

Eriaruanne

Tervishoiuvaldkonna digiüleminek

ELi toetus liikmesriikidele on üldiselt tõhus,
kuid ELi vahendite kasutamisel esineb raskusi



EUROOPA
KONTROLLIKODA

Sisukord

	Punkt
Kokkuvõte	I–X
Sissejuhatus	01–15
Tervishoiu digiülemineku olulisus	01–05
Tervishoiuvaldkonna digiülemineku ELi raamistik	06–12
E-valitsuse võrdlusalus	09–10
Digikümnendi e-tervise indikaator	11–12
Peamiste sidusrühmade rollid ja kohustused	13–15
Auditi ulatus ja käsitusviis	16–22
Tähelepanekud	23–69
Pärast COVID-19 pandeemiat tugevdati ELi poliitikaraamistikku ja selle mõju ei sõltu enam üksnes liikmesriikide pühendumusest	23–38
COVID-19 pandeemia tõi kaasa ELi tervishoiu digiülemineku poliitikaraamistiku tugevdamise	24–30
ELi poliitikaraamistiku mõju sõltus liikmesriikide olukorrast ja pühendumusest	31–38
Hoolimata komisjoni suunistest tervishoiu digiüleminekuks ette nähtud ELi vahendite kohta seisid liikmesriigid nende kasutamisel silmitsi takistustega	39–56
Komisjon andis liikmesriikidele suuniseid ELi vahendite kättesaadavuse kohta tervishoiu digiülemineku projektide jaoks	40–44
Tervishoiu digiüleminekuks ette nähtud ELi vahendid vastasid üldiselt liikmesriikide vajadustele, kuid liikmesriikidel esines nende kasutamisel takistusi	45–56
Komisjon jälgib liikmesriikide edusamme tervishoiuvaldkonna digiüleminekul, kuid tal puudub terviklik ülevaade ELi vahendite kasutamisest liikmesriikides	57–69
Komisjon jälgib liikmesriikide edusamme tervishoiu digiüleminekul, kuigi esineb puudusi	58–64
Komisjonil ega enamikul liikmesriikidel ei ole terviklikku ülevaadet tervishoiu digiüleminekuks kasutatud ELi vahenditest	65–69

Järeldused ja soovitused

70–75

Lisad

I lisa. Peamised ELi algatused e-tervise edendamiseks

II lisa. Liikmesriikidele saadetud uuringu sisu

III lisa. Auditeeritud projektide nimekiri

IV lisa. Peamised erinevused ühtekuuluvuspoliitika rahastamise ning taaste- ja vastupidavusrahastu vahel

Lühendid

Mõisted

Komisjoni vastused

Ajatelg

Auditirühm

Kokkuvõte

I Euroopa Liidu toimimise lepingu kohaselt vastutavad tervishoiupoliitika määratlemise ning tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamise ja osutamise, sealhulgas vahendite eraldamise eest liikmesriigid. ELi roll on nende tegevust toetada ja täiendada.

II COVID-19 pandeemia rõhutas tervishoiuvaldkonna digiülemineku olulisust meie ühiskonnas ja suurendas üldsuse huvi selle teema vastu. Sotsiaalse distantseerimise meetmete tulemusena muutus eriti oluliseks elektrooniliste vahendite – e-tervise – kasutamine tervishoiuteenuste osutamiseks. Pandeemia suurendas ka vajadust koordineerimise ja terviseandmete parema liikumise järele kogu ELis ning näitas ELi meetmete lisaväärtust tervishoiu digiülemineku valdkonnas.

III Seetõttu otsustasime uurida, kas komisjoni meetmed liikmesriikide toetamiseks nende tervishoiusüsteemide digiüleminekul olid tõhusad. Meie auditi käigus hinnati mitte ainult seda, kas ELi poliitikaraamistik andis liikmesriikidele selged eesmärgid ja toetuse, vaid ka seda, kas komisjon aitas liikmesriikidel teha kindlaks nende projektide rahastamiseks kättesaadavad ELi vahendid ja neid kasutada, ning jälgis liikmesriikide edusamme tervishoiu digiüleminekul, sealhulgas ELi vahendite kasutamist. Loodame, et meie aruanne aitab komisjonil parandada oma poliitika rakendamist.

IV Leidsime, et tema volitusi arvestades toetas komisjon liikmesriikide tervishoiusüsteemide digiüleminekut üldiselt tõhusalt. ELi poliitikameetmetega on tervishoiuvaldkonna digiüleminekut edendatud rohkem kui 20 aastat, peamiselt nn pehmete vahendite abil, nagu meetmete soovitamine või mittesiduvate eesmärkide seadmine. COVID-19 pandeemia tõi kaasa ELi tervishoiu digiülemineku poliitikaraamistiku tugevdamise siduvate otsuste ja määruste vastuvõtmise kaudu.

V Selles kontekstis sõltus ELi poliitika mõju liikmesriikidele enne COVID-19 pandeemiat täielikult vabatahtlikult võetud kohustustest. Seda mõjutasid poliitilised prioriteedid, digilahenduste kasutuselevõtu valmisoleku tase ja probleemid, millega liikmesriigid protsessi käigus kokku puutusid.

VI Programmitöö perioodidel 2014–2020 ja 2021–2027 on tervishoiuvaldkonna digiülemineku projekte rahastatud mitmest ELi programmist. Nende hulgas eraldati ühtekuuluvuspoliitika ning taaste- ja vastupidavusrahu raames vastavalt 2,4 miljardit eurot ja 13,6 miljardit eurot, et rahastada liikmesriikide tervishoiusüsteemide digiülemineku projekte. Komisjon andis liikmesriikidele suuniseid olemasolevate ELi programmide kohta.

VII Liikmesriikides tervishoiu digiülemineku projekte rahastavaid ELi programme haldasid eri peadirektoraadid ja neid rakendati eri haldusvormide alusel. Toetuse taotlemise ja rahastatud meetmete rakendamise eeskirjad olid ELi eri programmides erinevad. Seetõttu oli mõnel liikmesriigil raske kindlaks teha, millised ELi vahendid on kättesaadavad, ja see tekitas neile takistusi rahastamise taotlemisel, kuigi enamik liikmesriike ütles, et ELi toetus vastas nende vajadustele. Kõik meie auditeeritud projektid külastatud liikmesriikides aitasid kaasa tervishoiu digiüleminekule.

VIII Komisjon jälgib liikmesriikide edusamme tervishoiu digiüleminekul 2030. aasta digikümnnendi poliitikaprogrammi raames kahe peamise allika kaudu: e-valitsuse võrdlusalus alates 2022. aastast ja digikümnnendi e-tervise indikaator alates 2023. aastast. Need näitajad põhinevad erineval meetodikal ja neil on erinevad eesmärgid, kuid need hõlmavad digitaalsetele terviselugudele juurdepääsu sarnaseid aspekte. Leidsime puudusi digikümnnendi e-tervise indikaatori aruandluses. Samuti leidsime, et e-valitsuse võrdlusaluste aruandluses ei esitata teavet põhjuste kohta, mis selgitaksid riikide punktisummade kõikumisi eri aastatel.

IX Komisjoni praeguses finantsjärelevalveraamistikus antakse rahastamisprogrammide kaupa ülevaade ELi vahenditest, mida liikmesriigid kasutavad oma tervishoiusüsteemide digiüleminekuks. Komisjonil ega enamikul liikmesriikidel ei ole terviklikku ülevaadet kõigist ELi vahenditest, mida iga liikmesriik kasutab oma tervishoiusüsteemide digiüleminekuks. Seetõttu on raske kindlaks teha ELi rahalise toetuse ulatust liikmesriikides.

X Soovitame komisjonil parandada oma aruandlust e-valitsuse võrdlusaluse ja digikümnnendi e-tervise indikaatori kohta ning tervishoiu digiüleminekuks eraldatud ELi vahendite kasutamise kohta.

Sissejuhatus

Tervishoiu digiülemineku olulisus

01 E-tervis on elektrooniliste vahendite kasutamine tervishoiuteenuste osutamiseks. See ühendab info- ja kommunikatsioonitehnoloogia (IKT) kasutamise tervishoiutoodetes, -teenustes ja -protsessides organisatsiooniliste muutustega tervishoiusüsteemides ja uute oskustega¹. Käesolevas aruandes nimetame e-tervise lahenduste kasutuselevõtni viivat protsessi tervishoiu(valdkonna) digiüleminekuks või tervishoiusüsteemide digiüleminekuks.

02 Praktilisest seisukohast hõlmab e-tervis patsientide ja tervishoiutöötajate omavahelist suhtlust, asutustevahelist andmevahetust ja teabevahetust tervishoiutöötajate vahel² (**1. selgitus**). Terviseandmetest rääkides viitame füüsilise isiku füüsilise ja vaimse tervisega seotud isikuandmetele, sealhulgas temale tervishoiuteenuste osutamist käsitlevatele andmetele, mis annavad teavet tema tervisliku seisundi kohta³.

1. selgitus

E-tervise teenuste näited

- Digiretsept: ravimiretsept või raviretsept, mille tervishoiutöötaja väljastab elektroonilisel kujul ja mis edastatakse apteegile, kus ravim väljastatakse.
- Digitaalne terviselugu: põhjalik ravidokument või muu samalaadne elektrooniline dokument isiku varasema ja praeguse füüsilise ja vaimse tervise kohta.
- Telemeditsiin: tervishoiuteenuste, sealhulgas kaughoolduse ja kaugkonsultatsiooni osutamine info- ja kommunikatsioonitehnoloogia abil olukordades, kus tervishoiutöötaja ja patsient ei asu samas kohas.

Allikas: Euroopa Kontrollikoja [eriaruanne 07/2019](#). Mõisted. Ettepanek: määrus ühtse Euroopa terviseandmeruumi kohta, Euroopa Komisjon, lk 46.

¹ E-tervise 2012.–2020. aasta tegevuskava, Euroopa Komisjon, 2012, joonealune märkus 1.

² Samas.

³ Määruse 2016/679 (isikuandmete kaitse üldmäärus) artikli 4 punkt 15.

03 COVID-19 pandeemia muutis digiülemineku rolli ja arusaama meie ühiskonnas ja majanduses. Sotsiaalse distantseerimise meetmete tulemusena muutusid tervishoiu kasutatavad virtuaalsed tehnoloogiad eriti oluliseks ja nende kasutamine hoogustus. Liikmesriigid hõlbustasid digivahendite, näiteks telemeditsiiniteenuste ning digiarvete ja -retseptide kasutamist. Alates pandeemiast kasutatakse e-tervise teenuseid üha sagedamini, isegi kui füüsiline ravi on endiselt peamine tervishoiuteenuste osutamise vorm⁴. Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni andmetel võib tervishoiusüsteemide digiülemineku kiirendamine ja digitaalsete tervishoiutehnoloogiate kasutuselevõtt tervishoiusüsteeme veelgi muuta, parandades nende tõhusust⁵.

04 COVID-19 pandeemia suurendas ka vajadust terviseandmete koordineerimise ja parema liikumise järele kogu ELis ning näitas ELi meetmete lisaväärtust tervishoiu digiülemineku valdkonnas⁶. Selleks et hõlbustada reisimist ja COVID-19 juhtumite jälgimist, töötas komisjon välja [ELi COVIDi digitõendi](#) ja [lüüsi](#), et tagada COVID-19 juhtumite andmeid sisaldavate riiklike rakenduste kogu ELi hõlmav koostalitlusvõime⁷.

05 2021. aastal algatas Euroopa Komisjon avaliku arutelu Euroopa terviseandmeruumi käsitleva ELi algatuse üle. 88% vastanutest pidas oluliseks õigust pääseda juurde oma terviseandmetele elektroonilisel kujul⁸. 2023. aastal avaldatud [Eurobaromeetri uuringu „Digikümnend“](#) kohaselt eeldab märkimisväärne enamik vastanutest (76%), et digitehnoloogial on 2030. aastaks oluline mõju tervishoiuteenustele (nt telemeditsiin ja tehisintellekt haiguste diagnoosimiseks) juurdepääsule või nende saamisele, sealhulgas ELi riikides, kus patsiendid tegelikult ei ela. Väiksem osa vastanutest (13%) arvab, et nende riik peaks alates praegusest kuni 2030. aastani seadma prioriteediks kodanike juurdepääsu oma digitaalsetele terviselugudele.

⁴ [Uuring, mis toetab direktiivi 2011/24/EL hindamist](#), Euroopa Komisjon, lk 121.

⁵ [Health at a Glance 2023](#), OECD, lk 35–60/234.

⁶ [Euroopa terviseandmeruumi mõju hindamise aruanne](#), Euroopa Komisjon, osa 4/4, lk 35.

⁷ Euroopa Kontrollikoja eriaruanne [01/2023](#).

⁸ [Euroopa terviseandmeruumi mõju hindamise aruanne](#), Euroopa Komisjon, osa 2/4, lk 10–12/84.

Tervishoiuvaldkonna digiülemineku ELi raamistik

06 EL on edendanud tervishoiu digiüleminekut juba üle 20 aasta. *Joonisel 1* on esitatud peamised ELi algatused e-tervise valdkonnas ning *lisas* on esitatud pikem loetelu peamistest e-tervise edendamise ELi algatustest.

Joonis 1. Peamised ELi algatused e-tervise valdkonnas

mittesiduv	teavevahetus	
siduv	otsused, direktiivid ja määruse ettepanek	
Aasta	Algatus	Asjakohasus e-tervise seisukohast
1999	„e-Euroopa. Infoühiskond kõigile“	Määratletud prioriteetse tegevusvaldkonnana „tervishoid internetis“.
2004	„Euroopa e-tervise valdkonna tegevuskava“	Esimene ELi e-tervise tegevuskava.
2011	Direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriülese tervishoiu (piiriülese tervishoiu direktiiv)	Liikmesriikide koostöö ametlikuks muutmine, luues e-tervise võrgustiku, mis ühendab erinevaid riiklikke e-tervise asutusi ja edendab e-tervise digiteenuste taristut (eHDSI, mille praegune kaubamärk on MyHealth@EU).
2012	„E-tervise 2012.–2020. aasta tegevuskava: Innovatiivne tervishoid 21. sajandil“	Visandatud nägemus e-tervisest Euroopas.
2015	„Euroopa digitaalse ühtse turu strateegia“	Mainiti e-tervist ja telemeditsiini kui vahendeid konkurentsivõime suurendamiseks koostalitlusvõime ja standardimise kaudu.
2018	„Tervise- ja hooldusvaldkonna digiülemineku võimaldamine digitaalsel ühtsel turul“	Võimaldas rakendada digitaalse ühtse turu strateegiat tervishoiusektoris, määrates kindlaks kolm prioriteeti: - kodanikele turvalise juurdepääsu tagamine nende terviseandmetele ja nende andmete jagamine; - paremad andmed teadusuuringute, haiguste ennetamise ja personaalse tervishoiu edendamiseks; - digitaalsed vahendid kodanike mõjuvõimu suurendamiseks ja isikukeskseks raviks.
2021	Digikompass 2030: Euroopa tee digikümnendil	Pakuti välja ühine digieesmärk, mille kohaselt peaks 2030. aastaks olema 100%-l Euroopa kodanikest juurdepääs oma digitaalsele terviseloole.
2022	Otsus, millega luuakse digikümnendi poliitikaprogramm 2030	Võeti vastu eesmärk, mis on kooskõlas 2030. aasta digikompassis esitatud eesmärgiga.
2022	Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus ühtse Euroopa terviseandmeruumi kohta	Euroopa terviseandmeruumi eesmärk on hõlbustada terviseandmete vahetamist ja neile juurdepääsu kogu ELis järgmiselt: - võimaldada ELi patsientidele juurdepääs oma terviseandmetele ja tervishoiutöötajatele juurdepääsu oma patsientide toimikutele elektroonilisel kujul ka teistest ELi riikidest; - ühlustada digitaalsete terviselugude süsteemide koostalitlusvõimet ja nendesse sisselogimist käsitlevaid eeskirju; - võimaldada terviseandmete kasutamist teadusuuringutes, poliitikakujundamises, regulatiivses tegevuses ja muudel tervisega seotud eesmärkidel kogu ELis.

eHDSI taristu võimaldab liikmesriikidel vahetada terviseandmeid kogu ELis, tagades Euroopa kodanikele ravi järjepidevuse teises ELi liikmesriigis reisis.

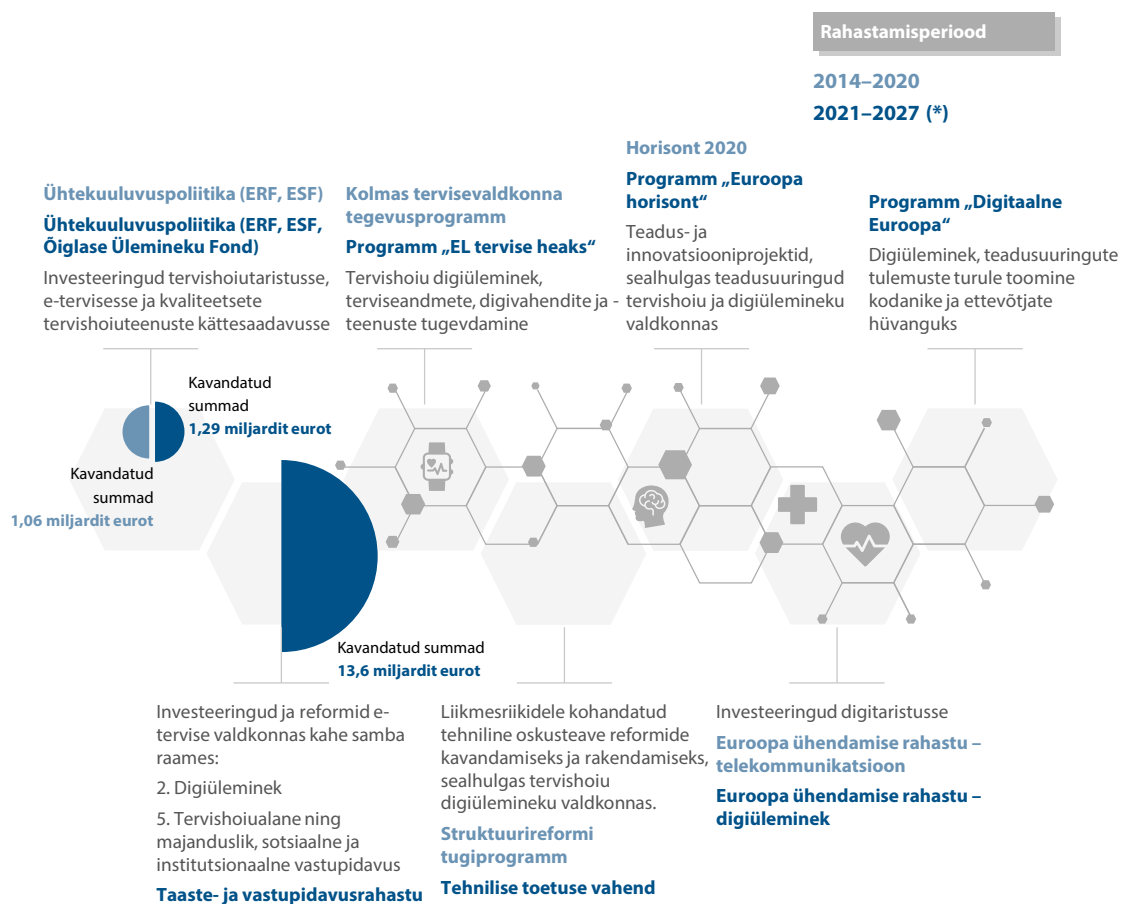
Alusstrateegia

Kavandatud eesmärk

Allikas: kontrollikoja analüüs ELi dokumentide kohta.

07 Programmitöö perioodidel 2014–2020 ja 2021–2027 on tervishoiuvaldkonna digiülemineku projekte rahastatud mitmest ELi programmist. *Joonisel 2* on esitatud ülevaade neist peamistest. Joonisel on näidatud ainult kavandatud summad, mida saab konkreetselt siduda liikmesriikide tervishoiusüsteemide digiülemineku projektidega. See oli võimalik ühtekuuluvuspoliitika (Euroopa Regionaalarengu Fond (ERF), Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) ning ajavahemikul 2021–2027 ka õiglase ülemineku fondi (JTF)) ning taaste- ja vastupidavusraha puhul. Teiste programmide puhul puudub automaatne mehhanism rahastamise sidumiseks tervishoiu digiülemineku projektidega liikmesriikides.

Joonis 2. Peamised ELi programmid, millega toetatakse tervishoiu digiüleminekut programmitöö perioodidel 2014–2020 ja 2021–2027



(*) 2021–2026 taaste- ja vastupidavusraha puhul.

Allikas: kontrollikoja analüüs ELi dokumentide kohta. Komisjoni esitatud finantsandmed.

08 Komisjon jälgib ELi digivaldkonna tulemuslikkust ja ELi liikmesriikide edusamme kahe peamise allika kaudu:

- o e-valitsuse võrdlusalus digitervisega seotud teenuste jaoks;
- o digikümneni e-tervise indikaator.

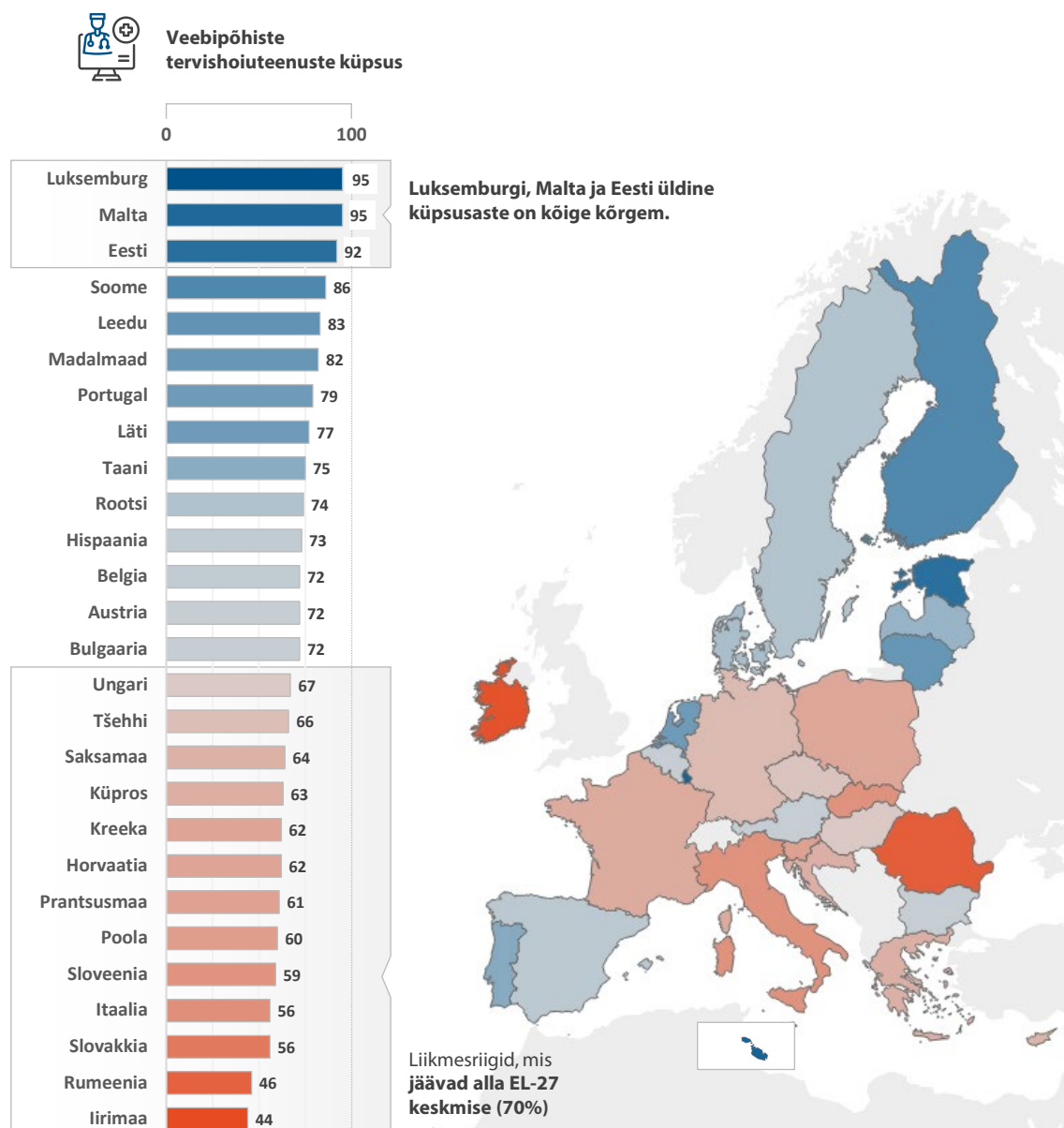
E-valitsuse võrdlusalus

09 Alates 2002. aastast on e-valitsuse võrdlusaluse abil jälgitud avalike teenuste digiteerimist Euroopas: lisaks ELi 27 liikmesriigile hõlmab see ka Islandit, Norrat, Šveitsi, Albaaniat, Moldovat, Põhja-Makedooniat, Montenegrot, Serbiat, Türgit ja Ukrainat. E-valitsuse võrdlusalusega hinnatakse digitervisega seotud avalike teenuste küpsust neljas mõõtmes:

- o kasutajakesksus – ulatus, mil määral on teenused kättesaadavad internetis, ühilduvad mobiilseadmetega ja on toetatud veebipõhise abiga;
- o läbipaistvus – mil määral on teenuseprotsessid läbipaistvad, teenused kavandatud kasutajaid kaasates ja kasutajad saavad hallata oma isikuandmeid;
- o peamised võimaldajad – mil määral on olemas tehnoloogilised võimaldajad (nt e-dokumendid) internetipõhiste teenuste osutamiseks;
- o piiriülesed teenused – mil määral on internetipõhised teenused kättesaadavad ja kasutatavad teistest Euroopa riikidest pärit kasutajatele.

10 Alates 2022. aastast hõlmab e-valitsuse võrdlusalus ka internetipõhiste tervishoiuteenuste küpsust, mille edusamme hinnatakse iga kahe aasta tagant (*joonis 3*).

Joonis 3. E-valitsuse võrdlusalus: internetipõhiste tervishoiuteenuste küpsus



Märkus: kontrollikoda arvutas ELi 27 liikmesriigi keskmise ümber, jättes välja ELi mittekuuluvad riigid (Albaania, Island, Moldova, Montenegro, Põhja-Makedoonia, Norra, Serbia, Šveits, Türgi ja Ukraina).

Allikas: Euroopa Komisjon, [e-valitsuse 2024. aasta võrdlusalus](#). Taustaaruanne, joonised 4.1 ja 4.2, lk 54–55. Andmed on 2023. aasta kohta.

Digikümnendi e-tervise indikaator

11 Digikümnendi e-tervise indikaator kehtestati osana komisjoni [digikompassist](#)⁹, mis muudab ELi 2030. aasta digieesmärgid konkreetseteks eesmärkideks ja jälgib nende edenemist. Digikompass on üles ehitatud neljale põhisuunale:

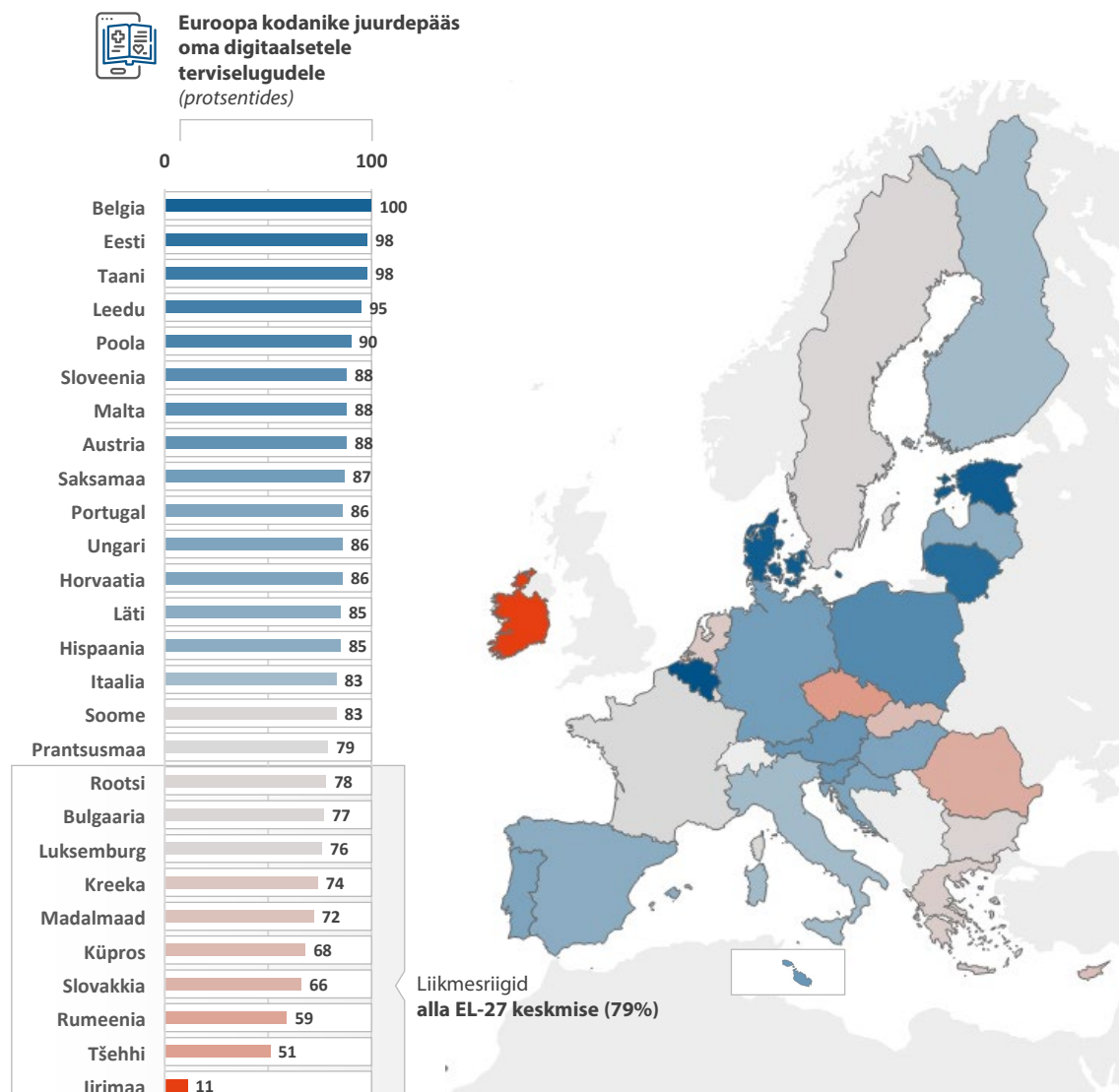
- 1) digiosav rahvastik ja kõrgelt kvalifitseeritud digispetsialistid;
- 2) turvalised ja toimekindlad kestlikud digitaristud;
- 3) ettevõtete digipööre;
- 4) avalike teenuste digitaliseerimine.

12 Neljandas põhisuunas sisaldasid digikompassi ettepanekud eesmärgi, et 2030. aastaks oleks 100%-l Euroopa kodanikest veebipõhine juurdepääs oma digitaalsele tervisele. 2022. aastal lõid Euroopa Parlament ja nõukogu [digikümnendi poliitikaprogrammi 2030](#)¹⁰, millega võeti vastu digikompassis esitatud eesmärkidega kooskõlas olevad eesmärgid ning kehtestati järelevalve- ja koostöömehhanism nende saavutamise hõlbustamiseks. Alates 2023. aastast on komisjon avaldanud [digikümnendi olukorra aruande](#) ja [digikümnendi riigipõhiseid aruandeid](#), mis hõlmavad eesmärgi tagada Euroopa kodanike veebipõhine juurdepääs oma digitaalsele tervisele ([joonis 4](#)).

