



KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, 30.4.2004
KOM(2004) 356 endelig

**KOMMISSIONENS MEDDELELSE TIL RÅDET, EUROPA-PARLAMENTET,
DET EUROPÆISKE, ØKONOMISKE OG SOCIALE UDVALG OG
REGIONSUDVALGET**

**E-sundhed – et bedre sundhedsvæsen for Europas borgere:
En handlingsplan for et europæisk e-sundhedsområde**

{SEK(2004)539}

**KOMMISSIONENS MEDDELELSE TIL RÅDET, EUROPA-PARLAMENTET,
DET EUROPÆISKE, ØKONOMISKE OG SOCIALE UDVALG OG
REGIONSUDVALGET**

**E-sundhed – et bedre sundhedsvæsen for Europas borgere:
En handlingsplan for et europæisk e-sundhedsområde**

(EØS-relevant tekst)

1.	Indledning	4
2.	Udfordringer og forventninger til Europas sundhedssektorer og e-sundhedssektorens rolle	5
2.1.	E-sundhed: systemer og tjenester, der gavner sundhedssektoren	7
2.2.	Øget inddragelse af sundhedsforbrugere: patienter og raske personer	7
2.3.	Bistand til sundhedsprofessionelle	8
2.4.	Støtte til sundhedsmyndigheder og sundhedsledere	9
2.5.	E-sundhed: den tredjestørste industri i den europæiske sundhedssektor	10
3.	Den nuværende situation	10
3.1.	Eksempler på e-sundhed og fordelene herved	10
3.2.	De største udfordringer for en videre udbredelse	13
4.	Et europæisk e-sundhedsområde: indsatsområder og tiltag	16
4.1.	Handlingsplan	17
4.2.	Indsatsområde 1: Løsning af fælles problemer	17
4.2.1.	Sundhedsmyndighedernes lederskab	17
4.2.2.	Interoperabilitet mellem sundhedsinformationssystemerne	17
4.2.2.1.	Patient-identifikatorer	17
4.2.2.2.	Elektroniske patientjournalers interoperabilitet	18
4.2.3.	Patienternes og de sundhedsprofessionelles mobilitet	18
4.2.4.	Forbedring af infrastruktur og teknologi	18
4.2.5.	Overensstemmelsesprøvning og akkreditering med henblik på et e-sundhedsmarked	19
4.2.6.	Fremme af investeringer	20
4.2.7.	Retlige og regulatoriske spørgsmål	20
4.3.	Indsatsområde 2: Pilotforanstaltninger: fremskyndelse af gennemførelsen	21

4.3.1.	Information til borgerne og myndighederne om sundhedsundervisning og sygdomsforebyggelse	21
4.3.2.	Hen imod integrerede sundhedsinformationsnet.....	21
4.3.3.	Anvendelse af kort i sundhedsvæsenet	22
4.4.	Indsatsområde 3: Samarbejde og overvågning af praksis	22
4.4.1.	Videreformidling af bedste praksis	22
4.4.2.	Benchmarking	23
4.4.3.	Internationalt samarbejde	23
5.	Konklusioner	23
BILAG.....		25

1. INDLEDNING

E-sundhed spiller en vigtig rolle. Med e-sundhed kan vi forbedre adgangen til sundhedstjenesterne og få effektive tjenesteydelser af højere kvalitet. Begrebet omfatter anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi inden for alle de forskellige funktionsområder, der har indflydelse på sundhedssektoren.

E-sundheds værktøjer eller –løsninger omfatter også produkter, systemer og tjenester, som rækker ud over de rent internetbaserede anvendelser, bl.a. værktøjer til brug for sundhedsmyndigheder og sundhedsprofessionelle såvel som personaliserede sundhedssystemer for patienter og borgere. Af eksempler kan nævnes sundhedsinformationsnet, elektroniske patientjournaler, telemedicintjenester, personlige bærbare og kropsbårne kommunikationssystemer, sundhedsportaler og mange andre informations- og kommunikationsteknologibaserede værktøjer til støtte for forebyggelse, diagnose, behandling, sundhedsovervågning og livsstilsforvaltning.

Kombineret med organisatoriske ændringer og udvikling af nye færdigheder kan e-sundhed bidrage til bedre pleje for færre penge inden for rammerne af borger-centrerede sundhedstjenester. E-sundhed kan derfor imødekomme de store udfordringer, som sundhedssektoren - der beskæftiger 9 % af Europas arbejdsstyrke – står over for.

E-sundhed er nutidens værktøj til øget produktivitet, men er også morgendagens værktøj til omstrukturerede, **borgercentrerede sundhedssystemer**, som samtidig kan tilgodese forskelligheten i Europas multikulturelle og multisprogede traditioner på sundhedsområdet. Der kan nævnes mange eksempler på positive udviklinger inden for e-sundhed, herunder sundhedsinformationsnet, elektroniske patientjournaler, telemedicintjenester, bærbare og kropsbårne overvågningssystemer og sundhedsportaler. I dag har mindst fire ud af fem europæiske læger internetforbindelse, og en fjerdedel af europæerne søger sundhedsoplysninger på Internettet.

Det Europæiske Fællesskabs forskningsprogrammer har ydet støtte til e-sundhed i de seneste femten år. Til medfinansiering er der siden begyndelsen af 1990'erne afsat 500 mio. € med et samlet budget på ca. det dobbelte. Mange af forskningsresultaterne er nu afprøvet og taget i brug. Hermed indtager Europa en førende position, når det drejer sig om anvendelsen af elektroniske patientjournaler inden for det primære sundhedsvæsen og af elektroniske (intelligente) sundhedskort. Denne udvikling har medvirket til fremkomsten af en ny "e-sundhedsindustri", med potentiale til at blive den tredjestørste industri i sundhedssektoren med en omsætning på 11 mia. €. Den vil i 2010 kunne udgøre 5% af det samlede sundhedsbudget. På nuværende tidspunkt har e-sundhedsindustrien i Europa – der navnlig består af små og mellemstore virksomheder – en konkurrencemæssig fordel, men har alligevel brug for et gunstigere forretningsklima.

Medlemsstaterne har vist stor interesse for at fremme e-sundhed¹, hvorved den bedste praksis og de bedste erfaringer fra hele EU kan udnyttes. Hermed skulle vi kunne tage et skridt hen imod et "europæisk e-sundhedsområde" – en ramme baseret på et bredt spektrum af europæiske politikker og initiativer. Med et sådant europæisk e-sundhedsområde tænkes der

¹ Ministererklæring på ministerkonference om e-sundhed i 2003.
http://europa.eu.int/information_society/eeurope/ehealth/conference/2003/index_en.htm.

på nye rammer for samordnede tiltag og synergier inden for e-sundhed, som kan skabe et gunstigt klima for integrationen af de hermed forbundne politikker på fællesskabsplan. Da sundhedssektoren i Europa i overvejende grad er en offentlig service, er den offentlige sektor også rammen for de fleste af de udfordringer og tiltag, der beskrives i meddelelsen "E-forvaltningens betydning for Europas fremtid"².

E-sundhed spiller en klar rolle i Den Europæiske Unions e-Europa-strategi og er nøglen til øget vækst og skabelse af højt kvalificerede jobs i en dynamisk videnbaseret økonomi – den vision, som Det Europæiske Råd fremlagde i Lissabon i marts 2000³ ⁴. For at komme videre må der sættes ind på mange fronter, fra forskning og anvendelse af bredbåndsnet inden for telekommunikation til foranstaltninger på folkesundhedsområdet og tiltag i medlemsstaterne til at fremme mobilitet og vurdere de følger, den europæiske befolknings aldring vil få for sundhedssystemerne.

2. UDFORDRINGER OG FORVENTNINGER TIL EUROPAS SUNDHEDSSEKTORER OG E-SUNDHEDSSEKTORENS ROLLE

I hele verden står sundhedssystemerne over for alvorlige udfordringer⁵, selvom karakteren og omfanget heraf varierer markant mellem de industrialiserede lande på den ene side og udviklingslandene på den anden side. For EU omfatter disse udfordringer:

- stigende efterspørgsel efter sundheds- og sociale tjenesteydelser som følge af en aldrende befolkning og højere indkomst- og uddannelsesniveau. I 2051 vil næsten 40 % af EU's befolkning være over 65 år⁶
- de stigende forventninger fra borgerne, som ønsker de bedste tilgængelige sundhedsydelser, og som samtidig kræver, at ulighederne i adgangen til sundhedsydelser af høj kvalitet mindskes
- stigende mobilitet for patienter⁷ og sundhedsprofessionelle inden for rammerne af et bedre fungerende indre marked⁸

² E-forvaltningens betydning for Europas fremtid, 2003.

³ Det Europæiske Råd (2000); *Formandskabets konklusioner*. Det Europæiske Råd i Lissabon, 23.-24. marts 2000.

⁴ KOM(2002) 263 endelig. *eEurope 2005: Et informationssamfund for alle – en handlingsplan som oplæg til Det Europæiske Råds møde i Sevilla, 21.-22. Juni 2002*. Bruxelles, den 28.5.2000.

⁵ KOM (2001) 723 endelig af 5.12.2001, *Den fremtidige ældreomsorg og sundhedspleje – sikring af adgangen, kvaliteten og den økonomiske holdbarhed* (6528/03 af 20.2.2003) og *Kommissionens og Rådets fælles rapport om støtte til nationale strategier for den fremtidige ældreomsorg og sundhedspleje*. I denne forbindelse er vægten lagt på adgangen til sundhedstilbud for alle i et aldrende samfund, med sundhedstjenester og –systemer af høj kvalitet under betingelser, hvor borgerne har større forventninger, samtidig med at der er knaphed på sundhedspersonale, men hvor medlemsstaternes sundhedssystemer har den nødvendige finansielle levedygtighed og bæredygtighed.

⁶ Braun, A; A. Constantelou, V. Karounou, A. Ligtoet, & J-C. Burgelman (2003). *Prospecting ehealth in the context of a European Ageing Society: Quantifying and qualifying needs. Final report*. November 2003. IPTS/ESTO: Sevilla, Spain.

⁷ Patientmobilitet er behandlet i en meddelelse fra Kommissionen (KOM(2004) "Follow-up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union".

