlemsstater) og koordinerings- og ekspertmøder (19 medlemsstater).

**36** Disse EU-initiativer havde til formål at støtte grænseoverskridende udveksling af sundhedsdata, men vi konstaterede, at de også bidrog til at fremme digitaliseringen af de nationale sundhedssystemer. *Figur 6* opsummerer de vigtigste muligheder og udfordringer ved EU-initiativerne fra svarene på vores spørgeundersøgelse og vores besøg i de tre medlemsstater, vi udvalgte.

## Figur 6 - De vigtigste muligheder og udfordringer ved EU's initiativer til digitalisering af sundhedsydelser

### EU's koordinerings- og ekspertmøder

*E-sundhedsnetværket mødes to gange om året til plenarmøder. Der afholdes yderligere møder for arbejdsgrupper og i forbindelse med koordinerede tiltag.*



#### MULIGHEDER

- Ifølge Malta letter møderne i e-sundhedsnetværket harmoniseringen mellem EU's og de nationale politikker.
- Polen mente, at e-sundhedsnetværket giver medlemsstaterne mulighed for at deltage i udformningen af EU's digitale sundhedspolitik.
- Fem andre medlemsstater var af den opfattelse, at e-sundhedsnetværket letter udvekslingen af bedste praksis og erfaringer og desuden bidrager til udvikling og indførelse af fælles standarder og retningslinjer.



#### UDFORDRINGER

- Malta fandt det vanskeligt at spille en aktiv rolle i alle aktiviteter på EU-plan på grund af landets begrænsede ressourcer.
- Ifølge svarene på vores spørgeskema var dette også tilfældet for to større medlemsstater.
- To andre medlemsstater mente, at det frivillig samarbejde ikke sikrede tilstrækkelig inddragelse af medlemsstaterne i arbejdsgrupperne.

### EU's tekniske standarder og retningslinjer

*E-sundhedsnetværket nåede til enighed om og vedtog tekniske retningslinjer for elektronisk udveksling af sundhedsdata, e-recepter, e-medicinudlevering, patientresuméer, laboratorieresultater, medicinske billeder og hospitalsudskrivningsrapporter.*

#### MULIGHEDER

- I Spanien er det nationale system for udveksling af e-recepter mellem selvstyrende regioner baseret på EU's tekniske specifikationer.
- I Malta påvirkede de tekniske standarder og retningslinjer, som e-sundhedsnetværket har vedtaget, udformningen af de nationale elektroniske patientjournaler.
- Polen anvendte de tekniske standarder fra e-sundhedsnetværket til at sikre, at deres e-sundhedstjenester var interoperable - herunder på tværs af grænserne.

#### UDFORDRINGER

- Selv om der fandtes nationale standarder, før e-sundhedsnetværkets tekniske retningslinjer blev vedtaget, krævede det ifølge én medlemsstat en indsats på nationalt plan at tilpasse dem til EU-standarderne.
- En anden medlemsstat mente, at dette også kunne blive tilfældet, såfremt der ville blive foretaget mindre ændringer af retningslinjerne.

*Kilde:* Revisionsretten baseret på medlemsstaternes svar på vores spørgeundersøgelse og vores besøg i de udvalgte medlemsstater.



## Nationale strategier for e-sundhed



**20** ud af 21 medlemsstater angav, at de havde en **national strategi** for digitalisering af sundhedsydelse.

*Medlemsstaternes svar på Revisionsrettens spørgeundersøgelse*

**37** Der er ikke noget retligt bindende krav om, at medlemsstaterne skal have en national strategi eller en handlingsplan for digitalisering af sundhedsydelse. Ifølge svarene på vores spørgeundersøgelse hævdede 20 ud af 21 medlemsstater, at de havde en national strategi for digitalisering af sundhedsydelse, enten som en del af deres nationale sundhedsstrategi (tre medlemsstater) eller som en selvstændig e-sundhedsstrategi (16 medlemsstater). Én medlemsstat præciserede ikke hvilken. 11 ud af de responderende medlemsstater angav også, at de havde regionale e-sundhedsstrategier. **Tekstboks 4** viser situationen i de tre medlemsstater, vi besøgte under vores revision.

## Tekstboks 4

### E-sundhedsstrategier i Spanien, Malta og Polen

I **Spanien** blev det nationale sundhedssystemets første nationale digitale sundhedsstrategi godkendt i december 2021. Den dækker perioden 2021 til 2026, dvs. parallelt med gennemførelsen af den nationale genopretnings- og resiliensplan inden for rammerne af genopretnings- og resiliensfaciliteten. Der blev udarbejdet seks arbejdsplaner til gennemførelse af strategien for digital sundhed, hvoraf fem blev finansieret med EU-midler. Spaniens selvstyrende regioner udviklede også deres egne digitale sundhedspolitikker.

I **Malta** var en af de første omfattende strategier strategien for digital sundhed 2018-2021, som var baseret på den nationale strategi for sundhedssystemet 2014-2020. Den blev efterfulgt af den nationale strategi for sundhedssystemet 2023-2030, der blev offentliggjort i december 2022, og som indeholdt et afsnit, der specifikt omhandler digital sundhed. På tidspunktet for vores revision var den tilhørende handlingsplan under udarbejdelse. I løbet af 2024 har sundhedsministeriet til hensigt at offentliggøre en ny strategi for digital sundhed og sundhedsdata 2030.

I **Polen** blev der i politikdokumentet vedrørende den nationale strategiske ramme for sundhed 2014-2020 (offentliggjort i juli 2015) henvist til "IT-forvaltning på sundhedsområdet". Den seneste strategi om en sund fremtid - "Healthy Future. Strategic framework for the development of the health system 2021-2027, with a view to 2030" (vedtaget i december 2021) - indeholder et særligt kapitel om e-sundhed. Udviklingsprogrammet for e-sundhed 2022-2027 angiver de investeringer og reformer, der er nødvendige for at gennemføre strategien om en sund fremtid.

*Kilde:* Revisionsretten på grundlag af analyse af dokumenter modtaget fra Spanien, Malta og Polen.

**38** Vi analyserede referaterne af de møder, der var afholdt siden 2012, og konstaterede, at e-sundhedsnetværket bidrog positivt til udviklingen af e-sundhedsstrategier i medlemsstaterne. På møderne udvekslede medlemsstaternes repræsentanter deres erfaringer med at udarbejde og gennemføre deres nationale strategier ved at give praktiske eksempler på de udfordringer, de stødte på, og de løsninger, de fandt.

## Trods Kommissionens vejledning stødte medlemsstaterne på hindringer, når de skulle anvende EU-midler til digitalisering af sundhedsydelse

**39** Vi vurderede, om:

- o Kommissionen stødte medlemsstaterne i at identificere de tilgængelige EU-midler til finansiering af projekter vedrørende digitalisering af sundhedsydelse
- o de tilgængelige EU-midler og kravene for at kunne modtage dem matchede medlemsstaternes behov.

### Kommissionen gav medlemsstaterne vejledning om de tilgængelige EU-midler til projekter vedrørende digitalisering af sundhedsydelse

**40** Vi forventede, at Kommissionen gav medlemsstaterne oplysninger om de tilgængelige EU-midler samt vejledning i, hvordan de anvendes. Vi gennemgik dokumenterne for de centrale EU-initiativer, som fremmer e-sundhed (*bilag 1*). De gav et generelt overblik over de EU-finansieringsprogrammer, der kan anvendes til at finansiere disse initiativer. I nogle dokumenter såsom meddelelsen om det europæiske sundhedsdataområde og forslaget til forordning herom blev det samlede budget, der var til rådighed, angivet. Nærmere oplysninger om støtteberettigede foranstaltninger, støtteberettigede modtagere, støttebeløb og gennemførelsesbestemmelser blev angivet i programmernes retsakter.

**41** Vores analyse fokuserede på en stikprøve af EU-finansieringsprogrammer (punkt *18*). Vi konstaterede, at de specifikke mål for digitalisering af sundhedsydelse er ret ens i programmerne, mens de generelle mål og tematiske prioriteter er specifikke for de enkelte programmer og for det meste supplerer hinanden. Med hensyn til de støtteberettigede foranstaltninger konstaterede vi, at de programmer, vi undersøgte, generelt giver medlemsstaterne mulighed for at dække en bred vifte af foranstaltninger, lige fra investeringer og reformer til undersøgelser og kapacitetsopbygning. Vi bemærkede, at disse programmer gennemføres ved hjælp af forskellige forvaltningsmetoder og af forskellige GD'er (*figur 5*), yder forskellige typer støtte og henvender sig til forskellige støttemodtagere (*tabel 2*).

**Tabel 2 - EU's støtte til medlemsstaternes digitalisering af sundhedsydelser og støtteberettigede modtagere under udvalgte EU-programmer**

EU-program	Støtte, der ydes til medlemsstaterne	Støttemodtagere
EFRU	Finansiell støtte baseret på medfinansiering af støtteberettigede udgifter	Offentlige eller private organer, enheder med eller uden status som juridisk person, fysiske personer
Genopretnings- og resiliensfaciliteten	Finansiell støtte baseret på opfyldelse af milepæle og mål (ikke knyttet til omkostninger)	Medlemsstater
Tredje sundhedsprogram, EU4Health	Finansiell støtte baseret på medfinansiering af støtteberettigede udgifter	Juridiske enheder eller internationale organisationer
Støtteprogrammet for strukturreformer, instrumentet for teknisk støtte	Teknisk støtte (ekspertise)	Medlemsstaternes nationale myndigheder, internationale organisationer, offentlige eller private organer og enheder

Kilde: Revisionsrettens analyse af EU-dokumentation, [bilag IV](#).

