

I

(Rezolūcijas, ieteikumi un atzinumi)

ATZINUMI

EIROPAS EKONOMIKAS UN SOCIĀLO LIETU KOMITEJA

EESK 528. PLENĀRSESĪJA 2017. GADA 20. UN 21. SEPTEMBRĪ

Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu “Digitālās revolūcijas veselības aprūpes jomā ietekme uz veselības apdrošināšanu”

(pašiniciatīvas atzinums)

(2017/C 434/01)

Ziņotājs: **Alain COHEUR**

Pilnsapulces lēmums	26.1.2017.
Juridiskais pamats	Reglamenta 29. panta 2. punkts Pašiniciatīvas atzinums
Atbildīgā specializētā nodaļa	vienotā tirgus, ražošanas un patēriņa specializētā nodaļa
Pieņemts specializētās nodaļas sa- nāksmē	5.9.2017.
Pieņemts plenārsesijā	20.9.2017.
Plenārsesija Nr.	528
Balsojuma rezultāts	174/0/1
(par/pret/atturas)	

1. Secinājumi

1.1. EESK uzskata: ņemot vērā digitālo revolūciju veselības jomā, svarīgi ir uzturēt un veicināt solidāras, iekļaujošas un nediskriminējošas medicīniskās/veselības apdrošināšanas sistēmas visu dalībnieku labā. Visaptveroša iekļaušana un taisnīga piekļuve kvalitatīviem veselības pakalpojumiem (digitālajiem vai nē), kā arī apņēmība tos nodrošināt faktiski ir vispārējas veselības apdrošināšanas priekšnoteikums.

1.2. Saskaņā ar iepriekšējiem atzinumiem ⁽¹⁾ EESK uzskata, ka vienlīdzīgu piekļuvi veselības aprūpei, kas ir veselības politikas galvenais mērķis, digitalizācija var ietekmēt pozitīvi, ja ir izpildīti vairāki nosacījumi:

- vienāds teritoriālais pārklājums, ņemot vērā reģionus, kuriem digitālie operatori pakalpojumus sniedz nepietiekamā apjomā (piekļuve, darbības ātrums),
- digitālās plaisas samazināšana, ņemot vērā izmantošanu iedzīvotāju, veselības aprūpes profesionāļu un medicīniskās/veselības apdrošināšanas sniedzēju vidū,

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

- digitālās struktūras visu komponentu (datubāzu, medicīnisko ierīču) sadarbība, lai veicinātu aprūpes nepārtrauktību katrā struktūrā un starp šīm struktūrām,
- veselības datu aizsardzība, jo tos nekādā gadījumā nedrīkst izmantot pret pacientu interesēm.

1.3. Telemedicīnas, savienoto objektu, kā arī nanotehnoloģiju, biotehnoloģiju, informātikas un kognitīvo zinātņu (NBIC) attīstības procesā nedrīkst nonākt līdz tam, ka indivīdi tiktu uzskatīti par vienkāršiem, savienotiem ķermeņiem, kurus visspēcīga datorprogramma varētu attālināti analizēt, kontrolēt un uzraudzīt. Tehnoloģiju izmantošana veselības aprūpē faktiski rosina uz pretējo, proti, vēlreiz apliecināt, ka savstarpējās attiecības un sociālā saikne ir medicīnas un aprūpes pamatā.

1.4. EESK uzsver izaicinājumu, kādu rada hiperindividualizācija apvienojumā ar pārmērīgas atbildības uzkraušanu personai, kurai ir pašai jāpārvalda sava veselība. Ar prognozējošu medicīnu, no vienas puses, un savienotiem rīkiem, no otras puses, zināšanas par indivīda veselības riskiem, kā arī par to uzraudzību attīstās, uzvedinot uz personalizētāku politiku. Šādu risku atklāšana un atšķirības, kas konstatētas starp indivīdiem, liek uzdot svarīgus ētikas jautājumus solidāra apdrošināšanas seguma saglabāšanas ietvaros.

2. Ieteikumi

2.1. EESK atgādina: lai digitālā revolūcija izdotos, ES efektīvajām medicīniskās/veselības apdrošināšanas sistēmām vajag:

- a) izmantot digitālās tehnoloģijas pamattiesību īstenošanai un aktivizēšanai veselības jomā, nevis to vājināšanai. Digitalizācijai ir jābūt individuālo un kolektīvo spēju stiprinātājai, kā arī spēcīgam līdzeklim tiesību efektivitātes nodrošināšanai un jaunu veselības aprūpes organizācijas un pārvaldības veidu izstrādei;
- b) atkārtoti apstiprināt, ka solidaritāte un universālums ir ES veselības aprūpes sistēmas pamatvērtības un to saglabāšana ir kopīga atbildība.

2.2. Digitalizācijas ieviešana nekādā gadījumā nedrīkst novest pie veselības un sociālo risku pārdales un apvienošanas principu apstrīdēšanas, jo tie ir kolektīvās solidaritātes stūrakmeņi.

2.3. EESK uzsver nepieciešamību:

- attīstīt un veicināt iedzīvotāju piekļuvi digitālajai pratībai veselības jomā, lai stimulētu kritisku pieeju veselības informācijai,
- nodrošināt kvalitatīvu informāciju veselības jomā, piemēram, mudinot ieviest veselības lietotņu marķēšanas/akreditācijas procedūras,
- stiprināt uzticēšanos starp pacientiem, veselības aprūpes profesionāļiem un medicīniskās/veselības apdrošināšanas sistēmas dalībniekiem,
- ieviest apmācības sistēmu, kas būtu pielāgota gan lietotājiem, gan veselības aprūpes profesionāļiem, lai nodrošinātu digitālo tehnoloģiju efektīvu, drošu un aizsargājošu izmantošanu, kā arī veicinātu pārmaiņas veselības aprūpes sistēmā,
- konsolidēt sociālo dialogu, kas ir turpmāko izmaiņu atbalstam nepieciešams saskaņošanas instruments,
- ieviest drošības pasākumus personas datu apstrādē, lai izvairītos no prakses, kas šos apdrošināšanas datus (piekļuvi, izdevumu atmaksa utt.) izmanto komerciālos nolūkos, kuri neatbilst sabiedrības veselības mērķiem,
- veicināt pielāgojamu tiesisko regulējumu, ņemot vērā visu ekosistēmu (daudzās ieinteresētās personas) un lomu, kāda ir medicīniskās/veselības apdrošināšanas organizācijām kā uzticamām trešām personām to attiecībās ar apdrošinātajiem/dalībniekiem,
- atbalstīt atmaksājamo ārstēšanas un aprūpes pakalpojumu nomenklatūras maiņu, ņemot vērā tehnisko inovāciju, ko nodrošina digitalizācija,

— atbalstīt pāreju uz “4 P” medicīnu ⁽²⁾, attīstot solidārus medicīniskās/veselības apdrošināšanas iestāžu pakalpojumus, ar kuriem reaģēt uz iedzīvotāju vajadzībām.

3. Konteksts

3.1. Digitalizācijas uzplaukums dod impulsu vēl nepieredzēta apjoma un ātruma attīstībai veselības jomā. Līdz ar savienoto objektu, ar veselību saistītu mobilo lietotņu strauju attīstību, lielo datu izmantošanas, nanotehnoloģiju, biotehnoloģiju, informātikas un kognitīvo zinātņu (NBIC) ienākšanu, kā arī arvien plašāku veselības pakalpojumu klāstu digitalizācija rada vispārējas ES veselības aprūpes sistēmas pārmaiņas.

3.2. Digitālā inovācija veselības jomā neaprobežojas tikai ar tehnisko vai zinātnisko dimensiju, turklāt tā ir ļoti daudzveidīga, ņemot vērā tās ietvērto izmantojumu inovāciju. Šie jaunie izmantojuma veidi līdz ar vērienīgu sociālo inovāciju veicina tādu jaunu risinājumu rašanos, kas atbilst vajadzībām sociālajā un veselības jomā.

3.3. Tādējādi sarežģītas ekosistēmas ietvaros tieši ir skartas attiecības starp:

- a) cilvēku, kam ir zināšanas par savu veselības stāvokli;
- b) medicīnisko un paramedicīnisko profesiju pārstāvjiem un viņu saikni ar pacientu;
- c) veselības apdrošināšanas sistēmu tās dažādajos organizācijas, pārvaldības un finansēšanas veidos.

3.4. Runājot par individu un viņa veselību, cilvēki sāk vairāk apzināties savas veselības svarīgumu un veidu, kā par to rūpēties. ņemot vērā grūtības piekļūt medicīniskajai informācijai un ar to saistīto neinformētību, līdz šim indivīds dzīvoja neziņā par slimības riskiem. Patlaban viņa rīcībā ir liels skaits instrumentu (piemēram, savienotie objekti), kas ļauj izvērtēt veselības stāvokli un attiecīgi pielāgot savu dzīves veidu.

3.5. Informācijas avotu pieejamība dod iespēju ikvienam cilvēkam ietekmēt savu veselību, jo viņš ir spējīgs noteikt, salīdzināt un izvēlēties savām vajadzībām visatbilstošāko veselības aprūpes pakalpojumu. E-pacients sniedz ieguldījumu prognozējošā medicīnā, viņš rada veselības datus un var ietekmēt savu un citu veselību. Šajā kontekstā uz zināšanām balstītai piekrišanai ir būtiska loma no datu aizsardzības, integrētu datu pārvaldības un izmantošanas viedokļa.

3.6. Jaunās tehnoloģijas mudina lielāku uzsvāru likt uz profilaksi nevis uz slimību ārstēšanu. Tās dos iespēju ieviest arī terapiju, kas būs efektīvāka un ar mazāku iejaukšanos, kā arī individualizētāka atkarībā no individuālajām ģenētiskajām un bioloģiskajām iezīmēm, bet piekļuve informācijai reāllaikā uzlabo terapeitisko atbildi.

3.7. Medicīnisko profesiju pārstāvjiem ir jāapgūst jaunas kompetences un jaunas darbības jomas, kas ietver vairākus līmeņus, tostarp cits attiecību modelis ar pacientu, kas vairāk ir balstīts uz savstarpēju uzticēšanos, pakāpeniski apmācības rezultātā jāapgūst digitālie rīki, izmaiņas aprūpes pakalpojumu sniegšanas tehniskajā reprezentācijā, kā arī sadarbības un dalīšanās pieeja ar sadarbspējīgu sistēmu starpniecību.

3.8. Līdztekus šīm pārmaiņām ir jānotiek sociālajam dialogam, kam arī jāstiprina veselības aprūpes personāla apmācības sistēma.

