

Särskild rapport

Digitalisering av hälso- och sjukvård

EU-stödet till medlemsstaterna är generellt sett ändamålsenligt, men att använda EU-medel är förenat med vissa svårigheter



EUROPEISKA
REVISIONSRÄTTEN

Innehållsförteckning

	Punkt
Sammanfattning	I–X
Inledning	01–15
Relevansen av digitalisering av hälso- och sjukvården	01–05
EU-ramen för digitalisering av hälso- och sjukvården	06–12
Riktmarke för e-förvaltning	09–10
Indikator för e-hälsa under det digitala decenniet	11–12
De viktigaste intressenternas roller och ansvarsområden	13–15
Revisionens omfattning och inriktning	16–22
Iakttagelser	23–69
Efter covid-19-pandemin stärktes EU:s politiska ram och dess inverkan beror inte längre endast på medlemsstaternas åtagande	23–38
Covid-19-pandemin ledde till en förstärkning av EU:s politiska ram för digitalisering av hälso- och sjukvården	24–30
Inverkan av EU:s politiska ram berodde på medlemsstaternas situation och åtagande	31–38
Trots kommissionens vägledning om EU-medel för digitalisering av hälso- och sjukvården stötte medlemsstaterna på hinder för att nyttja dem	39–56
Kommissionen gav medlemsstaterna vägledning om tillgängliga EU-medel för projekt kopplade till digitalisering av hälso- och sjukvården	40–44
EU-medel för digitalisering av hälso- och sjukvården motsvarade medlemsstaternas behov överlag, men medlemsstaterna stötte på hinder för att nyttja dem	45–56
Kommissionen övervakar medlemsstaternas framsteg inom digitalisering av hälso- och sjukvården, men har ingen heltäckande översikt över deras användning av EU-medel	57–69
Kommissionen övervakar medlemsstaternas framsteg inom digitalisering av hälso- och sjukvården, om än med vissa brister	58–64

Varken kommissionen eller de flesta medlemsstater har en heltäckande översikt över de EU-medel som används för att digitalisera hälso- och sjukvårdssystem. 65–69

Slutsatser och rekommendationer 70–75

Bilagor

Bilaga I – Viktiga EU-initiativ för att främja e-hälsa

Bilaga II – Innehåll i den enkät som skickats till medlemsstaterna

Bilaga III – Förteckning över granskade projekt

Bilaga IV – De viktigaste skillnaderna mellan finansiering genom sammanhållningspolitiken och faciliteten för återhämtning och resiliens

Förkortningar

Ordförklaringar

Kommissionens svar

Tidslinje

Vi som arbetat med revisionen

Sammanfattning

I Enligt fördraget om Europeiska unionens funktionssätt är det medlemsstaternas ansvar att utforma hälsopolitiken samt organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård, inklusive fördelning av resurser. EU:s roll är att stödja och komplettera deras åtgärder.

II Covid-19-pandemin förstärkte betydelsen av att digitalisera hälso- och sjukvården i våra samhällen och ökade allmänhetens intresse för ämnet. Som ett resultat av åtgärderna för social distansering kom e-hälsa att bli särskilt relevant, det vill säga användningen av elektroniska medel för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Pandemin ökade också behovet av samordning och bättre flöden av hälsodata i hela EU och visade mervärdet av EU:s åtgärder inom ramen för digitalisering av hälso- och sjukvården.

III Därför beslutade vi att undersöka om kommissionens åtgärder för att hjälpa medlemsstaterna att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem var ändamålsenliga. I vår revision bedömde vi inte bara om EU:s politiska ram gav medlemsstaterna tydliga mål och stöd, utan också om kommissionen hjälpte medlemsstaterna att identifiera och använda de EU-medel som fanns tillgängliga för att finansiera sina projekt, samt övervakade medlemsstaternas framsteg inom digitalisering av hälso- och sjukvården, inklusive deras användning av EU-medel. Vi förväntar oss att vår rapport kommer att hjälpa kommissionen att förbättra genomförandet av sin politik.

IV Med tanke på kommissionens mandat kunde vi konstatera att den på det hela taget stödde digitaliseringen av medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem på ett ändamålsenligt sätt. EU:s politik har drivit på digitaliseringen av hälso- och sjukvården i över 20 år. Detta har främst skett genom "mjuka" styrmedel, såsom att rekommendera åtgärder eller fastställa icke-bindande mål. Covid-19-pandemin ledde till att EU:s politiska ram för digitalisering av hälso- och sjukvården stärktes genom antagande av bindande beslut och förordningar.

V Den inverkan som EU:s politik hade på medlemsstaterna före covid-19-pandemin berodde i detta sammanhang helt på frivilliga åtaganden. Detta påverkades av politiska prioriteringar, graden av beredskap att införa digitala lösningar och de utmaningar som medlemsstaterna mötte under processen.

VI Under programperioderna 2014–2020 och 2021–2027 finansierade flera EU-program digitaliseringsprojekt inom hälso- och sjukvården. Bland annat anslogs det inom ramen för sammanhållningspolitiken och faciliteten för återhämtning och resiliens 2,4 miljarder euro respektive 13,6 miljarder euro för att finansiera projekt i medlemsstaterna avseende digitaliseringen av deras hälso- och sjukvårdssystem. Kommissionen vägledde medlemsstaterna gällande de tillgängliga EU-programmen.

VII EU-programmen för finansiering av digitaliseringsprojekt inom hälso- och sjukvården i medlemsstaterna förvaltades av olika generaldirektorat och genomfördes inom ramen för olika förvaltningsformer. Reglerna för att ansöka om stöd – och för att genomföra de finansierade åtgärderna – varierade mellan de olika EU-programmen. Detta gjorde det svårt för vissa medlemsstater att identifiera tillgängliga EU-medel och skapade hinder för dem när de ansökte om finansiering, även om en majoritet av medlemsstaterna uppgav att EU-stödet motsvarade deras behov. Alla de projekt som omfattades av vår revision bidrog till digitalisering av hälso- och sjukvården i de medlemsstater som vi besökte.

VIII Kommissionen övervakar medlemsstaternas framsteg när det gäller digitalisering av hälso- och sjukvården genom två huvudsakliga källor inom ramen för policyprogrammet för det digitala decenniet 2030: riktmärket för e-förvaltning, sedan 2022, och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet, sedan 2023. Dessa bygger på olika metoder och har olika syften, men de omfattar liknande aspekter av tillgången till elektroniska patientjournaler. Vi konstaterade vissa brister i rapporteringen om indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet. Vi kunde även konstatera att rapporten om riktmärket för e-förvaltning inte ger någon information om orsakerna till variationerna i ländernas poäng från ett år till ett annat.

IX Kommissionens nuvarande finansiella övervakningsram ger en översikt över de EU-medel som medlemsstaterna använder för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem för varje finansieringsprogram. Varken kommissionen eller de flesta medlemsstater har en heltäckande översikt över alla EU-medel som varje medlemsstat använder för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem. Det är därför svårt att fastställa omfattningen av EU:s ekonomiska stöd i medlemsstaterna.

X Vi rekommenderade kommissionen att förbättra sin rapportering om riktmärket för e-förvaltning och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet samt sin rapportering om användningen av EU-medel för digitalisering av hälso- och sjukvården.

Inledning

Relevansen av digitalisering av hälso- och sjukvården

01 Med e-hälsa avses användningen av elektroniska medel för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Inom ramen för e-hälsa kombineras användningen av informations- och kommunikationsteknik (IKT) i hälsoprodukter, hälsotjänster och hälsoprocesser med organisatoriska förändringar i hälso- och sjukvårdssystem och nya färdigheter¹. I den här rapporten avser begreppen *digitalisering av hälso- och sjukvården* eller *digitaliseringen av hälso- och sjukvårdssystem* den process som leder till införandet av e-hälsolösningar.

02 Ur praktisk synvinkel omfattar e-hälsa interaktion mellan patienter och vårdgivare, överföring av data mellan institutioner samt kommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonal² (*ruta 1*). När vi talar om hälsodata hänvisar vi till personuppgifter som rör en persons fysiska eller psykiska hälsa, inbegripet tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster, vilka ger information om dennes hälsostatus³.

¹ [Handlingsplanen för e-hälsa 2012–2020](#), Europeiska kommissionen, 2012, fotnot 1.

² Ibid.

³ Artikel 4.15 i [förordning \(EU\) 2016/679](#) (allmän dataskyddsförordning).

Ruta 1

Exempel på e-hälsotjänster

- e-recept: ett recept på läkemedel eller behandlingar som tillhandahålls i elektroniskt format av hälso- och sjukvårdspersonal och överförs till ett apotek där läkemedlet sedan kan lämnas ut.
- Elektronisk patientjournal: en omfattande patientjournal, eller liknande dokumentation i elektroniskt format, över en persons tidigare och aktuella fysiska och psykiska hälsa.
- Telemedicin: tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster, inklusive distansvård och telekonsultation, med hjälp av informations- och kommunikationsteknik, i situationer då hälso- och sjukvårdspersonal och patienten inte befinner sig på samma plats.

Källa: Revisionsrättens [särskilda rapport 07/2019](#). Ordförklaringar; [förslag till förordning om ett europeiskt hälsodataområde](#), Europeiska kommissionen, s. 46.

03 Covid-19-pandemin förändrade uppfattningen om digitaliseringen och dess roll i våra samhällen och ekonomier. Som ett resultat av åtgärderna för social distansering blev virtuell teknik inom hälso- och sjukvård särskilt relevant och användningen av den ökade snabbt. Medlemsstaterna underlättade användningen av digitala verktyg såsom telemedicinska tjänster och digitaliserade fakturor och recept. Även om hälso- och sjukvård fortfarande i huvudsak tillhandahålls genom behandling på plats, används e-hälsotjänster allt oftare sedan pandemin⁴. Enligt Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) kan en snabbare digitalisering av hälso- och sjukvårdssystemen och införandet av digital medicinsk teknik förändra hälso- och sjukvårdssystemen ytterligare och förbättra deras ändamålsenlighet⁵.

⁴ Studie till stöd för utvärderingen av direktiv 2011/24/EU, Europeiska kommissionen, s. 121.

⁵ Health at a Glance 2023, OECD, s. 35–60/234.

04 Covid-19-pandemin ökade också behovet av samordning och bättre flöden av hälsodata i hela EU och visade mervärdet av EU:s åtgärder gällande digitalisering av hälso- och sjukvården⁶. För att underlätta resande och spårning av covid-19-fall utvecklade kommissionen [EU:s digitala covidintyg](#) och en [nätsluss](#) för att säkerställa EU-omfattande interoperabilitet mellan nationella applikationer som innehåller data om covid-19-fall⁷.

05 Under 2021 inledde Europeiska kommissionen ett offentligt samråd om ett EU-initiativ för ett europeiskt hälsodataområde. Rätten att få tillgång till sina hälsodata i elektroniskt format ansågs viktig av 88 % av de svarande⁸. Enligt den [Eurobarometer om det digitala decenniet](#) som offentliggjordes 2023 förväntar sig en betydande majoritet av de svarande (76 %) att digital teknik kommer att ha en avgörande inverkan på tillgången till eller mottagandet av hälso- och sjukvårdstjänster (t.ex. telemedicin och artificiell intelligens vid diagnostisering av sjukdomar) senast 2030, även i EU-länder där patienterna inte har sin faktiska hemvist. En mindre andel av de svarande (13 %) anser att deras land bör prioritera medborgarnas tillgång till sina elektroniska patientjournaler från och med nu och fram till 2030.

EU-ramen för digitalisering av hälso- och sjukvården

06 EU har drivit på digitaliseringen av hälso- och sjukvården i över 20 år. [Figur 1](#) visar viktiga EU-initiativ på området e-hälsa, medan [bilaga I](#) innehåller en mer omfattande förteckning över viktiga EU-initiativ för att främja e-hälsa.

⁶ Konsekvensbedömningsrapport avseende förslag till förordning om det europeiska hälsodataområdet, Europeiska kommissionen, del 4/4, s. 35.

⁷ Revisionsrättens särskilda rapport [01/2023](#).

⁸ Konsekvensbedömningsrapport avseende förslag till förordning om det europeiska hälsodataområdet, Europeiska kommissionen, del 2/4, s. 10–12/84.

Figur 1 – Viktiga EU-initiativ på området e-hälsa

icke-bindande meddelanden

bindande beslut, direktiv och förslag till förordning

År	Initiativ	Relevans för e-hälsa
1999	eEurope – Ett informationssamhälle för alla	Fastställde "hälso- och sjukvård på nätet" som ett prioriterat åtgärdsområde.
2004	Handlingsplan för ett europeiskt område för e-hälsovård	EU:s första handlingsplan för e-hälsa.
2011	Direktivet om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (direktivet om gränsöverskridande hälso- och sjukvård)	Resulterade i en formalisering av samarbetet mellan medlemsstaterna genom inrättandet av nätverket för e-hälsa, som kopplar samman de olika nationella e-hälsomyndigheterna och främjar infrastrukturen för digitala e-hälsotjänster (eHDSI), som för närvarande går under namnet MinHälsa@EU.
2012	Handlingsplanen för e-hälsa 2012–2020 – Innovativ hälsovård för det 21:a århundradet	Innehöll en beskrivning av visionen för e-hälsa i Europa.
2015	Strategin för en inre digital marknad i Europa	I den nämndes e-hälsa och telemedicin som verktyg för att öka konkurrenskraften genom interoperabilitet och standardisering.
2018	Meddelande om möjliggörandet av den digitala omvandlingen på området för hälsa och vård på den digitala inre marknaden	Möjliggjorde genomförandet av strategin för en inre digital marknad inom hälso- och sjukvårdssektorn och fastställde följande tre prioriteringar: <ol style="list-style-type: none"> Ge medborgarna säker tillgång till sina hälsodata, samt dela dessa data. Förbättra data för att främja forskning, förebyggande av sjukdomar och individanpassad hälso- och sjukvård. Tillhandahålla digitala verktyg för medborgarinflytande och personcentrerad vård.
2021	Digital kompass 2030: den europeiska vägen in i det digitala decenniet	Innehöll ett förslag om ett gemensamt digitalt mål, nämligen att 100 % av EU-medborgarna ska ha tillgång till sina elektroniska patientjournaler senast 2030.
2022	Beslut om inrättande av policyprogrammet för det digitala decenniet 2030	Resulterade i antagandet av ett mål som är anpassat till det mål som föreslogs i den digitala kompassen 2030.
2022	Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om ett europeiskt hälsodataområde (förordningen om det europeiska hälsodataområdet)	Syftet med det europeiska hälsodataområdet är att underlätta utbytet av och tillgången till hälsodata i hela EU genom att <ul style="list-style-type: none"> göra det möjligt för patienter i EU att få tillgång till sina hälsodata och för hälso- och sjukvårdspersonal att ta del av sina patienters journaler, i elektroniskt format, även från andra EU-länder, harmonisera reglerna om interoperabilitet hos och införande i system för elektroniska patientjournaler, tillåta användning av hälsodata för forskning, beslutsfattande, regleringsverksamhet och andra hälsoändamål i hela EU.