**42** Vores analyse af referaterne af de møder, der er afholdt siden 2012, viste, at e-sundhedsnetværket har øget medlemsstaternes bevidsthed om de EU-midler, der er til rådighed. På netværkets møder delte Kommissionen navnlig oplysninger om de programmer (Connecting Europe-faciliteten, programmet for et digitalt Europa og EU4Health), der finansierer grænseoverskridende initiativer eller EU-initiativer såsom udrulningen af eHDSI (MyHealth@EU), herunder eHDSI's tjenester vedrørende patientresuméer og e-recepter, samt oplysninger om infrastruktur og forberedende foranstaltninger til det europæiske sundhedsdataområde. Der blev også fremlagt præsentationer om andre programmer, der forvaltes af Kommissionen, såsom EFRU og genopretnings- og resiliensfaciliteten, samt om programmer, der forvaltes af Den Europæiske Investeringsbank.

**43** I 2019 vedtog e-sundhedsnetværket [investeringsretningslinjer](#) for at hjælpe medlemsstaterne til at beslutte, hvordan interoperable e-sundhedsløsninger skal finansieres. Retningslinjerne omfattede generelle oplysninger om den foreslåede finansiering på EU-plan i perioden 2021-2027. Vi konstaterede også, at Kommissionen på et møde i e-sundhedsnetværket i 2022 bekræftede, at den var parat til at give medlemsstaterne støtte og vejledning om EU's finansieringsmuligheder. Kommissionen fremlagde efterfølgende specifikke oplysninger om tiltag under EU4Health - f.eks. vedrørende gennemførelsen af MyHealth@EU - og under programmet for et digitalt Europa.

**44** Kommissionen opfatter ikke den vifte af instrumenter, som medlemsstaterne har til rådighed, som en hindring, men snarere som skræddersyede instrumenter til at opnå specifikke politikmål. De spanske myndigheder mente imidlertid - for nogle af de selvstyrende regioners vedkommende - at den brede vifte af midler, der var til rådighed, gjorde det vanskeligt at nå frem til, hvilke EU-midler der passer bedst til deres behov.

### EU-midlerne til digitalisering af sundhedsydelser matchede generelt medlemsstaternes behov, men medlemsstaterne stødte på hindringer, når de skulle anvende dem

**45** Vi forventede, at medlemsstaterne anvendte de EU-midler, der er til rådighed til digitalisering af sundhedsydelser, og at EU-midlerne matchede medlemsstaternes behov. For at vurdere dette aspekt indsamlede vi oplysninger gennem den spørgeundersøgelse, vi sendte til alle medlemsstater, og fra de udvalgte medlemsstater.

#### Medlemsstaternes anvendelse af EU-midler



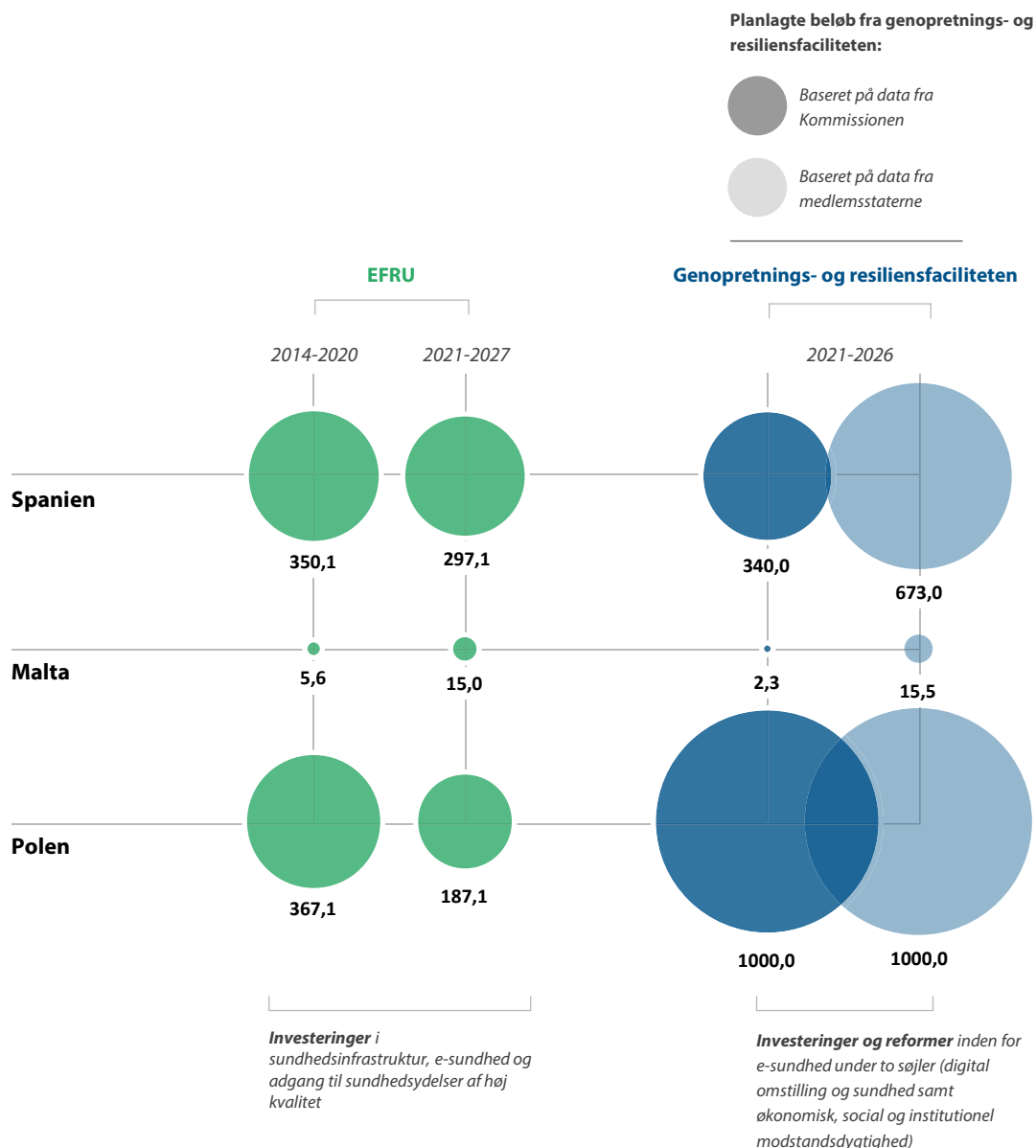
**18** ud af 21 medlemsstater angav, at de havde anvendt midler fra en eller flere **EU-kilder til at digitalisere deres sundhedssystemer.**

*Medlemsstaternes svar på Revisionsrettens spørgeundersøgelse*

**46** På grundlag af svarene på vores spørgeundersøgelse hævdede 18 ud af 21 medlemsstater, at de havde anvendt EU-midler en eller flere gange til at digitalisere deres sundhedssystemer. De hyppigst anvendte midler var EFRU, genopretnings- og resiliensfaciliteten, EU4Health og Connecting Europe-faciliteten. Når de blev spurgt om den specifikke anvendelse af EU-midler, angav 15 ud af 20 medlemsstater, at de havde brugt EU-midler til at finansiere deres elektroniske patientjournaler, mens 13 ud af 20 svarede, at de anvendte EU-midler til at finansiere deres e-receptsystem, og 5 ud af 19 brugte dem til at finansiere telemedicinløsninger.

**47** Vi konstaterede, at de tre medlemsstater, vi udvalgte, anvendte midler fra en række forskellige EU-kilder til at digitalisere deres sundhedssystemer. *Figur 7* giver en oversigt over de planlagte beløb til e-sundhed fra EFRU og genopretnings- og resiliensfaciliteten. Med hensyn til genopretnings- og resiliensfaciliteten konstaterede vi imidlertid uoverensstemmelser i de beløb, som Kommissionen og de udvalgte medlemsstater fremlagde.

**Figur 7 - Planlagte beløb til e-sundhed fra EFRU og genopretnings- og resiliensfaciliteten i Spanien, Malta og Polen i programmeringsperioderne 2014-2020 og 2021-2027 (millioner euro)**



*Kilde:* Med hensyn til EFRU: den åbne dataplatform for samhørighedsområdet. Med hensyn til genopretnings- og resiliensfaciliteten: data fra Kommissionen og de udvalgte medlemsstater.

**48** Af de projekter, vi reviderede (*bilag III*), konstaterede vi, at EFRU var en vigtig finansieringskilde i de tre udvalgte medlemsstater:

- I Spanien er EFRU blevet anvendt til at medfinansiere indførelsen af e-recepter og elektroniske patientjournaler på regionalt og centralt plan siden programmeringsperioden 2007-2013.

- I Malta var **CONvErGE** (Connected eGovernment)-projektet - som blev medfinansieret af EFRU for 2014-2020 - af afgørende betydning for digitaliseringen af hele den offentlige sektor, og dets komponenter vedrørende digital sundhed indeholdt centrale initiativer til digitalisering af sundhedsydelser.
- Indtil videre har Polen finansieret de fleste aktiviteter vedrørende digitalisering af sundhedsydelser med nationale midler eller gennem fondene under EU's samhørighedspolitik (EFRU og Den Europæiske Socialfond). Et centralt projekt var oprettelsen af en elektronisk platform, der gør det muligt for offentlige forvaltninger og borgere at indsamle, analysere og dele digitale sundhedsdata (**P1-plattformen**). Projektets første fase blev finansieret under EFRU-programmet for 2007-2013, mens anden fase blev afsluttet under EFRU-programmet for 2014-2020.

**49** Under vores besøg konstaterede vi også, at medlemsstaterne optimerede deres anvendelse af tilgængelige EU-midler på forskellige måder. For eksempel:

- I Spanien supplerede den nationale finansiering EFRU ud over den obligatoriske støtteberettigelsesperiode: F.eks. blev et projekt, som vi reviderede (**bilag III**), og som blev medfinansieret af EFRU for 2014-2020, anmeldt som EU-finansieret indtil 31.12.2023, mens de resterende aktiviteter i 2024 blev finansieret af nationale midler.
- I Malta forventes et projekt, der oprindeligt var planlagt til at skulle finansieres med midler fra genopretnings- og resiliensfaciliteten, at blive gennemført enten ved hjælp af nationale midler eller med støtte fra EFRU for 2021-2027.
- I Polen blev et projekt, som vi reviderede (**bilag III**), finansieret med de resterende midler fra Den Europæiske Socialfond for 2014-2020 inden udløbet af støtteberettigelsesperioden for at maksimere deres anvendelse (**tekstboks 5**).



## Tekstboks 5

### E-Konsylium-projektet i Polen

På grundlag af en eksisterende platform (finansieret af nationale midler) blev der med projektet oprettet en tjeneste for fjernkardiologikonsultationer med deltagelse af 4 specialiserede hospitaler, 20 distriktshospitaler og 80 primære sundhedscentre.

Ifølge de myndigheder, vi interviewede i Polen, tiltrak projektet stor interesse, fordi lægerne selv længe havde rapporteret om behovet for en sådan tjeneste. Så snart de nødvendige midler er til rådighed, vil der blive iværksat et andet projekt, der skal dække fem specialiseringer: lungesygdomme, hæmatologi, onkologi, kardiologi og sjældne sygdomme hos børn.

*Kilde:* Revisionsretten baseret på vores analyse af dokumenter fra de nationale myndigheder.

### EU-midler, der matcher medlemsstaternes behov



**15** ud af 18 medlemsstater angav, at **EU-midlerne opfyldte deres behov og prioriteter.**

*Medlemsstaternes svar på Revisionsrettens spørgeundersøgelse*

**50** Ifølge svarene på vores spørgeundersøgelse hævdede 15 ud af 18 medlemsstater, at EU-midlerne opfyldte deres behov og prioriteter. **Tekstboks 6** viser to eksempler, der illustrerer, hvordan EU-finansiering var afgørende for at fremskynde digitaliseringen af sundhedsydelser i medlemsstaterne.

## Tekstboks 6

### EU-finansieringens afgørende rolle i digitaliseringen af sundhedsydelse

- EU-finansieringen bidrog til at overvinde de finansielle begrænsninger i de nationale budgetter: En medlemsstat, der besvarede vores spørgeundersøgelse, forklarede, at statsbudgettet for investeringer i digitalisering af sundhedsydelse var relativt lille, så udviklingen af e-sundhedsløsninger blev hovedsagelig finansieret af EU-programmer.
- EU-finansieringen fremmede gennemførelsen: Under vores besøg i Malta forklarede myndighederne, at nogle relevante projekter ikke ville være blevet gennemført uden EU-finansiering. Finansieringen gav yderligere fordele såsom procedurmæssige garantier (f.eks. udbudsregler og kontraktmæssige frister, der skal overholdes), anvendelse af internationale standarder og et nationalt engagement i reformprocessen.

*Kilde:* Revisionsretten baseret på vores analyse af medlemsstaternes svar på vores spørgeundersøgelse og den dokumentation, som de nationale myndigheder fremlagde under vores besøg.

**51** Alle de projekter, vi reviderede i de tre udvalgte medlemsstater (*bilag III*), bidrog til digitaliseringen af sundhedsydelse:

- I Spanien støttede de telemedicin, fjernovervågning af kroniske sygdomme, e-recepter, patienters konsultationer af medicinske billeder via internettet og brug af standardiseret terminologi.
- I Malta finansierede de højteknologisk onkologisk udstyr, digital diagnosticering, dataindsamling, elektroniske patientjournaler og medicinsk udstyr, der overfører data til e-sundhedssystemerne.
- I Polen støttede de oprettelse af en national elektronisk sundhedsplatform, digitalisering af hospitaler og deres forbindelse til den nationale platform samt telekonsultation.

### Hindringer, som nogle medlemsstater støder på, når de anvender EU-midler til digitalisering af sundhedsydelse

**52** Vi analyserede svarene på vores spørgeundersøgelse, den dokumentation, vi indsamlede under vores besøg, og referaterne fra e-sundhedsnetværket og konstaterede, at medlemsstaterne støder på hindringer, når de anvender og forvalter EU-midler til digitalisering af sundhedsydelse. *Figur 8* opsummerer de største hindringer, som medlemsstaterne støder på, når de anvender EU-midler til digitalisering af deres sundhedssystemer.

## Figur 8 - De største hindringer, som medlemsstaterne støder på, når de anvender EU-midler til digitalisering af sundhedsydelser



*Kilde:* Revisionsretten, baseret på svar på vores spørgeundersøgelse, besøg i medlemsstaterne og e-sundhedsnetværkets referater.

**53** En udfordring, der blev nævnt af fem respondenter i vores spørgeundersøgelse, vedrørte den administrative byrde, der er forbundet med ansøgning om, korrekt anvendelse af og rapportering om EU-midler. Dette skyldes til dels, at EU-finansieringen er spredt over forskellige programmer, som hver især har specifikke regler og forskellige forvaltningsordninger (*tabel 3*), hvilket komplicerer ansøgnings- og fondsforvaltningsprocessen.

Tabel 3 - Forskelle i programforvaltningen

Tredje sundhedsprogram, EU4Health, Horisont 2020, Horisont Europa, Connecting Europe-faciliteten, programmet for et digitalt Europa	Den Europæiske Fond for Regionaludvikling, genopretnings- og resiliensfaciliteten
<p>Gennemføres gennem årlige indkaldelser.</p> <p>For at modtage finansiering under disse EU-programmer skal medlemsstaterne indsende et forslag som led i indkaldelsen for hvert af de programmer, de er interesserede i.</p>	<p>Baseret på flerårig programmering.</p> <p>I begyndelsen af programmeringsperioden udarbejder medlemsstaterne planer, som derefter godkendes af Kommissionen (EFRU) eller Rådet (genopretnings- og resiliensfaciliteten). De gennemfører planerne gennem projekter, som de selv udvælger i løbet af perioden.</p> <p>Finansieringen forvaltes på vidt forskellige måder under disse to instrumenter. <i>Bilag IV</i> opsummerer de største forskelle mellem EFRU og genopretnings- og resiliensfaciliteten.</p>

Kilde: Revisionsrettens analyse af Kommissionens dokumenter.

**54** Vi konstaterede, at der også var udfordringer, som skyldtes parallel udvikling af EU-finansieringsinstrumenter. F.eks. blev EFRU-forordningerne vedtaget i midten af 2021, hvor medlemsstaterne også var involveret i gennemførelsen af genopretnings- og resiliensfaciliteten<sup>16</sup>. Dette var problematisk, ikke blot fordi instrumenterne blev programmeret meget tæt på hinanden, men også fordi programmeringen - som én respondent også påpegede - fandt sted på et tidspunkt, hvor de nationale embedsmænd var mere fokuseret på at bekæmpe pandemien end på at sikre finansiering til nye digitaliseringsprojekter.

**55** En anden hindring vedrørte national medfinansiering. To af de medlemsstater, der besvarede vores spørgeundersøgelse, fremhævede, at det var en udfordring at have den nødvendige nationale medfinansiering til rådighed for den pågældende periode på grund af den årlige cyklus i den nationale finansielle planlægning. Virkningen af de nationale begrænsninger blev også bekræftet af e-sundhedsnetværket i 2022, hvor nogle medlemsstater nævnte begrænsede nationale ressourcer som nogle af de vanskeligheder, der var med at opnå national medfinansiering, mens andre nævnte manglen på nationale ressourcer som en hindring for deltagelse i fælles aktioner.

<sup>16</sup> Revisionsrettens [analyse 01/2023](#), punkt 45-47.

**56** Blandt udfordringerne forbundet med at anvende EU-midler nævnte to respondenter også utilstrækkelig administrativ kapacitet. Under vores besøg bekræftede Spanien, at de mange mulige kilder til EU-finansiering gjorde det vanskeligt - især for små enheder med begrænsede ressourcer - at fuldføre de administrative skridt i forbindelse med ansøgning om og forvaltning af projekterne.

### **Kommissionen overvåger medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser, men har ikke noget omfattende overblik over deres anvendelse af EU-midler**

**57** Vi vurderede, om Kommissionens overvågningsramme:



- giver rettidige, relevante og sammenlignelige oplysninger, så medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser kan overvåges
- gør det muligt at overvåge medlemsstaternes anvendelse af EU-midler, der støtter digitalisering af sundhedsydelser.

### **Kommissionen overvåger medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser, men der er mangler i overvågningen**

**58** Vi forventede, at Kommissionen overvåger fremskridtene inden for medlemsstaternes digitalisering af sundhedsydelser ved at anvende rettidige, relevante og sammenlignelige indikatorer, og at den rapporterer om disse fremskridt. Vi undersøgte Kommissionens indikatorer, underliggende metoder og rapporter, som beskrevet i punkt [08-12](#).

**59** Kommissionen overvåger medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser gennem to hovedkilder i forbindelse med politikprogrammet for det digitale årti 2030: [benchmarket for e-forvaltning](#) (siden 2022) og [e-sundhedsindikatoren for det digitale årti](#) (siden 2023). Disse indikatorer er baseret på forskellige metoder og dækker forskellige aspekter ([figur 9](#)).

**Figur 9 - De vigtigste karakteristika ved benchmarket for e-forvaltning og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti**

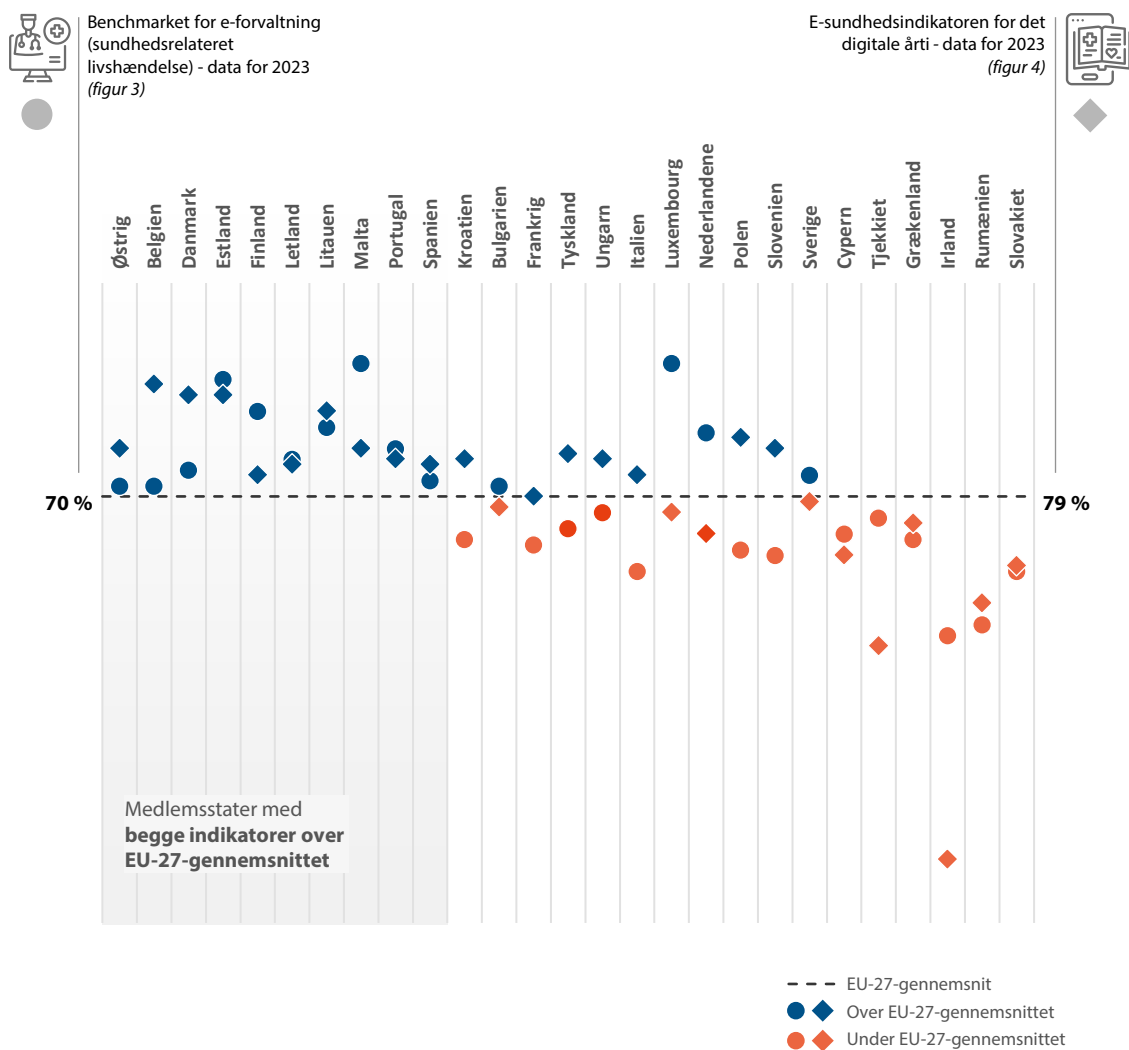
	 <b>Benchmarket for e-forvaltning (sundhedsrelateret livshændelse)</b>	 <b>E-sundhedsindikatoren for det digitale årti</b>
<b>Formål</b>	Vurdering af den overordnede modenhed af de digitale offentlige tjenester, der leveres af de offentlige myndigheder i sundhedssektoren set fra en kundes synspunkt	Overvågning af medlemsstaternes fremskridt med hensyn til at nå målet om, at 100 % af EU-borgerne skal have online adgang til deres elektroniske patientjournaler senest i 2030
<b>Hyppeghed</b>	Hvert andet år	Årligt
<b>Første ansøgning</b>	2022 (dækker 2021)	2023 (dækker 2022)
<b>Metode</b>	Dækker fire dimensioner bestående af 14 underliggende indikatorer  Vurderer syv e-sundhedstjenester	Sammensat af 12 delindikatorer
<b>Dataindsamling</b>	Baseret på mystery shopping (test af tjenester og produkter ved at udgive sig for at være en almindelig kunde) og automatiserede værktøjer (onlinetest af websteder)	Baseret på medlemsstaternes svar på en onlinespørgeundersøgelse, som Kommissionen har kontrolleret gennem opfølgende anmodninger om præciseringer

*Kilde:* Revisionsrettens analyse af relevant dokumentation om benchmarket for e-forvaltning og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti.

**60** Begge indikatorer tildeler medlemsstaterne scorer. Da de imidlertid er forskellige med hensyn til anvendelsesområde og metode, er de ikke sammenlignelige<sup>17</sup>. Ved fremlæggelsen af resultaterne af de to overvågningssystemer rangordnede vi derfor ikke medlemsstaterne ved hjælp af en samlet score, men vurderede, om de lå over eller under EU-gennemsnittet for hver indikator (*figur 10*).

<sup>17</sup> Europa-Kommissionen, *eGovernment Benchmark 2024*, baggrundsrapport, fodnote 6, s. 54.

**Figur 10 - Medlemsstaternes placering over eller under EU-gennemsnittet ved brug af benchmarket for e-forvaltning for 2024 og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti for 2024, som begge dækker 2023**



**Bemærkning:** EU-27-gennemsnittet for benchmarket for e-forvaltning blev genberegnet af Revisionsretten uden at medtage landene uden for EU (Albanien, Island, Moldova, Montenegro, Nordmakedonien, Norge, Serbien, Schweiz, Tyrkiet og Ukraine).

**Kilde:** Revisionsretten på grundlag af benchmarket for e-forvaltning for 2024 og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti for 2024.

**61** Vi sammenlignede resultaterne for de to år, der var tilgængelige for hver indikator: 2021 og 2023 for benchmarket for e-forvaltning og 2022 og 2023 for e-sundhedsindikatoren for det digitale årti (*tabel 4*). Vi konstaterede, at selv om de fleste medlemsstater havde gjort fremskridt, var scorerne for nogle af dem faldet. Hvad angår e-sundhedsindikatoren for det digitale årti forklares det i rapporten, at dette hovedsagelig skyldes mere nøjagtig rapportering. Hvad angår benchmarket for e-forvaltning redegøres der ikke for årsagerne, hvilket gør det vanskeligere at forstå ændringerne i scorerne.



**Tabel 4 - Sammenligning af benchmarket for e-forvaltning og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti for de to tilgængelige år**

Medlemsstat	Benchmarket for e-forvaltning (sundhedsrelateret livshændelse)			E-sundhedsindikatoren for det digitale årti		
	2021	2023	Ændring	2022	2023	Ændring
Østrig	65	72	↗	88	88	↔
Belgien	75	72	↘	85	100	↗
Bulgarien	49	72	↗	77	77	↔
Cypern	43	63	↗	70	68	↘
Tjekkiet	62	66	↗	47	51	↗
Tyskland	68	64	↘	71	87	↗
Danmark	79	75	↘	96	98	↗
Estland	93	92	↘	89	98	↗
Grækenland	53	62	↗	61	74	↗
Spanien	79	73	↘	83	85	↗
Finland	81	86	↗	90	83	↘
Frankrig	59	61	↗	54	79	↗
Kroatien	51	62	↗	86	86	↔
Ungarn	55	67	↗	80	86	↗
Irland	38	44	↗	0	11	↗
Italien	56	56	↔	71	83	↗
Litauen	80	83	↗	92	95	↗
Luxembourg	97	95	↘	67	76	↗
Letland	68	77	↗	79	85	↗
Malta	91	95	↗	78	88	↗
Nederlandene	84	82	↘	69	72	↗
Polen	48	60	↗	86	90	↗
Portugal	70	79	↗	63	86	↗
Rumænien	33	46	↗	57	59	↗
Sverige	61	74	↗	70	78	↗
Slovenien	52	59	↗	80	88	↗
Slovakiet	53	56	↗	45	66	↗

*Kilde:* Europa-Kommissionen, [eGovernment Benchmark 2022](#), baggrundsrapporten, figur 4.1, s. 48, [Digital Decade 2024: eGovernment Benchmark](#), baggrundsrapporten, figur 4.1 og 4.2, s. 54-55, [Digital Decade e-Health indicators development](#), figur 1, s. 4, [Digital Decade 2024: eHealth Indicator Study](#), hovedrapporten, s. 11.

**62** Benchmarket for e-forvaltning og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti dækker ikke de samme e-sundhedstjenester, men de har nogle aspekter til fælles. E-sundhedsindikatoren for det digitale årti fokuserer udelukkende på borgernes onlineadgang til deres elektroniske patientjournaler, selv om dette kun er en af de tjenester, der er omfattet af benchmarket for e-forvaltning (*figur 11*).

**Figur 11 - E-sundhedstjenester, der er omfattet af benchmarket for e-forvaltning og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti**



*Kilde:* Revisionsretten på grundlag af benchmarket for e-forvaltning og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti.

**63** Vi undersøgte metoden og konstaterede, at benchmarket for e-forvaltning for 2024 - der dækker 2023 - analyserer yderligere to aspekter (levering af mobile tjenester og direktivet om webtilgængelighed), som også er dækket af e-sundhedsdelindikator 6 og 12 for det digitale årti (i den relevante kolonne i [figur 11](#)). Ikke desto mindre er der tale om to forskellige analyser:

- E-sundhedsindikatoren for det digitale årti anvender selvrapporteringsdata fra medlemsstaterne til at vurdere begge aspekter.
- Benchmarket for e-forvaltning vurderer begge aspekter ved hjælp af direkte test.

**64** Vi konstaterede mangler i rapporteringen om e-sundhedsindikatoren for det digitale årti for Spanien og Malta ([tekstboks 7](#)). Manglerne vedrørte nøjagtigheden af de afgivne oplysninger i det ene tilfælde og scoretildelingsmetoden i det andet. I det første tilfælde havde Kommissionen ikke tilstrækkelig kontrol til at opdage ukorrekte oplysninger. I det andet tilfælde afspejlede den anvendte scoretildelingsmetode ikke forskellene mellem landene.

## Tekstboks 7

### Mangler i rapporteringen om e-sundhedsindikatoren for det digitale årti

Oplysningernes nøjagtighed. Ifølge [Kommissionens rapport](#) fra 2023 leverer de fleste offentlige og private sundhedsaktører i Spanien relevante sundhedsdata til de regionale adgangstjenester. De spanske myndigheder bekræftede imidlertid under vores besøg, at den nuværende retlige ramme for e-sundhed kun finder anvendelse på data og aktører, der henholdsvis forekommer og agerer inden for det nationale offentlige sundhedssystem. Privatdrevne sundhedstjenester og relaterede data er ikke omfattet af obligatorisk digitalisering. Patienterne kan have adgang til de digitale tjenester, som de private aktører leverer via deres egne webportaler, men disse data er ikke tilgængelige for de offentlige sundhedsmyndigheder. Kommissionen korrigerede disse oplysninger i rapporten<sup>18</sup> fra 2024 og forklarede, at private sundhedstjenesteydere ikke leverer data til onlineadgangstjenesten for elektroniske patientjournaler.

Scoretildelingsmetode. Både Malta og Polen fik den højeste score med hensyn til tilgængelighed af e-recepter (delindikator 3 i den relevante kolonne i [figur 11](#)). I Polen skulle recepter udstedes elektronisk i alle tilfælde. Under vores revision konstaterede vi imidlertid, at der i Malta kun var mulighed for e-recepter for lægemidler, der blev ordineret til visse kroniske sygdomme og leveret gratis via en national ordning. I Kommissionens rapport fra 2024, som dækker 2023, fik Malta alligevel den højeste score med hensyn til tilgængelighed af e-recepter<sup>19</sup>.

*Kilde:* Revisionsrettens analyse af resultaterne af e-sundhedsindikatoren for det digitale årti for Spanien, Malta og Polen.

### Hverken Kommissionen eller de fleste medlemsstater har et omfattende overblik over de EU-midler, der anvendes til digitalisering af sundhedsydelser

**65** Eftersom det i sidste ende er Kommissionen, der er ansvarlig for gennemførelsen af EU-budgettet, forventede vi, at den havde et system til at overvåge de EU-midler, som medlemsstaterne anvender til digitalisering af deres sundhedssystemer. For at vurdere dette undersøgte vi databaser og rapporter offentliggjort af Kommissionen og analyserede svarene på vores spørgeundersøgelse og den dokumentation, der var indsamlet i de udvalgte medlemsstater.

<sup>18</sup> Europa-Kommissionen, *Digital Decade 2024: eHealth Indicator Study*, bilaget med landefaktablade, s. 105 og 108/121.

<sup>19</sup> Europa-Kommissionen, *Digital Decade 2024: eHealth Indicator Study*, bilaget med landefaktablade, s. 79 og 87/121.



8 ud af 19 medlemsstater angav, at de havde et **overblik over de EU-midler, der blev anvendt** til at støtte digitaliseringen af deres sundhedssystemer.

*Medlemsstaternes svar på Revisionsrettens spørgeundersøgelse*

**66** Som svar på vores spørgeundersøgelse angav kun 8 ud af 19 medlemsstater, at de havde et overblik over omfanget af den EU-finansiering, der blev anvendt til at støtte digitaliseringen af deres sundhedssystemer. Af disse otte henviste én kun til EU4Health-finansieringen, og én forklarede, at den kun havde et overblik over de projekter, hvor sundhedsministeriet var involveret, da ministeriet generelt ikke er bekendt med den EU-støtte, som regionerne har anmodet om, medmindre det selv er involveret.

**67** Dette aspekt blev bekræftet, da vi bad de udvalgte medlemsstater om at give os et overblik over den EU-finansiering, de havde modtaget til digitalisering af sundhedsydelse, og en liste over relevante projekter. Medlemsstaterne skulle udvælge projekterne manuelt, fordi de ofte ikke havde nogen specifik klassificeringsmetode (f.eks. ved hjælp af en kode) til at identificere dem som sådanne - de blev ofte placeret i meget bredere kategorier og markeret som f.eks. "digitale" eller "sundhedsmæssige" projekter.

**68** Vi konstaterede, at medlemsstaterne rapporterer til Kommissionen om fremskridtene af deres EU-finansierede projekter og om anvendelsen af EU-midler som led i rapporteringsmekanismen for EU's finansieringsprogrammer. Medlemsstaterne fremsender disse finansielle data til forskellige tjenestegrene i Kommissionen afhængigt af, hvilket GD der er ansvarligt for det pågældende EU-program (*figur 5*). Hvert GD har et overblik over de ressourcer, der tildeles og udbetales under de EU-programmer, de forvalter. For så vidt angår GD REGIO er disse data offentligt tilgængelige på [den åbne dataplatform for samhørighedsområdet](#).

**69** Som Kommissionen har erkendt, gør de mange finansieringsinstrumenter, projekter og støttemodtagere på tværs af EU-programmer situationen meget kompleks. Medlemsstaternes myndigheder og andre offentlige og private enheder deltager på forskellige niveauer på tværs af EU-programmer gennem delt eller direkte forvaltning, direkte tilskud, konkurrencebaserede indkaldelser, lån og forskningsprojekter. Desuden er digitalisering af sundhedssystemerne ofte et horisontalt spørgsmål, der indgår i flere tiltag eller på tværs af sektorer. På grund af denne kompleksitet har hverken Kommissionen eller de fleste af de medlemsstater, der anvender EU-midler som led i deres nationale sundhedsrelaterede digitaliseringsstrategier, et omfattende overblik over alle de EU-midler, som de enkelte medlemsstater anvender til digitalisering af deres sundhedssystemer.

## Konklusioner og anbefalinger

**70** Vi konstaterede, at Kommissionen i betragtning af sit mandat generelt støttede digitaliseringen af medlemsstaternes sundhedssystemer på effektiv vis. EU's politikramme til støtte for digitalisering af sundhedsydelser var hovedsagelig baseret på blød lovgivning. Covid-19-pandemien viste betydningen af e-sundhed og samarbejde på tværs af EU. Dette førte til vedtagelsen af bindende afgørelser og forordninger, som har styrket EU's politikramme for digitalisering af sundhedsydelser (punkt [24-30](#)).

**71** Virkningen af EU's politikramme på medlemsstaterne afhæng af deres frivillige engagement. Dette blev påvirket af politiske prioriteter, parathed til at indføre digitale løsninger og udfordringerne under processen (punkt [31-38](#)).

**72** EU ydede teknisk og finansiel støtte til medlemsstaterne for at lette digitaliseringen af deres sundhedssystemer. Denne støtte blev finansieret af flere EU-programmer, der blev forvaltet af forskellige generaldirektorater og gennemført under forskellige forvaltningsformer. Kommissionen anvendte hovedsagelig e-sundhedsnetværket til at vejlede om de EU-programmer, der tilbyder finansiel og teknisk støtte til digitalisering af sundhedsydelser (punkt [40-44](#)).

**73** Ifølge medlemsstaterne matchede EU-støtten deres behov. Vi konstaterede desuden, at alle de projekter, vi reviderede, bidrog til digitaliseringen af sundhedsydelser i de medlemsstater, vi besøgte. Reglerne for ansøgning om støtte - og for gennemførelse af de finansierede foranstaltninger - varierede imidlertid mellem de forskellige EU-programmer. Dette gjorde det vanskeligt for medlemsstaterne at identificere de disponible EU-midler og skabte hindringer for medlemsstaterne, når de ansøgte om finansiering (punkt [45-56](#)).

**74** Kommissionen overvåger medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser gennem to hovedkilder i forbindelse med politikprogrammet for det digitale årti 2030: benchmarket for e-forvaltning (siden 2022) og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti (siden 2023). Disse indikatorer er baseret på forskellige metoder og har forskellige formål, men begge dækker aspekter vedrørende adgangen til elektroniske patientjournaler. Vi konstaterede, at der var mangler i rapporteringen om e-sundhedsindikatoren for det digitale årti. Vi konstaterede også, at rapporteringen om benchmarket for e-forvaltning ikke indeholdt oplysninger om årsagerne til variationer i landescorerne fra det ene år til det andet (punkt [58-64](#)).

## Anbefaling 1 - Forbedre rapporteringen om benchmarket for e-forvaltning og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti

---

For at øge nøjagtigheden af de oplysninger, der gives til interessenterne, bør Kommissionen forbedre rapporteringen om benchmarket for e-forvaltning og e-sundhedsindikatoren for det digitale årti ved at afklare begrænsningerne ved samt forskellene og komplementariteten mellem de to værktøjer.

**Måldato for gennemførelsen: juli 2026**

**75** Kommissionens nuværende finansielle overvågningsramme giver for hvert finansieringsprogram et overblik over de EU-midler, som medlemsstaterne anvender til digitalisering af deres sundhedssystemer. Dog har hverken Kommissionen eller de fleste medlemsstater et omfattende overblik over alle de EU-midler, som de enkelte medlemsstater anvender til digitalisering af deres sundhedssystemer. Det er derfor vanskeligt at fastslå omfanget af EU's finansielle støtte i medlemsstaterne (punkt [65-69](#)).

## Anbefaling 2 - Forbedre rapporteringen om anvendelsen af EU-midler til digitalisering af sundhedsydelse

---

Kommissionen bør forbedre de oplysninger, den giver offentligheden om anvendelsen af EU-midler til digitalisering af sundhedsydelser, ved at levere en oversigt på EU- og medlemsstatsniveau på tværs af de forskellige finansieringsprogrammer.

**Måldato for gennemførelsen: 2026**

Vedtaget af Afdeling I, der ledes af Joëlle Elvinger, medlem af Revisionsretten, i Luxembourg på mødet den 9. oktober 2024.

*For Revisionsretten*

Tony Murphy  
*Formand*



# Bilag

## Bilag I - Centrale EU-initiativer, som fremmer e-sundhed

År	Milepæl
1999	Meddelelse: "eEurope - Et informationsfund for alle"
2000	Meddelelse: "eEurope 2002 - Handlingsplan"
2002	Meddelelse: "eEurope 2005 - Handlingsplan"
2004	Meddelelse: "Handlingsplan for et europæisk e-sundhedsområde"
2007	Handlingsplan på e-sundhedsområdet: IKT-løsninger til patienter, lægetjenester og betalingsinstitutioner (bilag til "Et lead market-initiativ for Europa")
2008	Meddelelse: "Telemedicin til gavn for patienter, sundhedssystemer og samfundet"
2010	Meddelelse: "En digital dagsorden for Europa"
2011	Direktiv om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser (direktivet om grænseoverskridende sundhedsydelser)
2012	Meddelelse: "Handlingsplan for e-sundhed 2012-2020 - et innovativt sundhedsvæsen i det 21. århundrede"
2015	Meddelelse: "En strategi for et digitalt indre marked i EU"
2018	Meddelelse: "Enabling the digital transformation of health and care in the Digital Single Market"
2019	Kommissionens henstilling om et europæisk format for udveksling af elektroniske patientjournaler
2021	Det digitale kompas 2030: Europas kurs i det digitale årti (meddelelse om det digitale kompas)
2022	Meddelelse: "A European Health Data Space: harnessing the power of health data for people, patients and innovation"
2022	Forslag til Europa-Parlamentets og Rådets forordning om det europæiske sundhedsdataområde (forordningen om det europæiske sundhedsdataområde)
2022	Afgørelse om etablering af politikprogrammet for det digitale årti 2030
2023	Europæisk erklæring om digitale rettigheder og principper for det digitale årti

Kilde: Revisionsrettens analyse af EU-dokumentation.

## Bilag II - Indhold af den spørgeundersøgelse, der er sendt til medlemsstaterne

Nr.	Spørgsmål
<i>EU's ramme for digitalisering af sundhedsydelser</i>	
1	Mener I, at EU's politikramme er hensigtsmæssig med hensyn til at støtte medlemsstaterne i digitaliseringen af deres sundhedssystemer?
2	Har I anvendt værktøjer og tiltag, der er indført på EU-plan, til digitaliseringen af jeres sundhedssystemer?
<i>Medlemsstaternes strategier for digitalisering af sundhedsydelser</i>	
3	Har jeres land vedtaget en national strategi for digitalisering af sundhedsydelser?
4	Har jeres land vedtaget regionale strategier for digitalisering af sundhedsydelser?
<i>Ansvarlige myndigheder</i>	
5	Har jeres land udpeget de myndigheder, der er ansvarlige for gennemførelsen af den nationale strategi for digitalisering af sundhedsydelser?
6	Har jeres land, hvis det er relevant, udpeget de myndigheder, der er ansvarlige for gennemførelsen af de regionale strategier for digitalisering af sundhedsydelser?
<i>Mål for digitalisering af sundhedsydelser</i>	
7	Har jeres land fastsat nationale mål for digitalisering af sundhedsydelser?
8	Er de nationale mål i overensstemmelse med EU's frivillige og bindende digitale mål for digitalisering af sundhedsydelser?
9	Hvis det er relevant, har jeres land da fastsat regionale mål for digitalisering af sundhedsydelser?
10	Er de regionale mål på linje med de nationale og EU's digitale mål?
<i>Handlingsplaner for digitalisering af sundhedsydelser</i>	
11	Har jeres land vedtaget handlingsplaner med henblik på at gennemføre de nationale strategier for digitalisering af sundhedsydelser og nå de nationale mål?
12	Har jeres land, hvis det er relevant, vedtaget handlingsplaner for digitalisering af sundhedsydelser på regionalt plan?
13	Angiver handlingsplanerne, hvilke foranstaltninger (investeringer og reformer) der er nødvendige for at gennemføre strategierne og nå målene?

Nr.	Spørgsmål
14	Angiver handlingsplanerne de finansieringskilder (på nationalt plan og EU-plan), der er nødvendige for at gennemføre foranstaltningerne?
15	Er der foranstaltninger i handlingsplanerne, som ikke er blevet gennemført?
<i>Finansiering af digitalisering af sundhedsydelse</i>	
16	Har jeres land brugt EU-midler til at finansiere digitaliseringen af jeres sundhedssystemer?
17	Opfylder EU's finansieringsprogrammer jeres lands behov og prioriteter?
<i>Overvågning af og rapportering om digitalisering af sundhedsydelse</i>	
18	Overvåger jeres land fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelse, herunder gennemførelsen af de nationale/regionale strategier, gennemførelsen af handlingsplanerne og opfyldelsen af de nationale/regionale mål?
19	Har jeres land et overblik over de EU-beløb, der er anvendt til at støtte digitaliseringen af sundhedsydelse siden jeres første strategi/handlingsplan?
20	Deler jeres land resultaterne af sin overvågning med Kommissionen?
21	Gør jeres land resultaterne af sin overvågning offentligt tilgængelige?
<i>Elektroniske patientjournaler (EPJ'er)</i>	
22	Har jeres land indført et nationalt system for elektroniske patientjournaler?
23	Har jeres land anvendt tekniske retningslinjer fra e-sundhedsnetværket til at implementere sit nationale system for elektroniske patientjournaler?
24	Hvad er den omtrentlige procentdel af patienter, der har haft adgang til deres elektroniske patientjournaler i jeres land inden for de seneste 3 år (2020-2022)?
25	Har EU-finansierede projekter bidraget til de fremskridt, der er gjort inden for elektroniske patientjournaler i jeres land?
26	Hvad er de største udfordringer og muligheder med hensyn til brug af elektroniske patientjournaler i jeres land?
<i>E-recepter</i>	
27	Har jeres land indført et nationalt system for e-recepter?
28	Har jeres land anvendt tekniske retningslinjer fra e-sundhedsnetværket til at implementere sit nationale system for e-recepter?
29	Hvad er den omtrentlige procentdel af e-recepter (ud af det samlede antal recepter), der er udskrevet i jeres land inden for de seneste 3 år (2020-2022)?

Nr.	Spørgsmål
30	Har EU-finansierede projekter bidraget til de fremskridt, der er gjort inden for e-recepter i jeres land?
31	Hvad er de største udfordringer og muligheder med hensyn til brug af e-recepter i jeres land?
<i>Telemedicin/telekonsultation</i>	
32	Har jeres land indført et nationalt system for telemedicin/telekonsultation?
33	Har jeres land anvendt europæiske retningslinjer/meddelelser/bedste praksis til at implementere jeres system for telemedicin/telekonsultation?
34	Hvad er den omtrentlige procentdel af patienter, der har anvendt telemedicin-/telekonsulentttjenester i jeres land inden for de seneste 3 år (2020-2022)?
35	Har EU-finansierede projekter bidraget til de fremskridt, der er gjort inden for telemedicin/telekonsultation i jeres land?
36	Hvad er de største udfordringer og muligheder med hensyn til brug af telemedicin/telekonsultation i jeres land?

### Bilag III - Liste over reviderede projekter

Medlemsstat	EU-program	Projektbeskrivelse	Beløb i alt (millioner euro)	EU- bidrag (millioner euro)
Malta	EFRU	Komponent vedrørende elektroniske patientjournalssystemer: at oprette et elektronisk patientjournalssystem til den primære sundhedssektor	2,17	1,74
		Komponent vedrørende nationale elektroniske patientjournaler: at gennemføre systemet for nationale elektroniske patientjournaler	1,44	1,15
Malta	EFRU	At installere kritisk medicinsk udstyr på et hospital med henblik på at indsamle data og overføre dem til e-sundhedstjenestesystemerne	1,30	1,11
Malta	Genopretnings- og resiliensfaciliteten	At installere en ny Magnetic Resonance Linear Accelerator-maskine på en onkologisk afdeling på et hospital	21,50	18,27
Malta	Genopretnings- og resiliensfaciliteten	At installere ny software og specialiseret hardware og oprette en ny onlinelagringsplatform på en afdeling for histopatologi for at flytte kræftdiagnosticering fra et analogt til et digitalt system.	2,93	2,49
Malta	Tredje sundhedsprogram	At etablere rutinemæssig dataindsamling inden for sygelighedsstatistik fra administrative kilder (i stedet for fra spørgeundersøgelser)	0,03	0,02
Polen	EFRU	At oprette en elektronisk platform med digitale tjenester (e-recepter osv.), der gør det muligt for offentlige forvaltninger og borgere at indsamle, analysere og dele digitale sundhedsdata.	36,38	30,79

Medlemsstat	EU-program	Projektbeskrivelse	Beløb i alt (millioner euro)	EU-bidrag (millioner euro)
Polen	EFRU	At forbinde 52 hospitaler med P1-plattformen med fokus på tre tjenester: udveksling af elektronisk medicinsk dokumentation, elektronisk registrering på hospitalerne og interne hospitalshenvisninger af patienter til test.	33,79	28,11
Polen	EFRU	At udvide hospitalets IT-systemer/digitale systemer, så de kan koble sig til P1-plattformen.	1,50	1,50
Polen	EFRU	At implementere et IT-/digitaliseringssystem på hospitalet og udvide det til fire regionale lægecentre, så de kan blive forbundet med hospitalssystemet.	1,79	1,43
Polen	ESF	At forbinde 104 partnere (fire specialiserede hospitaler, 20 distriktshospitaler og 80 primære sundhedscentre) med henblik på onlinekonsultationer inden for kardiologi	4,35	3,66
Spanien	Støtteprogrammet for strukturreformer	At opbygge kapacitet og viden om gennemførelse af telemedicinprogrammer inden for primær sundhedspleje - med fokus på landdistrikter - i Castilla La Mancha og Catalonien	0,29	0,29
Spanien	EU4Health	At dække af en del af medlemskontingentet til "SNOMED Clinical Terms", en samling af medicinske udtryk med koder, synonymer og definitioner, der kan behandles elektronisk, og som anvendes i klinisk dokumentation og rapportering.	0,66	0,53

Medlemsstat	EU-program	Projektbeskrivelse	Beløb i alt (millioner euro)	EU- bidrag (millioner euro)
Spanien	Genopretnings- og resiliensfaciliteten	Modulet for nye interoperable elektroniske recepttjenester: at give tilladelse til udlevering af lægemidler i en anden selvstyrende region end den, hvor det blev ordineret, ad elektronisk vej, uden at det er nødvendigt at fremvise en recept på papir	2,37	2,37
Spanien	EFRU	At indføre et informationssystem, der gør det muligt for borgerne at se deres medicinske billeder (dvs. fra radiografi, tomografi, ultralyd osv.) via internettet.	0,27	0,22
Spanien	EFRU	At indføre en platform, der er fuldt dedikeret til behandling af kroniske lidelser, og at fremme fjernindsamling og standardiseret indsamling af biomålinger (fjernovervågning) for udskrevne patienter med komplekse problemer med hjertesvigt, diabetes, nyresvigt osv.	7,87	5,10

*Kilde:* Revisionsretten, baseret på dokumentation indsamlet under revisionen. Beløbene er i millioner euro og viser planlagte beløb.

## Bilag IV - De vigtigste forskelle mellem finansieringen under samhørighedspolitikken og genopretnings- og resiliensfaciliteten

Emne	Samhørighedspolitikken	Genopretnings- og resiliensfaciliteten
Formål	En langsigtet investeringspolitik, der har til formål at styrke den økonomiske og sociale samhørighed ved at mindske udviklingsforskellene mellem regionerne.	Et midlertidigt engangsinstrument, der hjælper medlemsstaterne til at komme på fode igen efter den økonomiske krise forårsaget af covid-19-pandemien ved at tilskynde til en bæredygtig vækst og opbygge modstandsdygtighed over for fremtidige chok.
Støtteberettigelsesperioder	For 2014-2020: 10 år (7+3). For 2021-2027: 9 år (7+2). Støtteberettigelsesperioden fortsætter efter udløbet af programmeringsperioden (+3 år for 2014-2020 og +2 år for 2021-2027), så udgifter kan anmeldes med henblik på godtgørelse efter programmeringsperiodens udløb.	6,5 år (februar 2020-august 2026). De aftalte milepæle og mål skal opfyldes i løbet af denne periode, og de relaterede betalinger kan foretages indtil udgangen af 2026. Kommissionen vil ikke foretage betalinger efter 2026.



Emne	Samhørighedspolitikken	Genopretnings- og resiliensfaciliteten
Forvaltningsmetode	<p>Kommissionen deler ansvaret med medlemsstaterne (delt forvaltning).</p> <p>Alle medlemsstater har ét koordineringsorgan på partnerskabsaftaleniveau. Hundrevis af nationale og regionale myndigheder er involveret i programmering, gennemførelse, overvågning og revision.</p> <p>Støttemodtagerne kan være offentlige eller private organer, enheder med eller uden status som juridisk person eller fysiske personer. De er ansvarlige for iværksættelsen og gennemførelsen af de operationelle programmer.</p>	<p>Kommissionen forvalter genopretnings- og resiliensfaciliteten direkte (direkte forvaltning).</p> <p>På medlemsstatsplan har en ledende myndighed ("koordinatoren for genopretnings- og resiliensfaciliteten") det overordnede ansvar og fungerer som det centrale kontaktpunkt for Kommissionen.</p> <p>Medlemsstaterne er de støttemodtagere, der er ansvarlige for gennemførelsen af foranstaltningerne i planerne. Ministerier eller regioner kan få til opgave at gennemføre projekter og aflægge rapport til koordinatoren om deres fremskridt.</p>

Emne	Samhørighedspolitikken	Genopretnings- og resiliensfaciliteten
Programmering	<p>En partnerskabsaftale på nationalt plan fastlægger for hver medlemsstat de strategiske retningslinjer for finansieringen og ordningerne for dens anvendelse.</p> <p>Et eller flere programmer med forskelligt tematisk eller geografisk anvendelsesområde fastsætter investeringsprioriteter.</p>	<p>Et enkelt dokument for hver medlemsstat (en national genopretnings- og resiliensplan) giver nærmere oplysninger om de investeringer og reformer, som støttes med tilskud og, hvor det er relevant, lån fra genopretnings- og resiliensfaciliteten.</p> <p>Kommissionen vurderer den nationale genopretnings- og resiliensplan og foreslår en gennemførelsesafgørelse, der skal vedtages af Rådet, og som fastsætter det samlede finansielle bidrag såvel som foranstaltninger og respektive milepæle og mål samt tilhørende udbetalinger.</p>
Programændringer	Disse skal kun vurderes og godkendes af Kommissionen.	Disse skal både vurderes af Kommissionen og godkendes af Rådet.
Støtte	Støttemodtagere modtager støtte via nationale og regionale myndigheder baseret på godtgørelser på projektniveau.	Central budgetstøtte i form af tilskud og lån direkte til medlemsstaterne. Gennemførelsen på nationalt plan kan ske på forskellige måder.

Emne	Samhørighedspolitikken	Genopretnings- og resiliensfaciliteten
Udbetalinger	Primært baseret på godtgørelse af faktisk afholdte omkostninger.	Medlemsstaterne skal fremlægge omkostningsoverslag, inden deres genopretnings- og resiliensplan vedtages, for at begrunde den finansielle tildeling, men senere betalinger under genopretnings- og resiliensfaciliteten er ikke knyttet til disse omkostninger. Udbetalingerne er baseret på en tilfredsstillende opfyldelse af milepæle og mål.
National medfinansiering	<p>Satserne varierer fra 15 % til 60 % afhængigt af fonden og udviklingsniveauet i den støttede region.</p> <p>Under ekstraordinære omstændigheder (f.eks. finanskrisen i 2008-2009 og covid-19-pandemien) kan der forekomme 100 % EU-finansiering.</p>	Ingen krav om medfinansiering.

Emne	Samhørighedspolitikken	Genopretnings- og resiliensfaciliteten
Frigørelse	Midlerne afsættes årligt ved periodens begyndelse til hver medlemsstat og går tabt, hvis de ikke bruges inden for tre år (for 2021-2026) og inden for to år (for 2027) efter forpligtelsen.	<p>Kommissionen skulle forpligte 70 % af tilskuddene inden udgangen af 2022 og de resterende 30 % og alle lån inden udgangen af 2023. Midler, der ikke er indgået forpligtelser for inden for disse frister, vil ikke blive tildelt.</p> <p>Alle milepæle og mål skal være opfyldt senest den 31. august 2026. Beløb, der ikke er udbetalt inden udgangen af 2026, vil blive frigjort.</p>
Medlemsstaternes rapportering til Kommissionen	<p>Finansielle data: fem gange om året.</p> <p>Præstationsdata, herunder data om fælles indikatorer: to gange om året.</p>	<p>Gennemførelse af milepæle og mål, ledsaget af dokumentation: ved hver betalingsanmodning (op til to gange om året).</p> <p>Oplysninger om fremskridt med gennemførelsen af kommende milepæle og mål: to gange om året (april, oktober).</p> <p>Data om fælles indikatorer: to gange om året (februar, august).</p>

Kilde: Revisionsrettens [analyse 01/2023](#).

## Forkortelser

**EFRU:** Den Europæiske Fond for Regionaludvikling

**eHDSI:** Digitaltjenesteinfrastrukturen for e-sundhed

# Glossar

**Delt forvaltning:** Metode til gennemførelse af EU-budgettet, hvor Kommissionen - modsat ved direkte forvaltning - delegerer opgaver til medlemsstaterne, men stadig har det endelige ansvar.

**Digitalisering:** Indførelse af digital teknologi og digitaliserede oplysninger i processer og opgaver.

**Direkte forvaltning:** Forvaltning af en EU-fond eller et EU-program varetaget af Kommissionen alene. Modsætning til delt forvaltning og indirekte forvaltning.

**E-sundhed:** Levering af sundhedsydelser ved hjælp af elektroniske midler.

**Interoperabilitet:** Et systems evne til at kommunikere og samarbejde med andre systemer, f.eks. ved udveksling af data.

**Patientresumé:** Sammenfattede patientjournaler med de væsentlige oplysninger, som sundhedspersoner har brug for til at kunne yde den bedst mulige behandling.

**Telemedicin:** Levering af sundhedsydelser ved hjælp af elektroniske midler, når sundhedspersoner og patienter befinder sig forskellige steder.

## Kommissionens svar

<https://www.eca.europa.eu/da/publications/sr-2024-25>

## Tidslinje

<https://www.eca.europa.eu/da/publications/sr-2024-25>

## Revisionsholdet

Revisionsrettens særberetninger præsenterer resultaterne af dens revisioner vedrørende EU-politikker og -programmer eller forvaltningsspørgsmål i forbindelse med specifikke budgetområder. Med henblik på at opnå maksimal effekt udvælger og udformer Revisionsretten sine revisionsopgaver under hensyntagen til de risici, der knytter sig til forvaltningens resultatopnåelse eller regeloverholdelsen, de pågældende indtægters eller udgifters omfang, den fremtidige udvikling samt den politiske og offentlige interesse.

Denne forvaltningsrevision blev udført af Afdeling I - Bæredygtig brug af naturressourcer, der ledes af Joëlle Elvinger, medlem af Revisionsretten. Revisionsarbejdet blev udført under ledelse af Joëlle Elvinger, medlem af Revisionsretten, med støtte fra kabinetschef Ildikó Preiss, attaché Paolo Pesce, de ledende administratorer Paul Stafford og Emmanuel Rauch, opgaveansvarlig Michela Lanzutti og revisorerne Dirk Neumeister, Malgorzata Frydel, Stéphane Gilson og Hajnalka Hertz-Faragó. Max Krecké ydede forskningsstøtte, Agata Sylwestrzak, Luis Ferrer López og Mark Smith ydede sproglig støtte, og Marika Meisenzahl ydede grafisk støtte.



*Fra venstre til højre:* Ildikó Preiss, Malgorzata Frydel, Michela Lanzutti, Dirk Neumeister, Joëlle Elvinger, Paolo Pesce, Emmanuel Rauch, Stéphane Gilson, Hajnalka Hertz-Faragó og Luis Ferrer López.



# MEDDELELSE OM OPHAVSRET

© Den Europæiske Union, 2024

Den Europæiske Revisionsrets politik for videreanvendelse er fastsat i [Revisionsrettens afgørelse nr. 6-2019](#) om den åbne datapolitik og videreanvendelse af dokumenter.

Medmindre andet er oplyst (f.eks. i individuelle meddelelser om ophavsret), er det af Revisionsrettens indhold, der ejes af EU, licenseret i henhold til [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](#). Det betyder, at videreanvendelse generelt er tilladt med korrekt angivelse af kilde og ændringer. Ved videreanvendelse af Revisionsrettens indhold må den oprindelige betydning eller det oprindelige budskab ikke fordrejes. Revisionsretten er ikke ansvarlig for eventuelle konsekvenser af videreanvendelsen.

Yderligere tilladelse skal indhentes, hvis specifikt indhold afbilder identificerbare privatpersoner, f.eks. på billeder af ansatte i Revisionsretten, eller omfatter tredjeparts værker.

Hvis en sådan tilladelse opnås, erstatter denne tilladelse ovenstående generelle tilladelse, og den skal klart anføre eventuelle begrænsninger i anvendelsen.

Tilladelse til at anvende eller gengive indhold, der ikke ejes af EU, skal eventuelt indhentes direkte hos indehaveren af ophavsretten.

Figur 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 og uddrag af medlemsstaternes svar på Revisionsrettens spørgeskema - ikoner: udformet ved anvendelse af ressourcer fra [Flaticon.com](#).

© Freepik Company S.L. Alle rettigheder forbeholdes.

Software og dokumenter, der er omfattet af industriel ejendomsret, såsom patenter, varemærker, registrerede design, logoer og navne, er ikke omfattet af Revisionsrettens videreanvendelsespolitik.

EU-institutionernes websteder på europa.eu-domænet har links til websteder uden for europa.eu-domænet. Da Revisionsretten ikke har kontrol over disse websteder, anbefales det at gennemse deres privatlivspolitik og ophavsretspolitik.

## Anvendelse af Revisionsrettens logo

Revisionsrettens logo må ikke anvendes uden Revisionsrettens forudgående samtykke.

HTML	ISBN 978-92-849-3283-2	ISSN 1977-5636	doi:10.2865/7708272	QJ-01-24-010-DA-Q
PDF	ISBN 978-92-849-3284-9	ISSN 1977-5636	doi:10.2865/4255862	QJ-01-24-010-DA-N

Covid-19-pandemien gjorde digitalisering af sundhedsydelser til en vigtigere del af vores tilværelse. Vi undersøgte, om Kommissionens foranstaltninger til støtte for medlemsstaternes digitalisering af deres sundhedssystemer var effektive. Vi konstaterede, at Kommissionen i betragtning af sit mandat generelt støttede medlemsstaterne effektivt. Efter covid-19-pandemien blev EU's politikramme styrket. Kommissionen gav medlemsstaterne vejledning om anvendelsen af EU-midler og overvågede deres fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser. Medlemsstaterne stødte imidlertid på hindringer, når de skulle anvende EU-midler, og hverken Kommissionen eller de fleste medlemsstater har et omfattende overblik over, hvordan midlerne anvendes. Vi anbefaler, at Kommissionen forbedrer sin rapportering om medlemsstaternes fremskridt inden for digitalisering af sundhedsydelser og om anvendelsen af EU-midler.

Særberetning fra Revisionsretten udarbejdet i medfør af artikel 287, stk. 4, andet afsnit, TEUF.



DEN  
EUROPÆISKE  
REVISIONSRET



Den Europæiske Unions  
Publikationskontor

DEN EUROPÆISKE REVISIONSRET  
12, rue Alcide De Gasperi  
1615 Luxembourg  
LUXEMBOURG

Tlf. +352 4398-1

Kontakt: [eca.europa.eu/da/contact](https://eca.europa.eu/da/contact)  
Websted: [eca.europa.eu](https://eca.europa.eu)  
Twitter: @EUAuditors