

Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas atzinums par tematu “Rūpniecības pārmaiņas veselības aprūpes nozarē”**(pašiniciatīvas atzinums)**

(2018/C 227/02)

Ziņotājs: **Joost VAN IERSEL**Līdzziņotājs: **Enrico GIBELLIERI**

Pilnsapulces lēmums	1.6.2017.
Juridiskais pamats	Reglamenta 29. panta 2. punkts Pašiniciatīvas atzinums
Atbildīgā struktūrvienība	Rūpniecības pārmaiņu konsultatīvā komisija (CCMI)
Pieņemts CCMi	23.1.2018.
Pieņemts plenārsesijā	14.2.2018.
Plenārsesija Nr.	532
Balsojuma rezultāts	Vienprātīgi (ar 163 balsim par)
(par/pret/atturas)	

1. Secinājumi

1.1. Medicīnas tehnoloģiju nozarei – šī atzinuma centrālajam tematam – ir svarīga nozīme pašreizējā medicīnas nozares pārveidē, kas dos labumu pacientiem un Eiropā veidos uz vērtību balstītu veselības aprūpi.

1.2. Ārkārtīgi nozīmīgs jautājums ir augsti individualizēta veselības aprūpe, kas nodrošinātu vienlīdzīgu un labāku pieejamību un kvalitāti. Tehnoloģija un apjomīgi anonīmu datu avoti ievērojami atvieglos jaunās ārstniecības procedūras un operācijas, kā arī dos labumu visos profilakses un atveseļošanās posmos. Atveseļošanās aizvien biežāk notiek ārpus slimnīcām, izmantojot e-veselības tehnoloģijas.

1.3. Veselības aprūpes sistēmās – vispārējās nozīmes pakalpojumos – tiek rūpīgi sargāta subsidiaritāte. Medicīnas nozare un tās organizācija ir ļoti decentralizēta un sadrumstalota. Lai optimāli izmantotu jauno tehnoloģiju pavērtās iespējas un saskaņā ar publiski definēto veselības aprūpes sistēmu uzdevumu uzlabotu efektivitāti un lietderību, ir jāsamazina nacionālie un reģionālie šķēršļi.

1.4. Notiekošā mijiedarbība starp ļoti dažādām ieinteresētajām personām – valstu ministrijām, pacientu organizācijām, medicīnas darbiniekiem un pārējo veselības aprūpes personālu, slimnīcām, apdrošināšanas sabiedrībām un uzraudzību – rada sarežģītu vidi nozares dalībniekiem, it īpaši MVU.

1.5. Arī rūpniecības pārveides procesā jāievēro kopējās vērtības un principi, kuri ir Eiropas veselības sistēmu pamatā, kā 2006. gadā noteikusi Padome⁽¹⁾, kā arī nesen apstiprinātās ES sociālā pīlāra saistības un pieņemtie ilgtspējīgas attīstības mērķi⁽²⁾.

1.6. Nozarei ir vajadzīgs Eiropas līmenis kā pamats, uz kura radīt stabilu iekšējo tirgu, kā arī izveidot pietiekamu starptautisko noturību. Eiropas Savienībai ir ārkārtīgi svarīga nozīme vienlīdzīgāku konkurences apstākļu radīšanā, kā arī pārveides procesu vadīšanā un uzraudzībā.

⁽¹⁾ Sk. EPSCO padomes 2006. gada 2. jūnija secinājumus (2006/C 146/01) un to pielikumu par Eiropas vērtību ietekmi.

⁽²⁾ Jo īpaši skatīt 3., 5., 9. un 10. mērķi.

1.7. Galvenajām ieinteresētajām personām un dalībvalstīm būtu jāizstrādā optimāla pieeja un saistības attiecībā uz piekļu veselības aizsardzībai un aprūpei, tās kvalitāti, pieejamību izmaksu ziņā un profilaksi. Tāpat vajadzīga īpaša pieeja arī attiecībā uz medmāsu pakalpojumiem, lai apmierinātu mazāk aizsargātu iedzīvotāju, jo īpaši vecāka gadagājuma cilvēku vajadzības. Svarīga ir arī optimāla pieeja attiecībā uz jaunām tehnoloģijām un inovāciju, integrētiem aprūpes modeļiem un aliansēm, kā arī (pārrobežu) tīkliem un (plaša mēroga) publiskā un privātā sektora partnerībām. Ir jāgādā, ka ES noteikumi un vadlīnijas tiek pienācīgi īstenotas. Katrā no šīm jomām Komisijas dienestiem jāuzņemas aktīva un stimulējoša loma.

Ieteikumi

1.8. ES iestādēm ir jāveicina ekonomikas snieguma uzlabošanās, inovācija, digitalizācija un efektīvs publiskais iepirkums, vienlaikus sekmējot medicīnisko ierīču un rūpniecības produktu pārrobežu tirdzniecību.

1.9. Saskaņā ar LESD 168. pantu ES rūpniecības politika jāveido uz dalītas valstu un ES kompetences pamata. Atbalstošai jābūt arī ES inovācijas politikai. ES finansējumam – gan pamatprogrammai “Apvārsnis 2020”, gan citiem resursiem – jābūt pienācīgi koordinētiem un saskaņotiem ar valstu programmām.

1.10. Nozare gūs ārkārtīgi lielu labumu no digitālā vienotā tirgus stratēģijas. Viscaur Savienībā ir jāveicina brīva [lielo] datu aprīte, respektējot pacientu privātumu un drošību.