3.9. Saistībā ar medicīniskās apdrošināšanas sistēmām pieeja efektīviem un kvalitatīviem publiskajiem un privātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ir mērķis, kas jāsasniedz visu iedzīvotāju labā. Šajā kontekstā būtiski tiks skarta medicīniskā apdrošināšana, jo nākotnē uzdevums būs izstrādāt individualizētus risinājumus un ārstēšanas programmas pirms risku rašanās, pamatojoties uz risku apvienošanas principiem, un vienlaikus saglabāt tās tradicionālo funkciju, proti, dot iespēju saslimušiem cilvēkiem piekļūt veselības aprūpes pakalpojumiem.

3.10. Digitalizācijas radītā medicīniskā inovācija var ienest dziļas pārmaiņas medicīniskajā apdrošināšanā. Dinamika, kas veidojas, sekmē medicīnas un ārstēšanas individualizāciju, izmantojot divus informācijas avotus:

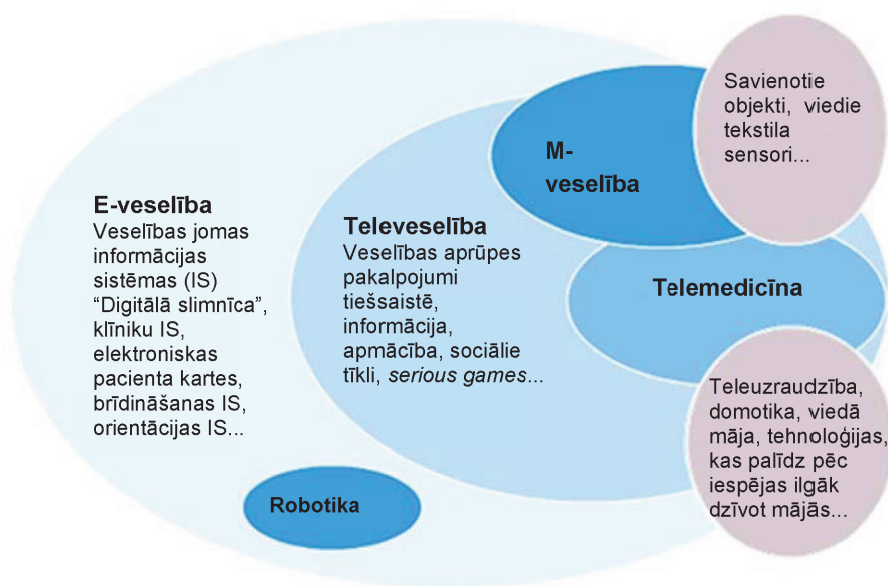
⁽²⁾ Sk. 4.2. punktu.

d) genoma atšifrēšanu.

Šis atšifrēšanas prognozējamais aspekts var pienest pilnīgi jaunu dimensiju profilaktiskajai pieejai (ar genoma atšifrēšanu veselības riska iespējamība ir “zināma”, un tādēļ profilaksei ir lielāka jēga) un radīt lielus problēmuizdevumus medicīniskās apdrošināšanas jomā;

e) e-veselības ierīces.

Šādas ierīces ietver arī savienotos objektus, kas attiecas uz *self data* (“pašmērīšanas”) jomu un ļauj cilvēkiem uzzināt par savu veselības stāvokli un to uzlabot.



Tāpēc būtu jārod atbildes uz virkni jautājumu un jāizskata vairākas piezīmes.

- Vai šie jaunie zināšanu avoti varētu radīt jaunus pielāgotus piedāvājumus un pakalpojumus, kas būtu piemērotāki apdrošinātajām personām?
- Vai nākotnē pastāvēs veselības apdrošināšana, kurā būs ņemta vērā to slimību iespējamība, kas tiks noteiktas, atšifrējot genomu?
- Vai noteikti notiks pāreja no ārstēšanas pieejas uz preventīvu pieeju? Kā tas ietekmēs veselības apdrošināšanas pārvaldību un finansējumu sarežģītos ekonomiskos apstākļos? Vai ir jāatmaksā personalizētas medicīniskās profilakses programmas digitālo platformu ietvaros?
- Vai labjutība ⁽³⁾ stājas veselības vietā? Vai šī veselības sistēmas pārveide nemudina izstrādāt holistisku medicīnu, kurā ārstēšanai ir mazāka loma?
- Vai sakarā ar šīm pārmaiņām pacienta/ārsta un apdrošinātā/apdrošinātāja attiecību redzējums būtiski mainīsies no “vertikālā” modeļa uz “horizontālāku”, kurā pacients uzdod jautājumus un veido neprofesionālas zināšanas?
- Ņemot vērā digitālās nozares vadošo uzņēmumu ekonomiskās iespējas, vai nevajadzētu atjaunot publisko iestāžu ieguldījumus pētniecībā un izstrādē?

⁽³⁾ “Labjutības, veselības un aprūpes jomas iekļaujas ķēdē starp normālo un patoloģisko, turklāt šī ķēde medicīnā ir noderīga.”

4. Digitalizācijas ietekme uz iedzīvotāju/pacientu

4.1. Digitālā pāreja dod iespēju indivīdiem ietekmēt savu veselības stāvokli, tomēr jāņem vērā, ka pastāv daži šķēršļi, kas kavē piekļuvi tai. Plaša piekļuve zināšanām, infrastruktūrai un inovatīviem individualizētiem pakalpojumiem veselības jomā varētu ļaut katram ietekmēt savu veselību un kā palīgam, informācijas sniedzējam un datu piegādātājam palīdzēt uzlabot citu cilvēku veselību.

4.2. Šīs individualizācijas parādīšanos raksturo veselība, ko kvalificē kā **4 P** veselību:

piedalīšanās: medicīnas datus sniedz un pārbauda paši pacienti, izmantojot arvien pieaugošu savienoto objektu skaitu. Pacienta un ārsta (kas vairs nav vienīgais medicīnisko zināšanu avots) attiecības mainās. Pacients kļūst par aktīvu dalībnieku;

profilakse: pacienti, kas regulāri ievāc informāciju par savu veselību, arvien vairāk apzinās veselības saglabāšanas nozīmi, un tas paver ceļu veselības aprūpei, kas vairāk orientēta uz profilaksi;

personalizācija: arvien precīzāku un daudzveidīgāku personas datu nepārtraukta plūsma ļauj izstrādāt arvien personalizētāku veselības aprūpi;

prognozēšana: visbeidzot, tādu tehnoloģiju attīstība, kas ļauj, piemēram, digitalizēt pilnu cilvēka genomu, paverot ceļu uz veselības aprūpi, kurā prognozēšanai ir arvien lielāka loma.

4.3. *Digitālā pratība un risks attiecībā uz jaunu – digitālo plaisu veselības jomā.*

4.3.1. Pratība veselības jomā nozīmē indivīda spēju iegūt, saprast un izmantot informāciju tā, lai veicinātu un saglabātu labu veselību. Tas nozīmē, ka ir jāsasniedz tāds personīgais zināšanu, prasmju un uzticēšanās līmenis, lai veiktu pasākumus savas un sabiedrības veselības uzlabošanas nolūkā, mainot dzīvesveidu un dzīves apstākļus.

4.3.2. Digitalizācijai ir tendence palielināt sociālo nevienlīdzību veselības jomā, stiprinot cēloņsakarību starp indivīda veselības stāvokli un viņa kognitīvajām spējām (piemēram, spēju atrast un saprast kvalitatīvu informāciju par veselības jautājumiem) un finansiālajām iespējām (piemēram, iespēju iegādāties visefektīvākās ierīces). Šī nevienlīdzība ir lielāka starp vecāka gadagājuma cilvēkiem, mazāk aizsargātiem cilvēkiem, kā arī tiem, kas dzīvo reģionos, kuros digitālie operatori pakalpojumus sniedz nepietiekamā apjomā.

4.3.3. Veselības aprūpes lietojumprogrammu izmantošanai ir vajadzīgs noteikts zināšanu līmenis, kas dod iespēju piekļūt informācijai par veselību, to saprast, izvērtēt un izmantot ar mērķi ikdienā pieņemt lēmumus attiecībā uz veselības aprūpi, slimību profilaksi un veselības veicināšanu. Taču zems pratības līmenis rada daudzus riskus veselībai ar sekām, kas ietekmē veselīgas dzīves gadus, priekšlaicīgu mirstību, dzīves kvalitāti un izmaksas indivīdam un sabiedrībai.

4.3.4. Tomēr nedrīkst atstāt novārtā digitālo plaisu, kas parādās medicīnisko un paramedicīnisko profesiju pārstāvju vidū. To varētu atrisināt, izglītības sistēmu papildinot ar mācību programmu par jaunu, digitalizācijas izraisītu mijiedarbību starp veselības aprūpes sniedzējiem/saņēmējiem.

4.4. *Pārmērīgas atbildības uzvelšana ir cits ar digitalizāciju saistītais risks.*

4.4.1. Kvantitatīvās noteikšanas prakse veselības jomā veicina veselības individuālo mikropārvaldību un uzliek pārmērīgu atbildību, atstājot novārtā kolektīvāku pieeju. Minētā prakse indivīdus padara par noteicējiem, kas paši ir atbildīgi par savu labo vai sliktu veselības stāvokli, un tā var novērst uzmanību no sabiedrības veselības problēmu vides vai sociālajiem un ekonomiskajiem iemesliem.

4.4.2. Ja digitalizācijas ietekme uz individualizāciju tiks atstāta bez ievērības, sociālās nevienlīdzības palielināšanās veselības jomā un augošā veselības komercializācija var apdraudēt mūsu solidāros un vispārējos medicīniskās/veselības apdrošināšanas modeļus.

5. Digitalizācijas ietekme uz veselības aprūpes profesionāļiem un viņu vidū

5.1. Pacienta elektroniskā veselības karte – veselības aprūpes organizācijas stūrakmens.

5.1.1. Digitalizācija ļauj likvidēt šķēršļus veselības sistēmā, atvieglojot informācijas apmaiņu starp medicīnas iestādēm, privātajiem kabinetiem, veselības tīkliem un aprūpes pakalpojumu sniedzējiem mājās. Droši un ātri līdzekļi dažādu personu apkopotās informācijas nosūtīšanai ir svarīgs priekšnosacījums pacienta ārstēšanas un vispārējās aprūpes koordinēšanai. Pacienta ārstēšanas un daudzdisciplīnu aprūpes nepārtrauktības organizēšana ir daudz vieglāk īstenojama. Pieejamība, piekļuves ātrums, datu apmaiņa un koplietošana atvieglo medicīniskā lēmuma pieņemšanu. Datorizētai datu apmaiņai starp veselības aprūpes profesionāļiem ir tieša pievienotā vērtība no aprūpes kvalitātes viedokļa.

5.1.2. Pilnvarotajiem dalībniekiem apmainoties ar datiem, pacienta elektroniskā veselības karte sniedz labumu pacientam un kļūst par ārstēšanas koordinācijas un kvalitātes rīku, ja vien pacients ir iepriekš tam piekritis, izņemot ārkārtas gadījumus vai neiespējamību šo piekrišanu saņemt. Noteikumi par elektronisko pacienta veselības karti attiecas uz visām konkrētajām garantijām, kas dotas pacientam par digitālajiem datiem, privātās dzīves aizsardzību un piekļuvi šādiem datiem. Medicīniskās un administratīvās informācijas konfidencialitāte ir jānodrošina pilnībā.

5.1.3. Pacienta elektroniskā veselības karte ļauj novērst kļūdas saistībā ar dokumenta (receptes, medicīniskās apskates protokola) sliktu salasāmību, atvieglo piekļuvi zāļu datubāzēm, kā arī drošākai zāļu izrakstīšanai, jo to pamato ziņas par pacientu. Medicīnas prakses datorizācija ļauj ierobežot kļūdu risku un samazināt iatrogēnos riskus.

5.1.4. Atgādinājumu un brīdinājumu funkcijas, ko nodrošina veselības kartes datorizācija, palīdz uzlabot profilakses pasākumu īstenošanu (vakcinācija, skrīnings), uzraudzīt pacientus, kas cieš no hroniskām slimībām, un zināšanas par zālēm, kā arī uzlabot pacientu aprūpes kvalitāti, un stiprina veselības aprūpes sniedzēja kompetenci diagnozes noteikšanas un ārstēšanas nozīmēšanas jomā.

5.1.5. Turklāt līdz ar informācijas par pacientu digitalizāciju, kas sekmē medicīnisko lēmumu pieņemšanas procesa uzlabošanu, turpmākajos gados varēs novērot radikālas izmaiņas medicīnas praksē. Nevienu medicīnisko diagnostiku nevarēs veikt bez ekspertu sistēmas vai instrumentiem, kas ietver mākslīgo intelektu. Šāda revolūcija ir genomikas, neirozinātnes un savienoto objektu (NBIC) paralēlas attīstības rezultāts, un tās ietvaros tikai mašīnas būs spējīgas apstrādāt visus datus.

5.2. Cilvēka vieta jaunas medicīniskās prakses attīstības centrā.

5.2.1. Tehnoloģiskā attīstība ļauj nodrošināt un nostiprina telemedicīnas izvēršanu, kas paver jaunas medicīnas un paramedicīnas prakses iespējas. Telemedicīnai ir šādas priekšrocības: labāka veselības aprūpe nomalās teritorijās un mazāk braucienu cilvēkiem ar nestabilu veselības stāvokli, slimnieku attālināta uzraudzība, kas ļauj izvairīties no hospitalizācijas, zināšanu attālināta apmaiņa, medicīniska izglītošana ar teleuzraudzības starpniecību un daudzdisciplīnu saskaņošanu, izmantojot telekonsultācijas un teleeksptīzi.

5.2.2. Telemedicīnai, datorizētai profesionālajai saziņai, dokumentu dematerializācijai, izklaidētas zinātnes apkopošanai un intelektuālo vai medicīnisko un tehnisko resursu kopīgai izmantošanai jādod iespēja veselības aprūpes profesionāļiem ietaupīt laiku, lai viņi to varētu veltīt individuālai sarunai ar pacientu un ievērojami uzlabot attiecības ar viņu.

6. Digitalizācijas ietekme uz medicīniskās/veselības apdrošināšanas pārvaldību

6.1. Lielie dati ("big data").

6.1.1. Veselības aizsardzības sistēmu pakāpeniska datorizācija ir neapšaubāmi palīdzējusi uzlabot, pirmkārt, katra iedzīvotāja apdrošināšanas lietu administratīvo un finanšu pārvaldību (vietas, laika un līdzekļu ietaupījums, ražīguma pieaugums, viegla un droša arhivēšana, ieguvumi vides jomā) un, otrkārt, atmaksāšanas ātrumu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un slimnīcām, vienlaikus palielinot kontroli un samazinot kļūdu risku rēķinu par pakalpojumiem izrakstīšanā.

6.1.2. Lai arī administratīvo veidlapu dematerializācija tieši neietekmē aprūpes kvalitāti, tā ir samazinājusi veidlapu pārsūtīšanas termiņus un vienkāršojusi administratīvās procedūras. Tomēr dematerializācija atvieglo medicīnas pakalpojumu sniegšanu un ļauj ārstiem vairāk laika veltīt ārstēšanai, mazāk laika tērējot neizbēgamām administratīvajām procedūrām.

6.1.2.1. Patlaban lielie dati tiek iegūti, kad visu pacientu/apdrošināto personu visi dati, tostarp dati no veselības lietojumprogrammām, ir apkopoti. Runa ir par spēju analizēt visus datus, kas iegūti no plaša avotu klāsta. Lai to varētu izdarīt, ir jābūt iespējai datus savstarpēji sasaistīt un no nestrukturētiem datiem automātiski un rentabli iegūt derīgu informāciju.

6.1.3. Izmantojot lietojumprogrammas, datus vairs neuzglabā pie ārsta, slimnīcā vai medicīniskās/veselības apdrošināšanas iestādēs, bet ierīcēs vai mākoņglabāšanas platformās, kuru mātesuzņēmumam vairs nav obligāti jāatrodas valstī, kurā personai ir veselības apdrošināšana, un pat ne Eiropā.

6.1.4. Sadarbība ir pamatprasība gan ES (ar digitālo vienoto tirgu), gan valsts līmenī. Ir jāizstrādā un jāievieš veselības informācijas sistēmu sadarbības satvars. Šāda veida sadarbības atsaucis instruments apkopo principus un standartus, kas jāievēro, lai droši apmainītos ar veselības datiem, integrējot visus e-veselības dalībniekus.

6.2. Datu aizsardzība

6.2.1. Datu īpašumtiesības un aizsardzība ir ļoti svarīgi jautājumi iedzīvotājiem/pacientiem, un tās ir pamattiesības, kas jāievēro. Iedzīvotājam/pacientam ir jābūt iespējai brīvi izmantot savus datus. Tas notiek ar iedzīvotāju brīvu, informētu un pastāvīgu piekrišanu attiecībā uz viņu datu vākšanu un izmantošanu. Papildus tam ir jāatzīst faktiskas tiesības uz datu pārsesamību un jāizstrādā *Blue Button*⁽⁴⁾ tipa risinājumi, lai indivīda personīgā vēsture būtu pieejama.

6.2.2. Vispārīgajā datu aizsardzības regulā, kas stāsies spēkā 2018. gada 25. maijā, šis jautājums ir reglamentēts ES līmenī. Turklāt ir jāņem vērā arī Pasaules Medicīnas asociācijas deklarācija par ētiskiem apsvērumiem attiecībā uz veselības datubāzēm un biobankām (Taibejas deklarācija).

6.3. Mainīgā medicīniskā/veselības apdrošināšana

6.3.1. Digitalizācija ir pārņēmusi arī apdrošināšanas nozari. Sākotnēji digitalizācija aprobežojās ar informatīviem un salīdzinošiem priekšlikumiem (komparatori, reģistrēšanās tiešsaistē utt.) vai ar priekšlikumiem par medicīnisko un administratīvo veidlapu dematerializāciju, taču digitalizācija ies ievērojami tālāk par šiem posmiem. Jaunās kvantitatīvās noteikšanas metodes, kuras ir pazīstamas ar nosaukumu "lielie dati", radikāli izmainīs apdrošināšanas ekonomisko modeli, un parādīsies jauni produkti.

6.3.2. Šīs pārmaiņas stipri un nenovēršami ietekmē:

- profesijas, kas saistītas ar datu radīšanu, uzglabāšanu, sniegšanu, apstrādi un pārveidošanu, izmantojot algoritmus, un kurām ir augsta pievienotā vērtība informācijas jomā,
- pacienta statusu, jo pacients attiecībā ar veselības aprūpes profesionāļiem kļūst par aktīvu savas veselības ietekmētāju un cenšas pārvarēt atkarību no veselības aprūpes profesionāļiem.

6.3.3. Tehnoloģijām pakāpeniski mainoties un attīstoties veselības lietojumprogrammām, katrs indivīds varēs "objektivizēt" savas fiziskās aktivitātes, uzturu, mijiedarbību ar citiem vai pat veselību noteicošos faktorus kopumā.

6.3.4. Ar indivīdiem saistīto lielo datu izmantošana varētu nozīmēt pāreju no risku apdrošināšanas un to apvienošanas modeļa uz uzvedības apdrošināšanas modeli un apdrošināšanas piedāvājuma individualizāciju, tādējādi nonākot pie hiperindividualizācijas. Ja privātie apdrošinātāji, kuru mērķis ir gūt peļņu, šķiet spējīgi bez pūlēm atrast vietu, izmaiņas varētu smagāk skart savstarpējās apdrošināšanas dalībniekus un medicīniskās apdrošināšanas publiskos dalībniekus, kuru galveno uzdevumu izpilde būtu apgrūtināta.

⁽⁴⁾ Par *Blue Button* iniciatīvu: ASV administrācija *Blue Button* izveidoja 2010. gadā, radot ASV kara veterānu veselības datu uzraudzības, kontroles un lejupielādes platformu. Tādējādi veterāni var piekļūt tādiem saviem datiem kā slimības vēstures, medicīniskās apdrošināšanas dati un informācija par veselību (alerģijas, medicīniskās analīzes utt.), kā arī tos lejupielādēt. Avots: <http://www.va.gov/bluebutton/>.

6.3.5. Šo pārmaiņu dēļ medicīniskās/veselības apdrošināšanas pārvaldītāji ir savukārt nonākuši neaizsargātības posmā, jo viņi atrodas veselības daudzdimensionālas ekosistēmas krustcelēs, kuru veido rūpniecības pārstāvji, ārsti, valdības, regulatori, ieguldītāji un pacienti.

6.3.6. Medicīniskās/veselības apdrošināšanas pārvaldītājiem jātiek galā ar ievērojamu inerci, kas saistīta ar ļoti stingru regulējumu attiecībā uz sensitīviem veselības datiem, medicīnas un slimnīcu nozares sarežģītu darbību un finansēšanu, diezgan neelastīgu un nereaģējošu vērtību ķēdi (dalība, iemaksu iekasēšana, pakalpojumu apmaksāšana), arvien stingrāku apdrošināšanas produktu regulējumu un dažkārt arī medicīnas profesiju korporatīvismu.

6.3.7. Tomēr visiem medicīniskās/veselības apdrošināšanas pārvaldītājiem nav vai arī vairs nav vienādu finansiālu iespēju rīkoties, un nepieciešamais pašu kapitāls, kas vajadzīgs šai darbībai, arvien biežāk kļūst par šķērslī to attīstībai. Digitālās nozares vadošo uzņēmumu ekonomiskās iespējas ļauj tiem ieguldīt tieši tur, kur tie saskata tirgu.

6.3.8. Neraugoties uz individuālo veselības risku labāku pārzināšanu, ES veselības sistēmas ir jāsaglabā, ievērojot kolektīvu un solidāru apdrošināšanas loģiku. ES medicīniskās/veselības apdrošināšanas sistēmas vislielāko efektivitāti ir apliecinājušas individuālas pievienošanās un kolektīvas aizsardzības pret veselības riskiem kopumā konfigurācijā.

6.4. *Atmaksāšanas mehānismu pielāgošana*

6.4.1. Patlaban ir maz piemēru finansiālo izmaksu segšanai (atmaksāšanai) ar mobilo lietojumprogrammu palīdzību personas veselības aprūpē. Viens no galvenajiem šķēršļiem pašlaik ir tieši atbilstīgu atmaksāšanas modeļu trūkums, kuri ietvertu jauno tehnoloģiju realitāti.

6.4.2. Pastāv standarta valsts intervences modelis, kurā atmaksāšanu nosaka valsts struktūras un iestādes, kas pieņem lēmumu par mobilās veselības aprūpes pakalpojumu atmaksu⁽⁵⁾, bet ir arī iniciatīvas, kuras īsteno medicīniskās apdrošināšanas sistēmas dalībnieki, tostarp savstarpējās apdrošināšanas sabiedrības⁽⁶⁾.

6.4.3. Pastāv arī novatoriskas atmaksāšanas sistēmas, piemēram, rosināšanas un profilakses programmas, kuras ir vairāk vērstas uz profilaksi nekā ārstēšanu.

6.5. *Jauni izaicinājumi medicīniskās/veselības apdrošināšanas organizācijām*

6.5.1. Spēcīgi tiks skartas gan publiskās, gan privātās organizācijas, kas pārvalda obligāto medicīnisko/veselības apdrošināšanu (piemēram, savstarpējās apdrošināšanas sabiedrības), un nākotnē tām būs jārisina šādi uzdevumi:

- izvērst tādas pasākumus kā profilakse, diagnostika un pielāgotas un individualizētas ārstēšanas uzraudzība un izstrādāt individualizētus risinājumus un ārstēšanas programmas pirms risku rašanās, pamatojoties uz risku apvienošanas principiem un vienlaikus saglabājot savu tradicionālo funkciju, proti, nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību cilvēkiem, kuri saslimst,
- saskaņot veselības aprūpes pakalpojumu piedāvājumu ar pacientu mainīgajām vajadzībām,
- palīdzēt pacientiem, izvairoties no stigmatizācijas un vainas sajūtas radīšanas: savstarpējās apdrošināšanas sabiedrībām jau tagad ir nozīmīga loma profilaksē, pacientu izdevumu segšanas pārraudzībā un turpmākajā ārstēšanā. Šī loma ir jāattiecina arī uz publiskajām medicīniskās/veselības apdrošināšanas struktūrām,
- cīnīties pret sociālo nevienlīdzību veselības aprūpes jomā, kura var rasties digitālās plaisas dēļ, un palielināt pratību (piemēram, uzlabojot prasmes),

⁽⁵⁾ Pēc Nacionālās komisijas medicīnas ierīču un veselības tehnoloģiju novērtēšanai sniegtā atzinuma Francija ir spērusi soli, un tagad sedz *Diabeo* izmaksas. Risinājums *Diabeo* ir programmatūra, kas ir saistīta ar medicīnisko teleuzraudzību un tehnisko palīdzību programmatūras lietošanas apguvei. Programmatūras *Diabeo* uzdevums ir palīdzēt pacientam ikdienā aprēķināt lēnas un ātras darbības insulīna devu saskaņā ar mērķiem, kurus ir iepriekš noteicis ārstējošais ārsts. Pacientam tā ir pieejama kā lietojumprogramma mobilajā ierīcē (viedtālrunī vai planšetdatorā) vai tīmekļa portālā.

⁽⁶⁾ Bezprecedenta e-veselības programma *Vivoptim* kardiovaskulāro slimību risku novērsšanai un uzraudzībai, ko izstrādājusi Francijas savstarpējās apdrošināšanas sabiedrība (*MGEN*) un Beļģijā pārņēmusi beļģu savstarpējās apdrošināšanas sabiedrība *Solidaris*, piedāvā individualizētu pakalpojumu kopumu, izmantojot digitālus rīkus un savienotos objektus, kas ietver trīs uzraudzības programmas un 13 profilakses programmas, kuras ir pielāgotas katra situācijai, vēlmēm un vajadzībām, sākot ar profilaksi veselīgiem cilvēkiem un beidzot ar hronisku slimību pārraudzību.

- samazināt riskiem pakļautu uzvedību un uzraudzīt atbilstību veselības aprūpes profesionāļu prasībām. Efektīvu, vajadzībām atbilstošu līdzekļu meklēšana ir fundamentāls jautājums,
- uzsvaru likt uz dalībnieku dzīves kvalitāti. Šis problēmjautājums ir saistīts arī ar ekonomikas un riska pārvaldības mērķiem, un tādējādi – ar veselības aprūpes izdevumiem,
- sistematizēt pacientu dosjē un attiecību ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem elektronisko pārvaldību, citstarp ar veiktās aprūpes apliecinājumu digitalizāciju, elektronisku medicīnisko dosjē un digitālu pacienta karti,
- pielāgot atmaksāšanu jaunajiem pacientu aprūpes un turpmākās ārstēšanas veidiem, kurus nodrošina veselības aprūpes profesionāļi,
- kļūt par uzticamu trešo personu attiecībā uz veselības datu plūsmas izmantošanu un pārvaldību, kā arī datu vākšanu, jo pastāv risks, ka šādus datus varētu bez atļaujas izmantot komercializācijas nolūkos.

6.5.2. Veselības savstarpējās apdrošināšanas biedrības – veselības apdrošināšanas priekšgājējas – tagad var tiekies nodrošināt pastāvīgu un individualizētu atbalstu katram to dalībniekam. Gan piedāvātajos produktos/pakalpojumos, gan individuālajā atbalstā, ko tās sniedz individam labjutības meklējumos vai veselības aprūpē, veselības savstarpējās apdrošināšanas biedrībām jābūt spējīgām līdzdarboties, neatkarīgi no izmantotā saziņas kanāla, tās dalībnieku dzīvē, kā arī piedāvāt risinājumu, kas atbilst viņu vajadzībām.

7. Digitalizācijas dalībnieku – “neitralizētāju” – ietekme uz medicīniskās/veselības apdrošināšanu un sabiedrību

7.1. Tomēr visi iepriekš minētie faktori, kas atspoguļo digitalizācijas problēmu sarežģītību veselības jomā, un jaunu tīmekļa dalībnieku parādīšanās pakļaus mūsu medicīniskās/veselības apdrošināšanas sistēmas ekonomiskajai konkurencei.

7.2. Protams, šīs krasās pārmaiņas bija iespējamās tāpēc, ka radās “sensori”, kuri bija kļuvuši ekonomiski pieejami un tehniski “uzticami”, bet arī un galvenokārt pateicoties datu centralizācijai un analīzei ar viedtālrunu vai tīmekļa saskarņu palīdzību. Tādā veidā ir izveidojusies mobilo lietotņu ekosistēma, kas koncentrējas uz mērķu, kopienas un spēliskošanas principu. Tā ļauj mobilās vides veidotājiem noteikt veselības datu pārvaldības standartus, izmantojot īpašus pakalpojumus⁽⁷⁾.

7.3. Ir pamats bažām, ka nākotnē “GAFAMA” (*Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft* un *Alibaba*)⁽⁸⁾ un citi, kas parādīsies, būs šīs jaunās medicīnas noteicēji, kura aizvien vairāk balstās uz informācijas tehnoloģijām un to dekodēšanu. Taču runa ir tieši par digitālās ekonomikas līderu specialitāti, kuri izmanto šīs tehnoloģijas, lai iegūtu kontroli pār ekosistēmām visās nozarēs.

7.4. Šo platformu stiprā puse ir balstīt savu attīstības modeli uz tāda produkta vai pakalpojuma masveida piegādi, kas ir savienots ar iedzīvotājiem un kas dod tām piekļuvi plašam datu klāstam, kuri tiek izteikti naudas izteiksmē. Datu pārvēršana naudas izteiksmē ļauj sniegt daudzus bezmaksas pakalpojumus, kas nodrošina masveida apmeklētību un uztur apburto loku, kurā ikviens cenšas piesaistīt patērētāju iespējami visnoslēgtākā ekosistēmā. Ar minimālām papildu izmaksām par pakalpojumu sniegšanu, globālā tīmekļa ekonomikas modelis nāk loģiski par labu vislielākajiem dalībniekiem, kas sagrābj lielu daļu no radītās vērtības un kuriem tādēļ ir milzīga ieguldījumu kapacitāte.

7.5. Pastāv risks, ka tikai “GAFAMA” būs spējīgi izmantot šādus bez maksas izplatītus datus, tos salīdzinot ar datiem, ko minētie uzņēmumi vāc par indivīdu paradumiem. Saskaņoties ar pašreizējiem un turpmākajiem digitālās nozares vadošajiem uzņēmumiem, visiem ES iedzīvotājiem, valdībām un iestādēm (konkrēti sociālās aizsardzības iestādēm) no juridiskā un ētiskā viedokļa svarīgi ir saglabāt suverenitāti veselības datu identifikācijas, vākšanas un izmantošanas jomā.

⁽⁷⁾ Aplikāciju veikalu tirgus struktūra tiek sadalīta galvenokārt starp pieciem vislielākajiem aplikāciju veikaliem [90 % no lejupielādēm: *Play (Android)*, *App Store (Apple)*, *Windows Phone Store (Microsoft)*, *App World (BlackBerry)* un *Ovi (Nokia)*].

⁽⁸⁾ Tirgus lielie uzņēmumi – “GAFAMA” (*Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft* un *Alibaba*) cenšas iegūt kontroles monopoli pār m-veselību. Sabiedrības veselības aizsardzības jomu ir pilnībā pārņēmuši šie starptautiskie uzņēmumi, kuri tajā redz ekonomiskās izaugsmes potenciālu.

7.6. Šīs informācijas, jo īpaši veselības jomā, pievienoto vērtību uztvers un kontrolēs minētās platformas, nevis veselības sistēmas veidotāji. Atliks vien šo informāciju darīt pieejamu "pieprasītājiem", kuri varēs to izmantot.

7.7. Datu aizsardzībai, izmantojot piecus principus, proti, apjomu, ātrumu, daudzveidību, patiesumu, vērtības, ir ekonomiska vērtība, kas prasa nemitīgi pielāgojamu tiesisko regulējumu saistībā ar visu ekosistēmu (daudzām ieinteresētajām personām) ar mērķi novērst jebkādu izmantošanu tīri komerciāliem nolūkiem.

Briselē, 2017. gada 20. septembrī

*Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas
priekšsēdētājs
Georges DASSIS*