⁸ Forordning 1408/71, som samordner de sociale sikringsordninger, er for nylig blevet ændret med henblik på at strømline og modernisere adgangen til sundhedstjenester på tværs af grænserne, navnlig når der er tale om for lange ventetider i patientens medlemsstat. I januar 2004 vedtog Kommissionen et

- behovet for at mindske den såkaldte “sygdomsbyrde”⁹ og for at afbøde nye sygdomsrisici (f.eks. nye overførbare sygdomme som SARS)
- de offentlige myndigheders vanskeligheder ved at opnå ligevægt mellem investeringerne i teknologi og investeringerne i de komplekse organisatoriske ændringer, der behøves for at kunne udnytte teknologiens potentiale
- behovet for at begrænse erhvervsulykker og –sygdomme, forbedre arbejdsmiljøet og håndtere nye former for arbejdsrelaterede sygdomme¹⁰
- forvaltning af enorme mængder af sundhedsinformation, som skal være til rådighed og let tilgængelig under sikre vilkår og på det tidspunkt, hvor hjælpen behøves, og i en form, der er egnet til administrative formål
- behovet for at tilbyde de bedst mulige sundhedsydelser på trods af stramme budgetvilkår.

Denne fokusering på e-sundhed indgår i en mere omfattende erkendelse af den værditilvækst, tiltag på sundhedsområdet indebærer på europæisk plan. Dette afspejler sig i Fællesskabets program for folkesundhed, hvortil der henvises i afgørelse 1786/2002/EF¹¹. Herudover har Kommissionen foreslået yderligere tiltag til støtte for medlemsstaterne i den igangværende reform af sundhedssystemerne. Fremskridtene på dette område bør overvåges og sammenlignes, og Kommissionen har foreslået at anvende den åbne koordinationsmetode på ældreomsorg og sundhedsydelser¹².

Forårsberetningen for 2004 bakker yderligere op bag handlingsplanen for eEurope 2005 og for Lissabon-strategien, hvad forbedring af sundhedstjenesterne og øget effektivitet angår¹³. Fællesskabets indsats på folkesundhedsområdet skal, i overensstemmelse med traktatens artikel 152, særlig stk. 5, fuldt ud respektere medlemsstaternes ansvar for sundhedsydelser. Imidlertid kan andre udviklinger – som f.eks. e-sundhedssystemer og -tjenester – have indflydelse på sundhedssystemerne.

forslag til direktiv om tjenesteydelser i det indre marked (KOM(2004)2 endelig), som opstiller rammerne for ydelse af tjenester i det indre marked, herunder sundhedstjenester, og for godtgørelse heraf af de relevante sygeforsikringsinstitutioner, når der ydes sundhedstjenester i en anden medlemsstat. Det skal også bemærkes, at Kommissionen i marts 2002 fremsatte forslag om anerkendelse af erhvervsmæssige kvalifikationer (KOM(2002)119 endelig), som også omfatter sundhedsprofessionerne.

⁹ “Sygdomsbyrden” er et mål for en befolknings sundhed og kvantificerer den samlede sygdomsbelastning i form af dødelighed, erhvervsudygtighed og omkostningerne ved sygdom.

¹⁰ Omkostningerne ved arbejdsulykker og erhvervssygdomme ligger på mellem 2,6 % og 3,8 % af bruttonationalproduktet i de forskellige europæiske medlemsstater. For yderligere oplysninger henvises til Kommissionens meddelelse om håndhævelsen af direktiverne om sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen. KOM(2004) 62 endelig, februar 2004.

¹¹ Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1786/2002/EF af 23. september 2002 om vedtagelse af et program for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008), EFT L 271 af 9.10.2002.

¹² Jf. forårsberetningen 2004: *Gennemførelse af Lissabon-strategien*, KOM(2004) 29, af 21.1.2004. Kommissionen fremlægger disse ideer i en meddelelse om den åbne koordinationsmetode på sundhedsområdet i 2004. Den åbne koordinationsmetode skal hjælpe medlemsstaterne med gradvis at udvikle deres egne politikker. Heri indgår opstilling af retningslinjer og kvantitative og kvalitative pejlemærker, omsætning af de europæiske retningslinjer i nationale og regionale politikker og gennemførelse af overvågning, evaluering og peer review – jf. Det Europæiske Råd, 2000. *Formandskabets konklusioner*. Det Europæiske Råd i Lissabon, den 23.-24. marts 2000.

¹³ Forårsberetning 2004: *Gennemførelse af Lissabon-strategien*, KOM(2004) 29 af 21.1.2004.

2.1. E-sundhed: systemer og tjenester, der gavner sundhedssektoren

E-sundhedssystemer og –tjenester kombineret med organisatoriske ændringer og udvikling af nye færdigheder er vigtige drivkræfter. De kan skabe betydelige forbedringer i adgangen til sundhedstilbud, i disses kvalitet og i sundhedssektorens effektivitet og produktivitet¹⁴. I en nylig stort anlagt undersøgelse peges der på, at de forskellige medlemsstaters systemer og virksomheder har meget forskellige holdninger til, hvordan e-handelsaspekterne af e-sundhed kan blive vigtige drivkræfter for ændringer og produktivitetsforbedringer på områder som f.eks. udvikling af infrastruktur og færdigheder, interne forretningsprocesser, styring af indkøbsprocedurer og af forsyningskæden, markedsføring og salg samt forretningsfunktioner i videre sammenhæng¹⁵. Da det drejer sig om en serviceindustri i den offentlige sektor, tegner personaleudgifterne sig for 80 % af sektorens omkostninger. Både i de gamle og de nye medlemsstater stammer 75 % af samtlige udgifter fra offentlige kilder¹⁶.

Mængden og kompleksiteten af sundhedsrelateret information og viden er vokset i en sådan grad, at en stor del af enhver sundhedsorganisations arbejde består i informationsbehandling. Sundhedssektoren er klart en informationsintensiv sektor, som i stadig højere grad har brug for på informations- og kommunikationsteknologi. Denne teknologi fremmer udviklingen inden for medicinsk forskning, forvaltning og videreformidling af medicinsk viden og øget anvendelse af evidensbaseret medicin. E-sundhedsværktøjer støtter aggregering, analyse og oplagring af kliniske data i alle former; informationsværktøjer giver adgang til de nyeste resultater, mens kommunikationsværktøjer giver mange forskellige organisationer og sundhedsprofessionelle mulighed for at samarbejde.

2.2. Øget inddragelse af sundhedsforbrugere: patienter og raske personer

Både som patienter og som raske kan befolkningen drage nytte af bedre uddannelse, når det drejer sig om egen sundhed og sygdomsforebyggelse. De har brug for støtte til at håndtere deres sygdomme, risici – herunder arbejdsrelaterede sygdomme – og livsstil. Et voksende antal mennesker søger proaktivt efter oplysninger om deres sygdomme¹⁷. De vil inddrages aktivt i beslutninger om deres eget helbred og vil ikke længere uden videre acceptere den betydelige forskel ("asymmetri") i vidensniveauet, der findes mellem dem selv og de sundhedsprofessionelle. E-sundhedstjenester giver rettidig information, der er skræddersyet til kunden. Der er adgang til specialiserede online-oplysninger vedrørende sundhedsuddannelse, sikkerhed på arbejdspladsen¹⁸ og livstilsforvaltning. Kommissionen har taget initiativ til, at

¹⁴ E-sundhedssystemer og –tjenester kan mindske omkostningerne og forbedre produktiviteten på områder som f.eks. i) fakturering og journalføring ii) færre tilfælde af lægelig fejlbehandling iii) mindskelse af unødigt behandling og iv) besparelser som følge af business-to-business e-handel, omhandlet i P.M. Danzon og M. Furukawa, e-Health: Effects of the Internet on Competition and Productivity in Health Care (2001) In *The Economic Payoff from the Internet Revolution*, the Brookings Task Force on the Internet, Brookings Institution Press: Washington.

¹⁵ Stroetmann K.A. and V.N. Stroetmann (2004) *Electronic business in the health and social services sector – Sector Impact Study No. 10-I (draft)*. The European e-business W@tch 2003/4, Europa-Kommissionen, Generaldirektoratet for virksomheder: Bruxelles/Bonn, februar 2004.

¹⁶ Se fodnote 15.

¹⁷ Detmer, D.E., P.D. Singleton, A. Macleod, S. Wait, M. Taylor, and J. Ridgwell (2003), *The Informed Patient: Study Report*, Cambridge University Health, Judge Institute of Management: Cambridge, UK. March 2003.

¹⁸ Det Europæiske Arbejdsmiljøagentur giver adgang til et bredt spektrum af net-oplysninger om ulykkes- og sygdomsforebyggelse og retningslinjer for bedste praksis, både for arbejdsgivere og arbejdstagere. <http://europe.osha.eu.int/>.

der opstilles kvalitetskriterier for sundhedsrelaterede websteder¹⁹ og for webstedernes tilgængelighed²⁰.

Der er nu også adgang til individuelle (personaliserede) systemer til patientovervågning og -støtte – f.eks. kropsbårne eller implanterbare kommunikationssystemer til kontinuerlig overvågning af hjertepatienter. Disse systemer kan medvirke til at afkorte eller helt undgå hospitalsophold, samtidig med at patienternes sundhedstilstand overvåges.

Det har vist sig, at adgangen til omfattende og sikre elektroniske patientjournaler forbedrer patienternes pleje og sikkerhed. Disse patientjournaler gør det nemmere at give patienterne den korrekte behandling, idet de sundhedsprofessionelle via journalen kan få bedre kendskab til patientens historie og tidligere indgreb foretaget af andre kolleger. Da patienterne er mobile, vil disse elektroniske patientjournaler – såfremt de er interoperative – også forbedre betingelserne for behandling i andre EU-lande.

2.3. Bistand til sundhedsprofessionelle

Den første prioritet for lægeprofessionen er at tilbyde den bedst mulige behandling med de til rådighed stående ressourcer og først og fremmest - i overensstemmelse med Hippokrates' ed – uden at skade patienten (*primum non nocere*). Imidlertid sker der stadigvæk behandlingsfejl. Nogle af disse fejl kan undgås²¹ med fornuftig anvendelse af e-sundhedssystemer. Disse systemer kan give vigtige oplysninger og advarsler og bredere adgang til bedste praksis, ekspertrådgivning og resultater af klinisk behandling.

E-sundhedsværktøjer og -anvendelser kan give hurtig og let adgang til elektroniske patientjournaler dér, hvor der er brug for det. De kan anvendes til diagnose på grundlag af ikke-invasive billedtekniske systemer. De er til hjælp for kirurger, når de planlægger kliniske indgreb på grundlag af digitale patientspecifikke data. De giver adgang til specialiserede uddannelses- og undervisningsmidler og giver radiologer adgang til billeder hvor som helst. Arbejdspladsen er således under omformning og udvidelse. Digital dataoverførsel giver mulighed for mere effektivt samarbejde mellem sygehusafdelinger i hele Europa og for skabelsen af et europæisk net af referencecentre – som beskrevet i en meddelelse om patientmobilitet, hvor dette initiativ fremlægges. Fra de elektroniske patientjournaler kan der også udtrækkes oplysninger til brug for forskning, forvaltning, folkesundhedsstatistikker eller andre hertil knyttede statistikker til gavn for sundhedsprofessionerne.

E-sundhed kan ikke blot gavne de sundhedsprofessionelle, men alle der er ansat i sundhedssektoren, bl.a. inden for sundhedspleje, sygepleje og administration (i 2002 drejede dette sig om 17,5 mio. personer i det fremtidige EU på 25 medlemsstater eller 9,3% af den samlede arbejdsstyrke)²². Endvidere kan e-sundhed bidrage til et sikrere arbejdsmiljø for sundhedssektorens personale. (I EU har sundhedstjenesterne og de sociale tjenester en

¹⁹ Meddelelse ”eEurope 2002: Kvalitetskriterier for websteder med information om sundhed”.
http://europa.eu.int/information_society/eeurope/ehhealth/index_en.htm.

²⁰ KOM(2001) 529. eEurope 2002: Tilgængeligheden af offentlige websteder og deres indhold.
http://europa.eu.int/information_society/topics/citizens/accessibility/web/wai_2002/cec_com_web_wai_2001/index_en.htm

²¹ Silber, Denise (2003) Comment améliorer le système de santé? Harvard University Colloquium, August 2003. *Espace Européen*, October 17, 2003.

²² Labour Force Survey 2002, offentliggjort i 2003. Se også Employment in Europe 2003:
http://europa.eu.int/comm/employment_social/employment_analysis/employ_en.htm.

ulykkesfrekvens, som ligger 30 % over gennemsnittet²³. De fleste ulykker skyldes smitsomme sygdomme, rygskeer samt stød og risici i forbindelse med elektrisk udstyr eller komprimerede gasser).

2.4. Støtte til sundhedsmyndigheder og sundhedsledere

Det er sundhedsmyndighederne og sundhedslederne, der har ansvaret for, at sundhedssystemerne organiseres og fungerer korrekt. Det gør de på baggrund af stadig strammere budgetrammer og voksende forventninger fra patienternes side. E-sundhedssystemer kan spille en vigtig rolle til afbødning af dette stigende pres, fordi de bidrager til, at sundhedssektoren bliver mere produktiv og leverer bedre resultater med færre ressourcer. Desværre har den nuværende papirbaserede informationsindsamling og behandling betydelige begrænsninger.

Forsvarlig forvaltning af folkesundhed og klinisk sundhed må nødvendigvis bygge på omfattende og pålidelige administrative og kliniske data. Medlemsstaternes sundhedsmyndigheder ville have fordel af at få bedre adgang til mere sammenlignelige data om sundhedsspørgsmål. Der er behov for data og for en underliggende infrastruktur, som hjælper sundhedsmyndighederne med at samarbejde - f.eks. om håndtering af overførbare sygdomme.

Integrerede og omfattende data kan tilvejebringes hurtigt ved hjælp af e-sundhedssystemer som f.eks. elektroniske patientjournaler og støtte til styring af behandlingsforløb (*care flow management*). Med automatisk dataudtræk fra elektroniske sundhedssystemer, som fungerer i overensstemmelse med Europas lovfæstede krav om databeskyttelse og beskyttelse af privatlivets fred²⁴, vil man kunne tilvejebringe manglende data og dermed fremme en korrekt vurdering af de knappe ressourcer og overflødigøre det enorme administrative arbejde med at udfylde særskilte blanketter for refusionsberettigede udgifter - et klart eksempel på en produktivtetsgevinst, som kan realiseres med e-sundhedssystemer og -tjenester. Disse initiativer tager klart sigte på at modernisere sundhedssystemerne.²⁵

Også på europæisk plan er der brug for samarbejde, udveksling af erfaringer og data samt benchmarking i sundhedssektoren. Grundene hertil er behovet for effektivitetsforbedringer og patienternes og sundhedsprofessionernes øgede mobilitet i et spirende marked for tjenester. Situationen kræver, at klinisk, organisatorisk og økonomisk information integreres i sundhedsfaciliteterne, så der lettere kan etableres virtuelle virksomheder på jurisdiktionsniveau og i videre sammenhæng²⁶.

E-sundhedssystemer kan øge ledernes kompetence, fordi de giver adgang til den bedste praksis og dermed bidrager til at begrænse inefficiet og uhensigtsmæssig behandling. Dette er den vigtigste faktor for frigivelse af ressourcer og sikre alle bred adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet. Herudover åbner e-sundhed nye muligheder for folk, som lever i fjerntliggende

²³ Kommissionens meddelelse: *Tilpasning til ændringerne i arbejdslivet og i samfundet: en ny fællesskabsstrategi for sundhed og sikkerhed på arbejdspladsen 2002-2006*, KOM (2002) 118 endelig, marts 2002.

²⁴ Direktivet om databeskyttelse 95/46/EF. EFT L 281 af 23.11.1995.

²⁵ Beretningen fra foråret 2004: *Gennemførelse af Lissabon-strategien*, KOM(2004) 29 af 21.1.2004.

²⁶ A. Rossi Mori. *Integrated clinical information systems: an essential resource – an opportunity for international cooperation*. Draft in preparation February 11, 2004 for publication in the Swiss Medical Informatics Journal. Spring edition 2004.

områder med begrænsede sundhedstjenester, og for marginaliserede befolkningsgrupper (f.eks. folk med større eller mindre handicap^{27 28}). Både i Europa og i udviklingslandene er der allerede tegn på, at e-sundhed kan skabe en platform for telemedicintjenester, såsom telekonsultationer (for supplerende lægeudtalelser); teleovervågning og telebehandling i hjemmet eller på hospitalet^{29 30}.

2.5. E-sundhed: den tredjestørste industri i den europæiske sundhedssektor

I henhold til en nylig undersøgelse³¹ er e-sundhed en spirende ny "industri" ved siden af sektoren for lægemidler og medicinsk udstyr. I 2010 vil udgifterne på e-sundhedsområdet kunne udgøre op til 5 % af det samlede sundhedsbudget i de 25 medlemsstater, i forhold til 1 % i 2000 (for 15 medlemsstater)³². De europæiske virksomheder har store muligheder for at blive førende aktører på globalt plan i denne nye industri.

Informations- og kommunikationsteknologi har spillet en nøglerolle i lægemiddelsektoren og sektoren for medicinsk udstyr. Lægemiddelforskningen kan anvende den nye teknologi til at simulere og aggregere data fra kliniske tests og til at afprøve nye teorier. Det nyeste medicinske udstyr er forsynet med effektivt software, der forbedrer udstyrets ydelse og sikkerhed (f.eks. gennem teleovervågning af funktionerne), og som kan anvendes til at støtte sundhedspersonalet og/eller patienterne i deres beslutninger.

3. DEN NUVÆRENDE SITUATION

3.1. Eksempler på e-sundhed og fordelene herved

Femten års støtte til regional, national og international forskning og udvikling inden for e-sundhed i Europa har resulteret i en lang række applikationer, som har fundet anvendelse i flere medlemslande³³. Der er mange gode eksempler på e-sundhedsinitiativer på nationalt og regionalt plan i EU³⁴. Fyrrer ud af over 180 e-sundhedsløsninger "fra det virkelige liv" blev udstillet på ministerkonferencen om e-sundhed i 2003. I nogle forbindelser bruges

²⁷ Employment and Social Dimension of Information Society, eInclusion working paper, 2003.

²⁸ Braun, A; A. Constantelou, V. Karounou, A. Ligoet, & J-C. Burgelman (2003) *Prospecting ehealth in the context of a European Ageing Society: Quantifying and qualifying needs. Final report*. November 2003. IPTS/ESTO: Sevilla, Spain.

²⁹ Se L. Beolchi (editor) (2003) *Telemedicine glossary, 5th edition, 2003 working document. Glossary of concepts, technologies, standards and users*. Generaldirektoratet for Informationssamfundet: Bruxelles, Belgien, september 2003; indeholder en lang række definitioner, navnlig på området medicinsk baseret hjemmepleje.

³⁰ På e-sundheds konferencen i 2004 blev der forelagt en række eksempler på bedste praksis inden for telekonsultation og telebehandling. De er præsenteret på den hertil knyttede udstilling. Se <http://www.ehealthconference2004.ie> og <http://www.e-europeawards.org/>.

³¹ Deloitte and Touche (2003) eHealth. Health Information Network Europe. Final report.

³² [The European e-Business Report - 2002/2003 edition. A portrait of e-business in 15 sectors of the EU economy](#) - 1st Synthesis Report of the e-Business W@tch. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003. ISBN 92-894-5118-1; Empirica, SIBIS, *Benchmarking Highlights 2002: Towards the Information Society in Europe and the US*, May 2003. See <http://www.empirica.biz/sibis/>.

³³ *Applications relating to health. Fifth research and development framework programme 1998-2002*. Final report. April 2003. Europa-Kommissionens Generaldirektorat for Informationssamfundet, 2003.

³⁴ De påviste fordele ved regionale sundhedsinformationssystemer (på kommune-, distrikts- og landsdelsplan) drøftes i vejledningen til udstillingen i tilknytning til ministerkonferencen om e-sundhed 2003.

elektroniske kort, mens der i andre bruges store sundhedsinformationsnetværk, der understøtter tjenester, såsom MEDCOM i Danmark, EVISAND i Spanien, SJUNET i Sverige og HYGEIANET i Grækenland³⁵.

Der er betydelig efterspørgsel i medlemsstaterne efter yderligere tiltag til at fremme den bedste praksis og udveksling af erfaringer på dette område. For tiden er ekspertgruppen vedrørende informationssamfundets beskæftigelsesmæssige og sociale aspekter (ESDIS) i færd med at indsamle eksempler på den bedste praksis i tilknytning til de aspekter af e-sundhed og sundhedstilbuddene i vidensamfundet, der vedrører beskæftigelse og social integration³⁶.

MEDCOM – Det danske sundhedsdatanet

MEDCOM håndterer for tiden over 80 000 meddelelser om dagen. 100% af sygehusene, apotekerne og vagtlægerne, 90% af de praktiserende læger, 98% af laboratorierne, 55% af speciallægerne og 20% af kommunerne er koblet til dette net. Med MedCom kan sygehusene anvende elektroniske henvisninger og undgå fornyet indlæsning af data. Henvisningernes professionelle kvalitet er forbedret, og udskrivningsbreve oplagres direkte. Den månedlige status over og antallet af meddelelser pr. måned kan ses på www.medcom.dk.

Foreløbige undersøgelser synes at vise, at MEDCOM har medført betydelige besparelser. Hvad de menneskelige ressourcer angår, spares der over 25 000 personmåneder. Med et månedligt lønniveau på 3 350 € er dette ensbetydende med besparelser på 22,5 mio €.

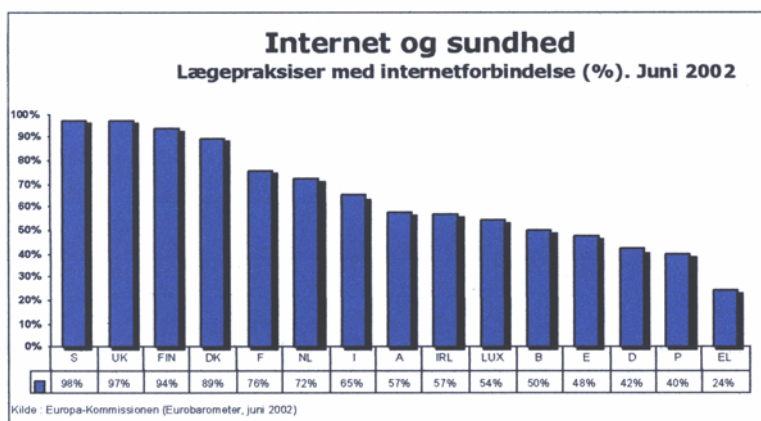
Efterhånden som pc'er og brugen af Internet i Europa vokser, skabes der en kritisk masse af brugere – alment praktiserende læger, patienter og borgere – af online-sundhedstjenester. Eurobarometer-undersøgelser har vist en støt stigning i antallet af praktiserende læger med internetforbindelse³⁷. Eurobarometer-undersøgelsen i 2002³⁸ viste, at gennemsnitligt 78% af de alment praktiserende læger i EU var tilknyttet Internet, med de højeste tal i Sverige (98%) og Det Forenede Kongerige (97%).

³⁵ Silber, D (2003) *The Case for eHealth*. Forelagt på Europa-Kommissionens første konference på højt plan om e-sundhed, 22-23 maj 2003, EIPA, Nederlandene.

³⁶ Hidtil har gruppen af fremtrædende eksperter vedrørende informationssamfundets beskæftigelsesmæssige og sociale aspekter (ESDIS) især lagt vægt på sikker og uskadelig brug af informations- og kommunikationsteknologi på arbejdspladsen (SEK(2002)372 og (SEK(2003)652) så vel som på de potentielle muligheder for online-sundhedstjenester til ringe stillede befolkningsgrupper (SEK(2001)412), som der også henvises til i en rådsresolution om integration i e-samfundet, vedtaget i oktober 2001.

³⁷ Eurobarometer 2001-2003.

³⁸ Eurobarometer, 2002 http://europa.eu.int/comm/public_opinion/.



Der sker også en stigning i brugen af netværk, herunder Internettet, i behandlings-sammenhæng. I EU-15 anvender gennemsnitligt 48% af de praktiserende læger elektroniske patientjournaler og 46% anvender Internet til at fremsende patientdata til andre udbydere af sundhedsydelser med henblik på at sikre kontinuitet i patientbehandlingen. En fuldt ud interaktiv anvendelse af Internet til patientbehandling gennem f.eks. e-mail-konsultation (12%) eller mulighed for online-bestilling af konsultationstid for patienternes vedkommende (2%) synes derimod endnu at være i begyndelsesfasen. Tal fra 2000 til 2002 viser de forskellige niveauer for de praktiserende lægers tilkobling til Internet og de høje niveauer for anvendelse til videreuddannelse, mens anvendelsen til telemedicintjenester er begrænset.

Eurobarometer EU 15	2000	2001	2002
Praktiserende læger med internetforbindelse	44%	77%	78%
til videreuddannelse	34%	70%	72%
til overførsel af medicinske patientdata	9%	37%	46%
til udbud af telemedicintjenester	5%	7%	12%

Sundhedsprofessionerne udnytter i stadig højere grad systemer, der forbedrer deres sundhedstilbud og mindsker niveauet for medicinske risici i Europa. Af disse systemer kan nævnes online-registre eller databaser for kræftprognose og fuldt integrerede informationssystemer til hospitaler, som f.eks. COHERENCE i Paris, adgang til elektroniske "biblioteker", arkiver eller databaser med data om evidensbaseret medicin, datamatstøttet receptudskrivning, som mindsker fejl og omkostninger, og telekonsultation på en lang række områder som f.eks. neurologi, patologi og psykiatri. Af andre eksempler på systemer, som kan anvendes af patienter og borgere og andre sundhedsforbrugere, kan nævnes applikationer i tilknytning til sjældne sygdomme, fora og tjenester i tilknytning til mentale lidelser og kaldecetre for primære sundhedsydelser, såsom NHS Direct i Det Forenede Kongerige.

NHS Direct Online

NHS Direct Online, <http://www.nhsdirect.nhs.uk/>, som blev etableret i 1999, giver sundhedsoplysninger online og telefonisk adgang til en døgn-hjælpelinje. Seks millioner

mennesker har brugt NHS Direct Online-webstedet i omkring to år. Der var en halv million besøgende i januar 2003. Webstedet har været tilgængeligt siden juli 2000. Det giver oplysninger om over 70 000 sundhedscentre, der tilbyder offentligheden sundhedstjenester. NHS Direct-kaldecetrene dirigerer folk til disse sundhedscentre. NHS Direct har også placeret 200 kiosker med berøringsskærme på stærkt besøgte steder, udstyret med printere og tilgængelige for folk i kørestol. Disse kiosker er placeret i NHS-centre, apoteker, biblioteker og supermarkeder. Ca. 300 personer anvender hver kiosk hver måned, hvilket svarer til ca. 60 000 brugere om året.

Disse systemer giver patienterne flere oplysninger om deres tilstand og om de valg, der står til deres rådighed, så de kan tage et større ansvar for behandlingsbeslutninger. Eurobarometerundersøgelsen fra marts 2003³⁹ om sundhedsinformationskilder viser, at 23% af europæerne anvender Internet til sundhedsoplysninger. 41% af den europæiske befolkning mener, at Internet er en god kilde til oplysninger om sundhed.

3.2. De største udfordringer for en videre udbredelse

På trods af adgangen til og de påviste fordele ved e-sundhedssystemer og -tjenester, bruges disse endnu ikke i særlig høj grad af læger og patienter. Mange steder er udviklingen stadig på pilotstadiet, ofte finansieret gennem forskningstilskud. De organisatoriske ændringer foregår ofte langsomt, og det kan tage op til 20 år at få sådanne systemer gennemført fuldt ud. En videre anvendelse af e-sundhedstjenester står fortsat over for mange udfordringer⁴⁰.

- **Sundhedsmyndighedernes engagement og lederskab**, navnlig i tilknytning til finansielle og organisatoriske spørgsmål, har afgørende betydning for e-sundhedssystemets gennembrud. For at e-sundhed skal kunne forbedre sundhedstjenester, må e-sundhedssystemet kombineres med organisatoriske ændringer og udvikling af nye færdigheder hos brugerne. E-sundhed blev af sundhedsmyndighederne traditionelt betragtet som en lav prioritet. Nu anses e-sundhed derimod for at have stor sundhedspolitisk betydning. Der har i de seneste år været tale om hurtige fremskridt, og mange medlemsstater – som f.eks. Det Forenede Kongerige og Slovenien – har nu vedtaget strategiske planer for anvendelse af e-sundhed. Endvidere har de forskellige medlemsstater og de forskellige organisationer forskellige **organisatoriske og kulturelle holdninger** til, hvordan sundhedstjenester bør ydes. På sundhedsområdet har indførelsen af nye systemer, teknikker og lægemidler typisk været langsom, mens indførelsen af informations- og kommunikationsteknologi – i organisatorisk henseende – har været relativt hurtig. Også sygehusene vil være vigtige aktører i udviklingen hen imod e-sundhed, og deres inddragelse i anvendelsen af e-sundhed vil have afgørende betydning for nye former for levering af sundhedsydelser.
- **E-sundhedssystemernes interoperabilitet.** Takket være interoperabilitet kan heterogene systemer integreres gnidningsløst. Dette vil give mulighed for sikker og hurtig adgang til sammenlignelige offentlige sundhedsdata og til patientoplysninger forskellige steder via diverse former for kabel- og radioforbundet udstyr. Hertil kræves der imidlertid standardisering af systemkomponenter og tjenester, såsom sundhedsinformationssystemer,

³⁹ Eurobarometer 58.0, marts 2003.

⁴⁰ I. Iakovidis (1998) Towards Personal Health Record: Current situation, obstacles and trends in implementation of Electronic Healthcare Records in Europe, i *International Journal of Medical Informatics*, vol. 52, nr. 123, s. 105-117.

sundhedsmeddelelser, elektroniske patientjournalers opbygning og patientidentifikationstjenester. Der er iværksat projekter i de europæiske standardiseringsorganisationer til løsning af dette spørgsmål, men interessen for interoperabilitetsstandarder for e-sundhed har været træg, og desuden er virkeliggørelsen af interoperabilitet i praksis en opgave for sig. Interoperable e-sundhedsløsninger skulle også kunne støtte den tekniske platform for gennemførelsen af initiativer som f.eks. skabelsen af et europæisk net af referencecentre til fremme af samarbejdet mellem medicinske institutioner i hele Fællesskabet.⁴¹

- **E-sundhedssystemernes og -tjenesternes brugervenlighed.** En topprioritet for sundhedsprofessionelle, der anvender et e-sundhedssystem, er, at de hurtigt kan finde resultater af høj kvalitet. Hurtige og gode tilslutningsmuligheder og kort svartid er et absolut krav. Dette understreger betydningen af, at der sikres bredbåndsoptkobling for online-sundhedstjenester og infrastruktur til regionale sundhedsinformationsnet.⁴² Konfigurering af personlige præferencer til sikring af brugbarhed spiller også en vigtig rolle.
- **Manglende regulering og for stor fragmentering af e-sundhedsmarkedet i Europa.** De fleste e-sundhedsløsninger i EU er enten blevet udformet af små og mellemstore virksomheder eller udviklet internt i forskellige sundhedsorganisationer. Manglen på standarder og akkreditering af produkterne har, sammen med indbyrdes afvigende nationale regler på området, øget omkostningerne ved udvikling og kundespecifisering. Dette har holdt e-sundhedsindustrien tilbage fra større investeringer i e-sundhedsløsninger. Sundhedstjenesterne er overalt stærkt regulerede på grundlag af forskellige former for national lovgivning, og på trods heraf er der samtidig brug for at forbedre retssikkerheden, hvad angår betingelserne for refusion af lægeudgifter, der er afholdt i en anden medlemsstat⁴³.
- **Fortroligheds- og sikkerhedsspørgsmål.** For det første reguleres **fortrolighedsspørgsmål** og beskyttelse af patientdata gennem EU's generelle databeskyttelsesbestemmelser såvel som gennem databeskyttelseslovgivningens bestemmelser om kommunikationsinfrastruktur⁴⁴. Kravet om fortrolighed gør, at spørgsmålet om **sikkerhed** i forbindelse med sundhedsinformationssystemer har afgørende betydning. Direktivet om generel databeskyttelse indeholder en bestemmelse om opstilling af en adfærdskodeks for særlige områder, bl.a. sundhed, men der er endnu ikke sket fremskridt på dette område. Et andet vigtigt retligt spørgsmål er spørgsmålet om **erstatningsansvar** i tilfælde af problemer – f.eks. tekniske fejl i systemet, nettet eller i ydelsen af selve sundhedstjenesten – som resulterer i alvorlig patientskade. Der findes ikke specifikke retningslinjer eller regler om erstatningsansvar på dette område. Som det er tilfældet for alle spirende eller voksende områder, vil kun den øgede anvendelse af e-

⁴¹ Disse spørgsmål vedrørende referencecentre behandles i en meddelelse fra Kommissionen KOM(2004)301: *Follow-up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union*.

⁴² KOM(2003) 65 endelig *Elektronisk kommunikation: vejen til videnøkonomi*.

⁴³ Artikel 23 i forslag til direktiv om tjenesteydelser i det indre marked (KOM(2004)2 endelig, arbejdsdokument SEK(2003) 900 om anvendelsen af reglerne om det indre marked på sundhedstjenester.

⁴⁴ Se f. eks. *direktivet om databeskyttelse* 95/46/EF, EFT L 281, af 23.11.1995; *direktivet om elektroniske signaturer* 99/93/EF, EFT L 13 af 19.1.2000; eller *direktivet om databeskyttelse inden for elektronisk kommunikation*, 02/58/EF, EFT L 281 af 31.7.2002, som afløste direktiv 97/66/EF.

sundhedsapplikationer og ydelsen af e-sundhedstjenester afdække dette områdes fulde potentiale og belyse eventuelle retlige problemer⁴⁵. Direktivet om elektronisk handel⁴⁶, som skaber en lovramme for ydelse af informationssamfundstjenester, finder også anvendelse på ydelsen af online-sundhedstjenester. Direktivet bidrager – hovedsagelig som følge af dets klausul om det indre marked – til den retssikkerhed og – klarhed, der behøves til ydelse af online-informationssamfundstjenester i hele Fællesskabet. Navnlig direktivets bestemmelser om krav til oplysning og gennemsigtighed, om kommerciel kommunikation, om formidleransvaret for tjenesteydelser og dets grundlæggende principper vedrørende elektroniske kontrakter fastsætter høje standarder for ydelser af online-tjenester i samtlige medlemsstater og øger således også forbrugertilliden. Der kan overvejes yderligere tiltag, hvis det viser sig, at endnu større retssikkerhed ville øge patienternes tillid til e-sundhedstjenester. En tilsvarende sikkerhed for tjenesteydernes kvalifikationer ville måske også være nyttig. At opbygge **tillid** er en forudsætning for udviklingen af et informationssamfund - og på e-sundhedsområdet formodentlig i endnu højere grad end andre steder. Borgerne foretrækker tjenester og information, der passer til deres behov og krav, samtidig med at de ved, at deres ret til privatlivets fred er beskyttet.

- Spørgsmål i tilknytning til patienternes **mobilitet**, herunder grænseoverskridende bevægelser af varer og tjenesteydelser, hvor e-sundhedstjenester får voksende betydning⁴⁷. På dette område er der behov for en europæisk strategi – som indgår i meddelelsen om patientmobilitet – til sikring af, at borgerne kan udøve deres ret til at søge behandling i andre medlemsstater, hvis de ønsker det, og at samarbejde på europæisk plan kan bidrage til samarbejde mellem systemerne med henblik på bedre løsninger. Forordning 1408/71 er for nylig blevet opdateret under hensyntagen til disse spørgsmål: forordningen skaber en strømlinet ramme for overtagelse af omkostninger i forbindelse med tjenesteydelser på tværs af grænserne, baseret på de tariffer og gebyrer, der gælder i den medlemsstat, hvor sundhedstjenesterne er ydet. Denne ligebehandling kan imidlertid under visse omstændigheder (især ved hospitalsbehandling) afhænge af, at socialsikkerhedsinstitutionerne udsteder en godkendelse forud for behandling. I januar 2004 vedtog Kommissionen endvidere et forslag til direktiv om tjenesteydelser på det indre marked, som behandler spørgsmålet om grænseoverskridende ydelse af sundhedstjenester⁴⁸.
- Der er behov for tættere samarbejde mellem sundhedsprofessionelle i alle dele af Europa, så e-sundhedssystemet kan finde større anvendelse. Således vil man med **oprettelsen af europæiske referencenet**⁴⁹ - som anbefalet af task-forcen vedrørende patientmobilitet i dennes slutrapport i 2003 – kunne yde sundhedstjenester i tilfælde af sygdom, navnlig sjældne sygdomme, hvortil der kræves pooling af ressourcer eller sagkundskab. Der vil

⁴⁵ Udkast til Kommissionens arbejdsdokument: *eEurope 2002: Legal issues in eHealth*. Ikke offentliggjort.

⁴⁶ Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2000/31/EF af 8. juni 2000 om visse retlige aspekter af informationssamfundstjenester, navnlig elektronisk handel, i det indre marked. (Direktivet om elektronisk handel), EFT L 178 af 17.7.2000, s. 1.

⁴⁷ Patientmobilitet behandles i en meddelelse fra Kommissionen, KOM(2004) 301: *Follow-up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union*.

⁴⁸ Jf. fodnote 8. Se også forskellige afgørelser fra Den Europæiske Domstol, f.eks. Kohll C-158/96 (1998) Samling af Domstolens afgørelser-1931 og Decker C-120/95 (1998) Samling af Domstolens afgørelser-1831.

⁴⁹ Disse referencenet eller –centre er specialiserede sundhedstjenester, hvortil patienter fra udlandet henvises. Se også EUT C 62/21 af 15.3.2003, s. 21. Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003 - 2008). *Arbejdsplan 2003* (C 62/2003, s. 6)

blive brug for interoperable e-sundhedsløsninger til skabelse af den tekniske platform for gennemførelse af et sådant initiativ.

- **Brugernes behov og interesser.** Anvendelsen af e-sundhedssystemer og –tjenester ville vinde hurtigere frem, hvis der blev taget hensyn til brugernes (sundhedsprofessionelle, patienter og borgere) behov og interesser. Disse brugergrupper bør generelt inddrages i højere grad i udviklingen og promoveringen af e-sundhed.
- **Adgang til e-sundhed for alle.** Lige adgang til sundhedstjenester for alle samfundsgrupper er et vigtigt sundhedspolitisk mål. Der er risiko for, at nogle dele af samfundet – f.eks. enlige forældre, isoleret beliggende samfund, befolkningsgrupper i byernes centrum, mennesker med læse- eller regnevanskeligheder, emigrantgrupper, hjemløse, ældre og handicappede – vil blive udelukket fra de muligheder, e-sundhed tilbyder (herunder internetbaserede sundhedstjenester), hvis der ikke gøres en særlig indsats for at modvirke denne udvikling. På den anden side kan e-sundhed også åbne store muligheder for ydelse af sundhedstjenester til sådanne personer, grupper og samfund.
- **Fælles forståelse og en samordnet indsats fra alle parter side.** Ingen enkeltpart kan implementere e-sundhed på egen hånd uden aktivt samarbejde med alle de andre. Hver enkelt part – sundhedsmyndigheder, sundhedsprofessionelle, forbrugere, industrien – kan stille sig i vejen for en implementering, hvis den ikke anses for gavnlig. Kun med en samordnet indsats fra alle parter side kan vi sikre en succesfuld implementering, som gavner alle parter, og som derfor skaber en win-win situation.

4. ET EUROPÆISK E-SUNDHEDSOMRÅDE: INDSATSOMRÅDER OG TILTAG

E-sundhed indgår i EU's eEurope-strategi. E-sundhed kan spille en vigtig rolle for øget vækst og nye jobs, som kræver større kvalifikationer i en dynamisk, videnbaseret økonomi. Denne vision blev fremlagt på Det Europæiske Råds møde i Lissabon i marts 2000⁵⁰. For at komme videre i denne retning må der sættes ind på en mange fronter, fra forskning og installering af bredbåndsnet inden for telekommunikation til foranstaltninger på folkesundhedsområdet og en indsats i medlemsstaterne til fremme af mobilitet⁵¹ og vurdering af aldringens betydning for sundhedssystemerne. En række af de tiltag, der beskrives i denne meddelelse, bygger på foranstaltninger, der er fremlagt i handlingsplanen for eEurope 2005 – udgangspunktet for indsatsen til fremme af informationssamfundet på europæisk plan – navnlig på områderne e-sundhed, e-regering, sikkerhed, bredbånd og udvikling, analyse og videreformidling af god praksis.

Udviklingslandenes behov for sundhedstilbud er naturligvis af andet omfang og anden art, men alligevel skal det nævnes, at e-sundhed blev omtalt i konklusionerne fra De Forenede Nationers verdenstopmøde om informationssamfundet i december 2003⁵², og at Verdenssundhedsorganisationen er nu inddraget i en række e-sundhedsinitiativer.

⁵⁰ Det Europæiske Råd (2000), *Formandskabets konklusioner*. Det Europæiske Råd i Lissabon den 23.-24. marts 2000.

⁵¹ Jf. Kommissionens meddelelse (KOM(2004) 301): *Follow-up to the high level reflection process on patient mobility and healthcare developments in the European Union*.

⁵² Verdenstopmødet om informationssamfundet, *Rapport og handlingsplan*, december 2003.

4.1. Handlingsplan

Med de nedenfor beskrevne tiltag skulle EU fuldt ud kunne udnytte de muligheder, som e-sundhedssystemer og -tjenester i et europæisk e-sundhedsområde indebærer. Der er tre indsatsområder:

- løsning af fælles problemer og skabelse af den rette ramme til fremme af e-sundhed
- pilotforanstaltninger til hurtig igangsætning af e-sundhedstjenester
- udveksling af bedste praksis og måling af fremskridtet.

4.2. Indsatsområde 1: Løsning af fælles problemer

4.2.1. Sundhedsmyndighedernes lederskab

De europæiske sundhedsministre har allerede udvist lederskab på e-sundhedsområdet i deres ministererklæring⁵³ på ministerkonferencen om e-sundhed i 2003. Ministrene bifaldt Kommissionens initiativer til at undersøge mulighederne for at fremme samordning på europæisk plan. De indvilligede i at opfylde de mål og målsætninger, der er fastsat i eEurope-handlingsplanen og i programmet for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008), som omhandlet i afgørelse 1786/2002, og knytte disse initiativer sammen med andre fællesskabsinitiativer. Konferencen fremhævede også, at det var vigtigt at overvåge og benchmarke fremskridtet gennem udvikling af en åben koordinationsmetode på dette område. Disse erklæringer skal nu udmøntes i handling på grundlag af regionale og nationale e-sundhedsstrategier.

Medlemsstaterne skal **inden udgangen af 2005** udarbejde en national eller regional køreplan for e-sundhed. Planen bør fokusere på udbygning af e-sundhedssystemer, opstilling af mål for interoperabilitet og anvendelse af elektroniske patientjournaler samt behandle spørgsmål såsom refusion af udgifter til e-sundhedstjenester.

4.2.2. Interoperabilitet mellem sundhedsinformationssystemerne

Medlemsstaterne har givet udtryk for, at udvikling af standarder for forskellige systemer og tjenesters interoperabilitet bør fremmes, og at mulighederne for "åben kilde"-applikationer (*Open Source*) til virkeliggørelse af dette mål bør undersøges. I denne sammenhæng fremgår det klart, at der er behov for standarder, så problemerne med interoperabilitet kan løses på en måde, der vil være til gavn for alle interessenterne gennem mulig anvendelse af *åben kilde*-referenceimplementeringer til sundhedsydelser. Herudover bør man anvende en åben og friere adgang til fremtidige og nuværende e-sundhedsstandarder, f.eks. med udgangspunkt i modeller som World Wide Web Consortium⁵⁴. Man bør fremme udveksling af erfaringer med anvendelsen af åbne standarder og *åben kilde*-løsninger blandt medlemsstaternes sundhedsadministrationer.

4.2.2.1. Patient-identifikatorer

Nødvendigheden af at kunne identificere en person entydigt er et vigtigt element i sundhedsinformationssystemernes interoperabilitet. Handlingsplanen for eEurope 2005 støtter

⁵³ E-sundhed 2003, ministererklæring, Bruxelles, den 22. maj 2003
http://europa.eu.int/information_society/eeurope/ehealth/conference/2003/index_en.htm.

⁵⁴ <http://www.w3.org/>.

allerede udviklingen af standarder for en fælles fremgangsmåde, når det drejer sig om patient-identifikatorer og elektroniske patientjournalers opbygning. I det nye europæiske sygesikringskort⁵⁵ indgår en patients personlige identifikationsnummer i de data, der giver folk mulighed for at anvende kortet, når de ønsker behandling uden for deres hjemmemedlemsstat.

Inden udgangen af 2006 bør medlemsstaterne, i samarbejde med Europa-Kommissionen, fastlægge en fælles fremgangsmåde med hensyn til patient-identifikatorer. I denne forbindelse bør der tages hensyn til den bedste praksis og udviklingen på områder som det europæiske sygesikringskort og identitetsstyring for de europæiske borgere.

4.2.2.2. Elektroniske patientjournalers interoperabilitet

Til sømløs udveksling af sundhedsinformationer i hele Europa kræves fælles strukturer og ontologier⁵⁶ for de oplysninger, der overføres mellem sundhedsinformationssystemerne.

Inden udgangen af 2006 bør medlemsstaterne, i samarbejde med Europa-Kommissionen, kortlægge og skitsere interoperabilitetsstandarder for sundhedsdatameddelelser og elektroniske patientjournaler, under hensyntagen til den bedste praksis og standardiseringsindsatsen på relevante områder.

4.2.3. Patienternes og de sundhedsprofessionelles mobilitet

Patienter og sundhedsprofessionelle bliver stadig mere mobile i EU. Meddelelsen om patientmobilitet indeholder en række forslag til håndtering af de udfordringer, denne udvikling medfører. Af anbefalingerne kan nævnes forbedring af informationsudvekslingen og oprettelse af specialiserede referencecentre for sundhedsinformation.

Meddelelsen om patientmobilitet fremlægges som led i en overordnet strategi for sundhedssektoren sammen med nærværende meddelelse og meddelelsen om den åbne koordinationsmetode⁵⁷.

Der arbejdes allerede på at forbedre oplysningen om patientmobilitet og de sundhedsprofessionelles mobilitet på europæisk plan. Dette foregår især gennem arbejdsgruppen vedrørende sundhedssystemer inden for rammerne af den del af folkesundhedsprogrammet, der vedrører information.

4.2.4. Forbedring af infrastruktur og teknologi

Med udgangspunkt i eEurope's fokusering på en hurtigere installering af bredbåndskommunikation, bør bredbånd udnyttes fuldt ud til støtte for e-sundhedssystemer og -tjenester. Bredbåndnet har et stort gennemløb og kan også spare vigtig tid i adgangen til

⁵⁵ EUT af 27. oktober 2003.

⁵⁶ En ontologi definerer de termer, der anvendes til at beskrive og repræsentere et vidensområde og bruges af folk, databaser og applikationer, som skal dele domæneinformation (et domæne er et specifikt emneområde, f.eks. sundhed eller medicin). Se <http://www.w3.org/TR/2002/WD-webont-req-20020307/>.

⁵⁷ Den åbne koordinationsmetode i relation til sundhed tages op i Kommissionens meddelelse KOM(2004) 304 – 'Modernisering af socialsikringen med henblik på at udvikle en tilgængelig og varig sundhedspleje og langvarig pleje af høj kvalitet - understøttelse af de nationale strategier via den åbne koordinationsmetode'.

nettet og give lynhurtige svar på informationssøgninger, som ofte kan være af afgørende betydning i sundhedssammenhæng. Bredbånd kan give betydelige omkostnings- og ydelsesmæssige fordele⁵⁸. Nem adgang til overkommelige priser vil kunne sikre en mere udbredt anvendelse. Bedre konvergens med hensyn til serviceniveau (operatørerne tilbyder tjenester ud over fastlinje- eller mobiltelefoni) åbner nye muligheder for e-sundhedsapplikationer. De offentlige myndigheder kan spille en rolle ved at fremme både udbud og efterspørgsel efter bredbånd, og fællesskabsstøtte kan bidrage til at fremme bredbåndstjenester i underbetjente områder. Programmer som f.eks. eTen-programmet⁵⁹ eller det nye IDABC-program⁶⁰ kan også spille en rolle til fremme af e-sundhedsapplikationer og sundhedsinformationsnet. Kommissionens tiltag vil gøre det muligt at anvende Europa-dækkende datamatstøttede net, baseret på bredbåndsinfrastrukturer og *grid*-teknologi⁶¹.

I perioden 2004-2008 bør medlemsstaterne støtte udbygningen af sundhedsinformationsnet til e-sundhed, baseret på faste og trådløse bredbåndsinfrastrukturer, mobilinfrastrukturer og *grid*-teknologi.

4.2.5. Overensstemmelsesprøvning og akkreditering med henblik på et e-sundhedsmarked

Der er behov for et sæt vedtagne attributter og normer, der går ud over de eksisterende standarder, som definerer produkter og tjenester af god kvalitet. Mange lande har akkrediteret e-sundhedssystemer, som nu benyttes som model for andre regioner, f.eks. i Det Forenede Kongerige og Belgien. Som et andet eksempel på overensstemmelsesprøvning og akkreditering kan nævnes interoperabilitetsretningslinjerne for "Integrating the Healthcare Enterprise in Europe" (IHE)⁶².

Kommissionen bør **inden medio 2005** fremlægge et resumé over den bedste praksis i Europa til vejledning for medlemsstaterne.

Inden udgangen af 2007 bør medlemsstaterne, på grundlag af vellykkede eksempler på bedste praksis, vedtage ordninger for overensstemmelsesprøvning og akkreditering.

⁵⁸ GAO Highlights (2003) *Information Technology. Benefits realized for selected health care functions*. GAO-04-224, Report to the Ranking Minority Member, Committee on Health, Education, Labor, and Pensions, U.S. Senate. United States General Accounting Office, USA. Se <http://www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-04-224>.

⁵⁹ De primære formål med eTen-arbejdsprogrammet er anvendelse af pålidelige informationsnet i tilknytning til sundhed, folkesundhed og forebyggelse på tværeuropæisk plan. eTen er koncentreret om elektroniske sundheds- og sygesikringskort som led i refusions- og forvaltningssystemer; paramedicinsk støtte; online sundhedssystemer og hjemmepleje. De prioriterede opgaver i 2004 består i at give de regionale sundhedsmyndigheder og sundhedsprofessionelle bedre adgang til grænseoverskridende sundhedstilbud gennem anvendelsen af "intelligente" identifikationskort, elektroniske patientjournaler, omkostningseffektiv sygepleje, hurtigere adgang til medicinske data af høj kvalitet og støtte til sundhedsmyndighederne med hensyn til vurdering af sundhedsbehov og planlægningskapacitet. For nærmere oplysninger henvises til <http://europa.eu.int/eten/>.

⁶⁰ KOM(2004) 13 endelig, 2003/0147 (COD) *Rådets fælles holdning med henblik på vedtagelse af Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse om interoperabel levering af paneuropæiske e-forvaltningstjenester til offentlige myndigheder, virksomheder og borgere* (IDABC). http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/pdf/2004/com2004_0013en01.pdf.

⁶¹ Grid-teknologi defineres som teknologi, der giver mulighed for samordnet ressource-delning og problemløsning i dynamiske, virtuelle organisationer. Se Foster, I. and C. Kesselman (1999) *The GRID, blueprint for a new computing infrastructure*. San Francisco: Morgan Kaufman.

⁶² Se <http://www.cocir.org/>.

4.2.6. *Fremme af investeringer*

Der er behov for en fælles tilgang fra medlemsstaternes side til støtte og fremme af investeringer i e-sundhed. Der er allerede adgang til regionalstøtte⁶³ (f.eks. INTEREG III under regionalfondene) i Europa-Kommissionen såvel som en række andre internationale samarbejdsaktiviteter. Yderligere støtte til fremme af udviklingen inden for e-sundhed vil kunne søges hos Den Europæiske Investeringsbank. Banken er nu i færd med at vurdere en lang række projekter med henblik på investeringer - såfremt de indebærer omkostningseffektive sundhedspolitiske løsninger. Verdensbanken giver også mulighed for finansiering af internationale e-sundhedsprogrammer, både for EU og den øvrige verden.

Medlemsstaterne bør **inden udgangen af 2006** indlede et samarbejde om støtte til og fremme af investeringer i e-sundhed.

4.2.7. *Retlige og regulatoriske spørgsmål*

Der bør fastlægges et referencegrundlag for en standardiseret europæisk kvalifikation af e-sundhedstjenester i klinisk og administrativ sammenhæng. Endvidere bør der skaffes bedre retssikkerhed, hvad angår erstatningsansvar for e-sundhedsprodukter og -tjenester inden for rammerne af den gældende produktansvarslovgivning. Udviklingen inden for informations- og kommunikationsteknologi bør bidrage til at skabe et sikrere arbejdsmiljø for praktiserende læger, og der er voksende behov for større retssikkerhed på e-sundhedstjenestområdet i betragtning af den frie bevægelighed for personer, varer og tjenesteydelser.

Inden udgangen af 2009 bør Europa-Kommissionen i samarbejde med medlemsstaterne træffe foranstaltninger med henblik på:

- at fastlægge et referencegrundlag for en standardiseret europæisk kvalifikation af e-sundhedstjenester i klinisk og administrativ sammenhæng
- at skabe rammer for større retssikkerhed i tilknytning til erstatningsansvaret for e-sundhedsprodukter og -tjenester inden for rammerne af den gældende produktansvarslovgivning
- at give patienter, sygesikringsordninger og ydere af sundhedstjenester bedre information om reglerne for overtagelse af omkostningerne ved e-sundhedstjenester
- at fremme e-sundhed med henblik på at mindske arbejdsulykker og erhvervssygdomme og støtte forebyggende foranstaltninger til afbødning af nye risici på arbejdspladsen.

⁶³ Jf. navnlig bestemmelserne i *Guidelines on criteria and modalities of the implementation of Structural Funds in support of electronic communications* (Doc. SEC(2003)895, 28.7.2003).

4.3. Indsatsområde 2: Pilotforanstaltninger: fremskyndelse af gennemførelsen

4.3.1. Information til borgerne og myndighederne om sundhedsundervisning og sygdomsforebyggelse

Kommissionen er som led i folkesundhedsprogrammet i færd med at forberede oprettelsen af en folkesundhedsportal for hele EU. Den skal fungere som en fleksibel informationsteknologiplatform til videreformidling af evidensbaseret information om folkesundhed til de europæiske borgere og således tjene som ét enkelt adgangspunkt til sundhedsinformation.

Kommissionen er også i færd med at medfinansiere udarbejdelsen af et sæt kvalitetskriterier for sundhedsrelaterede websteder ('websegl'). Formålet er at øge de sundhedsrelaterede websteders gennemsigtighed til fordel for seriøse tjenesteydere og –brugere, lige fra borgere til sundhedsprofessionelle.

Med en styrkelse af sundhedsovervågningssystemet for overførbare sygdomme – med fokus på realtidsindsamling af kliniske data og laboratoriedata og analyser – vil man kunne effektivisere ordningerne for tidlig varsling på nationalt og EU-plan. Det vil forbedre overvågningen af alvorlige sygdomme og potentielle trusler om bioterrorisme.

I overensstemmelse med både medlemsstaternes og Kommissionens ønske vil den entydige patientidentifikator og fælles standarder og protokoller bidrage stærkt til at fremme forberedelsen af pålidelige statistiske data om ydelsen af sundhedstjenester på europæisk plan. Dette vil give beslutningstagerne og den berørte offentlighed hurtigere adgang til bedre information.

Inden udgangen af 2005 vil en EU-folkesundhedsportal give adgang til sundhedsoplysninger på europæisk plan. Sundhedsportaler skal give adgang til specifikke oplysninger om sikkerhed og sundhedsrisici på arbejdspladsen.

Inden udgangen af 2005 vil mulighederne for tidlig varsling og detektion og overvågning af sundhedstrusler blive øget som følge af bedre informations- og kommunikationsteknologiværktøjer.

4.3.2. *Hen imod integrerede sundhedsinformationsnet*

Sundhedsinformationsnet skaber forbindelse mellem hospitaler, laboratorier, apoteker, primærsundhedscentre og sociale centre. På denne måde kommunikerer disse forskellige instanser med hinanden inden for sikre rammer. Af eksempler kan nævnes standardiserede meddelelsessystemer, såsom e-receptudskrivning og e-henvisninger, eller ydelse af telemedicintjenester, som f.eks. telekonsultation (til indhentning af supplerende lægeudtalelse) eller telepleje (hjemmeovervågning af patienter).

Inden udgangen af 2008 bør størstedelen af alle europæiske sundhedsorganisationer og sundhedsregioner (kommuner, landsdele, distrikter) være i stand til at tilbyde online-tjenester, som f.eks. telekonsultation (supplerende lægeudtalelse), e-receptudskrivning, e-henvisninger, teleovervågning og telepleje.

4.3.3. *Anvendelse af kort i sundhedsvæsenet*

Der er to typer kort, som kan anvendes i sundhedssektoren: sundhedskort og sygesikringskort. Sundhedskort kan indeholde data af betydning i hastesituationer (f.eks. blodtype, sygdomme, behandlinger) eller lægejournaler, eller de kan give adgang til disse data via et sikkert net. Sygesikringskort kan give adgang til sundhedstjenester og lette forvaltning og fakturering.

Hvad det europæiske sygesikringskort angår, er der truffet beslutning om dets lancering fra den 1. juni 2004. Det vil afløse de nuværende papirformularer, der behøves for at få adgang til sundhedstjenester i forbindelse med midlertidigt ophold (f.eks. rejse, udstationering i udlandet, studier osv.). I handlingsplanen *eEurope 2005* hedder det, at der vil blive truffet foranstaltninger til fremme af det europæiske sygesikringskort. Der vil blive iværksat aktiviteter til støtte for en fælles fremgangsmåde i medlemsstaterne, hvad angår elektroniske patientjournaler, datasæt til anvendelse i hastesituationer og elektroniske patientidentifikatorer.

Fremme af anvendelsen af kort i sundhedssektoren. Indførelse af et elektronisk sygesikringskort **inden udgangen af 2008**.

4.4. **Indsatsområde 3: Samarbejde og overvågning af praksis**

4.4.1. *Videreformidling af bedste praksis*

Udviklingen af et europæisk e-sundhedsområde vil bygge på udveksling af oplysninger om bedste praksis og af erfaringer i hele EU, efterhånden som systemerne udbygges og organisationerne omformes. Kommissionen bør spille en central rolle i denne sammenhæng. Da medlemsstaterne kan befinde sig på meget forskellige stadier i systemernes udvikling og gennemførelse, vil udvekslingen af erfaringer mellem dem finde sted på bilateralt eller multilateralt plan. Der bør lægges vægt på udveksling af erfaringer med anvendelsen af e-sundhedsapplikationer og virkningerne heraf og på fremgangsmåder til sikring af forskellige systemers og tjenesters interoperabilitet, samtidig med at de europæiske sundhedssystemers multikulturelle og multisprogede tradition respekteres. Åben kilde-applikationer kan spille en vigtig rolle for implementering af interoperabilitet.

Vid udbredelse af den bedste praksis på området vil kunne støtte anvendelsen af e-sundhed. Hermed tænkes der på konsekvenserne af e-sundhed for adgangen til sundhedstjenester og kvaliteten heraf, vurderinger af omkostningsfordele og stigninger i produktiviteten såvel som eksempler på løsninger af ansvarsspørgsmålet i tilknytning til telemedicintjenester, refusionsordninger og akkreditering af e-sundhedsprodukter og -tjenester.

I 2004 bør der oprettes et e-sundhedsforum på højt plan, som skal bistå Kommissionens tjenestegrene. Det skal inddrage et bredt udsnit af interessenterne, herunder på nationalt, regionalt eller lokalt sygehusmyndighedsniveau, så Kommissionen kan få indblik i den nuværende eller planlagte udvikling af e-sundhed i medlemsstaterne. Forummet skal overvåge de forskellige køreplaner og indkredse yderligere foranstaltninger, bl.a. stærk fokusering på brugerne og adgang til e-sundhed for alle, samt indsamle veldokumenteret argumentation til støtte for e-sundhed. E-sundhedsforummets arbejde vil også hænge tæt sammen med gennemførelsen af Fællesskabets program for folkesundhed.

I perioden 2004-2008 vil medlemsstaterne, med støtte fra Europa-Kommissionen, arrangere særlige begivenheder, f.eks. konferencer på højt plan, med henblik på at videreformidle den bedste praksis.

Samtidig hermed bør Kommissionen **inden udgangen af 2005**, med bidrag fra medlemsstaterne, udarbejde en effektiv måde til videreformidling af bedste praksis og fremme af tiltag i det europæiske e-sundhedsområde.

4.4.2. Benchmarking

Det vil være nødvendigt at måle de fremskridt, der gøres på dette område. Passende benchmarking af borgernes viden om e-sundhed og af, hvordan de anvender e-sundhed effektivt, er afgørende for fremtidens e-sundhedsforanstaltninger.

Dette betyder, at den bonus, som e-sundhed ventes at resultere i, skal vurderes og kvantificeres. Det betyder også, at man skal undersøge, hvordan e-sundhedsløsninger bidrager til håndteringen af vigtige sundhedsproblemer, bl.a. med hensyn til beskæftigelse, adgang og lige vilkår. Disse foranstaltninger bør ledsages af en nøje overvågning af, hvilke virkninger e-sundhed har på sundheden og sundhedssektoren i Fællesskabet. Alle interessenterne bør spille en rolle i denne proces, som skulle kunne bidrage til yderligere forbedringer i e-sundhedssystemerne og -tjenesterne.

I perioden 2004-2010 vil Kommissionen hvert andet år offentliggøre en undersøgelse af status for indførelsen af e-sundhed, eksempler på bedste praksis og fordele ved e-sundhed.

I begyndelsen af 2005 bør medlemsstaterne, i samarbejde med Europa-Kommissionen, vedtage en samlet tilgang til benchmarking med henblik på at vurdere de kvantitative, herunder økonomiske, og kvalitative virkninger af e-sundhed.

4.4.3. Internationalt samarbejde

Europas tiltag inden for e-sundhed kan få stor betydning for løsningen af de globale sundhedsproblemer i et informationssamfund. Dette kan supplere det arbejde, der blev lanceret af De Forenede Nationers verdenstopmøde om informationssamfundet (WSIS) i december 2003, såvel som specifikke initiativer fra Verdenssundhedsorganisationens side.

Der bør foretages en vurdering af udviklingen inden for e-sundhed inden 2. del af verdenstopmødet, der skal afholdes i Tunesien **i 2005**.

5. KONKLUSIONER

E-sundhed giver de europæiske borgere betydelige muligheder for bedre adgang til sundhedssystemer af bedre kvalitet. Både patienter og sundhedsprofessionelle får bedre værktøjer i hænde, og som følge af betydelige produktivitetsfordele får regeringerne og skatteyderne bedre mulighed for at håndtere den voksende efterspørgsel efter sundhedstjenester. E-sundhed kan også medvirke til at omforme fremtidens sundhedsydelser ved at gøre sektoren mere borgercentreret.

Det europæiske e-sundhedsområde vil være en ramme for udveksling af erfaringer og bedste praksis. Hermed vil der med tiden kunne udvikles en fælles fremgangsmåde til løsning af

fælles problemer. Nærværende handlingsplan lægger hovedvægten på tiltag, der kan virkeliggøre dette, så vi ved årtiets slutning kan se følgende resultater:

- EU vil have gode betingelser for at måle virkningerne af e-sundhed, hvad angår bedre adgang til bedre og mere effektive tjenester såvel som sundhedssektorens generelle produktivitet.
- E-sundhed vil høre med til dagligdagen for sundhedsprofessionelle, patienter og borgere. Der vil blive afsat tilstrækkelige midler hertil inden for rammerne af sundhedsbudgetterne, og det vil bidrage til at fremme andre, mere vidtrækkende mål, såsom konkurrenceevne, beskæftigelse og samhørighed.

BILAG

Overblik over tiltagene

Tiltag	Tidspunkt	Ansvarlig
NB. Inden for hvert indsatsområde (løsning af fælles problemer, pilotforanstaltninger samt samarbejde og overvågning af praksis), anføres tiltagene i <i>kronologisk rækkefølge</i>		

Indsatsområde 1: Løsning af fælles problemer		
Meddelelsen om patientmobilitet fremlægges som led i en overordnet strategi for sundhedssektoren, sammen med nærværende meddelelse og meddelelsen om den åbne koordinationsmetode. Der arbejdes allerede på at forbedre informationen om patientmobilitet og de sundhedsprofessionelles mobilitet på europæisk plan. Dette foregår især gennem arbejdsgruppen vedrørende sundhedssystemer inden for rammerne af den del af folkesundhedsprogrammet, der vedrører information.	2004	Kommissionen
Kommissionen bør inden medio 2005 fremlægge et resumé over den bedste praksis i Europa til vejledning for medlemsstaterne.	Medio 2005	Kommissionen
Medlemsstaterne skal inden udgangen af 2005 udarbejde en national eller regional køreplan for e-sundhed. Planen bør fokusere på udbygning af e-sundhedssystemer, opstilling af mål for interoperabilitet og anvendelse af elektroniske patientjournaler samt behandle spørgsmål såsom refusion af udgifter til e-sundhedstjenester.	Slutningen af 2005	Medlemsstaterne
Inden udgangen af 2006 bør medlemsstaterne, i samarbejde med Europa-Kommissionen, fastlægge en fælles fremgangsmåde med hensyn til patient-identifikatorer. I denne forbindelse bør der tages hensyn til den bedste praksis og udviklingen på områder som det europæiske sygesikringskort og identitetsstyring for de europæiske borgere.	Slutningen af 2006	Medlemsstaterne, Kommissionen
Inden udgangen af 2006 bør medlemsstaterne, i samarbejde med Europa-Kommissionen, kortlægge og skitsere interoperabilitetsstandarder for sundhedsdatameddelelser og elektroniske patientjournaler, under hensyntagen til den bedste praksis og standardiseringsindsatsen på relevante	Slutningen af 2006	Medlemsstaterne, Kommissionen

områder.		
Medlemsstaterne bør inden udgangen af 2006 indlede et samarbejde om støtte til og fremme af investeringer i e-sundhed.	Slutningen af 2006	Medlemsstaterne
Inden udgangen af 2007 bør medlemsstaterne, på grundlag af vellykkede eksempler på bedste praksis, vedtage ordninger for overensstemmelsesprøvning og akkreditering.	Slutningen af 2007	Medlemsstaterne
I perioden 2004-2008 bør medlemsstaterne støtte udbygningen af sundhedsinformationsnet for e-sundhed, baseret på faste og trådløse bredbåndsinfrastrukturer, mobilinfrastrukturer og <i>grid</i> -teknologi.	2004-2008	Medlemsstaterne
Inden udgangen af 2009 bør Europa-Kommissionen i samarbejde med medlemsstaterne træffe foranstaltninger med henblik på: at fastlægge et referencegrundlag for en standardiseret europæisk kvalifikation af e-sundhedstjenester i klinisk og administrativ sammenhæng at skabe rammer for større retssikkerhed i tilknytning til erstatningsansvaret for e-sundhedsprodukter og -tjenester inden for rammerne af den gældende produktansvarslovgivning at give patienter, sygesikringsordninger og ydere af sundhedstjenester bedre information om reglerne for overtagelse af omkostningerne ved e-sundhedstjenester at fremme e-sundhed med henblik på at mindske arbejdsulykker og erhvervssygdomme og støtte forebyggende foranstaltninger til afbødning af nye risici på arbejdspladsen.	Slutningen af 2009	Kommissionen, medlemsstaterne
Indsatsområde 2: Pilotforanstaltninger: fremskyndelse af gennemførelsen		
Inden udgangen af 2005 vil en EU-folkesundhedsportal give adgang til sundhedsoplysninger på europæisk plan. Sundhedsportaler skal give adgang til specifikke oplysninger om sikkerhed og sundhedsrisici på arbejdspladsen. Inden udgangen af 2005 vil mulighederne for tidlig varsling og detektion og overvågning af sundhedstrusler blive øget som følge af bedre informations- og kommunikationsteknologiværktøjer.	Slutningen af 2005	Kommissionen

Fremme af anvendelsen af kort i sundhedssektoren. Indførelse af et elektronisk sygesikringskort inden udgangen af 2008.	2008	Kommissionen, medlemsstaterne
Inden udgangen af 2008 bør størstedelen af alle europæiske sundhedsorganisationer og sundhedsregioner (kommuner, landsdele, distrikter) være i stand til at tilbyde online-tjenester, som f.eks. telekonsultation (supplerende lægeudtalelse), e-receptudskrivning, e-henvisninger, teleovervågning og telepleje.	Slutningen af 2008	Medlemsstaterne
Indsatsområde 3: Samarbejde og overvågning af praksis		
I 2004 bør der oprettes et e-sundhedsforum på højt plan, som skal bistå Kommissionens tjenestegrene. Det skal inddrage et bredt udsnit af interessenterne, herunder på nationalt, regionalt eller lokalt sygehusmyndighedsniveau, så Kommissionen kan få indblik i den nuværende eller planlagte udvikling af e-sundhed i medlemsstaterne. Forummet skal overvåge de forskellige køreplaner og indkredse yderligere foranstaltninger, bl.a. stærk fokusering på brugerne og adgang til e-sundhed for alle, samt indsamle veldokumenteret argumentation til støtte for e-sundhed. E-sundhedsforummets arbejde vil også hænge tæt sammen med gennemførelsen af Fællesskabets program for folkesundhed.	2004	Kommissionen
I begyndelsen af 2005 bør medlemsstaterne, i samarbejde med Europa-Kommissionen, vedtage en samlet tilgang til benchmarking med henblik på at vurdere de kvantitative, herunder økonomiske, og kvalitative virkninger af e-sundhed.	Start 2005	Medlemsstaterne, Kommissionen
Samtidig hermed bør Kommissionen inden udgangen af 2005, med bidrag fra medlemsstaterne, udarbejde en effektiv måde til videreformidling af bedste praksis og fremme af tiltag i det europæiske e-sundhedsområde.	Slutningen af 2005	Kommissionen, medlemsstaterne
Der bør foretages en vurdering af udviklingen inden for e-sundhed inden 2. del af verdenstopmødet, der skal afholdes i Tunesien i 2005.	2005	Kommissionen, medlemsstaterne
I perioden 2004-2008 vil medlemsstaterne, med støtte fra Europa-Kommissionen, arrangere særlige begivenheder, f.eks. konferencer på højt plan, med henblik på at videreformidle den bedste praksis.	2004-2008	Medlemsstaterne, Kommissionen
I perioden 2004-2010 vil Kommissionen hvert andet år offentliggøre en undersøgelse af status for indførelsen af e-sundhed, eksempler på bedste praksis og fordele ved e-	2004-2010	Kommissionen

sundhed.		
----------	--	--