⁹ COM(2021) 118.

¹⁰ Otsus 2022/2481.

Joonis 4. Digikümnendi e-tervise indikaator



Allikas: Euroopa Komisjon, „Digikümnend 2024: e-tervise näitajate uuring“. Põhiaruanne, lk 11. Andmed on 2023. aasta kohta.

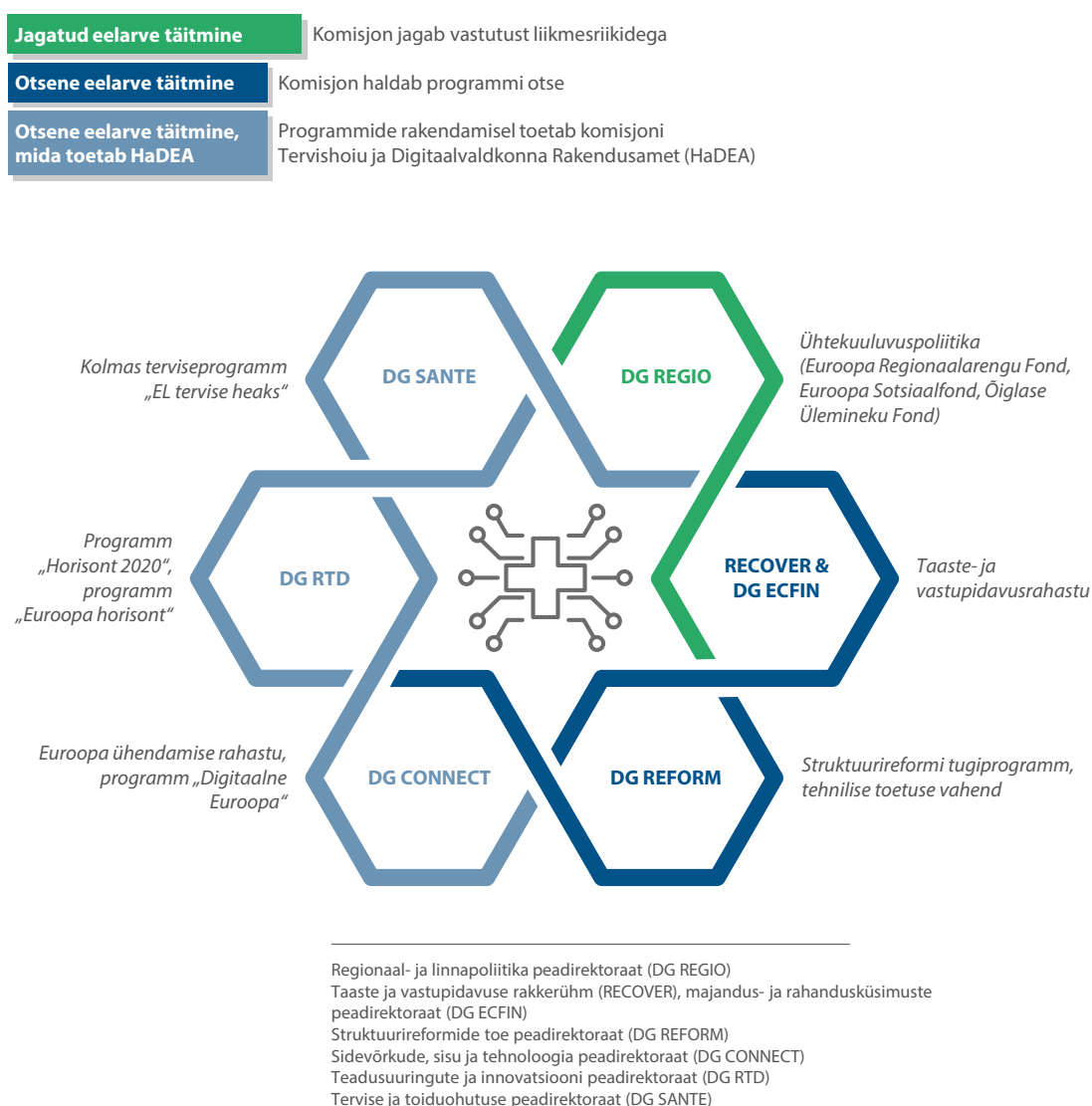
Peamiste sidusrühmade rollid ja kohustused

13 Euroopa Liidu toimimise lepingu artiklis 168 on sätestatud, et vastutus tervishoiupoliitika määratlemise ning tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamise ja osutamise, sealhulgas vahendite eraldamise eest lasub liikmesriikidel. ELi roll on nende tegevust toetada ja täiendada. Tervise ja toiduohutuse peadirektoraat (DG SANTE) on komisjoni juhtiv ELi tervisega seotud algatuste osakond.

14 Kuigi ELi aluslepingud ei sisalda digiüleminekut käsitlevaid erisätteid, võib komisjon võtta valdkondliku ja horisontaalse poliitika raames asjakohaseid meetmeid, et stimuleerida innovatsiooni, majanduskasvu ja ühtse turu arengut tihedas koostöös liikmesriikidega. Sidevõrkude, sisu ja tehnoloogia peadirektoraat (**DG CONNECT**) töötab välja ja rakendab ELi digipoliitikat.

15 ELi programmide rakendamise kohustused on määratud nii, nagu on näidatud *joonisel 5*.

Joonis 5. ELi programmid ja vastutavad peadirektoraadid



Allikas: kontrollikoja analüüs ELi dokumentide kohta.

Auditi ulatus ja käsitusviis

16 COVID-19 pandeemia rõhutas tervishoiu digiülemineku olulisust ja suurendas üldsuse huvi selle teema vastu. Seetõttu otsustasime uurida, kas komisjoni meetmed liikmesriikide toetamiseks nende tervishoiusüsteemide digiüleminekul olid tõhusad. Loodame, et meie aruanne aitab komisjonil parandada oma poliitika rakendamist. Auditi käigus hinnati, kas:

- o ELi tervishoiu digiülemineku poliitikaraamistik andis liikmesriikidele selged eesmärgid ja toetas liikmesriikide tervishoiusüsteemide digiülemineku algatusi;
- o komisjon aitas liikmesriikidel teha kindlaks ELi vahendid, mis on kättesaadavad nende tervishoiuvaldkonna digiülemineku projektide rahastamiseks, ning kas vahendid vastasid liikmesriikide tegelikele vajadustele;
- o komisjoni järelevalveraamistik andis õigeaegset, asjakohast ja võrreldavat teavet, et jälgida liikmesriikide edusamme tervishoiu digiüleminekul ja ELi vahendite kasutamist.

17 Patsiendi vaatenurgast lähtudes keskendusime terviseandmete kasutamisele patsientidele tervishoiuteenuste otseseks osutamiseks ning jätsime välja terviseandmete taaskasutamise teadusuuringute, innovatsiooni ja muudel eesmärkidel. Me ei hinnanud terviseandmete piiriülest vahetamist liikmesriikide vahel, sest seda aspekti oli juba käsitletud kahes varasemas auditis¹¹. Me ei käsitlenud lähemalt Euroopa terviseandmeruumi, sest meie auditi toimumise ajal pidasid ELi kaasseadusandjad veel läbirääkimisi selle õigusraamistiku üle (punkt [30](#)).

18 Käsitlesime programmitöö perioode 2014–2020 ja 2021–2027 ning keskendusime järgmistele ELi programmidele: ERF, taaste- ja vastupidavusrahastu, liidu kolmas mitmeaastane tervisevaldkonna tegevusprogramm, programm „EL tervise heaks“, struktuurireformi tugiprogramm ja tehnilise toetuse vahend ([joonis 2](#)).

19 Küsitlesime e-tervise võrgustiku kaudu kõiki liikmesriike ([II lisa](#)), et koguda teavet nende riiklike e-tervise strateegiate, tegevuskavade, rahastamisallikate ja tulemuste kohta. 27 liikmesriigist vastas 21, kuid mõned liikmesriigid ei vastanud kõigile küsimustele. Kasutasime liikmesriikide vastuseid oma järelduste toetamiseks.

¹¹ Euroopa Kontrollikoja eriaruanded [07/2019](#) ja [01/2023](#).

20 Selleks et saada põhjalik ülevaade liikmesriikidele antavast toetusest ja ELi rahaliste vahendite kasutamisest, valisime kohapealseteks kontrollkäikudeks kolm liikmesriiki (Hispaania, Malta ja Poola). Need liikmesriigid valiti välja tervishoiu digiüleminekuks saadud ELi rahaliste vahendite, 2023. aasta digikümnendi e-tervise indikaatori (juurdepääsu kohta digitaalsetele terviselugudele) ja 2022. aasta e-valitsuse võrdluseluse (e-tervise teenuste üldise küpsuse kohta) alusel.

21 Valitud liikmesriikides uurisime ELi rahastatud projekte, mis hõlmasid digiretsepte, digitaalseid terviselugusid ja telemeditsiini, et hinnata, kas need aitasid kaasa liikmesriikide tervishoiusüsteemide digiüleminekule. Valisime igas liikmesriigis välja viis projekti, võttes arvesse nende olulisust ja valmidusastet, et hõlmata erinevaid ELi rahastamisprogramme ja -teenuseid ([III lisa](#)).

22 Täiendavaid tõendeid kogusime järgmiselt:

- o komisjoni, nõukogu ja Euroopa Parlamendi asjakohaste ELi õigusaktide ja dokumentide ning Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni aruannete analüüs;
- o komisjoni asjaomaste talituste töötajate küsitlemine ([joonis 5](#));
- o valitud liikmesriikides e-tervise strateegiate ja projektide rakendamise eest vastutavate riiklike asutuste küsitlemine.

Tähelepanekud

Pärast COVID-19 pandeemiat tugevdati ELi poliitikaraamistikku ja selle mõju ei sõltu enam üksnes liikmesriikide pühendumusest

23 Hindasime, kas ELi tervishoiu digiülemineku poliitika:

- o on olnud aja jooksul järjepidev ja andnud liikmesriikidele selged eesmärgid;
- o edendas liikmesriikide algatusi nende tervishoiusüsteemide digiüleminekuks.

COVID-19 pandeemia tõi kaasa ELi tervishoiu digiülemineku poliitikaraamistiku tugevdamise

24 Eeldasime, et ELi tervishoiu digiülemineku poliitikaraamistik suunab liikmesriike, pakkudes neile SMART-eesmärke, st konkreetseid, mõõdetavaid, saavutatavaid, poliitikaeesmärkide seisukohast asjakohaseid ja ajaliselt piiritletud eesmärke. Uurisime tervishoiu digiülemineku peamisi ELi algatusi (*lisa*), mis on olnud olemas juba üle 20 aasta, ning hindasime, kas nende eesmärgid olid SMART-eesmärgid.

25 Nende algatuste käivitamisest saadik on EL rõhutanud e-tervise eeliseid nii patsientide kui ka Euroopa turu jaoks. Nende paremaks koordineerimiseks kehtestas EL poliitikaraamistiku, et edendada e-tervise teenuste osutamist liikmesriikides. Tähendasime, et EL on seda eesmärki aastate jooksul järjepidevalt edendanud ja üle korranud.

26 Arvestades ELi rolli tervishoiusektoris (punkt *13*), tugineb ELi poliitika nn pehmetele vahenditele, nagu meetmete soovitamine või mittesiduvate eesmärkide seadmine. *Tabelis 1* on esitatud näide ELi digitaalsete terviselugude kättesaadavaks tegemise eesmärkidest, mis on aja jooksul muutunud konkreetsemaks ja mõõdetavamaks. Eesmärgid olid alati asjakohased ja ajaliselt piiritletud, kuid nende saavutatavus eeldas liikmesriikide pühendumust, et meetmeid oleks võimalik rakendada.

Tabel 1. ELi eesmärgid seoses digitaalsete terviselugude kättesaadavaks tegemisega

Aasta	Dokument	Eesmärgid
2002	e-Euroopa 2005 tegevuskava	2005. aasta lõpuks pidid komisjon ja liikmesriigid tagama, et kodanikele pakutakse internetipõhiseid tervishoiuteenuseid (nt digitaalsed terviselood).
2004	Euroopa e-tervise valdkonna tegevuskava	2005. aasta lõpuks pidi iga liikmesriik välja töötama riikliku või piirkondliku tegevuskava, milles seatakse eesmärgid digitaalsete terviselugude koostalitlusvõime ja kasutamise kohta. 2006. aasta lõpuks pidid liikmesriigid koostöös komisjoniga kindlaks määrama ja visandama digitaalsete terviselugude koostalitlusvõime standardid.
2021	Digikompass 2030	2030. aastaks pidi 100%-l Euroopa kodanikest olema veebipõhine juurdepääs oma digitaalsele terviseloo le.

Allikas: kontrollikoja analüüs ELi dokumentide kohta.

27 Leidsime, et COVID-19 pandeemiaga seotud kogemused on hoogustanud liikmesriikide jõupingutusi tervishoiu digiüleminekul. Komisjoni sõnul tõestas Euroopa liidenduslüüsiteenuse ja ELi COVIDi digitõendite loomine ja kasutuselevõtt (punkt **04**), et poliitiline ühtlustamine ja eri sidusrühmade toetus võimaldas saavutada lühikese aja jooksul konkreetseid tulemusi¹².

28 Pärast COVID-19 pandeemiat võtsid kõik ELi liikmesriigid 2022. aastal kohustuse saavutada komisjoni 2030. aasta digikompassis esitatud eesmärgid, sealhulgas eesmärk tagada kõigile ELi kodanikele juurdepääs oma digitaalsele terviseloole (punkt **12**). Need eesmärgid muutusid siduvaks pärast seda, kui Euroopa Parlament ja nõukogu võtsid vastu digikümneni poliitikaprogrammi 2030¹³.

¹² Euroopa terviseandmeruumi mõju hindamise aruanne, Euroopa Komisjon, osa 4/4, lk 28.

¹³ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 14. detsembri 2022. aasta otsus (EL) 2022/2481, millega luuakse digikümneni poliitikaprogramm 2030.

29 Veel üks näide poliitilisest üleminekust vabatahtlikelt raamistikelt siduvatele on 2019. aastal käivitatud **e-tervise digiteenuste taristu** (eHDSI), mille praegune kaubamärk on **MyHealth@EU** (**2. selgitus**). Kuna liikmesriikide osalemine eHDSIs oli vabatahtlik, oli 2024. aasta maiks sellega liitunud ainult 14 liikmesriiki: 11 neist vahetavad patsientide koondandmeid ja 10 vahetavad digiretsepte¹⁴.

2. selgitus

E-tervise digiteenuste taristu

E-tervise digiteenuste taristu, mille praegune kaubamärk on MyHealth@EU, võimaldab liikmesriikidel vahetada:

- digiretsepte (**1. selgitus**) – ELi kodanikud saavad ravimeid osta teises ELi liikmesriigis asuvas apteegist, edastades digiretsepti oma elukohariigist reisi sihtkoha riiki;
- patsientide koondandmeid – need annavad arstidele nende emakeeles olulist teavet (nt allergiate, kasutatavate ravimite, varasemate haiguste ja operatsioonide kohta) teisest ELi liikmesriigist pärit patsiendi kohta.

Pikemas perspektiivis tehakse kogu ELis kättesaadavaks ka meditsiinilised ülesvõtted, laboriuuringute tulemused ja teave haiglast väljakirjutamise kohta.

Allikas: komisjoni veebileht piiriüleste e-tervise teenuste kohta.

30 Protsessi tugevdamiseks tegi komisjon 2022. aastal ettepaneku võtta vastu määrus, millega luuakse Euroopa terviseandmeruum, mis muudab liikmesriikide osalemise eHDSIs (MyHealth@EU) kohustuslikuks. Euroopa Parlament ja nõukogu jõudsid 2024. aasta märtsis esialgsele kokkuleppele¹⁵. 2024. aasta septembri seisuga ei olnud kokkulepe veel ametlikult vastu võetud.

¹⁴ Komisjoni esitatud andmed, mis on kättesaadavad komisjoni **MyHealth@EU järelvalveraamistiku** tulemustabelis (põhilised tulemusnäitajad).

¹⁵ Institutsioonidevaheliste läbirääkimiste tulemusel saavutatud esialgne kokkulepe (22.3.2024).

ELi poliitikaraamistiku mõju sõltus liikmesriikide olukorrast ja pühendumusest

31 Selleks et hinnata ELi poliitikaraamistiku mõju liikmesriikide algatustele, küsitlesime e-tervise võrgustiku kaudu kõiki 27 liikmesriiki (punkt **19**) ja külastasime kolme liikmesriiki (punkt **20**). Eeldasime, et liikmesriigid peavad ELi algatusi kasulikuks ja kasutavad neid oma tervishoiusüsteemide digiüleminekul võrdlusalusena.

ELi algatuste kasulikkus

32 Analüüsides meie küsitlusele antud vastuseid (**II lisa**), leidsime, et 21 liikmesriigist 18 pidasid ELi poliitikaraamistikku asjakohaseks; ülejäänud kolm liikmesriiki ei valinud „jah/ei“ varianti, kuid andsid hinde. 21 liikmesriigi keskmine hinne oli 3,7 punkti 5st. **3. selgituses** on esitatud mõned näited ELi lisaväärtuse kohta, mille meie küsitlusele vastanud liikmesriigid ära märkisid.

3. selgitus

Näited ELi lisaväärtusest, mille meie küsitlusele vastanud liikmesriigid ära märkisid

Seitsme liikmesriigi vastuseid kokku võttes esitati ELi poliitikaraamistikus terviklik strateegia, seati selged eesmärgid, toetati e-tervise lahenduste koostalitlusvõimet kogu ELis ning hõlbustati riiklike algatuste vastavusse viimist rahvusvaheliste standardite ja heade tavadega.

Üks liikmesriik leidis, et komisjoni koordineeriv roll COVID-19 pandeemia ajal oli otsustava tähtsusega nende liikmesriikide kaasamise kiirendamisel, kes ei olnud varem aktiivselt osalenud.

Allikas: kontrollikoda, tuginedes liikmesriikide vastustele meie küsitlusele.

33 Samuti leidsime, et Hispaania ja Malta tuginevad riiklikul tasandil muudatuste tegemisel ELi poliitikale.

- Hispaanias ootavad ametiasutused, et ELi määrus ühtse Euroopa terviseandmeruumi kohta (punkt **30**) annaks vastuvõtmise korral neile võimaluse tugevdada koostööd erasektoriga.
- Maltal on riiklike digitaalseid terviselugusid käsitlevate õigusaktide eelnõude viimistlemisel võetud arvesse Euroopa terviseandmeruumi määramise vastuvõtmise protsessi, et saavutada riiklike ja ELi õigusaktide suurem kooskõla.

34 Sellele vaatamata mainisid meie küsitlusele vastanud ka probleeme tervishoiu digiüleminekut käsitleva ELi poliitikaraamistiku kohaldamisel:

- o kaks liikmesriiki tunnistasid, et ELi poliitika edukas rakendamine kuulub lõppkokkuvõttes nende vastutusalasse ning sõltub nende valmisolekust ja suutlikkusest kavandatud strateegiaid ellu viia;
- o kaks liikmesriiki leidsid, et erinevused valmisolekus võtta kasutusele digilahendusi ja olemasolevaid ressursse – näiteks taristu puudumine ja digioskuste nappus tervishoiusektoris – võivad põhjustada liikmesriikide ebaühtlaseid edusamme;
- o veel kaks liikmesriiki vastasid, et erinevaid edumäärasid selgitavad ka riiklike tervishoiusüsteemide mitmekesisus ja keerukus (tsentraliseeritud vs. detsentraliseeritud) ning erinevad kaasatud sidusrühmad (avalik ja erasektor).

ELi vahendite ja meetmete kasutamine liikmesriikides



20 liikmesriiki 21-st **kasutasid ELi vahendeid ja/või said ELi toetust** oma tervishoiusüsteemide digiüleminekul.

Liikmesriikide vastused kontrollikoja küsitlusele

35 Meie küsitlusele (*II lisa*) antud vastuste põhjal kasutas 21 liikmesriigist 20 oma tervishoiusüsteemide digiüleminekul ELi vahendeid ja/või sai ELi toetust. Kõige sagedamini nimetatud ELi algatused olid tehnilised standardid ja suunised (20 liikmesriiki) ning koordineerimis- ja ekspertide kohtumised (19 liikmesriiki).

36 Nende ELi algatuste eesmärk oli toetada terviseandmete piiriülest vahetamist, kuid leidsime, et need aitasid edendada ka riiklike tervishoiusüsteemide digiüleminekut. *Joonisel 6* on esitatud ELi algatuste peamiste võimaluste ja probleemide kokkuvõte, mis tugineb meie küsitlusele antud vastustele ja meie külastustele kolme valitud liikmesriiki.

Joonis 6. Tervishoiuvaldkonna digiülemineku ELi algatuste peamised võimalused ja probleemid

ELi koordineerimine ja ekspertide kohtumised

E-tervise võrgustiku täiskogu koosolekud toimuvad kaks korda aastas. Töörühmade ja koordineeritud meetmete jaoks korraldatakse lisakoosolekuid.



VÕIMALUSED

- Malta sõnul hõlbustavad e-tervise võrgustiku kohtumised ELi ja liikmesriikide poliitika kooskõlastamist.
- Poola leidis, et e-tervise võrgustik võimaldab liikmesriigil osaleda ELi e-tervise poliitika kujundamises.
- Veel viis liikmesriiki olid seisukohal, et e-tervise võrgustik hõlbustab parimate tavade ja kogemuste vahetamist ning aitab kaasa ühiste standardite ja suuniste väljatöötamisele ja vastuvõtmisele.



PROBLEEMID

- Malta pidas oma piiratud ressursside tõttu keeruliseks osaleda aktiivselt kõigis ELi tasandi tegevustes.
- Meie küsimustikule antud vastuste põhjal oli see nii ka kahe suurema liikmesriigi puhul.
- Kaks liikmesriiki leidsid, et vabatahtlik koostöö ei taga liikmesriikide piisavat osalemist töörühmades.

ELi tehnilised standardid ja suunised

E-tervise võrgustik leppis kokku ja võttis vastu tehnilised suunised terviseandmete elektroonilise vahetamise, digireseptide ja nende alusel ravimite väljastamise, patsiendi koondandmete, laboriuuringute tulemuste, meditsiiniliste ülesvõtete ja haiglast väljakirjutamise aruannete kohta.

VÕIMALUSED

- Hispaanias põhineb riiklik süsteem digireseptide vahetamiseks autonoomsete piirkondade vahel ELi tehnilistel kirjeldustel.
- Maltal mõjutasid e-tervise võrgustiku vastu võetud tehnilised standardid ja suunised riiklike digitaalsete terviselugude ülesehitust.
- Poola kasutas e-tervise võrgustiku tehnilisi standardeid, et tagada oma e-tervise teenuste koostalitlusvõime, sealhulgas piiriülene koostalitlusvõime.

PROBLEEMID

- Üks liikmesriik väitis, et kuigi riiklikud standardid olid olemas enne e-tervise võrgustiku tehniliste suuniste vastuvõtmist, nõudis nende kohandamine ELi standarditega jõupingutusi riiklikul tasandil.
- Teine liikmesriik leidis, et sama võib juhtuda suuniste väiksemate muudatuste korral.

Allikas: kontrollikoda, tuginedes liikmesriikide vastustele meie küsitlusele ja meie külastustele valitud liikmesriikidesse.

E-tervise riiklikud strateegiad



20 liikmesriiki 21-st väitis, et neil on **riiklik strateegia** tervishoiu digiüleminekuks.

Liikmesriikide vastused kontrollikoja küsitlusele

37 Liikmesriikidel ei ole õiguslikult siduvat nõuet omada tervishoiu digiülemineku riiklikku strateegiat või tegevuskava. Meie küsitlusele antud vastuste põhjal väitis 21 liikmesriigist 20, et neil on riiklik tervishoiu digiülemineku strateegia, mis on kas osa nende riiklikust tervishoiustrateegiast (kolm liikmesriiki) või eraldiseisev e-tervise strateegia (16 liikmesriiki). Üks liikmesriik ei täpsustanud, kumb neist. Vastanutest 11 liikmesriiki väitsid, et neil on olemas ka piirkondlikud e-tervise strateegiad.

4. selgituses on antud ülevaade olukorrast kolmes liikmesriigis, mida me auditi käigus külastasime.

4. selgitus

E-tervise strateegiad Hispaanias, Maltal ja Poolas

Hispaanias kiideti 2021. aasta detsembris heaks riikliku tervishoiusüsteemi esimene riiklik e-tervise strateegia. Seda rakendatakse aastatel 2021–2026 kooskõlas riikliku taaste- ja vastupidavuskava rakendamisega taaste- ja vastupidavusraha raames. E-tervise strateegia rakendamiseks koostati kuus töökava, millest viit rahastatakse ELi vahenditest. Hispaania autonoomsed piirkonnad töötasid välja ka oma e-tervise poliitika.

Maltal oli üks esimesi terviklikke strateegiaid e-tervise strateegia 2018–2021, mis põhines riiklike tervishoiusüsteemide strateegial 2014–2020. Sellele järgnes 2022. aasta detsembris avaldatud riiklike tervishoiusüsteemide strateegia aastateks 2023–2030, mis sisaldas konkreetselt e-tervisele pühendatud osa. Auditi ajal oli sellega seotud tegevuskava ettevalmistamisel. 2024. aasta jooksul kavatseb tervishoiuministeerium avaldada uue e-tervise ja terviseandmete strateegia aastaks 2030.

Poolas lisati viited tervishoiu IT-juhtimisele 2015. aasta juulis avaldatud tervishoiupoliitika riiklikusse strateegilisse raamistikku aastateks 2014–2020. Kõige uuem strateegia „Terve tulevik. Strateegiline raamistik tervishoiusüsteemi arendamiseks aastatel 2021–2027, pidades silmas aastat 2030“, mis võeti vastu 2021. aasta detsembris, sisaldab eraldi peatükki e-tervise kohta. E-tervise arenguprogrammis aastateks 2022–2027 on esitatud investeeringud ja reformid, mis on vajalikud strateegia „Terve tulevik“ rakendamiseks.

Allikas: kontrollikoda Hispaanialt, Maltalt ja Poolalt saadud dokumentide analüüsi põhjal.

38 Analüüsid alates 2012. aastast toimunud koosolekute protokolle, leidsime, et e-tervise võrgustik aitas positiivselt kaasa e-tervise strateegiate väljatöötamisele liikmesriikides. Liikmesriikide esindajad jagasid koosolekutel oma kogemusi riiklike strateegiate ettevalmistamisel ja rakendamisel, tuues praktilisi näiteid tekkinud probleemide ja leitud lahenduste kohta.

Hoolimata komisjoni suunistest tervishoiu digiüleminekuks ette nähtud ELi vahendite kohta seisid liikmesriigid nende kasutamisel silmitsi takistustega

39 Hindasime, kas:

- komisjon toetas liikmesriike tervishoiu digiülemineku projektide rahastamiseks kättesaadavate ELi vahendite väljaselgitamisel;
- olemasolevad ELi vahendid ja nende saamise nõuded vastasid liikmesriikide vajadustele.

Komisjon andis liikmesriikidele suuniseid ELi vahendite kättesaadavuse kohta tervishoiu digiülemineku projektide jaoks

40 Eeldasime, et komisjon annab liikmesriikidele teavet olemasolevate ELi vahendite kohta ja juhiseid nende kasutamiseks. Vaatasime läbi peamiste e-tervist edendavate ELi algatuste dokumendid (*lisa*). Neis mainiti üldjoontes ELi rahastamisprogramme, mida saab kasutada nende algatuste rahastamiseks. Mõnes dokumendis, nagu teatis Euroopa terviseandmeruumi kohta ja selle määruse ettepanek, märgiti ära kogu kasutada olev eelarve. Üksikasjad toetuskõlblike meetmete ja toetusesaajate, toetuse summa ja rakenduseeskirjade kohta täpsustati programmide õigusaktides.

41 Meie analüüs keskendus ELi rahastamisprogrammide valimile (punkt 18). Leidsime, et nende täpsemad eesmärgid tervishoiu digiüleminekuks on üsna sarnased, nende üldeesmärgid ja temaatilised prioriteedid on aga iga programmi puhul spetsiifilised ja enamasti üksteist täiendavad. Rahastamiskõlblike meetmete osas leidsime, et analüüsitud programmid võimaldavad liikmesriikidel üldiselt hõlmata laia valikut meetmeid alates investeeringutest ja reformidest kuni uuringute ja suutlikkuse suurendamiseni. Täheldasime, et neid programme rakendatakse eri juhtimisviise kasutades ja eri peadirektoraatide poolt (*joonis 5*), need pakuvad eri liiki toetust ja on suunatud eri toetusesaajatele (*tabel 2*).

Tabel 2. ELi toetus liikmesriikide tervishoiu digiüleminekule ja rahastamiskõlblikud toetusesaajad valitud ELi programmide kaupa

ELi programm	Liikmesriikidele antav toetus	Toetusesaajad
ERF	Rahastamiskõlblike kulude kaasrahastamisel põhinev rahaline toetus	Avalik-õiguslikud või eraõiguslikud asutused, juriidilise või mittejuriidilise staatusega üksused, füüsilised isikud
Taaste- ja vastupidavusrahu	Rahaline toetus, mis põhineb vahe-eesmärkide ja sihtide saavutamisel (ei ole seotud kuludega)	Liikmesriigid
Kolmas terviseprogramm „EL tervise heaks“	Rahastamiskõlblike kulude kaasrahastamisel põhinev rahaline toetus	Juriidilised üksused või rahvusvahelised organisatsioonid
Struktuurireformi tugiprogramm, tehnilise toetuse vahend	Tehniline toetus (ekspertiis)	Liikmesriikide ametiasutused, rahvusvahelised organisatsioonid, avalik-õiguslikud või eraõiguslikud asutused ja üksused

Allikas: kontrollikoja analüüs ELi dokumentide kohta, [IV lisa](#).

42 Alates 2012. aastast toimunud koosolekute protokollide analüüs näitas, et e-tervise võrgustik on suurendanud liikmesriikide teadlikkust kättesaadavatest ELi vahenditest. Võrgustiku koosolekutel jagas komisjon teavet eelkõige nende programmide kohta (Euroopa ühendamise rahastu, programm „Digitaalne Euroopa“ ja programm „EL tervise heaks“), millest rahastatakse piiriüleseid või ELi tasandi algatusi, nagu eHDSI (MyHealth@EU) käivitamine, sh patsiendi koondandmete ja digiretseptide teenused, ning Euroopa terviseandmeruumi taristu- ja ettevalmistavad meetmed. Esitlusi tehti ka muude komisjoni hallatavate programmide kohta, nagu ERF ning taaste- ja vastupidavusrahu, samuti Euroopa Investeeringuspanga hallatavate programmide kohta.

43 2019. aastal võttis e-tervise võrgustik vastu [investeeringisjuht](#), et aidata liikmesriikidel otsustada, kuidas rahastada koostalitlusvõimelisi e-tervise lahendusi. Juhised sisaldasid üldist teavet ajavahemikuks 2021–2027 ELi tasandil kavandatud rahaliste vahendite kohta. Samuti leidsime, et ühel 2022. aastal toimunud e-tervise võrgustiku koosolekul kinnitas komisjon oma valmisolekut pakkuda liikmesriikidele tuge ja suuniseid ELi rahastamisvõimaluste kohta. Seejärel esitas komisjon täpsemat teavet algatuse „EL tervise heaks“ meetmete kohta, näiteks MyHealth@EU rakendamiseks, samuti programmi „Digitaalne Euroopa“ meetmete kohta.

44 Komisjon ei pea liikmesriikidele kättesaadavate vahendite valikut takistuseks, vaid pigem vahendiks, mille abil pakkuda kohandatud vahendeid konkreetsete poliitiliste eesmärkide saavutamiseks. Hispaania ametiasutused leidsid siiski, et mõne autonoomse piirkonna jaoks muutis olemasolevate rahastamisvõimaluste lai valik raskeks selle kindlaksmääramise, millised ELi vahendid vastavad kõige paremini tema vajadustele.

Tervishoiu digiüleminekuks ette nähtud ELi vahendid vastasid üldiselt liikmesriikide vajadustele, kuid liikmesriikidel esines nende kasutamisel takistusi

45 Eeldasime, et liikmesriigid kasutavad tervishoiu digiüleminekuks kättesaadavaid ELi vahendeid ja et ELi vahendid vastavad liikmesriikide vajadustele. Selle aspekti hindamiseks kogusime teavet kõigile liikmesriikidele saadetud küsitluse kaudu ja valitud liikmesriikidelt.

ELi vahendite kasutamine liikmesriikides



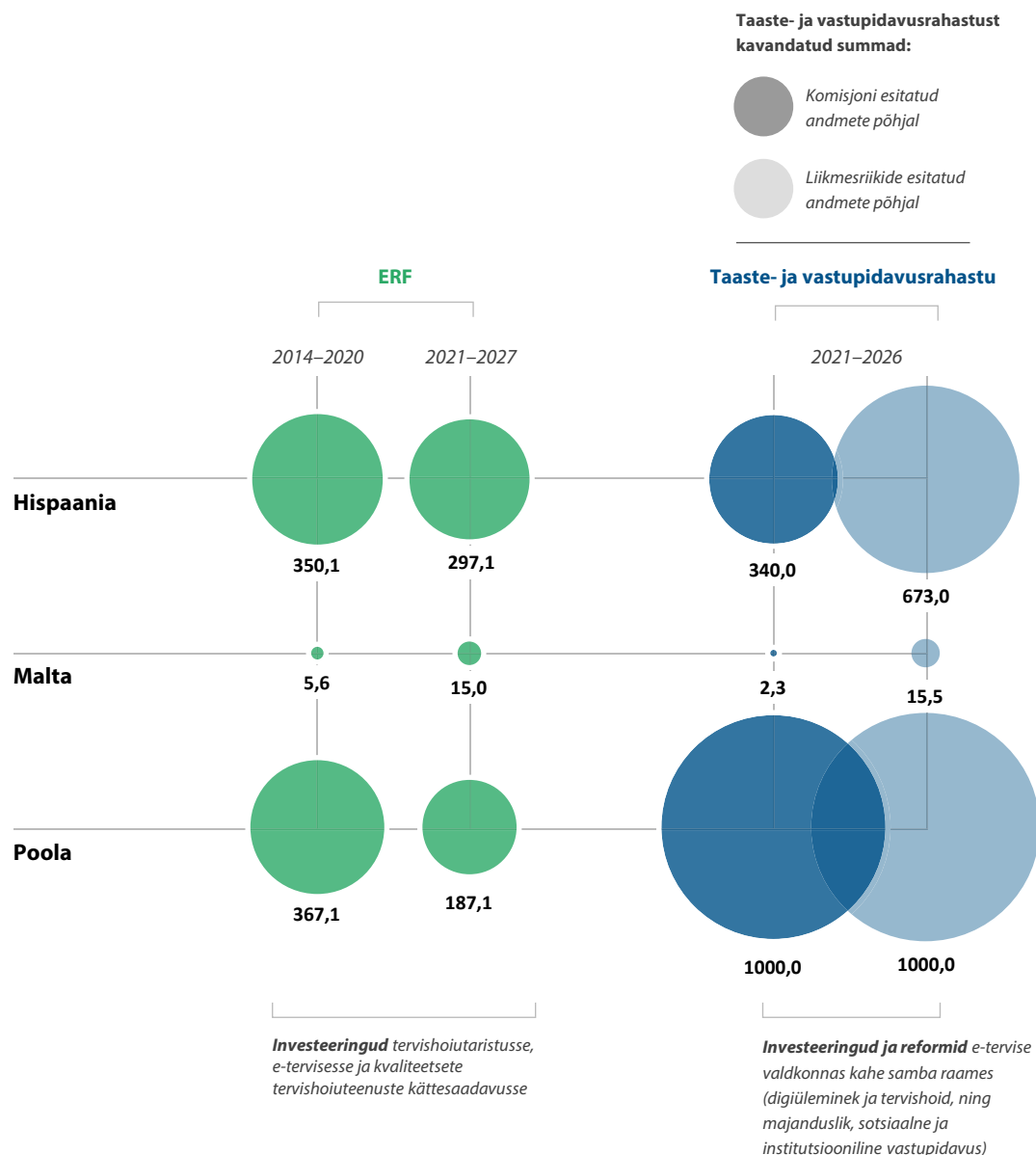
18 liikmesriiki 21-st väitis, et on kasutanud ühte või mitut **ELi fondi oma tervishoiusüsteemide digiüleminekuks**.

Liikmesriikide vastused kontrollikoja küsitlusele

46 Meie küsitlusele antud vastuste põhjal oli 18 liikmesriiki 21-st kasutanud ühte või enam ELi vahendit oma tervishoiusüsteemi digiüleminekuks. Kõige sagedamini kasutati ERFi, taaste- ja vastupidavusraha, programmi „EL tervise heaks“ ja Euroopa ühendamise rahastut. Küsimusele ELi vahendite täpsema kasutamise kohta vastas 15 liikmesriiki 20-st, et nad on kasutanud ELi vahendeid oma digitaalsete terviselugude rahastamiseks, 13 liikmesriiki 20-st kasutas ELi vahendeid oma digireseptide süsteemi rahastamiseks ja viis liikmesriiki 19-st kasutas neid telemeditsiini lahenduste rahastamiseks.

47 Leidsime, et meie valitud kolm liikmesriiki kasutasid oma tervishoiusüsteemide digiüleminekuks mitmesuguseid ELi vahendeid. [Joonisel 7](#) antakse ülevaade ERFist ning taaste- ja vastupidavusraha e-tervise jaoks kavandatud summadest. Taaste- ja vastupidavusraha puhul täheldasime siiski erinevusi komisjoni ja valitud liikmesriikide esitatud summadest.

Joonis 7. E-tervise jaoks kavandatud summad ERFist ning taaste- ja vastupidavusraha-rahastust Hispaanias, Maltal ja Poolas programmitöö perioodidel 2014–2020 ja 2021–2027 (miljonites eurodes)



Allikas: ERFi puhul ühtekuuluvusvaldkonna avatud andmeplatvorm. Taaste- ja vastupidavusraha-rahastus puhul komisjoni ja valitud liikmesriikide esitatud andmed.

48 Auditeeritud projektide (*III lisa*) puhul leidsime, et ERF oli kolmes valitud liikmesriigis peamine rahastamisallikas:

- Hispaanias on ERFist kaasrahastatud digiretseptide ja digitaalsete terviseluude kasutuselevõttu piirkondlikul ja kesktasandil alates programmitöö perioodist 2007–2013;

- o Maltal oli ERFist (2014–2020) kaasrahastatud projekt **CONvErGE** (ühendatud e-valitsus) kogu avaliku sektori digiülemineku jaoks põhjaneva tähtsusega ning selle digitaalsed tervishoiukomponendid olid tervishoiu digiülemineku peamised algatused;
- o Poola on seni rahastanud enamikku tervishoiu digiüleminekuga seotud tegevusi riiklikest või ELi ühtekuuluvuspoliitika fondidest (ERF ja Euroopa Sotsiaalfond). Üks põhiprojekt oli sellise elektroonilise platvormi loomine, mis võimaldab riigiasutustel ja kodanikel koguda, analüüsida ja jagada digitaalseid terviseandmeid (**platvorm P1**). Projekti 1. etappi rahastati 2007.–2013. aasta ERFi programmi raames ja 2. etapp viidi lõpule 2014.–2020. aasta ERFi programmi raames.

49 Samuti leidsime oma külastuste käigus, et liikmesriigid optimeerisid olemasolevate ELi vahendite kasutamist erineval viisil. Näiteks:

- o Hispaanias täiendas riiklik rahastamine ERFi pärast kohustuslikku toetuskõlblikkusperioodi: nt üks auditeeritud projekt (**III lisa**), mida kaasrahastati 2014.–2020. aasta ERFist, esitati ELi rahastuse saamiseks kuni 31. detsembrini 2023; ülejäänud tegevust rahastati 2024. aastal riigi vahenditest;
- o Maltal viiakse üks projekt, mida algselt kavatseti rahastada taaste- ja vastupidavusraha vahenditest, eeldatavasti ellu kas riigi vahenditega või 2021.–2027. aasta ERFi toetusega;
- o Poolas rahastati ühte meie auditeeritud projekti (**III lisa**) Euroopa Sotsiaalfondi 2014.–2020. aasta ülejäänud vahenditest enne rahastamiskõlblikkuse perioodi lõppu, et neid maksimaalselt ära kasutada (**5. selgitus**).

5. selgitus

e-Konsyliumi projekt Poolas

Tuginedes olemasolevale platvormile (mida rahastati riiklikest vahenditest), loodi projekti raames kardioloogilise kaugkonsultatsiooni teenus, mis hõlmab nelja spetsialiseerunud haiglat, 20 piirkondlikku haiglat ja 80 esmatasandi tervishoiuasutust.

Poolas küsitletud ametiasutuste sõnul äratas projekt märkimisväärset huvi, sest arstid ise olid juba ammu teatanud vajadusest sellise teenuse järele. Niipea kui vajalikud vahendid on kättesaadavad, käivitatakse veel üks projekt, mis hõlmab viit haru: kopsuhaigused, hematoloogia, onkoloogia, kardioloogia ja haruldased lastehaigused.

Allikas: kontrollikoda liikmesriikide ametiasutuste esitatud dokumentide analüüsi põhjal.

ELi vahendid vastavad liikmesriikide vajadustele



15 liikmesriiki 18-st väitis, et **ELi vahendid** vastasid nende vajadustele ja prioriteetidele.

Liikmesriikide vastused kontrollikoja küsitlusele

50 Meie küsitlusele antud vastuste põhjal väitis 18 liikmesriigist 15, et ELi vahendid vastavad nende vajadustele ja prioriteetidele. **6. selgituses** on esitatud kaks näidet selle kohta, kuidas ELi rahastamine aitab kiirendada tervishoiu digiüleminekut liikmesriikides.

6. selgitus

ELi rahastamise oluline roll tervishoiu digiüleminekul

- ELi rahastamine aitas ületada liikmesriikide eelarvete rahalisi piiranguid: üks meie küsitlusele vastanud liikmesriik selgitas, et tervishoiu digiüleminekusse tehtavate investeeringute riigieelarve oli suhteliselt väike, mistõttu rahastati e-tervise lahenduste väljatöötamist peamiselt ELi programmidest.
- ELi rahastamine soodustas rakendamist: Malta külastuse ajal selgitasid ametiasutused, et ilma ELi rahastamiseta ei oleks mõningaid asjakohaseid projekte ellu viidud. Rahastamine andis lisahüvesid, nagu menetluslikud tagatised (nt pakkumiseeskirjad ja lepingulised tähtajad, millest tuleb kinni pidada), rahvusvaheliste standardite kasutamine ja riigi pühendumine reformiprotsessile.

Allikas: kontrollikoda, tuginedes liikmesriikide poolt meie küsitlusele antud vastuste analüüsile ja tõenditele, mille liikmesriikide ametiasutused esitasid meie külastuse ajal.

51 Kõik kolmes valitud liikmesriigis auditeeritud projektid (*III lisa*) aitasid kaasa tervishoiu digiüleminekule:

- Hispaanias toetasid need telemeditsiini, krooniliste haiguste kaugseiret, digiretsepte, patsientide konsulteerimist meditsiiniliste ülesvõtete abil internetis ja standarditud terminoloogia kasutamist;
- Maltal rahastati nende kaudu kõrgtehnoloogilisi onkoloogiaseadmeid, digitaalset diagnoosimist, andmete kogumist, digitaalseid terviselugusid ja meditsiiniseadmeid, mis edastavad andmeid e-tervise süsteemidesse;
- Poolas toetati nendega riikliku elektroonilise terviseplatvormi loomist, haiglate digiüleminekut ja nende ühendamist riikliku platvormiga ning telekonsultatsiooniteenuseid.

Takistused, millega mõned liikmesriigid on kokku puutunud ELi vahendite kasutamisel tervishoiu digiüleminekuks

52 Analüüsides meie küsitluse vastuseid, külastuste käigus kogutud tõendeid ja e-tervise võrgustiku protokolle, leidsime, et liikmesriikidel oli tervishoiu digiüleminekuks ette nähtud ELi vahendite taotlemisel ja haldamisel takistusi.

Joonisel 8 on esitatud kokkuvõtte peamistest takistustest, millega liikmesriigid seisid silmitsi ELi vahendite kasutamisel oma tervishoiusüsteemide digiüleminekuks.

Joonis 8. Peamised takistused, millega liikmesriigid tervishoiu digiüleminekuks ELi vahendite kasutamisel kokku puutuvad



Allikas: kontrollikoda meie küsitlusele antud vastuste, liikmesriikidesse tehtud külastuste ja e-tervise võrgustiku protokollide põhjal.

53 Üks probleem, mida viis meie küsitlusele vastanut nimetas, puudutas halduskoormust, mis on seotud ELi vahendite taotlemise, nõuetekohase kasutamise ja aruandlusega. See on osaliselt tingitud asjaolust, et ELi rahastamine jaguneb eri programmide vahel, millest igaühel on eraldi eeskirjad ja erinev juhtimiskord (*tabel 3*), mis muudab taotlemise ja fondide haldamise keerulisemaks.

Tabel 3. Erinevused programmijuhtimises

Kolmas terviseprogramm, programm „EL tervise heaks“, programm „Horisont 2020“, programm „Euroopa horisont“, Euroopa ühendamise rahastu, programm „Digitaalne Euroopa“	Euroopa Regionaalarengu Fond, taaste- ja vastupidavusrahastu
Rakendatakse iga-aastaste projektikonkursside kaudu. Nende ELi programmide raames rahastamise saamiseks peavad liikmesriigid esitama iga projektikonkursi raames ettepaneku iga programmi kohta, mille raames taotlemisest nad huvitatud on.	Põhineb mitmeaastasel programmitööl. Programmitöö perioodi alguses töötavad liikmesriigid välja kavad, mille seejärel kiidab heaks komisjon (ERF) või nõukogu (taaste- ja vastupidavusrahastu). Nad rakendavad kavasid projektide kaudu, mille nad ise kogu perioodi jooksul välja valivad. Nende kahe vahendi rahastamise viisid on väga erinevad. <i>IV lisas</i> on esitatud kokkuvõtte ERFi ning taaste- ja vastupidavusrahastu peamistest erinevustest.

Allikas: kontrollikoja analüüs komisjoni dokumentide põhjal.

54 Leidsime, et probleeme tekitas ka ELi rahastamisvahendite paralleelne arendamine. Näiteks võeti ERFi määrused vastu 2021. aasta keskel, kui liikmesriigid olid kaasatud ka taaste- ja vastupidavusrahastu rakendamisse¹⁶. See oli problemaatiline mitte ainult seetõttu, et vahendid olid väga sarnased, vaid ka seetõttu, et – nagu üks vastaja märkis – programmitöö toimus ajal, mil liikmesriikide ametnikud keskendusid rohkem pandeemia vastu võitlemisele kui uute digiülemineku projektide rahastamise tagamisele.

55 Teine takistus oli seotud riigipoolse kaasrahastamisega. Kaks meie küsitlusele vastanud liikmesriiki rõhutasid, et riikliku finantsplaneerimise aastase tsükli tõttu on keeruline tagada kõnealuseks perioodiks vajalikku riiklikku kaasrahastamist. Riiklike piirangute mõju kinnitas ka 2022. aasta e-tervise võrgustik, kus mõni liikmesriik mainis riigipoolse kaasrahastuse saamise raskuste hulgas piiratud riiklike vahendeid, teised aga nimetasid ühismeetmetes osalemise takistusena riiklike vahendite puudumist.

56 Kaks vastajat nimetasid ELi vahendite kasutamisega seotud probleemide hulgas ka ebapiisavat haldussuutlikkust. Meie külastuse ajal kinnitas Hispaania, et ELi rahastamise paljude võimalike allikate tõttu on raske – eriti väikestel, piiratud ressurssidega üksustel – teha projektide taotlemiseks ja haldamiseks vajalikke haldustoiminguid.

Komisjon jälgib liikmesriikide edusamme tervishoiuvaldkonna digiüleminekul, kuid tal puudub terviklik ülevaade ELi vahendite kasutamisest liikmesriikides

57 Hindasime, kas komisjoni järelevalveraamistik:

- annab õigeaegset, asjakohast ja võrreldavat teavet, et jälgida liikmesriikide edusamme tervishoiu digiüleminekul;
- võimaldab jälgida, kuidas liikmesriigid kasutavad tervishoiu digiüleminekut toetavaid ELi vahendeid.

¹⁶ Euroopa Kontrollikoja [ülevaade 01/2023](#), punktid 45–47.

Komisjon jälgib liikmesriikide edusamme tervishoiu digiüleminekul, kuigi esineb puudusi

58 Eeldasime, et komisjon jälgib liikmesriikide tervishoiu digiülemineku edusamme, kasutades õigeaegseid, asjakohaseid ja võrreldavaid näitajaid, ning annab nende kohta aru. Uurisime komisjoni näitajaid, nende aluseks olevaid metoodikaid ja aruandeid, nagu on kirjeldatud punktides **08–12**.

59 Komisjon jälgib liikmesriikide edusamme tervishoiu digiüleminekul 2030. aasta digikümnendi poliitikaprogrammi raames kahe peamise allika kaudu: **e-valitsuse võrdlusalus** alates 2022. aastast ja **digikümnendi e-tervise indikaator** alates 2023. aastast. Need näitajate kogumid põhinevad erineval metoodikal ja hõlmavad erinevaid aspekte (**joonis 9**).

Joonis 9. E-valitsuse võrdlusaluse ja digikümnendi e-tervise indikaatori põhijooned

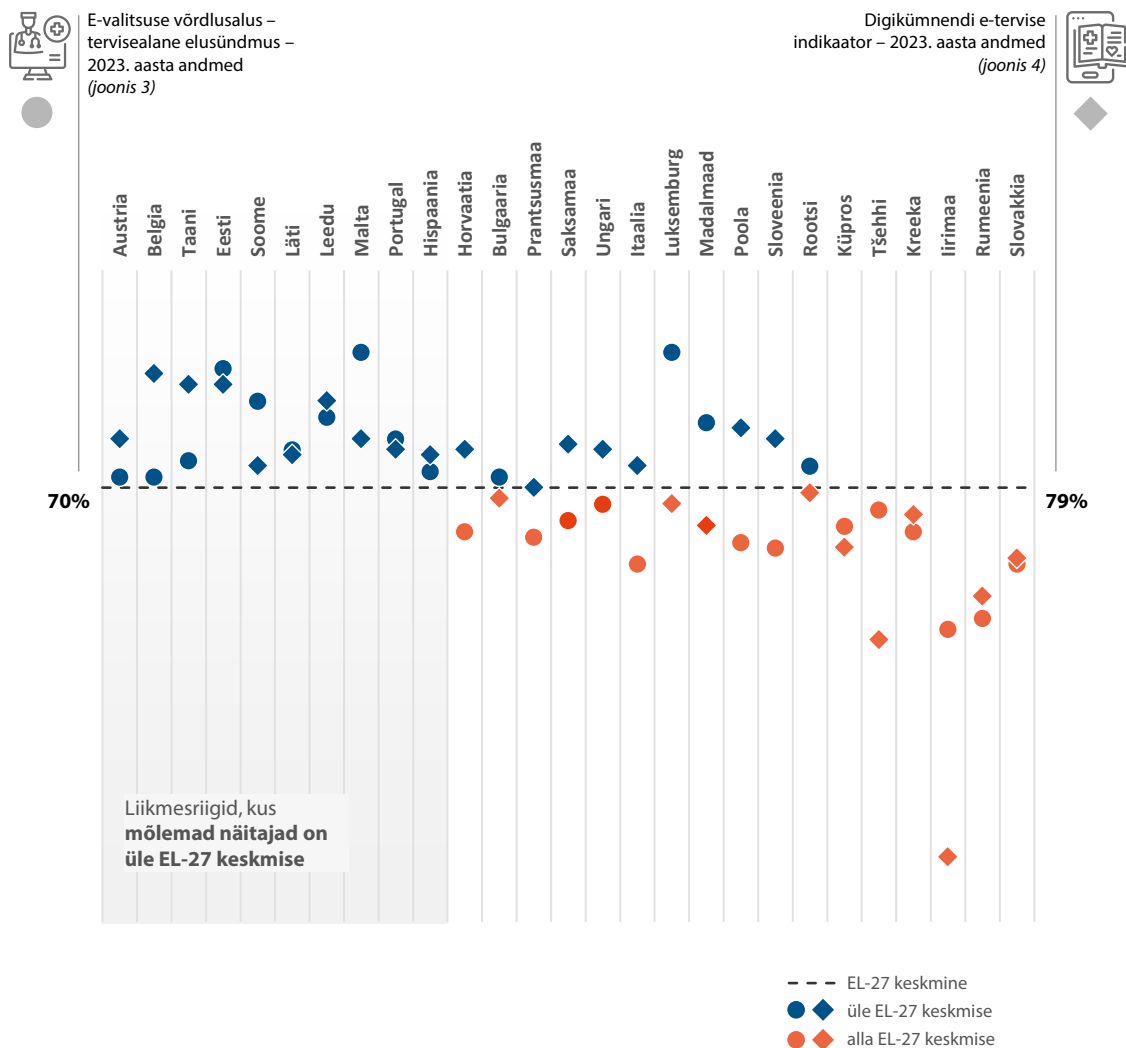
	 E-valitsuse võrdlusalus (tervisealane elusündmus)	 Digikümnendi e-tervise indikaator
Eesmärk	Tervishoiusektori ametiasutuste pakutavate digitaalsete avalike teenuste üldise küpsuse hindamine kliendi seisukohast	Liikmesriikide edusammude jälgimine, et saavutada eesmärk, mille kohaselt peaks 2030. aastaks olema 100%-l Euroopa kodanikest veebipõhine juurdepääs oma digitaalsele terviseleole
Sagedus	Iga kahe aasta tagant	Kord aastas
Esimene taotlus	2022 (hõlmab 2021. aastat)	2023 (hõlmab 2022. aastat)
Metoodika	Hõlmab nelja mõõdet, mis koosnevad 14 alusnäitajast Seitsme e-tervise teenuse hindamine	Koosneb 12 alamnäitajast
Andmete kogumine	Põhineb kontrollloostudel (teenuste ja toodete testimine tavakliendina) ja automatiseeritud vahenditel (veebisaitide veebitestid)	Põhineb liikmesriikide vastustel veebiküsitlusele, mida komisjon kontrollib järelpärimiste kaudu

Allikas: kontrollikoja analüüs e-valitsuse võrdlusalust ja digikümnendi e-tervise näitajat käsitlevate asjakohaste dokumentide kohta.

60 Mõlemad näitajad annavad liikmesriikidele punkte. Kuna nende ulatus ja metoodika on erinevad, ei ole need siiski võrreldavad¹⁷. Seetõttu ei järjestanud me kahe järelevalvesüsteemi tulemuste esitamisel liikmesriike koondpunktisumma alusel, vaid hindasime, kas need olid iga näitaja puhul ELi keskmisest kõrgemad või madalamad (*joonis 10*).

¹⁷ Euroopa Komisjon, [e-valitsuse 2024. aasta võrdlusalus](#). Taustaruanne, joonealune märkus 6, lk 54.

Joonis 10. Liikmesriikide positsioonid, mis on ELi keskmisest madalamad või kõrgemad, kasutades 2024. aasta e-valitsuse võrdlusalust ja digikümnendi e-tervise indikaatorit, mis mõlemad hõlmavad 2023. aastat



Märkus: arvutasime ELi 27 liikmesriigi e-valitsuse võrdlusaluse keskmise ümber, jättes välja ELi mittekuuluvad riigid (Albaania, Island, Moldova, Montenegro, Põhja-Makedoonia, Norra, Serbia, Šveits, Türgi ja Ukraina).

Allikas: kontrollikoda 2024. aasta e-valitsuse võrdlusaluse ja 2024. aasta digikümnendi e-tervise indikaatori põhjal.

61 Võrdlesime iga näitaja puhul kahe aasta kättesaadavaid tulemusi: e-valitsuse võrdlusaluse puhul 2021. ja 2023. aasta ning digikümnendi e-tervise indikaatori puhul 2022. ja 2023. aasta tulemusi ([tabel 4](#)). Leidsime, et kuigi enamik liikmesriike oli edusamme teinud, olid mõne liikmesriigi punktisummad vähenenud. Digikümnendi e-tervise indikaatori puhul selgitatakse aruandes, et see tuleneb peamiselt täpsemast aruandlusest. E-valitsuse võrdlusaluse puhul ei ole põhjuseid selgitatud, mis muudab punktisummade muutustest arusaamise keerulisemaks.

Tabel 4. E-valitsuse võrdlusalus ja digikümnendi e-tervise indikaatori võrdlus kahe kättesaadava aasta kohta

Liikmesriik	E-valitsuse võrdlusalus – tervisealane elusündmus			Digikümnendi e-tervise indikaator		
	2021	2023	Muutus	2022	2023	Muutus
Austria	65	72	↗	88	88	↔
Belgia	75	72	↘	85	100	↗
Bulgaaria	49	72	↗	77	77	↔
Küpros	43	63	↗	70	68	↘
Tšehhi Vabariik	62	66	↗	47	51	↗
Saksamaa	68	64	↘	71	87	↗
Taani	79	75	↘	96	98	↗
Eesti	93	92	↘	89	98	↗
Kreeka	53	62	↗	61	74	↗
Hispaania	79	73	↘	83	85	↗
Soome	81	86	↗	90	83	↘
Prantsusmaa	59	61	↗	54	79	↗
Horvaatia	51	62	↗	86	86	↔
Ungari	55	67	↗	80	86	↗
Iirimaa	38	44	↗	0	11	↗
Itaalia	56	56	↔	71	83	↗
Leedu	80	83	↗	92	95	↗
Luksemburg	97	95	↘	67	76	↗
Läti	68	77	↗	79	85	↗
Malta	91	95	↗	78	88	↗
Madalmaad	84	82	↘	69	72	↗
Poola	48	60	↗	86	90	↗
Portugal	70	79	↗	63	86	↗
Rumeenia	33	46	↗	57	59	↗
Rootsi	61	74	↗	70	78	↗
Sloveenia	52	59	↗	80	88	↗
Slovakkia	53	56	↗	45	66	↗

Allikas: Euroopa Komisjon, [e-valitsuse 2022. aasta võrdlusalus](#). Taustaruanne, joonis 4.1, lk 48; [e-valitsuse 2024. aasta võrdlusalus](#). Taustaruanne, joonised 4.1 ja 4.2, lk 54–55; [digikümnendi e-tervise indikaatorite areng](#), joonis 1, lk 4; [Digikümnend 2024: e-tervise näitajate uuring](#). Põhiaruanne, lk 11.

62 E-valitsuse võrdlusalus ja digikümnendi e-tervise indikaator ei hõlma samu e-tervise teenuseid, kuid neil on mõned ühised aspektid. Digikümnendi e-tervise indikaator keskendub täielikult kodanike veebipõhisele juurdepääsule nende digitaalsele terviseleole, kuigi see on ainult üks e-valitsuse võrdlusalususega hõlmatud teenustest (*joonis 11*).

Joonis 11. E-valitsuse võrdlusalususe ja digikümnendi e-tervise indikaatoriga hõlmatud e-tervise teenused



Allikas: kontrollikoda e-valitsuse võrdlusalususe ja digikümnendi e-tervise indikaatori põhjal.

63 Uurides e-valitsuse võrdlusaluse metoodikat, leidsime, et 2024. aasta puhul (mis hõlmab 2023. aastat) analüüsitakse selle abil kahte täiendavat aspekti (mobiilsete teenuste osutamine ja veebi juurdepääsetavuse direktiiv), mis on hõlmatud ka digikümnendi e-tervise allnäitajatega 6 ja 12 (*joonise 11* vastavas veerus). Analüüsid on siiski erinevad:

- o digikümnendi e-tervise indikaatori puhul kasutatakse mõlema aspekti hindamiseks liikmesriikide endi esitatud andmeid;
- o e-valitsuse võrdlusaluses hinnatakse mõlemat aspekti otsese testimise teel.

64 Täheldasime puudusi digikümnendi e-tervise indikaatori aruandluses Hispaania ja Malta kohta (*7. selgitus*). Need puudutasid ühel juhul esitatud teabe täpsust ja teisel juhul hindamismetoodikat. Esimesel juhul ei olnud komisjon teinud piisavaid kontrole ebaõige teabe avastamiseks. Teisel juhul ei kajastanud kasutatud hindamismetoodika riikidevahelisi erinevusi.

7. selgitus

Puudused digikümnendi e-tervise indikaatori aruandluses

Teabe täpsus. 2023. aastal avaldatud komisjoni aruande kohaselt esitab enamik Hispaania avaliku ja erasektori tervishoiuteenuste pakkujaid piirkondlikele juurdepääsuteenustele asjakohaseid terviseandmeid. Hispaania ametiasutused kinnitasid meie külastuse ajal siiski, et praegust e-tervise õigusraamistikku kohaldatakse ainult riikliku tervishoiusüsteemi andmete ja ettevõtjate suhtes. Erasektori hallatavate tervishoiuteenuste ja nendega seotud andmete suhtes ei kohaldata kohustuslikku digiteerimist. Patsientidel võib olla juurdepääs eraettevõtjate pakutavatele digiteenustele nende veebiportaalide kaudu, kuid need andmed ei ole riiklikele tervishoiuasutustele kättesaadavad. Komisjon parandas seda teavet 2024. aasta aruandes¹⁸ ja selgitas, et eraõiguslikud tervishoiuteenuste osutajad ei esita andmeid digitaalsete terviselugude veebipõhise juurdepääsu teenusele.

Hindamismetoodika. Nii Malta kui ka Poola said digiretseptide kättesaadavuse eest maksimumpunktid (allnäitaja 3 vastavas veerus (*joonis 11*)). Poolas tuli retsepte väljastada igal juhul elektrooniliselt. Auditi käigus leidsime aga, et Maltal olid digiretseptid kättesaadavad ainult selliste ravimite jaoks, mis olid välja kirjutatud teatavate krooniliste haiguste raviks ja mida pakuti riikliku kava kaudu tasuta. Komisjoni 2024. aasta aruandes, mis hõlmab 2023. aastat, sai Malta endiselt digiretseptide kättesaadavuse eest maksimaalse punktisumma¹⁹.

Allikas: kontrollikoja analüüs digikümnendi e-tervise indikaatori tulemuste kohta Hispaanias, Maltal ja Poolas.

¹⁸ Euroopa Komisjon, 2024. aasta digikümnendi e-tervise indikaatori uuring. Lisa – riikide teabelehed, lk 105 ja 108/121.

¹⁹ Euroopa Komisjon, 2024. aasta digikümnendi e-tervise indikaatori uuring. Lisa – riikide teabelehed, lk 79 ja 87/121.

Komisjonil ega enamikul liikmesriikidel ei ole terviklikku ülevaadet tervishoiu digiüleminekuks kasutatud ELi vahenditest

65 Kuna ELi eelarve täitmise eest vastutab lõppkokkuvõttes komisjon, eeldasime, et tal on olemas süsteem, mille abil jälgida ELi vahendeid, mida liikmesriigid kasutavad oma tervishoiusüsteemide digiüleminekuks. Selle hindamiseks uurisime komisjoni avaldatud andmebaase ja aruandeid ning analüüsisime meie küsitlusele antud vastuseid ja valitud liikmesriikides kogutud tõendeid.



Kaheksa liikmesriiki 19-st väitsid, et neil on ülevaade ELi rahaliste vahendite summadest, mida kasutatakse nende tervishoiusüsteemide digiülemineku toetamiseks.

Liikmesriikide vastused kontrollikoja küsitlusele

66 Meie küsitlusele antud vastuste põhjal väitis ainult kaheksa liikmesriiki 19-st, et neil on ülevaade ELi rahalistest vahenditest, mida kasutatakse nende tervishoiusüsteemide digiülemineku toetamiseks. Neist kaheksast üks viitas üksnes programmi „EL tervise heaks“ rahastamisele ja üks selgitas, et tal on ülevaade ainult nendest projektidest, millesse on kaasatud tervishoiuministeerium, kuna ministeerium on piirkondade taotletud ELi rahastamisest üldiselt teadlik ainult siis, kui ta ise on kaasatud.

67 See aspekt leidis kinnitust, kui palusime valitud liikmesriikidel esitada meile ülevaate tervishoiu digiüleminekuks saadud ELi rahastamisest ja asjakohaste projektide loetelu. Liikmesriigid pidid projektid käsitsi välja valima, sest neil puudus sageli konkreetne liigitusmeetod (nt koodi kasutamine), mille abil neid saaks määratleda: sageli paigutati need palju laiematesse kategooriatesse ja märgistati näiteks digitaalsete või tervishoiuprojektidena.

68 Leidsime, et liikmesriigid annavad ELi rahastamisprogrammide aruandlusmehhanismi raames komisjonile aru oma ELi rahastatud projektide edenemisest ja ELi vahendite kasutamisest. Liikmesriigid esitavad need finantsandmed komisjoni eri talitustele, sõltuvalt asjaomase ELi programmi eest vastutavast peadirektoraadist (*joonis 5*). Igal peadirektoraadil on ülevaade vahenditest, mis on eraldatud ja välja makstud nende hallatavate ELi programmide raames. DG REGIO puhul on need andmed avalikult kättesaadavad [ühtekuuluvusvaldkonna avatud andmeplatvormil](#).

69 Nagu komisjon tunnistas, on ELi programmide rahastamisvahendite, projektide ja toetusesaajate valim väga keeruline. Liikmesriikide ametiasutused ning muud avaliku ja erasektori üksused osalevad ELi programmides eri tasanditel eelarve jagatud või otsese täitmise, otsetoetuste, konkurentsipõhiste projektikonkursside, laenude ja teadusprojektide kaudu. Lisaks on tervishoiusüsteemide digiüleminek sageli horisontaalne küsimus, mis hõlmab mitut meetet või eri sektoreid. Selle keerukuse tõttu ei ole komisjonil ega enamikul liikmesriikidel, kes kasutavad ELi vahendeid osana oma riiklikest tervishoiu digiülemineku strateegiatest, terviklikku ülevaadet kõigist ELi vahenditest, mida iga liikmesriik kasutab oma tervishoiusüsteemide digiüleminekuks.

Järeldused ja soovitused

70 Leidsime, et oma volitusi arvestades toetas komisjon liikmesriikide tervishoiusüsteemide digiüleminekut üldiselt tõhusalt. Tervishoiu digiüleminekut toetav ELi poliitikaraamistik põhines peamiselt mittesiduval õigusel. COVID-19 pandeemia näitas e-tervise ja koostöö tähtsust kogu ELis. Selle tulemusena võeti vastu siduvad otsused ja määrused, mis on tugevdanud ELi tervishoiu digiülemineku poliitikaraamistikku (punktid [24–30](#)).

71 ELi poliitikaraamistiku mõju liikmesriikidele sõltus vabatahtlikest kohustustest. Seda mõjutasid poliitilised prioriteedid, digilahenduste kasutuselevõtuks valmisoleku tase ja protsessi käigus tekkinud probleemid (punktid [31–38](#)).

72 EL andis liikmesriikidele tehnilist ja rahalist toetust, et hõlbustada nende tervishoiusüsteemide digiüleminekut. Seda toetust rahastati mitmest ELi programmist, mida haldasid eri peadirektoraadid ja mida rakendati eri juhtimisvormide kaudu. Komisjon kasutas peamiselt e-tervise võrgustikku, et anda suuniseid ELi programmide kohta, mis pakuvad rahalist ja tehnilist tuge tervishoiu digiüleminekuks (punktid [40–44](#)).

73 Liikmesriikide sõnul vastas ELi toetus nende vajadustele. Samuti leidsime, et kõik meie auditeeritud projektid külastatud liikmesriikides aitasid kaasa tervishoiu digiüleminekule. Toetuse taotlemise ja rahastatud meetmete rakendamise eeskirjad olid aga ELi eri programmides erinevad. See raskendas liikmesriikidel kättesaadavate ELi vahendite kindlakstegemist ja tekitas liikmesriikidele rahastamise taotlemisel takistusi (punktid [45–56](#)).

74 Komisjon jälgib liikmesriikide edusamme tervishoiu digiüleminekul 2030. aasta digikümnenadi poliitikaprogrammi raames kahe peamise allika abil: e-valitsuse võrdlusalus alates 2022. aastast ja digikümnenadi e-tervise indikaator alates 2023. aastast. Need näitajad põhinevad erineval metoodikal ja neil on erinevad eesmärgid, kuid need hõlmavad digitaalsetele terviselugudele juurdepääsu sarnaseid aspekte. Leidsime puudusi digikümnenadi e-tervise indikaatori aruandluses. Samuti leidsime, et e-valitsuse võrdlusaluste aruandluses ei esitata teavet põhjuste kohta, mis selgitaksid riikide punktisummade kõikumisi eri aastatel (punktid [58–64](#)).

1. soovitus. Parandada e-valitsuse võrdlusaluse ja digikümnendi e-tervise indikaatori alast aruandlust

Sidusrühmadele esitatava teabe täpsuse suurendamiseks peaks komisjon parandama aruandlust e-valitsuse võrdlusaluse ja digikümnendi e-tervise indikaatori kohta, selgitades nende kahe vahendi piiranguid, erinevusi ja vastastikust täiendavust.

Soovituse täitmise tähtaeg: juuli 2026

75 Komisjoni praeguses finantsjärelvalveraamistikus antakse rahastamisprogrammide kaupa ülevaade ELi vahenditest, mida liikmesriigid kasutavad oma tervishoiusüsteemide digiüleminekuks. Sellest hoolimata ei ole komisjonil ega enamikul liikmesriikidel terviklikku ülevaadet kõigist ELi vahenditest, mida iga liikmesriik kasutab oma tervishoiusüsteemide digiüleminekuks. Seetõttu on raske kindlaks teha ELi rahalise toetuse ulatust liikmesriikides (punktid [65–69](#)).

2. soovitus. Parandada aruandlust tervishoiu digiüleminekuks ette nähtud ELi vahendite kasutamise kohta

Komisjon peaks parandama ELi vahendite kasutamise kohta üldsusele antavat teavet, esitades ELi ja liikmesriikide tasandil ülevaate eri rahastamisprogrammidest.

Soovituse täitmise tähtaeg: 2026

I auditikoda, mida juhib kontrollikoja liige Joëlle Elvinger, võttis käesoleva aruande vastu 9. oktoobri 2024. aasta koosolekul Luxembourgis.

Kontrollikoja nimel president

president

Tony Murphy

Lisad

I lisa. Peamised ELi algatused e-tervise edendamiseks

Aasta	Vahe-eesmärk
1999	Teatis: „ e-Euroopa . Infoühiskond kõigile“
2000	Teatis: „ e-Euroopa 2002 . Tegevuskava“
2002	Teatis: „ e-Euroopa 2005 . Tegevuskava“
2004	Teatis: „ Euroopa e-tervise valdkonna tegevuskava “
2007	E-tervise valdkonna tegevuskava : IKT-lahendused patsientidele, meditsiiniteenustele ja makseasutustele (lisa „Juhtivate turgude algatus Euroopas“)
2008	Teatis: „ Telemeditsiin nii patsientide, tervishoiusüsteemi kui ka kogu ühiskonna hüvanguks“
2010	Teatis: „ Euroopa digitaalne tegevuskava “
2011	Direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (piiriülese tervishoiu direktiiv)
2012	Teatis: „ E-tervise 2012.–2020. aasta tegevuskava : innovatiivne tervishoid 21. sajandil“
2015	Teatis: „ Euroopa digitaalse ühtse turu strateegia “
2018	Teatis: „ Tervise- ja hooldusvaldkonna digiülemineku võimaldamine digitaalsel ühtsel turul“
2019	Soovitus elektrooniliste terviseandmete Euroopa andmevahetusvormingu kohta
2021	Digikompass 2030 : Euroopa tee digikümnnendil (digikompassi teatis)
2022	Teatis: „ Euroopa terviseandmeruum : terviseandmete potentsiaali rakendamine inimeste, patsientide ja innovatsiooni hüvanguks“
2022	Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus ühtse Euroopa terviseandmeruumi kohta
2022	Otsus, millega luuakse digikümnnendi poliitikaprogramm 2030
2023	Euroopa deklaratsioon digiõiguste ja -põhimõtete kohta digikümnnendiks

Allikas: kontrollikoja analüüs ELi dokumentide kohta.

II lisa. Liikmesriikidele saadetud uuringu sisu

Nr	Küsimus
<i>Tervishoiu digiülemineku ELi raamistik</i>	
1	Kas teie arvates on ELi poliitikaraamistik asjakohane, et toetada liikmesriike nende tervishoiusüsteemide digiüleminekul?
2	Kas olete oma tervishoiusüsteemide digiüleminekul kasutanud ELi tasandil loodud vahendeid ja meetmeid?
<i>Liikmesriikide tervishoiu digiülemineku strateegiad</i>	
3	Kas teie riik on vastu võtnud tervishoiu digiülemineku riikliku strateegia?
4	Kas teie riik on vastu võtnud tervishoiu digiülemineku piirkondlikke strateegiaid?
<i>Vastutavad asutused</i>	
5	Kas teie riik on määranud kindlaks asutused, kes vastutavad tervishoiu digiülemineku riikliku strateegia rakendamise eest?
6	Kui see on asjakohane, siis kas teie riik on määranud kindlaks asutused, kes vastutavad tervishoiu digiülemineku piirkondlike strateegiate rakendamise eest?
<i>Tervishoiu digiülemineku eesmärgid</i>	
7	Kas teie riik on seadnud riiklikud eesmärgid tervishoiu digiülemineku valdkonnas?
8	Kas riiklikud eesmärgid on kooskõlas ELi vabatahtlike ja siduvate digieesmärkidega tervishoiu digiülemineku valdkonnas?
9	Kui see on asjakohane, siis kas teie riik on seadnud piirkondlikud eesmärgid tervishoiu digiülemineku valdkonnas?
10	Kas piirkondlikud eesmärgid on kooskõlas riiklike ja ELi digieesmärkidega?
<i>Tervishoiu digiülemineku tegevuskavad</i>	
11	Kas teie riik on vastu võtnud tegevuskavad tervishoiu digiülemineku riiklike strateegiate rakendamiseks ja riiklike eesmärkide saavutamiseks?
12	Kui see on asjakohane, siis kas teie riik on vastu võtnud tervishoiu digiülemineku tegevuskavad piirkondlikul tasandil?
13	Kas tegevuskavades on esitatud strateegiate rakendamiseks ja eesmärkide saavutamiseks vajalikud meetmed (investeeringud ja reformid)?
14	Kas tegevuskavades on märgitud meetmete rakendamiseks vajalikud (riiklikud ja ELi) rahastamisallikad?

Nr	Küsimus
15	Kas tegevuskavades on meetmeid, mida ei ole rakendatud?
<i>Tervishoiu digiülemineku rahastamine</i>	
16	Kas teie riik kasutas ELi vahendeid oma tervishoiusüsteemide digiülemineku rahastamiseks?
17	Kas ELi rahastamisprogrammid vastavad teie riigi vajadustele ja prioriteetidele?
<i>Tervishoiu digiülemineku järelevalve ja aruandlus</i>	
18	Kas teie riik jälgib oma edusamme tervishoiu digiüleminekul, sealhulgas riiklike/piirkondlike strateegiate rakendamist, tegevuskavade rakendamist ja riiklike/piirkondlike eesmärkide saavutamist?
19	Kas teie riigil on alates esimesest strateegiast/tegevuskavast ülevaade ELi summadest, mida on kasutatud tervishoiu digiülemineku toetamiseks?
20	Kas teie riik jagab oma järelevalve tulemusi komisjoniga?
21	Kas teie riik teeb oma järelevalve tulemused avalikult kättesaadavaks?
<i>Digitaalsed terviselood</i>	
22	Kas teie riigis on kasutusele võetud riiklik digitaalsete terviselugude süsteem?
23	Kas teie riik on kasutanud e-tervise võrgustiku välja antud tehnilisi suuniseid oma riikliku digitaalsete terviselugude süsteemi rakendamiseks?
24	Kui suur on ligikaudu nende patsientide osakaal, kellel on teie riigis viimase kolme aasta jooksul (2020–2022) olnud juurdepääs oma digitaalsele terviseloole?
25	Kas mõni ELi rahastatud projekt on aidanud kaasa digitaalsete terviselugude valdkonnas tehtud edusammudele teie riigis?
26	Millised on peamised probleemid ja võimalused digitaalsete terviselugude kasutamisel teie riigis?
<i>Digiretseptid</i>	
27	Kas teie riigis on kasutusele võetud riiklik digiretseptide süsteem?
28	Kas teie riik on kasutanud e-tervise võrgustiku välja antud tehnilisi suuniseid oma riikliku digiretseptide süsteemi rakendamiseks?
29	Kui suur on teie riigis viimase kolme aasta jooksul (2020–2022) väljastatud digiretseptide ligikaudne osakaal (retseptide koguarvust)?
30	Kas mõni ELi rahastatud projekt on aidanud kaasa digiretseptide valdkonnas tehtud edusammudele teie riigis?

Nr	Küsimus
31	Millised on peamised probleemid ja võimalused digiretseptide kasutamisel teie riigis?
<i>Telemeditsiin/telekonsultatsioon</i>	
32	Kas teie riigis on rakendatud riiklikku telemeditsiini/telekonsultatsiooni süsteemi?
33	Kas teie riik on kasutanud telemeditsiini/telekonsultatsiooni süsteemi rakendamiseks Euroopa suuniseid/teatise/parimaid tavaid?
34	Kui suur on nende patsientide ligikaudne osakaal, kes on teie riigis viimase kolme aasta jooksul (2020–2022) kasutanud telemeditsiini/telekonsultatsiooni teenuseid?
35	Kas mõni ELi rahastatud projekt on aidanud kaasa telemeditsiini/telekonsultatsiooni valdkonnas tehtud edusammudele teie riigis?
36	Millised on peamised probleemid ja võimalused telemeditsiini/telekonsultatsiooni kasutamisel teie riigis?

III lisa. Auditeeritud projektide nimekiri

Liikmesriik	ELi programm	Projekti kirjeldus	Kogusumma (miljonites eurodes)	ELi toetus (miljonites eurodes)
Malta	ERF	Laiendatud tootjavastutuse komponent: paigaldada esmatasandi tervishoiusektori jaoks elektrooniline ravidokumentide süsteem.	2,17	1,74
		NHR komponent: rakendada riiklikku digitaalse tervise infosüsteemi.	1,44	1,15
Malta	ERF	Paigaldada haiglasse kriitilise tähtsusega meditsiiniseadmed, et koguda andmeid ja edastada need e-tervise teenuste süsteemidesse.	1,30	1,11
Malta	Taaste- ja vastupidavusrahanõu	Paigaldada uus magnetresonantsi lineaarkirjendi seade onkoloogiahaiglas.	21,50	18,27
Malta	Taaste- ja vastupidavusrahanõu	Paigaldada uus tarkvara ja spetsiaalne riistvara ning luua histopatoloogia osakonnas uus veebipõhine salvestusplatvorm, et viia vähi diagnoosimine analoogsüsteemist üle digitaalsüsteemi.	2,93	2,49
Malta	Kolmas tervisevaldkonna tegevusprogramm	Kehtestada rutiinne andmete kogumine haigestumuse statistika valdkonnas haldusallikatest (mitte uuringutest).	0,03	0,02
Poola	ERF	Luua digiteenustega (digireseptid jne) elektrooniline platvorm, mis võimaldab haldusasutustel ja kodanikel koguda, analüüsida ja jagada digitaalseid terviseandmeid.	36,38	30,79

Liikmesriik	ELi programm	Projekti kirjeldus	Kogusumma (miljonites eurodes)	ELi toetus (miljonites eurodes)
Poola	ERF	Ühendada platvormiga P1 52 haiglat, keskendudes kolmele teenusele: elektrooniliste meditsiinidokumentide vahetamine, elektrooniline registreerimine haiglas, patsientide haiglasise suunamine uuringutele.	33,79	28,11
Poola	ERF	Laiendada haigla IT-/digitaalsüsteeme, et ühendada need P1 platvormiga.	1,50	1,50
Poola	ERF	Rakendada haiglas IT-/digiteerimissüsteem ja laiendada seda neljale piirkondlikule meditsiinikeskusele, et ühendada need haiglasüsteemiga.	1,79	1,43
Poola	ESF	Ühendada 104 partnerit (neli erihaiglat, 20 ringkonnaahaiglat, 80 esmatasandi tervishoiuasutust) kardioloogiavaldkonna veebipõhisteks konsultatsioonideks.	4,35	3,66
Hispaania	Struktuurireformi tugiprogramm	Suurendada suutlikkust ja teadmisi selle kohta, kuidas rakendada telemeditsiini programme esmatasandi tervishoius, keskendudes maapiirkondadele Castilla La Manchas ja Kataloonias.	0,29	0,29
Hispaania	Programm „EL tervise heaks“	Katta osa programmi SNOMED Clinical Terms liikmemaksust, mis on arvutis töödeldav meditsiiniterminite kogumik, mis sisaldab kliinilises dokumentatsioonis ja aruandluses kasutatavaid koode, sünonüüme ja määratlusi.	0,66	0,53

Liikmesriik	ELi programm	Projekti kirjeldus	Kogusumma (miljonites eurodes)	ELi toetus (miljonites eurodes)
Hispaania	Taaste- ja vastupidavusrahastu	Moodul „Uued koostalitlusvõimelised digiretsepti teenused“: võimaldada ravimi elektroonilist väljastamist autonoomses piirkonnas, mis erineb piirkonnast, kus see välja kirjutati, ilma et oleks vaja esitada paberretsepti.	2,37	2,37
Hispaania	ERF	Võtta kasutusele infosüsteem, mis võimaldab kodanikel vaadata oma meditsiinilisi ülesvõtteid (nt röntgenograafia, tomograafia, ultraheli jne) interneti kaudu.	0,27	0,22
Hispaania	ERF	Rakendada täielikult kroonilise ravi jaoks mõeldud platvormi ning edendada patsientide biomõõtmiste kaug- ja standardiseeritud kogumist (telemonitooring) patsientide pühul, kes on haiglast välja kirjutatud keeruliste südamepuudulikkuse, diabeedi, neerupuudulikkuse jms probleemidega.	7,87	5,10

Allikas: kontrollikoda auditi käigus kogutud dokumentide põhjal. Summad on miljonites eurodes ja näitavad kavandatud summasid.

IV lisa. Peamised erinevused ühtekuuluvuspoliitika rahastamise ning taaste- ja vastupidavusrahastu vahel

Vahend	Ühtekuuluvuspoliitika	Taaste- ja vastupidavusrahastu
Eesmärk	Pikaajaline investeerimispoliitika, mille eesmärk on tugevdada majanduslikku ja sotsiaalset ühtekuuluvust, vähendades piirkondadevahelisi arenguerinevusi.	Ühekordne ajutine vahend, mis aitab liikmesriikidel taastuda COVID-19 pandeemia põhjustatud majanduskriisist, soodustades kestlikku majanduskasvu ja suurendades vastupanuvõimet tulevastele šokkidele.
Rahastamiskõlblikkuse periood	Perioodil 2014–2020: kümme aastat (7+3). Perioodil 2021–2027: üheksa aastat (7+2). Rahastamiskõlblikkuse periood kestab pärast programmitöö perioodi lõppu (+3 aastat perioodil 2014–2020 ja +2 aastat perioodil 2021–2027), nii et kulusid saab hüvitamiseks deklareerida pärast programmitöö perioodi lõppu.	Kuus ja pool aastat (veebruar 2020 – august 2026). Selle aja jooksul tuleb saavutada kokkulepitud eesmärgid ja sihid ning teha nendega seotud maksed 2026. aasta lõpuks. Pärast 2026. aastat komisjon väljamakseid ei tee.

Vahend	Ühtekuuluvuspoliitika	Taaste- ja vastupidavusrahastu
Eelarve täitmise viis	Komisjon jagab vastutust liikmesriikidega (jagatud eelarve täitmine). Kõigil liikmesriikidel on partnerluslepingu tasandil üks koordineeriv asutus. Programmitöösse, rakendamisse, järelevalvesse ja auditeerimisse on kaasatud sajad riiklikud ja piirkondlikud ametiasutused. Toetusesaajad võivad olla avalik-õiguslikud või eraõiguslikud asutused, juriidilise või mittejuriidilise staatusega üksused või füüsilised isikud. Nad vastutavad tegevuse algatamise ja rakendamise eest.	Komisjon haldab taaste- ja vastupidavusrahastut otse (otsene eelarve täitmine). Liikmesriigi tasandil on üldine vastutus juhtival asutusel (taaste- ja vastupidavusrahastu koordinaator), mis tegutseb komisjoni ühtse kontaktpunktina. Liikmesriigid on toetusesaajad, kes vastutavad kavades sisalduvate meetmete rakendamise eest. Ministeeriumidele või piirkondadele võib usaldada projektide elluviimise ja rahastu koordinaatorile nende edenemise kohta tehtava aruandluse.
Programmitöö	Üks riigi tasandi partnerlusleping iga liikmesriigi kohta, milles sätestatakse rahastamise strateegiline suund ja selle kasutamise kord. Üks või mitu erineva temaatilise või geograafilise ulatusega programmi, milles sätestatakse investeerimisprioriteedid.	Iga liikmesriigi kohta üks dokument (riiklik taaste- ja vastupidavuskava), milles on üksikasjalikult kirjeldatud taaste- ja vastupidavusrahastu toetustest ja asjakohasel juhul laenudest toetatavaid investeeringuid ja reforme. Komisjon hindab riiklikku taaste- ja vastupidavuskava ning teeb ettepaneku võtta vastu nõukogu rakendusotsus, milles määratakse kindlaks üldine rahaline toetus ning sätestatakse meetmed, vastavad eesmärgid ja sihid ning nendega seotud väljamaksed.

Vahend	Ühtekuuluvuspoliitika	Taaste- ja vastupidavusrahastu
Muudatused programmides	Vajavad ainult komisjoni hinnangut ja heakskiitu.	Vajavad komisjoni hinnangut ja nõukogu heakskiitu.
Toetus	Toetusesaajate toetamine riiklike ja piirkondlike ametiasutuste kaudu, tuginedes projekti tasandil makstavatele hüvitistele.	Keskne eelarvetoetus toetuste ja laenude kaudu otse liikmesriikidele. Riiklikul tasandil võib rakendada erinevaid lähenemisviise.
Väljamaksed	Peamiselt tegelike kulude hüvitamise alusel.	Liikmesriigid peavad enne taaste- ja vastupidavuskava vastuvõtmist esitama kuluproгноosid, et põhjendada rahalist eraldist, kuid hilisemad taaste- ja vastupidavusrahastu maksed ei ole nende kuludega seotud. Väljamaksed põhinevad eesmärkide ja sihtide rahuldaval täitmisel.
Riiklik kaasrahastamine	Määrad jäävad vahemikku 15–60%, sõltuvalt fondist ja toetatava piirkonna arengutasemest. Erandjuhtudel (nt 2008.–2009. aasta finantskriis ja COVID-19 pandeemia) rahastab EL abi 100% ulatuses.	Kaasrahastamise nõuded puuduvad.

Vahend	Ühtekuuluvuspoliitika	Taaste- ja vastupidavusrahastu
Kulukohustusest vabastamine	Vahendid eraldatakse perioodi alguses igal aastal igale liikmesriigile ning need lähevad kaduma, kui neid ei kasutata kolme aasta jooksul (2021–2026) või kahe aasta jooksul (2027) alates kulukohustuse võtmisest.	Komisjon pidi eraldama 70% toetustest 2022. aasta lõpuks ning ülejäänud 30% ja kõik laenud 2023. aasta lõpuks. Rahalisi vahendeid, mis ei ole nendeks tähtaegadeks kulukohustustega seotud, ei eraldata. Kõik eesmärgid ja sihid peavad olema täidetud 31. augustiks 2026. 2026. aasta lõpuks välja maksmata summad vabastatakse kulukohustustest.
Liikmesriikide aruandlus komisjonile	Finantsandmed: viis korda aastas. Tulemusandmed, sealhulgas andmed ühiste näitajate kohta: kaks korda aastas.	Eesmärkide ja sihtide täitmine koos tõenditega: iga maksetaotlusega (kuni kaks korda aastas). Teave tulevaste eesmärkide ja sihtide rakendamisel tehtud edusammude kohta: kaks korda aastas (aprill, oktoober). Andmed ühiste näitajate kohta: kaks korda aastas (veebruar, august).

Allikas: kontrollikoja ülevaade 01/2023.

Lühendid

EHDS: Euroopa terviseandmeruum

eHDSI: e-tervise digiteenuse taristu

eHN: e-tervise võrgustik

ERF: Euroopa Regionaalarengufond

RRF: Taaste- ja vastupidavusrahastu

Mõisted

Digiüleminek: digitehnoloogia ja digiteeritud teabe kasutuselevõtt protsessides ja ülesannetes.

E-tervis: tervishoiuteenuste osutamine elektroonilisel teel.

Jagatud eelarve täitmine: ELi eelarve täitmise viis, mille raames (vastupidiselt otsesele eelarve täitmisele) delegeerib komisjon täitmisülesanded liikmesriikidele, kandes ise lõplikku vastutust.

Koostalitlusvõime: süsteemi võime suhelda ja töötada teiste süsteemidega, nt andmevahetuse teel.

Otsene eelarve täitmine: ELi fondi või programmi eelarve täitmine üksnes komisjoni poolt, vastupidiselt jagatud või kaudsele eelarve täitmisele.

Patsiendi koondandmed: kokkuvõtlikud ravidokumendid olulise teabega, mida tervishoiutöötajad vajavad optimaalse ravi osutamiseks.

Telemeditsiin: tervishoiuteenuste osutamine elektroonilisel teel, kui tervishoiutöötaja ja patsient asuvad eri kohtades.

Komisjoni vastused

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

Ajatelg

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

Auditirühm

Kontrollikoja eriaruannetes esitatakse auditite tulemused, mis hõlmavad ELi poliitikat ja programme ning konkreetsete eelarvevaldkondade haldamisega seotud teemasid. Auditülesannete valimisel ja kavandamisel püüab kontrollikoda maksimeerida nende mõju, võttes arvesse tulemuslikkuse ja vastavuse riske, konkreetse valdkonna tulude ja kulude suurust, tulevase arengusuundi ning poliitilist ja avalikku huvi.

Kõnealuse tulemusauditi viis läbi loodusvarade kestliku kasutamise valdkonnaga tegelev I auditikoda, mille eesistuja on kontrollikoja liige Joëlle Elvinger. Auditit juhtis kontrollikoja liige Joëlle Elvinger, keda toetasid kabinetiülem Ildikó Preiss, kabineti nõunik Paolo Pesce, valdkonnajuhid Paul Stafford ja Emmanuel Rauch, auditijuht Michela Lanzutti ning audiitorid Dirk Neumeister, Malgorzata Frydel, Stéphane Gilson ja Hajnalka Hertz-Faragó. Uurimisabi pakkus Max Krecké. Keelelist tuge pakkusid Agata Sylwestrzak, Luis Ferrer Lopez ja Mark Smith. Graafilisi materjale aitas koostada Marika Meisenzahl.



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

AUTORIÕIGUS

© Euroopa Liit, 2024

Euroopa Kontrollikoja taaskasutamispoliitika on kehtestatud [Euroopa Kontrollikoja otsusega nr 6–2019](#) avatud andmete poliitika ja dokumentide taaskasutamise kohta.

Kui ei ole märgitud teisiti (nt eraldiseisvates autoriõiguse märgetes), on ELile kuuluv kontrollikoja sisu litsentsitud vastavalt [litsentsile Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](#). Reeglina on taaskasutamine lubatud, kui autoriõigustele on viidatud ja muudatused on ära märgitud. Kontrollikoja sisu taaskasutajad ei tohi moonutada selle algset tähendust ega sõnumit. Kontrollikoda ei vastuta taaskasutamise tagajärgede eest.

Kui konkreetsetes sisus, näiteks kontrollikoja töötajatest tehtud fotodel, on kujutatud tuvastatavaid isikuid, või kui see sisaldab kolmandate isikute teoseid, tuleb teil taotleda täiendavat luba.

Kui luba on saadud, tühistab ja asendab see eespool nimetatud üldise loa ja osutab selgelt mis tahes kasutuspiirangutele.

On võimalik, et ELile mittekuuluva sisu kasutamiseks või taasesitamiseks tuleb küsida luba otse autoriõiguse omajatelt.

Joonised 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 ja 11 ning väljavõtted liikmesriikide vastustest kontrollikoja küsimustikule – ikoonid: nende kujundamisel on kasutatud [Flaticon.com](#) ressursse. © Freepik Company S.L. Kõik õigused kaitstud.

Tööstusomandi õigustega hõlmatud tarkvara või dokumendid, nagu patendid, kaubamärgid, registreeritud disainilahendused, logod ja nimed, ei kuulu kontrollikoja taaskasutamispoliitika alla.

Domeeni europa.eu alla koondatud Euroopa Liidu institutsioonide veebisaitidel leidub linke, mis viivad muudele veebisaitidele. Kontrollikoda ei vastuta nende sisu eest ja soovib teil seetõttu tutvuda nende veebisaitide isikuandmete ja autoriõiguse kaitse põhimõtetega.

Kontrollikoja logo kasutamine

Kontrollikoja logo ei tohi kasutada ilma kontrollikoja eelneva nõusolekuta.

HTML	ISBN 978-92-849-3293-1	ISSN 1977-5652	doi:10.2865/2919842	QJ-01-24-010-ET-Q
PDF	ISBN 978-92-849-3294-8	ISSN 1977-5652	doi:10.2865/4393697	QJ-01-24-010-ET-N

COVID-19 pandeemia suurendas tervishoiuvaldkonna digiülemineku tähtsust meie elus. Uurisime, kas komisjoni meetmed liikmesriikide toetamiseks nende tervishoiusüsteemide digiüleminekul olid tõhusad. Leidsime, et komisjoni volitusi arvestades oli tema toetus liikmesriikidele üldiselt tõhus. Pärast COVID-19 pandeemiat tugevdati ELi poliitikaraamistikku. Komisjon andis liikmesriikidele suuniseid ELi vahendite kohta ja jälgis nende edusamme tervishoiuvaldkonna digiüleminekul. Liikmesriikidel esines ELi vahendite kasutamisel aga takistusi ning nii komisjonil kui ka enamikul liikmesriikidel puudub terviklik ülevaade sellest, kuidas vahendeid kasutatakse. Soovitame komisjonil parandada oma aruandlust liikmesriikide edusammude kohta tervishoiu digiüleminekul ja ELi vahendite kasutamisel.

Euroopa Kontrollikoja eriaruanne vastavalt ELTLi artikli 287 lõike 4 teisele lõigule .



EUROOPA
KONTROLLIKODA



Euroopa Liidu
Väljaannete Talitus

EUROOPA KONTROLLIKODA
12, rue Alcide De Gasperi
1615 Luxembourg
LUKSEMBURG

Tel +352 4398-1

Päringud: eca.europa.eu/et/contact

Veebisait: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors