

Speciaal verslag

## Digitalisering van de gezondheidszorg

De EU-steun aan de lidstaten is over het algemeen doeltreffend, maar het gebruik van EU-middelen levert problemen op



EUROPESE  
REKENKAMER

# Inhoud

|   | Paragraaf |
|---|-----------|
| <b>Samenvatting</b>   | I-X       |
| <b>Inleiding</b>  | 01-15     |
| <b>De relevantie van de digitalisering van de gezondheidszorg</b>   | 01-05     |
| <b>Het EU-kader voor de digitalisering van de gezondheidszorg</b>   | 06-12     |
| E-overheidsbenchmark  | 09-10     |
| E-gezondheidsindicator van het digitale decennium   | 11-12     |
| <b>De taken en verantwoordelijkheden van de belangrijkste belanghebbenden</b>   | 13-15     |
| <b>Reikwijdte en aanpak van de controle</b>   | 16-22     |
| <b>Opmerkingen</b>  | 23-69     |
| <b>Na de COVID-19-pandemie werd het EU-beleidskader versterkt, en het effect ervan hangt niet langer alleen af van de inzet van de lidstaten</b>  | 23-38     |
| De COVID-19-pandemie heeft geleid tot een versterking van het EU-beleidskader voor de digitalisering van de gezondheidszorg   | 24-30     |
| De impact van het EU-beleidskader hing af van de situatie en de inzet van de lidstaten  | 31-38     |
| <b>Ondanks richtsnoeren van de Commissie over EU-middelen voor de digitalisering van de gezondheidszorg, stuitten de lidstaten op obstakels bij het gebruik ervan</b>                   | 39-56     |
| De Commissie heeft de lidstaten richtsnoeren verstrekt over de beschikbaarheid van EU-middelen voor projecten inzake de digitalisering van de gezondheidszorg                           | 40-44     |
| De EU-middelen voor digitalisering van de gezondheidszorg sloten over het algemeen aan bij de behoeften van de lidstaten, maar de lidstaten stuitten op obstakels bij het gebruik ervan | 45-56     |

**De Commissie monitort de voortgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg, maar heeft geen volledig overzicht van het gebruik dat zij maken van EU-middelen** 57-69

De Commissie monitort de voortgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg, zij het met tekortkomingen 58-64

Noch de Commissie, noch de meeste lidstaten hebben een uitgebreid overzicht van de EU-middelen die worden gebruikt voor de digitalisering van de gezondheidszorg 65-69

**Conclusies en aanbevelingen** 70-75

## **Bijlagen**

**Bijlage I — Belangrijkste EU-initiatieven ter bevordering van e-gezondheid**

**Bijlage II — Inhoud van de enquête die naar de lidstaten werd gestuurd**

**Bijlage III — Lijst van gecontroleerde projecten**

**Bijlage IV — Belangrijkste verschillen tussen financiering in het kader van het cohesiebeleid en de RRF**

## **Afkortingen**

## **Woordenlijst**

## **Antwoorden van de Commissie**

## **Tijdschema**

## **Controleteam**

## Samenvatting

I Volgens het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) ligt de verantwoordelijkheid voor de bepaling van het gezondheidsbeleid, alsook de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging, met inbegrip van de allocatie van middelen, bij de lidstaten. De rol van de EU bestaat erin hun acties te ondersteunen en aan te vullen.

II Tijdens de COVID-19-pandemie werd het belang van de digitalisering van de gezondheidszorg in onze samenleving duidelijk, en nam de publieke belangstelling voor het onderwerp toe. Als gevolg van maatregelen met betrekking tot social distancing werd het gebruik van elektronische middelen om gezondheidszorg te verlenen (“e-gezondheid”) bijzonder relevant. De pandemie heeft ook de behoefte aan coördinatie en aan betere stromen van gezondheidsgegevens in de hele EU vergroot, en heeft de meerwaarde aangetoond van EU-maatregelen op het gebied van digitalisering van de gezondheidszorg.

III Daarom hebben wij besloten te onderzoeken of de acties die de Commissie heeft ondernomen om de lidstaten te ondersteunen bij de digitalisering van hun gezondheidszorgstelsels doeltreffend waren. Bij onze controle werd niet alleen beoordeeld of het EU-beleidskader voorzag in duidelijke doelstellingen en steun voor de lidstaten, maar ook of de Commissie de lidstaten hielp bij het vaststellen en gebruiken van de beschikbare EU-middelen om hun projecten te financieren, en of zij de voortgang van de digitalisering van de gezondheidszorg in de lidstaten monitorde, met inbegrip van hun gebruik van EU-middelen. We verwachten dat ons verslag de Commissie zal helpen de uitvoering van haar beleid te verbeteren.

IV We hebben vastgesteld dat de Commissie, gezien haar mandaat, de digitalisering van de gezondheidszorgstelsels van de lidstaten over het algemeen doeltreffend heeft ondersteund. Het EU-beleid bevordert al meer dan twintig jaar de digitalisering van de gezondheidszorg, voornamelijk via “zachte” instrumenten, zoals het aanbevelen van acties of het vaststellen van niet-bindende doelstellingen. De COVID-19-pandemie heeft geleid tot de versterking van het EU-beleidskader voor de digitalisering van de gezondheidszorg via de goedkeuring van bindende besluiten en verordeningen.

V In dit verband was het effect van het EU-beleid op de lidstaten vóór de COVID-19-pandemie volledig afhankelijk van vrijwillige inzet. Dit werd beïnvloed door politieke prioriteiten, het niveau van paraatheid om digitale oplossingen in te voeren, en door de uitdagingen waarmee de lidstaten tijdens het proces te maken kregen.

**VI** In de programmeringsperioden 2014-2020 en 2021-2027 werden uit verschillende EU-programma's projecten voor de digitalisering van de gezondheidszorg gefinancierd. Zo voorzagen het cohesiebeleid en de herstel- en veerkrachtfaciliteit (Recovery and Resilience Facility — RRF) respectievelijk in 2,4 miljard EUR en 13,6 miljard EUR voor de financiering van projecten in de lidstaten om hun gezondheidszorgstelsels te digitaliseren. De Commissie heeft de lidstaten richtsnoeren verstrekt over de beschikbare EU-programma's.

**VII** De EU-programma's ter financiering van projecten op het gebied van de digitalisering van de gezondheidszorg in de lidstaten werden door verschillende directoraten-generaal beheerd en onder verschillende beheersvormen uitgevoerd. De regels voor het aanvragen van steun (en voor het uitvoeren van de gefinancierde acties) varieerden tussen de verschillende EU-programma's. Dit maakte het voor sommige lidstaten moeilijk om de beschikbare EU-middelen vast te stellen. Ook creëerde het obstakels voor de lidstaten wanneer zij financiering wilden aanvragen, hoewel de meeste van hen aangaven dat de EU-steun aansloot bij hun behoeften. Alle door ons gecontroleerde projecten droegen bij aan de digitalisering van de gezondheidszorg in de lidstaten die we bezochten.

**VIII** De Commissie monitort de vooruitgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg aan de hand van twee belangrijke bronnen in het kader van het beleidsprogramma voor het digitale decennium tot 2030: de benchmark inzake e-overheid sinds 2022 en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium sinds 2023. Deze indicatoren zijn gebaseerd op verschillende methodologieën en hebben uiteenlopende doelen, maar ze hebben betrekking op vergelijkbare aspecten van de toegang tot elektronische patiëntendossiers. We hebben enkele tekortkomingen geconstateerd in de verslaglegging over de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium. We constateerden eveneens dat in het benchmarkverslag inzake e-overheid geen informatie wordt verschaft over de redenen voor de verschillen in de landenscores van jaar tot jaar.

**IX** Het huidige financiële monitoringkader van de Commissie biedt voor elk financieringsprogramma een overzicht van de EU-middelen die de lidstaten gebruiken om hun gezondheidszorgstelsels te digitaliseren. Noch de Commissie, noch de meeste lidstaten hebben een uitgebreid overzicht van alle EU-middelen die door elke lidstaat worden gebruikt om zijn gezondheidszorgstelsel te digitaliseren. Daarom is het moeilijk om de omvang van de financiële steun van de EU in de lidstaten vast te stellen.

**X** Wij hebben aanbevolen dat de Commissie haar verslaglegging over de e-overheidsbenchmark en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium verbetert, alsook haar verslaglegging over het gebruik van EU-middelen voor de digitalisering van de gezondheidszorg.

# Inleiding

## De relevantie van de digitalisering van de gezondheidszorg

**01** E-gezondheid verwijst naar het gebruik van elektronische middelen om gezondheidszorg te verlenen. Hierbij wordt het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT) bij gezondheidsproducten, -diensten en -processen gecombineerd met organisatorische veranderingen in gezondheidszorgstelsels en nieuwe vaardigheden<sup>1</sup>. In dit verslag noemen wij het proces dat tot de toepassing van e-gezondheidsoplossingen leidt “digitalisering van de gezondheidszorg” of “digitalisering van gezondheidszorgstelsels”.

**02** Praktisch gezien heeft e-gezondheidszorg betrekking op de interactie tussen patiënten en zorgverleners, de overdracht van gegevens tussen instellingen en de communicatie tussen gezondheidswerkers<sup>2</sup> (*kader 1*). Wanneer we het hebben over gezondheidsgegevens, bedoelen we persoonsgegevens over de fysieke of mentale gezondheid van een persoon, waaronder gegevens over verleende gezondheidsdiensten waarmee informatie over de gezondheidstoestand van die persoon wordt gegeven<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> [Actieplan e-gezondheidszorg 2012-2020](#), Europese Commissie, 2012, voetnoot 1.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Artikel 4, lid 15, van [Verordening 2016/679](#) (algemene verordening gegevensbescherming).

## Kader 1

### Voorbeelden van e-gezondheidsdiensten

- Elektronisch recept: een recept voor geneesmiddelen of behandelingen dat in elektronische vorm wordt verstrekt door een gezondheidswerker en wordt doorgegeven aan een apotheek waar het geneesmiddel vervolgens kan worden afgeleverd.
- Elektronisch patiëntendossier: een uitgebreid medisch dossier, of vergelijkbare documentatie in elektronische vorm, van de vroegere en huidige fysieke en mentale gezondheid van een individu.
- Telegeneeskunde: het verlenen van gezondheidsdiensten, met inbegrip van zorg op afstand en teleconsultatie, door middel van informatie- en communicatietechnologieën, in situaties waarin de gezondheidswerker en de patiënt zich niet op dezelfde locatie bevinden.

*Bron: Speciaal verslag nr. 07/2019 van de ERK. Verklarende woordenlijst; voorstel voor een verordening betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens, Europese Commissie, blz. 57.*

**03** Door de COVID-19-pandemie is de rol en de perceptie van digitalisering in onze samenlevingen en economieën veranderd. Als gevolg van de maatregelen voor social distancing zijn virtuele technologieën voor gezondheidszorg bijzonder relevant geworden en is het gebruik ervan sterk toegenomen. De lidstaten hebben het gebruik van digitale instrumenten, zoals diensten inzake telegeneeskunde en gedigitaliseerde facturen en recepten vergemakkelijkt. Sinds de pandemie wordt steeds vaker gebruikgemaakt van e-gezondheidsdiensten, ook al is persoonlijke behandeling nog steeds de belangrijkste vorm van gezondheidszorg<sup>4</sup>. Volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) kunnen een snellere digitale transformatie van gezondheidszorgstelsels en de invoering van digitale gezondheidstechnologieën de verdere transformatie van gezondheidszorgstelsels bevorderen en hun doeltreffendheid verbeteren<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Study supporting the evaluation of Directive 2011/24/EU, Europese Commissie, blz. 121.

<sup>5</sup> Health at a Glance 2023, OESO, blz. 35-60/234.



**04** Door de COVID-19-pandemie is de behoefte aan coördinatie en betere stromen van gezondheidsgegevens in de hele EU ook toegenomen, en is de meerwaarde van EU-maatregelen op het gebied van de digitalisering van de gezondheidszorg duidelijk gebleken<sup>6</sup>. Om het reizen te faciliteren en COVID-19-gevallen te helpen opsporen, ontwikkelde de Commissie het [digitaal EU-covidcertificaat](#) en een [gateway](#) om te zorgen voor EU-brede interoperabiliteit tussen nationale toepassingen die gegevens over COVID-19-gevallen bevatten<sup>7</sup>.

**05** In 2021 heeft de Europese Commissie een openbare raadpleging gelanceerd over een EU-initiatief betreffende een Europese dataruimte voor gezondheid. Het recht op toegang tot iemands gezondheidsgegevens in elektronische vorm werd door 88 % van de respondenten belangrijk geacht<sup>8</sup>. Volgens de in 2023 gepubliceerde [Eurobarometer inzake het digitale decennium](#) verwacht een aanzienlijke meerderheid van de respondenten (76 %) dat digitale technologieën tegen 2030 een cruciale invloed zullen hebben op de toegang tot of het ontvangen van gezondheidsdiensten (bijv. telegeneeskunde en artificiële intelligentie voor de diagnose van ziekten), ook in EU-landen waar patiënten niet daadwerkelijk wonen. Een kleiner aandeel van de respondenten (13 %) vindt dat hun land vanaf nu tot 2030 prioriteit moet geven aan de toegang van burgers tot hun elektronische patiëntendossiers.

## Het EU-kader voor de digitalisering van de gezondheidszorg

**06** De EU stimuleert al meer dan twintig jaar de digitalisering van de gezondheidszorg. [Figuur 1](#) toont de belangrijkste EU-initiatieven op het gebied van e-gezondheid, terwijl [bijlage I](#) een ruimere lijst bevat van de belangrijkste EU-initiatieven ter bevordering van e-gezondheid.

---

<sup>6</sup> EHDS Impact Assessment Report, Europese Commissie, deel 4/4, blz. 35.

<sup>7</sup> Speciaal verslag 01/2023 van de ERK.

<sup>8</sup> EHDS Impact Assessment Report, Europese Commissie, deel 2/4, blz. 10-12/84.

## Figuur 1 — Belangrijkste EU-initiatieven op het gebied van e-gezondheid

**niet-bindend** mededelingen

**bindend** besluiten, richtlijnen en voorstel voor een verordening

| Jaar | Initiatief   | Relevantie voor e-gezondheid   |
|------|--|--|
| 1999 | "eEurope. Een informatiemaatschappij voor iedereen"  | "Onlinegezondheidszorg" wordt aangemerkt als een prioritair actiegebied.   |
| 2004 | "Een actieplan voor een Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg"  | Eerste EU-actieplan voor e-gezondheid.   |
| 2011 | Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (richtlijn grensoverschrijdende gezondheidszorg) | Geformaliseerde samenwerking tussen de lidstaten via de oprichting van het e-gezondheidsnetwerk, dat de verschillende nationale autoriteiten inzake e-gezondheid met elkaar verbindt en de digitale diensteninfrastructuur voor e-gezondheid (eHDSI), momenteel bekend onder de naam MyHealth@EU) bevordert.   |
| 2012 | "Actieplan e-gezondheidszorg 2012-2020. Innovatieve gezondheidszorg voor de 21e eeuw"  | De visie voor e-gezondheid in Europa wordt uiteengezet.  |
| 2015 | "Strategie voor een digitale eengemaakte markt voor Europa"  | E-gezondheid en telegeneeskunde worden vermeld als instrumenten om concurrentievermogen te bevorderen door interoperabiliteit en normalisatie.   |
| 2018 | "Het mogelijk maken van de digitale transformatie van gezondheid en zorg in de digitale eengemaakte markt"   | De uitvoering van de strategie voor de digitale eengemaakte markt in de gezondheidssector wordt mogelijk gemaakt, waarbij drie prioriteiten worden aangemerkt: <ol style="list-style-type: none"> <li>burgers veilige toegang bieden tot hun gezondheidsgegevens en het delen van die gegevens;</li> <li>betere gegevens om onderzoek, ziektepreventie en gepersonaliseerde gezondheidszorg te bevorderen;</li> <li>digitale instrumenten voor empowerment van burgers en persoonsgerichte zorg.</li> </ol>  |
| 2021 | Digitaal kompas 2030: de Europese aanpak voor het digitale decennium   | Er wordt een gemeenschappelijke digitale doelstelling voorgesteld: 100 % van de Europese burgers heeft tegen 2030 toegang tot hun elektronische patiëntendossiers.   |
| 2022 | Besluit tot vaststelling van het beleidsprogramma voor het digitale decennium tot 2030   | Er wordt een doelstelling vastgesteld, afgestemd op de doelstelling die is voorgesteld in het digitaal kompas 2030.  |
| 2022 | Voorstel voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens (EHDS-verordening)             | De Europese dataruimte voor gezondheid (EHDS) beoogt de uitwisseling van en de toegang tot gezondheidsgegevens in de hele EU te vergemakkelijken door: <ul style="list-style-type: none"> <li>ervoor te zorgen dat EU-patiënten toegang hebben tot hun gezondheidsgegevens en dat gezondheidswerkers de dossiers van hun patiënten in elektronische vorm kunnen raadplegen, ook vanuit andere EU-landen;</li> <li>de regels voor interoperabiliteit van en inloggen op systemen voor elektronische patiëntendossiers te harmoniseren;</li> <li>het gebruik van gezondheidsgegevens voor onderzoek, beleidsvorming, regelgevende activiteiten en andere gezondheidsdoeleinden in de hele EU mogelijk te maken.</li> </ul> |

*De eHDSI-infrastructuur stelt de lidstaten in staat om gezondheidsgegevens uit te wisselen binnen de EU, waardoor de continuïteit van de zorg voor Europese burgers wordt gewaarborgd terwijl ze in een andere EU-lidstaat reizen.*

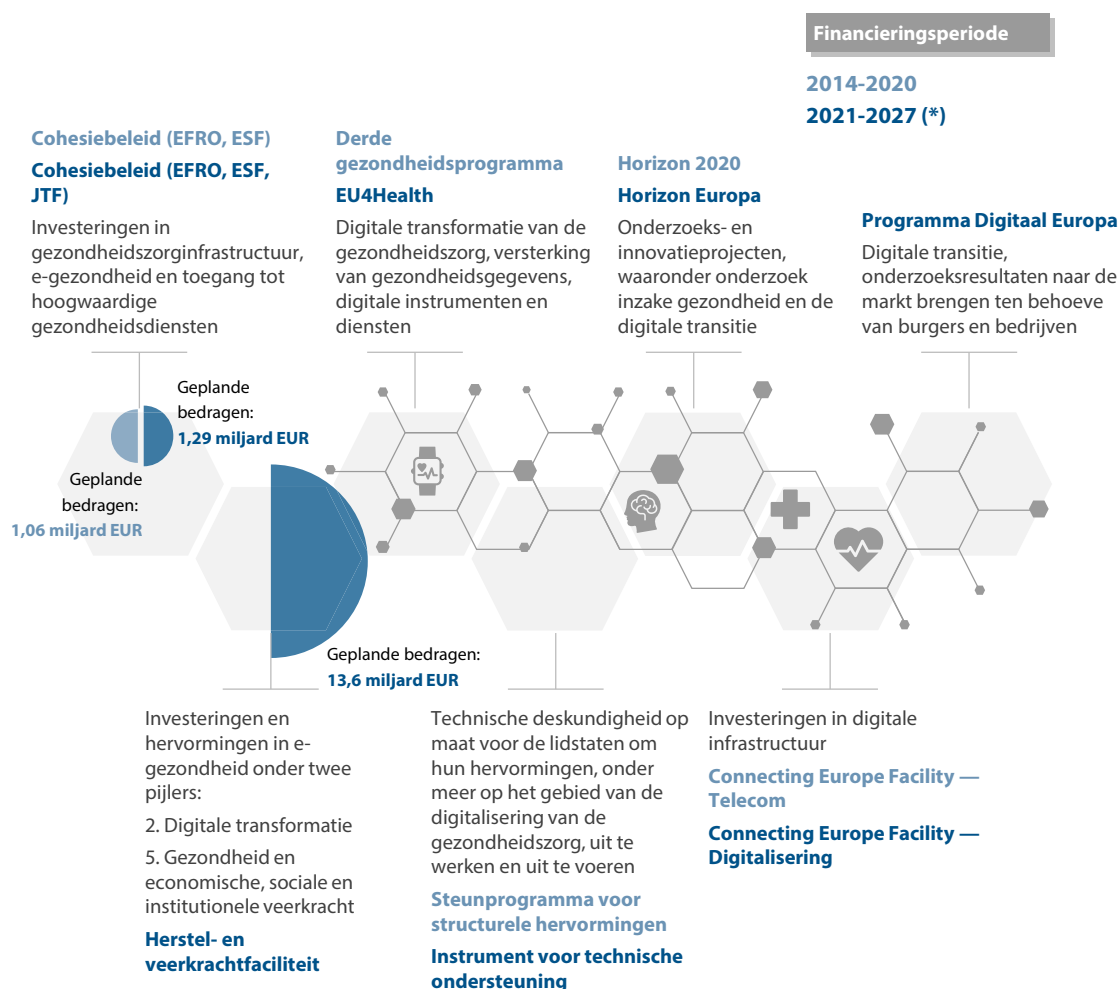
*Onderliggende strategie*

*Voorgesteld streefdoel*

Bron: ERK-analyse van EU-documentatie.

**07** In de programmeringsperioden 2014-2020 en 2021-2027 werden uit verschillende EU-programma's projecten voor de digitalisering van de gezondheidszorg gefinancierd. In **figuur 2** wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste daarvan. In de figuur worden alleen de geplande bedragen weergegeven die specifiek kunnen worden gekoppeld aan projecten om de gezondheidszorgstelsels van de lidstaten te digitaliseren. Dit was mogelijk voor het cohesiebeleid (het Europees Fonds voor regionale ontwikkeling (EFRO), het Europees Sociaal Fonds (ESF) en in de periode 2021-2027 ook het Fonds voor een rechtvaardige transitie (JTF)) en de herstel- en veerkrachtfaciliteit (RRF). Voor de andere programma's is er geen automatisch mechanisme voorhanden om de financiering te koppelen aan projecten voor de digitalisering van de gezondheidszorg in de lidstaten.

**Figuur 2 — Belangrijkste EU-programma's ter ondersteuning van de digitalisering van de gezondheidszorg in de programmeringsperioden 2014-2020 en 2021-2027**



(\* ) 2021-2026 voor de RRF.

Bron: ERK-analyse van EU-documentatie. Door de Commissie verstrekte financiële gegevens.

**08** De Commissie monitort de digitale prestaties van de EU en volgt de vooruitgang van de EU-lidstaten via twee belangrijke bronnen:

- o de e-overheidsbenchmark voor gezondheidsgerelateerde onlinediensten, en
- o de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium.

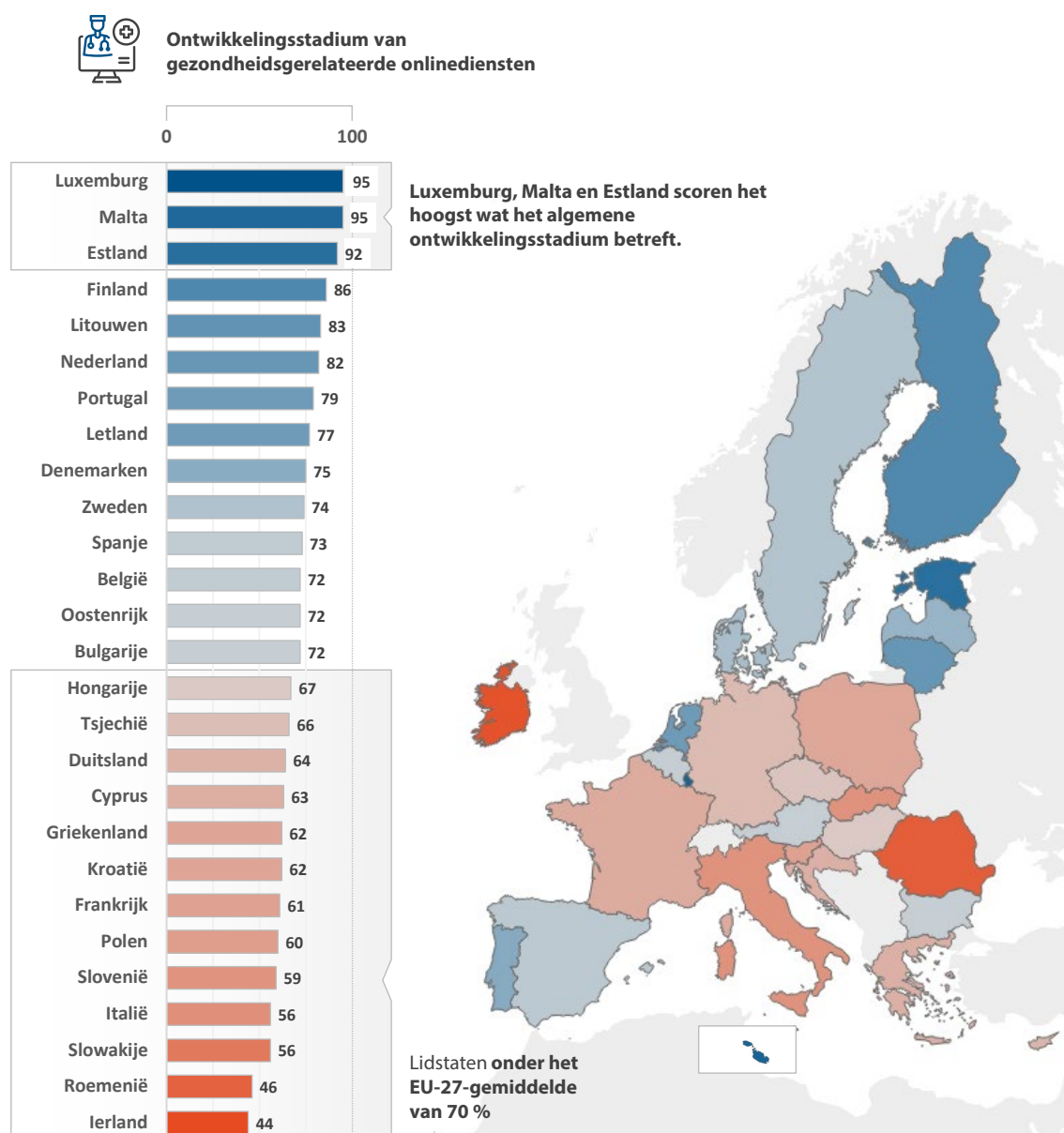
### E-overheidsbenchmark

**09** Sinds 2002 wordt de digitalisering van de overheidsdiensten in Europa gemonitord via de **e-overheidsbenchmark**: naast de EU-27 bestrijkt de benchmark ook IJsland, Noorwegen, Zwitserland, Albanië, Moldavië, Noord-Macedonië, Montenegro, Servië, Turkije en Oekraïne. In de e-overheidsbenchmark wordt het ontwikkelingsstadium van online-overheidsdiensten beoordeeld voor vier dimensies:

- o gebruikersgerichtheid — de mate waarin diensten online beschikbaar zijn, compatibel zijn met mobiele apparaten, en ondersteund worden door onlinehulp;
- o transparantie — de mate waarin dienstprocessen transparant zijn, diensten ontworpen zijn met de betrokkenheid van gebruikers, en gebruikers hun persoonsgegevens kunnen beheren;
- o belangrijke katalysatoren — de mate waarin technologische katalysatoren (bijv. elektronische documenten) beschikbaar zijn om onlinediensten te verlenen;
- o grensoverschrijdende diensten — de mate waarin onlinediensten beschikbaar en bruikbaar zijn voor gebruikers uit andere Europese landen.

**10** Sinds 2022 omvat de e-overheidsbenchmark ook het ontwikkelingsstadium van gezondheidsgerelateerde onlinediensten, waarvan de voortgang om de twee jaar wordt beoordeeld (*figuur 3*).

**Figuur 3 — E-overheidsbenchmark: ontwikkelingsstadium van gezondheidsgerelateerde onlinediensten**



*Opmerking:* het EU-27-gemiddelde werd herberekend door de ERK, waarbij niet-EU-landen werden uitgesloten (Albanië, IJsland, Moldavië, Montenegro, Noord-Macedonië, Noorwegen, Oekraïne, Servië, Turkije en Zwitserland).

*Bron:* Europese Commissie, [E-overheidsbenchmark 2024](#). Achtergrondverslag, figuren 4.1 en 4.2, blz. 54 en 55. De gegevens hebben betrekking op 2023.

## E-gezondheidsindicator van het digitale decennium

**11** De e-gezondheidszorgindicator van het digitale decennium werd opgesteld in het kader van het [digitaal kompas 2030](#)<sup>9</sup> van de Commissie, waarin de digitale ambities van de EU voor 2030 worden vertaald in concrete streefcijfers en de voortgang ervan wordt gevolgd. Het digitaal kompas 2030 is opgebouwd rond vier kernpunten:

- 1) een digitaal vaardige bevolking en hooggekwalificeerde digitale professionals;
- 2) beveiligde, goed presterende en duurzame digitale infrastructuur;
- 3) digitale transformatie van bedrijven;
- 4) digitalisering van overheidsdiensten.

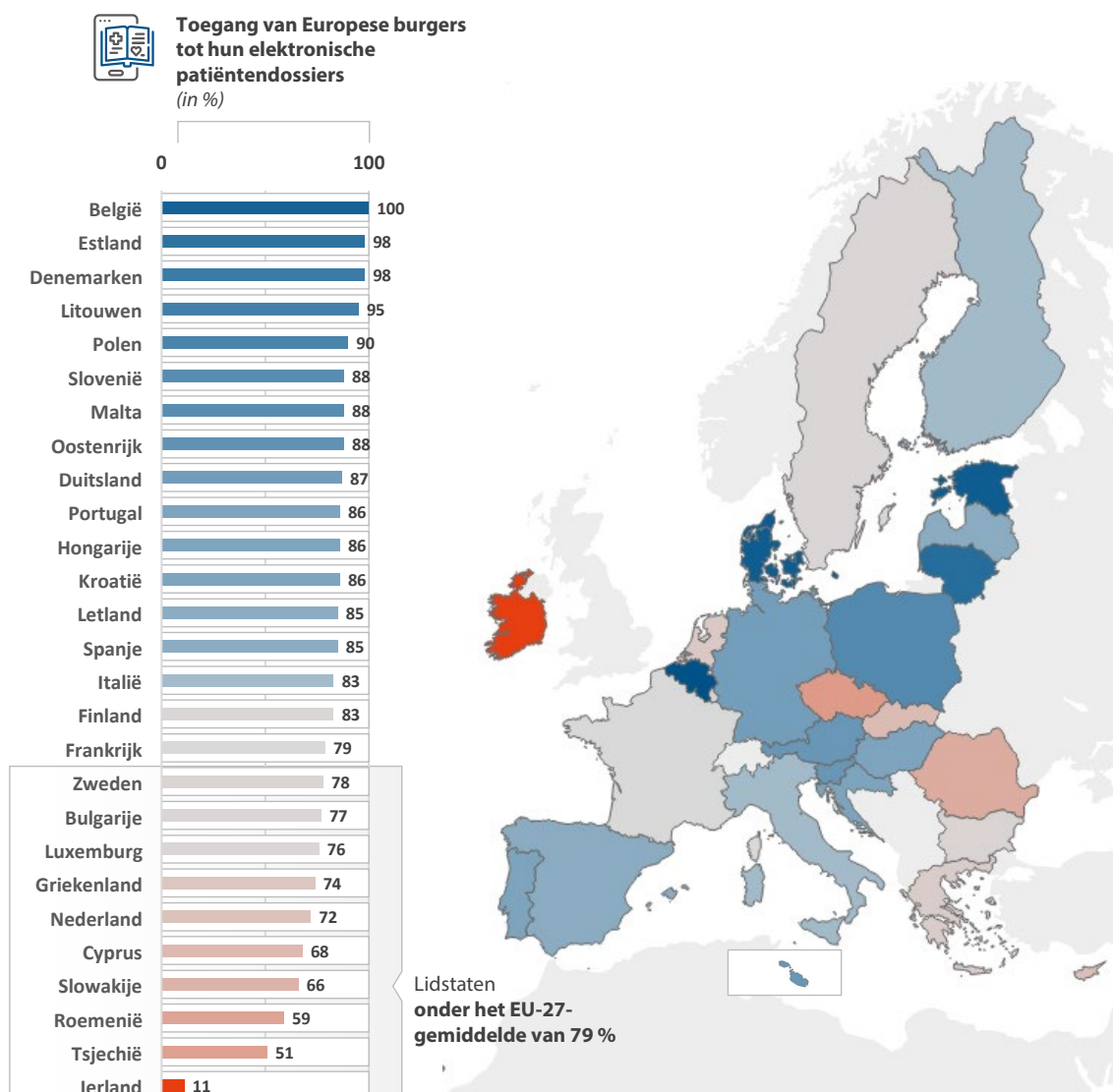
**12** In het kader van het vierde kernpunt is in de voorstellen voor het digitale kompas 2030 een streefcijfer opgenomen: in 2030 moet 100 % van de Europese burgers onlinetoegang hebben tot hun elektronische patiëntendossiers. In 2022 hebben het Europees Parlement en de Raad het [beleidsprogramma voor het digitale decennium tot 2030](#)<sup>10</sup> vastgesteld, waarin streefcijfers zijn opgenomen die zijn afgestemd op de in het digitaal kompas 2030 voorgestelde streefcijfers, en een monitoring- en samenwerkingsmechanisme is vastgesteld om de verwezenlijking ervan te vergemakkelijken. Sinds 2023 publiceert de Commissie het [verslag over de stand van het digitale decennium](#) en de [landverslagen over het digitale decennium](#), die betrekking hebben op het streefcijfer voor de onlinetoegang van Europese burgers tot elektronische patiëntendossiers ([figuur 4](#)).

---

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

<sup>10</sup> Besluit (EU) 2022/2481.

**Figuur 4 — E-gezondheidsindicator van het digitale decennium**



Bron: Europese Commissie, *Digital Decade 2024: e-Health indicator study*. Hoofdverslag, blz. 11. De gegevens hebben betrekking op 2023.

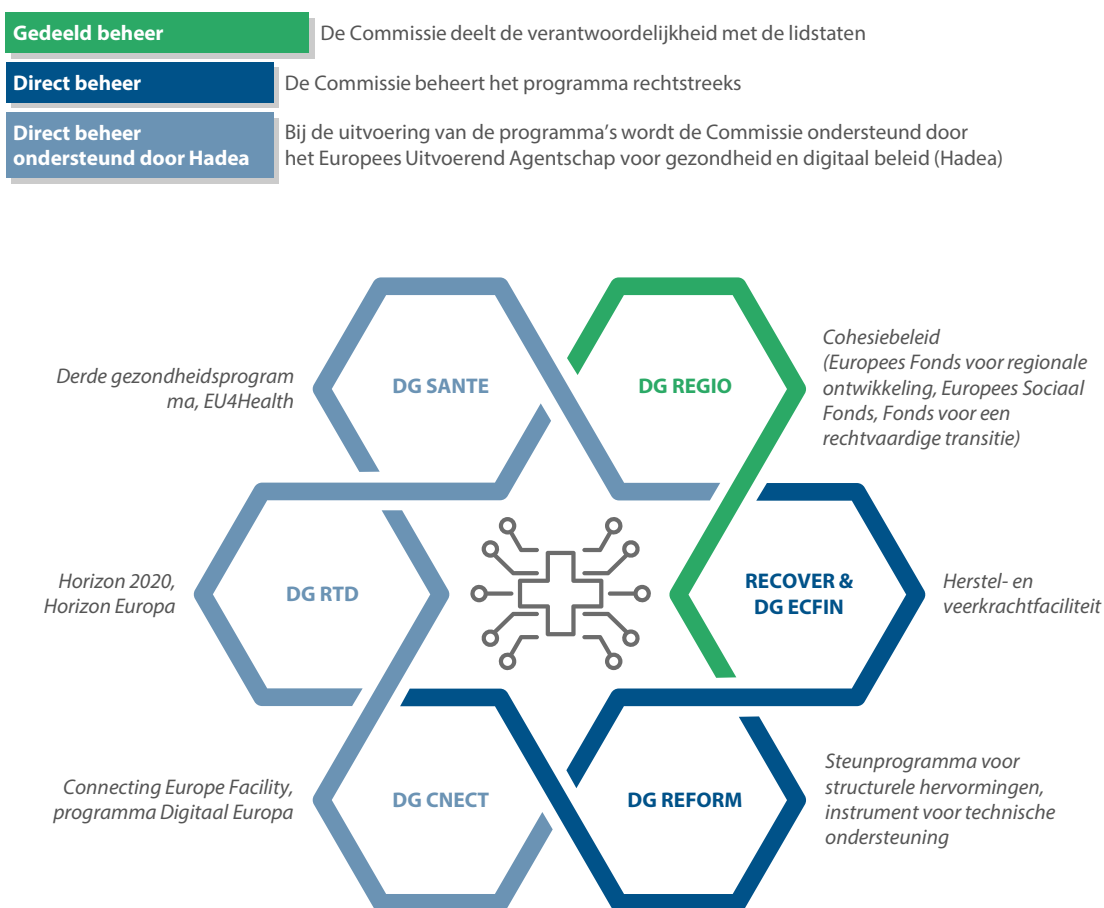
## De taken en verantwoordelijkheden van de belangrijkste belanghebbenden

**13** In artikel 168 van het [Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie](#) is bepaald dat de verantwoordelijkheid voor de bepaling van het gezondheidsbeleid en de organisatie en de verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging, met inbegrip van de allocatie van middelen, bij de lidstaten ligt. De rol van de EU bestaat erin hun acties te ondersteunen en aan te vullen. Het directoraat-generaal Gezondheid en Voedselveiligheid ([DG SANTE](#)) is de leidende dienst van de Commissie voor gezondheidsgerelateerde EU-initiatieven.

**14** Hoewel de EU-Verdragen geen speciale bepalingen over digitalisering bevatten, kan de Commissie relevante maatregelen nemen in het kader van sectoraal en horizontaal beleid om innovatie, economische groei en de ontwikkeling van de interne markt te bevorderen, in nauwe samenwerking met de lidstaten. Het directoraat-generaal Communicatienetwerken, Inhoud en Technologie (**DG CONNECT**) zorgt voor de ontwikkeling en uitvoering van het digitale beleid van de EU.

**15** De verantwoordelijkheden voor de uitvoering van EU-programma's zijn toegewezen zoals weergegeven in **figuur 5**.

**Figuur 5 — EU-programma's en verantwoordelijke DG's**



Directoraat-generaal Regionaal Beleid en Stadsontwikkeling (DG REGIO)  
 Taskforce Herstel en veerkracht (RECOVER), DG Economische en Financiële Zaken (DG ECFIN)  
 Directoraat-generaal Steun voor structurele hervormingen (DG REFORM)  
 Directoraat-generaal Communicatienetwerken, Inhoud en Technologie (DG CNECT)  
 Directoraat-generaal Onderzoek en Innovatie (DG RTD)  
 Directoraat-generaal Gezondheid en Voedselveiligheid (DG SANTE)

**Bron:** ERK-analyse van EU-documentatie.



## Reikwijdte en aanpak van de controle

**16** Tijdens de COVID-19-pandemie werd het belang van de digitalisering van de gezondheidszorg duidelijk, en nam de publieke belangstelling voor het onderwerp toe. Daarom hebben wij besloten te onderzoeken of de acties die de Commissie heeft ondernomen om de lidstaten te ondersteunen bij de digitalisering van hun gezondheidszorgstelsels, doeltreffend waren. We verwachten dat ons verslag de Commissie zal helpen de uitvoering van haar beleid te verbeteren. We hebben beoordeeld of:

- o het EU-beleidskader voor de digitalisering van de gezondheidszorg voorzag in duidelijke doelstellingen voor de lidstaten, en of het de initiatieven van de lidstaten om hun gezondheidszorgstelsels te digitaliseren ondersteunde;
- o de Commissie de lidstaten heeft geholpen bij het vaststellen van de beschikbare EU-middelen om hun projecten voor de digitalisering van de gezondheidszorg te financieren, en of de middelen daadwerkelijk aansloten bij de behoeften van de lidstaten;
- o het monitoringkader van de Commissie voor tijdige, relevante en vergelijkbare informatie zorgde om de vooruitgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg en hun gebruik van EU-middelen te volgen.

**17** Vanuit een patiëntenperspectief hebben we ons toegespitst op het gebruik van gezondheidsgegevens voor rechtstreekse zorgverlening aan patiënten, en hebben we het hergebruik van gezondheidsgegevens voor onderzoek, innovatie en andere doeleinden uitgesloten. We hebben de grensoverschrijdende uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen de lidstaten niet beoordeeld, omdat dit aspect al aan bod kwam in twee eerdere controles<sup>11</sup>. We hebben de Europese dataruimte voor gezondheid niet specifiek onderzocht omdat er ten tijde van onze controlewerkzaamheden door de medewetgevers van de EU nog werd onderhandeld over het rechtskader ervan (paragraaf **30**).

**18** We hebben de programmeringsperioden 2014-2020 en 2021-2027 onderzocht en hebben ons op de volgende EU-programma's gericht: het EFRO, de RRF, het derde gezondheidsprogramma, EU4Health, het steunprogramma voor structurele hervormingen en het instrument voor technische ondersteuning (*figuur 2*).

---

<sup>11</sup> Speciaal verslag nr. [07/2019](#) en Speciaal verslag [01/2023](#) van de ERK.

**19** We hebben alle lidstaten (*bijlage II*) via het e-gezondheidsnetwerk ondervraagd om informatie te verzamelen over hun nationale e-gezondheidsstrategieën, actieplannen, financieringsbronnen en resultaten. We hebben van 21 van de 27 lidstaten een antwoord ontvangen, maar sommige lidstaten beantwoordden niet alle vragen. We hebben de antwoorden van de lidstaten gebruikt om onze bevindingen te onderbouwen.

**20** Om een grondig inzicht te krijgen in de steun voor de lidstaten en het gebruik van EU-financiering, hebben we drie lidstaten (Spanje, Malta en Polen) geselecteerd voor een bezoek ter plaatse. Deze lidstaten werden geselecteerd op basis van de ontvangen EU-financiering voor de digitalisering van de gezondheidszorg, de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium 2023 voor toegang tot elektronische patiëntendossiers, en de e-overheidsbenchmark van 2022 voor het algemene ontwikkelingsstadium van de e-gezondheidsdiensten.

**21** In de geselecteerde lidstaten hebben we door de EU gefinancierde projecten op het gebied van elektronische recepten, elektronische patiëntendossiers en telegeneeskunde onderzocht om te beoordelen of deze hebben bijgedragen aan de digitalisering van de gezondheidszorgstelsels van de lidstaten. We hebben in elke lidstaat vijf projecten geselecteerd op basis van hun materiële belang en stadium van voltooiing, zodat een gevarieerde mix van door de EU gefinancierde programma's en diensten werd bestreken (*bijlage III*).

**22** We hebben aanvullend bewijsmateriaal verkregen door:

- o het analyseren van relevante EU-wetgeving en documentatie van de Commissie, de Raad en het Europees Parlement, en verslagen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling;
- o het voeren van vraaggesprekken met medewerkers van de betrokken diensten van de Commissie (*figuur 5*);
- o het voeren van vraaggesprekken met nationale autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor e-gezondheidsstrategieën en voor de uitvoering van projecten in de geselecteerde lidstaten.

## Opmerkingen

### Na de COVID-19-pandemie werd het EU-beleidskader versterkt, en het effect ervan hangt niet langer alleen af van de inzet van de lidstaten

**23** We hebben beoordeeld of het EU-beleid inzake de digitalisering van de gezondheidszorg:

- o in de loop van de tijd consistent is gebleven, en duidelijke doelstellingen heeft vastgesteld voor de lidstaten;
- o de initiatieven van de lidstaten om hun gezondheidszorgstelsels te digitaliseren, heeft bevorderd.

### De COVID-19-pandemie heeft geleid tot een versterking van het EU-beleidskader voor de digitalisering van de gezondheidszorg

**24** We verwachtten dat het EU-beleidskader voor de digitalisering van de gezondheidszorg de lidstaten een leidraad zou bieden door te voorzien in Smart-doelstellingen, d.w.z. dat ze specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch voor de beleidsdoelstellingen en tijdgebonden zijn. We hebben de belangrijkste EU-initiatieven op het gebied van de digitalisering van de gezondheidszorg (*bijlage I*) die al meer dan twintig jaar bestaan, onderzocht om vast te stellen of ze consistent waren en of hun doelstellingen Smart waren.

**25** Sinds het begin van deze initiatieven heeft de EU de voordelen van e-gezondheid voor zowel patiënten als de Europese markt benadrukt. Om deze beter te coördineren heeft de EU een beleidskader opgezet om het verlenen van onlinegezondheidsdiensten in de lidstaten te bevorderen. We hebben opgemerkt dat de EU deze doelstelling in de loop der jaren consequent heeft bevorderd en benadrukt.

**26** Gezien de rol van de EU in de gezondheidssector (paragraaf 13), berust haar beleid op “zachte” instrumenten, zoals het aanbevelen van acties of het vaststellen van niet-bindende doelstellingen. In **tabel 1** wordt een voorbeeld gegeven van de EU-doelstellingen met betrekking tot het aanbieden van elektronische patiëntendossiers, die in de loop der tijd specifiek en meetbaarder zijn geworden. De doelstellingen waren steeds realistisch en tijdgebonden, maar met het oog op de haalbaarheid was inzet van de lidstaten nodig om acties uit te voeren.

**Tabel 1 — EU-doelstellingen voor het aanbieden van elektronische patiëntendossiers**

| Jaar | Document  | Doelstellingen  |
|------|---|---|
| 2002 | Actieplan e-Europa 2005                                   | <b>Uiterlijk eind 2005</b> moesten de Commissie en de lidstaten ervoor zorgen dat onlinegezondheidsdiensten (bijv. <b>elektronische patiëntendossiers</b> ) beschikbaar waren voor burgers.   |
| 2004 | Actieplan voor een Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg | <b>Uiterlijk eind 2005</b> moest elke lidstaat een nationale of regionale routekaart ontwikkelen met doelstellingen voor de interoperabiliteit en het gebruik van <b>elektronische patiëntendossiers</b> .<br><b>Uiterlijk eind 2006</b> moesten de lidstaten, in samenwerking met de Commissie, interoperabiliteitsnormen vaststellen en uitwerken voor <b>elektronische patiëntendossiers</b> . |
| 2021 | Digitaal kompas 2030                                      | <b>Uiterlijk in 2030</b> moet 100 % van de Europese burgers onlinetoegang hebben tot hun <b>elektronische patiëntendossiers</b> .   |

Bron: ERK-analyse van EU-documentatie.

**27** We hebben vastgesteld dat de ervaring met de COVID-19-pandemie de inspanningen van de lidstaten op het gebied van de digitalisering van de gezondheidszorg heeft versneld. Volgens de Commissie hebben de ontwikkeling en uitrol van de European Federated Gateway Service en de digitale EU-covidcertificaten (paragraaf 04) aangetoond dat politieke convergentie en steun tussen verschillende belanghebbenden het mogelijk heeft gemaakt om binnen een kort tijdsbestek concrete resultaten te boeken<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> EHDS Impact Assessment Report, Europese Commissie, deel 4/4, blz. 28.

**28** Na de COVID-19-pandemie hebben alle EU-lidstaten zich er in 2022 toe verbonden om de doelstellingen die de Commissie in haar digitaal kompas 2030 had voorgesteld te verwezenlijken, waaronder de doelstelling inzake toegang tot elektronische patiëntendossiers voor alle EU-burgers (paragraaf **12**). Deze doelstellingen werden bindend nadat het beleidsprogramma voor het digitale decennium tot 2030 was aangenomen door het Europees Parlement en de Raad<sup>13</sup>.

**29** Een ander voorbeeld van een verschuiving in het beleid van vrijwillige naar bindende kaders heeft betrekking op de in 2019 opgezette **digitale diensteninfrastructuur voor e-gezondheid** (eHealth Digital Service Infrastructure — eHDSI), die momenteel bekend staat onder de naam **MyHealth@EU (kader 2)**. Aangezien de deelname van de lidstaten aan de eHDSI vrijwillig was, waren in mei 2024 slechts 14 lidstaten aangesloten op de eHDSI: elf daarvan wisselen patiëntendossiers uit en tien wisselen elektronische recepten uit<sup>14</sup>.

## Kader 2

### Digitale diensteninfrastructuur voor e-gezondheid

De digitale diensteninfrastructuur voor e-gezondheid, momenteel bekend als MyHealth@EU, stelt de lidstaten in staat om het volgende uit te wisselen:

- elektronische recepten (**kader 1**) — EU-burgers kunnen hun geneesmiddelen verkrijgen in een apotheek in een ander EU-land door hun elektronisch recept van het land van verblijf over te zetten naar het land waar ze naartoe reizen;
- patiëntendossiers — deze bieden artsen essentiële informatie (bijv. over allergieën, huidige geneesmiddelen, eerdere ziekten, en chirurgische behandelingen) in hun eigen taal over een patiënt uit een ander EU-land.

Op lange termijn moeten medische beelden, laboratoriumresultaten en verslagen over ziekenhuisontslag ook in de hele EU beschikbaar worden gesteld.

Bron: [webpagina van de Commissie](#) over elektronische diensten voor grensoverschrijdende gezondheidszorg.

<sup>13</sup> [Besluit \(EU\) 2022/2481](#) van het Europees Parlement en de Raad van 14 december 2022 tot vaststelling van het beleidsprogramma voor het digitale decennium tot 2030.

<sup>14</sup> Gegevens verstrekt door de Commissie en beschikbaar in het dashboard [MyHealth@EU Monitoring Framework \(KPI's\)](#) van de Commissie.

**30** Om het proces te versterken, heeft de Commissie in 2022 een voorstel ingediend voor een verordening betreffende de oprichting van een Europese dataruimte voor gezondheid (European Health Data Space — EHDS), waarbij de deelname van de lidstaten aan het eHDSI (MyHealth@EU) verplicht wordt gesteld. In maart 2024 bereikten het Europees Parlement en de Raad een voorlopig akkoord<sup>15</sup>. In september 2024 moest de overeenkomst nog formeel worden goedgekeurd.

### **De impact van het EU-beleidskader hing af van de situatie en de inzet van de lidstaten**

**31** Om de impact van het EU-beleidskader op de initiatieven van de lidstaten te beoordelen, hebben we bij de 27 lidstaten via het e-gezondheidsnetwerk een enquête gehouden (paragraaf 19) en hebben we drie lidstaten bezocht (paragraaf 20). We verwachtten dat de lidstaten de EU-initiatieven nuttig zouden vinden en ze als referentie zouden hebben gebruikt bij de digitalisering van hun gezondheidszorgstelsels.

#### **Het nut van de EU-initiatieven**

**32** Uit de analyse van de antwoorden op onze enquête (*bijlage II*) bleek dat 18 van de 21 lidstaten het EU-beleidskader geschikt achtten; de drie resterende lidstaten kozen niet voor de optie “ja/nee”, maar kenden een score toe. De gemiddelde score van de 21 lidstaten was 3,7 op 5. In *kader 3* worden enkele voorbeelden gegeven van de meerwaarde van de EU, die werden genoemd door de lidstaten die op onze enquête hebben gereageerd.

---

<sup>15</sup> Voorlopig akkoord na interinstitutionele onderhandelingen (22 maart 2024).

### Kader 3

#### Voorbeelden van de meerwaarde van de EU genoemd door de lidstaten die op onze enquête hebben gereageerd

Samengevat kwam uit de antwoorden van zeven lidstaten het volgende naar voren: het EU-beleidskader bood een alomvattende strategie, stelde duidelijke doelstellingen vast, ondersteunde de interoperabiliteit van e-gezondheidsoplossingen in de hele EU en bevorderde de afstemming van nationale initiatieven op internationale normen en goede praktijken.

Eén lidstaat was van mening dat de coördinerende rol van de Commissie tijdens de COVID-19-pandemie van cruciaal belang was om de lidstaten die voordien niet actief waren, sneller te betrekken.

*Bron:* ERK, op basis van de antwoorden van de lidstaten op onze enquête.

**33** We stelden ook vast dat Spanje en Malta steunden op het EU-beleid om veranderingen op nationaal niveau door te voeren:

- o in Spanje verwachten de autoriteiten dat de EU-verordening betreffende de EHDS (paragraaf 30) — wanneer deze is aangenomen — als hefboom zal dienen om samenwerking met de particuliere sector af te dwingen;
- o in Malta werd bij de voltooiing van de ontwerpwetgeving inzake het nationaal elektronisch patiëntendossier rekening gehouden met het vaststellingsproces van de EHDS-verordening, zodat een hoge mate van afstemming bestaat tussen de nationale en de EU-wetgeving.

**34** Niettemin maakten de respondenten in onze enquête ook melding van uitdagingen bij de toepassing van het EU-beleidskader voor de digitalisering van de gezondheidszorg:

- Twee lidstaten erkenden dat een geslaagde uitvoering van het EU-beleid uiteindelijk onder hun verantwoordelijkheid valt, en dat deze afhangt van hun bereidheid en capaciteit om de voorgestelde strategieën uit te voeren.
- Twee lidstaten waren van mening dat verschillen in de bereidheid om digitale oplossingen toe te passen alsook verschillen in de beschikbare middelen (zoals een gebrek aan infrastructuur en een tekort aan digitale vaardigheden in de zorgsector) kunnen leiden tot ongelijke vooruitgang tussen de lidstaten.
- Twee andere lidstaten antwoordden dat de verscheidenheid en complexiteit van de nationale gezondheidszorgstelsels (gecentraliseerd vs. gedecentraliseerd) en de verschillende betrokken belanghebbenden (openbare en particuliere) ook een verklaring vormen voor de verschillen in het tempo van de vooruitgang.

#### Toepassing van EU-instrumenten en -maatregelen door de lidstaten



**20** van de 21 lidstaten maakten gebruik van EU-instrumenten en/of ontvingen EU-steun bij de digitalisering van hun gezondheidszorgstelsels.

*Antwoorden van de lidstaten op de ERK-enquête*

**35** Op basis van de antwoorden op onze enquête (*bijlage II*) hebben 20 van de 21 lidstaten EU-instrumenten gebruikt en/of EU-steun ontvangen bij de digitalisering van hun gezondheidszorgstelsels. De vaakst vermelde EU-initiatieven waren technische normen en richtsnoeren (twintig lidstaten), en coördinatie- en deskundigenvergaderingen (19 lidstaten).

**36** Deze EU-initiatieven waren erop gericht de grensoverschrijdende uitwisseling van gezondheidsgegevens te ondersteunen, maar we stelden vast dat ze ook hielpen om de digitalisering van nationale gezondheidszorgstelsels te bevorderen. In *figuur 6* worden de belangrijkste kansen en uitdagingen van de EU-initiatieven samengevat die uit de antwoorden op onze enquête en uit onze bezoeken aan de drie geselecteerde lidstaten naar voren kwamen.



## Figuur 6 — Belangrijkste kansen en uitdagingen van EU-initiatieven voor de digitalisering van de gezondheidszorg

### EU-coördinatie en deskundigenvergaderingen

*Het e-gezondheidsnetwerk (eHN) komt tweemaal per jaar in plenaire vergadering bijeen. Er worden bijkomende bijeenkomsten georganiseerd voor werkgroepen en gecoördineerde acties.*



#### KANSEN

- Volgens Malta zorgen de eHN-vergaderingen voor een betere afstemming tussen EU- en nationaal beleid.
- Polen was van mening dat het eHN een lidstaat in staat stelt om deel te nemen aan EU-beleidsvorming inzake digitale gezondheid.
- Vijf andere lidstaten waren van mening dat het eHN de uitwisseling van beste praktijken en ervaringen bevordert en bijdraagt tot de ontwikkeling en vaststelling van gemeenschappelijke normen en richtsnoeren.



#### UITDAGINGEN

- Malta vond het vanwege zijn beperkte middelen een uitdaging om een actieve rol op te nemen bij alle activiteiten op EU-niveau.
- Op basis van de antwoorden op onze enquête was dit ook het geval voor twee grotere lidstaten.
- Twee andere lidstaten waren van mening dat vrijwillige samenwerking niet zorgde voor voldoende betrokkenheid van de lidstaten bij de werkgroepen.

### Technische normen en richtsnoeren van de EU

*Het eHN heeft overeenstemming bereikt over technische richtsnoeren voor de elektronische uitwisseling van gezondheidsgegevens, elektronische recepten en elektronische aflevering, patiëntendossiers, laboratoriumresultaten, medische beeldvorming en verslagen over ziekenhuisontslag, en deze richtsnoeren vastgesteld.*

#### KANSEN

- In Spanje is het nationale systeem voor de uitwisseling van elektronische recepten tussen autonome regio's gebaseerd op technische specificaties van de EU.
- In Malta waren de door het eHN vastgestelde technische normen en richtsnoeren van invloed op het ontwerp van de nationale elektronische patiëntendossiers.
- In Polen werden de technische normen van het eHN gebruikt om de interoperabiliteit (ook over de grenzen heen) van hun e-gezondheidsdiensten te garanderen.

#### UITDAGINGEN

- Volgens één lidstaat bestonden er al nationale normen voordat de technische richtsnoeren van het eHN werden vastgesteld, maar was er een inspanning op nationaal niveau nodig om ze aan te passen aan de EU-normen.
- Een andere lidstaat meende dat hetzelfde kan gebeuren bij kleine wijzigingen aan de richtsnoeren.

*Bron:* ERK, op basis van de antwoorden van de lidstaten op onze enquête en onze bezoeken aan de geselecteerde lidstaten.

## Nationale e-gezondheidsstrategieën



**20** van de 21 lidstaten verklaarden een **nationale strategie** voor de digitalisering van de gezondheidszorg te hebben.

*Antwoorden van de lidstaten op de ERK-enquête*

**37** De lidstaten zijn wettelijk niet verplicht om over een nationale strategie of een actieplan voor de digitalisering van de gezondheidszorg te beschikken. Op basis van de antwoorden op onze enquête gaven 20 van de 21 lidstaten aan dat zij over een nationale strategie voor de digitalisering van de gezondheidszorg beschikken, hetzij in het kader van hun nationale gezondheidsstrategie (drie lidstaten), hetzij als een afzonderlijke e-gezondheidsstrategie (16 lidstaten). Eén lidstaat gaf niet aan over welke van beide te beschikken. Van de respondenten gaven elf lidstaten ook aan dat zij over regionale e-gezondheidsstrategieën beschikken. **Kader 4** geeft de situatie weer in de drie lidstaten die we tijdens onze controle hebben bezocht.

## Kader 4

### E-gezondheidsstrategieën in Spanje, Malta en Polen

In **Spanje** werd in december 2021 de eerste nationale digitale gezondheidsstrategie van het nationale gezondheidszorgstelsel goedgekeurd. Deze loopt van 2021 tot 2026, afgestemd op de uitvoering van het nationale herstel- en veerkrachtplan binnen de RRF. Er werden zes werkplannen opgesteld om de digitale gezondheidsstrategie uit te voeren, waarvan er vijf met EU-middelen worden gefinancierd. De autonome regio's in Spanje hebben ook hun eigen digitale gezondheidsbeleid ontwikkeld.

Een van de eerste uitgebreide strategieën in **Malta** was de digitale gezondheidsstrategie 2018-2021, gebaseerd op de nationale strategie inzake gezondheidszorgstelsels 2014-2020. Daarna volgde de nationale strategie inzake gezondheidszorgstelsels 2023-2030, die in december 2022 werd gepubliceerd, en die een specifiek onderdeel bevatte over digitale gezondheid. Op het ogenblik van onze controle werd het bijbehorende actieplan opgesteld. Het ministerie van Volksgezondheid is van plan in 2024 een nieuwe strategie voor digitale gezondheid en gezondheidsgegevens 2030 te publiceren.

In **Polen** werden verwijzingen naar "IT-beheer in de gezondheidszorg" opgenomen in het nationaal strategisch kader voor de beleidsnota gezondheidszorg 2014-2020 die in juli 2015 werd gepubliceerd. De nieuwste strategie "Een gezonde toekomst. Strategisch kader voor de ontwikkeling van het gezondheidszorgstelsel 2021-2027, met het oog op 2030", die in december 2021 werd goedgekeurd, bevat een specifiek hoofdstuk over e-gezondheid. In het ontwikkelingsprogramma inzake e-gezondheid voor 2022-2027 wordt aangegeven welke investeringen en hervormingen nodig zijn om de strategie "Een gezonde toekomst" uit te voeren.

*Bron:* ERK, op basis van onze analyse van documenten die wij hebben ontvangen van Spanje, Malta en Polen.

**38** Uit een analyse van de notulen van de vergaderingen sinds 2012 bleek dat het e-gezondheidsnetwerk een positieve bijdrage heeft geleverd aan de ontwikkeling van e-gezondheidsstrategieën in de lidstaten. Tijdens de vergaderingen deelden de vertegenwoordigers van de lidstaten hun ervaringen met het opstellen en uitvoeren van hun nationale strategieën, door praktische voorbeelden te geven van de uitdagingen waarmee ze werden geconfronteerd en de oplossingen die ze hadden gevonden.

## Ondanks richtsnoeren van de Commissie over EU-middelen voor de digitalisering van de gezondheidszorg, stuiten de lidstaten op obstakels bij het gebruik ervan

**39** Wij hebben beoordeeld of:

- o de Commissie de lidstaten heeft ondersteund bij het vaststellen van de EU-middelen die beschikbaar zijn voor de financiering van projecten inzake de digitalisering van de gezondheidszorg;
- o de beschikbare EU-middelen en de vereisten om deze te verkrijgen, waren afgestemd op de behoeften van de lidstaten.

### De Commissie heeft de lidstaten richtsnoeren verstrekt over de beschikbaarheid van EU-middelen voor projecten inzake de digitalisering van de gezondheidszorg

**40** Wij verwachtten dat de Commissie de lidstaten informatie zou verstrekken over de beschikbare EU-middelen, evenals richtsnoeren over hoe zij deze moeten gebruiken. We onderzochten de documenten voor de belangrijkste EU-initiatieven ter bevordering van e-gezondheid (*bijlage I*). Hierin werden de financieringsprogramma's van de EU die gebruikt kunnen worden om deze initiatieven te financieren in grote lijnen vermeld. In sommige documenten, zoals de mededeling over de Europese dataruimte voor gezondheid en het voorstel voor de verordening daarover, werd de totale beschikbare begroting vermeld. Nadere gegevens over subsidiabele acties en begunstigden, het steunbedrag en de uitvoeringsregels waren opgenomen in de rechtshandelingen van de programma's.

**41** Onze analyse was gericht op een steekproef van EU-financieringsprogramma's (paragraaf **18**). We stelden vast dat hun specifieke doelstellingen voor de digitalisering van de gezondheidszorg vrij vergelijkbaar zijn, terwijl hun algemene doelstellingen en thematische prioriteiten specifiek zijn voor elk programma en grotendeels complementair zijn. Wat de subsidiabele acties betreft, stelden we vast dat de door ons geanalyseerde programma's de lidstaten over het algemeen in staat stellen om een breed scala aan acties te ondernemen, van investeringen en hervormingen tot studies en capaciteitsopbouw. We merkten op dat deze programma's worden uitgevoerd aan de hand van uiteenlopende beheersvormen en door verschillende DG's (*figuur 5*), dat zij verschillende soorten steun bieden en zich richten op verschillende begunstigden (*tabel 2*).

**Tabel 2 — EU-steun voor digitalisering van de gezondheidszorg in de lidstaten en in aanmerking komende begunstigen per geselecteerd EU-programma**

| EU-programma   | Steun geboden aan de lidstaten  | Begunstigen  |
|--|---|--|
| EFRO   | Financiële steun, gebaseerd op cofinanciering van subsidiabele uitgaven                               | Openbare of particuliere organen, entiteiten met of zonder rechtspersoonlijkheid, natuurlijke personen               |
| RRF  | Financiële steun, gebaseerd op het bereiken van mijlpalen en streefdoelen (niet gekoppeld aan kosten) | Lidstaten  |
| Derde gezondheidsprogramma, EU4Health  | Financiële steun, gebaseerd op cofinanciering van subsidiabele uitgaven                               | Juridische entiteiten of internationale organisaties   |
| Steunprogramma voor structurele hervormingen, instrument voor technische ondersteuning | Technische ondersteuning (deskundigheid)  | Nationale autoriteiten van de lidstaten, internationale organisaties, openbare of particuliere organen en entiteiten |

Bron: ERK-analyse van EU-documentatie; [bijlage IV](#).

**42** Uit onze analyse van de notulen van de vergaderingen sinds 2012 blijkt dat het e-gezondheidsnetwerk het bewustzijn van de lidstaten over de beschikbare EU-middelen heeft vergroot. Tijdens de vergaderingen van het netwerk heeft de Commissie informatie gedeeld, met name over deze programma's (de Connecting Europe Facility, het programma Digitaal Europa en EU4Health) die grensoverschrijdende initiatieven op EU-niveau financieren, zoals de invoering van eHDSI (MyHealth@EU), met inbegrip van de diensten voor patiëntendossiers en elektronische recepten, en de infrastructuur en voorbereidende acties voor de EHDS. Er werden ook presentaties gegeven over andere programma's die door de Commissie worden beheerd, zoals het EFRO en de RRF, en over programma's die door de Europese Investeringsbank worden beheerd.

**43** In 2019 heeft het e-gezondheidsnetwerk “*investeringsrichtsnoeren*” vastgesteld om de lidstaten te helpen beslissen hoe ze interoperabele e-gezondheidsoplossingen kunnen financieren. De richtsnoeren bevatten algemene informatie over de voorgestelde financiering op EU-niveau voor de periode 2021-2027. We hebben ook vastgesteld dat de Commissie tijdens een vergadering van het e-gezondheidsnetwerk in 2022 heeft bevestigd dat ze bereid is om de lidstaten steun en begeleiding te bieden met betrekking tot EU-financieringsmogelijkheden. De Commissie heeft vervolgens specifieke informatie verstrekt over acties in het kader van EU4Health, bijvoorbeeld voor de uitvoering van MyHealth@EU, en in het kader van het programma Digitaal Europa.

**44** De Commissie beschouwt het scala aan instrumenten die de lidstaten ter beschikking staan niet als een obstakel, maar eerder als een middel om op maat gemaakte instrumenten aan te bieden teneinde specifieke beleidsdoelen te verwezenlijken. De Spaanse autoriteiten waren echter van mening dat (voor sommige autonome regio’s) het brede scala aan beschikbare financiering het moeilijk maakte om te bepalen welke EU-middelen het best waren afgestemd op hun behoeften.

### De EU-middelen voor digitalisering van de gezondheidszorg sloten over het algemeen aan bij de behoeften van de lidstaten, maar de lidstaten stuiten op obstakels bij het gebruik ervan

**45** We verwachtten dat de lidstaten de beschikbare EU-middelen voor de digitalisering van de gezondheidszorg zouden gebruiken, en dat de EU-middelen zouden aansluiten bij de behoeften van de lidstaten. Om dit aspect te beoordelen, verzamelden we informatie via de enquête die we naar alle lidstaten stuurden, en bij de geselecteerde lidstaten.

#### Gebruik van EU-middelen door de lidstaten



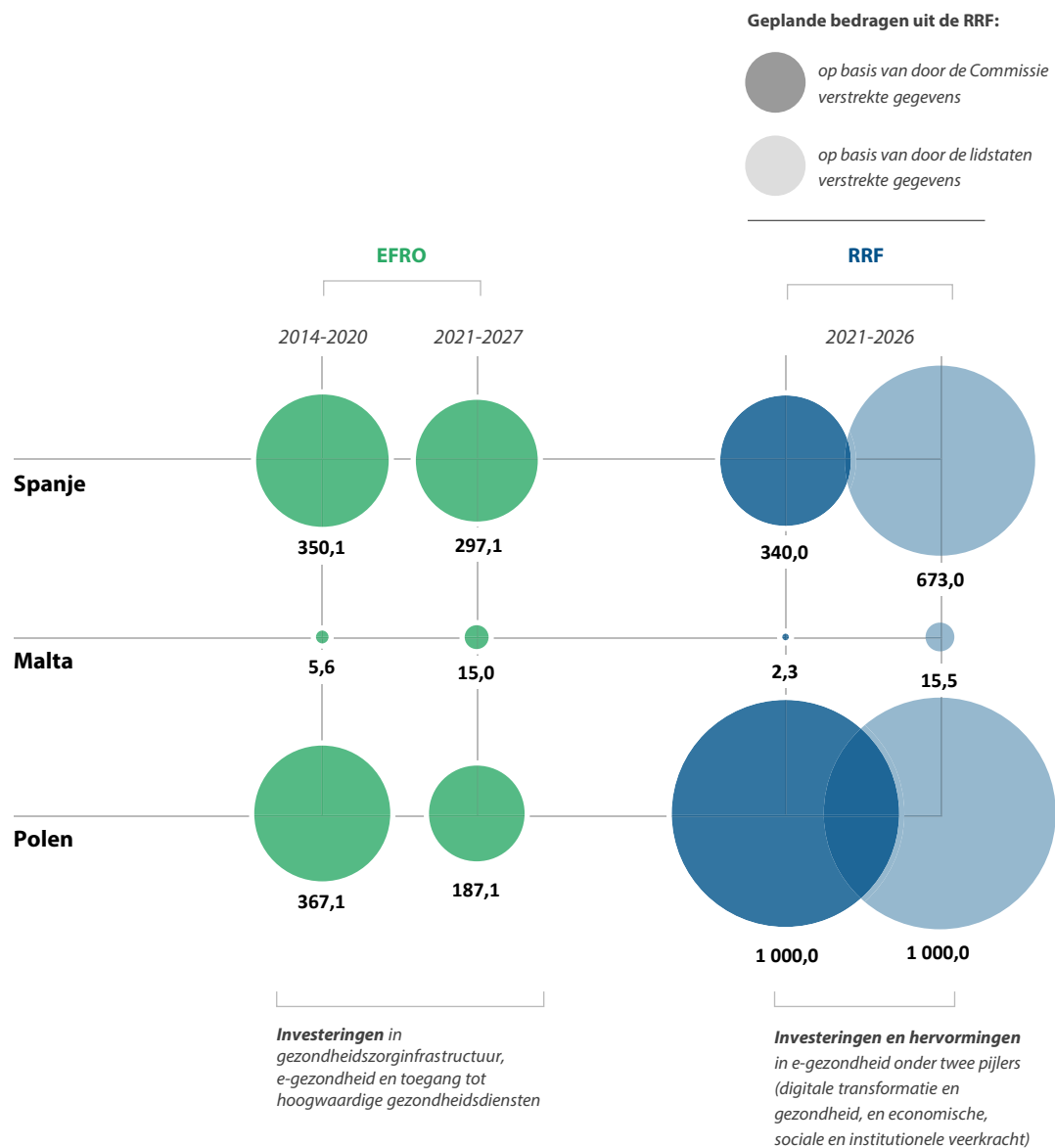
**18** van de 21 lidstaten verklaarden gebruik te hebben gemaakt van een of meer **EU-fondsen om hun gezondheidszorgstelsels te digitaliseren.**

*Antwoorden van de lidstaten op de ERK-enquête*

**46** Op basis van de antwoorden op onze enquête verklaarden 18 van de 21 lidstaten gebruik te hebben gemaakt van een of meer EU-fondsen om hun gezondheidszorgstelsels te digitaliseren. De fondsen waarop het vaakst een beroep werd gedaan waren het EFRO, de RRF, EU4Health en de Connecting Europe Facility. Wanneer we vroegen naar het specifieke gebruik van de EU-middelen, gaven 15 van de 20 lidstaten aan EU-middelen te hebben gebruikt om hun elektronische patiëntendossiers te financieren, 13 van de 20 gebruikten EU-middelen om hun systeem voor elektronische recepten te financieren, en 5 van de 19 gebruikten de middelen om oplossingen op het gebied van telegeneeskunde te financieren.

**47** We stelden vast dat de drie door ons geselecteerde lidstaten verscheidene EU-middelen gebruikten om hun gezondheidszorgstelsels te digitaliseren. *Figuur 7* biedt een overzicht van de geplande bedragen voor e-gezondheid uit het EFRO en de RRF. Voor de RRF constateerden we echter discrepanties in de door de Commissie en de geselecteerde lidstaten verstrekte bedragen.

**Figuur 7 — Geplande bedragen voor e-gezondheid uit het EFRO en de RRF in Spanje, Malta en Polen in de programmeringsperioden 2014-2020 en 2021-2027 (miljoen EUR)**



Bron: voor het EFRO: Open gegevensplatform over het cohesiebeleid. Voor de RRF: gegevens verstrekt door de Commissie en de geselecteerde lidstaten.



**48** Voor de door ons gecontroleerde projecten (*bijlage III*) stelden we vast dat het EFRO een belangrijke financieringsbron was in de drie geselecteerde lidstaten:

- o In Spanje wordt het EFRO sinds de programmeringsperiode 2007-2013 gebruikt om de invoering van elektronische recepten en elektronische patiëntendossiers op regionaal en centraal niveau te cofinancieren.
- o In Malta was het **CONvErGE-project** (verbonden e-overheid), dat werd gefinancierd uit het EFRO 2014-2020, van fundamenteel belang voor de digitalisering van de gehele overheidssector, en de onderdelen inzake digitale gezondheid ervan waren belangrijke initiatieven voor de digitalisering van de gezondheidszorg.
- o Tot nu toe heeft Polen de meeste activiteiten met betrekking tot de digitalisering van de gezondheidszorg gefinancierd met nationale middelen of met middelen uit cohesiebeleidsfondsen van de EU (het EFRO en het ESF). Een kernproject was de ontwikkeling van een elektronisch platform waarmee overheidsdiensten en burgers digitale gezondheidsgegevens kunnen verzamelen, analyseren en delen (het **P1-platform**). Fase 1 van het project werd gefinancierd in het kader van het EFRO-programma 2007-2013 en fase 2 werd voltooid in het kader van het EFRO-programma 2014-2020.

**49** Tijdens onze bezoeken stelden we ook vast dat de lidstaten hun gebruik van de beschikbare EU-middelen op verschillende manieren optimaliseerden. Bijvoorbeeld:

- o In Spanje werd het EFRO na de verplichte subsidiabiliteitsperiode aangevuld met nationale financiering; zo werd één door ons gecontroleerd project (*bijlage III*) dat werd gefinancierd uit het EFRO 2014-2020 en dat in aanmerking kwam voor EU-financiering tot 31 december 2023, voor de resterende activiteiten in 2024 gefinancierd met nationale middelen.
- o In Malta zal één project dat oorspronkelijk zou worden gefinancierd met middelen van de RRF naar verwachting worden uitgevoerd met nationale middelen of worden ondersteund in het kader van het EFRO 2021-2027.
- o In Polen werd één door ons gecontroleerd project (*bijlage III*) vóór het einde van de subsidiabiliteitsperiode gefinancierd met de resterende middelen van het ESF 2014-2020, teneinde het gebruik ervan te maximaliseren (*kader 5*).

## Kader 5

### E-Konsylium-project in Polen

Op basis van een bestaand platform (gefinancierd met nationale middelen) werd in het kader van het project een dienst voor cardiologische consultatie op afstand opgezet, waarbij vier gespecialiseerde ziekenhuizen, twintig districtsziekenhuizen en tachtig centra voor eerstelijnsgezondheidszorg betrokken waren.

Volgens de door ons in Polen geïnterviewde autoriteiten trok het project veel belangstelling omdat artsen zelf al lang aangaven dat er behoefte was aan een dergelijke dienst. Zodra de nodige middelen beschikbaar zijn, zal een ander project worden opgestart voor vijf specialisaties: longziekten, hematologie, oncologie, cardiologie en zeldzame ziekten bij kinderen.

*Bron:* ERK, op basis van onze analyse van door de nationale autoriteiten verstrekte documenten.

### EU-middelen sluiten aan bij de behoeften van de lidstaten



**15** van de 18 lidstaten gaven aan dat de EU-middelen aansloten bij hun behoeften en prioriteiten.

*Antwoorden van de lidstaten op de ERK-enquête*

**50** Op basis van de antwoorden op onze enquête gaven 15 van de 18 lidstaten aan dat de EU-middelen beantwoordden aan hun behoeften en prioriteiten. **Kader 6** bevat twee voorbeelden die illustreren hoe EU-financiering essentieel was om de digitalisering van de gezondheidszorg in de lidstaten te versnellen.

## Kader 6

### Essentiële rol van EU-financiering bij de digitalisering van de gezondheidszorg

- De EU-financiering heeft geholpen om de financiële beperkingen van de nationale begrotingen te boven te komen: één lidstaat die had gereageerd op onze enquête lichtte toe dat de overheidsbegroting voor investeringen in de digitalisering van de gezondheidszorg vrij beperkt was, waardoor de ontwikkeling van e-gezondheidsoplossingen voornamelijk werd gefinancierd uit EU-programma's.
- EU-financiering heeft de uitvoering bevorderd: tijdens ons bezoek aan Malta legden de autoriteiten uit dat sommige relevante projecten niet zouden zijn uitgevoerd zonder EU-financiering. De financiering heeft voor bijkomende voordelen gezorgd zoals procedurele garanties (bijv. aanbestedingsregels en contractuele termijnen die in acht moeten worden genomen), de toepassing van internationale normen en een nationale verbintenis tot het hervormingsproces.

*Bron:* ERK, op basis van onze analyse van de antwoorden van de lidstaten op onze enquête en van bewijsmateriaal dat de nationale autoriteiten tijdens ons bezoek hebben verstrekt.

**51** Alle door ons gecontroleerde projecten in de drie geselecteerde lidstaten (*bijlage III*) hebben bijgedragen aan de digitalisering van de gezondheidszorg:

- in Spanje ondersteunden ze telegeneeskunde, monitoring van chronische ziekten op afstand, elektronische recepten, raadpleging van medische beelden door patiënten via het internet, en het gebruik van gestandaardiseerde terminologie;
- in Malta zorgden ze voor de financiering van oncologische hightechapparatuur, digitale diagnoses, gegevensverzameling, elektronische patiëntendossiers en medisch materiaal dat gegevens doorstuurt naar de e-gezondheidszorgstelsels;
- in Polen ondersteunden ze de totstandbrenging van een nationaal elektronisch gezondheidsplatform, de digitalisering van ziekenhuizen en hun aansluiting op het nationale platform, en teleconsultatiediensten.

## Belemmeringen die sommige lidstaten ondervinden bij het gebruik van EU-middelen voor de digitalisering van de gezondheidszorg

**52** Uit analyse van de antwoorden op onze enquête, het bewijsmateriaal dat we verzamelden tijdens onze bezoeken, en de notulen van het e-gezondheidsnetwerk, bleek dat de lidstaten te maken kregen met obstakels bij het aanvragen en beheren van EU-middelen voor de digitalisering van de gezondheidszorg. **Figuur 8** biedt een overzicht van de belangrijkste obstakels waarmee de lidstaten werden geconfronteerd wanneer zij een beroep deden op EU-middelen om hun gezondheidszorgstelsels te digitaliseren.

**Figuur 8 — Belangrijkste obstakels ervaren door de lidstaten bij het gebruik van EU-middelen voor de digitalisering van de gezondheidszorg**



*Bron:* ERK, op basis van de antwoorden op onze enquête, bezoeken aan lidstaten, en notulen van het e-gezondheidsnetwerk.

**53** Een uitdaging die bij vijf respondenten van onze enquête naar voren kwam, betrof de administratieve last die gepaard gaat met het aanvragen, adequaat gebruikmaken en verslag uitbrengen van de EU-middelen. Dit is deels te wijten aan het feit dat de EU-financiering verdeeld is over verschillende programma's, telkens met eigen specifieke regels en verschillende beheersregelingen (**tabel 3**), hetgeen het proces voor het aanvragen en beheren van middelen bemoeilijkt.

Tabel 3 — Verschillen in programmabeheer

| Derde gezondheidsprogramma, EU4Health, Horizon 2020, Horizon Europa, Connecting Europe Facility, programma Digitaal Europa  | Europees Fonds voor regionale ontwikkeling, herstel- en veerkrachtfaciliteit  |
|---|---|
| <p>Uitgevoerd via jaarlijkse oproepen.</p> <p>Om financiering te ontvangen in het kader van deze EU-programma's moeten de lidstaten een voorstel indienen in het kader van elke oproep voor elk programma waarvoor ze een aanvraag willen indienen.</p> | <p>Op basis van meerjarige programmering.</p> <p>Aan het begin van de programmeringsperiode werken de lidstaten plannen uit die vervolgens worden goedgekeurd door de Commissie (EFRO) of door de Raad (RRF). Ze voeren de plannen uit via projecten die ze gedurende de periode zelf selecteren.</p> <p>De manier waarop deze twee instrumenten worden gefinancierd, verschilt aanzienlijk. In <i>bijlage IV</i> worden de belangrijkste verschillen tussen het EFRO en de RRF samengevat.</p> |

Bron: ERK-analyse van documenten van de Commissie.

**54** We hebben vastgesteld dat de parallelle ontwikkeling van de EU-financieringsinstrumenten ook uitdagingen met zich meebracht. Zo werden de EFRO-verordeningen bijvoorbeeld medio 2021 vastgesteld, toen de lidstaten ook betrokken waren bij de uitvoering van de RRF<sup>16</sup>. Dit was problematisch, niet alleen omdat de instrumenten zeer kort op elkaar werden geprogrammeerd, maar ook omdat (zoals een respondent opmerkte) de programmering plaatsvond op een moment dat nationale functionarissen zich meer richtten op het bestrijden van de pandemie dan op het verkrijgen van financiering voor nieuwe digitaliseringsprojecten.

**55** Een ander obstakel was de nationale cofinanciering. Twee lidstaten die op onze enquête reageerden, benadrukten dat het een uitdaging was om de noodzakelijke nationale cofinanciering te verkrijgen voor de gegeven periode, wegens de jaarlijkse cyclus van de nationale financiële planning. Het effect van de nationale beperkingen werd in 2022 ook bevestigd door het e-gezondheidsnetwerk, waar sommige lidstaten beperkte nationale middelen opgaven als een van de moeilijkheden bij het verkrijgen van nationale cofinanciering, terwijl andere het gebrek aan nationale middelen noemden als een belemmering voor deelname aan gezamenlijke acties.

<sup>16</sup> Analyse 01/2023 van de ERK, paragrafen 45-47.

**56** Twee respondenten noemden ook de ontoereikende administratieve capaciteit als een van de uitdagingen bij het gebruik van EU-middelen. Tijdens ons bezoek bevestigde Spanje dat de vele mogelijke bronnen van EU-financiering het moeilijk maakten (vooral voor kleine entiteiten met beperkte middelen) om de administratieve stappen voor het aanvragen en beheren van de projecten te voltooien.

### **De Commissie monitort de voortgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg, maar heeft geen volledig overzicht van het gebruik dat zij maken van EU-middelen**

**57** We hebben beoordeeld of het monitoringkader van de Commissie:

- o tijdige, relevante en vergelijkbare informatie aanbiedt om de voortgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg te volgen;
- o het mogelijk maakt om het gebruik van EU-middelen door de lidstaten ter ondersteuning van de digitalisering van hun gezondheidszorg te volgen.

### **De Commissie monitort de voortgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg, zij het met tekortkomingen**

**58** We verwachtten dat de Commissie de voortgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg zou monitoren door gebruik te maken van tijdige, relevante en vergelijkbare indicatoren, en dat ze hierover verslag zou uitbrengen. Wij onderzochten de indicatoren, en de onderliggende methodologieën en verslagen van de Commissie, zoals beschreven in de paragrafen [08-12](#).

