



Socialdepartementet

Rapport från informella hälsoministermötet 20-21 juli

Sammanfattning

Vid det informella hälsoministermötet i Tallinn diskuterades digital hälsa och datadriven innovation, skadlig användning av alkohol och AMR. Vad gällde diskussionen om e-hälsa fanns en bred samsyn på området bland medlemsstaterna och EE ORDF skulle i det fortsatta arbetet behandla frågor om standarder, integritetsfrågor och utformningen av det fortsatta arbetet på EU-nivå. Vad gällde alkoholfrågorna lyfte medlemsstaterna bland annat frågor som gränshandel, begränsning av marknadsföring och märkning av alkoholhaltiga drycker. Det saknades till viss del samsyn bland medlemsstaterna på alkoholområdet, med EE ORDF hoppades att detta kunde uppnås under hösten. Många medlemsstater var besvikna på KOM:s arbete på området hittills. Därtill informerade KOM om AMR-relaterade One Health Action Plan och ett fåtal medlemsstater efterfrågade att implementeringen av handlingsplanen skulle övervakas och att handlingsplanen i sig skulle utvärderas. Sverige representerades av socialförsäkrings- och hälsominister Annika Strandhäll som åtföljdes av politik sakkunnig David Hakula, hälsoråd Sara Johansson och departementssekreterare Helena Lagerholm.

Session I – Digital hälsa och datadriven innovation

EE ORDF inledde mötet med att presentera ordförandeskapets prioriteringar på e-hälsoområdet och redogöra för den bakgrundsnot man cirkulerat bland medlemsstaterna. Man noterade att samarbetet mellan MS pågått länge på expertnivå och ämnade bygga vidare på detta under sitt ordförandeskap. De var också aktuella genom KOM:s översyn av strategin för den digitala inre marknaden samt den av KOM nyligen initierade konsultationen och tillhörande kommande meddelandet på området. Det

estniska ordförandeskapet skulle också arrangera en konferens om e-hälsa den 16-18 oktober.

Hälskommissionär Vytenis Andriukaitis tog därefter vid och påtalade digitala lösningar på hälsoområdet hade stor potential och bland annat kunde bidra till att effektivisera medlemsstaternas hälsosystem. KOM hoppades att diskussionerna under hösten skulle leda till att medlemsstaterna intensifierade sitt arbete på området och bjöd in medlemsstaterna att delta i den nyligen initierade konsultationen inför det meddelande som KOM just nu utarbetade och ämnade presentera i slutet av året. Konsultationen hade ett tre fokusområden; 1) medborgares säkra tillgång till hälsodata och möjligheten att dela dessa över medlemsstaternas gränser – tydliggörandet av medborgares rättigheter och att öka interoperabiliteten av elektroniska patientjournaler i EU, 2) delandet av data och expertis för att främja forskningen, individanpassad vård och att förutse epidemier, 3) att använda digitala tjänster för att stärka medborgaren och bättre individanpassad vård. Deadline för att svara på konsultationen var den 12 oktober.

Ordförande i EU:s Regionkommitté, Markku Markkula, deltog också vid mötet och belyste vikten av att inkludera den regionala och lokala nivån i arbetet. E-hälsa hade ett stort europeiskt medvärde då frågorna låg nära medborgarnas vardag och kunde bidra till att främja EU:s rykte. Det var också viktigt att inkludera fler perspektiv än just hälsoperspektivet för att stimulera arbetet på området.

Därefter presenterade Clemens Auer från AT:s hälsoministerium det arbete som gjorts inom EU:s E-health network, mot bakgrund av den rapport som cirkulerats bland medlemsstaterna inför mötet. Han påtalade bland annat att dessa frågor först lyfts under SE:s ordförandeskap 2009 och arbetet på området måste drivas av medlemsstaterna. Också Auer belyste att utvecklingen i dessa frågor låg nära medborgarna och vilket gjorde det extra viktigt att säkra ett högt integritetsskydd av data. Kopplat till detta var bland annat den digitala identifieringen av personal inom hälso- och vårdsektorn, semantisk interoperabilitet samt gemensamma standarder och format. För att lösa dessa frågor behövdes en gemensam politisk vision med tillhörande nödvändiga budgetära medel.

Auers inlägg följdes av en kort presentation av NL:s arbete med e-hälsa, ett arbete som präglades av ett bottom-up perspektiv och samarbete mellan

olika intressenter för en patientcentrerad integritets säker hälso- och sjukvård. Arbetet koordinerades av ett nationellt råd som arbetade tillsammans på området. Även erfarenheter från HU redovisades, med fokus på hur mätningar av olika parametrar inom hälso- och sjukvården samt strategisk gemensam upphandling kunde driva utvecklingen på e-hälsoområdet framåt.

Efter dessa inledande anföranden välkomnades medlemsstaterna in i diskussionen och presenterade arbetet på e-hälsoområdet på nationell nivå inom respektive medlemsstat. Ett flertal medlemsstater påtalade hur e-hälsa kan användas för att stärka patienterna, förbättra kvalitén på kliniska beslut och återanvändandet av data för forskning. Även interoperabilitet och standarder var viktiga, bland annat kopplat till effektiva investeringar på systemnivå. Här kan särskilt noteras att två medlemsstater hade ett samarbete kring datalagring och utbyte av patientinformation. Därtill lyftes en rad andra frågor kopplade till e-hälsa; e-recept, stora data, epidemier, hur digitalisering kunde vara ett verktyg mot korruption och vikten av att sprida EU:s arbete med e-hälsa internationellt. SE och en till medlemsstat såg e-hälsofrågorna ur personalens perspektiv – med fokus på användarvänlighet och tillit till personalen. Vidare lyfte en medlemsstat, inklusive SE, digitaliseringens potential för socialtjänst och äldreomsorg. Vissa medlemsstater belyste vikten av att på EU-nivå tillhandahålla IT-säkerhetstest och att gemensamt testa mjukvara på EU-nivå. Skillnaden mellan HTA och e-hälsa behövde också klargöras, bland annat avseende användandet av hälsoappar. Vidare lyfte ett fåtal medlemsstater vikten av att se till att samtliga delar av befolkningen kunde tillgodogöra sig digitaliseringens fördelar.

Många medlemsstater påtalade också att det var viktigt att matcha framsteg på e-hälsoområdet med starkt integritets- och dataskydd, detta bland annat för att värna medborgarnas förtroende och den faktiska användningen av de e-hälsoomöjligheter som utvecklades. Utvecklingen på området behövde också ta hänsyn till implementering av EU:s nya dataskyddsförordning. Här utmärkte sig särskilt en medlemsstat som med höga standarder för integritetsskydd möjliggjorde forskning. Ett fåtal medlemsstater gjorde också kopplingen till cybersäkerhet.

Vad gällde arbetet på EU-nivå såg ett flertal medlemsstater gärna ett fokus på utbyte av erfarenheter och goda exempel samt frivilliga mål på EU-nivå. Det var viktigt att arbetet som påbörjades bottnade i medlemsstaternas

prioriteringar och att medlemsstaterna ägde dagordningen. Vissa medlemsstater var avvaktande positiva och välkomnade KOM:s översyn av strategin för den digitala inre marknaden och det kommande meddelandet. En medlemsstat påtalade att medlemsstaterna hade olika system på nationell nivå, vilket kunde försvåra samarbete. En medlemsstat föreslog konkret att e-hälsosamarbetet kunde tas vidare genom ERN-strukturen. Ett fåtal medlemsstater var väldigt positiva och välkomnade all form av samarbete på EU-nivå – både rådgivande och finansiell stöttning. Det behövdes en gemensam politisk vision att sträva mot. Ett fåtal medlemsstater såg tydligt att tillgänglig finansiering från KOM inte mötte de behov som fanns. Man såg gärna att det samarbete som hittills pågått på EU-nivå permanentades.

KOM rundade av diskussionen med att konstatera att de aspekter som medlemsstaterna lyft var relevanta och viktiga. Man noterade frågorna kring interoperabilitet, eventuella samarbeten mellan ERN på e-hälsoområdet, datasäkerhet och anonymiseringen av data. Särskilt viktigt var att utbilda hälsopersonal samt att medlemsstaterna bättre nyttjade de verktyg för finansiering som fanns redan idag, däribland Junckers investeringsplan. Man såg fram emot medlemsstaternas svar på konsultationen. EE ORDF noterade slutligen att medlemsstaterna kunde och borde vara med ambitiösa än vad man varit hittills och man såg fram emot diskussionen under den högnivåkonferens man skulle arrangera den 16-18 oktober samt i rådsarbetsgruppen.