Infrastruktur för eHDSI gör det möjligt för medlemsstaterna att utbyta hälsodata i hela EU, vilket säkerställer kontinuitet i vården för EU-medborgare när de reser i en annan medlemsstat.

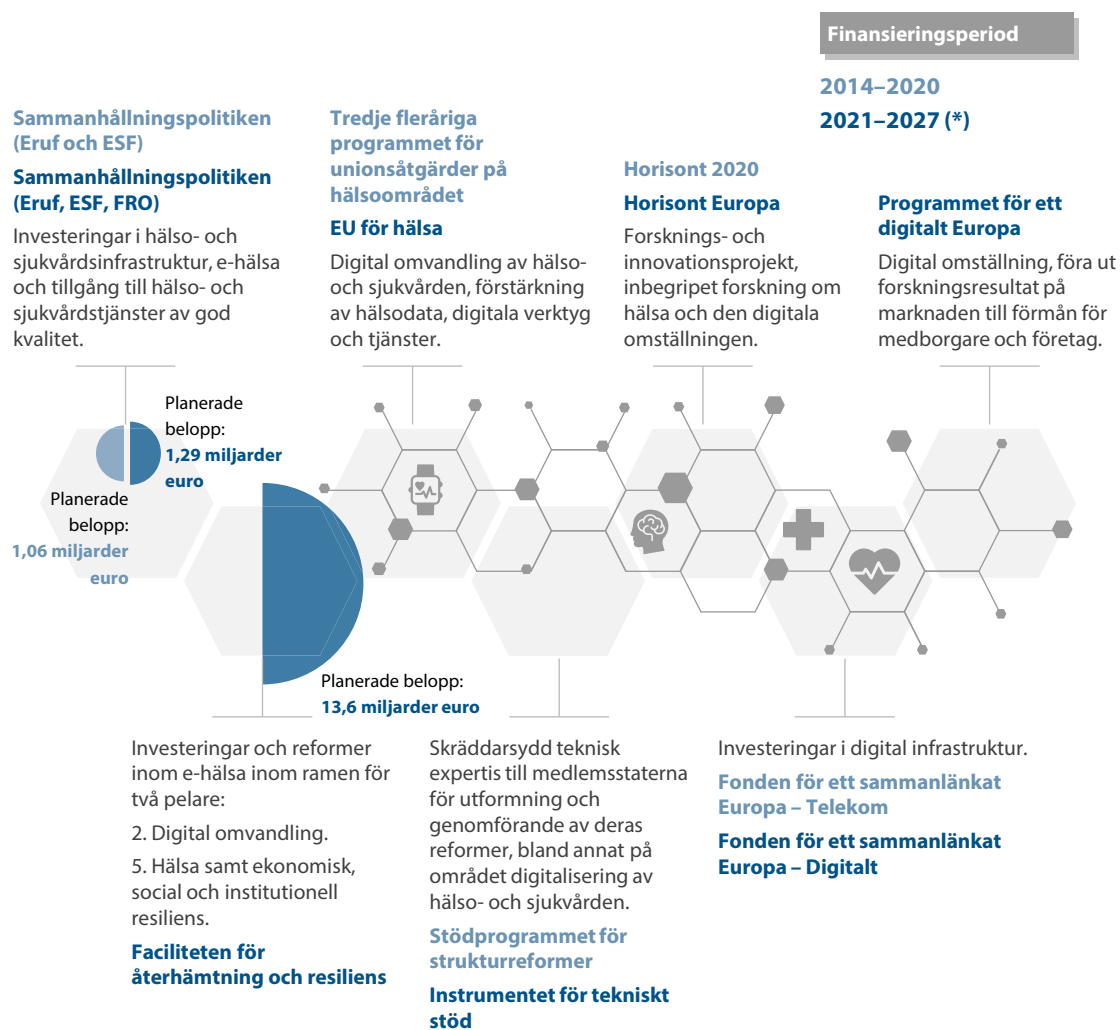
Underliggande strategi

Föreslaget mål

Källa: Revisionsrättens analys av EU-handlingar.

07 Under programperioderna 2014–2020 och 2021–2027 finansierade flera EU-program digitaliseringsprojekt inom hälso- och sjukvården. **Figur 2** ger en översikt över de mest väsentliga programmen. I figuren visas endast de planerade belopp som kan kopplas specifikt till projekt för att digitalisera medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem. Detta var möjligt för sammanhållningspolitiken (Europeiska regionala utvecklingsfonden [Eruf], Europeiska socialfonden [ESF] och även, under perioden 2021–2027, Fonden för en rättvis omställning [FRO]) och faciliteten för återhämtning och resiliens. För de andra programmen finns det ingen automatisk mekanism för att koppla finansiering till digitaliseringsprojekt inom hälso- och sjukvården i medlemsstaterna.

Figur 2 – Väsentliga EU-program till stöd för digitalisering av hälso- och sjukvården under programperioderna 2014–2020 och 2021–2027



(*) 2021–2026 för faciliteten för återhämtning och resiliens.

Källa: Revisionsrättens analys av EU-handlingar. Finansiella uppgifter från kommissionen.

08 Kommissionen övervakar EU:s digitala prestanda och följer medlemsstaternas framsteg genom två huvudkällor:

- Riktmärket för e-förvaltning för hälsorelaterade tjänster online.
- Indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet.

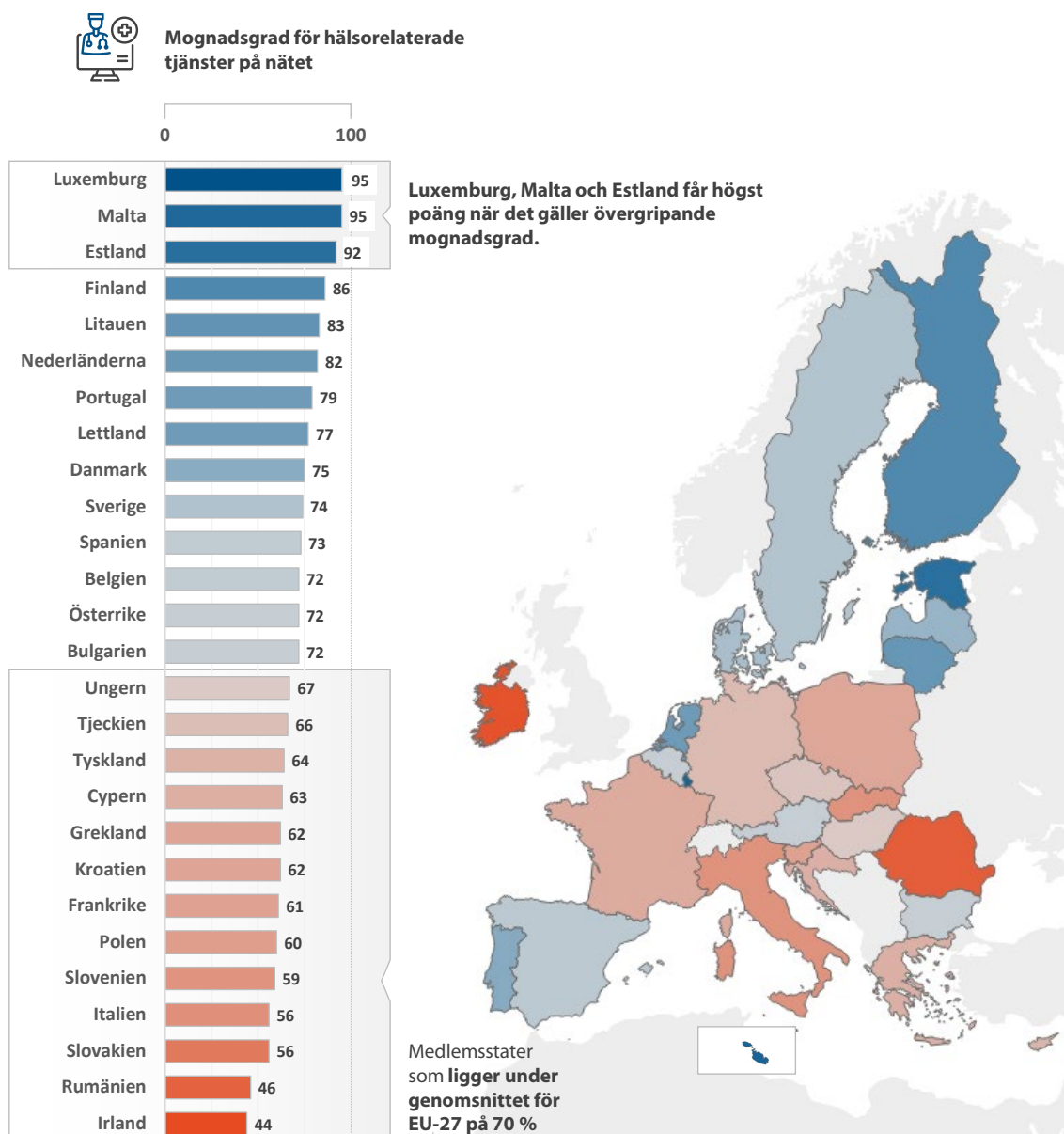
Riktmärke för e-förvaltning

09 Riktmärket för e-förvaltning har sedan 2002 möjliggjort övervakning av digitaliseringen av offentliga tjänster i Europa: utöver EU-27 omfattar det även Island, Norge, Schweiz, Albanien, Moldavien, Nordmakedonien, Montenegro, Serbien, Turkiet och Ukraina. Med hjälp av riktmärket utvärderas mognadsgraden hos offentliga tjänster online inom fyra dimensioner, enligt följande:

- Användarcentrering – i vilken utsträckning tjänster finns tillgängliga online, är kompatibla med mobila enheter och stöds av hjälptjänster online.
- Transparens – i vilken utsträckning tjänsteprocesserna är transparanta, tjänster utformas med användarnas deltagande och användarna kan hantera sina personuppgifter.
- Viktiga stödresurser – i vilken utsträckning tekniska stödresurser (t.ex. elektroniska dokument) finns på plats för tillhandahållande av onlinetjänster.
- Gränsöverskridande tjänster – i vilken utsträckning onlinetjänster finns tillgängliga för och kan användas av användare från andra europeiska länder.

10 Sedan 2022 har riktmärket för e-förvaltning också omfattat mognadsgraden hos hälsorelaterade tjänster online, vars framsteg utvärderas vartannat år (*figur 3*).

Figur 3 – Riktmärket för e-förvaltning: mognadsgraden hos hälsorelaterade tjänster online



Anm.: Genomsnittet för EU-27 omräknades av revisionsrätten, med undantag för länder utanför EU (Albanien, Island, Moldavien, Montenegro, Nordmakedonien, Norge, Serbien, Schweiz, Turkiet och Ukraina).

Källa: Europeiska kommissionen, [eGovernment Benchmark 2024](#). Background Report, figurerna 4.1 och 4.2, s. 54–55. Uppgifterna avser 2023.

Indikator för e-hälsa under det digitala decenniet

11 Indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet infördes som en del av kommissionens [digitala kompass](#)⁹, som omvandlar EU:s digitala ambitioner för 2030 till konkreta mål och följer vilka framsteg som görs. Den digitala kompassen har byggts upp utifrån följande fyra huvudpunkter:

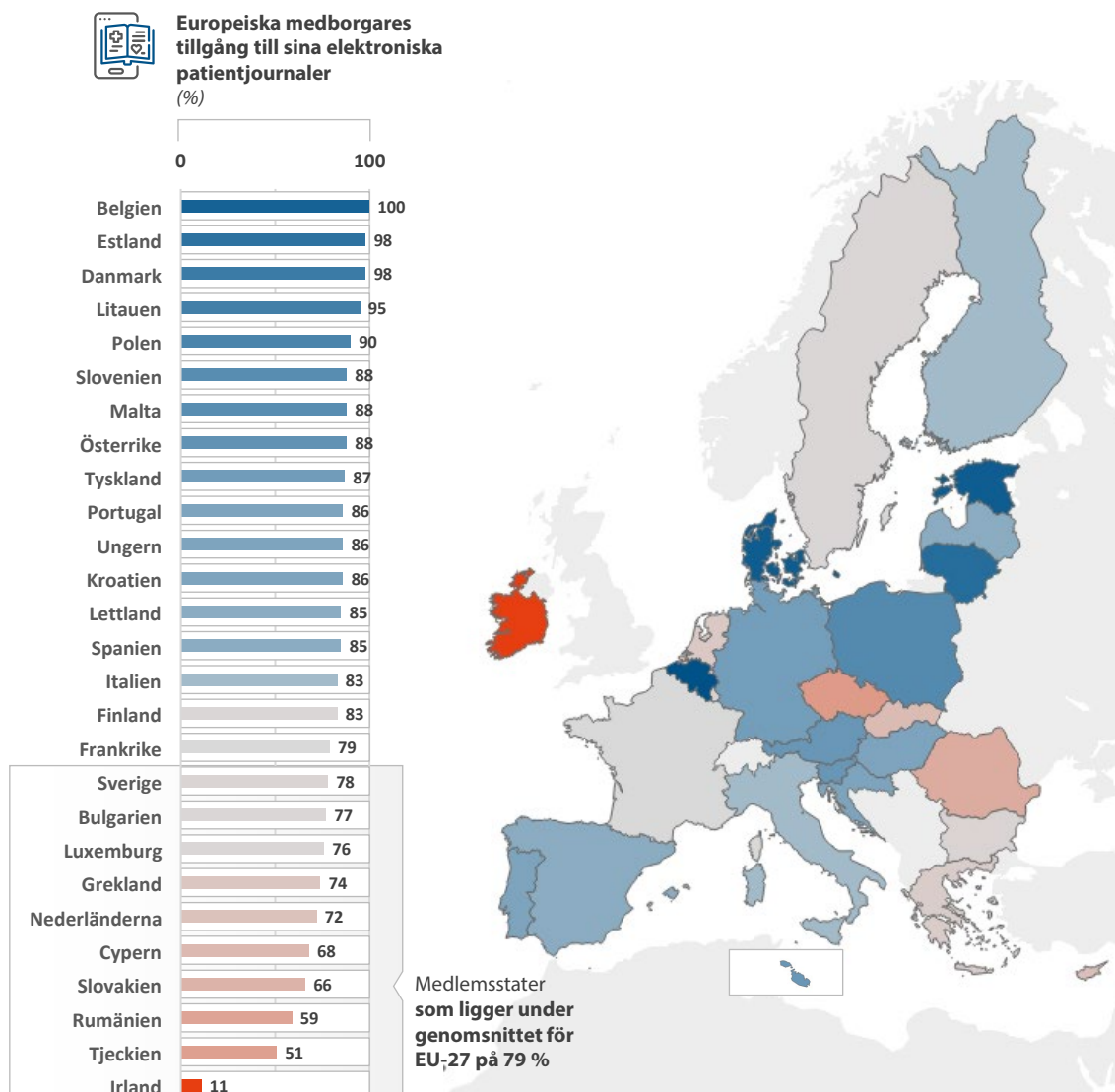
1. En befolkning med digitala färdigheter och en högkvalificerad digital yrkeskår.
2. Säkra, högpresterande och hållbara digitala infrastrukturer.
3. Digital omställning av företag.
4. Digitalisering av offentliga tjänster.