1.11. Ar progresīvām tehnoloģijām saistītu projektu izvērsšanā būtiska nozīme ir publiskajam iepirkumam. Saskaņā ar Direktīvu 2014/12/ES Komisijai ir jānodrošina efektīvs publiskais iepirkums visā Savienībā.

1.12. Valstu pieeju plašākā kontekstā ir daudzas reģionālas iniciatīvas. Komisijai vajadzētu veicināt sekmīgās pieredzes apmaiņu. Ir jāstimulē divpusēji kontakti starp publiskajām un privātajām veselības jomas iestādēm.

1.13. Arī Eiropas pusgadā un KVAI ⁽³⁾ ir jāizvērtē tehnoloģisko pārmaiņu ietekme uz pārmaiņām veselības aizsardzības sistēmās.

1.14. Komisijai ir jācenšas nodrošināt efektīvu iekšējo koordināciju. Tai ir jāstimulē universitāšu, vietējo pašvaldību, sociālo partneru un medicīnas tehnoloģiju nozares dialogi un platformas. Tās var kļūt par paraugu ciešai sadarbībai starp publiskā sektora dalībniekiem – piemēram, valstu veselības aprūpes, finanšu un rūpniecības ministrijām – un privāto sektoru.

1.15. Būtiska nozīme ir cilvēkfaktoram. Pārejā uz jaunu veselības un aprūpes sistēmu ir vajadzīga atvērtība un jauna veida profesionalitāte visos nozares līmeņos, kā arī ir vajadzīgs pārveidot ar veselības aprūpi saistīto darbu. Lai nodrošinātu atbilstīgas izglītības un apmācības programmas, kā arī uzlabotu darba apstākļu un darba vietu kvalitāti, būtu jāpastiprina Eiropas līmeņa sociālais dialogs veselības aizsardzības un sociālo pakalpojumu jomā, kurš notiek kopš 2006. gada.

2. Pašreizējais stāvoklis

2.1. Vairākos atzinumos EESK ir apspriedusi jaunākās tendences veselības nozarē ⁽⁴⁾. Šajā atzinumā uzmanība pievērsta dziļajām pārmaiņām, kas patlaban notiek medicīnas tehnoloģiju nozarē.

2.2. Eiropas medicīnas tehnoloģiju nozarē vien ir nodarbināti vairāk nekā 575 000 cilvēku, kuri strādā aptuveni 26 000 uzņēmumos. Rūpniecībā dominē MVU, kas mijiedarbojas ar lielajiem uzņēmumiem.

⁽³⁾ Konkrētām valstīm adresēti ieteikumi.

⁽⁴⁾ OV C 181, 21.6.2012., 160. lpp., OV C 242, 23.7.2015., 48. lpp., SOC/560 – “Ilgspējīgas sociālā nodrošinājuma un sociālās aizsardzības sistēmas digitālajā laikmetā” (vēl nav publicēts OV), OV C 133, 9.5.2013., 52. lpp., OV C 434, 15.12.2017., 1. lpp.

2.3. Tiek lēsts, ka nozares apjoms ir aptuveni 100 miljardu EUR. Pozitīvā tirdzniecības bilance 2015. gadā bija 14,1 miljards EUR – divreiz lielāka nekā 2006. gadā – un ievērojami pārsniedza ASV tirdzniecības bilances pārpalikumu 5 miljardu EUR apmērā. Nozarei ir milzīgs nākotnes potenciāls.

2.4. Pētniecību virza gan nepārtraukta pakāpeniska inovācija, gan strauja, revolucionāra inovācija uzņēmējdarbībā, taču nereti to veicina arī uzņēmumu veidošanās pie esošajām struktūrām, piemēram, universitāšu slimnīcām. Patentu skaits liecina par inovācijas sniegto pievienoto vērtību. 2015. gadā medicīnas tehnoloģiju nozarē bija 12 474 patenta pieteikumi. Tas ir aptuveni par 17 % vairāk nekā digitālo un datorizēto sakaru nozarē, un gandrīz par 55 % vairāk nekā farmācijas un biotehnoloģijas nozarē⁽⁵⁾.

2.5. 2015. gadā veselības un ilgtermiņa aprūpes jomas īpatsvars bija 8,7 % no ES IKP, un tai tika izmantoti 15 % no kopējiem valdību izdevumiem. Līdz 2060. gadam šis rādītājs varētu pieaugt līdz 12,6 % no IKP, ņemot vērā ārstēšanas dārdzības kāpumu, sabiedrības novecošanos un to, ka ir krasi palielinājusies hronisku slimību un komorbiditātes izplatība⁽⁶⁾. Finansiālu ierobežojumu dēļ veselības aprūpe arvien biežāk tiek pakļauta budžeta nosacījumiem. Tas var novest pie īstermiņa budžeta samazināšanas, kas negatīvi ietekmētu pētniecības un izstrādes izdevumus.

2.6. Par normu ir kļuvusi līdzradīšana un sadarbība starp lieliem uzņēmumiem un MVU. Lielie uzņēmumi koncentrējas uz to, lai izstrādātu kapitālietilpīgas aparatūras un programmatūras platformas, savukārt MVU orientējas uz īpašām platformām, kas vērstas uz konkrētiem mērķiem.

2.7. Starp valstīm ir būtiskas atšķirības. Dažādās valstīs ievērojami atšķiras arī veselības sistēmas un finanšu struktūras, kā arī stāvoklis tehnoloģiju jomā, tostarp novatorisku risinājumu apguve un medicīniskā prakse.

2.8. Medicīnas tehnoloģiju nozare saskaras ne tikai ar iespējām, bet arī ar lieliem izaicinājumiem. Tā ir pilntiesīga un patstāvīga rūpniecības nozare, ņemot vērā publiskā sektora dalībnieku pārsvaru, plašo ieinteresēto personu loku, Eiropas vērtību ietekmi⁽⁷⁾ un nepieciešamību pēc ilgtspējīga publiskā finansējuma, kā arī rūpīgo subsidiaritātes principa ievērošanu un nereti decentralizētās ekosistēmas, kas parasti ir reģionālas.

2.9. Auglīgas sadarbības bāze ir reģioni. Tomēr sasaistošu iniciatīvu trūkums un reģionālā sadrumstalotība bieži bloķē novatoriskus MVU, jo to spēja piesaistīt kapitālieguldījumus ir tieši saistīta ar to spēju paplašināt digitālo veselības aprūpes risinājumu tirgus.

2.10. Pretēji Amerikas Savienotajām Valstīm, kur liela daļa veselības aprūpes ir organizēta ar privātu apdrošināšanas sistēmu starpniecību, veselības aprūpi Eiropā galvenokārt finansē publiskais sektors.

2.11. Medicīnisko tehnoloģiju attīstību virza cieša sadarbība starp visām ieinteresētajām personām. Ekosistēma strauji mainās, un digitālo pārveidi rosina jauni dalībnieki. Nozarē ir jāpanāk smalks līdzsvars starp tirgus spēkiem un sabiedrības interesēm, kas pieprasa tādu veselības aprūpi, kura cenas ziņā būtu pieejama ikvienam.

2.12. Tai jādarbojas vidē, kuru veido rūpniecība, ārsti, slimnīcas, ar lielākām iespējām apveltīti pacienti, pacientu organizācijas un apdrošināšanas sabiedrības (tostarp valstu tiesību aktos paredzētās/obligātās sociālā nodrošinājuma sistēmas); citiem vārdiem sakot, daudzas ieinteresētās personas mijiedarbojoties funkcionē sarežģītā sistēmā.

2.13. Pie šīs īpašās ekosistēmas pieder arī tehnoloģija un inovācija. Galvenais inovācijas virzītājs vairs nav piedāvājums. Pašreizējā prakse liecina par pārvirzi uz pieprasījuma pusi, kas parasti nav pārāk ieinteresēta ieviest jaunas pieejas. Galīgais rezultāts parasti rodas intensīvā koordinācijā starp visām ieinteresētajām personām valsts un – bieži – reģionālajā līmenī.

⁽⁵⁾ "Eiropas medicīnas tehnoloģiju nozare skaitļos", 2015. gads.

⁽⁶⁾ Eiropas Komisija, 2017. gads.

⁽⁷⁾ Sk. 1. zemspējas piezīmi.

2.14. Nozare orientējas uz konkrētiem risinājumiem un visu ražošanas vērtību ķēdes elementu atjaunošanu. Katrai medicīnas specialitātei ir savas īpatnības. Vienlaikus arvien vairāk tiek rasti integrēti aprūpes risinājumi.

2.15. Sistēmas darbība tiek pastāvīgi testēta. Nozarei nebūt nav viegli nodrošināt atbilstību visām prasībām, turklāt regulatīvie pienākumi dažkārt pārkāpjās.

3. ES rūpniecības politika

3.1. EESK atzinīgi vērtē neseno ES pievēršanos produktīvākam veselības aprūpes rezultātam, ko panāktu, ieviešot vairāk jauninājumu, palielinot efektivitāti (izmaksu lietderību), uzlabojot piekļuvi un e-prasmes⁽⁸⁾. Jaunas iespējas, tāpat kā izaicinājumus, paver digitālā vienotā tirgus stratēģija.

3.2. Saskaņā ar LESD 168. pantu ES rūpniecības politiku var veidot uz dalītas valstu un ES kompetences pamata⁽⁹⁾. Vienlaikus ir jāpastiprina sadarbība ar PVO un ESAO. ES un valstu iestādēm vajadzētu aktīvi cīnīties pret nelietderīgu sadrumstalotību. Būtu vēlams definēt objektīvus vērtēšanas kritērijus.

3.3. Ir jāuzlabo gan rūpnieciskās darbības rezultāti, gan arī mijiedarbība starp nozari un valsts un reģionālā līmeņa ieinteresētajām personām. ES finansēšanas mehānismiem un valstu finansējumam vajadzētu būt savstarpēji papildinošiem. Eiropas, valstu un reģionālajiem mērķiem jābūt savstarpēji cieši saistītiem.

3.4. Nozari ietekmē arī vairākas direktīvas un vadlīnijas veselības jomā: par veselību un drošību⁽¹⁰⁾, pacientu tiesībām⁽¹¹⁾, privātumu un intelektuālā īpašuma tiesībām. Ar medicīniskām ierīcēm saistītus projektus finansē jo īpaši no Septītās pētniecības pamatprogrammas/pamatprogrammas "Apvārsnis 2020" un kohēzijas politikas līdzekļiem. Kas attiecas uz akadēmiskām un medicīnas tehnoloģijām, ar pamatprogrammu "Apvārsnis 2020" jo īpaši tikusi atbalstīta farmācijas nozare. Kopš 2015. gada reģionālo iniciatīvu finansēšanā ļoti aktīvi darbojas Eiropas Inovāciju un tehnoloģiju institūts (EIT)⁽¹²⁾.

3.5. ES rūpniecības politikai ir ārkārtīgi svarīga nozīme, ņemot vērā finansiālo atbalstu un tehnoloģiskos sasniegumus konkurējošās jurisdikcijās. Ķīnas stratēģijā "Ķīna 2025" paredzēts izmantot galvenokārt vietējos zīmolus, gādāt, lai stacionārās veselības aprūpes iestādes dotu priekšroku Ķīnas produktiem, un kavēt ārvalstu ieguldījumus. Tas var smagi skart Eiropas uzņēmumus. ņemot vērā pašreizējo un pieaugošo protekcionismu ASV, diez vai var būt runa par vienlīdzīgiem konkurences apstākļiem Atlantijas reģiona līmenī. Amerikas Savienotās Valstis tuvākajā laikā gaida arī digitālā revolūcija⁽¹³⁾. ASV uzņēmumi var viegli piekļūt Eiropas tirgum. Jauns, spēcīgs konkurents ir Google. ES tirdzniecības sarunās ir jāgarantē, ka vispārējās veselības aprūpes nodrošināšanā tiek atbalstīti jaunākie Eiropas ražojumi.

3.6. Datu optimizēšana paplašina visu Eiropas uzņēmumu iespējas⁽¹⁴⁾. Elektronisko pacienta medicīnisko karšu sistēmas (EHR – *Electronic Health Record*) ir ļoti dārgas. Veselības datu sadrumstalotība un pārrobežu šķēršļi to aprītei kavē centienus veidot pārrobežu sadarbību un traucē Eiropas mēroga mazajiem un vidējiem uzņēmumiem. Personalizētas medicīnas risinājums – labākā profilaksē, precīzākā diagnostikā, kvalitatīvākā ārstēšanā – nākotnē lielu labumu dos datu un resursu apvienošana visā ES. Šāda apvienošana vēl ir samērā pieticīga salīdzinājumā ar ASV un Ķīnu.

⁽⁸⁾ Sk. EPSCO padomes 2006. gada 2. jūnija secinājumus (2006/C 146/01) un to pielikumu par Eiropas vērtību ietekmi.

⁽⁹⁾ LESD XIV sadaļa (Sabiedrības veselība), 168. pants.

⁽¹⁰⁾ Nesen Padome atkal pieņēmusi divas regulas, kas ļoti ietekmē nozari: vienu par jaunām ierīcēm un otru par *in vitro* diagnostiku.

⁽¹¹⁾ Šajā saistībā sk. Pamattiesību hartas 35. pantu, dok. 2012/C 326/02, un 2002. gada Eiropas Pacientu tiesību hartu.

⁽¹²⁾ 2014. gada 9. decembrī izveidota EIT (Eiropas Inovāciju un tehnoloģiju institūta) ZIK (zināšanu un inovāciju kopiena) "Veselība".

⁽¹³⁾ Sk. pētījumu *Goldman Sachs, 1917: A digital healthcare revolution is coming – and it could save America \$300 billion* ("Gaidāmā digitālās veselības aprūpes revolūcija, kas Amerikai var ietaupīt 300 miljardus dolāru").

⁽¹⁴⁾ Sk. Komisijas paziņojumu "Veidojot Eiropas datu ekonomiku" (2011. gada marts) un EESK dosjē TEN/630.

3.7. Publiskā un privātā sektora partnerības, kurās apvienojušās galvenās ieinteresētās personas no abiem sektoriem, ir rūpīgi jāvērtē un jāpārbauda, uzmanību pievēršot to spējai nodrošināt novatoriskus un ilgtspējīgus risinājumus, sasniegt nozares mērķus un veidot auglīgu mijiedarbību un apmaiņu.

4. Inovācija un nepieciešamība veidot ilgtspējīgus ilgtermiņa risinājumus

4.1. Pašlaik ieguldījumi veselības aprūpes sistēmas tehnoloģijās veido tikai 2–3 % no kopējām veselības aprūpes izmaksām. Dažādi jauninājumi attiecas burtiski uz ikvienu medicīnas specialitāti⁽¹⁵⁾, būtiski ietekmējot medicīnas profesiju nākotni, kā arī slimnīcu organizāciju un veselības aprūpes nozari kopumā. Visur Savienībā tiek ieviesti jauni uzņēmējdarbības modeļi.

4.2. Finansiālais spiediens var likt izvēlēties lētākus īstermiņa risinājumus un attiecīgi novest pie inovācijas samazināšanās. Turklāt vairākās dalībvalstīs stimuli nevis pienācīgi veicina inovāciju, bet gan rada augsni medicīnisko vajadzību neapmierināšanai vai pacientiem domāto pakalpojumu samazināšanai un, galu galā, ārstēšanas dārdzības pieaugumam. Būtu vēlams Eiropas mērogā organizēt divpusēju apmaiņu un dalīšanos ar iniciatīvām.

4.3. Nozarē būtu jāveicina produktīva reģionālā sadarbība un “dzīvās laboratorijas”. EIT sekmē sadarbību, veicinot stimulējošas norises un sinerģiju, tostarp izmantojot dažādus centrus, kā arī stimulējot dialogu, platformas un savstarpējo saikni starp atsevišķiem projektiem.

4.4. Digitālā inovācija, it īpaši mobilās veselības lietotnes, var palīdzēt novērst riska faktorus, kas saistīti ar hroniskām slimībām. Mobilā veselība un attālinātā uzraudzība palīdz nodrošināt profilaksi un var arī samazināt nepieciešamību veikt apgrūtināošas procedūras vēlākā posmā.

4.5. Pētniecība, izstrāde un inovācija nav pašvirzoši procesi. Pieprasījuma pusē – kas gandrīz vienmēr ir tikai un vienīgi publiskais sektors – bieži ir vērojama nevēlēšanās uzņemties risku un tendence izvēlēties lētāko risinājumu.

4.6. Dažkārt ir jāpārvar publisko iestāžu neuzticēšanās. Medicīnas personāls var bremsēt tādu jauninājumu ieviešanu, kuri var izmainīt darba metodes, piemēram, ķirurģijā, vai radīt pilnīgi jaunas ārstēšanas metodes, piemēram, tādas, kas saistītas ar robotiku. Vēlmi pēc jauninājumiem var mazināt arī mediķiem izvirzītie finanšu noteikumi. Sadarboties ne vienmēr vēlas arī apdrošināšanas sabiedrības. Tātad, lai panāktu dabisku atvērtību jauninājumiem un varētu izmantot visas iespējas, nereti būs vajadzīga paradigmas maiņa.

4.7. Būtu lietderīgi izstrādāt pārskatu par dažādajiem noderīgajiem jauninājumiem, kas uzlabo dzīves kvalitāti un slimību profilaksi, pagarina paredzamo mūža ilgumu, kā arī sekmē izmaksu/cenu rādītāju uzlabošanu.

4.8. Tas atbilstu arī koncepcijai “vērtības cena”. Veselība un aprūpe, iespējams, joprojām ir visstraujāk augošā joma valstu budžetos. Finanšu ministriju, veselības ministriju pārstāvjiem un ieinteresētajām personām ir jābūt kopējai izpratnei, ka inovācija un ilgtermiņa risinājumi ir vajadzīgi pacientiem.

4.9. Raugoties no šīs perspektīvas, ir ļoti nepieciešami Eiropas fondi, kas vajadzības gadījumā būtu papildināti arī ar valstu līdzekļiem.

5. Publiskais iepirkums

5.1. Aptuveni 70 % no globālās medicīnisko tehnoloģiju tirdzniecības aptver publiskā iepirkuma process, un 70 % lēmumu šādos gadījumos tiek pieņemti, pamatojoties uz cenu, turklāt šie rādītāji palielinās. Parasti tas noved pie pazeminātas konkurētspējas, inovāciju trūkuma un lēnākas jaunu tehnoloģiju ieviešanas, kas savukārt rada lielākas izmaksas un samazina pievienoto vērtību no pacientu viedokļa⁽¹⁶⁾.

⁽¹⁵⁾ Sk., *inter alia*, Stratēģiskās pētniecības programmu saskaņā ar pamatprogrammu “Apvārsnis 2020”, COCIR, 2016. gada septembris.

⁽¹⁶⁾ “Iepirkums – negaidītais uz vērtību balstītas veselības aprūpes virzītājspēks” (*Procurement, The Unexpected Driver of Value Based Health Care*), Boston Consulting Group – MedTech Europe, 2015. gads.

5.2. Izmaksu pieaugumam vajadzētu būt faktoram, kas slimnīcas un veselības sistēmas stimulē atteikties no medicīnas produktu iepirkuma par iepriekšējām iegādes izmaksām⁽¹⁷⁾. Svarīgie aspekti:

- ievērojami ietaupījumi, ja īstermiņa ieguvumus iepirkumā aizstāj ar labi aprēķinātiem ilgtermiņa ieguvumiem,
- novatoriski risinājumi, kas veicina kvalitāti apvienojumā ar kopējām aprites cikla izmaksām,
- pietiekamas pircēju specializētās zināšanas, kuru nereti trūkst,
- pārredzamas un nediskriminējošas sarunas starp piedāvājuma un pieprasījuma pusēm.

5.3. Lai gūtu rezultātu, par būtisku faktoru ir uzskatāmi kompetenti pircēji, kas orientējas uz jaunākajām un pārbaudītām inovācijām. Pircēju zināmā mērā var uzskatīt par saikni starp pacienta un piegādātāja interesēm, un tas palīdz ietaupīt izmaksas un panākt rezultātu.

5.4. Piedāvājumi ir jāapsver, raugoties no visaptveroša skatupunkta, kurā ņemta vērā gan kvalitāte, gan ražojumu un pakalpojumu izmaksas visā to aprites ciklā. Tas palīdzēs nodrošināt arī integrēto aprūpi, ko atbalsta Integrētas aprūpes organizāciju alianse (*Integrated Care Alliance*)⁽¹⁸⁾.

5.5. Visas iesaistītās personas uzņemas dalītu atbildību, lai konkursa procesā apzinātu lietotāju un partneru vajadzības. Tas ir sarežģīts process, ņemot vērā daudzveidīgās problēmas, kas saistītas ar izmaksu aprēķināšanu un kvalitātes novērtēšanu daudzajās medicīnas nozares jomās. Tāpēc visām ieinteresētajām personām ir vajadzīgs atbilstošs domāšanas veids. Ļoti noderīgi būtu dalīties ar Eiropas labāko praksi un ES līmenī uzsākt starptautiskas diskusijas un apmaiņu.

6. Digitalizācija

6.1. Ņemot vērā tehnoloģiskās pārmaiņas un digitalizācijas revolucionāro, transversālo ietekmi, ir vajadzīga cieša apņemšanās un līdzdalība no visām veselības nozares ieinteresētajām personām.

6.2. E-veselības sistēma ļaus speciālistiem no attāluma sazināties ar pacientiem un kolēģiem. Tā palīdz izplatīt speciālās zināšanas un sekmēt pētniecību. Tā rada dažādus jaunus risinājumus un neapšaubāmi ir izaugsmi veicinošs faktors. Tā samazinās arī slogu uz veselības jomas budžetu. Savukārt m-veselība ļauj uzlabot veselības aprūpi mājās. Tai ir izšķiroša nozīme pacientu mobilitātes veicināšanā, taču ir jāgarantē datu drošība un pacientu privātums.

6.3. Komisija uzskata, ka "joprojām saglabājas liela plaisa starp digitālās pārveides potenciālu un pašreizējo faktisko stāvokli veselības un aprūpes sistēmās"⁽¹⁹⁾. Šķēršļi ir dažādi: valstu tiesību akti, finansēšanas un maksājumu sistēmas, tradicionālās pieejas medicīnā un publiskajā sektorā, fragmentācija un augošu uzņēmumu trūkums. Nozare ir ieinteresēta arī meklēt iespējas, kā pareizi īstenot pārmaiņas, lai rezultāts būtu apmierinošs un lai nepalielinātos darba slodze.

6.4. No otras puses, tā kā veselības nozare ir viena no lielākajām (veido aptuveni 10 % no ES IKP), izredzes uz masveida digitalizāciju paver lielas iespējas tālākai darbības paplašināšanai⁽²⁰⁾. Strauji pieaug informētība par digitalizācijas ietekmi, tostarp mākslīgo intelektu⁽²¹⁾. Komisija nesen pieņēmusi paziņojumu, kurā pievēršas trim digitālā vienotā tirgus stratēģijas prioritātēm veselības un aprūpes nozarē:

- sabiedrībai ērti pieejamas elektroniskās pacienta medicīniskās kartes un pārrobežu apmaiņas iespēja, kā arī e-recepšu izmantošana,

⁽¹⁷⁾ Veselības aprūpes nozare nav vienīgā, kas cieš šādas prakses dēļ. Viszemākā cena ir noteicošais kritērijs lielākajā daļā publisko iepirkumu viscaur Eiropā. Tas ir galvenais iemesls, kāpēc tiek izstrādāti Eiropas līmeņa tiesību akti, piemēram 2014. gada Publisko iepirkumu direktīva.

⁽¹⁸⁾ Sk. arī "Eiropas konceptuālo plānu" (*European Blue Print*), Komunikācijas tīklu, satura un tehnoloģiju ĢD (6. sadaļa, turpmāk) un www.integratedcarealliance.org.

⁽¹⁹⁾ Sk. "Eiropas rūpniecība", 2. darba grupa "Digitālās rūpniecības platformas", 5. nodaļa "Pārskats par stratēģiju "Veselības un aprūpes digitālā pārveide".

⁽²⁰⁾ Sk. 2. darba grupa, 31. lpp.

⁽²¹⁾ Skatīt, *inter alia*, dokumentu "Konceptuālais plāns digitālajai pārveidei veselības un aprūpes vajadzībām novecojošā sabiedrībā. Stratēģisks redzējums, ko izstrādājušas ieinteresētās personas" (*Blueprint on Digital Transformation of Health and Care for the Ageing Society, a Strategic Vision developed by Stakeholders*), Brisele, 2016. gada 5.–8. decembris.

- atbalsts datu infrastruktūrai, kas vajadzīga progresīvajai pētniecībai, slimību profilaksei, kā arī personalizētiem veselības un aprūpes pakalpojumiem nozīmīgās jomās,
- atvieglota atgriezeniskā saikne un saziņa starp pacientiem un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, lai atbalstītu profilaksi un iedzīvotāju iespēju palielināšanu, kā arī kvalitatīva un uz pacientiem orientēta aprūpe, īpaši pievēršoties hroniskām slimībām un veselības aprūpes sistēmu rezultātu uzlabošanai.

6.5. Plānā ir noteikts, ka efektīva inovācijas, ekonomikas un rūpniecības politika Eiropas Savienībai jāaskaņo ar veselības un sociālās aprūpes politiku, kā arī jāņem vērā lietotāju un pacientu vajadzības, pretējā gadījumā “mūsu sociālais un ekonomiskais modelis, kā arī iedzīvotāju dzīves kvalitāte tiek pakļauta riskam. Šis ir izšķirošs jautājums, kas mums ir jārisina”⁽²²⁾. ESAO secina, ka būtiska nozīme ir valdībām, jo tām jāuzņemas vadošā loma, lai sekmētu efektīvu IKT izmantojumu veselības sistēmas izmaiņā un pārveidošanā⁽²³⁾. ESAO tomēr norāda, ka sadrumstalotība un tehnoloģisko risinājumu straujā attīstība, kā arī nozares standartu trūkums un nepietiekama atbilstība spēkā esošajiem noteikumiem par IKT sistēmām, var radīt augstu risku un zemu rentabilitāti⁽²⁴⁾.

6.6. E-veselības jomā jau pastāv daudzas sekmīgas iniciatīvas. Tomēr starp valstīm un reģioniem ir būtiskas atšķirības. Saistībā ar projektu “Eiropas rūpniecības digitalizācija” (DEI) nesen tikai laista klajā visaptveroša mijiedarbības un sinerģijas stratēģija, kā arī “jauns modelis, kā sasaitīt dažādas ES iniciatīvas, nosakot skaidrus nozares mērķus, kā arī saņemot atbalstu no dalībvalstīm un reģionālajām stratēģijām”⁽²⁵⁾.

6.7. Pēc iniciatīvas “Rūpniecība 4.0” parauga Komisija tagad ir uzsākusi iniciatīvu “Veselība 4.0”. Tiek īstenotas ES programmas. Lai panāktu sinerģiju, visiem attiecīgajiem ģenerāldirektorātiem jābūt līdzīgos uzskatos. Ir jārosina tādu tehnoloģijas platformu dibināšana, kas darbojas paralēli valstu un reģionālajām iniciatīvām, kā arī jāsekmē [pārrobežu] tīklu veidošana. Nesen izveidotajai darba grupai būtu jāveicina šāda veida attīstība⁽²⁶⁾.

6.8. Vairāki ES izmēģinājuma projekti un iniciatīvas nav pilnībā pabeigti, taču ir uzsāktas jaunas ierosmes. Būtu vajadzīga ilgtspējīgāka metode, kas dotu iespēju izveidot pastāvīgus mehānismus, lai atbalstītu rūpniecību un inovāciju, tostarp īstenošanu.

6.9. Lielajiem datiem ir plašs potenciāls virzīt radikālas pārmaiņas ārstniecībā. Ir svarīgi, lai elektronisko pacienta medicīnisko karšu sistēma tiktu droši pārvaldīta un aizsargāta saskaņā ar veselības aprūpes datu pārvaldības protokolu, kas atbilst valsts likumiem⁽²⁷⁾. Svarīga nozīme ir CDP stratēģijām⁽²⁸⁾, īpaši datu pārvaldībā un pacientu privātuma standartu jomā, mākoņdatošanas vidē un lielo datu uzglabāšanas drošībai domātos ieguldījumos.

6.10. Statistikas dati liecina, ka veselības aprūpes nozare ir īpaši neaizsargāta pret kiberuzbrukumiem. Tāpēc jaunajos izstrādājumos prioritāte jāpiešķir arī kiberdrošībai.

6.11. Lielie dati atbalsta personalizāciju, tostarp attiecībās starp ražotājiem un pacientiem. Tā aptver šādas jomas:

- veselības aprūpes pārveide uz aprūpi mājās,
- pāreja no vispārīgiem risinājumiem uz personalizētu ārstēšanu,
- pārorientēšanās no ārstēšanas uz profilaksi,
- ierobežojumu novēršana slimības vai invaliditātes gadījumā.

⁽²²⁾ Konceptuālais plāns, 6. lpp.

⁽²³⁾ “Uzlabot veselības nozares efektivitāti. Informācijas un komunikācijas tehnoloģiju loma” (*Improving Health Sector Efficiency, the role of Information and Communication technologies*), ESAO, 2010. gads.

⁽²⁴⁾ Turpat, 16. lpp.

⁽²⁵⁾ Sk. 2. darba grupa, 35. lpp.

⁽²⁶⁾ Darba grupa veselības un digitālās politikas turpmākai attīstībai, 2017. gada 27. februāris.

⁽²⁷⁾ Sk. arī 2012. gada datu aizsardzības tiesisko regulējumu.

⁽²⁸⁾ Profesionālās kvalifikācijas paaugstināšanas stratēģijas.

6.12. Digitalizācija un lieli dati nozīmē ne tikai personisko sensoru un ierīču aizvien lielāku izplatību; tiem ir arī svarīga loma jaunās diagnostikas, pētniecības un profilakses metodēs, un tie atbalsta pacientu iespēju palielināšanu un patstāvīgu darbības pārvaldību, vienlaikus piedāvājot optimālus risinājumus integrētai aprūpei. Ierīču sadarbība nebūs nodrošināma bez apmaiņas ar pacientu datiem.

6.13. Noderīga būs Eiropas paraugprakse un kolēģu spiediens, kā arī objektīvs novērtējums un izmēģinājuma projekti – ja vien tie tiks īstenoti pilnībā.

7. Sociālā ietekme un prasmes

7.1. Rūpniecības pārmaiņām ir sociāla ietekme ne vien uz pašu medicīnas nozari, bet arī uz veselību kopumā. Tāpat kā citās rūpniecības nozarēs, digitalizācijas izraisītās uzņēmējdarbības modeļu pārmaiņas nozīmē, ka ir jāpielāgo darba apstākļi un darba tirgus mehānismi un ka ir nepieciešama sociālo partneru līdzdalība dažādos līmeņos.

7.2. Tehnoloģija un inovācija pašā veselības nozarē vairumā gadījumu spēcīgi ietekmē darba ņēmēju situāciju. Līdzās ciešāk saistītām ieinteresētajām personām, piemēram, slimnīcām un klīnikām – un kopā ar tām –, nozare var palīdzēt sagatavot darbaspēku mainīgajai situācijai un pārmaiņām ārstniecībā.

7.3. Vajadzīgas īpašas pieejas un instrumenti, lai apmierinātu mazāk aizsargāto iedzīvotāju, jo īpaši vecāka gadagājuma cilvēku (pansionātos) vajadzības, kuriem būtu jāgūst labums no īpašiem personalizētiem atbalsta un palīdzības veidiem. Profesionālajām medmāsām vajadzīga mērķtiecīga apmācība, lai šīs kategorijas pacientu aprūpei izmantotu jaunas tehnoloģijas.

7.4. Veselības aizsardzības un aprūpes joma ir viena no lielākajām darbvietu nodrošinātājām Eiropas Savienībā. Paredzams, ka 2025. gadā Savienībā trūks līdz pat 2 miljoniem speciālistu veselības aizsardzības jomā un līdz pat 20 miljoniem darba ņēmēju aprūpes jomā, un tas rada problēmu nozares ilgtspējīgai turpmākajai attīstībai kopumā⁽²⁹⁾.

7.5. Optimizēta veselības aizsardzības un aprūpes sistēma var gūt ievērojamu labumu, ja tā būs augsti kvalificēta un motivēta, sniegs savu ieguldījumu un uzņemsies saistības. Darbs veselības un aprūpes jomā nereti ir nestabils, slikti apmaksāts un diezgan smags. Ņemot vērā neatbilstību starp vajadzībām un nepieciešamo darbu (kvalitāti), ar veselību un aprūpi saistītā darba sistēma un organizācija ir jāpārveido.

7.6. Ar IKT un viedo organizāciju palīdzību var radīt pievilcīgākus un produktīvākus darba apstākļus, kā arī labākas darba vietas. Uz šķietamo risku un problēmām, tāpat kā uz jebkādiem jautājumiem, kas saistīti ar jaunajām tehnoloģijām, jāatbild ar vispusīgu informāciju un konsultācijām, vienlaikus paturot prātā veselības aprūpes personāla tiesības dažādos līmeņos.

7.7. Ietekmīgi faktori ir jaunas prasmes, pielāgotas darba metodes un pacientu iespēju paplašināšanās. Šos procesus varēs sekmīgi īstenot tikai tad, ja to apņemsies panākt visas iesaistītās puses. To pamatā jābūt valsts, nozares vai uzņēmuma līmeņa nolīgumiem un/vai risinājumiem, kas pienācīgi sagatavo darbiniekus un veselības jomas organizācijas gaidāmajām pārmaiņām. Kopš 2006. gada slimnīcu/veselības aprūpes jomā Eiropas Savienībā darbojas nozares sociālā dialoga komiteja.

7.8. Būtiska nozīme ir izglītībai un praksei, kā arī nepārtrauktai apmācībai. Būtu vēlami kopīgi Eiropas izglītības un apmācību moduļi. Ir jāveicina iespējas attiecīgajiem dalībniekiem šajos jautājumos apmainīties ar informētības uzlabošanas iniciatīvām un Eiropas paraugpraksi. Izglītības un apmācības aspekts ir ietverts sociālo partneru kopīgajā deklarācijā, ko pieņēma 2016. gadā⁽³⁰⁾.

7.9. Lai veicinātu daudzsološas darba ņēmēju līdzdalības metodes, noderēt var arī ES mēroga paraugprakse par veselības un aprūpes sistēmu attīstību un viedo organizāciju novērtēšanu.

⁽²⁹⁾ Konceptuālais plāns, 19. lpp.

⁽³⁰⁾ Sk. sociālo partneru HOSPEEM un EPSU kopīgo deklarāciju par visu ES veselības nozares darbinieku profesionālās kvalifikācijas paaugstināšanu un mūžizglītību, 2016. gada novembris. Sīkāku informāciju par nepieciešamību ieguldīt veselības jomas darbaspēkā skatīt ANO/SDO/PVO/ESAO kopīgajā ziņojumā "Strādāt veselībai un izaugsmei. Ieguldījumi veselības aprūpes darbiniekos".

7.10. Ir vajadzīga gatavība pieņemt jaunus IKT risinājumus, tāpēc visiem veselības aizsardzības un aprūpes speciālistiem jāapgūst digitālās prasmes un darbs ar jaunākajām tehnoloģijām. Turklāt prasmes ir vajadzīgas ne tikai visiem speciālistiem, bet arī pacientiem; lai nodrošinātu viņu līdzdalību, ir nepieciešama atbilstoša mentalitāte un atbilstošas prasmes.

7.11. Līdztekus veselības aprūpes speciālistu prasmju pilnveidei ir nepieciešams veidot medicīniskās zināšanas IT uzņēmumos, lai optimizētu IT instrumentu izmantošanu veselības un aprūpes jomā.

7.12. Jaunajām tendencēm jāpielāgo arī nodarbinātība neformālajā un sociālajā aprūpē. Neformālā aprūpe, kā arī pacientu iespējas, pieaug nesamērojami. Abas var ievērojami uzlabot mobilitāti novecojošajai paaudzei: gan gados veciem cilvēkiem ar invaliditāti, gan veseliem vecāka gadagājuma ļaudīm. Termins "sirmgalvju ekonomika" ir pašsaprotams.

Briselē, 2018. gada 14. februārī

*Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas
priekšsēdētājs
Georges DASSIS*