Session II – Att bemöta skadlig alkoholkonsumtion

EE ORDF inledde diskussionen med att kort redogöra för innehållet i den bakgrundsnot som cirkulerats bland medlemsstaterna samt resultatet av den enkät som man låtit medlemsstaternas huvudstadsbaserade experter svara på. Därefter inledde hälsokommissionär Vytenis Andriukaitis diskussionen med att belysa KOM:s olika åtgärder på området; strategin mot berusningsdrickande, åtgärder riktade till kvinnor och gravida kvinnor och förhandlingar av AV-direktivet. Man lyfte också upp en del initiativ som medlemsstater tagit – däribland FR och SE:s förbud mot marknadsföring av alkohol i vissa medier. KOM noterade medlemsstaternas engagemang i frågan och belyste samtidigt att medlemsstaterna dock motsatt sig revideringen av regler för skatter kopplade till gränshandel och punktskatter. Det var därför viktigt att hälsoministrarna talade med sina kollegor på andra departement får att få till de förändringar som behövdes på andra områden för att värna folkhälsan. Här kunde och noteras EE och LT:s höjning av

alkoholskatter och även den Valettadeklaration med bäring på rattfylleri som tagits under våren av medlemsstaternas transportministrar.

Därpå följde en kort redovisning av Ewa-May Karlsson, svenska ledamot i Regionkommittén och rapportör för Regionkommitténs yttrande om EU:s alkoholstrategi. Karlsson lyfte bland annat frågan om märkning av alkoholhaltiga drycker och noterade att självreglering inte var tillräckligt i denna fråga. Också marknadsföring av alkoholhaltiga drycker riktat till barn och unga var en avgörande fråga. Den lokala och regionala nivån hanterade många av alkoholens konsekvenser – varför det var viktigt att också inkludera detta perspektiv i diskussionerna på EU-nivå. Den förra alkoholstrategin hade haft mycket goda effekter – bland annat hade många medlemsstater nu en nationell alkoholstrategi och ett flertal länder hade också striktare gränser för rattfylla, man efterfrågade därför ett strategiskt ramverk på EU-nivå för att hantera alkoholrelaterade frågor.

Vid mötet närvarade också Gauden Galea från WHO:s regionala europakontor, som presenterade WHO:s rapport om märkning av alkoholhaltiga drycker. Galea redogjorde för ett antal goda exempel kopplat till denna fråga, däribland Nutri Score från FR. Galea betonade särskilt vikten av att inkludera industrin i policyimplementering, snarare än policyutveckling – något som hade fungerade väl i de franska exemplen som togs upp.

Därefter tog medlemsstaterna till orda. Många medlemsstater efterfrågade omfattande åtgärder på EU-nivå för att åstadkomma en förändring i denna fråga. Ett antal medlemsstater efterfrågade tydligt ett ökat engagemang från KOM i denna fråga och många medlemsstater betonade särskilt behovet av ett nytt strategiskt ramverk för att hantera alkoholrelaterade frågor på EU-nivå. En medlemsstat menade också att det var viktigt att inte inkludera alkohol i en övergripande strategi för kroniska sjukdomar, så som KOM hade aviserat. Några medlemsstater nämnde beskrev arbetet inom CNAPA och Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA) som mycket viktigt. Ytterligare några medlemsstater påtalade vikten av att utbyta erfarenheter och kunskap mellan medlemsstater kring preventionsarbete. En medlemsstat omnämnde att det var viktigt att respektera subsidiaritetsprincipen i åtgärderna på området.

Flera medlemsstater beskrev KOM:s rapport från tidigare under året om märkning av alkoholhaltiga drycker och dess slutsats om att industrins självreglering som otillräcklig. Istället borde alkohol betraktas som ett livsmedel och underkasta sig det regler som gäller för livsmedel. Man uttryckte att man var mycket besviken på KOM i denna fråga. Några medlemsstater antog en mjukare hållning och påtalade snarare vikten av information till konsumenterna. En medlemsstat förespråkade redovisning av näringsinnehåll och trodde inte på en lång och detaljerad innehållsförteckning.

Vad gällde de pågående förhandlingarna av AV-direktivet kopplat till gränsoverskrivande marknadsföring ansåg några medlemsstater att det var viktigt att begränsa marknadsföring – särskilt den riktade mot barn – och ett fåtal medlemsstater menade att självreglering borde undvikas till förmån för striktare regler. Flera medlemsstater påtalade också att man önskade att AV-direktivet skulle inkludera marknadsföring via internet och även sponsring av evenemang med en blandad publik och en hög andel barn, så som idrottsevenemang.

Två medlemsstater påtalade att det fanns effektiva prisregleringsinstrument som kunde användas, så som punktskatter och enhetspris. Detta var dock kopplat till gränshandel, något som ett flertal medlemsstater belyste som ett problem baserat på regler på EU-nivå som underminerade den nationella folkhälsopolitiken – bland annat kopplat till privatimport. En medlemsstat motsatte sig åtgärder som inkluderade beskattning, något man ansåg kunde främja smuggling och kriminella aktiviteter.

Därtill nämndes vikten av ta hänsyn till att olika medlemsstater har olika vanor och dryckeskulturer, behovet av att inkludera olika intressenter i arbetet, att ta hänsyn till socioekonomiska faktorer samt att åtgärder skulle fokuseras på ungas drickande, däribland berusningsdrickande. Det var också möjligt att på EU-nivå generera och behandla statistik kring alkoholförtäring och dess konsekvenser för folkhälsan.

Ett fåtal nämnde också behovet av att medlemsstaterna skulle verka för en FN-konvention om alkohol, liknande den som fanns om tobak. Några medlemsstater påtalade vikten av att också koordinera åtgärder i linje med det som påtalats av WHO samt inom ramen för Agenda 2030.

KOM avrundade diskussionen med att fråga de närvarande ministrarna om de åsikter som framfördes vid mötet representerade medlemsstaternas regeringars samlade bedömningar? KOM menade att närvarande ministrar predikade för de redan frälsta. För att möjliggöra flera av de åtgärder som efterfrågats krävdes stöd från finans- och inrikesministrar, varför det var mycket viktigt att hälsoministrarna också talade sina kollegor till rätta. Vad gällde skapandet av en FN-konvention var det nödvändigt att och få med olika medlemsstaternas stats- och regeringschefer. KOM förklarade att man inväntade industrins förslag vad gällde märkning, men om detta förslag var tandlöst skulle KOM agera. Vidare var KOM i startgrupparna med att omforma alkohol- och hälsoforumet, stödde arbetet i CNAPA och hade en budget i hälsoprogrammet avsedd för alkoholrelaterade satsningar.

EE ORDF avslutade med att invända mot KOM:s beskrivning. KOM måste fokusera på märkning, skatt och att reglera gränshandel, det är dessa åtgärder som behövs. Evidensen fanns på plats och behöver omsättas till policy – snarare än mer satsning på forskning. Behovet av samarbete inom medlemsstaternas regeringar kvarstod, men det är inte medlemsstaternas roll att initiera åtgärder på EU-nivå. Man såg fram emot arbetet under hösten och RSS på området, det fanns nästan enhällighet att arbeta med märkning exempelvis. Man såg också fram emot förhandlingarna om AV-direktivet och uppmuntrade MS att tala med sina ledamöter i Europaparlamentet. EE ORDF skulle också arrangera en konferens om alkoholfrågorna den 30-31 oktober.

Övriga punkter

a) Information från KOM om One Health Action Plan

KOM informerade om den antagna handlingsplanen och nämnde också vikten av att få upp AMR-frågan hos stats- och regeringschefer, bland annat inom G7- och G20-kretsen. Det var också viktigt att inkludera andra sektorer i arbetet mot AMR, flera medlemsstater hade enbart ett hälsoperspektiv i sina nationella handlingsplaner – däribland På EU-nivå hade man nyligen behandlat frågan i ministerrådskonstellationen som behandlar jordbruksfrågor.

Ett antal medlemsstater tog till orda. Flera medlemsstater tackade KOM för handlingsplanen, men saknade tydliga mål och en konkret process för implementering. Man beklagade också att planen inte inkluderade de

åtgärder om omnämnts i rådsslutsatser som antagits tidigare på området. Man skulle arbeta vidare med frågan inom G20-kretsen och FN för att upprätthålla arbetet med FN-deklarationen i frågan. Även frågans bäring på e-hälsoområdet lyftes. SE välkomnade också planen och påtalade att implementeringen av planen måste övervakas och utvärderas. SE hade även hoppats att frågan om läkemedelsrester i miljön skulle behandlas i handlingsplanen och önskade avslutningsvis ett tydligare fokus på konkreta åtgärder.

b) Information från den irländska delegationen om Global Forum on Human Resources for Health (HRH) den 13-17 november i Dublin.

Irland bjöd in till Global Forum on Human Resources for Health (HRH) den 13-17 november i Dublin, där temat för mötet var att säkra framtidens arbetskraft i hälsosektorn och implementeringen av FN:s High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth.