

I

(Usnesení, doporučení a stanoviska)

STANOVISKA

EVROPSKÝ HOSPODÁŘSKÝ A SOCIÁLNÍ VÝBOR

528. PLENÁRNÍ ZASEDÁNÍ EHSV VE DNECH 20. A 21. ZÁŘÍ 2017

Stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru k tématu Dopad digitální revoluce v oblasti zdravotnictví na zdravotní pojištění**(stanovisko z vlastní iniciativy)**

(2017/C 434/01)

Zpravodaj: **Alain COHEUR**

Rozhodnutí plenárního shromáždění	26. 1. 2017
Právní základ	čl. 29 odst. 2 jednacího řádu stanovisko z vlastní iniciativy
Odpovědná specializovaná sekce	Jednotný trh, výroba a spotřeba
Přijato ve specializované sekci	5. 9. 2017
Přijato na plenárním zasedání	20. 9. 2017
Plenární zasedání č.	528
Výsledek hlasování	174/0/1
(pro/proti/zdrželi se hlasování)	

1. Závěry

1.1. Evropský hospodářský a sociální výbor se domnívá, že v situaci, kdy zdravotnictví prochází digitální revolucí, je nezbytné udržovat a podporovat systémy zdravotního pojištění, z nichž mohou mít užitek všichni, a které jsou solidární, inkluzivní a nediskriminační. Zajištění toho, aby byly kvalitní zdravotnické služby (ať již digitalizované či nikoliv) inkluzivní a aby k nim měli všichni rovný přístup, a dodržování těchto zásad je ostatně podmínkou všeobecné zdravotní péče.

1.2. V souladu s předchozími stanovisky ⁽¹⁾ se EHSV domnívá, že digitalizace může být přínosná pro rovný přístup ke zdravotnickým službám, který je základním cílem politik v oblasti zdravotnictví, pokud bude respektováno několik podmínek:

- rovnoměrné územní pokrytí zahrnující oblasti, které digitální provozovatelé pokrývají nedostatečně (přístup, rychlost),
- omezení digitální propasti, pokud jde o využívání občany, pracovníky ve zdravotnictví a subjekty systémů zdravotního pojištění,

⁽¹⁾ Úř. věst. C 458, 19.12. 2014, s. 54; Úř. věst. C 242, 23.7.2015, s. 48; Úř. věst. C 13, 15.1.2016, s. 14; Úř. věst. C 13, 15.1.2016, s. 40; Úř. věst. C 288, 31.8.2017, s. 1.

- interoperabilita celé digitální architektury (databáze, zdravotnické prostředky), která usnadní kontinuitu péče v každé struktuře i mezi těmito strukturami navzájem,
- ochrana údajů týkajících se zdraví, které nesmí být v žádném případě použity na úkor pacientů.

1.3. Rozvoj telemedicíny, internetu věcí a nanotechnologií, biotechnologií, informačních technologií a kognitivních věd (NBIC) nesmí vyústit ve vnímání jedinců jako pouhých propojených těl, jež lze analyzovat, kontrolovat a sledovat na dálku prostřednictvím všemocného počítačového programu. Rozvoj technologií ve zdravotnictví ve skutečnosti vybízí k opaku, tedy k potvrzení významu, jaký mají mezilidské vztahy a sociální vazby jakožto základ pro lékařskou praxi a zdravotní péči.

1.4. EHSV upozorňuje na problém, jenž představuje přílišné kladení odpovědnosti na občany, kteří jsou nuceni se sami starat o své zdraví, a to v kombinaci s přílišnou personalizací. Díky prediktivní medicíně na jedné straně a digitálním nástrojům na straně druhé se stále zlepšují znalosti týkající se zdravotních rizik jednotlivců i jejich monitorování, což vede k personalizovanějším strategiím. Zjištění těchto rizik a rozdílů existujících mezi jednotlivci vzbuzuje rozsáhlé etické otázky v souvislosti se zajišťováním solidárního pojistného krytí.

2. Doporučení

2.1. EHSV připomíná, že aby měla digitální revoluce úspěch, musí naše fungující systémy zdravotního pojištění:

- a) zajistit, aby digitalizace sloužila tomu, že naše základní práva v oblasti zdraví budou prosazována a podporována a nikoli oslabována. Digitalizace musí být prostředkem k posílení individuálních i kolektivních kapacit a rovněž mocnou hybnou silou, jež bude sloužit účinnému uplatňování práv a rozvoji nových forem organizace a správy zdravotnictví;
- b) upevňovat hodnoty solidarity a univerzálnosti jako základu našeho zdravotnického systému, jehož udržení je odpovědností všech.

2.2. V žádném případě nesmí zavedení digitalizace způsobit ohrožení zásad přerozdělování a sdílení zdravotních a sociálních rizik, jež jsou skutečnými pilíři kolektivní solidarity.

2.3. EHSV zdůrazňuje, že je nutné:

- rozvíjet a usnadňovat přístup ke gramotnosti občanů v oblasti digitálního zdravotnictví, a podporovat tak kritický přístup k informacím o zdraví;
- zajišťovat kvalitu těchto informací, zejména podněcováním zavádění postupů označování/akreditování zdravotnických aplikací,
- posilovat vztahy založené na důvěře mezi pacienty, pracovníky ve zdravotnictví a zúčastněnými subjekty systémů zdravotního pojištění,
- zavést vzdělávací systém přizpůsobený jak uživatelům, tak pracovníkům ve zdravotnictví s cílem zajistit efektivní, bezpečné a ochranné využívání digitálních technologií a usnadnit změny v systému zdravotní péče,
- posílit sociální dialog jako prostor nezbytný pro dosažení dohody, který podpoří budoucí změny,
- zavést mechanismy zabezpečení zpracovávání osobních údajů, aby se zabránilo praktikám, které vedou k využívání těchto údajů v pojišťovnictví (přístup, náhrada nákladů atd.) pro komerční účely, jež neodpovídají účelům veřejného zdravotnictví,
- prosazovat právní rámec, který se bude postupně vyvíjet a bude zohledňovat celý ekosystém (s účastí více stran) i úlohu, již plní organizace zdravotního pojištění jako důvěryhodné třetí strany ve svých vztazích s pojištěnci,
- podporovat vývoj nomenklatury hrazené péče a nabízených sociálních služeb s přihlédnutím k technologickým inovacím, které s sebou přináší digitalizace,

- podporovat vývoj směrem ke zdravotnictví „4 P“⁽²⁾ prostřednictvím rozvoje solidárních služeb zdravotních pojišťoven v reakci na potřeby občanů.

3. Souvislosti

3.1. V oblasti zdravotnictví je rozvoj digitalizace zdrojem nebývale rozsáhlých a rychlých změn. Díky rozmachu internetu věcí a mobilních zdravotnických aplikací, využívání dat velkého objemu, nástupu nanotechnologií, biotechnologií, informačních technologií a kognitivních věd (NBIC) a vzrůstající nabídce nových zdravotnických služeb vede digitalizace k tomu, že se náš systém zdravotnictví celkově mění.

3.2. Aniž by se omezovaly pouze na technologický nebo vědecký rozměr, k digitálním inovacím ve zdravotnictví dochází mnoha způsoby prostřednictvím novátorských způsobů využití, které tyto inovace zahrnují. Tyto nové způsoby využití jdou ruku v ruce s rozsáhlými sociálními inovacemi a umožňují nově reagovat na zdravotní a sociální potřeby.

3.3. Jsou tudíž přímo ovlivňované vazbami ve složitém ekosystému mezi:

- a) občany vzhledem k tomu, že znají svůj zdravotní stav;
- b) lékaři a dalšími pracovníky ve zdravotnictví a jejich vztahem k pacientovi;
- c) systémem zdravotního pojištění na různých rovinách jeho organizace, správy a financování.

3.4. Co se týče vztahu jedince k jeho zdravotnímu stavu, každý jednotlivec si začíná více uvědomovat, jak je důležité starat se o své zdraví. Vzhledem k tomu, že bylo dosud obtížné získat přístup k informacím o svém zdravotním stavu, což vedlo k neznalosti, žil jednotlivec v nejistotě, co se rizik nemoci týče. Nyní však bude mít k dispozici řadu nástrojů (například připojená zařízení), které mu umožní měřit jeho zdravotní stav a přizpůsobovat tomu následně svůj životní styl.

3.5. Díky dostupnosti informací se z každého jednotlivce stává aktivní činitel, který dokáže identifikovat a srovnávat zdravotnické služby a vybrat si tu, která nejvíce odpovídá jeho potřebám. Takový „elektronický pacient“ přispívá k prediktivní medicíně, vytváří zdravotnické údaje a hraje aktivní úlohu ve zdraví svém i ostatních. V tomto ohledu je centrální osobou informovaný souhlas související s ochranou údajů, integrovanou správou a používáním těchto údajů.

3.6. Nové technologie umožňují klást důraz na prevenci spíše než na léčbu nemocí samotných. Umožní rovněž zavést účinnější, šetrnější a individuálnější léčebné metody na základě genetických a biologických charakteristik každého jedince, přičemž dostupnost informací v reálném čase zlepšuje způsob léčby.

3.7. Pracovníci ve zdravotnictví musí rozvíjet nové kompetence a nové oblasti činnosti na různých úrovních, vedoucí zejména k jinému typu vztahů s pacientem, který se zakládá především na vzájemné důvěře, k postupnému zvládání digitálních nástrojů prostřednictvím odborné přípravy, k novému způsobu využívání technologií při poskytování péče a k přístupu založenému na spolupráci a sdílení pomocí interoperabilních systémů.

