

Specialioji ataskaita

## Sveikatos priežiūros skaitmeninimas

ES parama valstybėms narėms apskritai yra veiksminga, tačiau naudojant ES lėšas susiduriama su sunkumais



EUROPOS  
AUDITO  
RŪMAI

# Turinys

	Dalis
<b>Santrauka</b>	I–X
<b>Ižanga</b>	01–15
<b>Sveikatos priežiūros skaitmeninimo svarba</b>	01–05
<b>ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo sistema</b>	06–12
E. valdžios lyginamoji analizė	09–10
Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklis	11–12
<b>Pagrindinių suinteresuotųjų šalių vaidmenys ir atsakomybė</b>	13–15
<b>Audito apimtis ir metodas</b>	16–22
<b>Pastabos</b>	23–69
<b>Po COVID-19 pandemijos ES politikos sistema buvo sustiprinta, o jos poveikis nebepriklauso tik nuo valstybių narių įsipareigojimų.</b>	23–38
Kilus COVID-19 pandemijai ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo politikos sistema sustiprėjo	24–30
ES politikos sistemos poveikis priklausė nuo padėties valstybėse narėse ir jų įsipareigojimų	31–38
<b>Nors Komisija parengė gaires dėl ES lėšų, skirtų sveikatos priežiūros skaitmeninimui, jomis naudodamosi valstybės narės susidūrė su kliūtimis</b>	39–56
Komisija parengė valstybėms narėms gaires, kuriose paaiškinta, kaip gauti ES lėšų sveikatos priežiūros skaitmeninimo projektams	40–44
Sveikatos priežiūros skaitmeninimui skirtos ES lėšos atitiko bendrus valstybių narių poreikius, tačiau norėdamos jomis pasinaudoti, valstybės narės susidūrė su kliūtimis	45–56
<b>Komisija stebi valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje, tačiau neturi išsamios ES lėšų panaudojimo apžvalgos</b>	57–69
Komisija stebi valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje, nors trūkumų yra.	58–64
Nei Komisija, nei dauguma valstybių narių neturi išsamios ES lėšų, kurios buvo panaudotos sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti, apžvalgos	65–69

## **Išvados ir rekomendacijos**

70–75

## **Priedai**

**I priedas. Pagrindinės ES iniciatyvos, skatinančios e. sveikatos diegimą**

**II priedas. Valstybėms narėms išsiųsto klausimyno turinys**

**III priedas. Audituočių projektų sąrašas**

**IV priedas. Pagrindiniai skirtumai tarp sanglaudos politikos ir EGADP finansavimo**

## **Santrumpos**

## **Terminų žodynelis**

## **Komisijos atsakymai**

## **Chronologija**

## **Audito grupė**

# Santrauka

**I** Pagal Sutartį dėl Europos Sąjungos veikimo atsakomybė už sveikatos politikos nustatymą, sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą, įskaitant išteklių paskirstymą, tenka valstybėms narėms. ES vaidmuo – remti ir papildyti jų veiksmus.

**II** COVID-19 pandemija išryškino sveikatos priežiūros skaitmeninimo svarbą mūsų visuomenėje ir padidino visuomenės domėjimąsi šia sritimi. Pritaikius socialinių kontaktų ribojimo priemones, užtikrinant sveikatos priežiūrą ypač svarbus tapo elektroninių priemonių – e. sveikatos – naudojimas. Pandemija taip pat padidino poreikį koordinuoti ir gerinti sveikatos duomenų srautus visoje ES ir parodė ES veiksmų sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje pridėtinę vertę.

**III** Dėl šios priežasties nusprendėme išsiaiškinti, ar Komisijos veiksmai, kuriais siekiama padėti valstybėms narėms skaitmeninti savo sveikatos priežiūros sistemas, buvo veiksmingi. Atlikdami auditą vertinome ne tik tai, ar ES politikos sistema valstybėms narėms suteikė aiškius tikslus ir paramą, bet ir ar Komisija padėjo valstybėms narėms nustatyti ir naudoti turimas ES lėšas jų projektams finansuoti, ir stebėjo valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje, įskaitant ES lėšų naudojimą. Tikimės, kad mūsų ataskaita padės Komisijai pagerinti jos politikos įgyvendinimą.

**IV** Nustatėme, kad pagal savo įgaliojimus Komisija valstybių narių sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimą padėjo vykdyti iš esmės veiksmingai. ES politikos priemonėmis sveikatos priežiūros skaitmeninimas skatinamas jau daugiau kaip 20 metų, daugiausia taikant „švelniąsias“ priemones, pavyzdžiui, teikiant rekomendacijas dėl veiksmų arba nustatant neįpareigojančius tikslus. COVID-19 pandemija privertė sustiprinti ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo politiką – buvo priimti privalomi sprendimai ir taisyklės.

**V** Todėl ES politikos poveikį valstybėse narėse iki COVID-19 pandemijos lėmė vien tik savanoriškas įsipareigojimas. Tam įtakos turėjo politiniai prioritetai, pasirengimo taikyti skaitmeninius sprendimus lygis ir sunkumai, su kuriais valstybės narės susidūrė šio proceso metu.

**VI** 2014–2020 m. ir 2021–2027 m. programavimo laikotarpiais sveikatos priežiūros ir skaitmeninimo projektai buvo finansuojami pagal kelias ES programas. Be kita ko, sanglaudos politikoje ir Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo priemonėje buvo numatyta atitinkamai 2,4 milijardo ir 13,6 milijardo eurų suma, skirta valstybių narių sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimo projektams finansuoti. Komisija valstybėms narėms teikė informaciją apie vykdomas ES programas.

**VII** ES programas, kuriomis finansuojami sveikatos priežiūros skaitmeninimo projektai valstybėse narėse, vykdė skirtingi generaliniai direktoratai ir jos buvo įgyvendinamos įvairiais būdais. Paraiškų paramai gauti teikimo ir finansuojamų veiksmų įgyvendinimo taisyklės įvairiose ES programose buvo nevienodos. Dėl to kai kurioms valstybėms narėms buvo sunku suprasti, kokiomis ES lėšomis galima pasinaudoti. Tad joms teikiant paraiškas dėl finansavimo kilo kliūčių, nors dauguma valstybių narių teigė, kad ES parama atitiko jų poreikius. Visi mūsų audituoti projektai padėjo skaitmeninti sveikatos priežiūros sistemas mūsų aplankytose valstybėse narėse.

**VIII** Komisija stebi valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimo srityje pasitelkdama du pagrindinius šaltinius pagal 2030 m. skaitmeninio dešimtmečio politikos programą: e. valdžios lyginamosios analizės rodiklį (nuo 2022 m.) ir Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklį (nuo 2023 m.) Šie rodikliai grindžiami skirtingomis metodikomis ir tarnauja skirtingoms reikmėms, tačiau jie apima panašius prieigos prie elektroninių sveikatos įrašų aspektus. Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio ataskaitose nustatėme tam tikrų trūkumų. Taip pat nustatėme, kad e. valdžios lyginamosios analizės ataskaitoje nepateikiama informacijos apie priežastis, dėl kurių skirtingais metais skiriasi šalių balai.

**IX** Dabartinėje Komisijos finansinės stebėsenos sistemoje apžvelgiamos ES lėšos, kurias valstybės narės naudoja savo sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti pagal kiekvieną finansavimo programą. Nei Komisija, nei dauguma valstybių narių negali pateikti išsamios apžvalgos apie visas ES lėšas, kurias kiekviena valstybė narė panaudojo sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti. Todėl ES finansinės paramos mastą valstybėse narėse nustatyti sunku.

**X** Rekomendavome Komisijai patobulinti e. valdžios lyginamosios analizės ir skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio ataskaitų teikimą, taip pat ataskaitų apie ES lėšų naudojimą sveikatos priežiūrai skaitmeninti teikimą.

# Ižanga

## Sveikatos priežiūros skaitmeninimo svarba

**01** E. sveikata – tai elektroninių priemonių naudojimas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas. Ji apima informacinių ir ryšių technologijų (IRT) naudojimą sveikatos produktuose, paslaugose ir procesuose, taip pat organizacinius sveikatos priežiūros sistemų pokyčius ir naujus įgūdžius<sup>1</sup>. Šioje ataskaitoje e. sveikatos sprendimų diegimo procesą vadiname sveikatos priežiūros skaitmeninimu arba sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimu.

**02** Praktiniu požiūriu e. sveikata apima pacientų ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų santykius, duomenų perdavimą tarp institucijų ir sveikatos priežiūros specialistų bendravimą<sup>2</sup> (**1 langelis**). Kai kalbame apie sveikatos duomenis, turime omenyje asmens duomenis apie asmens fizinę ar psichinę sveikatą, įskaitant sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, kurie atskleidžia informaciją apie asmens sveikatos būklę<sup>3</sup>.

### 1 langelis

#### E. sveikatos paslaugų pavyzdžiai

- e. receptas – sveikatos priežiūros specialisto elektroniniu formatu išrašytas receptas vaistams ar gydymo priemonėms įsigyti, kurį, perdavus į vaistinę, vaistas gali būti išduotas pacientui.
- Elektroninis sveikatos įrašas: išsamus medicininis įrašas arba panašus elektroninis dokumentas, kuriame pateikiama informacija apie buvusią ir esamą asmens fizinę ir psichinę sveikatą.
- Telemedicina: sveikatos priežiūros paslaugų, įskaitant nuotolinę priežiūrą ir nuotolines konsultacijas, teikimas naudojant informacines ir ryšių technologijas tais atvejais, kai sveikatos priežiūros specialistas ir pacientas yra skirtingose vietose.

Šaltinis: Europos Audito Rūmų [specialioji ataskaita Nr. 07/2019](#). Žodynėlis; [Pasiūlymas dėl Europos sveikatos duomenų erdvės reglamento](#), Europos Komisija, p. 46.

<sup>1</sup> [2012–2020 m. e. sveikatos veiksmų planas](#), Europos Komisija, 2012 m., 1 išnaša.

<sup>2</sup> Ten pat.

<sup>3</sup> [Reglamento 2016/679](#) (Bendrojo duomenų apsaugos reglamento) 4 straipsnio 15 dalis.

**03** COVID-19 pandemija pakeitė skaitmeninimo vaidmenį ir suvokimą mūsų visuomenėje ir ekonomikoje. Dėl socialinių kontaktų ribojimo priemonių virtualios sveikatos priežiūros technologijos tapo ypač svarbios, jas imta naudoti intensyviau. Valstybės narės sudarė palankesnes sąlygas naudotis skaitmeninėmis priemonėmis, pavyzdžiui, nuotolinės medicinos paslaugomis, skaitmeninėmis sąskaitomis faktūromis ir receptais. Nors tiesioginis gydymas išlieka pagrindinė sveikatos priežiūros paslaugų teikimo forma, nuo pandemijos pradžios vis dažniau naudojama e. sveikatos paslaugomis<sup>4</sup>. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos duomenimis, spartesnė sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninė transformacija ir skaitmeninių sveikatos technologijų diegimas gali dar labiau pakeisti sveikatos priežiūros sistemas ir padidinti jų veiksmingumą<sup>5</sup>.

**04** Kilus COVID-19 pandemijai taip pat išaugo būtinybė koordinuoti ir gerinti sveikatos duomenų srautus visoje ES, išryškėjo ES veiksmų pridėtinė vertė sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje<sup>6</sup>. Siekdama palengvinti keliones ir COVID-19 atvejų atsekamumą, Komisija sukūrė [ES skaitmeninį COVID sertifikatą](#) ir [vartus](#), skirtus užtikrinti nacionalinių programų, kuriose kaupiami duomenys apie COVID-19 atvejus, tarpusavio sąveiką ES mastu<sup>7</sup>.

**05** 2021 m. Europos Komisija pradėjo viešas konsultacijas dėl ES iniciatyvos dėl Europos sveikatos duomenų erdvės. Teisę gauti savo sveikatos duomenis elektroniniu formatu svarbia laikė 88 % respondentų<sup>8</sup>. 2023 m. paskelbto „Eurobarometro“ tyrimo [dėl skaitmeninio dešimtmečio](#) duomenimis, didžioji dauguma respondentų (76 %) tikisi, kad iki 2030 m. skaitmeninės technologijos turės lemiamos įtakos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ar gavimui (pavyzdžiui, telemedicina ir dirbtinis intelektas ligoms diagnozuoti), taip pat ir tose ES šalyse, kuriose pacientai faktiškai negyvena. Mažesnę dalį respondentų (13 %) mano, kad iki 2030 m. jų šalis pirmenybę turėtų teikti piliečių prieigai prie elektroninių sveikatos įrašų.

---

<sup>4</sup> Tyrimas, kuriuo padedama atlikti [Direktyvos 2011/24/ES vertinimą](#), Europos Komisija, p. 121.

<sup>5</sup> „Apie sveikatą glaustai“, 2023 m., EBPO, p. 35–60/234.

<sup>6</sup> [ESDE poveikio vertinimo ataskaita](#), Europos Komisija, 4/4 dalis, p. 35.

<sup>7</sup> Europos Audito Rūmų specialioji ataskaita [Nr. 01/2023](#).

<sup>8</sup> [ESDE poveikio vertinimo ataskaita](#), Europos Komisija, 2/4 dalis, p. 10–12/84.

## ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo sistema

**06** ES jau daugiau kaip 20 metų vykdo sveikatos priežiūros skaitmeninimą.

**1 diagramoje** parodytos pagrindinės ES iniciatyvos e. sveikatos srityje, o **1 priede** pateiktas platesnis pagrindinių e. sveikatą diegti skatinančių ES iniciatyvų sąrašas.

### 1 diagrama. Pagrindinės ES iniciatyvos e. sveikatos srityje

**neprivalomi** pranešimai

**privalomi** sprendimai, direktyvos ir pasiūlymas dėl reglamento

Metai	Iniciatyva	Svarba e. sveikatai
1999	„eEuropa. Informacinė visuomenė visiems“	„Internetinė sveikatos priežiūra“ pripažinta prioritetine veiklos sritimi.
2004	„Europos e. sveikatos srities veiksmų planas“	Pirmasis ES e. sveikatos veiksmų planas.
2011	Direktyva dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo (Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros direktyva)	Formalizuotas valstybių narių bendradarbiavimas sukuriant e. sveikatos tinklą, jungiantį įvairias nacionalines e. sveikatos institucijas ir plečiantį e. sveikatos skaitmeninių paslaugų infrastruktūrą (eHDSI, šiuo metu vadinamą „MyHealth@EU“).
2012	„2012–2020 m. e. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiuje.“	Suformuluojama Europos e. sveikatos vizija.
2015	„Europos bendrosios skaitmeninės rinkos strategija“	Įvardyta, kad e. sveikata ir nuotolinė medicina – tai konkurencingumo didinimo priemonės, veikiančios sąveikumo ir standartizavimo pagrindu.
2018	„Sąlygų skaitmeninei sveikatos priežiūros transformacijai bendrojoje skaitmeninėje rinkoje sudarymas“	Sudarytos sąlygos įgyvendinti bendrosios skaitmeninės rinkos strategiją sveikatos sektoriuje ir įvardyti trys prioritetai: a) suteikti piliečiams saugią prieigą prie jų sveikatos duomenų ir leisti dalytis šiais duomenimis; b) patobulinti duomenis siekiant skatinti mokslinius tyrimus, ligų prevenciją ir personalizuotą sveikatos priežiūrą; c) kurti skaitmenines priemones, skirtas piliečių įgalinimui ir į asmenį orientuotai priežiūrai.
2021	2030 m. skaitmeninės politikos kelrodis. Europos skaitmeninio dešimtmečio kelias	Pasiūlytas bendras skaitmeninis tikslas – iki 2030 m. 100 % Europos piliečių užtikrinti prieigą prie elektroninių sveikatos įrašų.
2022	Sprendimas, kuriuo nustatoma 2030 m. skaitmeninio dešimtmečio politikos programa	Patvirtintas tikslas, suderintas su 2030 m. skaitmeninės politikos kelrodyje iškelto tikslu.
2022	Pasiūlymas dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl Europos sveikatos duomenų erdvės (EHDS reglamentas)	Europos sveikatos duomenų erdvės (EHDS) tikslas – sudaryti sąlygas keistis sveikatos duomenimis ir užtikrinti prieigą prie jų visoje ES: <ul style="list-style-type: none"> <li>kad ES šalių pacientams būtų užtikrinta prieiga prie sveikatos duomenų, o sveikatos priežiūros specialistams – galimybė gauti savo pacientų duomenis elektroniniu formatu, taip pat iš kitų ES šalių;</li> <li>kad būtų suderintos elektroninių sveikatos įrašų sistemų sąveikos ir prisijungimo prie jų taisyklės;</li> <li>kad būtų leista naudoti sveikatos duomenis moksliniams tyrimams, politikos formavimui, reguliavimo veiklai ir kitiems sveikatos tikslams visoje ES.</li> </ul>

**eHDSI infrastruktūra** suteikia galimybę valstybėms narėms keistis sveikatos duomenimis visoje ES, užtikrinant Europos piliečių sveikatos priežiūros tęstinumą jiems keliaujant kitoje ES valstybėje narėje.

Pagrindinė strategija

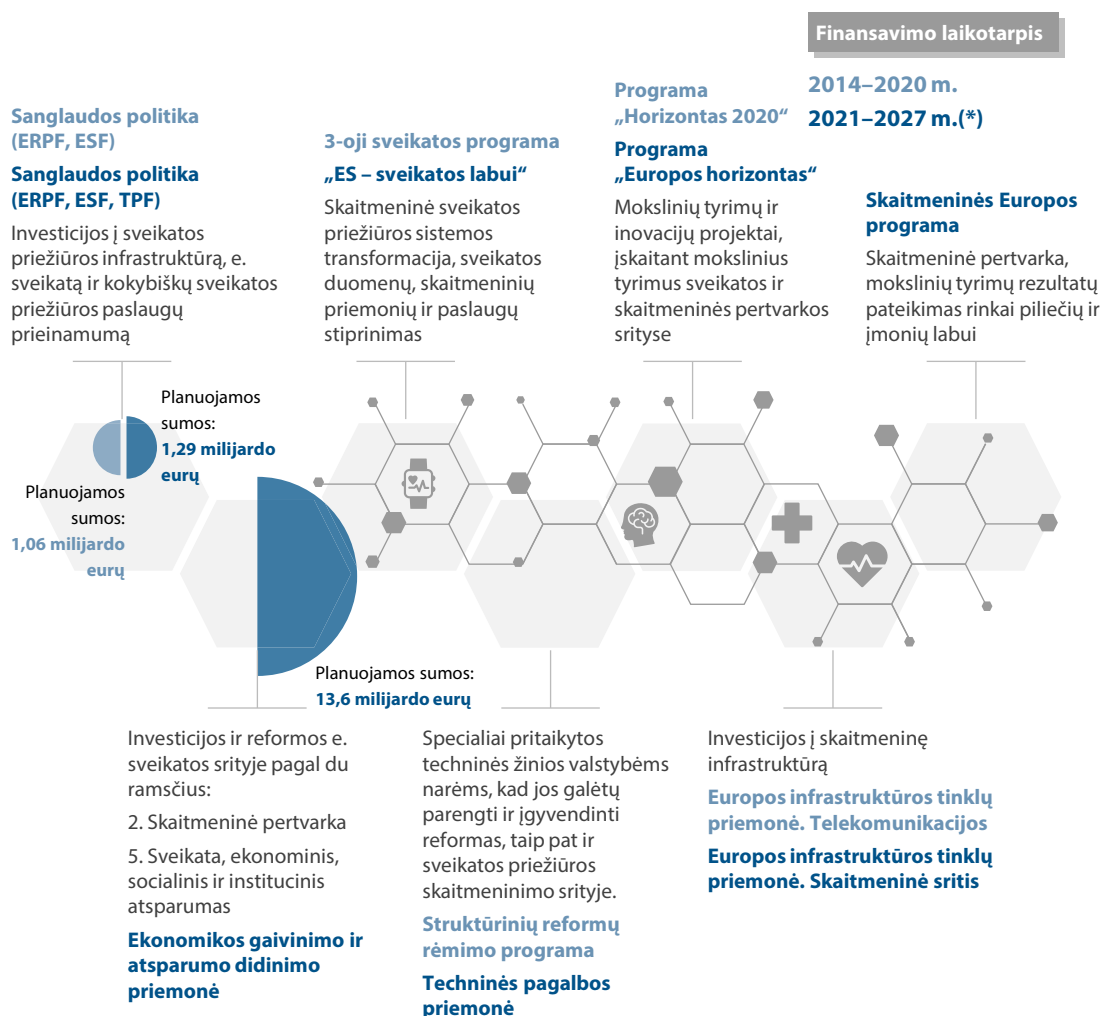
Siūlomas tikslas

Šaltinis: Audito Rūmų atlikta ES dokumentų analizė.



**07** 2014–2020 m. ir 2021–2027 m. programavimo laikotarpiais sveikatos priežiūros ir skaitmeninimo projektai buvo finansuojami pagal kelias ES programas. **2 diagramoje** pateikta pagrindinių programų apžvalga. Diagramoje parodytos tik planuojamos sumos, kurias galima konkrečiai susieti su valstybių narių sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimo projektais. Tai buvo įmanoma padaryti vykdant sanglaudos politiką (Europos regioninės plėtros fondo [ERPF], Europos socialinio fondo [ESF], o 2021–2027 m. laikotarpiu – ir Teisingos pertvarkos fondo [TPF] lėšomis) ir įgyvendinant Atsigavimo ir atsparumo didinimo priemonę. Kalbant apie kitas programas, nėra automatinio mechanizmo, pagal kurį finansavimas būtų susietas su sveikatos priežiūros skaitmeninimo projektais valstybėse narėse.

## 2 diagrama. Pagrindinės ES programos, kuriomis remiamas sveikatos priežiūros skaitmeninimas 2014–2020 m. ir 2021–2027 m. programavimo laikotarpiais



(\*) 2021–2026 m. EGADP atveju.

Šaltinis: Audito Rūmų atlikta ES dokumentų analizė. Komisijos pateikti finansiniai duomenys.

**08** ES skaitmeninės veiklos rezultatus ir ES valstybių narių pažangą Komisija stebi naudodamasi dviem pagrindiniais šaltiniais:

- sveikatos internetinių paslaugų e. valdžios lyginamoji analizė ir
- Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklius.

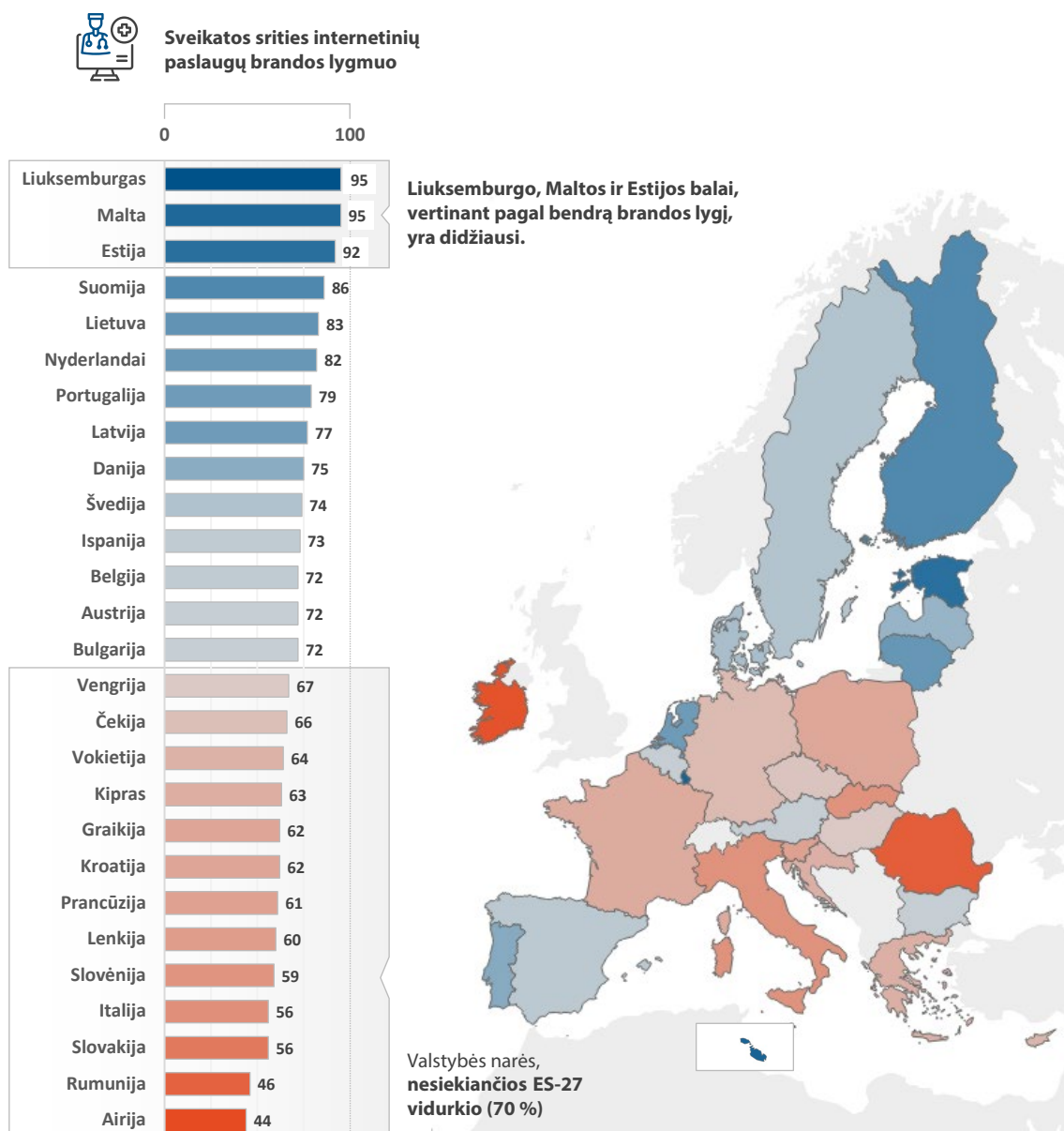
### E. valdžios lyginamoji analizė

**09** Nuo 2002 m. e. valdžios lyginamoji analizė leido stebėti viešųjų paslaugų skaitmeninimą Europoje: neskaitant 27 ES šalių, ši analizė taip pat apima Islandiją, Norvegiją, Šveicariją, Albaniją, Moldovą, Šiaurės Makedoniją, Juodkalniją, Serbiją, Turkiją ir Ukrainą. E. valdžios lyginamoji analizė leidžia įvertinti viešųjų internetinių paslaugų lygį pagal keturis aspektus:

- orientavimasis į naudotoją – koku mastu paslaugos teikiamos internetu, suderinamos su mobiliuosiuose prietaisuose ir siūloma pagalba internetu;
- skaidrumas – kiek paslaugų procesai yra skaidrūs, paslaugos kuriamos dalyvaujant naudotojams, o naudotojai gali tvarkyti savo asmens duomenis;
- pagrindinės sąlygos – kiek technologiniai sprendimai (pavyzdžiui, elektroniniai dokumentai) yra pritaikyti internetinėms paslaugoms teikti;
- tarpvalstybinės paslaugos – koku mastu interneto paslaugos yra prieinamos ir naudojamos asmenų iš kitų Europos šalių.

**10** Nuo 2022 m. e. valdžios lyginamoji analizė taip pat apėmė sveikatos internetinių paslaugų, kurių pažanga vertinama kas dvejus metus, brandą (**3 diagrama**).

### 3 diagrama. E. valdžios lyginamoji analizė: sveikatos internetinių paslaugų brandos lygis



*Pastaba.* Audito Rūmai perskaičiavo 27 ES šalių vidurkį neįtraukdami ES nepriklausančių šalių (Albanijos, Islandijos, Moldovos, Juodkalnijos, Šiaurės Makedonijos, Norvegijos, Serbijos, Šveicarijos, Turkijos ir Ukrainos).

*Šaltinis:* Europos Komisija, 2024 m. e. valdžios lyginamoji analizė. Bendroji ataskaita, 4.1 ir 4.2 diagramos, p. 54–55. 2023 m. duomenys

## Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklis

**11** Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklis nustatytas rengiant Komisijos 2030 m. skaitmeninės politikos kelrodį<sup>9</sup>, kuriame iki 2030 m. numatyti ES skaitmeniniai užmojai paverčiami konkrečiais tikslais ir stebima jų įgyvendinimo pažanga. 2030 m. Skaitmeninės politikos kelrodis parengtas remiantis keturiais pagrindiniais punktais:

- 1) skaitmeninių įgūdžių turinčiais gyventojais ir aukštos kvalifikacijos skaitmeninės srities specialistais;
- 2) saugia ir didelio našumo tvaria skaitmenine infrastruktūra;
- 3) skaitmenine verslo transformacija;
- 4) viešųjų paslaugų skaitmeninimu.

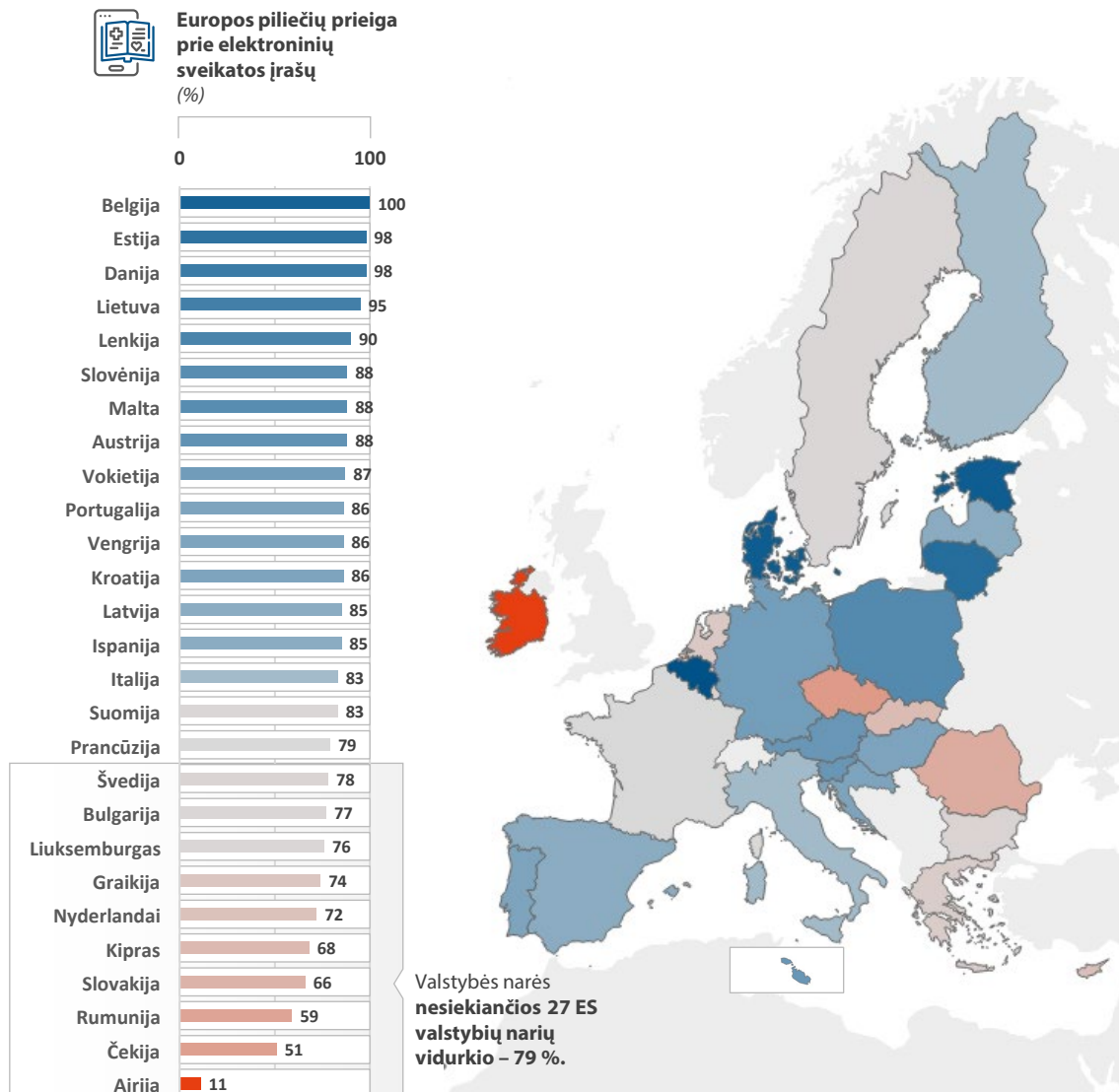
**12** Ketvirtajame pagrindiniame punkte pasiūlymuose dėl 2030 m. Skaitmeninės politikos kelrodžio numatytas tikslas iki 2030 m. 100 % Europos piliečių užtikrinti internetinę prieigą prie elektroninių sveikatos įrašų. 2022 m. Europos Parlamentas ir Taryba sukūrė 2030 m. Skaitmeninio dešimtmečio politikos programą<sup>10</sup>, kurioje patvirtinti tikslai, suderinti su 2030 m. Skaitmeninės politikos kelrodyje siūlomais tikslais, ir nustatytas stebėsenos ir bendradarbiavimo mechanizmas, kad būtų lengviau juos įgyvendinti. Nuo 2023 m. Komisija skelbia skaitmeninio dešimtmečio pažangos ataskaitą ir Skaitmeninio dešimtmečio šalių ataskaitas, kuriose aptariamas Europos piliečių internetinės prieigos prie elektroninių sveikatos įrašų tikslas (*4 diagrama*).

---

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

<sup>10</sup> Sprendimas 2022/2481.

#### 4 diagrama. Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklis



Šaltinis: Europos Komisija, 2024 m. skaitmeninis dešimtmetis. E. sveikatos rodiklių tyrimas. Pagrindinė ataskaita, p. 11. 2023 m. duomenys

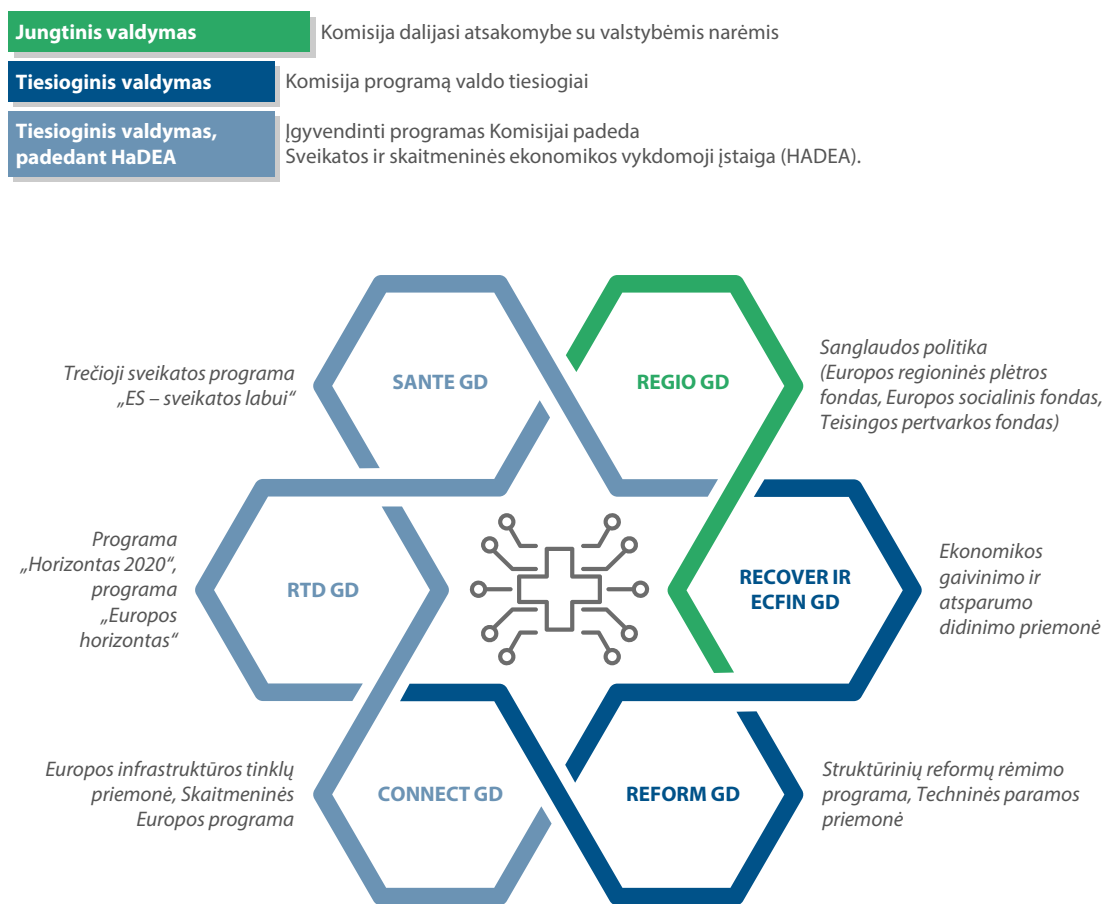
### Pagrindinių suinteresuotųjų šalių vaidmenys ir atsakomybė

**13** Sutarties dėl Europos Sąjungos veikimo 168 straipsnyje nustatyta, kad atsakomybė už sveikatos politikos nustatymą ir sveikatos paslaugų bei sveikatos priežiūros organizavimą ir teikimą, įskaitant išteklių paskirstymą, tenka valstybėms narėms. ES vaidmuo – remti ir papildyti jų veiksmus. Sveikatos ir maisto saugos generalinis direktoratas (DG SANTE) yra pagrindinis Komisijos departamentas, atsakingas už sveikatos srities ES iniciatyvas.

**14** Nors ES sutartyse nėra jokių specialių nuostatų dėl skaitmeninimo, Komisija, glaudžiai bendradarbiaudama su valstybėmis narėmis, gali imtis atitinkamų veiksmų pagal sektorių ir horizontaliąją politiką ir taip skatinti inovacijas, ekonomikos augimą ir bendrosios rinkos plėtrą. Ryšių tinklų, turinio ir technologijų generalinis direktoratas (DG CONNECT) rengia ir įgyvendina ES skaitmeninę politiką.

**15** Atsakomybė už ES programų įgyvendinimą paskirstyta taip, kaip parodyta 5 diagramoje.

### 5 diagrama. ES programos ir atsakingi generaliniai direktoratai



Regioninės ir miestų politikos generalinis direktoratas (GD)  
 Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo darbo grupė (RECOVER),  
 Ekonomikos ir finansų reikalų generalinis direktoratas  
 Struktūrinių reformų rėmimo generalinis direktoratas (REFORM GD)  
 Ryšių tinklų, turinio ir technologijų generalinis direktoratas (CONNECT GD)  
 Mokslinių tyrimų ir inovacijų generalinis direktoratas (RTD GD)  
 Sveikatos ir maisto saugos generalinis direktoratas (SANTE GD)

Šaltinis: Audito Rūmų atlikta ES dokumentų analizė.

## Audito apimtis ir metodas

**16** COVID-19 pandemija išryškino sveikatos priežiūros skaitmeninimo svarbą ir padidino visuomenės domėjimąsi šia tema. Dėl šios priežasties nusprendėme išnagrinėti, ar Komisijos veiksmai, kuriais siekiama padėti valstybėms narėms skaitmeninti jų sveikatos priežiūros sistemas, buvo veiksmingi. Tikimės, kad mūsų ataskaita padės Komisijai pagerinti jos politikos įgyvendinimą. Audito metu vertinome, ar:

- ES sveikatos priežiūros ir skaitmeninimo politikos sistema padėjo valstybėms narėms nustatyti aiškius tikslus ir rėmė valstybių narių iniciatyvas, kuriomis siekiama skaitmeninti jų sveikatos priežiūros sistemas;
- Komisija padėjo valstybėms narėms nustatyti, kiek ES lėšų galima skirti jų sveikatos priežiūros ir skaitmeninimo projektams finansuoti, ir ar lėšos iš tiesų atitiko valstybių narių poreikius;
- Komisijos stebėsenos sistema laiku pateikė aktualią ir palyginamą informaciją, kad būtų galima stebėti valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje ir jų ES lėšų naudojimą.

**17** Vertindami padėtį iš pacientų perspektyvos, daugiausia dėmesio skyrėme sveikatos duomenų naudojimui tiesiogiai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas pacientams ir neįtraukėme pakartotinio sveikatos duomenų naudojimo mokslinių tyrimų, inovacijų ir kitais tikslais. Nevertinome valstybių narių tarpvalstybinio keitimosi sveikatos duomenimis, nes šis aspektas jau buvo aptartas atliekant du ankstesnius auditus<sup>11</sup>. Konkrečiai Europos sveikatos duomenų erdvės nenagrinėjome, nes vykdant auditą jos teisinę sistemą vis dar derino ES teisėkūros institucijos (**30** dalis).

**18** Aptarėme 2014–2020 m. ir 2021–2027 m. programavimo laikotarpius daugiausia dėmesio skirdami šioms ES programoms: ERPF, Atsigavimo ir atsparumo didinimo priemonei, trečiajai sveikatos programai, programai „ES – sveikatos labui“, Struktūrinių reformų rėmimo programai ir techninės paramos priemonei (**2 diagrama**).

---

<sup>11</sup> Audito Rūmų specialiosios ataskaitos [07/2019](#) ir [01/2023](#).

**19** Per e. sveikatos tinklą apklausėme visas valstybes nares (*II priedas*) ir surinkome informaciją apie jų nacionalines e. sveikatos strategijas, veiksmų planus, finansavimo šaltinius ir pasiekimus. Atsakymus pateikė 21 valstybė narė iš 27, tačiau kai kurios šalys atsakė ne į visus klausimus. Valstybių narių atsakymus panaudojome savo išvadoms pagrįsti.

**20** Siekdami nuodugniai suprasti, kokia parama buvo skirta valstybėms narėms ir kaip buvo panaudotas ES finansavimas, tris pasirinktas valstybes nares (Ispaniją, Malta ir Lenkiją) apklauėme tiesiogiai. Šios valstybės narės buvo atrinktos atsižvelgiant į sveikatos priežiūros skaitmeninimui gautą ES finansavimą, 2023 m. Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklį dėl prieigos prie elektroninių sveikatos įrašų ir 2022 m. e. valdžios lyginamosios analizės rodiklį dėl bendro e. sveikatos paslaugų brandos lygio.

**21** Pasirinktose valstybėse narėse išnagrinėjome ES finansuojamus projektus, skirtus e. receptams, elektroniniams sveikatos įrašams ir telemedicinai ir įvertinome, ar jie prisidėjo prie valstybių narių sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimo. Siekdami aprėpti įvairias ES finansavimo programas ir paslaugas, kiekvienoje valstybėje narėje atrinkome penkis projektus, atsižvelgdami į jų reikšmingumą ir užbaigtumą (*III priedas*).

**22** Papildomus faktus surinkome:

- analizuodami atitinkamus ES teisės aktus ir Komisijos, Tarybos bei Europos Parlamento dokumentus bei Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos ataskaitas;
- apklausdami atitinkamų Komisijos departamentų darbuotojus (*5 diagrama*);
- apklausdami nacionalines institucijas, atsakingas už e. sveikatos strategijas ir projektų įgyvendinimą pasirinktose valstybėse narėse.



## Pastabos

**Po COVID-19 pandemijos ES politikos sistema buvo sustiprinta, o jos poveikis nebeprisiklauso tik nuo valstybių narių įsipareigojimų.**

**23** Įvertinome, ar ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo politika:

- o laikui bėgant buvo nuosekli ir iškelė valstybėms narėms aiškius tikslus;
- o stiprino valstybių narių iniciatyvas skaitmeninti savo sveikatos priežiūros sistemas.

**Kilus COVID-19 pandemijai ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo politikos sistema sustiprėjo**

**24** Tikėjomės, kad ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo politikos sistema padės valstybėms narėms nustatyti SMART – konkrečius, išmatuojamus, pasiekiamus, aktualius politikos siekiams ir įvykdytinus per nustatytą laiką – tikslus. Siekdami nuoseklumo, išnagrinėjome pagrindines ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo iniciatyvas (*1 priedas*), kurios buvo vykdomos daugiau kaip 20 metų, ir nustatėme, ar jų tikslai atitiko SMART kriterijus.

**25** Nuo pat šių iniciatyvų įgyvendinimo pradžios ES pabrėžė e. sveikatos naudą pacientams ir Europos rinkai. Siekdama geriau juos koordinuoti, ES sukūrė politikos sistemą, kuria skatinamas internetinių sveikatos paslaugų teikimas valstybėse narėse. Pastebėjome, kad ES daugelį metų nuosekliai stiprino ir pakartotinai kėlė šį tikslą.

**26** Atsižvelgiant į ES vaidmenį sveikatos sektoriuje (*13 dalis*), jos politika grindžiama „negriežtomis“ priemonėmis, pavyzdžiui, rekomenduojamais veiksmais arba neprivalomų tikslų nustatymu. *1 lentelėje* pateikiamas ES elektroninių sveikatos įrašų teikimo tikslų, kurie ilgainiui tapo konkretesni ir išmatuojami, pavyzdys. Tikslai visada buvo aktualūs ir turėjo būti įvykdyti per nustatytą laiką, tačiau tam, kad veiksmai būtų įgyvendinti, reikėjo, kad valstybės narės įsipareigotų juos įgyvendinti.

## 1 lentelė. ES elektroninių sveikatos įrašų teikimo tikslai

Metai	Dokumentas	Tikslai
2002	e. Europa 2005 m. veiksmų planas	<b>Iki 2005 m. pabaigos</b> Komisija ir valstybės narės turėjo užtikrinti, kad piliečiams būtų teikiamos internetinės sveikatos paslaugos (pavyzdžiui, <b>elektroniniai sveikatos įrašai</b> ).
2004	Europos e. sveikatos erdvės veiksmų planas	<b>Iki 2005 m. pabaigos</b> , kiekviena valstybė narė turėjo parengti nacionalinį arba regioninį veiksmų planą, kuriame būtų nustatyti <b>elektroninių sveikatos įrašų</b> sąveikos ir naudojimo tikslai.  <b>Iki 2006 m. pabaigos</b> valstybės narės, bendradarbiaudamos su Komisija, turėjo nustatyti ir apibrėžti <b>elektroninių sveikatos įrašų</b> sąveikumo standartus.
2021	2030 m. skaitmeninės politikos kelrodis	<b>Iki 2030 m.</b> 100 % Europos piliečių turi turėti internetinę prieigą prie <b>elektroninių sveikatos įrašų</b> .

Šaltinis: Audito Rūmų atlikta ES dokumentų analizė.

**27** Nustatėme, kad kilus COVID-19 pandemijai valstybės narės suintensyvino pastangas sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje. Komisijos teigimu, Europos sietinio tinklų sietuvo paslaugos ir ES skaitmeninių COVID pažymėjimų sukūrimas ir įdiegimas (**04** dalis) parodė, kad įvairių suinteresuotųjų subjektų politinė konvergencija ir parama leido per trumpą laiką pasiekti konkrečių rezultatų<sup>12</sup>.

**28** Pasibaigus COVID-19 pandemijai, 2022 m. visos ES valstybės narės įsipareigojo pasiekti Komisijos 2030 m. skaitmeninės politikos kelrodyje iškeltus tikslus, įskaitant tikslą visiems ES piliečiams užtikrinti prieigą prie elektroninių sveikatos įrašų (**12** dalis). Šie tikslai tapo privalomi po to, kai Europos Parlamentas ir Taryba priėmė 2030 m. skaitmeninio dešimtmečio politikos programą<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> ESDE poveikio vertinimo ataskaita, Europos Komisija, 4/4 dalis, p. 28.

<sup>13</sup> 2022 m. gruodžio 14 d. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimas (ES) 2022/2481, kuriuo nustatoma 2030 m. Skaitmeninio dešimtmečio politikos programa.

**29** Dar vienas politikos pokyčio, kai savanoriškos sistemos tapo privalomos, pavyzdys – e. sveikatos skaitmeninių paslaugų infrastruktūra ( eHDSI), kuri šiuo metu pavadinta „MyHealth@EU“ ir pradėjo veikti 2019 m. (**2 langelis**). Kadangi valstybių narių dalyvavimas eHDSI sistemoje buvo savanoriškas, prie eHDSI sistemos 2024 m. gegužės mėn. buvo prisijungusios tik 14 valstybių narių: 11 iš jų keičiasi pacientų duomenų santraukomis, o 10 keičiasi e. receptais<sup>14</sup>.

## 2 langelis.

### E. sveikatos skaitmeninių paslaugų infrastruktūra

e. sveikatos skaitmeninių paslaugų infrastruktūra, kuri šiuo metu vadinama MyHealth@EU, suteikia valstybėms narėms galimybę keistis:

- elektroniniais receptais (**1 langelis**) – ES piliečiai gali gauti vaistų kitoje ES šalyje esančioje vaistinėje, persikeldami elektroninį receptą iš savo gyvenamosios šalies į šalį, į kurią vyksta;
- duomenų apie pacientus santraukomis, kuriose gydytojams pateikiama esminė informacija (pavyzdžiui, apie alergiją, dabartinius vaistus, ankstesnes ligas ir operacijas) jų gimtąja kalba apie pacientą iš kitos ES šalies.

Ilguoju laikotarpiu visoje ES taip pat turi būti skelbiami medicininiai vaizdai, laboratorinių tyrimų rezultatai ir išrašymo iš ligoninės dokumentai.

*Šaltinis:* Komisijos interneto svetainė, skirta elektroninėms tarpvalstybinėms sveikatos priežiūros paslaugoms.

**30** Siekdama paspartinti šį procesą, 2022 m. Komisija pateikė pasiūlymą dėl reglamento, kuriuo sukuriama Europos sveikatos duomenų erdvė (EHDS, MyHealth@EU), kurioje valstybių narių dalyvavimas taps privalomas. 2024 m. kovo mėn. Europos Parlamentas ir Taryba pasiekė preliminarų susitarimą<sup>15</sup>. 2024 m. rugsėjo mėn. susitarimas dar turi būti oficialiai patvirtintas.

<sup>14</sup> Komisijos pateikti duomenys, kuriuos galima rasti Komisijos suvestinėje [MyHealth@EU stebėsenos sistema](#).

<sup>15</sup> Tarpinstitucinių derybų metu pasiektas [prelimarus susitarimas](#) (2024–03-22).

## ES politikos sistemos poveikis priklausė nuo padėties valstybėse narėse ir jų įsipareigojimų

**31** Siekdami įvertinti ES politikos sistemos poveikį valstybių narių iniciatyvoms, per e. sveikatos tinklą atlikome visų 27 valstybių narių apklausą (**19** dalis) ir apsilankėme trijose valstybėse narėse (**20** dalis). Tikėjomės, kad valstybės narės ES iniciatyvas laikys naudingomis ir jomis remsis skaitmenindamos savo sveikatos priežiūros sistemas.

### ES iniciatyvų naudingumas

**32** Išnagrinėję atsakymus į mūsų apklausos klausimus (**II priedas**), nustatėme, kad 18 iš 21 valstybių narių ES politikos sistemą laikė tinkama; trys likusios valstybės narės nenurodė „taip / ne“, bet pateikė vertinimą balais. 21 valstybės narės vidutiniškai skyrė 3,7 balo iš 5 galimų. **3 langelyje** pateikta keletas mūsų apklausoje dalyvavusių valstybių narių įvardytų ES pridėtinės vertės pavyzdžių.

#### 3 langelis.

#### Mūsų apklausoje dalyvavusių valstybių narių įvardyti ES pridėtinės vertės pavyzdžiai

Apibendrinus septynių valstybių narių atsakymus, galima teigti, kad ES politikos sistemoje numatyta išsami strategija, nustatyti aiškūs tikslai, remiamas e. sveikatos sprendimų sąveikumas visoje ES ir sudaromos palankesnės sąlygos nacionalines iniciatyvas derinti su tarptautiniais standartais ir gerą patirtimi.

Viena valstybė narė manė, kad Komisijos koordinavimo vaidmuo COVID-19 pandemijos metu buvo labai svarbus siekiant paspartinti tų valstybių narių, kurios anksčiau nebuvo aktyvios, dalyvavimą.

*Šaltinis:* Europos Audito Rūmai, pagal valstybių narių atsakymus į mūsų apklausos klausimus.

**33** Taip pat nustatyta, kad Ispanija ir Malta, ES politika remiasi įgyvendindamos pokyčius nacionaliniu lygmeniu:

- Ispanijoje institucijos tikisi, kad priėmus ES reglamentą dėl ESDE (**30** dalis) joms bus suteiktas svetas, užtikrinantis bendradarbiavimą su privačiuoju sektoriumi;
- Maltoje rengiant teisės aktų dėl nacionalinio elektroninio sveikatos įrašo projektą buvo atsižvelgta į EHDS reglamento priėmimo procesą, taip siekiant užtikrinti tikslų nacionalinių ir ES teisės aktų suderinamumą.

**34** Vis dėlto mūsų apklausos respondentai paminėjo ir ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo politikos sistemos įgyvendinimo iššūkius:

- o dvi valstybės narės pripažino, kad už sėkmingą ES politikos įgyvendinimą galiausiai tampa atsakingos jos pačios ir kad tai lemia jų noras ir gebėjimai įgyvendinti siūlomas strategijas;
- o dvi valstybės narės manė, kad dėl skirtingo pasirengimo diegti skaitmeninius sprendimus ir nevienodų turimų išteklių, pavyzdžiui, infrastruktūros trūkumo ir skaitmeninių įgūdžių trūkumo sveikatos priežiūros sektoriuje, valstybių narių pažanga gali būti nevienoda;
- o dar dvi valstybės narės atsakymuose teigė, kad skirtingą pažangos lygį lemia ir nacionalinių sveikatos priežiūros sistemų (centralizuotų ir decentralizuotų) ir įvairių susijusių suinteresuotųjų subjektų (viešųjų ir privačiųjų) įvairovė ir kompleksiskumas.

#### Valstybių narių naudojimas ES priemonėmis ir veiksmais



**20** valstybių narių iš 21 **naudojosi ES priemonėmis ir (arba) gavo ES paramą** sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti.

*Valstybių narių atsakymai į Europos Audito Rūmų apklausą*

**35** Remiantis atsakymais į mūsų apklausos klausimus (**II priedas**), 20 valstybių narių iš 21 skaitmenizuodamos savo sveikatos priežiūros sistemas naudojo ES priemones ir (arba) gavo ES paramą. Dažniausiai minėtos ES iniciatyvos buvo techniniai standartai ir gairės (20 valstybių narių) bei koordinavimo ir ekspertų susitikimai (19 valstybių narių).

**36** Šiomis ES iniciatyvomis buvo siekiama remti tarpvalstybinius sveikatos duomenų mainus, tačiau paaiškėjo, kad jos taip pat padėjo skatinti nacionalinių sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimą. **6 diagramoje** apibendrintos pagrindinės ES iniciatyvų teikiamos galimybės ir kylantys iššūkiai, paminėti atsakymuose į mūsų apklausos klausimus ir nustatyti lankantis trijose pasirinktose valstybėse narėse.

## 6 diagrama. Pagrindinės ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo iniciatyvų galimybės ir iššūkiai

### ES koordinavimas ir ekspertų susitikimai

*E. sveikatos tinklo (eHN) plenariniai posėdžiai vyksta du kartus per metus. Rengiami papildomi darbo grupių ir koordinuotų veiksmų aptarimo posėdžiai.*



#### GALIMYBĖS

- Malto manymu, eHN susitikimai padeda derinti ES ir nacionalinę politiką.
- Lenkija teigė, kad eHN leidžia valstybei narei dalyvauti formuojant ES skaitmeninės sveikatos politiką.
- Kitos penkios valstybės narės laikėsi nuomonės, kad eHN palengvina keitimąsi geriausios praktikos pavyzdžiais bei patirtimi ir padeda rengti ir tvirtinti bendrus standartus ir gaires.



#### IŠŠŪKIAI

- Malta teigė, kad dėl ribotų išteklių sunku aktyviai dalyvauti visose ES lygmens veiklos srityse.
- Remiantis atsakymais į mūsų klausimą, tą patį galima pasakyti apie abi didesnes valstybes nares.
- Dar dvi valstybės narės manė, kad savanoriško bendradarbiavimo principas neužtikrina deramo valstybių narių dalyvavimo darbo grupėse.

### ES techniniai standartai ir gairės

*eHN susitarė ir priėmė technines gaires dėl elektroninio keitimosi sveikatos duomenimis, e. recepto ir vaistų e. išdavimo, pacientų duomenų santraukų, laboratorinių tyrimų rezultatų, medicininių tyrimų vaizdų ir išleidimo iš ligoninių išrašų.*

#### GALIMYBĖS

- Ispanijoje nacionalinė keitimosi e. receptais tarp autonominių regionų sistema grindžiama ES techninėmis specifikacijomis.
- Maltoje eHN priimti techniniai standartai ir gairės turėjo įtakos nacionalinių elektroninių sveikatos įrašų struktūrai.
- Lenkija naudojo eHN techninius standartus, kad užtikrintų savo e. sveikatos paslaugų sąveikumą, taip pat ir tarpvalstybiniu mastu.

#### IŠŠŪKIAI

- Vienos valstybės narės teigimu, nors nacionaliniai standartai egzistavo prieš priimant eHN technines gaires, norint juos pritaikyti prie ES standartų prirėkė įdirbio nacionaliniu lygmeniu.
- Kita valstybė narė manė, kad to paties gali prirėkti gaires šiek tiek pakeitus.

*Šaltinis:* Europos Audito Rūmai, pagal valstybių narių atsakymus į mūsų apklausos klausimus ir informacija, gauta lankantis pasirinktose valstybėse narėse.

## E. sveikatos nacionalinės strategijos



20 valstybių narių iš 21 teigė turinčios nacionalinę sveikatos priežiūros skaitmeninimo strategiją.

Valstybių narių atsakymai į Europos Audito Rūmų apklausą

**37** Nėra teisiškai privalomo reikalavimo, kad valstybės narės turėtų nacionalinę sveikatos priežiūros skaitmeninimo strategiją ar veiksmų planą. Atsakydamos į mūsų pateiktus klausimus, 20 iš 21 valstybių narių teigė, kad turi nacionalinę sveikatos priežiūros skaitmeninimo strategiją, kuri yra jų nacionalinės sveikatos strategijos dalis (trys valstybės narės) arba atskira e. sveikatos strategija (16 valstybių narių). Viena valstybė narė nepatikslino, kuri iš šių strategijų. Iš visų respondentų, 11 valstybių narių taip pat teigė turinčios regionines e. sveikatos strategijas. **4 langelyje** parodyta padėtis trijose valstybėse narėse, kuriose lankėmės audito metu.

### 4 langelis.

#### e. sveikatos strategijos Ispanijoje, Maltoje ir Lenkijoje

**Ispanijoje** pirmoji nacionalinė sveikatos sistemos skaitmeninės sveikatos strategija patvirtinta 2021 m. gruodžio mėn. Ji bus vykdoma 2021–2026 m. derinant su nacionalinio ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo plano vykdymu pagal EGADP. Skaitmeninės sveikatos strategijai įgyvendinti parengti šeši darbo planai; penki iš jų finansuojami ES lėšomis. Ispanijos autonominės bendruomenės taip pat plėtojo atskirą skaitmeninės sveikatos politiką.

**Maltoje** viena iš pirmųjų išsamių strategijų buvo 2018–2021 m. skaitmeninės sveikatos strategija, grindžiama 2014–2020 m. nacionalinių sveikatos sistemų strategija. 2022 m. gruodžio mėn. paskelbta 2023–2030 m. nacionalinė sveikatos sistemų strategija, į kurią įtrauktas specialus skyrius, skirtas skaitmeninei sveikatai. Mūsų vykdyto audito metu buvo rengiamas susijęs veiksmų planas. 2024 m. Sveikatos apsaugos ministerija ketina paskelbti naują 2030 m. skaitmeninės sveikatos ir sveikatos duomenų strategiją.

**Lenkijoje** nuorodos į „sveikatos IT valdymą“ buvo įtrauktos į 2015 m. liepos mėn. paskelbtą 2014–2020 m. nacionalinį strateginį sveikatos politikos dokumentą. Naujausioje strategijoje „Sveika ateitis. Sveikatos sistemos plėtros 2021–2027 m. strateginė programa iki 2030 m.“, kuri buvo priimta 2021 m. gruodžio mėn., yra atskiras e. sveikatai skirtas skyrius. 2022–2027 m. e. sveikatos plėtros programoje nurodytos investicijos ir reformos, kurių reikia strategijai „Sveika ateitis“ įgyvendinti.

Šaltinis: Europos Audito Rūmai, pagal Ispanijos, Maltos ir Lenkijos pateiktų dokumentų analizės duomenis.

**38** Analizuodami nuo 2012 m. vykusių posėdžių protokolus, nustatėme, kad e. sveikatos tinklas teigiamai prisidėjo prie e. sveikatos strategijų plėtojimo valstybėse narėse. Posėdžiuose valstybių narių atstovai dalijosi savo patirtimi, įgyta rengiant ir įgyvendinant nacionalines strategijas, pateikė praktinių iškilusių iššūkių ir rastų sprendimų pavyzdžių.

## Nors Komisija parengė gaires dėl ES lėšų, skirtų sveikatos priežiūros skaitmeninimui, jomis naudodamosi valstybės narės susidūrė su kliūtimis

**39** Vertiname, ar:

- Komisija padėjo valstybėms narėms suprasti, kokios ES lėšos skirtos sveikatos priežiūros skaitmeninimo projektams finansuoti;
- turimos ES lėšos ir reikalavimai joms gauti atitiko valstybių narių poreikius.

### Komisija parengė valstybėms narėms gaires, kuriose paaiškinta, kaip gauti ES lėšų sveikatos priežiūros skaitmeninimo projektams

**40** Tikėjomės, kad Komisija pateiks valstybėms narėms informaciją apie turimas ES lėšas, taip pat gaires, kaip jas naudoti. Išnagrinėjome pagrindinių ES iniciatyvų, kuriomis skatinamas e. sveikatos diegimas, dokumentus (*1 priedas*). Juose bendrais bruožais paminėtos ES finansavimo programos, kurios gali būti naudojamos šioms iniciatyvoms finansuoti. Kai kuriuose dokumentuose, pavyzdžiui, Komunikate dėl Europos sveikatos duomenų erdvės ir pasiūlyme dėl jo reglamento, nurodytas bendras šiai sričiai skirtas biudžetas. Išsami informacija apie tinkamus finansuoti veiksmus ir paramos gavėjus, paramos sumą ir įgyvendinimo taisykles pateikta programų teisės aktuose.

**41** Mūsų analizėje daugiausia dėmesio skirta ES finansavimo programų imčiai (*18 dalis*). Nustatėme, kad konkretūs sveikatos priežiūros skaitmeninimo tikslai yra gana panašūs, o bendrieji tikslai ir teminiai prioritetai kiekvienai programai skiriasi ir iš esmės vienas kitą papildo. Kalbant apie finansuoti tinkamus veiksmus, nustatėme, kad mūsų analizuotos programos paprastai leidžia valstybėms narėms aprėpti įvairius veiksmus – nuo investicijų ir reformų iki tyrimų ir gebėjimų stiprinimo. Pastebėjome, kad šios programos įgyvendinamos taikant skirtingus valdymo būdus ir jas įgyvendina skirtingi generaliniai direktoratai (*5 diagrama*). Jose teikiama skirtingų rūšių parama ir jos skirtos įvairiems paramos gavėjams (*2 lentelė*).



**2 lentelė. ES parama valstybių narių sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimui ir reikalavimus atitinkantys paramos gavėjai pagal atrinktas ES programas**

ES programa	Valstybėms narėms teikiama parama	Paramos gavėjai
ERPF	Finansinė parama, skiriama taikant reikalavimus atitinkančių išlaidų bendro finansavimo principą	Viešosios ar privačios įstaigos, juridinio asmens statusą turintys arba jo neturintys subjektai, fiziniai asmenys
EGADP	Finansinė parama, skiriama atsižvelgiant į pasiektus rezultatus ir tikslus (nesusijusi su išlaidomis)	Valstybės narės
Trečioji sveikatos programa „ES – sveikatos labui“	Finansinė parama, skiriama taikant reikalavimus atitinkančių išlaidų bendro finansavimo principą	Juridiniai asmenys arba tarptautinės organizacijos
Struktūrinių reformų rėmimo programa, Techninės paramos priemonė	Techninė parama (ekspertai)	Valstybių narių nacionalinės institucijos, tarptautinės organizacijos, viešosios arba privačiosios įstaigos ir subjektai

Šaltinis: Europos Audito Rūmų atlikta ES dokumentų analizė; *IV priedas*.

**42** Nuo 2012 m. vykusių posėdžių protokolų analizė parodė, kad e. sveikatos tinklas valstybėms narėms suteikė daugiau informacijos apie turimas ES lėšas. Tinklo posėdžiuose Komisija dalijosi informacija, ypač apie tas programas (Europos infrastruktūros tinklų priemonę, Skaitmeninės Europos programą ir programą „ES – sveikatos labui“), pagal kurias finansuojamos tarpvalstybinės arba ES lygmens iniciatyvos, pavyzdžiui, eHDSI („MyHealth@EU“) diegimas, įskaitant ja teikiamas informacijos apie pacientus santraukas ir e. receptus, bei ESDE infrastruktūrą ir parengiamuosius veiksmus. Taip pat buvo pateikti pranešimai apie kitas Komisijos vykdomas programas, pavyzdžiui, ERPF ir EGADP, taip pat Europos investicijų banko vykdomas programas.

**43** 2019 m. E. sveikatos tinklas patvirtino „Investicijų gaires“, kurių tikslas – padėti valstybėms narėms nuspręsti, kaip finansuoti sąveikius e. sveikatos sprendimus. Šiose gairėse pateikta bendra informacija apie 2021–2027 m. laikotarpio ES lygmeniu siūlomą finansavimą. Taip pat nustatėme, kad viename 2022 m. e. sveikatos tinklo susitikime Komisija patvirtino, kad ji gali teikti valstybėms narėms pagalbą ir informaciją apie ES finansavimo galimybes. Vėliau Komisija pateikė konkrečią informaciją apie veiksmus pagal programą „ES – sveikatos labui“, pavyzdžiui, skirtus „MyHealth@EU“ įgyvendinti, bei pagal Skaitmeninės Europos programą.

**44** Komisija mano, kad valstybėms narėms prieinamų priemonių įvairovė yra ne kliūtis, o būdas gauti reikiamas priemones konkrečioms politikos tikslams pasiekti. Tačiau Ispanijos valdžios institucijų manymu, kai kuriems autonominiams regionams dėl plataus finansavimo spektro buvo sunku nuspręsti, kurios ES lėšos geriausiai atitinka jų poreikius.

### Sveikatos priežiūros skaitmeninimui skirtos ES lėšos atitiko bendrus valstybių narių poreikius, tačiau norėdamos jomis pasinaudoti, valstybės narės susidūrė su kliūtimis

**45** Tikėjomės, kad valstybės narės panaudos sveikatos priežiūros skaitmeninimui skirtas ES lėšas, o ES lėšos atitiks valstybių narių poreikius. Šiam aspektui įvertinti informaciją surinkome visoms valstybėms narėms išsiuntę apklausos klausimyną ir gavę duomenis iš pasirinktų valstybių narių.

#### Valstybių narių naudojimas ES lėšomis



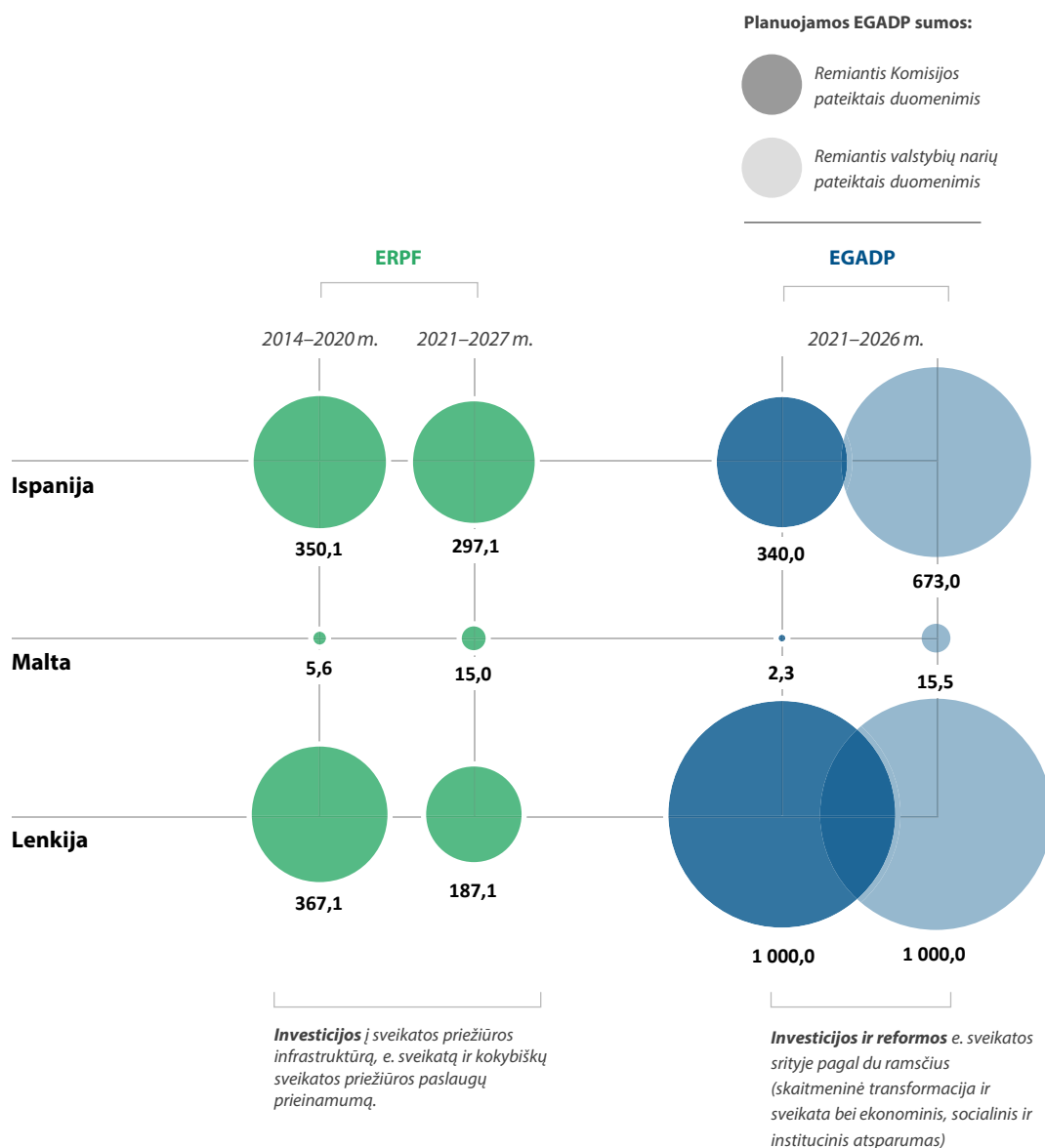
**18** valstybių narių iš 21 teigė panaudojusios vieno ar daugiau **ES fondų lėšas savo sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti.**

*Valstybių narių atsakymai į Europos Audito Rūmų apklausą*

**46** Mūsų apklausos duomenimis, 18 valstybių narių iš 21 teigė panaudojusios vieno ar daugiau ES fondų lėšas savo sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti. Dažniausiai buvo naudojami ERPF, EGADP, programos „ES – sveikatos labui“ ir Europos infrastruktūros tinklų priemonės fondai. Paklaustos apie konkretų ES lėšų panaudojimą, 15 iš 20 valstybių narių teigė, kad jos naudojo ES lėšas savo elektroniniams sveikatos įrašams finansuoti, 13 iš 20 naudojo ES lėšas savo e. receptų sistemai finansuoti, o penkios iš 19 lėšas naudojo nuotolinės medicinos sprendimams finansuoti.

**47** Nustatėme, kad trys pasirinktos valstybės narės naudojo įvairius ES fondus savo sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti. **7 diagramoje** apžvelgiamos planuojamos skirti sumos e. sveikatai iš ERPF ir EGADP. Tačiau nagrinėdami EGADP nustatėme Komisijos ir pasirinktų valstybių narių pateiktų sumų neatitikimus.

### 7 diagrama. Planuojamos sumos e. sveikatai iš ERPF ir EGADP Ispanijoje, Maltoje ir Lenkijoje 2014–2020 m. ir 2021–2027 m. programavimo laikotarpiais (milijonais EUR)



Šaltinis: ERPF: Sanglaudos srities atvirųjų duomenų platforma. EGADP: Komisijos ir pasirinktų valstybių narių pateikti duomenys.

**48** Iš visų audituotų projektų (*III priedas*) nustatėme, kad ERPF buvo pagrindinis finansavimo šaltinis trijose pasirinktose valstybėse narėse:

- Ispanijoje ERPF lėšomis nuo 2007–2013 m. programavimo laikotarpio bendrai finansuojamas e. receptų ir elektroninių sveikatos įrašų diegimas regioniniu ir centriniu lygmeniu;
- Maltoje projektas **CONvErGE** (integruota e. valdžia), bendrai finansuotas 2014–2020 m. ERPF lėšomis, buvo labai svarbus viso viešojo sektoriaus skaitmenizacijai, o skaitmeninės sveikatos komponentai buvo pagrindinės sveikatos priežiūros skaitmeninimo iniciatyvos;
- Iki šiol Lenkija didžiąją dalį sveikatos priežiūros skaitmeninimo veiklos finansavo nacionalinėmis arba ES sanglaudos politikos fondų (ERPF ir Europos socialinio fondo) lėšomis. Pagrindinis projektas – elektroninės platformos, leidžiančios viešojo administravimo institucijoms ir piliečiams rinkti, analizuoti skaitmeninius sveikatos duomenis ir jais dalytis, sukūrimas (**P1 platforma**). Projekto 1 etapas buvo finansuojamas pagal 2007–2013 m. ERPF programą, o 2 etapas buvo užbaigtas pagal 2014–2020 m. ERPF programą.

**49** Lankydami šalyse taip pat nustatėme, kad valstybės narės turimų ES lėšų naudojimą optimizavo įvairiais būdais. Pavyzdžiui:

- Ispanijoje nacionalinis finansavimas papildė ERPF lėšas pasibaigus privalomam tinkamumo finansuoti laikotarpiui, pavyzdžiui, projektas, kurio auditą atlikome (*III priedas*) ir kuris buvo bendrai finansuojamas 2014–2020 m. ERPF lėšomis, buvo deklaruotas kaip finansuojamas ES iki 2023 m. gruodžio 31 d., o likusi 2024 m. veikla finansuota nacionalinėmis lėšomis;
- Vienas projektas Maltoje, kurį iš pradžių planuota finansuoti EGADP lėšomis, tikriausiai bus įgyvendintas arba per nacionalinius fondus, arba skiriant paramą pagal 2021–2027 m. ERPF;
- Lenkijoje vienas mūsų audituotas projektas (*III priedas*) buvo finansuojamas iš 2014–2020 m. Europos socialinio fondo lėšų, likusių iki tinkamumo finansuoti laikotarpio pabaigos, taip siekiant maksimaliai padidinti jų įsisavinimą (*5 langelis*).

## 5 langelis.

### Projektas „e-Konsylium“ Lenkijoje

Remiantis esama platforma (finansuojama nacionalinėmis lėšomis), projektu buvo sukurta nuotolinių kardiologinių konsultacijų paslauga, kurią teikė keturios specializuotos ligoninės, 20 rajonų ligoninių ir 80 pirminės sveikatos priežiūros centrų.

Pasak aplankytų Lenkijos valdžios institucijų, projektas sulaukė didelio susidomėjimo, nes patys gydytojai jau seniai kalbėjo apie tokios paslaugos poreikį. Kai tik bus gauta reikiamų lėšų, bus pradėtas dar vienas projektas, apimantis penkias specializuotas sritis: plaučių ligų, hematologijos, onkologijos, kardiologijos ir retųjų vaikų ligų.

*Šaltinis:* Europos Audito Rūmai pagal nacionalinių valdžios institucijų pateiktų dokumentų analizės duomenis.

### ES lėšų atitiktis valstybių narių poreikiams



**15** valstybių narių iš 18 teigė, kad **ES fondų lėšos atitinka jų poreikius ir prioritetus.**

*Valstybių narių atsakymai į Europos Audito Rūmų apklausą*

**50** Atsakydamos į mūsų apklausos klausimus, 15 iš 18 valstybių narių teigė, kad ES lėšos atitinka jų poreikius ir prioritetus. **6 langelyje** pateikti du pavyzdžiai, rodantys, kaip ES finansavimas padėjo paspartinti sveikatos priežiūros skaitmeninimą valstybėse narėse.

## 6 langelis.

### Svarbus ES finansavimo vaidmuo sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje

- ES finansavimas padėjo įveikti finansinius nacionalinių biudžetų apribojimus: viena į klausimus atsakinėjusi valstybė narė paaiškino, kad valstybės biudžetas investicijoms į sveikatos skaitmeninimą buvo palyginti nedidelis, todėl e. sveikatos sprendimų kūrimas daugiausia buvo finansuojamas ES programomis.
- ES finansavimas paspartino įgyvendinimą: mūsų apsilankymo Maltoje metu valdžios institucijos paaiškino, kad kai kurie projektai nebūtų buvę įgyvendinti be ES finansavimo. Finansavimas suteikė ir papildomų privalumų, pavyzdžiui, procedūrinių garantijų (pavyzdžiui, konkurso taisyklės ir sutartiniai terminai, kurių reikia laikytis), tarptautinių standartų įdiegimas ir nacionalinis įsipareigojimas reformų procesui.

*Šaltinis:* Europos Audito Rūmai pagal valstybių narių atsakymų į mūsų klausimus analizės rezultatus ir nacionalinių valdžios institucijų vizito metu pateiktus faktinius duomenis.

**51** Visi projektai, kurių auditą vykdėme trijose pasirinktose valstybėse narėse (*III priedas*), prisidėjo prie sveikatos priežiūros skaitmeninimo:

- Ispanijoje jie paspartino nuotolinės medicinos, nuotolinės lėtinių ligų stebėsenos, e. receptų, pacientų konsultavimo internetu pasitelkiant medicininius vaizdus ir standartizuotų terminų vartosenos diegimą;
- Maltoje jie finansavo technologiškai pažangią onkologinę įrangą, skaitmeninę diagnostiką, duomenų rinkimą, elektroninius sveikatos įrašus ir medicinos įrangą, kuria duomenys perduodami e. sveikatos sistemoms;
- Lenkijoje jie padėjo sukurti nacionalinę elektroninę sveikatos platformą, paspartino ligoninių skaitmeninimą ir jų prijungimą prie nacionalinės platformos bei nuotolinių konsultacijų paslaugas.

### Kliūty, su kuriomis susiduria kai kurios valstybės narės, naudodamos ES lėšas sveikatos priežiūros skaitmeninimui

**52** Analizuodami atsakymus į mūsų pateiktus klausimus, apsilankymų metu surinktus duomenis ir e. sveikatos tinklo protokolus, nustatėme, kad skirdamos ir tvarkydamos sveikatos priežiūros skaitmeninimui skirtas ES lėšas valstybės narės susidūrė su kliūtimis. *8 diagramoje* apibendrinamos pagrindinės kliūty, su kuriomis valstybės narės susiduria naudodamos ES lėšas savo sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti.

## 8 diagrama. Pagrindinės kliūtys, su kuriomis susiduria valstybės narės, naudodamos ES lėšas sveikatos priežiūros skaitmeninimui



*Šaltinis:* Europos Audito Rūmai pagal gautus atsakymus į mūsų apklausos klausimus, apsilankymų valstybėse narėse gautą informaciją ir e. sveikatos tinklo protokolų duomenis.

**53** Penkių mūsų apklausos respondentų paminėtas iššūkis buvo administracinė našta teikiant paraiškas dėl ES lėšų, tinkamai jas panaudojant ir atsiskaitant apie jų panaudojimą. Iš dalies taip yra dėl to, kad ES finansavimas paskirstomas skirtingoms programoms, kurių kiekvienai taikomos skirtingos taisyklės ir skirtinga vykdymo tvarka (**3 lentelė**), todėl paraiškų teikimo ir lėšų valdymo procesas tampa sudėtingesnis.

### 3 lentelė. Programų valdymo skirtumai

3-ioji sveikatos programa, programa „ES – sveikatos labui“, „Horizontas 2020“, „Europos horizontas“, Europos infrastruktūros tinklų priemonė, Skaitmeninės Europos programa	Europos regioninės plėtros fondas, Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo priemonė
Įgyvendinama skelbiant metinius kvietimus teikti paraiškas.  Norėdamos gauti finansavimą pagal šias ES programas, valstybės narės turi teikti pasiūlymus pagal kiekvieną kvietimą teikti kiekvienos jas dominančios programos paraiškas.	Remiantis daugiamečiu programavimu.  Programavimo laikotarpio pradžioje valstybės narės parengia planus, kuriuos vėliau patvirtina Komisija (ERPF) arba Taryba (EGADP). Jos įgyvendina planus vykdydamos projektus, kuriuos per nustatytą laikotarpį atranka pačios.  Šių dviejų priemonių finansavimo būdai labai skiriasi. <b>IV priede</b> apibendrinami pagrindiniai ERPF ir EGADP skirtumai.

*Šaltinis:* Europos Audito Rūmų atlikta Komisijos dokumentų analizė.

**54** Nustatėme, kad sunkumų taip pat kilo dėl lygiagretaus ES finansavimo priemonių plėtojimo. Pavyzdžiui, ERPF reglamentai buvo priimti 2021 m. viduryje, kai valstybės narės taip pat įgyvendino EGADP<sup>16</sup>. Sunkumų kilo ne tik dėl to, kad priemonės buvo programuojamos beveik vienu metu, bet ir dėl to, kad, kaip nurodė vienas respondentas, programavimas vyko tuo metu, kai nacionaliniai pareigūnai visas pastangas dėjo kovai su pandemija, o ne naujų skaitmeninio projektų finansavimo užtikrinimui.

**55** Kita kliūtis buvo nacionalinis bendrasis finansavimas. Dvi valstybės narės, atsakydamos į mūsų pateiktus klausimus, pabrėžė, kad dėl metinio nacionalinio finansų planavimo ciklo sudėtinga tam tikram laikotarpiui užsitikrinti būtiną nacionalinį bendrą finansavimą. Kad sunkumų kyla nacionaliniu lygmeniu, patvirtino ir 2022 m. e. sveikatos tinklas, kuriame kai kurios valstybės narės kaip vieną iš sunkumų gauti nacionalinį bendrąjį finansavimą nurodė ribotus nacionalinius išteklius, o kitos kaip kliūtį dalyvauti bendruose veiksmuose įvardijo nacionalinių išteklių trūkumą.

**56** Kaip vieną iš ES lėšų naudojimo sunkumų du respondentai taip pat paminėjo nepakankamus administracinius gebėjimus. Apsilankymo metu Ispanija patvirtino, kad dėl daugybės galimų ES finansavimo šaltinių buvo sunku (ypač mažiems subjektams, kurių ištekliai riboti) atlikti administracinius paraiškų teikimo ir projektų valdymo veiksmus.

## **Komisija stebi valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninio srityje, tačiau neturi išsamios ES lėšų panaudojimo apžvalgos**

**57** Vertiname, ar Komisijos stebėsenos sistema:

- laiku teikia aktualią ir palyginamą informaciją, leidžiančią stebėti valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninio srityje;
- leidžia stebėti, kaip valstybės narės naudoja ES lėšas, skirtas jų sveikatos priežiūros skaitmeninimui.

---

<sup>16</sup> Europos Audito Rūmų [peržiūros ataskaita Nr. 01/2023](#), 45–47 dalys.





## **Komisija stebi valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje, nors trūkumų yra.**

**58** Tikėjomės, kad Komisija stebės valstybių narių sveikatos priežiūros skaitmeninimo pažangą remdamasi savalaikiais, aktualiais ir palyginamais rodikliais, ir teiks ataskaitas. Išnagrinėjome Komisijos taikytus rodiklius, pagrindines metodikas ir ataskaitas, kaip aprašyta **08–12** dalyse.

**59** Komisija stebi valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje pasitelkdama du pagrindinius šaltinius pagal 2030 m. skaitmeninio dešimtmečio politikos programą: **e. valdžios lyginamąją analizę** (nuo 2022 m.) ir **Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklį** (nuo 2023 m.). Šie rodiklių rinkiniai yra pagrįsti skirtingomis metodikomis ir apima skirtingus aspektus (**9 diagrama**).

## 9 diagrama. E. valdžios lyginamosios analizės ir skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio pagrindinės charakteristikos

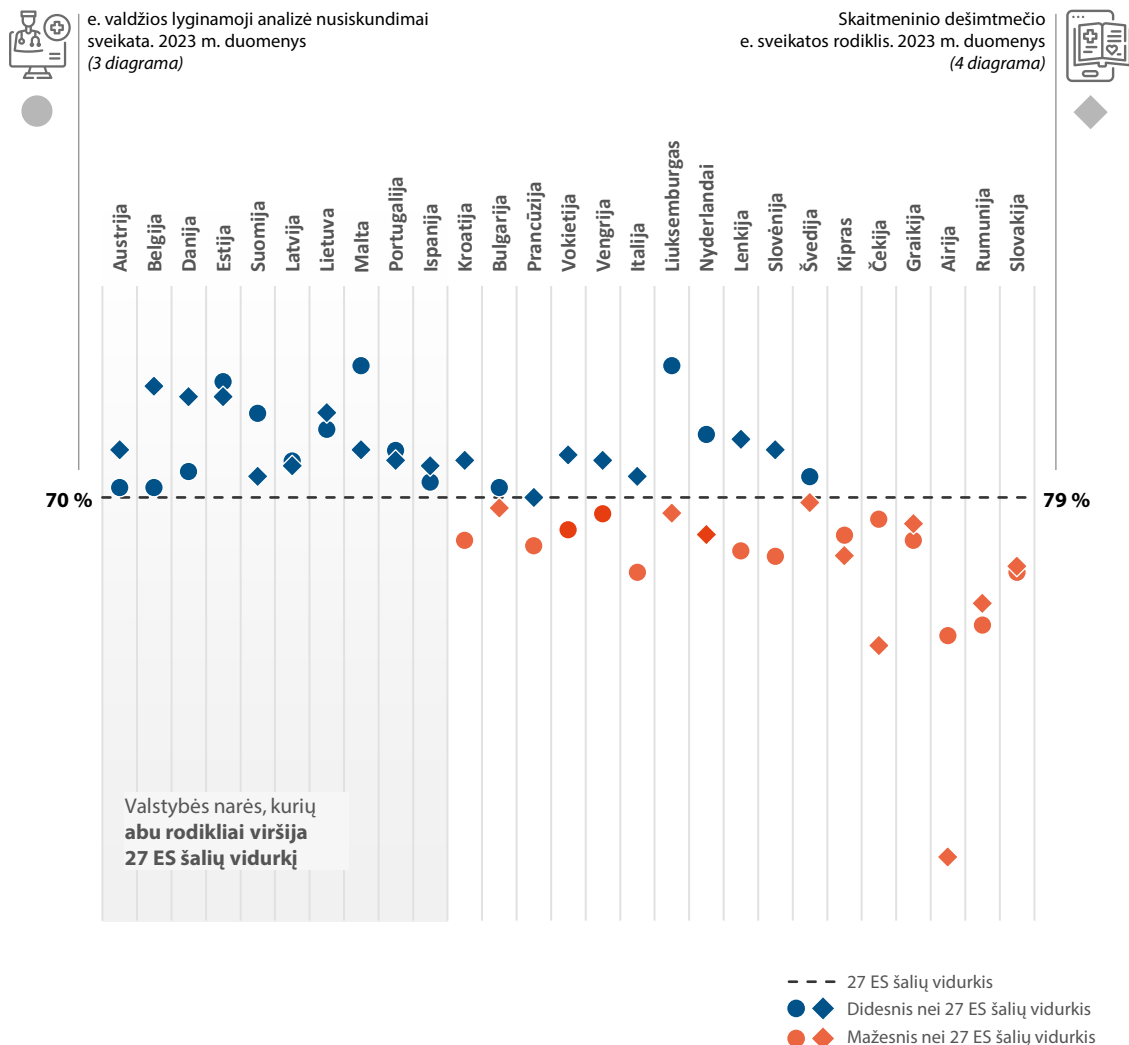
	 <b>e. valdžios lyginamoji analizė (sveikatos reiškinys)</b>	 <b>Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklis</b>
<b>Tikslas</b>	Sveikatos priežiūros sektoriaus valdžios institucijų teikiamų skaitmeninių viešųjų paslaugų bendro brandumo lygmens vertinimas kliento požiūriu	Stebima valstybių narių pažanga siekiant tikslo, kad iki 2030 m. 100 % Europos piliečių turėtų internetinę prieigą prie elektroninių sveikatos įrašų
<b>Dažnumas</b>	Kas dvejus metus	Kasmet
<b>Pirmą kartą atlikta</b>	2022 (2021 m. laikotarpis)	2023 (2022 m. laikotarpis)
<b>Metodika</b>	Apima keturis matmenis, kuriuos sudaro 14 pagrindinių rodiklių  Septynių e. sveikatos paslaugų vertinimas	Sudaro 12 subrodiklių
<b>Duomenų rinkimas</b>	Taikant kontrolinio pirkimo principą (paslaugų ir produktų veikimo tikrinimas dedantis paprastu klientu) ir automatines priemones (internetinius svetainių testus).	Remiantis valstybių narių atsakymais į internetinę apklausą, kuriuos Komisija patikrino vėliau paprašiusi pateikti paaiškinimus.

*Šaltinis:* Europos Audito Rūmų atlikta atitinkamų dokumentų, apimančių e. valdžios lyginamosios analizės ir Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklį, analizė.

**60** Pagal abu rodiklius valstybėms narėms skiriami balai. Tačiau, kadangi jų taikymo sritis ir metodika skiriasi, jų palyginti neįmanoma<sup>17</sup>. Todėl, pateikdami dviejų stebėsenos sistemų rezultatus, neskirstėme valstybių narių pagal bendrą balų skaičių, o vertinome, ar pagal kiekvieną rodiklį jos viršijo ES vidurkį, ar jo nesiekė (**10 diagrama**).

<sup>17</sup> Europos Komisija, 2024 m. e. valdžios lyginamoji analizė. Bendroji ataskaita, 6 išnaša, p. 54.

## 10 diagrama. Valstybės narės, viršijančios ES vidurkį arba jo nesiekiančios pagal 2024 m. e. valdžios lyginamosios analizės ir Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklį (abu apima 2023 m.)



*Pastaba.* Europos Audito Rūmai perskaičiavo e. valdžios lyginamosios analizės 27 ES šalių vidurkį, neįtraukdami ES nepriklausančių šalių (Albanijos, Islandijos, Moldovos, Juodkalnijos, Šiaurės Makedonijos, Norvegijos, Serbijos, Šveicarijos, Turkijos ir Ukrainos).

*Šaltinis:* Europos Audito Rūmai pagal 2024 m. e. valdžios lyginamosios analizės ir 2024 m. e. sveikatos skaitmeninio dešimtmečio rodiklį.

**61** Palyginome kiekvieno rodiklio dvejų metų rezultatus: 2021 m. ir 2023 m. e. valdžios lyginamosios analizės rodiklis, 2022 m. ir 2023 m. Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklis (4 lentelė). Nustatėme, kad nors daugumoje valstybių narių padaryta pažanga, kai kurių šalių balai sumažėjo. Kalbant apie skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklį, ataskaitoje paaiškinama, kad rezultatą daugiausia lėmė tiksliau teikiamos ataskaitos. Elektroninės valdžios lyginamosios analizės atveju priežastys nepaaiškintos, taigi dėl to sunkiau suprasti balų pokyčius.

#### 4 lentelė. e. valdžios lyginamosios analizės ir Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio palyginimas per dvejų metų laikotarpį

Valstybė narė	e. valdžios lyginamoji analizė – sveikatos reiškinys			Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklis		
	2021	2023	Pokytis	2022	2023	Pokytis
Austrija	65	72	↗	88	88	↔
Belgija	75	72	↘	85	100	↗
Bulgarija	49	72	↗	77	77	↔
Kipras	43	63	↗	70	68	↘
Čekija	62	66	↗	47	51	↗
Vokietija	68	64	↘	71	87	↗
Danija	79	75	↘	96	98	↗
Estija	93	92	↘	89	98	↗
Graikija	53	62	↗	61	74	↗
Ispanija	79	73	↘	83	85	↗
Suomija	81	86	↗	90	83	↘
Prancūzija	59	61	↗	54	79	↗
Kroatija	51	62	↗	86	86	↔
Vengrija	55	67	↗	80	86	↗
Airija	38	44	↗	0	11	↗
Italija	56	56	↔	71	83	↗
Lietuva	80	83	↗	92	95	↗
Liuksemburgas	97	95	↘	67	76	↗
Latvija	68	77	↗	79	85	↗
Malta	91	95	↗	78	88	↗
Nyderlandai	84	82	↘	69	72	↗
Lenkija	48	60	↗	86	90	↗
Portugalija	70	79	↗	63	86	↗
Rumunija	33	46	↗	57	59	↗
Švedija	61	74	↗	70	78	↗
Slovėnija	52	59	↗	80	88	↗
Slovakija	53	56	↗	45	66	↗

Šaltinis: Europos Komisija, 2022 m. e. valdžios lyginamoji analizė. Bendroji ataskaita, 4.1 diagrama, p. 48; 2024 m. e. valdžios lyginamoji analizė. Bendroji ataskaita, 4.1 ir 4.2 diagramos, p. 54–55; Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklių pokytis, 1 diagrama, p. 4; 2024 m. skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklių tyrimas. Pagrindinė ataskaita, p. 11.

**62** E. valdžios lyginamosios analizės ir skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodikliai apima ne tas pačias e. sveikatos paslaugas, tačiau jie turi tam tikrų bendrumų. Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklis yra visiškai orientuotas į piliečių internetinę prieigą prie elektroninių sveikatos įrašų, nors tai yra tik viena iš paslaugų, kurias apima e. valdžios lyginamoji analizė (**11 diagrama**).

### 11 diagrama. e. sveikatos paslaugos, įtrauktos į e. valdžios lyginamąją analizę ir Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklį



#### e. valdžios lyginamoji analizė (sveikatos reiškinys)

- 1) Sužinoti rekomendacijas ir informaciją, kur galima gauti sveikatos priežiūros paslaugas.
- 2) Stebėti internete pateiktą informaciją apie gydytojo registraciją, specializaciją ir reikalingas licencijas
- 3) Gauti Europos sveikatos draudimo kortelę
- 4) Registruotis pas gydytoją ligoninėje ir keisti paskirtą laiką
- 5) Pateikti nuotolinės konsultacijos su ligoninės gydytoju užklausą
- 6) Iš ligoninės gydytojo gauti e. receptą

- 7) Galimybė gauti **elektroninius sveikatos įrašus**



#### Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklis

Galimybė piliečiams susipažinti su **elektroniniais sveikatos įrašais** internetu, daugiausia dėmesio skiriant šiems aspektams:

- 1) galimybei visoje šalyje piliečiams naudotis internetinėmis prieigomis prie elektroninių sveikatos įrašų paslaugomis
- 2) elektroninių sveikatos įrašų suvestinių duomenų prieinamumui piliečiams
- 3) piliečiams prieinamiems e. receptų (e. vaistų išdavimo) duomenims
- 4) piliečiams prieinamiems elektroniniams rezultatams ir ataskaitoms
- 5) prieigai prie elektroninių sveikatos įrašų duomenų naudojantis e. tapatybės atpažinties priemone
- 6) prieigai per internetinį portalą arba mobiliąją programėlę
- 7) šalies gyventojų, galinčių susipažinti su elektroniniais sveikatos įrašais, procentinei daliai šalyje
- 8) sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, teikiančių atitinkamus sveikatos duomenis internetu, kategorijoms
- 9) galimybei teisėtiems globėjams susipažinti su elektroniniais sveikatos duomenų įrašais
- 10) galimybei įgaliojamiems asmenims susipažinti su elektroniniais sveikatos duomenų įrašais
- 11) pagalbai sunkioje padėtyje esančioms grupėms
- 12) žiniatinklio turinio prieinamumo gairių v2.1 ir Interneto svetainių prieinamumo direktyvos atitikčiai

*Šaltinis:* Europos Audito Rūmai pagal e. valdžios lyginamosios analizės ir e. sveikatos skaitmeninio dešimtmečio rodiklį.

**63** Nagrinėdami metodiką, nustatėme, kad 2024 m. biudžete, apimančiame 2023 m., e. valdžios lyginamojoje analizėje analizuojami du papildomi aspektai (judriojo ryšio paslaugų teikimo ir interneto prieinamumo direktyva), kurie taip pat įtraukti į Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos 6 ir 12 subrodiklius (atitinkamoje **11 diagramos** skiltyje). Vis dėlto analizės pobūdis skiriasi:

- vertinant abu aspektus Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklyje naudojami pačių valstybių narių pateikti duomenys;
- e. valdžios lyginamojoje analizėje abu aspektai vertinami taikant tiesioginį testavimą.

**64** Teikiant skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio ataskaitas (**7 langelis**) Ispanijoje ir Maltoje nustatyta trūkumų. Vienu atveju buvo netiksliai pateikta informacija, kitu – vertinimo metodika. Pirmuoju atveju Komisija neatliko reikiamų patikrų, kurios būtų leidusios aptikti neteisingą informaciją. Antruoju atveju taikyta vertinimo metodika neatspindėjo šalių skirtumų.

## 7 langelis.

### Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio ataskaitų teikimo trūkumai

**Informacijos tikslumas.** Remiantis 2023 m. paskelbta [Komisijos ataskaita](#), dauguma Ispanijos viešųjų ir privačių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų teikia atitinkamus sveikatos duomenis regioninėms prieigos tarnyboms. Tačiau mūsų apsilankymo metu Ispanijos valdžios institucijos patvirtino, kad dabartinė e. sveikatos teisinė sistema taikoma tik duomenims ir subjektams, veikiantiems nacionalinėje visuomenės sveikatos sistemoje. Privačios sveikatos priežiūros paslaugos ir susiję duomenys nėra privalomai skaitmeninami. Pacientai gali naudotis privačių subjektų per jų interneto portalus teikiamomis skaitmeninėmis paslaugomis, tačiau šie duomenys nėra prieinami valstybinėms sveikatos priežiūros institucijoms. Komisija šią informaciją ištaisė 2024 m. ataskaitoje<sup>18</sup> ir paaiškino, kad privatūs sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai neteikia duomenų internetu pasiekiamai elektroninių sveikatos įrašų platformai.

**Vertinimo metodika.** Tiek Malta, tiek Lenkija gavo maksimalų balų skaičių už galimybę naudotis e. receptais (3 rodiklis atitinkamame stulpelyje (**11 diagrama**)). Lenkijoje visi receptai turėjo būti išrašomi elektroniniu būdu. Tačiau audito metu nustatėme, kad Maltoje e. receptai buvo išrašomi tik tiems vaistams, kurie skirti tam tikroms lėtinėms ligoms gydyti ir kurie pagal nacionalines taisykles buvo skiriami nemokamai. Komisijos 2024 m. ataskaitoje, apimančioje 2023 m. laikotarpį, už galimybę naudotis e. receptais Malta vis tiek gavo didžiausią balų skaičių<sup>19</sup>.

*Šaltinis:* Europos Audito Rūmų atlikta Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio rezultatų analizė Ispanijoje, Maltoje ir Lenkijoje.

### Nei Komisija, nei dauguma valstybių narių neturi išsamios ES lėšų, kurios buvo panaudotos sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti, apžvalgos

**65** Kadangi galutinė atsakomybė už ES biudžeto įgyvendinimą tenka Komisijai, tikėjomės, kad ji bus įdiegusi ES lėšų, kurias valstybės narės naudoja savo sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti, stebėjimo sistemą. Kad įvertintume šį aspektą, išnagrinėjome Komisijos duomenų bazes ir paskelbtas ataskaitas bei išanalizavome atsakymus į mūsų pateiktus klausimus ir pasirinktose valstybėse narėse surinktus duomenis.

<sup>18</sup> Europos Komisija, [2024 m. skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio tyrimas](#). Priedas. Šalies faktų suvestinės, p. 105 ir 108/121.

<sup>19</sup> Europos Komisija, [2024 m. skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio tyrimas](#). Priedas. Šalies faktų suvestinės, p. 79 ir 87/121.



**Aštuonios** valstybės narės iš 19 teigė turinčios bendrą informaciją apie **ES finansavimą, naudojamą** jų sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimui remti.

*Valstybių narių atsakymai į Europos Audito Rūmų apklausą*

**66** Atsakydamos į mūsų pateiktus klausimus, tik aštuonios iš devyniolikos valstybių narių teigė, kad turi bendrą informaciją apie ES lėšų sumas, panaudotas jų sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimui. Iš šių aštuonių šalių, viena paminėjo tik programos „ES – sveikatos labui“ skiriamą finansavimą, o viena paaiškino, kad gali pateikti informaciją tik apie tuos projektus, kuriuose dalyvavo Sveikatos apsaugos ministerija, nes ministerija paprastai nežino apie regionų prašomą ES finansavimą, nebent toje veikloje dalyvauja ir ministerija.

**67** Tai buvo patvirtinta pasirinktų valstybių narių paprašius pateikti ES finansavimo, kurį jos gavo sveikatos priežiūros skaitmeninimui, apžvalgą ir atitinkamų projektų sąrašą. Valstybės narės projektus turėjo atrinkti rankiniu būdu, nes dažnai neturėjo konkretaus klasifikavimo metodo (pavyzdžiui, kodo), pagal kurį juos būtų galima identifikuoti: dažnai jie buvo priskiriami daug platesnėms kategorijoms ir žymimi, pavyzdžiui, „skaitmeniniai“ arba „sveikatos“ projektai.

**68** Nustatėme, kad valstybės narės teikia Komisijai ataskaitas apie ES finansuojamų projektų pažangą ir ES lėšų panaudojimą pagal ES finansavimo programų ataskaitų teikimo mechanizmą. Valstybės narės šiuos finansinius duomenis teikia skirtingiems Komisijos departamentams, priklausomai nuo to, koks generalinis direktoratas atsakingas už atitinkamą ES programą (**5 diagrama**). Kiekvienas GD parengia pagal savo vykdomas ES programas skiriamų ir išmokamų lėšų apžvalgą. Regioninės politikos GD šiuos duomenis viešai skelbia [Sanglaudos atvirųjų duomenų platformoje](#).

**69** Kaip pripažino Komisija, finansavimo priemonių, projektų ir paramos gavėjų įvairovė visose ES programose labai didelė. Valstybių narių valdžios institucijos ir kiti viešieji bei privatieji subjektai ES programose dalyvauja įvairiais lygmenimis, pasitelkdami jungtinį arba tiesioginį valdymą, tiesiogines dotacijas, konkurencingus kvietimus teikti pasiūlymus, paskolas ir mokslinių tyrimų projektus. Be to, sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimas dažnai būna horizontalaus pobūdžio ir apima kelis veiksmus arba sektorius. Dėl tokio kompleksškumo nei Komisija, nei dauguma valstybių narių, naudojančių ES lėšas pagal savo nacionalines skaitmeninimo strategijas sveikatos priežiūros srityje, neturi išsamios informacijos apie visas ES lėšas, kurias kiekviena valstybė narė naudoja savo sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti.



## Išvados ir rekomendacijos

**70** Nustatėme, kad pagal savo įgaliojimus Komisija valstybių narių sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimą padėjo vykdyti iš esmės veiksmingai. ES politikos sistema, kuria padedama skaitmeninti sveikatos priežiūros sistemą, iš esmės buvo grindžiama privalomos teisinės galios neturinčiais teisės aktais. COVID-19 pandemija parodė e. sveikatos ir bendradarbiavimo visoje ES svarbą. Dėl to buvo priimti privalomi sprendimai ir reglamentai, kuriais sustiprinta ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo politikos sistema (24–30 dalys).

**71** ES politikos sistemos poveikį valstybėms narėms lėmė jų savanoriškas įsipareigojimas. Tam įtakos turėjo politiniai prioritetai, pasirengimo diegti skaitmeninius sprendimus lygis ir proceso metu kilę sunkumai (31–38 dalys).

**72** Padėdama skaitmeninti sveikatos priežiūros sistemas ES teikė valstybėms narėms techninę ir finansinę paramą. Teikiant šią paramą, finansavimas buvo skiriamas pagal kelias ES programas, kurias vykdė skirtingi generaliniai direktoratai ir kurios buvo įgyvendinamos taikant skirtingas valdymo formas. Komisija daugiausia naudojosi e. sveikatos tinklu, kuriame buvo teikiama informacija apie ES programas, pagal kurias teikiama finansinė ir techninė parama sveikatos priežiūros skaitmeninimui (40–44 dalys).

**73** Valstybių narių teigimu, ES parama atitiko jų poreikius. Taip pat nustatėme, kad mūsų aplankytose valstybėse narėse visi audituoti projektai padėjo skaitmeninti sveikatos priežiūros sistemas. Tačiau paraiškų paramai gauti teikimo ir finansuojamų veiksmų įgyvendinimo taisyklės įvairiose ES programose skyrėsi. Dėl to valstybėms narėms buvo sunku nustatyti, kokias ES lėšas galima gauti, be to, joms kilo kliūčių teikiant paraiškas finansavimui gauti (45–56 dalys).

**74** Komisija stebi valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje remdamasi dviem pagrindiniais šaltiniais pagal 2030 m. skaitmeninio dešimtmečio politikos programą: e. valdžios lyginamąją analizę (nuo 2022 m.) ir skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodikliu (nuo 2023 m.). Šie rodikliai grindžiami skirtingomis metodikomis ir tarnauja skirtingoms reikmėms, tačiau jie apima panašius prieigos prie elektroninių sveikatos įrašų aspektus. Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio ataskaitose nustatėme trūkumų. Taip pat nustatėme, kad e. valdžios lyginamosios analizės ataskaitose nebuvo pateikta informacijos apie priežastis, dėl kurių skirtingais metais skiriasi šalių balai (58–64 dalys).

## 1 rekomendacija. Tobulinti e. valdžios lyginamosios analizės ir Skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio ataskaitų teikimą

---

Siekdama padidinti suinteresuotiesiems subjektams teikiamos informacijos tikslumą, Komisija turėtų patobulinti e. valdžios lyginamosios analizės ir skaitmeninio dešimtmečio e. sveikatos rodiklio ataskaitų teikimą paaiškindama šių dviejų priemonių apribojimus, skirtumus ir papildomumą.

**Tikslinė įgyvendinimo data: 2026 m. liepos mėn.**

**75** Dabartinėje Komisijos finansinės stebėsenos sistemoje pagal kiekvieną finansavimo programą apžvelgiamos ES lėšos, kurias valstybės narės naudoja savo sveikatos priežiūros sistemoms skaitmeninti. Vis dėlto nei Komisija, nei dauguma valstybių narių neturi išsamios informacijos apie visas ES lėšas, kurias kiekviena valstybė narė panaudojo sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimui. Todėl ES finansinės paramos mastą valstybėse narėse nustatyti sunku (65–69 dalys).

## 2 rekomendacija. Tobulinti ataskaitų apie ES lėšų naudojimą sveikatos priežiūrai skaitmeninti teikimą

---

Komisija turėtų patobulinti visuomenei teikiamą informaciją apie ES lėšų naudojimą sveikatos priežiūrai skaitmeninti, pateikdama ES ir valstybių narių lygmens apžvalgą pagal įvairias finansavimo programas.

**Tikslinė įgyvendinimo data: 2026 m.**

Šią ataskaitą priėmė 1 kolegija, vadovaujama Audito Rūmų narės Joëlle Elvinger, 2024 m. spalio 9 d. Liuksemburge įvykusiame posėdyje.

*Europos Audito Rūmų vardu*

Tony Murphy  
Pirmininkas

## Priedai

### I priedas. Pagrindinės ES iniciatyvos, skatinančios e. sveikatos diegimą

Metai	Tarpinis etapas
1999	Komunikatas „eEuropa. Informacinė visuomenė visiems“
2000	Komunikatas „eEuropa 2002. Veiksmų planas“
2002	Komunikatas „eEuropa 2005. Veiksmų planas“
2004	Komunikatas „Europos e. sveikatos erdvės veiksmų planas“
2007	Veiksmų planas e. sveikatos srityje: IRT sprendimai pacientams, medicinos tarnyboms ir mokėjimo įstaigoms (Komunikato „Europos pirmaujančios rinkos iniciatyva“ priedas)
2008	Komunikatas „Nuotolinė medicina pacientų, sveikatos priežiūros sistemų ir visuomenės labui“
2010	Komunikatas „Europos skaitmeninė darbotvarkė“
2011	Direktyva dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas taikymo (Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros direktyva)
2012	Komunikatas „2012–2020 m. e. sveikatos veiksmų planas. Novatoriška sveikatos priežiūra XXI amžiuje.“
2015	Komunikatas „Europos bendrosios skaitmeninės rinkos strategija“
2018	Komunikatas „Sąlygų skaitmeninei sveikatos ir priežiūros transformacijai bendrojoje skaitmeninėje rinkoje sudarymas“
2019	Rekomendacija dėl Europos keitimosi elektroniais sveikatos įrašais formato
2021	2030 m. skaitmeninės politikos kelrodis. Europos skaitmeninio dešimtmečio kelias („Skaitmeninės politikos kelrodžio komunikatas“).
2022	Komunikatas „Europos sveikatos duomenų erdvė: sveikatos duomenų galia žmonių, pacientų ir inovacijų labui“
2022	Pasiūlymas dėl Europos Parlamento ir Tarybos reglamento dėl bendros Europos sveikatos duomenų erdvės (EHDS reglamentas).
2022	Sprendimas, kuriuo nustatoma 2030 m. skaitmeninio dešimtmečio politikos programa
2023	Europos deklaracija dėl skaitmeninių teisių ir skaitmeninio dešimtmečio principų

Šaltinis: Audito Rūmų atlikta ES dokumentų analizė.

## II priedas. Valstybėms narėms išsiųsto klausimyno turinys

Nr.	Klausimas
<i>ES sveikatos priežiūros skaitmeninimo sistema</i>	
1	Ar manote, kad ES politikos sistema tinkamai padeda valstybėms narėms skaitmeninti jų sveikatos priežiūros sistemas?
2	Ar skaitmenindami savo sveikatos priežiūros sistemas naudojote kokias nors ES lygmens priemones ir veiksmus?
<i>Valstybių narių sveikatos priežiūros skaitmeninimo strategijos</i>	
3	Ar jūsų šalis yra priėmusi nacionalinę sveikatos priežiūros sistemos skaitmeninimo strategiją?
4	Ar jūsų šalyje priimtos regioninės sveikatos priežiūros sistemos skaitmeninimo strategijos?
<i>Atsakingos institucijos</i>	
5	Ar jūsų šalyje paskirtos institucijos, atsakingos už nacionalinės sveikatos priežiūros skaitmeninimo strategijos įgyvendinimą?
6	Jei aktualu, ar jūsų šalyje paskirtos institucijos, atsakingos už regioninių sveikatos priežiūros skaitmeninimo strategijų įgyvendinimą?
<i>Sveikatos priežiūros skaitmeninimo tikslai</i>	
7	Ar jūsų šalis yra nustačiusi nacionalinius sveikatos priežiūros skaitmeninimo srities tikslus?
8	Ar nacionaliniai tikslai atitinka ES savanoriškus ir privalomus sveikatos priežiūros skaitmeninimo skaitmeninius tikslus?
9	Jei aktualu, ar jūsų šalis yra nustačiusi regioninius sveikatos priežiūros skaitmeninimo tikslus?
10	Ar regioniniai tikslai atitinka nacionalinius ir ES skaitmeninius tikslus?
<i>Sveikatos priežiūros sistemos skaitmeninimo veiksmų planai</i>	
11	Ar jūsų šalis yra priėmusi veiksmų planus, kuriais siekiama įgyvendinti nacionalines sveikatos priežiūros sistemos skaitmeninimo strategijas ir pasiekti nacionalinius tikslus?
12	Jei aktualu, ar jūsų šalis yra priėmusi sveikatos priežiūros sistemos skaitmeninimo veiksmų planus regioniniu lygmeniu?
13	Ar veiksmų planuose nurodytos priemonės (investicijos ir reformos), reikalingos strategijoms įgyvendinti ir tikslams pasiekti?
14	Ar veiksmų planuose nurodyti finansavimo šaltiniai (nacionaliniai ir ES), reikalingi priemonėms įgyvendinti?

Nr.	Klausimas
15	Ar veiksmų planuose yra numatytų priemonių, kurios nebuvo įgyvendintos?
<i>Sveikatos priežiūros sistemos skaitmeninimo finansavimas</i>	
16	Ar jūsų šalis naudojo ES lėšas sveikatos priežiūros sistemų skaitmeninimui finansuoti?
17	Ar ES finansavimo programos atitinka jūsų šalies poreikius ir prioritetus?
<i>Sveikatos priežiūros sistemos skaitmeninimo stebėseną ir ataskaitų teikimas</i>	
18	Ar jūsų šalis stebi pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje, įskaitant nacionalinių ir (arba) regioninių strategijų įgyvendinimą, veiksmų planų įgyvendinimą ir nacionalinių ir (arba) regioninių tikslų įvykdymą?
19	Ar nuo pirmosios strategijos ir (arba) veiksmų plano sukūrimo jūsų šalis gavo ES lėšų, naudojamų sveikatos priežiūros skaitmeninimui, apžvalgą?
20	Ar jūsų šalis dalijasi stebėsenos rezultatais su Komisija?
21	Ar jūsų šalis viešai skelbia stebėsenos rezultatus?
<i>Elektroniniai sveikatos įrašai</i>	
22	Ar jūsų šalis įdiegė nacionalinę elektroninių sveikatos įrašų sistemą?
23	Ar diegdama nacionalinę elektroninių sveikatos įrašų sistemą jūsų šalis naudojosi kokiomis nors e. sveikatos tinklo parengtomis techninėmis gairėmis?
24	Kokia maždaug procentinė dalis pacientų per pastaruosius trejus metus (2020–2022 m.) jūsų šalyje galėjo pasinaudoti elektroniniais sveikatos įrašais?
25	Ar kokie nors ES finansuojami projektai prisidėjo prie jūsų šalies pažangos elektroninių sveikatos įrašų srityje?
26	Kokie yra pagrindiniai elektroninių sveikatos įrašų naudojimo iššūkiai ir galimybės jūsų šalyje?
<i>e. receptai</i>	
27	Ar jūsų šalyje buvo įdiegta nacionalinė e. receptų sistema?
28	Ar diegdama nacionalinę e. receptų sistemą jūsų šalis naudojosi kokiomis nors e. sveikatos tinklo parengtomis techninėmis gairėmis?
29	Kokią maždaug procentinę dalį sudaro per pastaruosius 3 metus (2020–2022 m.) jūsų šalyje išduoti e. receptai (palyginti su bendru receptų skaičiumi)?
30	Ar kokie nors ES finansuojami projektai prisidėjo prie e. receptų kūrimo srities pažangos jūsų šalyje?

Nr.	Klausimas
31	Kokie yra pagrindiniai e. receptų naudojimo iššūkiai ir galimybės jūsų šalyje?
<i>Nuotolinė medicina (nuotolinės konsultacijos)</i>	
32	Ar jūsų šalyje įdiegta nacionalinė nuotolinės medicinos ir (arba) nuotolinių konsultacijų sistema?
33	Ar diegdama nuotolinės medicinos ir (arba) nuotolinio konsultavimo sistemą jūsų šalis vadovavosi kokiomis nors Europos gairėmis/komunikatais/geriausia patirtimi?
34	Kiek maždaug procentų pacientų per pastaruosius 3 metus (2020–2022 m.) jūsų šalyje naudojosi nuotolinės medicinos ir (arba) nuotolinių konsultacijų paslaugomis?
35	Ar kokie nors ES finansuojami projektai prisidėjo prie nuotolinės medicinos ir (arba) nuotolinių konsultacijų srities pažangos jūsų šalyje?
36	Kokie yra pagrindiniai nuotolinės medicinos ir (arba) nuotolinių konsultacijų srities iššūkiai ir galimybės jūsų šalyje?

### III priedas. Audituotų projektų sąrašas

Valstybė narė	ES programa	Projekto aprašymas	Bendra suma (milijonais EUR)	ES įnašas (milijonais EUR)
Malta	ERPF	EPR komponentas: įdiegti pirminės sveikatos priežiūros sektoriui skirtą elektroninę pacientų įrašų sistemą.	2,17	1,74
		NSJ komponentas: įdiegti nacionalinę elektroninių sveikatos įrašų sistemą.	1,44	1,15
Malta	ERPF	Ligoninėje įrengti būtiniausių medicinos įrangą, kad būtų galima rinkti duomenis ir perduoti juos e. sveikatos paslaugų sistemoms.	1,30	1,11
Malta	EGADP	Įrengti naują magnetinio rezonanso linijinio greitintuvo aparatą onkologijos ligoninėje	21,50	18,27
Malta	EGADP	Įdiegti naują programinę ir specializuotą aparatinę įrangą ir sukurti naują internetinę duomenų saugojimo platformą histopatologijos departamente, kad vėžio diagnozavimas taptų nebe analoginis, o skaitmeninis.	2,93	2,49
Malta	3-oji sveikatos programa	Nustatyti įprastą duomenų rinkimo procedūrą sergamumo statistikos srityje iš administracinių šaltinių (o ne vykdant apklausas).	0,03	0,02
Lenkija	ERPF	Sukurti elektroninę platformą su skaitmeninėmis paslaugomis (e. receptai ir kt.), leidžiančią viešojo administravimo institucijoms ir piliečiams rinkti, analizuoti skaitmeninius sveikatos duomenis ir jais dalytis.	36,38	30,79
Lenkija	ERPF	Prijungti 52 ligonines prie P1 platformos, daugiausia dėmesio skiriant trimis paslaugoms: keitimuisi elektroniniais mediciniais dokumentais, elektronei registracijai į ligonines, ligoninių vidaus siuntimams pacientams atlikti tyrimus.	33,79	28,11
Lenkija	ERPF	Išplėsti ligoninės IT ir (arba) skaitmenines sistemas, kad jos būtų sujungtos su P1 platforma.	1,50	1,50

Valstybė narė	ES programa	Projekto aprašymas	Bendra suma (milijonais EUR)	ES įnašas (milijonais EUR)
Lenkija	ERPF	Ligoninėje įdiegti IT / skaitmeninio sistemą ir ją išplėsti iki keturių regioninių medicinos centrų, kad jie būtų prijungti prie ligoninių sistemos.	1,79	1,43
Lenkija	ESF	Sujungti 104 partnerius (keturias specializuotas ligonines, 20 rajonų ligonines, 80 pirminės sveikatos priežiūros centrų), kad jie galėtų elektroniniu būdu konsultuotis kardiologijos klausimais.	4,35	3,66
Ispanija	Struktūrinių reformų rėmimo programa	Stiprinti gebėjimus ir žinias apie tai, kaip įgyvendinti nuotolinės medicinos programas pirminės sveikatos priežiūros srityje, daugiausia dėmesio skiriant Kastilijos-La Mančos ir Katalonijos kaimo vietovėms.	0,29	0,29
Ispanija	„ES – sveikatos labui“	Padengti dalį SNOMED klinikinių terminų duomenų bazės narystės mokesčio. Tai yra kompiuteriu apdorojamų medicinos terminų rinkinys, kuriame pateikiami kodai, sinonimai ir apibrėžimai, naudojami klinikinėje dokumentacijoje ir ataskaitose.	0,66	0,53
Ispanija	EGADP	„Naujas sąveikių elektroninių receptų paslaugų modulis“, leidžiantis elektroninėmis priemonėmis, nereikalaujant pateikti popierinio recepto išduoti vaistą autonominiame regione – ne tame, kuriame jis buvo išrašytas;	2,37	2,37
Ispanija	ERPF	Įdiegti informacinę sistemą, leidžiančią piliečiams internetu peržiūrėti savo medicininius vaizdus (t. y. radiografinius, tomografinius, ultragarso ir kt. tyrimus).	0,27	0,22
Ispanija	ERPF	Įdiegti platformą, skirtą vien tik lėtinių ligų priežiūrai, ir skatinti nuotolinį ir standartizuotą išrašytų pacientų, turinčių sunkių širdies nepakankamumo, diabeto, inkstų nepakankamumo ir kt. sutrikimų, biologinių parametrų rinkimą (nuotolinė stebėsena)	7,87	5,10

Šaltinis: Europos Audito Rūmai, pagal audito metu surinktų dokumentų duomenis. Sumos nurodytos milijonais eurų. Jos parodo planuojamas sumas.



#### IV priedas. Pagrindiniai skirtumai tarp sanglaudos politikos ir EGADP finansavimo

Punktas	Sanglaudos politika	EGADP
Tikslas	Ilgalaikė investicijų politika, kurios tikslas – stiprinti ekonominę ir socialinę sanglaudą mažinant regionų vystymosi skirtumus.	Vienkartinė laikinoji priemonė, padedanti valstybėms narėms atsigaivinti po COVID-19 pandemijos sukeltos ekonomikos krizės skatinant tvarų augimą ir didinant atsparumą būsimiems sukrėtimams.
Taikymo laikotarpis	2014–2020 m.: dešimt metų (7+ 3). 2021–2027 m.: devyneri metai (7+ 2). Taikymo laikotarpis tęsiasi ir pasibaigus programavimo laikotarpiui (+3 2014–2020 m. laikotarpiu ir +2 2021–2027 m. laikotarpiu), todėl susigrąžintinos išlaidos gali būti deklaruojamos pasibaigus programavimo laikotarpiui.	Šešeri su puse metų (2020 m. vasario mėn. – 2026 m. rugpjūčio mėn.). Per šį laikotarpį turi būti pasiekti sutarti tarpiniai ir tiksliniai rezultatai, o reikiami mokėjimai gali būti atlikti iki 2026 m. pabaigos. Po 2026 m. Komisija neskirs jokių mokėjimų.
Valdymo būdas	Komisija dalijasi atsakomybe su valstybėmis narėmis (jungtinis valdymas). Visos valstybės narės turi vieną koordinavimo organą partnerystės susitarimų lygmeniu. Šimtai nacionalinių ir regioninių institucijų dalyvauja programavimo, įgyvendinimo, stebėsenos ir audito veikloje. Paramos gavėjai gali būti viešosios ar privačios įstaigos, juridinio asmens statusą turintys arba jo neturintys subjektai arba fiziniai asmenys. Jos yra atsakingos už veiksmų inicijavimą ir įgyvendinimą.	Komisija tiesiogiai valdo EGADP (tiesioginis valdymas). Valstybių narių lygmeniu vadovaujanti institucija (EGADP koordinatorius) prisiima bendrą atsakomybę ir veikia kaip vienas bendras Komisijai atsiskaitantis informacinis punktas. Valstybės narės yra paramos gavėjos, atsakingos už planuose numatytų priemonių įgyvendinimą. Ministerijoms arba regionams gali būti pavesta įgyvendinti projektus ir teikti šiam koordinatoriui jų pažangos ataskaitas.

Punktas	Sanglaudos politika	EGADP
Programavimas	<p>Po vieną partnerystės susitarimą nacionaliniu lygmeniu kiekvienai valstybei narei, kuriame būtų nustatyta strateginė finansavimo kryptis ir jo naudojimo tvarka.</p> <p>Viena ar kelios skirtingos teminės ar geografinės aprėpties programos, kuriose nustatomi investavimo prioritetai.</p>	<p>Bendras kiekvienai valstybei narei skirtas dokumentas (NEGADP), kuriame išsamiai aprašomos EGADP dotacijomis ir, kai aktualu, paskolomis padedamos įgyvendinti investicijos ir reformos.</p> <p>Komisija įvertina NEGADP ir siūlo Tarybai priimti įgyvendinimo sprendimą, kuriame nustatomas bendras finansinis įnašas, priemonės, atitinkami etapai ir tikslai bei susijusios išmokos.</p>
Programų pakeitimai	Juos turi įvertinti ir patvirtinti tik Komisija.	Tam reikalingas Komisijos vertinimas ir Tarybos pritarimas.
Parama	Parama paramos gavėjams per nacionalines ir regionines valdžios institucijas skiriant kompensacijas projektų lygmeniu.	Parama iš centrinio biudžeto dotacijas ir paskolas teikiant tiesiogiai valstybėms narėms. Įgyvendinimas nacionaliniu lygmeniu gali būti vykdomas skirtingais metodais.
Išmokos	Išmokos visų pirma skiriamos siekiant kompensuoti patirtas faktines išlaidas.	Kad būtų galima pagrįsti finansinį asignavimą, valstybės narės turi pateikti išlaidų sąmatas prieš priimant ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo planą, tačiau vėlesni EGADP mokėjimai nėra susiję su šiomis išlaidomis. Išmokos skiriamos sėkmingai pasiekus tarpinius rezultatus ir tikslus.

Punktas	Sanglaudos politika	EGADP
Nacionalinis bendrasis finansavimas	<p>Išmokų dydžiai svyruoja nuo 15 iki 60 %, priklausomai nuo fondo ir remiamo regiono išsivystymo lygio.</p> <p>100 % ES finansavimas išimtinėmis aplinkybėmis (pavyzdžiui, 2008–2009 m. finansų krizė ir COVID-19 pandemija).</p>	Bendro finansavimo reikalavimų nėra.
Įsipareigojimų panaikinimas	Lėšos kiekvienai valstybei narei skiriamos kasmet laikotarpio pradžioje ir prarandamos, jei nepanaudojamos per trejus metus (2021–2026 metų laikotarpiu) ir per dvejus metus (2027 m. laikotarpiu) nuo skyrimo.	<p>Iki 2022 m. pabaigos Komisija turėjo skirti 70 % dotacijų, o iki 2023 m. pabaigos – likusius 30 % ir visas paskolas. Iki šių terminų nepaskirtos lėšos nebus skiriamos.</p> <p>Visi tarpiniai rezultatai ir tikslai turi būti pasiekti iki 2026 m. rugpjūčio 31 d. Iki 2026 m. pabaigos neišmokėtos lėšos bus panaikintos.</p>
Valstybės narės atsiskaito Komisijai	<p>Finansiniai duomenys teikiami penkis kartus per metus.</p> <p>Veiklos rezultatai, įskaitant duomenis apie bendrus rodiklius, teikiami du kartus per metus.</p>	<p>Duomenys apie tarpinių rezultatų ir tikslų įgyvendinimą, pagrįstą faktiniais duomenimis, teikiami su kiekvienu mokėjimo prašymu (ne dažniau kaip du kartus per metus).</p> <p>Informacija apie pažangą įgyvendinant būsimus tarpinius tikslus ir siekius teikiama du kartus per metus (balandžio ir spalio mėn.).</p> <p>Duomenys apie bendrus rodiklius teikiami du kartus per metus (vasario ir rugpjūčio mėn.).</p>

Šaltinis: Europos Audito Rūmų peržiūros ataskaita Nr. 01/2023.

# Santrumpos

**EGADP:** Ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo priemonė

**EHDS:** Europos sveikatos duomenų erdvė

**eHDSI:** e. sveikatos skaitmeninių paslaugų infrastruktūra

**eHN:** e. sveikatos tinklas

**ERPF:** Europos regioninės plėtros fondas

**NEGADP:** nacionalinis ekonomikos gaivinimo ir atsparumo didinimo planas

## Terminų žodynelis

**e. sveikata** – sveikatos priežiūros paslaugų teikimas elektroninėmis priemonėmis.

**Informacijos apie pacientą santrauka** – apibendrinti medicininiai įrašai su svarbiausia informacija, kurios reikia sveikatos priežiūros specialistams, kad jie galėtų užtikrinti optimalią priežiūrą.

**Jungtinis valdymas** – ES biudžeto lėšų panaudojimo metodas, kai, priešingai nei tiesioginio valdymo atveju, Komisija užduočių vykdymą perduoda valstybėms narėms, išlaikydama galutinę atsakomybę.

**Nuotolinė medicina** – sveikatos priežiūros paslaugų teikimas elektroninėmis priemonėmis, kai sveikatos priežiūros specialistas ir pacientas yra skirtingose vietose.

**Sąveikumas** – sistemos gebėjimas palaikyti ryšį ir dirbti su kitomis sistemomis, pvz., keičiantis duomenimis.

**Skaitmeninimas** – skaitmeninių technologijų ir suskaitmenintos informacijos pritaikymas procesams ir užduotims.

**Tiesioginis valdymas** – tik Komisijos vykdomas ES fondo ar programos valdymas, priešingai nei pasidalijamojo valdymo ar netiesioginio valdymo atveju.

## Komisijos atsakymai

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

## Chronologija

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

## Audito grupė

Audito Rūmų specialiosiose ataskaitose pateikiami Audito Rūmų atliktų auditų, susijusių su įvairių sričių ES politika ir programomis arba su konkrečių biudžeto sričių valdymo temomis, rezultatai. Audito užduotis Audito Rūmai atrenka ir parengia taip, kad jos turėtų kuo didesnį poveikį, atsižvelgdami į neveiksmingumo ar neatitikties riziką, susijusių pajamų ar išlaidų lygį, būsimus pokyčius ir politinį bei viešąjį interesą.

Šį veiklos auditą atliko Audito Rūmų narė Joëlle Elvinger vadovaujama I audito kolegija „Tvarus gamtos išteklių naudojimas“. Auditui vadovavo Audito Rūmų narė Joëlle Elvinger, kuriai pagalbą teikė privačios tarnybos vadovė Ildikó Preiss, privačios tarnybos atašė Paolo Pesce, pagrindiniai vadovai Paul Stafford ir Emmanuel Rauch, projekto vadovė Michela Lanzutti, auditoriai Dirk Neumeister, Malgorzata Frydel, Stéphane Gilson ir Hajnalka Hertz-Faragó. Max Krecké teikė paramą atliekant tyrimus. Agata Sylwestrzak, Luis Ferrer López ir Mark Smith teikė kalbinę paramą. Parengti grafinį turinį padėjo Marika Meisenzahl.



*Iš kairės į dešinę:* Ildikó Preiss, Malgorzata Frydel, Michela Lanzutti, Dirk Neumeister, Joëlle Elvinger, Paolo Pesce, Emmanuel Rauch, Stéphane Gilson, Hajnalka Hertz-Faragó ir Luis Ferrer López.

# AUTORIŲ TEISĖS

© Europos Sąjunga, 2024 m.

Europos Audito Rūmų pakartotinio naudojimo politika nustatyta [Audito Rūmų sprendime Nr. 6–2019](#) dėl atvirųjų duomenų politikos ir pakartotinio dokumentų naudojimo.

Jeigu nenurodyta kitaip (pavyzdžiui, atskiruose pranešimuose dėl autorių teisių), ES priklausantis Audito Rūmų turinys yra licencijuojamas pagal [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\) licenciją](#). Todėl paprastai pakartotinis naudojimas yra leidžiamas, jeigu tai tinkamai pažymima ir nurodomi bet kokie padaryti pakeitimai. Asmenys, kurie pakartotinai naudoja Audito Rūmų turinį, neturi iškreipti pirminės prasmės ar minties. Audito Rūmai nėra atsakingi už jokių pakartotinio naudojimo padarinius.

Būtina gauti papildomą leidimą, jei tam tikrame turinyje vaizduojami privatūs asmenys, kurių tapatybę galima nustatyti, pavyzdžiui, Audito Rūmų darbuotojų nuotraukose, arba jame pateikiami trečiųjų asmenų kūriniai.

Gavus tokį leidimą, juo panaikinamas ir pakeičiamas pirmiau minėtas bendrasis leidimas ir jame aiškiai nurodomi bet kokie naudojimo apribojimai.

Siekiant naudoti ar atgaminti turinį, kuris nepriklauso ES, gali reikėti prašyti leidimo tiesiogiai iš autorių teisių turėtojų.

2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 diagramos ir valstybių narių atsakymų į Audito Rūmų klausimą ištraukos – paveikslėliai parengti naudojant svetainės [Flaticon.com](#) išteklius. © Freepik Company S.L. Visos teisės saugomos.

Programinei įrangai ar dokumentams, kuriems taikomos pramoninės nuosavybės teisės, pavyzdžiui, patentams, prekių ženklams, registruotiems dizainams, logotipams ir pavadinimams, Audito Rūmų pakartotinio naudojimo politika netaikoma.

Europos Sąjungos institucijų europa.eu domeno svetainėse pateikiamos nuorodos į trečiųjų asmenų svetaines. Audito Rūmai jų nekontroliuoja, todėl raginame peržiūrėti jose pateiktą privatumo ir autorių teisių politiką.

## **Audito Rūmų logotipo naudojimas**

Audito Rūmų logotipas negali būti naudojamas be išankstinio Audito Rūmų sutikimo.

HTML	ISBN 978-92-849-3307-5	ISSN 1977-5725	doi:10.2865/3226093	QJ-01-24-010-LT-Q
PDF	ISBN 978-92-849-3308-2	ISSN 1977-5725	doi:10.2865/9447907	QJ-01-24-010-LT-N



Dėl COVID-19 pandemijos sveikatos priežiūros skaitmeninimas tapo dar svarbesne mūsų gyvenimo dalimi. Aiškinomės, ar Komisijos veiksmai, kuriais siekiama padėti valstybėms narėms skaitmeninti savo sveikatos priežiūros sistemas, buvo veiksmingi. Nustatėme, kad pagal savo įgaliojimus Komisija valstybes nares rėmė iš esmės veiksmingai. Po COVID-19 pandemijos buvo sustiprinta ES politikos sistema. Komisija parengė valstybėms narėms gaires, kuriose paaiškinta apie finansavimą iš ES lėšų, ir stebėjo jų pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje. Vis dėlto naudojamos ES lėšas valstybės narės susidūrė su kliūtimis, o nei Komisija, nei dauguma valstybių narių neturi išsamios lėšų panaudojimo apžvalgos. Rekomendavome Komisijai pagerinti ataskaitų apie valstybių narių pažangą sveikatos priežiūros skaitmeninimo srityje ir ES lėšų panaudojimą teikimą.

Europos Audito Rūmų specialioji ataskaita, parengta pagal SESV 287 straipsnio 4 dalies antrą pastraipą.



EUROPOS  
AUDITO  
RŪMAI



Europos Sąjungos  
leidinių biuras

EUROPOS AUDITO RŪMAI  
12, rue Alcide De Gasperi  
1615 Luxembourg  
LUXEMBOURG

Tel. +352 4398-1

Užklausos: [eca.europa.eu/lt/contact](https://eca.europa.eu/lt/contact)  
Interneto svetainė: [eca.europa.eu](https://eca.europa.eu)  
Twitter: @EUAuditors