**59** De Commissie monitort de voortgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg aan de hand van twee belangrijke bronnen in het kader van het beleidsprogramma voor het digitale decennium tot 2030: de [e-overheidsbenchmark](#) sinds 2022 en de [e-gezondheidsindicator van het digitale decennium](#) sinds 2023. Deze reeksen indicatoren zijn gebaseerd op verschillende methodologieën en bestrijken verschillende aspecten ([figuur 9](#)).

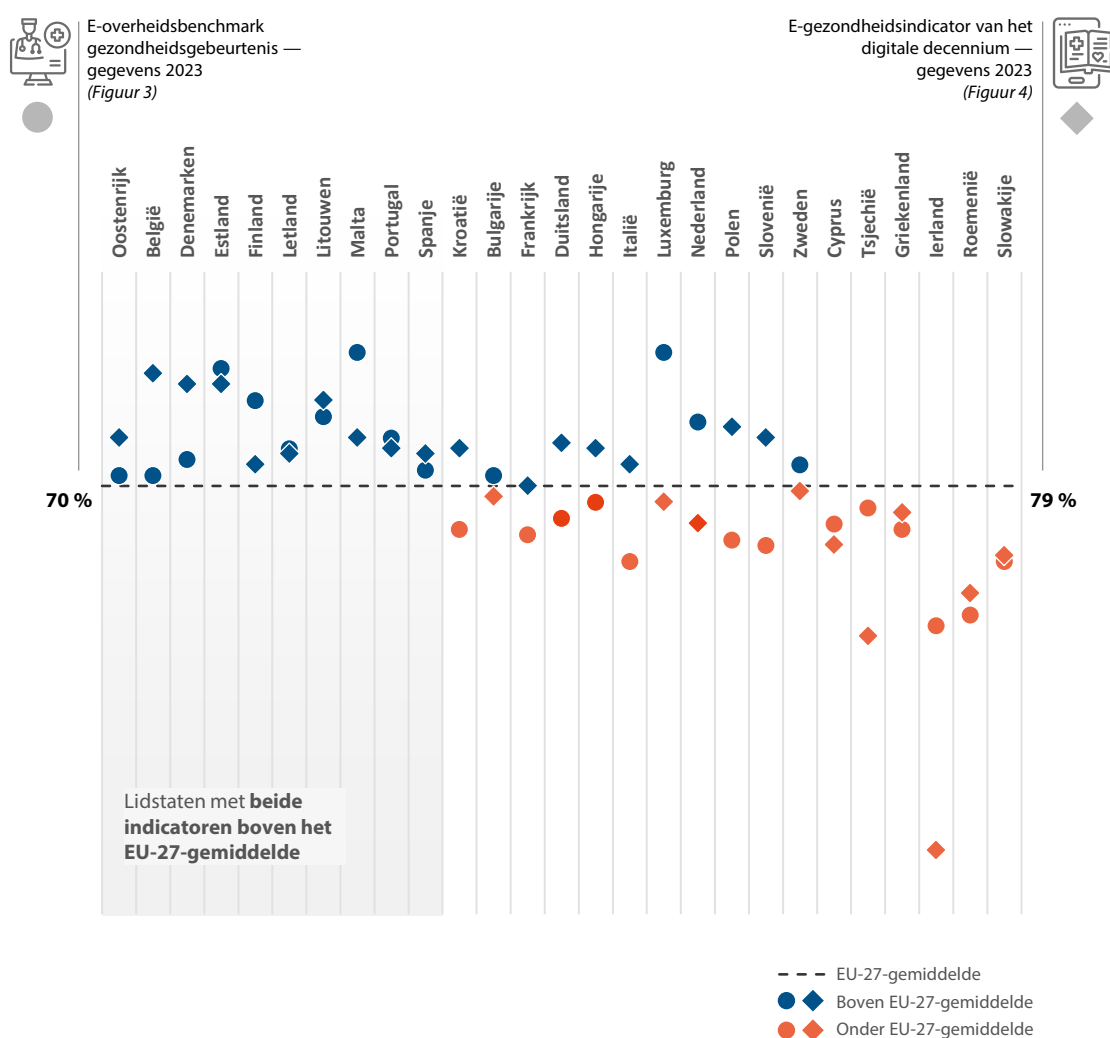
**Figuur 9 — Belangrijkste kenmerken van de e-overheidsbenchmark en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium**

|                            | <br><b>e-overheidsbenchmark<br/>(gezondheidsgebeurtenis)</b>   | <br><b>Digitaal decennium<br/>e-gezondheidsindicator</b>   |
|----------------------------|---|---|
| <b>Doel</b>                | Beoordeling van het algemene ontwikkelingsstadium van de digitale overheidsdiensten die door de overheidsinstanties in de gezondheidszorg worden verleend vanuit het oogpunt van de klant | Monitoring van de voortgang van de lidstaten bij het bereiken van het streefdoel dat 100 % van de Europese burgers tegen 2030 onlinetoegang heeft tot hun elektronische patiëntendossiers |
| <b>Frequentie</b>          | Om de twee jaar   | Jaarlijks   |
| <b>Eerste toepassing</b>   | 2022<br>(voor 2021)   | 2023<br>(voor 2022)   |
| <b>Methodologie</b>        | Bestrijkt vier dimensies bestaande uit 14 onderliggende indicatoren<br><br>Beoordeling van zeven e-gezondheidsdiensten  | Bestaat uit twaalf subindicatoren   |
| <b>Gegevensverzameling</b> | Gebaseerd op mystery shopping (diensten en producten testen door zich voor te doen als een gewone klant) en geautomatiseerde instrumenten (online testen van websites)                    | Gebaseerd op de antwoorden van de lidstaten op een online-enquête, gecontroleerd door de Commissie via follow-upverzoeken om verduidelijking  |

*Bron:* ERK-analyse van relevante documentatie over de e-overheidsbenchmark en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium.

**60** Bij beide indicatoren worden scores toegekend aan de lidstaten. Omdat ze echter verschillen wat de reikwijdte en methodologie betreft, zijn ze niet vergelijkbaar<sup>17</sup>. Daarom hebben we, bij de presentatie van de resultaten van de twee monitoringsystemen, de lidstaten niet gerangschikt aan de hand van een gecombineerde score, maar beoordeeld of zij zich voor elke indicator boven of onder het EU-gemiddelde bevonden (*figuur 10*).

**Figuur 10 — Positie van de lidstaten onder of boven het EU-gemiddelde op basis van de e-overheidsbenchmark 2024 en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium, beide voor 2023**



*Opmerking:* het gemiddelde van de EU-27 voor de e-overheidsbenchmark werd door de ERK herberekend, exclusief niet-EU-landen (Albanië, IJsland, Moldavië, Montenegro, Noord-Macedonië, Noorwegen, Oekraïne, Servië, Turkije en Zwitserland).

*Bron:* ERK, op basis van de e-overheidsbenchmark 2024 en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium 2024.

<sup>17</sup> Europese Commissie, *e-overheidsbenchmark 2024*. Achtergrondverslag, voetnoot 6, blz. 54.



**61** We vergeleken de resultaten van de twee beschikbare jaren voor elke indicator: 2021 en 2023 voor de e-overheidsbenchmark, en 2022 en 2023 voor de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium (*tabel 4*). We stelden vast dat, hoewel de meeste lidstaten vooruitgang hadden geboekt, de scores voor sommige lidstaten waren gedaald. Voor de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium wordt in het verslag uitgelegd dat dit voornamelijk te danken is aan een nauwkeurigere verslaglegging. Voor de e-overheidsbenchmark worden de redenen niet toegelicht, waardoor het moeilijker is om de veranderingen in de scores te begrijpen.

**Tabel 4 — Vergelijking van de e-overheidsbenchmark en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium voor de twee beschikbare jaren**

| Lidstaat    | E-overheidsbenchmark — gezondheidsgebeurtenis |      |             | E-gezondheidsindicator van het digitale decennium |      |             |
|-------------|---|------|-------------|---|------|-------------|
|             | 2021  | 2023 | Verandering | 2022  | 2023 | Verandering |
| Oostenrijk  | 65  | 72   | ↗           | 88  | 88   | ↔           |
| België      | 75  | 72   | ↘           | 85  | 100  | ↗           |
| Bulgarije   | 49  | 72   | ↗           | 77  | 77   | ↔           |
| Cyprus      | 43  | 63   | ↗           | 70  | 68   | ↘           |
| Tsjechië    | 62  | 66   | ↗           | 47  | 51   | ↗           |
| Duitsland   | 68  | 64   | ↘           | 71  | 87   | ↗           |
| Denemarken  | 79  | 75   | ↘           | 96  | 98   | ↗           |
| Estland     | 93  | 92   | ↘           | 89  | 98   | ↗           |
| Griekenland | 53  | 62   | ↗           | 61  | 74   | ↗           |
| Spanje      | 79  | 73   | ↘           | 83  | 85   | ↗           |
| Finland     | 81  | 86   | ↗           | 90  | 83   | ↘           |
| Frankrijk   | 59  | 61   | ↗           | 54  | 79   | ↗           |
| Kroatië     | 51  | 62   | ↗           | 86  | 86   | ↔           |
| Hongarije   | 55  | 67   | ↗           | 80  | 86   | ↗           |
| Ierland     | 38  | 44   | ↗           | 0   | 11   | ↗           |
| Italië      | 56  | 56   | ↔           | 71  | 83   | ↗           |
| Litouwen    | 80  | 83   | ↗           | 92  | 95   | ↗           |
| Luxemburg   | 97  | 95   | ↘           | 67  | 76   | ↗           |
| Letland     | 68  | 77   | ↗           | 79  | 85   | ↗           |
| Malta       | 91  | 95   | ↗           | 78  | 88   | ↗           |
| Nederland   | 84  | 82   | ↘           | 69  | 72   | ↗           |
| Polen       | 48  | 60   | ↗           | 86  | 90   | ↗           |
| Portugal    | 70  | 79   | ↗           | 63  | 86   | ↗           |
| Roemenië    | 33  | 46   | ↗           | 57  | 59   | ↗           |
| Zweden      | 61  | 74   | ↗           | 70  | 78   | ↗           |
| Slovenië    | 52  | 59   | ↗           | 80  | 88   | ↗           |
| Slowakije   | 53  | 56   | ↗           | 45  | 66   | ↗           |

Bron: Europese Commissie, [e-overheidsbenchmark 2022](#). Achtergrondverslag, figuur 4.1, blz. 48; [e-overheidsbenchmark 2024](#). Achtergrondverslag, figuren 4.1 en 4.2, blz. 54 en 55; [Digital Decade e-Health indicators development](#), figuur 1, blz. 4; [Digital Decade 2024: e-Health indicator study](#). Hoofdverslag, blz. 11.

**62** De e-overheidsbenchmark en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium bestrijken niet dezelfde e-gezondheidsdiensten, maar ze hebben wel een aantal aspecten gemeen. De e-gezondheidsindicator van het digitale decennium is volledig toegespitst op de onlinetoegang van burgers tot hun elektronische patiëntendossiers, terwijl dit slechts een van de diensten is die door de e-overheidsbenchmark worden bestreken (*figuur 11*).

### Figuur 11 — E-gezondheidsdiensten die onder de e-overheidsbenchmark en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium vallen



Bron: ERK, op basis van de e-overheidsbenchmark en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium.

**63** Bij het bestuderen van de methodologie stelden we vast dat in de e-overheidsbenchmark voor 2024 (met betrekking tot het jaar 2023) twee bijkomende aspecten werden geanalyseerd (mobiele dienstverlening en de richtlijn webtoegankelijkheid), die ook worden bestreken door de subindicatoren 6 en 12 van de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium (onder de desbetreffende kolom in [figuur 11](#)). Niettemin verschillen de analyses:

- o bij de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium wordt gebruikgemaakt van zelfrapportagegegevens van de lidstaten om beide aspecten te beoordelen;
- o bij de e-overheidsbenchmark worden beide aspecten beoordeeld door middel van rechtstreekse testen.

**64** We constateerden tekortkomingen bij de verslaglegging over de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium voor Spanje en Malta ([kader 7](#)). Deze hadden in het ene geval betrekking op de nauwkeurigheid van de verstrekte informatie en in het andere op de scoringsmethode. In het eerste geval had de Commissie niet voldoende controles ter beschikking om onjuiste informatie op te sporen. In het tweede geval weerspiegelde de gebruikte scoringsmethode de verschillen tussen landen niet.

## Kader 7

### Tekortkomingen in de verslaglegging over de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium

Nauwkeurigheid van de informatie. Volgens het in 2023 gepubliceerde [verslag van de Commissie](#) verstrekken de meeste openbare en particuliere actoren in de gezondheidszorg in Spanje relevante gezondheidsgegevens aan regionale toegangsdiensten. De Spaanse autoriteiten bevestigden tijdens ons bezoek echter dat het huidige rechtskader voor e-gezondheid alleen van toepassing is op gegevens en actoren die actief zijn binnen het nationale openbare gezondheidszorgstelsel. Voor particuliere gezondheidsdiensten en de daarop betrekking hebbende gegevens geldt geen verplichting tot digitalisering. Patiënten kunnen toegang krijgen tot de digitale diensten die door particuliere actoren worden aangeboden via hun eigen webportalen, maar deze gegevens zijn niet beschikbaar voor de overheidsinstanties voor gezondheidszorg. De Commissie heeft deze informatie in het verslag van 2024<sup>18</sup> gecorrigeerd en verduidelijkt dat particuliere actoren in de gezondheidszorg geen gegevens verstrekken aan de onlinetoegangsdienst voor elektronische patiëntendossiers.

Scoringsmethode. Zowel Malta als Polen kregen de maximumscore voor de beschikbaarheid van elektronische recepten (subindicator 3 onder de desbetreffende kolom ([figuur 11](#))). In Polen moesten recepten in alle gevallen elektronisch worden verstrekt. Tijdens onze controle stelden we echter vast dat elektronische recepten in Malta alleen beschikbaar waren voor geneesmiddelen die werden voorgeschreven voor bepaalde chronische ziekten en gratis werden verstrekt via een nationale regeling. In het verslag van de Commissie voor 2024 (dat betrekking heeft op het jaar 2023), kreeg Malta nog steeds de maximumscore voor de beschikbaarheid van elektronische recepten<sup>19</sup>.

*Bron:* ERK-analyse van de resultaten van de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium voor Spanje, Malta en Polen.

---

<sup>18</sup> Europese Commissie, [2024 Digital Decade eHealth Indicator Study](#). Bijlage — Landenfiches, blz. 105 en 108/121.

<sup>19</sup> Europese Commissie, [2024 Digital Decade eHealth Indicator Study](#). Bijlage — Landenfiches, blz. 79 en 87/121.

## Noch de Commissie, noch de meeste lidstaten hebben een uitgebreid overzicht van de EU-middelen die worden gebruikt voor de digitalisering van de gezondheidszorg

**65** Aangezien de Commissie de eindverantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering van de EU-begroting, verwachtten we dat zij over een systeem zou beschikken om de EU-middelen te volgen die door de lidstaten worden gebruikt om hun gezondheidszorgstelsels te digitaliseren. Om dit te beoordelen hebben we de door de Commissie gepubliceerde databanken en verslagen onderzocht, en de antwoorden op onze enquête en het in de geselecteerde lidstaten verzameld bewijsmateriaal geanalyseerd.



8 van de 19 lidstaten verklaarden een **overzicht** te hebben **van de bedragen aan EU-financiering die worden gebruikt** om de digitalisering van hun gezondheidszorgstelsels te ondersteunen.

*Antwoorden van de lidstaten op de ERK-enquête*

**66** Op basis van de antwoorden op onze enquête gaven slechts 8 van de 19 lidstaten aan een overzicht te hebben van de bedragen aan EU-financiering die worden gebruikt om de digitalisering van hun gezondheidszorgstelsels te ondersteunen. Van die acht verwees er één alleen naar EU4Health-financiering, en één lidstaat gaf aan alleen een overzicht te hebben van de projecten waarbij het ministerie van Volksgezondheid betrokken was, aangezien het ministerie over het algemeen niet op de hoogte is van de EU-financiering die de regio's hebben aangevraagd, tenzij het er zelf bij betrokken is.

**67** Dit aspect werd bevestigd toen we de geselecteerde lidstaten vroegen ons een overzicht te geven van de EU-financiering die ze hadden ontvangen voor de digitalisering van de gezondheidszorg, en een lijst met relevante projecten. De lidstaten moesten de projecten handmatig selecteren, omdat ze vaak niet over een specifieke classificatiemethode beschikten (bijv. aan de hand van een code) om ze als zodanig vast te stellen: ze werden vaak in veel bredere categorieën geplaatst en bijvoorbeeld als “digitale projecten” of “gezondheidsprojecten” aangemerkt.

**68** We hebben vastgesteld dat de lidstaten aan de Commissie verslag uitbrengen over de voortgang van hun door de EU gefinancierde projecten en over het gebruik van EU-middelen, in het kader van het rapportagemechanisme voor de financieringsprogramma's van de EU. De lidstaten verstrekken deze financiële gegevens aan verschillende diensten van de Commissie, afhankelijk van het DG dat verantwoordelijk is voor het desbetreffende EU-programma (*figuur 5*). Elk DG heeft een overzicht van de middelen die worden toegewezen en uitbetaald in het kader van de EU-programma's die het beheert. In het geval van DG REGIO zijn deze gegevens openbaar beschikbaar op het [open gegevensplatform over het cohesiebeleid](#).

**69** Zoals de Commissie heeft erkend, is het scala aan financieringsinstrumenten, projecten en begunstigden in de EU-programma's zeer complex. De autoriteiten van de lidstaten en andere openbare en particuliere entiteiten nemen op verschillende niveaus deel aan de EU-programma's, via gedeeld of direct beheer, rechtstreekse subsidies, oproepen tot mededinging, leningen en onderzoeksprojecten. Bovendien is de digitalisering van gezondheidszorgstelsels vaak een horizontale aangelegenheid die in verschillende acties of sectoren is opgenomen. Vanwege deze complexiteit hebben noch de Commissie, noch de meeste lidstaten die een beroep doen op EU-middelen in het kader van hun nationale digitaliseringsstrategieën voor de gezondheidszorg, een volledig overzicht van alle EU-middelen die door elke lidstaat worden gebruikt voor de digitalisering van zijn gezondheidszorgstelsels.

## Conclusies en aanbevelingen

**70** We hebben vastgesteld dat de Commissie, gezien haar mandaat, de digitalisering van de gezondheidszorgstelsels van de lidstaten over het algemeen doeltreffend heeft ondersteund. Het EU-beleidskader ter ondersteuning van de digitalisering van de gezondheidszorg was voornamelijk gebaseerd op zachte wetgeving.

De COVID-19-pandemie heeft het belang van e-gezondheid en samenwerking in de hele EU aangetoond. Dit heeft ertoe geleid dat bindende besluiten en verordeningen zijn vastgesteld die het EU-beleidskader voor de digitalisering van de gezondheidszorg hebben versterkt (paragrafen [24-30](#)).

**71** De impact van het EU-beleidskader op de lidstaten hing af van hun vrijwillige inzet. Dit werd beïnvloed door politieke prioriteiten, het niveau van paraatheid om digitale oplossingen in te voeren, alsook door de uitdagingen waarmee de lidstaten tijdens het proces te maken kregen (paragrafen [31-38](#)).

**72** De EU verleende de lidstaten technische en financiële steun om de digitalisering van hun gezondheidszorgstelsels te vergemakkelijken. Deze steun werd gefinancierd uit verschillende EU-programma's die door verschillende directoraten-generaal werden beheerd, en via verschillende beheersvormen werden uitgevoerd. De Commissie heeft het e-gezondheidsnetwerk voornamelijk gebruikt om richtsnoeren te verstrekken over de EU-programma's die financiële en technische steun bieden voor de digitalisering van de gezondheidszorg (paragrafen [40-44](#)).

**73** Volgens de lidstaten sloot de EU-steun aan bij hun behoeften. We hebben ook vastgesteld dat alle door ons gecontroleerde projecten bijdroegen aan de digitalisering van de gezondheidszorg in de lidstaten die we bezochten. De regels voor het aanvragen van steun (en voor het uitvoeren van de gefinancierde acties) varieerden echter tussen de verschillende EU-programma's. Dit maakte het voor de lidstaten moeilijk om de beschikbare EU-middelen vast te stellen, en het creëerde obstakels voor de lidstaten wanneer zij financiering wilden aanvragen (paragrafen [45-56](#)).



**74** De Commissie monitort de vooruitgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg aan de hand van twee belangrijke bronnen in het kader van het beleidsprogramma voor het digitale decennium tot 2030: de benchmark inzake e-overheid sinds 2022 en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium sinds 2023. Deze indicatoren zijn gebaseerd op verschillende methodologieën en hebben uiteenlopende doelen, maar ze hebben betrekking op vergelijkbare aspecten van de toegang tot elektronische patiëntendossiers. We hebben tekortkomingen geconstateerd in de verslaglegging over de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium. We constateerden ook dat in de rapportage over de e-overheidsbenchmark geen informatie werd verschaft over de redenen voor de verschillen in de landenscores van jaar tot jaar (paragrafen [58-64](#)).

### **Aanbeveling 1 — Verbeter de verslaglegging over de e-overheidsbenchmark en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium**

---

Om de nauwkeurigheid van de informatie die door de belanghebbenden wordt verstrekt te vergroten, moet de Commissie de verslaglegging over de e-overheidsbenchmark en de e-gezondheidsindicator van het digitale decennium verbeteren door de beperkingen, verschillen en complementariteit tussen de twee instrumenten te verduidelijken.

**Streefdatum voor uitvoering: juli 2026**

**75** Het huidige financiële monitoringkader van de Commissie biedt voor elk financieringsprogramma een overzicht van de EU-middelen die de lidstaten gebruiken om hun gezondheidszorgstelsels te digitaliseren. Niettemin beschikken noch de Commissie, noch de meeste lidstaten over een volledig overzicht van alle EU-middelen die door elke lidstaat worden gebruikt voor de digitalisering van zijn gezondheidszorgstelsel. Daarom is het moeilijk om de omvang van de financiële steun van de EU in de lidstaten vast te stellen (paragrafen [65-69](#)).

## **Aanbeveling 2 — Verbeter de verslaglegging over het gebruik van EU-middelen voor de digitalisering van de gezondheidszorg**

---

De Commissie moet de informatie voor het publiek over het gebruik van EU-middelen voor de digitalisering van de gezondheidszorg verbeteren door op EU- en lidstaatniveau een overzicht te bieden van de verschillende financieringsprogramma's.

**Streefdatum voor uitvoering: 2026**

Dit verslag werd door kamer I onder leiding van mevrouw Joëlle Elvinger, lid van de Rekenkamer, vastgesteld te Luxemburg op haar vergadering van 9 oktober 2024.

*Voor de Rekenkamer*

Tony Murphy  
*President*

# Bijlagen

## Bijlage I — Belangrijkste EU-initiatieven ter bevordering van e-gezondheid

| Jaar | Mijlpaal   |
|------|--|
| 1999 | Mededeling: “eEurope — Een informatiemaatschappij voor iedereen”   |
| 2000 | Mededeling: “eEurope 2002 — Actieplan”   |
| 2002 | Mededeling: “eEurope 2005 — Actieplan”   |
| 2004 | Mededeling: “Een actieplan voor een Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg”  |
| 2007 | Actieplan op het gebied van e-gezondheid: ICT-oplossingen voor patiënten, medische diensten en betalingsinstellingen (bijlage bij het “Europees initiatief voor leidende markten”) |
| 2008 | Mededeling: “Telegeneeskunde ten bate van de patiënten, de gezondheidszorgstelsels en de maatschappij”   |
| 2010 | Mededeling: “Een digitale agenda voor Europa”  |
| 2011 | Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (richtlijn grensoverschrijdende gezondheidszorg)                         |
| 2012 | Mededeling: “Actieplan e-gezondheidszorg 2012-2020 — Innovatieve gezondheidszorg voor de 21e eeuw”   |
| 2015 | Mededeling: “Strategie voor een digitale eengemaakte markt voor Europa”  |
| 2018 | Mededeling over het mogelijk maken van de digitale transformatie van gezondheid en zorg in de digitale eengemaakte markt   |
| 2019 | Aanbeveling betreffende een Europees uitwisselingsformaat voor elektronische patiëntendossiers   |
| 2021 | Digitaal kompas 2030: de Europese aanpak voor het digitale decennium (de “mededeling over het digitale kompas”)  |
| 2022 | Mededeling over een Europese ruimte voor gezondheidsgegevens: het potentieel van gezondheidsgegevens benutten voor de mensen, voor patiënten en voor innovatie                     |
| 2022 | Voorstel voor een verordening van het Europees Parlement en de Raad betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens (EHDS-verordening)                                     |
| 2022 | Besluit tot vaststelling van het beleidsprogramma voor het digitale decennium tot 2030   |
| 2023 | Europese verklaring over digitale rechten en beginselen voor het digitale decennium  |

Bron: ERK-analyse van EU-documentatie.

## Bijlage II — Inhoud van de enquête die naar de lidstaten werd gestuurd

| Nr.   | Vraag  |
|---|--|
| <i>EU-kader voor de digitalisering van de gezondheidszorg</i>                     |  |
| 1   | Denkt u dat het EU-beleidskader geschikt is om de lidstaten te ondersteunen bij de digitalisering van hun gezondheidszorgstelsels?   |
| 2   | Heeft u bij de digitalisering van uw gezondheidszorgstelsel gebruikgemaakt van instrumenten en acties die op EU-niveau zijn vastgesteld?   |
| <i>Strategieën van de lidstaten voor de digitalisering van de gezondheidszorg</i> |  |
| 3   | Heeft uw land een nationale strategie opgesteld voor de digitalisering van de gezondheidszorg?   |
| 4   | Heeft uw land regionale strategieën opgesteld voor de digitalisering van de gezondheidszorg?   |
| <i>Verantwoordelijke autoriteiten</i>   |  |
| 5   | Heeft uw land de autoriteiten aangewezen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de nationale strategie voor de digitalisering van de gezondheidszorg?                          |
| 6   | Indien van toepassing, heeft uw land de autoriteiten aangewezen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de regionale strategieën voor de digitalisering van de gezondheidszorg? |
| <i>Streefdoelen inzake de digitalisering van de gezondheidszorg</i>               |  |
| 7   | Heeft uw land nationale streefdoelen vastgesteld voor de digitalisering van de gezondheidszorg?  |
| 8   | Zijn de nationale streefdoelen in overeenstemming met de vrijwillige en bindende digitale doelstellingen van de EU voor de digitalisering van de gezondheidszorg?                        |
| 9   | Indien van toepassing, heeft uw land regionale streefdoelen vastgesteld voor de digitalisering van de gezondheidszorg?   |
| 10  | Zijn de regionale streefdoelen in overeenstemming met de nationale en Europese digitale doelstellingen?  |

| Nr.   | Vraag  |
|---|--|
| <i>Actieplannen inzake de digitalisering van de gezondheidszorg</i>               |  |
| 11  | Heeft uw land actieplannen opgesteld om de nationale strategieën inzake de digitalisering van de gezondheidszorg uit te voeren en de nationale streefdoelen te bereiken?   |
| 12  | Indien van toepassing, heeft uw land op regionaal niveau actieplannen opgesteld voor de digitalisering van de gezondheidszorg?   |
| 13  | Wordt in de actieplannen aangegeven welke maatregelen (investerings- en hervormingen) nodig zijn om de strategieën uit te voeren en de streefdoelen te bereiken?   |
| 14  | Wordt in de actieplannen aangegeven welke financieringsbronnen (nationale en EU) nodig zijn om de maatregelen uit te voeren?   |
| 15  | Zijn er in de actieplannen maatregelen opgenomen die niet zijn uitgevoerd?   |
| <i>Financiering van de digitalisering van de gezondheidszorg</i>                  |  |
| 16  | Heeft uw land EU-middelen gebruikt om de digitalisering van uw gezondheidszorgstelsel te financieren?  |
| 17  | Sluiten de financieringsprogramma's van de EU aan bij de behoeften en prioriteiten van uw land?  |
| <i>Monitoring van en rapportage over de digitalisering van de gezondheidszorg</i> |  |
| 18  | Wordt in uw land de vooruitgang bij de digitalisering van de gezondheidszorg gemonitord, met inbegrip van de uitvoering van de nationale/regionale strategieën, de uitvoering van de actieplannen en de verwezenlijking van de nationale/regionale streefdoelen? |
| 19  | Heeft uw land een overzicht van de EU-bedragen die zijn gebruikt om de digitalisering van de gezondheidszorg te ondersteunen sinds de eerste strategie/het eerste actieplan?   |
| 20  | Deelt uw land de resultaten van zijn monitoring met de Commissie?  |
| 21  | Maakt uw land de resultaten van zijn monitoring openbaar?  |
| <i>Elektronische patiëntendossiers (EPD's)</i>                                    |  |
| 22  | Heeft uw land een nationaal systeem voor elektronische patiëntendossiers ingevoerd?  |
| 23  | Heeft uw land technische richtsnoeren van het e-gezondheidsnetwerk gebruikt om het nationale systeem voor elektronische patiëntendossiers uit te rollen?   |

| Nr.                                    | Vraag   |
|--|---|
| 24                                     | Wat is bij benadering het percentage patiënten dat de afgelopen drie jaar (2020-2022) in uw land toegang had tot hun elektronische patiëntendossiers?                       |
| 25                                     | Hebben door de EU gefinancierde projecten bijgedragen aan de vooruitgang die werd geboekt op het gebied van elektronische patiëntendossiers in uw land?                     |
| 26                                     | Wat zijn de belangrijkste uitdagingen en kansen bij het gebruik van elektronische patiëntendossiers in uw land?   |
| <i>Elektronische recepten</i>          |   |
| 27                                     | Heeft uw land een nationaal systeem voor elektronische recepten ingevoerd?  |
| 28                                     | Heeft uw land technische richtsnoeren van het e-gezondheidsnetwerk gebruikt om het nationale systeem voor elektronische recepten uit te rollen?                             |
| 29                                     | Wat is bij benadering het percentage elektronische recepten (ten opzichte van het totale aantal recepten) dat de afgelopen drie jaar (2020-2022) in uw land werd verstrekt? |
| 30                                     | Hebben door de EU gefinancierde projecten bijgedragen aan de vooruitgang die werd geboekt op het gebied van elektronische recepten in uw land?                              |
| 31                                     | Wat zijn de belangrijkste uitdagingen en kansen bij het gebruik van elektronische recepten in uw land?  |
| <i>Telegeneeskunde/teleconsultatie</i> |   |
| 32                                     | Heeft uw land een nationaal systeem voor telegeneeskunde/teleconsultatie ingevoerd?   |
| 33                                     | Heeft uw land Europese richtsnoeren/mededelingen/beste praktijken gebruikt om het systeem voor telegeneeskunde/teleconsultatie uit te rollen?                               |
| 34                                     | Wat is bij benadering het percentage patiënten dat de afgelopen drie jaar (2020-2022) in uw land gebruik heeft gemaakt van telegeneeskunde/teleconsultatie?                 |
| 35                                     | Hebben door de EU gefinancierde projecten bijgedragen aan de vooruitgang die werd geboekt op het gebied van telegeneeskunde/teleconsultatie in uw land?                     |
| 36                                     | Wat zijn de belangrijkste uitdagingen en kansen bij het gebruik van telegeneeskunde/teleconsultatie in uw land?   |

### Bijlage III — Lijst van gecontroleerde projecten

| Lidstaat | EU-programma               | Projectbeschrijving  | Totaalbedrag (miljoen EUR) | EU-bijdrage (miljoen EUR) |
|----------|----------------------------|--|----------------------------|---------------------------|
| Malta    | EFRO                       | EPD-onderdeel: opzetten van een systeem voor elektronische patiëntendossiers voor de eerstelijnsgezondheidszorg.   | 2,17                       | 1,74                      |
|          |                            | NHR-component: invoering van het nationaal systeem voor elektronische patiëntendossiers.   | 1,44                       | 1,15                      |
| Malta    | EFRO                       | Installatie van essentiële medische apparatuur in een ziekenhuis om gegevens vast te leggen en door te sturen naar de systemen voor e-gezondheid.  | 1,30                       | 1,11                      |
| Malta    | RRF                        | Installatie van een nieuwe lineaire versneller met magnetische resonantie voor een oncologisch ziekenhuis.   | 21,50                      | 18,27                     |
| Malta    | RRF                        | Installatie van nieuwe software en gespecialiseerde hardware en ontwikkeling van een nieuw onlineopslagplatform op een histopathologische afdeling, om voor kankerdiagnoses over te stappen van een analoog naar een digitaal systeem. | 2,93                       | 2,49                      |
| Malta    | Derde gezondheidsprogramma | Opzetten van routineverzameling van gegevens inzake morbiditeitsstatistieken uit administratieve bronnen (in plaats van enquêtes).   | 0,03                       | 0,02                      |
| Polen    | EFRO                       | Ontwikkeling van een elektronisch platform met digitale diensten (elektronische recepten enz.) waarmee overheidsdiensten en burgers digitale gezondheidsgegevens kunnen verzamelen, analyseren en delen.                               | 36,38                      | 30,79                     |

| Lidstaat | EU-programma                                 | Projectbeschrijving   | Totaalbedrag (miljoen EUR) | EU-bijdrage (miljoen EUR) |
|----------|--|---|----------------------------|---------------------------|
| Polen    | EFRO   | Aansluiting van 52 ziekenhuizen op het P1-platform met bijzondere aandacht voor drie diensten: uitwisseling van elektronische medische documentatie, elektronische registratie bij ziekenhuizen en interne verwijzingen van patiënten voor tests. | 33,79                      | 28,11                     |
| Polen    | EFRO   | Uitbreiding van de IT-/digitale systemen van het ziekenhuis om ze aan te sluiten op het P1-platform.  | 1,50                       | 1,50                      |
| Polen    | EFRO   | Invoering van een IT-/digitaliseringssysteem in het ziekenhuis en uitbreiding naar vier regionale medische centra om ze aan te sluiten op het ziekenhuissysteem.  | 1,79                       | 1,43                      |
| Polen    | ESF  | Aansluiting van 104 partners (vier gespecialiseerde ziekenhuizen, twintig districtsziekenhuizen, tachtig centra voor eerstelijnsgezondheidszorg) voor onlineconsultaties op het gebied van cardiologie.   | 4,35                       | 3,66                      |
| Spanje   | Steunprogramma voor structurele hervormingen | Opbouw van capaciteit en kennis over de manier waarop telegeneeskundeprogramma's kunnen worden ingevoerd in de eerstelijnsgezondheidszorg, met bijzondere aandacht voor plattelandsgebieden, in Castilië-La Mancha en Catalonië.                  | 0,29                       | 0,29                      |
| Spanje   | EU4Health                                    | Om een deel van de lidmaatschapsbijdrage voor SNOMED Clinical Terms te dekken, een computerverwerkbaar verzameling van medische termen met codes, synoniemen en definities die worden gebruikt in klinische documentatie en verslaglegging.       | 0,66                       | 0,53                      |



| Lidstaat | EU-programma | Projectbeschrijving   | Totaalbedrag (miljoen EUR) | EU-bijdrage (miljoen EUR) |
|----------|--------------|---|----------------------------|---------------------------|
| Spanje   | RRF          | Module “nieuwe interoperabele diensten voor elektronische recepten”: om de verstrekking van een geneesmiddel in een andere autonome regio dan diegene waar het geneesmiddel werd voorgeschreven langs elektronische weg mogelijk te maken, zonder dat een papieren recept moet worden voorgelegd. | 2,37                       | 2,37                      |
| Spanje   | EFRO         | Invoering van een informatiesysteem waarmee burgers hun medische beelden (bijv. radiografie, tomografie, echografie enz.) via het internet kunnen bekijken.   | 0,27                       | 0,22                      |
| Spanje   | EFRO         | Invoering van een platform dat volledig gewijd is aan chronische zorg en de bevordering van het op afstand en gestandaardiseerd verzamelen van biometingen van patiënten (telemonitoring) voor ontslagen patiënten met complexe problemen zoals hartfalen, diabetes, nierinsufficiëntie enz.      | 7,87                       | 5,10                      |

*Bron:* ERK, op basis van documentatie die tijdens de controle werd verzameld. De bedragen zijn in miljoen EUR uitdrukt en weerspiegelen de geplande bedragen.

## Bijlage IV — Belangrijkste verschillen tussen financiering in het kader van het cohesiebeleid en de RRF

| Punt                     | Cohesiebeleid  | RRF   |
|--------------------------|--|---|
| Doel                     | Een investeringsbeleid op lange termijn met als doel de economische en sociale cohesie te versterken door de ontwikkelingsverschillen tussen regio's te verkleinen.  | Een eenmalig tijdelijk instrument om de lidstaten te helpen te herstellen van de economische crisis als gevolg van de COVID-19-pandemie door duurzame groei te stimuleren en veerkracht op te bouwen tegen toekomstige schokken.  |
| Subsidiabiliteitsperiode | Voor 2014-2020: tien jaar (7+3).<br>Voor 2021-2027: negen jaar (7+2).<br><br>De subsidiabiliteitsperiode loopt tot na het einde van de programmeringsperiode (+3 voor 2014-2020, en +2 voor 2021-2027). Bijgevolg kunnen uitgaven worden gedeclareerd voor terugbetaling na afloop van de programmeringsperiode.   | Zes en half jaar (FEB 2020-AUG 2026).<br><br>Tijdens deze periode moeten de overeengekomen mijlpalen en streefdoelen worden bereikt en kunnen de desbetreffende betalingen tot eind 2026 worden verricht. Na 2026 zal de Commissie geen betalingen meer verrichten.   |
| Beheersvorm              | De Commissie deelt de verantwoordelijkheid met de lidstaten (gedeeld beheer).<br><br>Alle lidstaten hebben één coördinerende instantie op het niveau van de partnerschapsovereenkomst. Bij de programmering, de uitvoering, de monitoring en de controle zijn honderden nationale en regionale autoriteiten betrokken.<br><br>Begunstigden kunnen openbare of particuliere organen, entiteiten met of zonder rechtspersoonlijkheid of natuurlijke personen zijn. Zij zijn verantwoordelijk voor het opstarten en uitvoeren van activiteiten. | De Commissie beheert de RRF rechtstreeks (direct beheer).<br><br>Op lidstaatniveau berust de algemene verantwoordelijkheid bij een leidende autoriteit (de "RRF-coördinator"), die fungeert als enig aanspreekpunt voor de Commissie.<br><br>De lidstaten zijn de begunstigden die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de maatregelen in de plannen. Ministeries en regio's kunnen worden belast met de uitvoering van projecten en het uitbrengen van verslag over de voortgang ervan aan de coördinator. |

| Punt                       | Cohesiebeleid   | RRF   |
|----------------------------|---|---|
| Programmering              | <p>Eén partnerschapsovereenkomst op nationaal niveau voor elke lidstaat, waarin de strategische koers van de financiering en de regelingen voor het gebruik ervan zijn beschreven.</p> <p>Een of meer programma's met verschillende thematische of geografische reikwijdte, waarin de investeringsprioriteiten zijn beschreven.</p> | <p>Een enkel document voor elke lidstaat, het nationaal herstel- en veerkrachtplan (National Recovery and Resilience Plan — NRRP), waarin gedetailleerde gegevens worden verstrekt over de investeringen en hervormingen die worden ondersteund met de RRF-subsidies en, in voorkomend geval, leningen.</p> <p>De Commissie beoordeelt het NRRP en stelt een uitvoeringsbesluit voor dat door de Raad moet worden goedgekeurd, waarin de totale financiële bijdrage wordt vastgesteld en de maatregelen en de respectieve mijlpalen en streefdoelen en bijbehorende uitbetalingen worden uiteengezet.</p> |
| Wijzigingen in programma's | Die hoeven alleen door de Commissie beoordeeld en goedgekeurd te worden.  | Die moeten worden beoordeeld door de Commissie en goedgekeurd door de Raad.   |
| Steun                      | Steun voor begunstigden via nationale en regionale autoriteiten, via terugbetalingen op projectniveau.  | Centrale begrotingssteun, via subsidies en leningen, rechtstreeks aan de lidstaten. De uitvoering op nationaal niveau kan op verschillende manieren worden aangepakt.   |
| Terugbetalingen            | Voornamelijk gebaseerd op de terugbetaling van werkelijk gemaakte kosten.   | De lidstaten moeten kostenramingen indienen voordat het herstel- en veerkrachtplan wordt goedgekeurd om de financiële toewijzing te rechtvaardigen, maar latere betalingen uit de RRF zijn niet gekoppeld aan deze kosten. De terugbetalingen zijn gebaseerd op de bevredigende verwezenlijking van mijlpalen en streefdoelen.  |

| Punt   | Cohesiebeleid   | RRF   |
|--|---|---|
| Nationale cofinanciering                     | <p>Percentages lopen uiteen van 15 % tot 60 %, afhankelijk van het fonds en het ontwikkelingsniveau van de ondersteunde regio.</p> <p>Gevallen van 100 % EU-financiering in uitzonderlijke omstandigheden (bijv. de financiële crisis van 2008-2009 en de COVID-19-pandemie).</p> | Geen cofinanciering vereist.  |
| Vrijmaking                                   | De middelen worden jaarlijks aan het begin van de periode aan elke lidstaat toegewezen en gaan verloren als ze niet binnen drie jaar (voor 2021 tot en met 2026) of twee jaar (voor 2027) na de vastlegging worden gebruikt.  | <p>De Commissie moest 70 % van de subsidies uiterlijk eind 2022 vastleggen en de resterende 30 % en alle leningen uiterlijk eind 2023. Middelen die niet binnen deze termijnen zijn vastgelegd, worden niet toegewezen.</p> <p>Alle mijlpalen en streefdoelen moeten uiterlijk op 31 augustus 2026 zijn gehaald. Bedragen die eind 2026 niet zijn uitbetaald, worden vrijgemaakt.</p> |
| Rapportage van de lidstaten aan de Commissie | <p>Financiële gegevens: vijfmaal per jaar.</p> <p>Prestatiegegevens, inclusief gegevens over gemeenschappelijke indicatoren: tweemaal per jaar.</p>   | <p>Uitvoering van mijlpalen en streefdoelen, vergezeld van bewijsmateriaal: bij elk betalingsverzoek (maximaal tweemaal per jaar).</p> <p>Informatie over de voortgang bij de uitvoering van komende mijlpalen en streefdoelen: tweemaal per jaar (APR, OKT).</p> <p>Gegevens over gemeenschappelijke indicatoren: tweemaal per jaar (FEB, AUG).</p>                                  |

Bron: Analyse 01/2023 van de ERK.

# Afkortingen

**EFRO:** Europees Fonds voor regionale ontwikkeling

**EHDS:** Europese dataruimte voor gezondheid (European Health Data Space)

**eHDSI:** digitale diensteninfrastructuur voor e-gezondheid (eHealth Digital Service Infrastructure)

**eHN:** e-gezondheidsnetwerk (eHealth Network)

**NRRP:** nationaal herstel- en veerkrachtplan (National Recovery and Resilience Plan)

**RRF:** herstel- en veerkrachtfaciliteit (Recovery and Resilience Facility)

# Woordenlijst

**Digitalisering:** het invoeren van digitale technologie en gedigitaliseerde informatie in processen en taken.

**Direct beheer:** beheer van een EU-fonds of -programma door de Commissie alleen, in tegenstelling tot gedeeld beheer of indirect beheer.

**E-gezondheid:** verlening van gezondheidszorg met gebruik van elektronische middelen.

**Gedeeld beheer:** methode om de EU-begroting te besteden waarbij de Commissie, anders dan bij direct beheer, delegeert aan de lidstaat maar toch de eindverantwoordelijkheid houdt.

**Interoperabiliteit:** vermogen van een systeem om met andere systemen te communiceren en samen te werken, bijvoorbeeld door de uitwisseling van gegevens.

**Patiëntendossier:** beknopt medisch dossier met de essentiële informatie die gezondheidswerkers nodig hebben om optimale zorg te verlenen.

**Telegeneeskunde:** verlening van gezondheidszorg met gebruik van elektronische middelen, waarbij de gezondheidswerker en de patiënt zich op verschillende locaties bevinden.

## Antwoorden van de Commissie

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

## Tijdschema

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

## Controleteam

In de speciale verslagen van de ERK worden de resultaten van haar controles van EU-beleid en -programma's, of van beheerskwesaties met betrekking tot specifieke begrotingsterreinen uiteengezet. Bij haar selectie en opzet van deze controletaken zorgt de ERK ervoor dat deze een maximale impact hebben door rekening te houden met de risico's voor de doelmatigheid of de naleving, de omvang van de betrokken inkomsten of uitgaven, de verwachte ontwikkelingen alsook de politieke en publieke belangstelling.

Deze doelmatigheidscontrole werd verricht door controlekamer I "Duurzaam gebruik van natuurlijke hulpbronnen", die onder leiding staat van ERK-lid Joëlle Elvinger. De controle werd geleid door ERK-lid Joëlle Elvinger, ondersteund door Ildikó Preiss, kabinetschef, Paolo Pesce, kabinetsattaché; Paul Stafford en Emmanuel Rauch, hoofdmanagers; Michela Lanzutti, taakleider; Dirk Neumeister, Malgorzata Frydel, Stéphane Gilson en Hajnalka Hertz-Faragó, auditors. Max Krecké verleende onderzoeksondersteuning. Agata Sylwestrzak, Luis Ferrer Lopez en Mark Smith verleenden taalkundige ondersteuning. Marika Meisenzahl verleende grafische ondersteuning.



*Van links naar rechts:* Ildikó Preiss, Malgorzata Frydel, Michela Lanzutti, Dirk Neumeister, Joëlle Elvinger, Paolo Pesce, Emmanuel Rauch, Stéphane Gilson, Hajnalka Hertz-Faragó en Luis Ferrer López.



# AUTEURSRECHT

© Europese Unie, 2024

Het beleid van de Europese Rekenkamer (ERK) inzake hergebruik is uiteengezet in [Besluit nr. 6-2019 van de ERK](#) over het opendatabeleid en het hergebruik van documenten.

Tenzij anders aangegeven (bijv. in afzonderlijke auteursrechtelijke mededelingen), wordt voor inhoud van de ERK die eigendom is van de EU een licentie verleend in het kader van de [Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)-licentie](#). Als algemene regel geldt daarom dat hergebruik is toegestaan mits de bron correct wordt vermeld en eventuele wijzigingen worden aangegeven. De hergebruiker van ERK-inhoud mag de oorspronkelijke betekenis of boodschap niet wijzigen. De ERK is niet aansprakelijk voor mogelijke gevolgen van hergebruik.

Aanvullende toestemming moet worden verkregen indien specifieke inhoud personen herkenbaar in beeld brengt, bijvoorbeeld op foto's van personeelsleden van de ERK, of werken van derden bevat.

Indien dergelijke toestemming wordt verkregen, wordt de bovengenoemde algemene toestemming opgeheven en zullen beperkingen van het gebruik daarin duidelijk worden aangegeven.

Wilt u inhoud gebruiken of reproduceren die geen eigendom van de EU is, dan dient u de auteursrechthebbende mogelijk rechtstreeks om toestemming te vragen.

Figuren 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 en 11 en de uittreksels van de antwoorden van de lidstaten op de ERK-vragenlijst — iconen: deze zijn ontworpen met behulp van [Flaticon.com](#).

© Freepik Company S.L. Alle rechten voorbehouden.

Software of documenten waarop industriële-eigendomsrechten rusten, zoals octrooien, handelsmerken, geregistreerde ontwerpen, logo's en namen, zijn uitgesloten van het beleid van de ERK inzake hergebruik.

De groep institutionele websites van de Europese Unie met de domeinnaam "europa.eu" bevat links naar sites van derden. Aangezien de ERK geen controle heeft over deze sites, wordt u aangeraden kennis te nemen van hun privacy- en auteursrechtbeleid.

## **Gebruik van het ERK-logo**

Het logo van de ERK mag niet worden gebruikt zonder voorafgaande toestemming van de ERK.

|      |                        |                |                     |                   |
|------|------------------------|----------------|---------------------|-------------------|
| HTML | ISBN 978-92-849-3313-6 | ISSN 1977-575X | doi:10.2865/2230422 | QJ-01-24-010-NL-Q |
| PDF  | ISBN 978-92-849-3314-3 | ISSN 1977-575X | doi:10.2865/2082143 | QJ-01-24-010-NL-N |

Door de COVID-19-pandemie is digitalisering van de gezondheidszorg een belangrijker onderdeel van ons leven geworden. Wij hebben onderzocht of de acties die de Commissie heeft ondernomen om de lidstaten te ondersteunen bij de digitalisering van hun gezondheidszorgstelsels doeltreffend waren. We hebben vastgesteld dat de Commissie, gezien haar mandaat, de lidstaten over het algemeen doeltreffend heeft ondersteund. Na de COVID-19-pandemie werd het beleidskader van de EU versterkt. De Commissie heeft de lidstaten richtsnoeren verstrekt over EU-middelen en hun vooruitgang bij de digitalisering van de gezondheidszorg gemonitord. De lidstaten stuiten echter op obstakels bij het gebruik van de EU-middelen, en noch de Commissie, noch de meeste lidstaten beschikken over een volledig overzicht van hoe de middelen worden gebruikt. Wij hebben aanbevolen dat de Commissie haar verslaglegging over de vooruitgang van de lidstaten bij de digitalisering van de gezondheidszorg en over het gebruik van EU-middelen verbetert.

Speciaal verslag van de ERK, uitgebracht krachtens artikel 287, lid 4, tweede alinea, VWEU.



EUROPESE  
REKENKAMER



Bureau voor publicaties  
van de Europese Unie

EUROPESE REKENKAMER  
12, rue Alcide De Gasperi  
1615 Luxembourg  
LUXEMBURG

Tel. +352 4398-1

Inlichtingen: [eca.europa.eu/nl/contact](https://eca.europa.eu/nl/contact)

Website: [eca.europa.eu](https://eca.europa.eu)

Twitter: @EUAuditors