3.8. Tyto změny musí doprovázet sociální dialog, který musí rovněž posílit odbornou přípravu pracovníků ve zdravotnictví.

3.9. Co se týče systémů zdravotního pojištění, zůstává cílem, který je třeba pro každého občana dosáhnout, přístup k účinným a kvalitním zdravotnickým službám, ať již veřejným či soukromým. V tomto kontextu bude zdravotní pojištění velmi ovlivněno, protože půjde o to, předcházet riziku a vytvořit v budoucnu řešení a postupy přizpůsobené jedinci v rámci zásady sdílení a zachovat tradiční funkci pojištění, jíž je poskytnout osobám, které onemocní, přístup ke zdravotnickým službám.

3.10. Inovace v lékařství, které s sebou přináší digitalizace, mají potenciál přinést do zdravotního pojištění výrazné změny. Současný vývoj vede k personalizaci medicíny a léčby prostřednictvím dvou zdrojů informací:

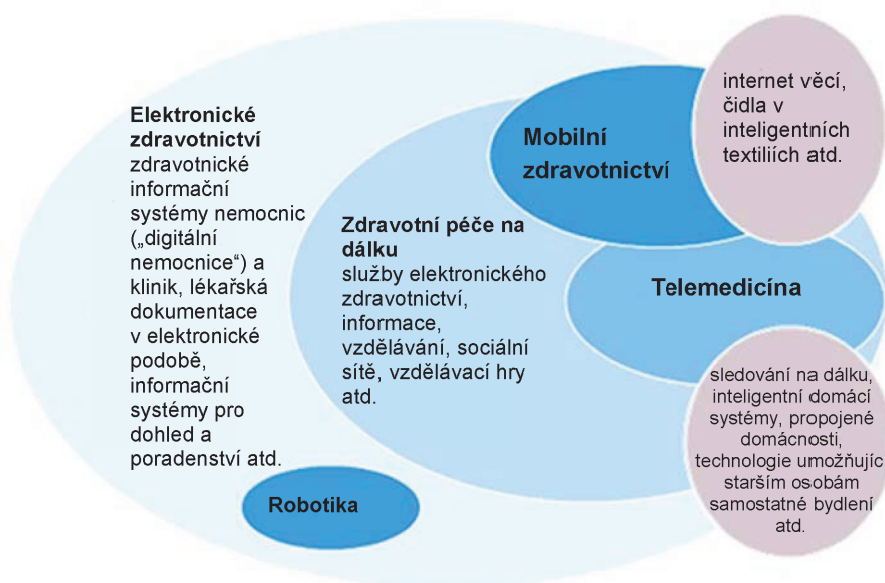
⁽²⁾ Viz odstavec 4.2.

d) dekódování genomu:

prediktivní rozměr takového dekódování může dát zcela nový rozměr přístupu k prevenci (díky dekódování genomu je pravděpodobnost zdravotního rizika „známá“, a prevence tak má větší smysl) a přinést velké výzvy v oblasti zdravotního pojištění.

e) mechanismů elektronického zdraví:

mezi tyto mechanismy patří mimo jiné internet věcí, který spadá do oblasti tzv. *self data* (samoměření) a umožňuje lidem zjistit a zlepšovat svůj zdravotní stav.



V důsledku toho je třeba zabývat se řadou otázek a postřehů.

- Mohly by tyto nové zdroje vědomostí vést k vytvoření nových nabídek a nových služeb na míru, jež by byly přizpůsobenější potřebám pojištěnců?
- Bude zdravotní pojištění v budoucnu odpovídat pravděpodobnému výskytu nemocí, jak nám jej sděluje dekódování genomu?
- Je potvrzen přechod od léčebného k preventivnímu přístupu? Jaké důsledky to bude mít pro řízení zdravotního pojištění a financování v obtížné hospodářské situaci? Je třeba v rámci digitálních platform hradit personalizované programy zdravotní prevence?
- Být zdravý nyní znamená být v dobré kondici ⁽³⁾? Nevede tato přeměna zdravotnického systému ke konceptu celostní medicíny, jež je méně zaměřená na léčbu?
- Změní se s těmito proměnami zásadně pohled na vztah mezi pacientem a lékařem a mezi pojištěncem a pojišťovatelem, a to přechodem z „vertikálního“ na „horizontálnější“ model, v rámci něhož pacient klade otázky a rozvíjí své laické znalosti?
- Není vzhledem k tomu, jak jsou digitální giganti ekonomicky silní, třeba obnovit investice do výzkumu a vývoje prováděného veřejnými orgány?

⁽³⁾ „Dobrá kondice, zdraví a péče jsou součástí kontinua mezi tím, co je normální a co je patologické. A toto kontinuum ostatně medicíně pomáhá.“

4. Dopady digitalizace na občana/pacienta

4.1. Digitální transformace umožňuje jedincům ovlivnit svůj zdravotní stav, i když v přístupu k ní existují překážky. Mnohonásobně větší přístup ke znalostem, infrastrukturám a individualizovaným inovativním službám v oblasti zdravotnictví by mohl umožnit, aby se každý aktivně podílel na svém vlastním zdraví a rovněž přispíval – jakožto pomocník, zdroj informací a poskytovatel údajů – ke zlepšování zdraví ostatních.

4.2. Nastolení této personalizace je charakterizováno jako zdravotnictví označované jako „zdravotnictví 4 P“:

participativní: pacienti sami získávají a sledují zdravotní údaje, v čemž jim pomáhá stále větší počet připojených zařízení. Vztah mezi pacientem a lékařem (který již není jediným zdrojem medicínských znalostí) prochází vývojem. Pacient se stává aktivním pacientem;

preventivní: pacienti, kteří pravidelně shromažďují informace o svém zdraví, mají stále vyšší povědomí o udržování svého zdravotního stavu, což otevírá prostor pro zdravotnictví více zaměřené na prevenci;

personalizované: nepřetržitý přísun stále přesnějších a rozmanitějších osobních údajů rovněž umožňuje rozvoj stále více personalizovaného zdravotnictví;

prediktivní: technologický pokrok, který umožňuje například kompletní digitalizaci lidského genomu, otevírá prostor pro zdravotnictví, které je čím dál více prediktivní.

4.3. *Gramotnost a riziko nové propasti ve zdravotnictví, jež bude digitálního charakteru*

4.3.1. Gramotnost v oblasti zdravotnictví znamená schopnost jednotlivců získávat, chápat a využívat informace tak, aby podporovali a udržovali svůj dobrý zdravotní stav. To vyžaduje vysokou úroveň znalostí, dovedností a sebedůvěry, které umožňují přijímat opatření ke zlepšení svého zdraví a zdraví kolektivu tím, že se změní způsob života a životní podmínky.

4.3.2. Digitalizace má tendenci prohlubovat sociální nerovnosti v oblasti zdraví a posilovat příčinnou souvislost mezi zdravotním stavem jedince a jeho kognitivními schopnostmi (například schopností nalézt kvalitní informace týkající se zdraví a porozumět jim) a finančními možnostmi (jako je možnost zajistit si ty nejučinnější prostředky). Tyto nerovnosti jsou výraznější u starších osob, nejzranitelnějších osob a osob, které žijí v oblastech s nízkým pokrytím digitálních provozovatelů.

4.3.3. Využívání zdravotnických aplikací vyžaduje určitou úroveň znalostí, která umožňuje získat informace o zdraví, porozumět jim, posoudit je a využívat je při každodenním rozhodování o zdravotní péči, prevenci nemocí a podpoře zdraví. Špatná úroveň gramotnosti může tedy vést k řadě rizik v oblasti zdraví, což může mít vliv na počet let prožitých ve zdraví, předčasná úmrtí, kvalitu života a náklady pro jedince i společnost.

4.3.4. Nelze však opomíjet vznik digitální propasti v lékařských a dalších zdravotnických profesích. Tato propast může být vyřešena posílením systému vzdělávání díky programu odborné přípravy věnovanému výuce nových souvislostí, které přináší digitalizace do vztahu ošetřujícího a ošetřovaného.

4.4. *Přílišné kladení odpovědnosti na jednotlivce – další riziko způsobené digitalizací*

4.4.1. Postupy kvantifikace v oblasti zdravotnictví podporují individuální mikrořízení zdraví a příliš velkou míru odpovědnosti na úkor kolektivnějšího pojetí. Z jedinců se tak stávají organizátoři, kteří sami nesou odpovědnost za své dobré či špatné chování v oblasti zdraví, což může odvracet pozornost od environmentálních nebo socioekonomických příčin problémů veřejného zdraví.

4.4.2. Nepředvídání účinků digitalizace na individualizaci, nárůst společenské nerovnosti v oblasti zdraví a zvýšená komercializace zdravotnictví mohou ohrozit naše modely solidárního a všeobecného zdravotního pojištění.

5. Dopady digitalizace na pracovníky ve zdravotnictví a mezi nimi

5.1. Elektronické zdravotní záznamy – základní prvek organizace zdravotní péče

5.1.1. Digitalizace umožňuje odstranit překážky v systému zdravotnictví tím, že usnadňuje sdružování informací mezi nemocnicemi, nezávislými ordinacemi, zdravotnickými sítěmi a službami domácí zdravotní péče. Nezbytnou podmínkou pro zkoordinování péče a převzetí pacienta do péče obecně jsou bezpečné a rychlé způsoby předávání informací shromážděných různými zúčastněnými stranami. Zorganizovat kontinuitu péče a zajistit multidisciplinární péči o pacienta je mnohem jednodušší. Dostupnost, rychlý přístup, komunikace a sdílení údajů usnadňují lékařům činit rozhodnutí. Elektronická výměna údajů mezi pracovníky ve zdravotnictví má přímou přidanou hodnotu pro kvalitu péče.

5.1.2. Elektronické zdravotní záznamy se stávají nástrojem koordinace a zajištění kvality péče, z nichž má pacient prospěch díky sdílení údajů pověřenými osobami, pokud s tímto sdílením pacient předem souhlasil, a to s výjimkou akutních případů, nebo pokud to není možné. Pravidla vztahující se na elektronické zdravotní záznamy zahrnují všechny zvláštní záruky, které jsou pacientovi ohledně elektronických údajů poskytovány, co se týče ochrany jeho soukromí a přístupu k těmto údajům. Je třeba zajistit plné dodržování lékařského tajemství vztahujícího se ke zdravotním a administrativním záznamům.

5.1.3. Elektronické zdravotní záznamy umožňují vyhnout se chybám spojeným se špatnou čitelností dokumentu (lékařský předpis, protokol o lékařském vyšetření) a usnadňují přístup k poznatkům o léčích i jejich bezpečnější předepisování, jelikož vycházejí z charakteristik pacienta. Elektronizace lékařské praxe přispívá k omezení rizik chyb a ke snížení iatrogenních rizik.

5.1.4. Funkce připomenutí a výstrahy, které elektronizace zdravotních záznamů umožňuje, usnadňují lepší prevenci (očkování, screening), sledování chronicky nemocných a získávání poznatků o léčích, přispívají ke zlepšení péče poskytované pacientovi a zvyšují kompetence poskytovatele péče, co se týče stanovení diagnózy a předepsání léčby.

5.1.5. Jelikož elektronizace informací shromážděných o pacientovi přispívá ke zlepšení procesu rozhodování lékaře, staneme se v příštích letech také svědky radikální přeměny lékařské praxe. Žádnou lékařskou diagnózu již nebude možné stanovit bez expertního systému nebo systému nástrojů vycházejících z umělé inteligence. Taková revoluce je výsledkem vývoje současně s genomikou, neurovědami a internetem věcí (NBIC), v jejímž rámci by byly schopné zpracovávat všechny údaje pouze stroje.

5.2. Úloha člověka v rozvoji nových léčebných postupů

5.2.1. Technologický vývoj umožňuje a potvrzuje rozvoj telemedicíny, která umožní vznik nových léčebných a zdravotnických postupů. Telemedicína má následující výhody: lepší dostupnost zdravotní péče v izolovaných oblastech a omezení nutnosti přemisťovat osoby ve špatném zdravotním stavu, sledování pacientů na dálku, což umožňuje vyhnout se hospitalizaci, sdílení odborných znalostí na dálku, rozměr terapeutického vzdělávání prostřednictvím sledování na dálku a sladění různých disciplín díky konzultacím a výměně odborných znalostí na dálku.

5.2.2. Telemedicína, elektronická komunikace mezi odborníky, dematerializace dokumentů, propojení rozšířených schopností a sdílení intelektuálních nebo lékařsko-technických zdrojů musí pracovníkům ve zdravotnictví umožnit ušetřit čas, který tak může být věnován pacientovi při vzájemné rozmluvě a může vést k významnému zlepšení vztahu s pacientem.

6. Dopady digitalizace na řízení zdravotního pojištění

6.1. Data velkého objemu (big data)

6.1.1. Postupná elektronizace našich zdravotnických systémů nepochybně přispěla na jedné straně ke zlepšení administrativní a finanční správy záznamů týkajících se pojistitelnosti všech občanů (více místa, více času, více spotřebního materiálu, zvýšení produktivity, jednodušší a bezpečnější archivace, ekologické výhody) a na druhé straně k rychlejší výplatám poskytovatelům péče a nemocničním zařízením, přičemž se zvýšila kontrola a snížilo se riziko chyb ve fakturaci poskytovaných služeb.

6.1.2. Dematerializace administrativních formulářů, ačkoli přímo nepřispívá ke zkvalitnění péče, zkrátí čas jejich přenosu a zjednoduší administrativní kroky. Zjednodušuje však výkon lékařské praxe, neboť umožňuje lékařům, aby se více soustředili na léčbu a méně na nevyhnutelné související administrativní úkony.

6.1.2.1. Dnes jsou vytvářena data velkého objemu, jestliže jsou zkompileovány všechny údaje všech pacientů/pojištěnců, včetně údajů pocházejících ze zdravotnických aplikací. Jedná se o schopnost analyzovat všechny údaje pocházející z velkého množství zdrojů. K tomu je zapotřebí mít k dispozici prostředky k propojování údajů a automaticky a účinně získávat cenné informace z nestrukturovaných údajů.

6.1.3. Prostřednictvím aplikací nejsou již údaje ukládány u lékaře, v nemocnici nebo u zdravotních pojišťoven, ale v cloudových zařízeních nebo na cloudových platformách, jejichž mateřská společnost se již nutně nenachází v zemi, kde jsou klienti přihlášení ke zdravotnímu pojištění, a dokonce ani v Evropě.

6.1.4. Klíčovou úlohu má jak na evropské, tak na vnitrostátní úrovni interoperabilita (díky „jednotnému digitálnímu trhu“). Je třeba vypracovat a zavést „rámec interoperability zdravotnických informačních systémů“. Taková interoperabilní soustava v sobě zahrnuje zásady a normy, které je třeba dodržovat za účelem bezpečné výměny zdravotních údajů mezi všemi subjekty elektronického zdravotnictví.

6.2. Ochrana údajů

6.2.1. Vlastnictví a ochrana údajů mají zásadní význam pro občana/pacienta a představují základní právo, jež musí být dodržováno. Občan/pacient musí mít možnost se svými údaji volně nakládat. Děje se tak prostřednictvím svobodného, uveřejněného a trvalého souhlasu občanů se shromažďováním a používáním jejich údajů. K tomu se řadí i faktické právo na přenositelnost a vývoj řešení typu „Blue Button“⁽⁴⁾ pro zpřístupnění osobní historie jedinců.

6.2.2. Na úrovni EU upravuje tuto problematiku obecné nařízení o ochraně osobních údajů, které vstoupí v platnost dne 25. května 2018. Kromě toho je třeba zohlednit prohlášení Světové lékařské asociace o etických aspektech zdravotních databází a biobank (tchajpejské prohlášení).

6.3. Zdravotní pojištění procházející zásadními změnami

6.3.1. Digitalizace v pojištnictví postupuje. Zpočátku byla omezena na návrhy mající informační a srovnávací hodnotu (nástroje pro srovnávání, online registrace atd.) nebo související s dematerializací lékařských a administrativních formulářů, ale u těchto transakcí jistě neskončí. Nové způsoby kvantifikace, které jsou známy jako „data velkého objemu“, radikálně změní hospodářský model pojištění a objeví se nové produkty.

6.3.2. Tento obrat bude mít zásadní a logický dopad na:

- povolání spojená s vytvářením dat, jejich ukládáním, poskytováním, úpravou a zpracováním díky algoritmům a povolání s vysokou přidanou hodnotou v oblasti informací,
- status pacienta, který se ve vztahu ke zdravotnickým profesím stává v rámci svého zdraví aktivním činitelem a usiluje o nezávislost na těchto profesích.

6.3.3. S rozvojem technologií a zdravotních aplikací bude každý člověk nyní moci „objektivizovat“ svou fyzickou aktivitu, výživu, interakci s ostatními i všechny určující faktory svého zdraví.

6.3.4. Využívání hromadných údajů o jednotlivcích by mohlo znamenat přechod od jednoho modelu krytí rizik a jejich sdílení k modelu krytí chování a individualizace nabídky pojištění, což by mohlo vést k přílišné personalizaci. I když se zdá, že soukromí pojišťovatelé, kteří usilují o zisk, jsou zcela přirozeně schopni najít své místo, pro vzájemné subjekty a veřejné subjekty zdravotního pojištění, jejichž základní poslání by se ocitlo pod tlakem, by vývoj mohl být složitější.

⁽⁴⁾ Představení iniciativy Blue Button: tato iniciativa byla zahájena vládou Spojených států v roce 2010 a měla tvořit platformu ke sledování, kontrole a stahování osobních zdravotních údajů amerických veteránů. Umožňuje jim přístup k záznamům o péči, k údajům o jejich zdravotním pojištění a zdravotní historii (alergie, lékařské rozborů atd.), jež si mohou rovněž stáhnout. Zdroj: <http://www.va.gov/bluebutton/>.

6.3.5. I správci zdravotního pojištění jsou nyní zranitelní, neboť stojí na křižovatce celého vícerozměrného ekosystému sestávajícího z představitelů průmyslu, lékařů, správních orgánů, regulátorů, investorů a pacientů.

6.3.6. Správci zdravotního pojištění se musí potýkat se silnou setrvačností spojenou s velmi přísnou právní úpravou citlivých údajů týkajících se zdraví, s komplexním fungováním a financováním lékařů a nemocnic, s velmi rigidním a nepružným hodnotovým řetězcem (přibírání pojištěnců, vybírání příspěvků, hrazení péče), se stále přísnější právní úpravou týkající se pojištných produktů a někdy i s korporativismem zdravotnických profesí.

6.3.7. Všichni správci zdravotního pojištění však nemají, nebo už již nemají stejné finanční možnosti a potřeby vlastních finančních prostředků nezbytných pro tyto činnosti jsou patrně stále větší překážkou pro jejich vlastní rozvoj. Ekonomická síla digitálních gigantů jim umožňuje přímé investice do toho, co vnímají jako trh.

6.3.8. I přes lepší znalosti individuálních rizik v oblasti zdraví je nezbytné zachovat takové systémy zdravotní péče, které by se zakládaly na logice kolektivního a solidárního pojištění. Naše systémy zdravotního pojištění byly neúčinnější tehdy, pokud propojovaly individuální zapojení a kolektivní ochranu proti všem zdravotním rizikům.

6.4. *Přizpůsobení systémů náhrady nákladů*

6.4.1. V současné době existuje jen málo příkladů převzetí finanční odpovědnosti (náhrady nákladů) v případě použití mobilních aplikací pro osobní péči. Jednou z velkých překážek by v současnosti byla právě neexistence odpovídajících modelů náhrady nákladů, které by odrážely nové technologické skutečnosti.

6.4.2. Existuje klasický model intervence státu, kdy náhradu provádějí vnitrostátní instituce a orgány, které rozhodují o dávkách v rámci mobilního zdravotnictví⁽⁵⁾, jež lze proplatit, ale existují i iniciativy subjektů systémů zdravotního pojištění, mimo jiné i vzájemných pojišťoven⁽⁶⁾.

6.4.3. Zavádějí se rovněž inovativní systémy náhrady, například pobídkové a preventivní programy, jejichž cílem je zabývat se spíše prevencí než medikací.

6.5. *Nové výzvy pro zdravotní pojišťovny*

6.5.1. Na veřejné i soukromé organizace spravující povinné zdravotní pojištění (jako jsou vzájemné pojišťovny) to bude mít velký dopad, a proto v budoucnu bude v této souvislosti nutné:

- vypracovat přizpůsobené a individuální mechanismy prevence, diagnostiky a sledování léčby a v rámci prevence rizika vytvořit individuální řešení a plány v souladu se zásadami vzájemného pojištění, přičemž bude třeba zachovat jeho tradiční funkci, jíž je zajistit přístup k péči osobám, které onemocní,
- vyvážit nabídku zdravotnických služeb s vyvíjejícími se potřebami pacientů,
- asistovat pacientům a vyhnout se přitom riziku stigmatizace a obviňování: pojišťovny již nyní hrají důležitou úlohu v prevenci, sledování péče a sledování pacientů; tuto úlohu by měly převzít i státní zdravotní pojišťovny,
- bojovat proti sociálním nerovnostem v oblasti zdravotnictví, které mohou být způsobeny digitální propastí, a to zvyšováním gramotnosti (především posílením dovedností),

⁽⁵⁾ Francie učinila pokrok, když uznala systém Diabeo na základě stanoviska, které vydala Národní komise pro posouzení zdravotnických prostředků a technologií (Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé). Systém Diabeo je software propojený s dálkovým lékařským dohledem a vybavený technickou pomocí umožňující naučit se, jak softwar používat. Úkolem softwaru Diabeo je pomoci pacientovi s každodenním výpočtem dávkování pomalého a rychlého inzulínu podle hodnot předem stanovených předepisujícím lékařem. Pro pacienta je k dispozici prostřednictvím aplikace na koncovém mobilním zařízení (chytrý telefon nebo tablet) a prostřednictvím internetového portálu.

⁽⁶⁾ Novátorský program elektronického zdravotnictví Vivoptim, který byl vyvinut francouzskou pojišťovnou (MGEN) a převzat belgickou pojišťovnou (Solidaris) v Belgii, slouží k prevenci a sledování rizik kardiovaskulárních poruch a při jejich výskytu nabízí řadu personalizovaných služeb díky digitálním nástrojům a připojeným zařízením, které jsou sdruženy do tří doprovodných programů a třinácti preventivních plánů přizpůsobených jednotlivým situacím, očekávání a potřebám každého uživatele, od prevence pro osoby v dobrém zdravotním stavu až po zvládání chronických nemocí.

- omezovat rizikové chování a dohlížet na to, zda jsou dodržovány pokyny pracovníků ve zdravotnictví. Základem je vyhledávání účinných nástrojů odpovídajících potřebám,
- upřednostňování kvality života pojištěnců. Tato problematika poukazuje rovněž na ekonomické cíle a cíle týkající se zvládání rizika, a tedy na cíle v oblasti nákladů na zdravotní péči,
- systematizovat elektronickou správu zdravotních záznamů pacientů a vztahů s poskytovateli péče mimo jiné prostřednictvím digitalizace dokladů o poskytnuté péči, elektronických zdravotních záznamů a elektronického zdravotního průkazu,
- upravit náhrady nákladů v souladu s novými způsoby úhrad a péče o pacienty zdravotnickými pracovníky,
- stát se důvěryhodnou třetí stranou v souvislosti s používáním a řízením toků zdravotních údajů a jejich shromažďováním, jelikož hrozí, že tyto údaje budou nedovoleně využívány ke komerčním účelům.

6.5.2. Vzájemné zdravotní pojišťovny, které byly průkopníky zdravotního pojištění, se nyní mohou zaměřit na to, aby splnily úlohu trvalé a individuální asistence pro každého ze svých pojištěnců. Co se týče produktů/služeb, které vzájemné zdravotní pojišťovny nabízejí, ale i pomoci jednotlivcům v jejich snaze o dobrou kondici nebo při léčení, musí být tyto pojišťovny aktivní, a to bez ohledu na to, jaký komunikační kanál k tomu využijí, a nabízet řešení uzpůsobené potřebám jednotlivců.

7. Dopady digitálních „narušitelů“ na zdravotní pojištění a společnost

7.1. Všechny výše uvedené prvky, které svědčí o komplikovanosti digitálních výzev v oblasti zdravotnictví, a výskyt nových internetových subjektů však způsobí, že naše systémy zdravotního pojištění budou podléhat ekonomickým silám.

7.2. Tento převrat je samozřejmě umožněn novými snímači, které jsou nyní ekonomicky dostupné a technicky „spolehlivé“, ale především možností centralizace a analýzy údajů prostřednictvím chytrého telefonu nebo internetového rozhraní. Tímto způsobem se rozvinul ekosystém mobilních aplikací, které se soustředí na cíle, společenství a „hravost“. Tento ekosystém umožňuje tvůrcům mobilního prostředí stanovit pravidla pro správu zdravotních údajů prostřednictvím jejich specializovaných služeb⁽⁷⁾.

7.3. Je třeba se obávat, že „GAFAMA“ (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft a Alibaba)⁽⁸⁾ a další společnosti, které se objeví, v blízké budoucnosti toto nové zdravotnictví zcela opanují a budou se stále více opírat o informační technologie a dekodování, k němuž se využívají. Právě v tom spočívá činnost vedoucích subjektů digitální ekonomiky, které tyto technologie používají pro převzetí kontroly nad ekosystémy ve všech odvětvích.

7.4. Síla těchto platforem spočívá v tom, že zakládají model svého rozvoje na masové dodávce produktu nebo služby propojené s obyvatelstvem, čímž získávají přístup k velkému množství údajů, jež jsou zpeněžitelné. Zpeněžení údajů umožňuje nabízet řadu bezplatných služeb zajišťujících masovou návštěvnost a vytvářejících pozitivní spirálu, v níž se každý snaží izolovat spotřebitele v co nejuzavřenějším ekosystému. Vzhledem k tomu, že mezní náklady poskytování služeb jsou téměř nulové, zvýhodňuje internetový ekonomický model přirozeně největší subjekty, které získají velkou část vytvořené hodnoty a mají obrovské investiční možnosti.

7.5. Existuje důvodné podezření, že pouze společnosti „GAFAMA“ jsou schopny využívat tyto bezplatně šířené údaje a kombinovat je se všemi údaji týkajícími se chování jednotlivců, které shromáždí jinde. S ohledem na současné i budoucí giganty v digitální oblasti je nutné, aby byla z právního a etického hlediska zachována suverenity evropských občanů, vlád a institucí (zejména těch, jež působí v oblasti sociální ochrany), co se týče zjišťování, shromažďování a využívání zdravotních údajů.

⁽⁷⁾ O tržní strukturu, jíž je obchod s aplikacemi, se v zásadě dělí pět největších subjektů [90 % stažení: Play (Android), App Store (Apple), Windows Phone Store (Microsoft), App World (BlackBerry) a Ovi (Nokia)].

⁽⁸⁾ Obchodní giganty „GAFAMA“ (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft a Alibaba) směřují k tomu, aby získaly monopolní kontrolu nad mobilním zdravotnictvím. Oblast veřejného zdravotnictví je zcela zaplavena těmito nadnárodními subjekty, které v něm vidí možnost ekonomické expanze.

7.6. Přidaná hodnota těchto informací, zejména v oblasti zdravotnictví, je tak získávána a kontrolována těmito platformami, nikoli již výrobci v systému zdravotnictví. Nezbyvá než poskytnout tyto informace k dispozici „žadatelům“, kteří je budou moci využít.

7.7. Ochrana údajů známá jako „5 V“ (volume, vélocité, variété, véracité, valeurs – objem, rychlost, různorodost, věrohodnost, hodnoty) představuje ekonomickou hodnotu, která vyžaduje vyvíjející se právní rámec, propojený s celým ekosystémem (za účasti více stran), aby nedocházelo ke zneužívání k čistě komerčním účelům.

V Bruselu dne 20. září 2017.

předseda
Evropského hospodářského a sociálního výboru
Georges DASSIS