12 Inom ramen för den fjärde huvudpunkten fastställdes ett mål i förslagen om den digitala kompassen 2030 att 100 % av EU-medborgarna ska ha tillgång online till sina elektroniska patientjournaler senast 2030. År 2022 upprättade Europaparlamentet och rådet [policyprogrammet för det digitala decenniet](#)¹⁰. Inom ramen för detta program fastställdes mål, som var anpassade till de mål som föreslogs i den digitala kompassen, och en övervaknings- och samarbetsmekanism för att underlätta uppfyllandet av dem. Sedan 2023 har kommissionen offentliggjort [lägesrapporten om det digitala decenniet](#) och [landsrapporter om det digitala decenniet](#), som omfattar målet för EU-medborgarnas tillgång online till elektroniska patientjournaler ([figur 4](#)).

⁹ COM(2021) 118.

¹⁰ Beslut 2022/2481.

Figur 4 – Indikator för e-hälsa under det digitala decenniet



Källa: Europeiska kommissionen, [Digital Decade 2024: e-Health indicator study](#). Final report, s. 11. Uppgifterna avser 2023.

De viktigaste intressenternas roller och ansvarsområden

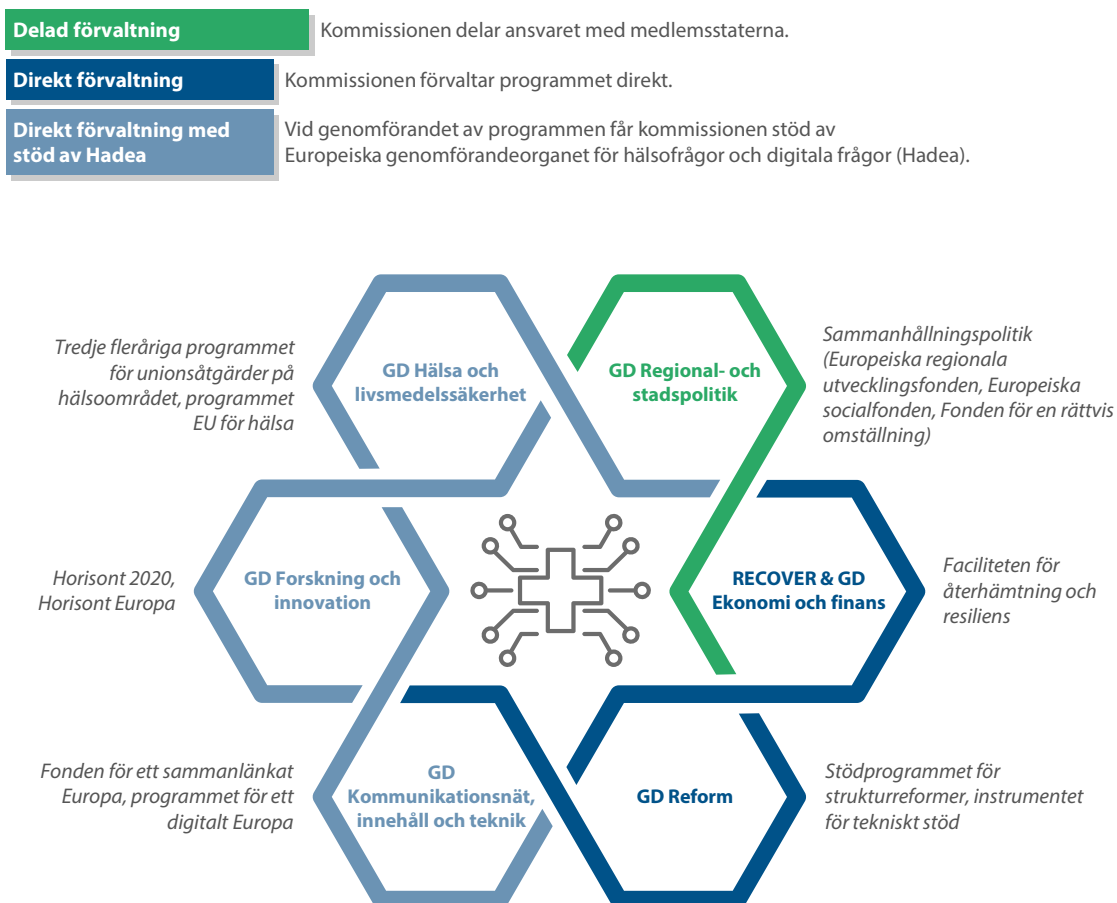
13 I artikel 168 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt anges att ansvaret för att fastställa hälso- och sjukvårdspolitik samt organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård, inklusive fördelning av resurser, ligger på medlemsstaterna. EU:s roll är att stödja och komplettera deras åtgärder. Generaldirektoratet för hälsa och livsmedelssäkerhet (GD Hälsa och livsmedelssäkerhet) är den avdelning vid kommissionen som har hand om hälsorelaterade EU-initiativ.

14 Även om EU-fördragen inte innehåller några särskilda bestämmelser om digitalisering kan kommissionen vidta relevanta åtgärder inom ramen för sektoriell och övergripande politik för att i nära samordning med medlemsstaterna kunna stimulera innovation, ekonomisk tillväxt och utveckling av den inre marknaden.

Generaldirektoratet för kommunikationsnät, innehåll och teknik (GD Kommunikationsnät, innehåll och teknik) utarbetar och genomför EU:s digitala politik.

15 Ansvarsområden för genomförande av EU-program tilldelas enligt *figur 5*.

Figur 5 – EU-program och ansvariga generaldirektorat



generaldirektoratet för regional- och stadspolitik (GD Regional- och stadspolitik)
 arbetsgruppen för återhämtning och resiliens (RECOVER), generaldirektoratet för ekonomi och finans (GD Ekonomi och finans)
 generaldirektoratet för stöd för strukturreformer (GD Reform)
 generaldirektoratet för kommunikationsnät, innehåll och teknik (GD Kommunikationsnät, innehåll och teknik)
 generaldirektoratet för forskning och innovation (GD Forskning och innovation)
 generaldirektoratet för hälsa och livsmedelssäkerhet (GD Hälsa och livsmedelssäkerhet)

Källa: Revisionsrättens analys av EU-handlingar.

Revisionens omfattning och inriktning

16 Covid-19-pandemin förstärkte betydelsen av att digitalisera hälso- och sjukvården och ökade allmänhetens intresse för ämnet. Därför beslutade vi att undersöka om kommissionens åtgärder för att hjälpa medlemsstaterna att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem var ändamålsenliga. Vi förväntar oss att vår rapport kommer att hjälpa kommissionen att förbättra genomförandet av sin politik. Vid vår revision bedömde vi huruvida

- o EU:s politiska ram för digitalisering av hälso- och sjukvården gav medlemsstaterna tydliga mål och stödde deras initiativ för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem,
- o kommissionen hjälpte medlemsstaterna att identifiera tillgängliga EU-medel för finansiering av projekt för digitalisering av hälso- och sjukvården, och huruvida dessa faktiskt motsvarade medlemsstaternas behov,
- o kommissionens övervakningsram tillhandahöll relevant och jämförbar information i rätt tid för att följa medlemsstaternas framsteg när det gäller digitalisering av hälso- och sjukvården och användning av EU-medel.

17 Utifrån ett patientperspektiv fokuserade vi på användningen av hälsodata för ett direkt tillhandahållande av hälso- och sjukvård till patienter och vi exkluderade återanvändning av hälsodata för forskning, innovation och andra ändamål. Vi bedömde inte det gränsöverskridande utbytet av hälsodata mellan medlemsstaterna, eftersom denna aspekt redan hade omfattats av två tidigare revisioner¹¹. Vår granskning omfattade inte uttryckligen det europeiska hälsodataområdet eftersom dess rättsliga ram vid tidpunkten för vårt revisionsarbete fortfarande höll på att förhandlas fram av EU:s medlagstiftare (punkt [30](#)).

18 I vår granskning, som omfattade programperioderna 2014–2020 och 2021–2027, fokuserade vi på följande EU-program: Eruf, faciliteten för återhämtning och resiliens, det tredje fleråriga programmet för unionsåtgärder på hälsoområdet, programmet EU för hälsa, stödprogrammet för strukturreformer och instrumentet för tekniskt stöd ([figur 2](#)).

¹¹ Revisionsrättens särskilda rapporter [07/2019](#) och [01/2023](#).

19 Vi granskade alla medlemsstater (*bilaga II*) genom nätverket för e-hälsa för att samla in information om deras nationella strategier, handlingsplaner, finansieringskällor och resultat på området för e-hälsa. Vi fick svar från 21 av 27 medlemsstater, men vissa medlemsstater besvarade inte alla frågor. Vi använde medlemsstaternas svar till stöd för våra granskningsresultat.

20 För att få en djupgående förståelse av stödet till medlemsstaterna och användningen av EU-finansiering valde vi ut tre medlemsstater (Spanien, Malta och Polen) för besök på plats. Dessa medlemsstater valdes ut på grundval av den EU-finansiering som mottagits för digitalisering av hälso- och sjukvården, 2023 års indikator för e-hälsa under det digitala decenniet om tillgång till elektroniska patientjournaler samt 2022 års riktmärke för e-förvaltning om e-hälsotjänsternas övergripande mognadsgrad.

21 I de utvalda medlemsstaterna granskade vi EU-finansierade projekt som omfattade e-recept, elektroniska patientjournaler och telemedicin för att bedöma huruvida de bidrog till digitaliseringen av medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem. Vi valde ut fem projekt i varje medlemsstat genom att överväga deras väsentlighet och slutförandestadium för att täcka en diversifierad blandning av program och tjänster avseende EU-finansiering (*bilaga III*).

22 Vi inhämtade ytterligare bevis genom att

- analysera relevant EU-lagstiftning och relevanta handlingar från kommissionen, rådet och Europaparlamentet samt rapporter från Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling,
- intervjua kommissionens personal från de berörda avdelningarna (*figur 5*),
- intervjua nationella myndigheter med ansvar för att genomföra strategier och projekt på e-hälsoområdet i de utvalda medlemsstaterna.

Iakttagelser

Efter covid-19-pandemin stärktes EU:s politiska ram och dess inverkan beror inte längre endast på medlemsstaternas åtagande

23 Vi bedömde huruvida EU:s politik för digitalisering av hälso- och sjukvården

- o har varit konsekvent över tid och gett medlemsstaterna tydliga mål,
- o främjade medlemsstaternas initiativ för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem.

Covid-19-pandemin ledde till en förstärkning av EU:s politiska ram för digitalisering av hälso- och sjukvården

24 Vi förväntade oss att EU:s politiska ram för digitalisering av hälso- och sjukvården skulle vägleda medlemsstaterna genom att ge dem mål som uppfyllde SMART-kriterierna, dvs. vara specifika, mätbara, uppnåeliga, relevanta för de politiska målen och tidsbegränsade. För att säkerställa konsekvens och fastställa om målen uppfyllde SMART-kriterierna, granskade vi viktiga EU-initiativ om digitalisering av hälso- och sjukvården (*bilaga I*) som har funnits i mer än 20 år.

25 Sedan dessa initiativ inleddes har EU lyft fram fördelarna med e-hälsa både för patienterna och för den europeiska marknaden. I syfte att samordna dem på ett bättre sätt inrättade EU en politisk ram för att främja tillhandahållandet av hälso- och sjukvårdstjänster online i medlemsstaterna. Vi noterade att EU på ett konsekvent sätt har främjat och upprepat detta mål under årens lopp.

26 Med tanke på EU:s roll inom hälso- och sjukvårdssektorn (punkt **13**) bygger dess politik på "mjuka" styrmedel, såsom att rekommendera åtgärder eller fastställa icke-bindande mål. I *tabell 1* visas ett exempel på EU:s mål för tillhandahållande av elektroniska patientjournaler, som har blivit mer specifika och mätbara över tid. Målen har alltid varit relevanta och tidsbegränsade, men möjligheten att uppnå dem var beroende av åtaganden från medlemsstaternas sida för att åtgärderna skulle kunna genomföras.

Tabell 1 – EU:s mål för tillhandahållande av elektroniska patientjournaler

År	Dokument	Mål
2002	Handlingsplanen eEurope 2005	Senast i slutet av 2005 skulle kommissionen och medlemsstaterna se till att hälso- och sjukvårdstjänster online (t.ex. elektroniska patientjournaler) tillhandahölls medborgarna.
2004	Handlingsplan för ett europeiskt område för e-hälsovård	Till slutet av 2005 skulle varje medlemsstat utarbeta en nationell eller regional färdplan med mål för interoperabilitet och användning av elektroniska patientjournaler . Till slutet av 2006 skulle medlemsstaterna i samarbete med kommissionen identifiera och beskriva standarder för interoperabilitet för elektroniska patientjournaler .
2021	Den digitala kompassen 2030	Till 2030 ska 100 % av EU:s medborgare ha tillgång online till sina elektroniska patientjournaler .

Källa: Revisionsrättens analys av EU-handlingar.

27 Vi konstaterade att erfarenheterna av covid-19-pandemin har resulterat i att medlemsstaterna påskyndat sina insatser för digitalisering av hälso- och sjukvården. Enligt kommissionen visade inrättandet och användningen av den europeiska samordnade nätslusstjänsten och EU:s digitala covidintyg (punkt **04**) att politisk konvergens och stöd mellan olika berörda parter möjliggjorde konkreta utfall inom en kort tidsram¹².

28 Efter covid-19-pandemin åtog sig samtliga medlemsstater under 2022 att uppnå de mål som kommissionen föreslagit i sin digitala kompass 2030, inklusive målet att alla EU-medborgare ska ha tillgång till sin elektroniska patientjournal (punkt **12**). Dessa mål blev bindande efter det att policyprogrammet för det digitala decenniet antogs av Europaparlamentet och rådet¹³.

29 Ett annat exempel på en övergång från frivilliga till bindande ramar gäller **infrastrukturen för digitala e-hälsotjänster (eHDSI)**, som för närvarande går under namnet **MinHälsa@EU** och lanserades under 2019 (**ruta 2**). Eftersom medlemsstaternas deltagande i eHDSI var frivilligt var endast 14 medlemsstater

¹² Konsekvensbedömningsrapport avseende förslag till förordning om det europeiska hälsodataområdet, Europeiska kommissionen, del 4/4, s. 28.

¹³ Europaparlamentets och rådets **beslut (EU) 2022/2481** av den 14 december 2022 om inrättande av policyprogrammet för det digitala decenniet 2030.

anslutna till eHDSI i maj 2024: 11 av dem utbyter patientöversikter och 10 utbyter e-recept¹⁴.

Ruta 2

Infrastruktur för digitala e-hälsotjänster

Infrastrukturen för digitala e-hälsotjänster, som för närvarande går under namnet MinHälsa@EU, gör det möjligt för medlemsstaterna att utbyta följande:

- e-recept (**ruta 1**) – Detta innebär att EU-medborgare kan hämta ut sina läkemedel på ett apotek i ett annat EU-land genom att överföra elektroniska recept från bosättningslandet till det land dit de reser.
- Patientöversikter – Genom dessa får läkare viktig information (t.ex. om allergier, nuvarande medicinering, tidigare sjukdomar och operationer) på det egna språket om en patient från ett annat EU-land.

På lång sikt ska även medicinsk bilddiagnostik, laboratorieresultat och utskrivningsrapporter göras tillgängliga i hela EU.

Källa: [Kommissionens webbsida](#) om e-hälsotjänster i EU.

30 För att stärka processen lade kommissionen 2022 fram ett förslag till förordning om inrättande av ett europeiskt hälsodataområde, vilket kommer att göra medlemsstaternas deltagande i eHDSI (MinHälsa@EU) obligatoriskt. I mars 2024 nådde Europaparlamentet och rådet en preliminär överenskommelse¹⁵. I september 2024 hade avtalet ännu inte antagits formellt.

Inverkan av EU:s politiska ram berodde på medlemsstaternas situation och åtagande

31 För att bedöma vilken inverkan EU:s politiska ram har på medlemsstaternas initiativ undersökte vi samtliga 27 medlemsstater genom nätverket för e-hälsa (punkt **19**) och besökte tre medlemsstater (punkt **20**). Vi förväntade oss att medlemsstaterna skulle finna EU-initiativen användbara, och att de hade använt dem som utgångspunkt i arbetet med att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem.

¹⁴ Uppgifter som lämnats av kommissionen och som är tillgängliga i kommissionens resultattavla [MyHealth@EU Monitoring Framework \(KPIs\)](#).

¹⁵ [Provisional agreement resulting from interinstitutional negotiations](#) (22.3.2024).

EU-initiativens användbarhet

32 När vi analyserade enkätsvaren (*bilaga II*) fann vi att 18 av 21 medlemsstater ansåg att EU:s politiska ram var lämplig. De tre återstående medlemsstaterna valde inte alternativet ”ja/nej”, utan gav i stället en poäng. De 21 medlemsstaternas genomsnittliga poäng var 3,7 av 5. I *ruta 3* ges några exempel på det europeiska mervärde som identifierats av de medlemsstater som deltog i vår enkät.

Ruta 3

Exempel på det europeiska mervärde som identifierats av de medlemsstater som deltog i vår enkät

Svaren från sju medlemsstater kan sammanfattas med att EU:s politiska ram fungerade som en övergripande strategi, innehöll tydliga mål, främjade interoperabilitet mellan e-hälsolösningar i hela EU och underlättade anpassningen av nationella initiativ till internationella standarder och god praxis.

En medlemsstat ansåg att kommissionens samordnande roll under covid-19-pandemin var avgörande för att påskynda deltagandet av de medlemsstater som inte tidigare hade varit aktiva.

Källa: Revisionsrätten, utifrån svar från de medlemsstater som deltog i vår enkät.

33 Vi konstaterade också att Spanien och Malta förlitar sig på EU:s politik för att göra förändringar på nationell nivå, enligt följande:

- De spanska myndigheterna förväntar sig att de inom ramen för EU-förordningen om det europeiska hälsodataområdet (punkt **30**) – när den har antagits – kommer att få inflytande som gör det möjligt att driva igenom samarbete med den privata sektorn.
- På Malta har det i arbetet med att färdigställa utkastet till lagstiftning om nationella elektroniska patientjournaler tagits hänsyn till antagningsprocessen för förordningen om det europeiska hälsodataområdet, i syfte att uppnå en hög grad av anpassning mellan nationell lagstiftning och EU-lagstiftning.

34 I svaren från de medlemsstater som deltog i vår enkät nämndes det dock även utmaningar med att tillämpa EU:s politiska ram för digitalisering av hälso- och sjukvården, enligt följande:

- Två medlemsstater konstaterade att ett framgångsrikt genomförande av EU:s politik i slutändan faller under deras ansvar och är beroende av deras vilja och förmåga att genomföra de föreslagna strategierna.
- Två medlemsstater ansåg att skillnader i beredskap att införa digitala lösningar och tillgängliga resurser – såsom brist på infrastruktur och digitala färdigheter inom hälso- och sjukvårdssektorn – kan leda till ojämna framsteg mellan medlemsstaterna.
- Två andra medlemsstater uppgav att mångfalden av och komplexiteten i de nationella hälso- och sjukvårdssystemen (centraliserade eller decentraliserade) och de olika berörda parterna (offentliga och privata) också ger en förklaring till varför framsteg görs i varierande takt.

Medlemsstaternas användning av EU:s verktyg och åtgärder



20 av 21 medlemsstater **använde EU-verktyg och/eller fick EU-stöd** för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem.

Medlemsstaternas svar på revisionsrättens enkät

35 Baserat på enkätsvaren (*bilaga II*) använde 20 av 21 medlemsstater EU-verktyg och/eller fick EU-stöd i samband med arbetet att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem. De EU-initiativ som oftast nämndes var tekniska standarder och riktlinjer (20 medlemsstater) samt samordnings- och expertmöten (19 medlemsstater).

36 Syftet med dessa EU-initiativ var att stödja gränsöverskridande utbyte av hälsodata, men vi konstaterade att de också bidrog till att främja digitaliseringen av de nationella hälso- och sjukvårdssystemen. I *figur 6* sammanfattas de viktigaste möjligheterna och utmaningarna med EU-initiativen utifrån enkätsvaren och våra besök i de tre utvalda medlemsstaterna.

Figur 6 – De viktigaste möjligheterna och utmaningarna med EU-initiativen för digitalisering av hälso- och sjukvården

EU:s samordnings- och expertmöten

Nätverket för e-hälsa sammanträder i plenum två gånger om året. Ytterligare möten anordnas för arbetsgrupper och samordnade åtgärder.



MÖJLIGHETER

Enligt Malta underlättar möten inom ramen för nätverket för e-hälsa anpassningen mellan EU:s politik och den nationella politiken.

Polen ansåg att nätverket för e-hälsa gör det möjligt för en medlemsstat att delta i utformningen av EU:s politik för digital hälsa.

Fem andra medlemsstater ansåg att nätverket för e-hälsa underlättar utbyte av bästa praxis och erfarenheter samt bidrar till utarbetande och antagande av gemensamma standarder och riktlinjer.



UTMANINGAR

Malta uttryckte svårigheter med att ta en aktiv roll i all verksamhet på EU-nivå på grund av sina begränsade resurser.

Baserat på enkätsvaren kunde vi konstatera att detta också var fallet för två större medlemsstater.

Två andra medlemsstater ansåg att det frivilliga samarbetet inte säkerställde ett tillräckligt deltagande av medlemsstaterna i arbetsgrupperna.

EU:s tekniska standarder och riktlinjer

Nätverket för e-hälsa enades om och antog tekniska riktlinjer för elektroniskt utbyte av hälsodata, e-recept och e-expediering, patientöversikter, laboratorieresultat, medicinsk bilddiagnostik och utskrivningsrapporter.

MÖJLIGHETER

I Spanien bygger det nationella systemet för utbyte av e-recept mellan autonoma regioner på EU:s tekniska specifikationer.

På Malta påverkade de tekniska standarder och riktlinjer som antogs av nätverket för e-hälsa utformningen av de nationella elektroniska patientjournalerna.

Polen använde de tekniska standarderna från nätverket för e-hälsa för att säkerställa interoperabilitet – även över gränserna – för sina e-hälsotjänster.

UTMANINGAR

Även om det fanns nationella standarder innan nätverket för e-hälsa antog sina tekniska riktlinjer krävdes det enligt en medlemsstat insatser på nationell nivå för att anpassa dem till EU:s standarder.

En annan medlemsstat ansåg att en liknande situation kan uppstå vid mindre ändringar av riktlinjerna.

Källa: Revisionsrätten, utifrån svar från de medlemsstater som deltog i vår enkät samt våra besök i de tre utvalda medlemsstaterna.

Nationella strategier för e-hälsa



20 av 21 medlemsstater uppgav att de hade en **nationell strategi** för digitalisering av hälso- och sjukvården.

Medlemsstaternas svar på revisionsrättens enkät

37 Det finns inget rättsligt bindande krav på att medlemsstaterna ska ha en nationell strategi eller handlingsplan för digitalisering av hälso- och sjukvården. Baserat på enkätsvaren kunde vi konstatera att 20 av 21 medlemsstater uppgav att de hade en nationell strategi för digitalisering av hälso- och sjukvården, antingen som en del av sin nationella hälsostrategi (3 medlemsstater) eller som en fristående strategi för e-hälsa (16 medlemsstater). Den återstående medlemsstaten gav inga närmare specificeringar. Av de svarande uppgav 11 medlemsstater också att de hade regionala strategier för e-hälsa. **Ruta 4** visar situationen i de tre medlemsstater som vi besökte under vår revision.

Ruta 4

Strategier för e-hälsa i Spanien, på Malta och i Polen

I **Spanien** godkändes det nationella hälso- och sjukvårdssystemets första nationella strategi för digital hälsa i december 2021. Strategin kommer att löpa från 2021 till 2026, i linje med genomförandet av den nationella återhämtnings- och resiliensplanen inom ramen för faciliteten för återhämtning och resiliens. Sex arbetsplaner upprättades för att genomföra strategin för digital hälsa, varav fem finansierades med EU-medel. Spaniens autonoma regioner har också utvecklat sin egen politik för digital hälsa.

På **Malta** var en av de första övergripande strategierna strategin för digital hälsa 2018–2021, baserad på strategin för de nationella hälso- och sjukvårdssystemen 2014–2020. Den följdes av den nationella strategin för hälso- och sjukvårdssystem 2023–2030, som offentliggjordes i december 2022 och som innehöll ett särskilt avsnitt om digital hälsa. Vid tidpunkten för vår revision höll den tillhörande handlingsplanen på att utarbetas. Under 2024 planerar hälsoministeriet att offentliggöra en ny strategi, nämligen 2030 års strategi för digital hälsa och hälsodata.

I **Polen** hänvisade man till "it-förvaltning på hälsoområdet" i dokumentet om den nationella strategiska ramen för hälsopolitik för 2014–2020, som offentliggjordes i juli 2015. Den senaste strategin "En hälsosam framtid. Den strategiska ramen för utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet 2021–2027, med sikte på 2030", som antogs i december 2021 innehåller ett särskilt kapitel om e-hälsa. I programmet för utveckling av e-hälsa för 2022–2027 anges de investeringar och reformer som krävs för att genomföra strategin om en hälsosam framtid.

Källa: Revisionsrätten, baserat på vår analys av dokument som vi mottagit från Spanien, Malta och Polen.

38 Genom att analysera mötesprotokoll från 2012 och framåt inom ramen för nätverket för e-hälsa kunde vi konstatera att nätverket bidrog positivt till utarbetandet av strategier för e-hälsa i medlemsstaterna. Under mötena delade medlemsstaternas företrädare sina erfarenheter av att utarbeta och genomföra sina nationella strategier genom att ge praktiska exempel på utmaningar som man ställts inför och lösningar som man hittat.

Trots kommissionens vägledning om EU-medel för digitalisering av hälso- och sjukvården stötte medlemsstaterna på hinder för att nyttja dem

39 Vi bedömde huruvida

- o kommissionen bistod medlemsstaterna med att identifiera de EU-medel som fanns tillgängliga för att finansiera projekt kopplade till digitalisering av hälso- och sjukvården,
- o de tillgängliga EU-medlen och kraven för att erhålla dem motsvarade medlemsstaternas behov.

Kommissionen gav medlemsstaterna vägledning om tillgängliga EU-medel för projekt kopplade till digitalisering av hälso- och sjukvården

40 Vi förväntade oss att kommissionen skulle informera medlemsstaterna om de EU-medel som finns tillgängliga samt ge dem vägledning om deras nyttjande. Vi granskade dokumenten för viktiga EU-initiativ för att främja e-hälsa (*bilaga I*). I dessa sammanfattades de EU-finansieringsprogram som kan användas för att finansiera initiativen. I vissa dokument, såsom meddelandet om det europeiska hälsodataområdet och förslaget till dess förordning, angavs den totala tillgängliga budgeten. Närmare uppgifter om stödberättigande åtgärder och stödmottagare, stödbelopp samt genomförandebestämmelser angavs i programmens rättsakter.

41 Vår analys inriktades på ett urval av EU-finansieringsprogrammen (punkt *18*). Vi konstaterade att deras specifika mål för digitalisering av hälso- och sjukvården är ganska likartade, medan deras allmänna mål och tematiska prioriteringar är specifika för varje program och till största delen kompletterar varandra. När det gäller stödberättigande åtgärder konstaterade vi att de program som vi analyserade i allmänhet gör det möjligt för medlemsstaterna att täcka ett brett urval av åtgärder, allt från investeringar och reformer till studier och kapacitetsuppbyggnad. Vi konstaterade att dessa program genomförs med hjälp av olika förvaltningsmetoder och av olika generaldirektorat (*figur 5*), samt att det inom ramen för dem tillhandahålls olika typer av stöd till olika typer av stödmottagare (*tabell 2*).

Tabell 2 – EU-stöd till medlemsstaternas digitalisering av hälso- och sjukvården och stödberättigade mottagare för respektive EU-program som valts ut

EU-program	Stöd till medlemsstaterna	Stödmottagare
Eruf	Ekonomiskt stöd, baserat på samfinansiering av stödberättigande utgifter.	Offentliga eller privata organ, enheter med eller utan ställning som juridisk person samt fysiska personer.
Faciliteten för återhämtning och resiliens	Ekonomiskt stöd baserat på uppnåendet av delmål och mål (inte kopplat till kostnader).	EU:s medlemsstater
Tredje fleråriga programmet för unionsåtgärder på hälsoområdet, programmet EU för hälsa	Ekonomiskt stöd, baserat på samfinansiering av stödberättigande utgifter.	Juridiska personer eller internationella organisationer.
Stödprogrammet för strukturreformer, instrumentet för tekniskt stöd	Tekniskt stöd (expertis).	Nationella myndigheter i medlemsstaterna, internationella organisationer samt offentliga eller privata organ och enheter.

Källa: Revisionsrättens analys av EU-handlingar, *bilaga IV*.

42 Genom att analysera mötesprotokoll från 2012 och framåt inom ramen för nätverket för e-hälsa kunde vi konstatera att nätverket har ökat medlemsstaternas medvetenhet om tillgängliga EU-medel. Vid nätverkets möten delade kommissionen information särskilt om de program (Fonden för ett sammanlänkat Europa, programmet för ett digitalt Europa och programmet EU för hälsa) som finansierar gränsöverskridande initiativ eller initiativ på EU-nivå, såsom införandet av eHDSI (MinHälsa@EU), inbegripet dess tjänster för patientöversikter och e-recept samt infrastruktur och förberedande åtgärder för det europeiska hälsodataområdet. Det hölls även presentationer om andra program som förvaltas av kommissionen, såsom Eruf och faciliteten för återhämtning och resiliens, samt program som förvaltas av Europeiska investeringsbanken.

43 År 2019 antog nätverket för e-hälsa [investeringsriktlinjer](#) för att hjälpa medlemsstaterna att bestämma hur de ska finansiera interoperabla lösningar för e-hälsa. Riktlinjerna innehöll allmän information om tillgänglig finansiering på EU-nivå under perioden 2021–2027. Vid ett möte inom ramen för nätverket för e-hälsa under 2022 bekräftade dessutom kommissionen att den står till medlemsstaternas förfogande när det gäller stöd och vägledning om möjligheter till EU-finansiering. Kommissionen lämnade därefter särskild information om åtgärder inom ramen för programmet EU för hälsa, till exempel för genomförandet av MinHälsa@EU, och inom ramen för programmet för ett digitalt Europa.

44 Kommissionen ser inte det breda urval av instrument som är tillgängliga för medlemsstaterna som ett hinder, utan snarare som ett sätt att tillhandahålla skräddarsydda instrument för att uppnå specifika politiska mål. De spanska myndigheterna menade dock att det breda urvalet av tillgänglig finansiering gjorde det svårt för vissa av de autonoma regionerna att fastställa vilka EU-medel som var bäst lämpade för deras behov.

EU-medel för digitalisering av hälso- och sjukvården motsvarade medlemsstaternas behov överlag, men medlemsstaterna stötte på hinder för att nyttja dem

45 Vi förväntade oss att medlemsstaterna skulle använda tillgängliga EU-medel för digitalisering av hälso- och sjukvården samt att EU-medlen skulle motsvara medlemsstaternas behov. För att bedöma denna aspekt samlade vi in information genom den enkät som vi skickade till alla medlemsstater och från de utvalda medlemsstaterna.

Medlemsstaternas användning av EU-medel



18 av 21 medlemsstater uppgav att de använt ett eller flera **EU-medel för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem.**

Medlemsstaternas svar på revisionsrättens enkät

46 Baserat på enkätsvaren uppgav 18 av 21 medlemsstater att de använt ett eller flera EU-medel för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem. De fonder som oftast använts var Eruf, faciliteten för återhämtning och resiliens, programmet EU för hälsa och Fonden för ett sammanlänkat Europa. På frågan om den specifika användningen av EU-medel uppgav 15 av 20 medlemsstater att de hade använt EU-medel för att finansiera sina elektroniska patientjournaler, 13 av 20 att de hade använt EU-medel för att finansiera sitt e-receptsystem samt 5 av 19 att de hade använt dem för att finansiera telemedicinska lösningar.

47 Vi konstaterade att de tre utvalda medlemsstaterna använde en rad olika EU-medel för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem. I *figur 7* ges en översikt över de planerade beloppen för e-hälsa från Eruf och faciliteten för återhämtning och resiliens. När det gäller faciliteten för återhämtning och resiliens noterade vi dock avvikelser i de belopp som tillhandahållits av kommissionen och de utvalda medlemsstaterna.

Figur 7 – Planerade belopp för e-hälsa från Eruf och faciliteten för återhämtning och resiliens i Spanien, på Malta och i Polen under programperioderna 2014–2020 och 2021–2027 (miljoner euro)



Källa: För Eruf: plattformen för öppna data för sammanhållningspolitiken. För faciliteten för återhämtning och resiliens: uppgifter som lämnats av kommissionen och de utvalda medlemsstaterna.

48 Inom ramen för de projekt som vi granskade (*bilaga III*) konstaterade vi att Eruf var en viktig finansieringskälla i de tre utvalda medlemsstaterna, enligt följande:

- I Spanien har Eruf använts för att samfinansiera införandet av e-recept och elektroniska patientjournaler på regional och central nivå sedan programperioden 2007–2013.
- På Malta var projektet **CONvErGE** (Connected eGovernment), som samfinansierades av Eruf 2014–2020, grundläggande för digitaliseringen av hela den offentliga sektorn, och dess digitala hälsokomponenter var viktiga initiativ för digitaliseringen av hälso- och sjukvården.
- Hittills har Polen finansierat de flesta åtgärder som rör digitalisering av hälso- och sjukvården med nationella medel eller EU:s sammanhållningspolitiska medel (Eruf och Europeiska socialfonden). Ett kärnprojekt var inrättandet av en elektronisk plattform som gör det möjligt för offentliga förvaltningar och medborgare att samla in, analysera och dela digitala hälsodata (**P1-plattformen**). Fas 1 av projektet finansierades inom Eruf-programmet för 2007–2013 och fas 2 slutfördes inom Eruf-programmet för 2014–2020.

49 Under våra besök konstaterade vi också att medlemsstaterna optimerade användningen av tillgängliga EU-medel på olika sätt. Nedan följer några exempel:

- I Spanien kompletterade den nationella finansieringen Eruf efter den obligatoriska perioden för stödberättigande. Exempelvis fastställdes EU-finansiering fram till 31 december 2023 för ett projekt som vi granskade (*bilaga III*) och som samfinansierades av Eruf 2014–2020, och de återstående åtgärderna under 2024 finansierades med nationella medel.
- På Malta väntas ett projekt som ursprungligen var tänkt att finansieras med medel från faciliteten för återhämtning och resiliens genomföras med nationella medel eller med stöd från Eruf 2021–2027.
- I Polen finansierades ett projekt som vi granskade (*bilaga III*) med återstående medel från Europeiska socialfonden 2014–2020 före utgången av perioden för stödberättigande för att maximera användningen av dem (*ruta 5*).

Ruta 5

e-Konsyliumprojektet i Polen

Inom ramen för projektet och på grundval av en befintlig plattform (finansierad med nationella medel) inrättades en tjänst för rådgivning om kardiologi på distans som omfattade 4 specialiserade sjukhus, 20 distriktssjukhus och 80 primärvårdscentraler.

Enligt de myndigheter som vi intervjuade i Polen väckte projektet stort intresse eftersom läkarna själva länge hade rapporterat om behovet av en sådan tjänst. Så snart nödvändiga medel finns tillgängliga kommer ett annat projekt att inledas för att täcka fem specialiseringar: lungsjukdomar, hematologi, onkologi, kardiologi och sällsynta sjukdomar hos barn.

Källa: Revisionsrätten, på grundval av vår analys av dokument som lämnats in av de nationella myndigheterna.

EU-medel motsvarar medlemsstaternas behov



15 av 18 medlemsstater uppgav att **EU-medlen motsvarade deras behov och prioriteringar.**

Medlemsstaternas svar på revisionsrättens enkät

50 Baserat på enkätsvaren uppgav 15 av 18 medlemsstater att EU:s medel motsvarade deras behov och prioriteringar. I [ruta 6](#) visas två exempel på hur EU-finansiering var avgörande för att påskynda digitalisering av hälso- och sjukvården i medlemsstaterna.

Ruta 6

EU-finansieringens avgörande roll för digitalisering av hälso- och sjukvården

- EU-finansieringen bidrog till att övervinna de nationella budgeternas finansiella begränsningar: en medlemsstat som svarade på vår enkät förklarade att statsbudgeten för investeringar i digitalisering på hälsoområdet var relativt liten, och att utarbetandet av e-hälsolösningar främst finansierades genom EU-program.
- EU-finansieringen främjade genomförandet: under vårt besök på Malta förklarade myndigheterna att vissa relevanta projekt inte skulle ha genomförts utan EU-finansiering. Finansieringen gav ytterligare fördelar såsom förfarandegarantier (t.ex. upphandlingsregler och avtalsenliga tidsfrister att respektera), användning av internationella standarder och ett nationellt åtagande för reformprocessen.

Källa: Revisionsrätten, på grundval av vår analys av medlemsstaternas enkätsvar och de bevis som de nationella myndigheterna tillhandahöll under vårt besök.

51 Alla de projekt som vi granskade i de tre utvalda medlemsstaterna (*bilaga III*) bidrog till digitalisering av hälso- och sjukvården, enligt följande:

- I Spanien omfattade projekten telemedicin, fjärrövervakning av kroniska sjukdomar, e-recept, patienters konsultation av medicinsk bildiagnostik via internet och användning av standardiserad terminologi.
- På Malta möjliggjorde projekten finansiering av högteknologisk onkologisk utrustning, digitala diagnoser, datainsamling, elektroniska patientjournaler och medicinsk utrustning som överför data till e-hälsosystemen.
- I Polen omfattade projekten inrättandet av en nationell e-hälsoplattform, digitaliseringen av sjukhusen och deras anslutning till den nationella plattformen och telekonsultationstjänster.

Hinder som vissa medlemsstater stöter på när de använder EU-medel inom ramen för digitalisering av hälso- och sjukvården

52 När vi analyserade enkätsvaren, de bevis som samlats in under våra besök och protokollen från nätverket för e-hälsa fann vi att medlemsstaterna stötte på hinder när de ansökte om och förvaltade EU-medel inom ramen för digitalisering av hälso- och sjukvården. I *figur 8* sammanfattas de största hindren som medlemsstaterna stötte på i samband med användandet av EU-medel för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem.

Figur 8 – De största hindren som medlemsstaterna stötte på i samband med användandet av EU-medel inom ramen för digitalisering av hälso- och sjukvården

Administrativ börda

Tillämpning och fondförvaltning kompliceras av förekomsten av olika program med särskilda regler och olika förvaltningsarrangemang.

Otillräcklig administrativ kapacitet

Svårigheter för små enheter med begränsade resurser att slutföra de administrativa stegen för att ansöka om och förvalta projekten.



Tidsaspekter

Utarbetandet av EU:s finansieringsinstrument skedde samtidigt som medlemsstaterna hade fullt upp med att bekämpa covid-19-pandemin.

Nationell samfinansiering

En utmaning att säkerställa nationell samfinansiering vid en viss tidpunkt och deltagande i gemensamma åtgärder äventyras av begränsade nationella resurser.

Källa: Revisionsrätten, på grundval av enkätsvaren, våra besök i medlemsstaterna och protokollen från nätverket för e-hälsa.

53 En utmaning som fem av de svarande på vår enkät tog upp gällde den administrativa bördan i samband med ansökan, den korrekta användningen och rapporteringen med avseende på EU-medel. Detta beror delvis på att EU-finansieringen är spridd över olika program, som vart och ett har särskilda regler och olika förvaltningsarrangemang (*tabell 3*), vilket komplicerar processen att ansöka om och förvalta medel.

Tabell 3 – Skillnader i programförvaltning

Tredje fleråriga programmet för unionsåtgärder på hälsoområdet, EU för hälsa, Horisont 2020, Horisont Europa, Fonden för ett sammanlänkat Europa och programmet för ett digitalt Europa	Europeiska regionala utvecklingsfonden och faciliteten för återhämtning och resiliens
<p>Genomförs genom årliga ansökningsomgångar.</p> <p>För att få finansiering från dessa EU-program måste medlemsstaterna lämna in ett förslag inom ramen för varje ansökningsomgång för varje program som de är intresserade av.</p>	<p>Baserat på den fleråriga programplaneringen.</p> <p>I början av programplaneringsperioden utarbetar medlemsstaterna planer som sedan godkänns av kommissionen (Eruf) eller rådet (faciliteten för återhämtning och resiliens). Planerna genomförs inom ramen för projekt som medlemsstaterna själva väljer under hela perioden.</p> <p>Det finns stora skillnader mellan hur dessa två instrument finansieras. I <i>bilaga IV</i> sammanfattas de viktigaste skillnaderna mellan Eruf och faciliteten för återhämtning och resiliens.</p>

Källa: Revisionsrättens analys av kommissionens handlingar.

54 Vi konstaterade att utmaningar också uppstod genom det parallella utarbetandet av EU:s finansieringsinstrument. Eruf-förordningen antogs till exempel i mitten av 2021, när medlemsstaterna också deltog i genomförandet av faciliteten för återhämtning och resiliens¹⁶. Detta var problematiskt, inte bara på grund av att instrumentens programplanering hade ett mycket nära samband, utan också eftersom – som en av de svarande påpekade – programplaneringen ägde rum under en tid då de nationella tjänstemännen var mer inriktade på att bekämpa pandemin än på att säkra finansiering för nya digitaliseringsprojekt.

55 Ett annat hinder gällde nationell samfinansiering. Två medlemsstater som svarade på vår enkät lyfte fram utmaningen med att ha nödvändig nationell samfinansiering tillgänglig för den aktuella perioden, på grund av den årliga cykeln för nationell finansiell planering. Effekterna av nationella begränsningar bekräftades också av nätverket för e-hälsa under 2022, där vissa medlemsstater nämnde begränsade nationella resurser bland svårigheterna med att få nationell samfinansiering, medan andra nämnde bristen på nationella resurser som ett hinder för deltagande i gemensamma åtgärder.

¹⁶ Revisionsrättens [översiktsrapport 01/2023](#), punkterna 45–47.

56 Bland utmaningarna i samband med användandet av EU-medel uppgav två av de svarande också otillräcklig administrativ kapacitet. Under vårt besök bekräftade Spanien att de många möjliga källorna till EU-finansiering gjorde det svårt – särskilt för små enheter med begränsade resurser – att slutföra de administrativa stegen för att ansöka om och förvalta projekten.

Kommissionen övervakar medlemsstaternas framsteg inom digitalisering av hälso- och sjukvården, men har ingen heltäckande översikt över deras användning av EU-medel

57 Vi bedömde om kommissionens övervakningsram

- tillhandahåller aktuell, relevant och jämförbar information för att följa medlemsstaternas framsteg när det gäller digitalisering av hälso- och sjukvården,
- gör det möjligt att följa medlemsstaternas användning av EU-medel till stöd för digitalisering av hälso- och sjukvården.

Kommissionen övervakar medlemsstaternas framsteg inom digitalisering av hälso- och sjukvården, om än med vissa brister

58 Vi förväntade oss att kommissionen skulle övervaka framstegen med medlemsstaternas digitalisering av hälso- och sjukvården, genom att använda aktuella, relevanta och jämförbara indikatorer, samt redogöra för dem. Vi granskade kommissionens indikatorer, underliggande metoder och rapporter, såsom beskrivs i punkterna [08–12](#).

59 Kommissionen övervakar medlemsstaternas framsteg när det gäller digitalisering av hälso- och sjukvården utifrån två huvudsakliga källor inom ramen för policyprogrammet för det digitala decenniet 2030: [riktmärket för e-förvaltning](#), sedan 2022 och [indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet](#), sedan 2023. Dessa uppsättningar indikatorer bygger på olika metoder och omfattar olika aspekter ([figur 9](#)).

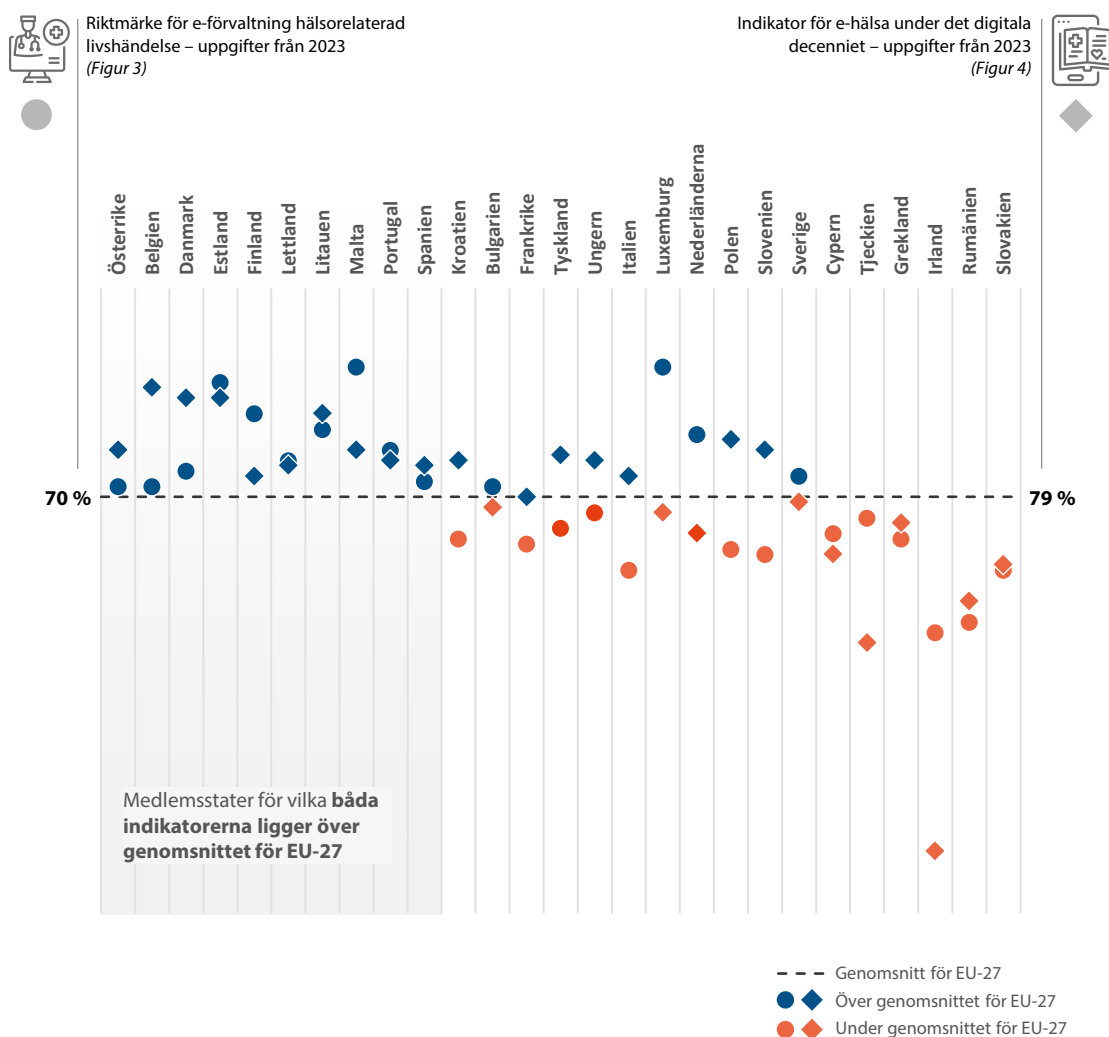
Figur 9 – De viktigaste egenskaperna för riktmärket för e-förvaltning och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet

	 Riktmärke för e-förvaltning (hälsorelaterad livshändelse)	 Indikator för e-hälsa under det digitala decenniet
Syfte	Bedömning av den övergripande mognadsgraden för de digitala offentliga tjänster som tillhandahålls av offentliga myndigheter inom hälso- och sjukvårdssektorn ur kundens synvinkel.	Övervakning av medlemsstaternas framsteg när det gäller att uppnå målet att 100 % av EU-medborgarna senast 2030 ska ha tillgång online till sina elektroniska patientjournaler.
Frekvens	Vartannat år.	Årligen.
Första ansökan	2022 (omfattar 2021)	2023 (omfattar 2022)
Metod	Omfattar fyra dimensioner bestående av 14 underliggande indikatorer. Bedömning av 7 e-hälsotjänster.	Består av 12 delindikatorer.
Datainsamling	Baserat på anonyma kundbesök (tester av tjänster och produkter genom att agera som en vanlig kund) och automatiserade verktyg (onlinetester av webbplatser).	Baserat på medlemsstaternas svar på en enkät online, som kontrolleras av kommissionen genom uppföljning i form av begäranden om förtydliganden.

Källa: Revisionsrättens analys av relevanta handlingar om riktmärket för e-förvaltning och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet.

60 Genom de båda indikatorerna tilldelas poäng till medlemsstaterna. Eftersom de skiljer sig åt när det gäller omfattning och metod är de dock inte jämförbara¹⁷. När vi presenterade utfallen av de två övervakningssystemen rangordnade vi därför inte medlemsstaterna efter en kombinerad poäng, utan bedömde om de låg över eller under EU-genomsnittet för varje indikator (*figur 10*).

Figur 10 – Medlemsstaternas positioner under eller över EU-genomsnittet utifrån 2024 års riktmärke för e-förvaltning och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet (båda avser 2023)



Anm.: Genomsnittet för EU-27 för riktmärket för e-förvaltning omräknades av revisionsrätten, med undantag av länder utanför EU (Albanien, Island, Moldavien, Montenegro, Nordmakedonien, Norge, Serbien, Schweiz, Turkiet och Ukraina).

Källa: Revisionsrätten, på grundval av 2024 års riktmärke för e-förvaltning och 2024 års indikator för e-hälsa under det digitala decenniet.

¹⁷ Europeiska kommissionen, *eGovernment Benchmark 2024*. Background Report, fotnot 6, s. 54.

61 Vi jämförde resultaten från de två år som fanns tillgängliga för varje indikator: 2021 och 2023 för riktmärket för e-förvaltning, samt 2022 och 2023 för indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet (*tabell 4*). Vi konstaterade att även om de flesta medlemsstater hade gjort framsteg så hade poängen för vissa av dem minskat. När det gäller indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet förklaras det i rapporten att detta främst beror på en mer korrekt rapportering. Det ges inga förklaringar när det gäller riktmärket för e-förvaltning, vilket gör att det blir svårare att förstå varför poängen ändras.

Tabell 4 – Jämförelse mellan riktmärket för e-förvaltning och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet för de två tillgängliga åren

Medlemsstat	Riktmärke för e-förvaltning – hälsorelaterad livshändelse			Indikator för e-hälsa under det digitala decenniet		
	2021	2023	Förändring	2022	2023	Förändring
Österrike	65	72	↗	88	88	↔
Belgien	75	72	↘	85	100	↗
Bulgarien	49	72	↗	77	77	↔
Cypern	43	63	↗	70	68	↘
Tjeckien	62	66	↗	47	51	↗
Tyskland	68	64	↘	71	87	↗
Danmark	79	75	↘	96	98	↗
Estland	93	92	↘	89	98	↗
Grekland	53	62	↗	61	74	↗
Spanien	79	73	↘	83	85	↗
Finland	81	86	↗	90	83	↘
Frankrike	59	61	↗	54	79	↗
Kroatien	51	62	↗	86	86	↔
Ungern	55	67	↗	80	86	↗
Irland	38	44	↗	0	11	↗
Italien	56	56	↔	71	83	↗
Litauen	80	83	↗	92	95	↗
Luxemburg	97	95	↘	67	76	↗
Lettland	68	77	↗	79	85	↗
Malta	91	95	↗	78	88	↗
Nederländerna	84	82	↘	69	72	↗
Polen	48	60	↗	86	90	↗
Portugal	70	79	↗	63	86	↗
Rumänien	33	46	↗	57	59	↗
Sverige	61	74	↗	70	78	↗
Slovenien	52	59	↗	80	88	↗
Slovakien	53	56	↗	45	66	↗

Källa: Europeiska kommissionen, [eGovernment Benchmark 2022](#). Background Report, figur 4.1, s. 48; [eGovernment Benchmark 2024](#). Background Report, figurerna 4.1 och 4.2, s. 54–55; [Digital Decade e-Health indicators development](#), figur 1, s. 4; [Digital Decade 2024: e-Health indicator study](#). Final report, s. 11.

62 Riktmärket för e-förvaltning och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet omfattar inte samma e-hälsotjänster, men de har vissa gemensamma aspekter. Indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet är helt inriktad på medborgarnas tillgång online till sina elektroniska patientjournaler, men detta är endast en av de tjänster som omfattas av riktmärket för e-förvaltning (*figur 11*).

Figur 11 – e-hälsotjänster som omfattas av riktmärket för e-förvaltning och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet



Källa: Revisionsrätten, på grundval av riktmärket för e-förvaltning och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet.

63 Vi granskade metoden för riktmärket för e-förvaltning och konstaterade att analysen inom ramen för 2024 års förfarande – som gäller år 2023 – omfattade ytterligare två aspekter (tillhandahållandet av mobila tjänster och direktivet om webbtillgänglighet), som också omfattas av delindikatorerna 6 och 12 inom ramen för indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet (i den tillhörande kolumnen i [figur 11](#)). Analyserna skiljer sig dock åt, enligt följande:

- Inom ramen för indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet används självrapporteringsdata från medlemsstaterna för att bedöma båda aspekterna.
- Inom ramen för riktmärket för e-förvaltning bedöms båda aspekterna genom direkt granskning.

64 Vi konstaterade brister i rapporteringen om indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet för Spanien och Malta ([ruta 7](#)). Dessa gällde korrektheten avseende den information som lämnats i det ena fallet och poängsättningsmetoden i det andra. I det första fallet hade kommissionen inte tillräckliga kontroller på plats för att upptäcka felaktig information. I det andra fallet återspeglade inte den poängsättningsmetod som användes skillnaderna mellan länderna.

Ruta 7

Brister i rapporteringen om indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet

Informationens korrekthet. Enligt [kommissionens rapport](#) som offentliggjordes 2023 tillhandahåller de flesta offentliga och privata hälso- och sjukvårdsaktörer i Spanien relevanta hälsodata till regionala åtkomsttjänster. De spanska myndigheterna bekräftade dock under vårt besök att den nuvarande rättsliga ramen för e-hälsa endast gäller data och aktörer som är verksamma inom det nationella offentliga hälso- och sjukvårdssystemet. Privatdrivna hälso- och sjukvårdstjänster och relaterade data omfattas inte av den obligatoriska digitaliseringen. Patienterna kan få tillgång till de digitala tjänster som tillhandahålls av privata aktörer genom sina egna webbportaler, men dessa data är inte tillgängliga för de offentliga hälso- och sjukvårdsmyndigheterna. Kommissionen korrigerade denna information i rapporten för 2024¹⁸ och förklarade att privata vårdgivare inte tillhandahåller data till onlineåtkomsttjänsten för elektroniska patientjournaler.

Poängsättningsmetoden. Både Malta och Polen fick högsta möjliga poäng för tillgången till e-recept (delindikator 3 i den tillhörande kolumnen i [figur 11](#)). I Polen måste recept utfärdas elektroniskt i samtliga fall. Vid vår granskning fann vi dock att e-recept endast fanns tillgängliga på Malta för läkemedel som ordinerats för vissa kroniska sjukdomar och att de tillhandahölls kostnadsfritt genom ett nationellt system. I kommissionens rapport för 2024, som gäller år 2023, fick Malta fortfarande högsta möjliga poäng för tillgången till e-recept¹⁹.

Källa: Revisionsrättens analys av resultaten inom ramen för indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet i Spanien, på Malta och i Polen.

¹⁸ Europeiska kommissionen, [2024 Digital Decade eHealth Indicator Study](#). Annex – Country Factsheets, s. 105 och 108/121.

¹⁹ Europeiska kommissionen, [2024 Digital Decade eHealth Indicator Study](#). Annex – Country Factsheets, s. 79 och 87/121.

Varken kommissionen eller de flesta medlemsstater har en heltäckande översikt över de EU-medel som används för att digitalisera hälso- och sjukvårdssystem.

65 Eftersom kommissionen är ytterst ansvarig för genomförandet av EU:s budget förväntade vi oss att den skulle ha ett system för att övervaka de EU-medel som medlemsstaterna använder för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem. För att bedöma detta granskade vi databaser och rapporter som offentliggjorts av kommissionen och analyserade enkätsvaren och de bevis som samlats in i de utvalda medlemsstaterna.



8 av 19 medlemsstater uppgav att de hade en **översikt över de EU-finansieringsbelopp som använts** i arbetet med att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem.

Medlemsstaternas svar på revisionsrättens enkät

66 Baserat på enkätsvaren uppgav endast 8 av 19 medlemsstater att de hade en översikt över vilka EU-finansieringsbelopp som använts för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem. Av dessa åtta hänvisade en endast till finansieringen inom ramen för programmet EU för hälsa, och en förklarade att den endast hade en överblick över de projekt där hälsoministeriet var involverat, eftersom ministeriet i allmänhet inte känner till den EU-finansiering som regionerna har begärt om det inte själv är involverat.

67 Detta bekräftades när vi bad de utvalda medlemsstaterna att ge oss en översikt över den EU-finansiering som de hade mottagit med avseende på digitalisering av hälso- och sjukvården, samt en förteckning över relevanta projekt. Medlemsstaterna var tvungna att välja ut projekten manuellt, eftersom de ofta inte hade någon särskild klassificeringsmetod (t.ex. med hjälp av en kod) för att identifiera dem som sådana. De placerades ofta i mycket bredare kategorier och betecknades till exempel som "digitala" eller "hälsorelaterade" projekt.

68 Vi konstaterade att medlemsstaterna rapporterar till kommissionen om framstegen i sina EU-finansierade projekt och om användningen av EU-medel inom ramen för rapporteringsmekanismen för EU:s finansieringsprogram. Medlemsstaterna lämnar dessa finansiella uppgifter till kommissionens olika avdelningar, beroende på vilket generaldirektorat som ansvarar för det berörda EU-programmet (*figur 5*). Varje generaldirektorat har en översikt över de medel som tilldelas och betalas ut inom ramen för de EU-program som de förvaltar. När det gäller GD Regional- och stadspolitik finns dessa uppgifter offentligt tillgängliga på [plattformen för öppna data för sammanhållningspolitiken](#).

69 Som kommissionen har medgett är urvalet av finansieringsinstrument, projekt och stödmottagare inom ramen för EU:s program mycket komplext. Deltagandet av medlemsstaternas myndigheter och andra offentliga och privata enheter sker på olika nivåer i EU:s program genom delad eller direkt förvaltning, direkta bidrag, konkurrensutsatta ansökningsomgångar, lån och forskningsprojekt. Digitaliseringen av hälso- och sjukvårdssystem är dessutom ofta en övergripande fråga som ingår i flera åtgärder eller som är aktuell för olika sektorer. På grund av denna komplexitet har varken kommissionen eller de flesta av de medlemsstater som använder EU-medel som en del av sina nationella digitaliseringsstrategier på hälsoområdet en heltäckande översikt över alla EU-medel som varje medlemsstat använder för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem.

Slutsatser och rekommendationer

70 Med tanke på kommissionens mandat kunde vi konstatera att den på det hela taget stödde digitaliseringen av medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem på ett ändamålsenligt sätt. EU:s politiska ram till stöd för digitalisering av hälso- och sjukvården baserades huvudsakligen på icke-bindande lagstiftning. Covid-19-pandemin visade hur viktigt det är med e-hälsa och samarbete i hela EU. Detta ledde till antagandet av bindande beslut och förordningar som har stärkt EU:s politiska ram för digitalisering av hälso- och sjukvården (punkterna [24–30](#)).

71 Den inverkan som EU:s politiska ram hade på medlemsstaterna berodde på frivilliga åtaganden. Detta påverkades av politiska prioriteringar, graden av beredskap att införa digitala lösningar och de utmaningar som uppstod under processen (punkterna [31–38](#)).

72 EU gav medlemsstaterna tekniskt och ekonomiskt stöd för att underlätta digitaliseringen av deras hälso- och sjukvårdssystem. Detta stöd finansierades genom flera EU-program som förvaltades av olika generaldirektorat och genomfördes med hjälp av olika förvaltningsformer. Kommissionen använde främst nätverket för e-hälsa för att ge vägledning om de EU-program som erbjuder ekonomiskt och tekniskt stöd för digitalisering av hälso- och sjukvården (punkterna [40–44](#)).

73 Enligt medlemsstaterna motsvarade EU:s stöd deras behov. Vi konstaterade också att alla de projekt som vi granskade bidrog till digitalisering av hälso- och sjukvården i de medlemsstater som vi besökte. Reglerna för att ansöka om stöd – och för genomförandet av de finansierade åtgärderna – varierade dock mellan de olika EU-programmen. Detta gjorde det svårt för medlemsstaterna att identifiera tillgängliga EU-medel och skapade hinder för medlemsstaterna när de ansökte om finansiering (punkterna [45–56](#)).

74 Kommissionen övervakar medlemsstaternas framsteg när det gäller digitalisering av hälso- och sjukvården med hjälp av två huvudsakliga källor inom ramen för policyprogrammet för det digitala decenniet 2030: riktmärket för e-förvaltning, sedan 2022, och indikatorn för e-hälsa, sedan 2023. Dessa bygger på olika metoder och har olika syften, men de omfattar liknande aspekter av tillgången till elektroniska patientjournaler. Vi konstaterade brister i rapporteringen om indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet. Vi konstaterade också att rapporteringen om riktmärket för e-förvaltning inte innehöll någon information om orsakerna till variationerna i ländernas poäng från ett år till ett annat (punkterna [58–64](#)).

Rekommendation 1 – Förbättra rapporteringen om riktmärket för e-förvaltning och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet

För att öka korrektheten avseende den information som lämnas till berörda parter bör kommissionen förbättra rapporteringen om riktmärket för e-förvaltning och indikatorn för e-hälsa under det digitala decenniet genom att klargöra begränsningarna, skillnaderna och komplementariteten mellan de två verktygen.

Måldatum för genomförande: Juli 2026

75 Kommissionens nuvarande finansiella övervakningsram ger en översikt över de EU-medel som medlemsstaterna använder för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem för varje finansieringsprogram. Varken kommissionen eller de flesta medlemsstater har dock en heltäckande översikt över alla de EU-medel som varje medlemsstat använder för att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem. Det är därför svårt att fastställa omfattningen av EU:s ekonomiska stöd i medlemsstaterna (punkterna [65–69](#)).

Rekommendation 2 – Förbättra rapporteringen om användningen av EU-medel för digitalisering av hälso- och sjukvården

Kommissionen bör förbättra informationen till allmänheten om användningen av EU-medel för digitalisering av hälso- och sjukvården genom att tillhandahålla en översikt på EU-nivå och medlemsstatsnivå över de olika finansieringsprogrammen.

Måldatum för genomförande: 2026

Denna rapport antogs av revisionsrättens avdelning I, med ledamoten Joëlle Elvinger som ordförande, vid dess sammanträde i Luxemburg den 9 oktober 2024.

För revisionsrätten

Tony Murphy
Ordförande

Bilagor

Bilaga I – Viktiga EU-initiativ för att främja e-hälsa

År	Milstolpe
1999	Meddelande: eEurope – . Ett informationssamhälle för alla
2000	Meddelande om en handlingsplan för eEurope 2002 . handlingsplan
2002	Meddelande om en handlingsplan för eEurope 2005 . handlingsplan
2004	Meddelande om en handlingsplan för ett europeiskt område för e-hälsovård
2007	Handlingsplan på e-hälsoområdet: IKT-lösningar för patienter, medicinska tjänster och betalningsinstitut (bilaga till pionjärmarknadsinitiativet)
2008	Meddelande om telemedicin till gagn för patienter, hälso- och sjukvårdssystem och samhället
2010	Meddelande: En digital agenda för Europa
2011	Direktivet om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (direktivet om gränsöverskridande hälso- och sjukvård)
2012	Meddelande: Handlingsplanen för e-hälsa 2012–2020 – Innovativ hälsovård för det 21:a århundradet
2015	Meddelande om en strategi för en inre digital marknad i Europa
2018	Meddelande om möjliggörandet av den digitala omvandlingen på området för hälsa och vård på den digitala inre marknaden
2019	Rekommendation om ett europeiskt format för utbyte av elektroniska patientjournaler
2021	Digital kompass 2030: den europeiska vägen in i det digitala decenniet (meddelandet om den digitala kompassen)
2022	Meddelande: A European Health Data Space: harnessing the power of health data for people, patients and innovation
2022	Förslag till Europaparlamentets och rådets förordning om ett europeiskt hälsodataområde (förordningen om det europeiska hälsodataområdet)
2022	Beslut om inrättande av policyprogrammet för det digitala decenniet 2030
2023	Europeisk förklaring om digitala rättigheter och principer för det digitala decenniet

Källa: Revisionsrättens analys av EU-handlingar.

Bilaga II – Innehåll i den enkät som skickats till medlemsstaterna

Nr	Fråga
<i>EU-ramen för digitalisering av hälso- och sjukvården</i>	
1	Anser ni att EU:s politiska ram är lämplig för att hjälpa medlemsstaterna att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem?
2	Har ni använt några verktyg och åtgärder som inrättats på EU-nivå för att digitalisera era hälso- och sjukvårdssystem?
<i>Medlemsstaternas strategier för digitalisering av hälso- och sjukvården</i>	
3	Har det i ert land antagits någon nationell strategi för digitalisering av hälso- och sjukvården?
4	Har det i ert land antagits regionala strategier för digitalisering av hälso- och sjukvården?
<i>Ansvariga myndigheter</i>	
5	Har det i ert land fastställts vilka myndigheter som ansvarar för genomförandet av den nationella strategin för digitalisering av hälso- och sjukvården?
6	Om tillämpligt, har det i ert land fastställts vilka myndigheter som ansvarar för genomförandet av de regionala strategierna för digitalisering av hälso- och sjukvården?
<i>Mål för digitalisering av hälso- och sjukvården</i>	
7	Har det i ert land fastställts nationella mål för digitalisering av hälso- och sjukvården?
8	Är de nationella målen i linje med EU:s frivilliga och bindande digitala mål för digitalisering av hälso- och sjukvården?
9	Om tillämpligt, har det i ert land fastställts regionala mål för digitalisering av hälso- och sjukvården?
10	Är de regionala målen i linje med de nationella och europeiska digitala målen?
<i>Handlingsplaner för digitalisering av hälso- och sjukvården</i>	
11	Har det i ert land antagits handlingsplaner för att genomföra de nationella strategierna för digitalisering av hälso- och sjukvården och uppnå de nationella målen?
12	Om tillämpligt, har det i ert land antagits handlingsplaner för digitalisering av hälso- och sjukvården på regional nivå?

Nr	Fråga
13	Nämns det i handlingsplanerna vilka åtgärder (investeringar och reformer) som krävs för att genomföra strategierna och uppnå målen?
14	Nämns det i handlingsplanerna vilka finansieringskällor (på nationell nivå och EU-nivå) som behövs för att genomföra åtgärderna?
15	Finns det några åtgärder i handlingsplanerna som inte har genomförts?
<i>Finansiering av digitalisering av hälso- och sjukvården</i>	
16	Har det i ert land använts EU-medel för att finansiera digitaliseringen av era hälso- och sjukvårdssystem?
17	Motsvarar EU:s finansieringsprogram ert lands behov och prioriteringar?
<i>Övervakning och rapportering om digitalisering av hälso- och sjukvården</i>	
18	Övervakar ert land sina framsteg inom digitalisering av hälso- och sjukvården, inklusive genomförandet av de nationella/regionala strategierna, genomförandet av handlingsplanerna och uppnåendet av de nationella/regionala målen?
19	Finns det i ert land en nationell översikt över de EU-belopp som har använts till stöd för digitalisering av hälso- och sjukvården sedan landets första strategi/handlingsplan?
20	Delas ert lands övervakningsresultat med kommissionen?
21	Görs ert lands övervakningsresultat offentligt tillgängliga?
<i>Elektroniska patientjournaler</i>	
22	Har ert land infört ett nationellt system för elektroniska patientjournaler?
23	Har tekniska riktlinjer som utfärdats av nätverket för e-hälsa använts i ert land för att genomföra det nationella systemet för elektroniska patientjournaler?
24	Vilken är den ungefärliga procentandelen patienter som har haft tillgång till sina elektroniska patientjournaler i ert land under de senaste tre åren (2020–2022)?
25	Har EU-finansierade projekt bidragit till de framsteg som gjorts avseende elektroniska patientjournaler i ert land?
26	Vilka är de största utmaningarna och möjligheterna med att använda elektroniska patientjournaler i ert land?

Nr	Fråga
<i>e-recept</i>	
27	Har det i ert land införts ett nationellt system för e-recept?
28	Har tekniska riktlinjer som utfärdats av nätverket för e-hälsa använts i ert land för att genomföra det nationella systemet för e-recept?
29	Vilken är den ungefärliga procentandelen e-recept (av det totala antalet recept) som lämnats ut i ert land under de senaste tre åren (2020–2022)?
30	Har EU-finansierade projekt bidragit till de framsteg som gjorts avseende e-recept i ert land?
31	Vilka är de största utmaningarna och möjligheterna med att använda e-recept i ert land?
<i>Telemedicin/telekonsultation</i>	
32	Har det i ert land införts ett nationellt system för telemedicin/telekonsultation?
33	Har europeiska riktlinjer/meddelanden/bästa praxis använts i ert land för att genomföra det nationella systemet för telemedicin/telekonsultation?
34	Vilken är den ungefärliga procentandelen patienter som har använt telemedicinska tjänster/telekonsultationstjänster i ert land under de senaste tre åren (2020–2022)?
35	Har EU-finansierade projekt bidragit till de framsteg som gjorts avseende telemedicin/telekonsultation i ert land?
36	Vilka är de största utmaningarna och möjligheterna med att använda telemedicin/telekonsultation i ert land?

Bilaga III – Förteckning över granskade projekt

Medlemsstat	EU-program	Beskrivning av projektet	Totalt belopp (miljoner euro)	EU-bidrag (miljoner euro)
Malta	Eruf	Delen avseende elektroniska patientjournaler: installation av ett elektroniskt patientjournalssystem inom ramen för den primära hälso- och sjukvårdssektorn.	2,17	1,74
		Delen avseende nationella patientjournaler: implementering av det nationella systemet för elektroniska patientjournaler.	1,44	1,15
Malta	Eruf	Installation av kritisk medicinsk utrustning på ett sjukhus för att samla in data och överföra dem till systemet för e-hälsotjänster.	1,30	1,11
Malta	Faciliteten för återhämtning och resiliens	Installation av en ny linjäraccelerator med magnetisk resonans på ett onkologiskt specialistsjukhus.	21,50	18,27
Malta	Faciliteten för återhämtning och resiliens	Installation av ny programvara och specialiserad maskinvara samt skapande av en ny lagringsplattform online på en avdelning för histopatologi, för att flytta cancerdiagnostik från ett analogt till ett digitalt system.	2,93	2,49
Malta	Tredje fleråriga programmet för unionsåtgärder på hälsoområdet	Upprättande av rutinmässig datainsamling på området för morbiditetsstatistik från administrativa källor (snarare än enkäter).	0,03	0,02
Polen	Eruf	Skapande av en elektronisk plattform med digitala tjänster (e-recept osv.) som gör det möjligt för offentliga förvaltningar och medborgare att samla in, analysera och dela digitala hälsodata.	36,38	30,79
Polen	Eruf	Anslutande av 52 sjukhus till P1-plattformen med fokus på tre tjänster: utbyte av elektronisk medicinsk dokumentation, elektronisk sjukhusregistrering och sjukhusinterna remisser av patienter för tester.	33,79	28,11

Medlemsstat	EU-program	Beskrivning av projektet	Totalt belopp (miljoner euro)	EU-bidrag (miljoner euro)
Polen	Eruf	Utvidgning av sjukhusbaserade it-system/digitala system för att främja anslutning till P1-plattformen.	1,50	1,50
Polen	Eruf	Implementering av ett sjukhusbaserat it-system/digitaliseringssystem och spridning av det till fyra regionala vårdenheter för att ansluta dem till sjukhusystemet.	1,79	1,43
Polen	ESF	Sammankoppling av 104 partner (4 specialiserade sjukhus, 20 distriktssjukhus och 80 primärvårdscentraler) för onlinekonsultationer inom kardiologi.	4,35	3,66
Spanien	Stödprogrammet för strukturreformer	Kapacitets- och kunskapsuppbyggnad med avseende på genomförandet av telemedicinska program inom primärvården, med fokus på landsbygdsområden, i Kastilien-La Mancha och Katalonien.	0,29	0,29
Spanien	EU för hälsa	Täckande av en del av medlemsavgiften till Snomed CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms), en datorbehandlingsbar samling av medicinska termer med koder, synonymer och definitioner för användning vid klinisk dokumentation och rapportering.	0,66	0,53
Spanien	Faciliteten för återhämtning och resiliens	Modulen ”nya interoperabla tjänster för elektroniska recept”: möjliggörande av expediering av läkemedel i en annan autonom region än den där det förskrivits, på elektronisk väg, utan krav på att uppvisa ett recept i pappersform.	2,37	2,37
Spanien	Eruf	Implementering av ett informationssystem som gör det möjligt för medborgarna att se sin medicinska bilddiagnostik (t.ex. från radiografi, tomografi och ultraljud) via internet.	0,27	0,22

Medlemsstat	EU-program	Beskrivning av projektet	Totalt belopp (miljoner euro)	EU-bidrag (miljoner euro)
Spanien	Eruf	Införande av en plattform som är helt inriktad på kronisk vård och främjande av distansbaserad och standardiserad insamling av patienters biologiska mätningar (distansövervakning) för utskrivna patienter med komplexa problem, såsom hjärtsvikt, diabetes och njursvikt.	7,87	5,10

Källa: Revisionsrätten, på grundval av handlingar som samlades in under revisionen. Beloppen anges i miljoner euro och visar planerade belopp.

Bilaga IV – De viktigaste skillnaderna mellan finansiering genom sammanhållningspolitiken och faciliteten för återhämtning och resiliens

Punkt	Sammanhållningspolitiken	Faciliteten för återhämtning och resiliens
Syfte	En långsiktig investeringspolitik vars mål är att stärka den ekonomiska och sociala sammanhållningen genom att minska skillnaderna i utveckling mellan olika regioner.	Ett tillfälligt engångsinstrument som hjälper medlemsstaterna att återhämta sig från den ekonomiska kris som orsakats av covid-19-pandemin, genom att uppmuntra hållbar tillväxt och bygga upp motståndskraft mot framtida chocker.
Period för stödberättigande	För 2014–2020: tio år (7 + 3). För 2021–2027: nio år (7 + 2). Perioden för stödberättigande löper efter programplaneringsperiodens slut (+ 3 för 2014–2020 och + 2 för 2021–2027), vilket gör att utgifter kan deklarerars för ersättning efter programplaneringsperiodens slut.	Sex och ett halvt år (februari 2020–augusti 2026). Under denna period måste de överenskomna delmålen och målen uppnås, och tillhörande betalningar kan göras fram till slutet av 2026. Inga utbetalningar kommer att göras av kommissionen efter 2026.
Förvaltningsmetod	Kommissionen delar ansvaret med medlemsstaterna (delad förvaltning). Alla medlemsstater har ett samordnande organ på partnerskapsavtalsnivå. Hundratals nationella och regionala myndigheter deltar i programplanering, genomförande, övervakning och revision. Stödmottagarna kan vara offentliga eller privata organ, enheter med eller utan status som juridisk person, eller fysiska personer. De ansvarar för att inleda och genomföra insatser.	Kommissionen förvaltar faciliteten för återhämtning och resiliens direkt (direkt förvaltning). På medlemsstatsnivå har en myndighet (samordnaren för faciliteten för återhämtning och resiliens) huvudansvaret och fungerar som enda kontaktpunkt för kommissionen. Medlemsstaterna är de stödmottagare som ansvarar för genomförandet av åtgärderna i planerna. Ministerier eller regioner kan anförtros att genomföra projekt och rapportera till samordnaren om framstegen.

Punkt	Sammanhållningspolitiken	Faciliteten för återhämtning och resiliens
Programplanering	<p>Ett partnerskapsavtal på nationell nivå för varje medlemsstat som fastställer den strategiska inriktningen för finansieringen och arrangemangen för att använda den.</p> <p>Ett eller flera program med olika tematiska eller geografiska tillämpningsområden, i vilka det fastställs investeringsprioriteringar.</p>	<p>Ett enda dokument för varje medlemsstat (nationell återhämtnings- och resiliensplan) med uppgifter om de investeringar och reformer som stöds genom bidrag från faciliteten för återhämtning och resiliens och, i förekommande fall, lån.</p> <p>Kommissionen bedömer den nationella återhämtnings- och resiliensplanen och föreslår ett genomförandebeslut som ska antas av rådet, i vilket det övergripande finansiella bidraget fastställs och åtgärder och respektive delmål och mål samt tillhörande utbetalningar anges.</p>
Programändringar	Dessa kräver endast en bedömning och ett godkännande från kommissionen.	Dessa kräver kommissionens bedömning och rådets godkännande.
Stöd	Stöd till stödmottagare genom nationella och regionala myndigheter, baserat på ersättningar på projektnivå.	Centralt budgetstöd, genom bidrag och lån, direkt till medlemsstaterna. Genomförandet på nationell nivå kan ske på olika sätt.
Utbetalningar	Baseras främst på ersättning av faktiska kostnader som uppkommit.	Medlemsstaterna måste tillhandahålla kostnadsberäkningar innan planen för återhämtning och resiliens antas för att motivera det finansiella anslaget, men senare betalningar inom ramen för faciliteten för återhämtning och resiliens är inte kopplade till dessa kostnader. Utbetalningarna baseras på att delmål och mål har uppnåtts på ett tillfredsställande sätt.

Punkt	Sammanhållningspolitiken	Faciliteten för återhämtning och resiliens
Nationell samfinansiering	<p>Procentsatserna varierar från 15 % till 60 % beroende på fond och den understödda regionens utvecklingsnivå.</p> <p>Fall med 100 % EU-finansiering under exceptionella omständigheter (t.ex. finanskrisen 2008–2009 och covid-19-pandemin).</p>	Inga krav på samfinansiering.
Tillbakadragande	Åtaganden för medel ingås årligen i början av perioden för varje medlemsstat. Medel går förlorade om de inte används inom tre år (för 2021–2026) och inom två år (för 2027) från åtagandet.	<p>Kommissionen var tvungen att göra åtaganden för 70 % av bidragen före utgången av 2022 och för återstående 30 % och alla lån före utgången av 2023. Medel för vilka det inte ingåtts några åtaganden inom dessa tidsfrister kommer inte att tilldelas.</p> <p>Alla delmål och mål måste ha uppnåtts senast den 31 augusti 2026. Belopp som inte betalats ut i slutet av 2026 kommer att dras tillbaka.</p>
Medlemsstaternas rapportering till kommissionen	<p>Finansiella uppgifter: fem gånger om året.</p> <p>Prestationsuppgifter, inklusive uppgifter om gemensamma indikatorer: två gånger om året.</p>	<p>Genomförande av delmål och mål, åtföljt av bevis: tillsammans med varje betalningsansökan (upp till två gånger per år).</p> <p>Information om framsteg med att genomföra kommande delmål och mål: två gånger om året (april och oktober).</p> <p>Uppgifter om gemensamma indikatorer: två gånger om året (februari och augusti).</p>

Källa: Revisionsrättens [översiktsrapport 01/2023](#).

Förkortningar

eHDSI: infrastruktur för digitala e-hälsotjänster (eHealth Digital Service Infrastructure)

Eruf: Europeiska regionala utvecklingsfonden

Ordförklaringar

delad förvaltning: en metod för att genomföra EU-budgeten där kommissionen, till skillnad från vid direkt förvaltning, delegerar genomförandet av uppgifter till medlemsstaten men behåller det yttersta ansvaret.

digitalisering: införande av digital teknik och digitaliserad information i processer och uppgifter.

direkt förvaltning: när kommissionen på egen hand förvaltar en EU-fond eller ett EU-program, till skillnad från delad förvaltning eller indirekt förvaltning.

e-hälsa: tillhandahållande av hälso- och sjukvård på elektronisk väg.

interoperabilitet: förmågan hos ett system att kommunicera och fungera tillsammans med andra system, bland annat genom datautbyte.

patientöversikt: sammanfattning av patientjournaler med den grundläggande information som hälso- och sjukvårdspersonal behöver för att ge optimal vård.

telemedicin: tillhandahållande av hälso- och sjukvård på elektronisk väg när hälso- och sjukvårdspersonal och patienter befinner sig på olika platser.

Kommissionens svar

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

Tidslinje

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

Vi som arbetat med revisionen

I våra särskilda rapporter redovisar vi resultatet av våra revisioner av EU:s politik och program eller av förvaltningsteman som är kopplade till specifika budgetområden. För att uppnå så stor effekt som möjligt väljer vi ut och utformar granskningsuppgifterna med hänsyn till riskerna när det gäller prestation eller regelefterlevnad, storleken på de aktuella intäkterna eller kostnaderna, framtida utveckling och politiskt intresse och allmänintresse.

Denna effektivitetsrevision utfördes av avdelning I – Hållbar användning av naturresurser, under ledning av revisionsrättens ledamot Joëlle Elvinger. Revisionen leddes av revisionsrättens ledamot Joëlle Elvinger, med stöd av Ildikó Preiss (kanslichef), Paolo Pesce (attaché vid kansliet), Paul Stafford och Emmanuel Rauch (förstachefer), Michela Lanzutti (uppgiftsansvarig) samt Dirk Neumeister, Malgorzata Frydel, Stéphane Gilson och Hajnalka Hertz-Faragó (revisorer). Max Krecké tillhandahöll forskningsstöd. Agata Sylwestrzak, Luis Ferrer López och Mark Smith gav språkligt stöd. Marika Meisenzahl gav grafiskt stöd.



Från vänster: Ildikó Preiss, Malgorzata Frydel, Michela Lanzutti, Dirk Neumeister, Joëlle Elvinger, Paolo Pesce, Emmanuel Rauch, Stéphane Gilson, Hajnalka Hertz-Faragó och Luis Ferrer López.

UPPHOVSRÄTT

© Europeiska unionen, 2024

Europeiska revisionsrättens policy för vidareutnyttjande fastställs i [beslut nr 6-2019](#) om revisionsrättens policy för öppna data och vidareutnyttjande av handlingar.

Om inget annat anges (t.ex. i enskilda meddelanden om upphovsrätt) omfattas revisionsrättens innehåll som ägs av EU av den [internationella licensen Creative Commons Erkännande 4.0 Internationell \(CC BY 4.0\)](#). Det innebär att det är tillåtet att återanvända innehållet under förutsättning att ursprunget anges korrekt och att det framgår om ändringar har gjorts. Om du återanvänder revisionsrättens innehåll får du inte förvanska den ursprungliga innebörden eller det ursprungliga budskapet. Revisionsrätten ansvarar inte för eventuella konsekvenser av återanvändningen.

När enskilda privatpersoner kan identifieras i ett specifikt sammanhang, exempelvis på bilder av revisionsrättens personal, eller om verk av tredje part används, måste ytterligare tillstånd inhämtas.

Om ett sådant tillstånd beviljas upphävs och ersätts det allmänna godkännande som nämns ovan, och eventuella begränsningar av materialets användning måste tydligt anges.

För användning eller återgivning av innehåll som inte ägs av EU kan tillstånd behöva inhämtas direkt från upphovsrättsinnehavarna.

Figurerna 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 och 11 och utdragen ur medlemsstaternas svar på revisionsrättens frågeformulär – ikoner: har utformats med hjälp av resurser från [Flaticon.com](#). © Freepik Company S.L. Alla rättigheter förbehållna.

Programvara eller handlingar som omfattas av immateriella rättigheter, till exempel patent, varumärkesskydd, mönsterskydd samt upphovsrätt till logotyper eller namn, omfattas inte av revisionsrättens policy för vidareutnyttjande.

EU-institutionernas webbplatser inom domänen europa.eu innehåller länkar till webbplatser utanför den domänen. Eftersom revisionsrätten inte har någon kontroll över dem uppmanas du att ta reda på vilken integritets- och upphovsrättspolicy de tillämpar.

Användning av revisionsrättens logotyp

Revisionsrättens logotyp får inte användas utan revisionsrättens förhandsgodkännande.

HTML	ISBN 978-92-849-3325-9	ISSN 1977-5830	doi:10.2865/8958092	QJ-01-24-010-SV-Q
PDF	ISBN 978-92-849-3326-6	ISSN 1977-5830	doi:10.2865/7536581	QJ-01-24-010-SV-N

Covid-19-pandemin gjorde digitaliseringen av hälso- och sjukvården till en viktigare del av våra liv. Därför beslutade vi att undersöka om kommissionens åtgärder för att hjälpa medlemsstaterna att digitalisera sina hälso- och sjukvårdssystem var ändamålsenliga. Med tanke på kommissionens mandat kunde vi konstatera att den på det hela taget stödde medlemsstaterna på ett ändamålsenligt sätt. Efter covid-19-pandemin stärktes EU:s politiska ram. Kommissionen gav medlemsstaterna vägledning om EU-medel och övervakade deras framsteg inom digitaliseringen av hälso- och sjukvården. Medlemsstaterna har dock stött på hinder när det gäller användningen av EU-medel, och varken kommissionen eller de flesta medlemsstater har en heltäckande översikt över hur medlen används. Vi rekommenderade kommissionen att förbättra sin rapportering om medlemsstaternas framsteg inom digitaliseringen av hälso- och sjukvården och om användningen av EU-medel.

Revisionsrättens särskilda rapport i enlighet med artikel 287.4 andra stycket i EUF-fördraget.



EUROPEISKA
REVISIONSRÄTTEN



Europeiska unionens
publikationsbyrå

EUROPEISKA REVISIONSRÄTTEN
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUXEMBURG

Tfn +352 4398-1

Frågor: eca.europa.eu/sv/contact

Webbplats: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors