

I

(Resoluties, aanbevelingen en adviezen)

ADVIEZEN

EUROPEES ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITÉ

528E ZITTING VAN HET EESC, 20-21 SEPTEMBER 2017

Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité over de impact van de digitalisering in de gezondheidszorg op ziektekostenverzekeringen**(initiatiefadvies)**

(2017/C 434/01)

Rapporteur: **Alain COHEUR**

Besluit van de voltallige vergadering	26.1.2017
Rechtsgrondslag	Artikel 29, lid 2, van het reglement van orde Initiatiefadvies
Bevoegde afdeling	Interne Markt, Productie en Consumptie
Goedkeuring door de afdeling	5.9.2017
Goedkeuring door de voltallige vergadering	20.9.2017
Zitting nr.	528
Stemuitslag (voor/tegen/onthoudingen)	174/0/1

1. Conclusies

1.1. In het licht van de digitale revolutie die zich op gezondheidsgebied voltrekt, vindt het EESC het absoluut noodzakelijk om te zorgen voor de instandhouding en bevordering van solidaire, niet-discriminerende ziektekosten- en zorgverzekeringen voor iedereen. Inclusie en gelijke toegang van iedereen tot hoogwaardige gezondheidszorgdiensten (al dan niet van digitale aard) en het vasthouden daaraan zijn immers voorwaarden voor een universele dekking van gezondheidszorg.

1.2. Zoals het EESC al in eerdere adviezen ⁽¹⁾ heeft aangegeven, is gelijke toegang tot zorg een essentiële doelstelling van het volksgezondheidsbeleid. Het EESC is van mening dat de digitalisering hieraan kan bijdragen als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- de dekking moet overal op het grondgebied, ook in streken die door aanbieders van digitale diensten minder goed worden bediend, gelijk zijn (toegang, snelheid);
- de digitale kloof op gebruiksgebied tussen burgers, mensen die in de zorg werken en actoren uit de wereld van de ziektekosten- en zorgverzekeringen moet worden verkleind;

⁽¹⁾ PB C 458 van 19.12.2014, blz. 54; PB C 242 van 23.7.2015, blz. 48; PB C 13 van 15.1.2016, blz. 14; PB C 13 van 15.1.2016, blz. 40; PB C 288 van 31.8.2017, blz. 1.

- het totale digitale systeem (databanken, medische apparatuur) moet interoperabel zijn, zodat de continuïteit van de zorg in iedere structuur en tussen deze structuren wordt bevorderd;
- medische gegevens moeten worden beschermd en mogen in geen geval ten koste van de patiënten worden gebruikt.

1.3. De snelle opkomst van telegeneeskunde, het internet der dingen, nanotechnologie, biotechnologie, informatietechnologie en cognitieve wetenschappen (NBIC) mag er niet toe leiden dat individuen louter gezien worden als met elkaar verbonden lichamen die op afstand door een almachtig IT-programma geanalyseerd, gecontroleerd en in de gaten gehouden kunnen worden. De technologisering van de gezondheidszorg bevordert juist het tegenovergestelde, nl. dat interpersoonlijke verhoudingen en sociale banden weer centraal komen te staan in de zorg en de geneeskunde.

1.4. Het EESC wijst erop dat er alsmaar meer verantwoordelijkheid gelegd wordt bij de burgers, die ertoe aangezet worden om hun gezondheid in eigen hand te nemen. Daarbij heeft de individualisering een hoge vlucht genomen. Met de voorspellende geneeskunde en het internet der dingen ziet het ernaar uit dat eenieder steeds beter op de hoogte raakt van gezondheidsrisico's en manieren om deze in het oog te houden. Dit spoort aan tot meer individueel afgestemde benaderingen. Wanneer bekend wordt welke risico's individuen lopen en welke verschillen er tussen individuen bestaan, dienen zich belangrijke ethische kwesties aan waar het gaat om het behoud van een op solidariteit gebaseerde verzekeringsdekking.

2. Aanbevelingen

2.1. Voor het welslagen van de digitale revolutie moeten onze goed presterende systemen voor ziektekosten- en zorgverzekeringen er volgens het EESC voor zorgen dat:

- a) de digitalisering onze grondrechten op gezondheidsgebied versterkt i.p.v. verzwakt. De digitalisering moet de individuele en collectieve vaardigheden versterken en moet een krachtig middel zijn om rechten daadwerkelijk te kunnen uitoefenen en nieuwe vormen van organisatie en bestuur op gezondheidsgebied te ontwikkelen;
- b) opnieuw de nadruk wordt gelegd op solidariteit en universaliteit als essentiële waarden van ons gezondheidszorgstelsel die door iedereen overeind moeten worden gehouden.

2.2. De digitalisering mag er hoe dan ook niet toe leiden dat er getornd wordt aan de beginselen van het delen en bundelen van risico's op sociaal en gezondheidsgebied, want deze beginselen vormen de sluitstenen van de collectieve solidariteit.

2.3. Het EESC benadrukt dat het zaak is om:

- de kennis op het gebied van digitale gezondheidszorg te verbeteren en voor de burgers toegankelijker te maken, zodat ze gezondheidsinformatie kritisch kunnen beoordelen;
- goede voorlichting op medisch gebied te waarborgen, met name door te stimuleren dat er labellings- en goedkeuringsprocedures voor gezondheidsapps worden ingevoerd;
- de vertrouwensrelatie tussen patiënten, gezondheidsprofessionals en mensen uit de ziektekosten- en zorgverzekeringssector te versterken;
- werk te maken van een systeem om zowel gebruikers als zorgprofessionals in dezen te vormen, teneinde ervoor te zorgen dat digitale technologie op efficiënte, veilige en beschermende wijze wordt gebruikt en veranderingen in het gezondheidstelsel worden gefaciliteerd;
- de sociale dialoog, die absoluut noodzakelijk is om toekomstige veranderingen op basis van overleg in goede banden te leiden, te versterken;
- regelingen ten uitvoer te leggen om voor een veilige verwerking van persoonsgegevens te zorgen en daarmee te voorkomen dat deze gegevens op verzekeringsgebied (toegang, terugbetaling enz.) gebruikt worden voor commerciële doeleinden waarmee de volksgezondheid niet is gebaat;
- een dynamisch regelgevingskader te bevorderen, rekening houdend met alle betrokkenen uit het systeem en met de rol die zorg- en ziektekostenverzekeraars als betrouwbare derden vervullen in hun betrekkingen met de verzekerden/aangeslotenen;
- de verdere ontwikkeling van de nomenclatuur van gezondheids- en welzijnsdiensten die vergoed kunnen worden te ondersteunen en daarbij de technische innovatie die met de digitalisering mogelijk wordt in aanmerking te nemen;

- de ontwikkeling in de richting van een op de vier P's⁽²⁾ gebaseerde geneeskunde in goede banen te leiden door op solidariteit stoelende zorg- en ziektekostenverzekeringsinstanties op te zetten die aan de behoeften van de burgers beantwoorden.

3. Achtergrond

3.1. De digitalisering heeft een hoge vlucht genomen, waardoor zich ook in de gezondheidszorg ontwikkelingen van een ongeziene omvang en snelheid voordoen. Met de enorme uitbreiding van het internet der dingen en gezondheidsapps, de benutting van *big data*, de opkomst van nanotechnologie, biotechnologie, informatietechnologie en cognitieve wetenschappen (NBIC) en het overvloedige aanbod van nieuwe gezondheidsdiensten heeft de digitalisering tot gevolg dat ons gezondheidszorgstelsel een gedaanteverandering ondergaat.

3.2. De digitale innovatie in de zorg leidt tot vele nieuwe gebruiksvormen en is dan ook lang niet alleen van technische of wetenschappelijke aard. Deze nieuwe gebruiksvormen gaan hand in hand met grootschalige sociale innovatie waardoor er op nieuwe manieren kan worden gereageerd op behoeften op sociaal en medisch gebied.

3.3. Dit is rechtstreeks van invloed op de verhoudingen die er binnen een complex ecosysteem bestaan tussen:

- a) de burger, via de kennis over zijn gezondheidstoestand;
- b) medisch en paramedisch personeel en hun relatie met de patiënt;
- c) het ziekteverzekeringssysteem in zijn verschillende organisatie-, beheers- en financieringsvormen.

3.4. Wat de verhouding tussen het individu en zijn gezondheid betreft, valt op dat iedereen zich bewuster wordt van het belang van gezondheid en van de manier om zich te verzorgen. Tot voor kort heerste er bij iedereen onzekerheid over ziekterisico's omdat medische informatie moeilijk toegankelijk was, wat onwetendheid in de hand werkte. Maar voortaan beschikken mensen over allerlei voorzieningen (bv. gekoppelde apparaten, het zgn. internet der dingen) waarmee ze hun gezondheidstoestand in de gaten kunnen houden. Op basis hiervan kunnen ze hun levensstijl aanpassen.

3.5. Dankzij de beschikbaarheid van informatie heeft ieder individu zijn gezondheid meer in eigen hand en kan hij de zorgdiensten die het best op zijn behoeften zijn afgestemd in kaart brengen, vergelijken en kiezen. De „e-patiënt” draagt bij aan voorspellende geneeskunde, produceert gezondheidsgegevens en wordt een belangrijke speler waar het gaat om zijn eigen gezondheid en die van anderen. In verband met gegevensbescherming, geïntegreerd beheer en gegevensgebruik staat hierbij centraal dat de patiënt met kennis van zaken toestemming kan geven.

3.6. De nieuwe technologie stimuleert dat de nadruk wordt gelegd op preventie, meer dan op de behandeling van ziektes zelf. Met de nieuwe technieken wordt het tevens mogelijk om behandelmethoden in te voeren die efficiënter en minder belastend zijn en die beter zijn afgestemd op de genetische en biologische kenmerken van de individuele patiënt. Ook het feit dat informatie *in real time* beschikbaar is, komt de behandeling ten goede.

3.7. Zorgprofessionals dienen nieuwe vaardigheden en nieuwe werkerterreinen te ontwikkelen, wat op verschillende niveaus zou moeten uitwerken. Met name wordt verwacht dat hun verhouding met de patiënt meer gebaseerd wordt op wederzijds vertrouwen, dat ze zich aan de hand van opleidingsmaatregelen geleidelijk de digitale instrumenten eigen maken, dat de technische kant van de zorgverlening verandert en dat er via interoperabele systemen meer uitwisseling en samenwerking ontstaat.

3.8. Het is zaak om in het kader van de sociale dialoog deze veranderingen te begeleiden en de opleidingsmaatregelen voor zorgpersoneel te versterken.

3.9. Wat de ziektekostenverzekeringsstelsels betreft, moet men ernaar blijven streven dat hoogwaardige publieke en particuliere gezondheidszorgdiensten voor alle burgers toegankelijk zijn. De digitalisering zal de ziekteverzekering sterk beïnvloeden, want het zal er voortaan op aankomen om voordat zich gevaren aandienen, oplossingen en individueel afgestemde zorgtrajecten te ontwikkelen binnen de grenzen van het beginsel van risicodeling, met behoud van de traditionele taak van ziekteverzekeringen, nl. ervoor zorgen dat mensen die ziek worden gebruik kunnen maken van gezondheidsdiensten.

3.10. De digitalisering leidt tot medische innovatie die het systeem van ziekteverzekeringen ingrijpend kan veranderen. Ze zorgt namelijk voor een ontwikkeling waarbij de geneeskunde en de behandelingsmethoden steeds meer op de individuele persoon worden afgestemd aan de hand van twee bronnen van informatie:

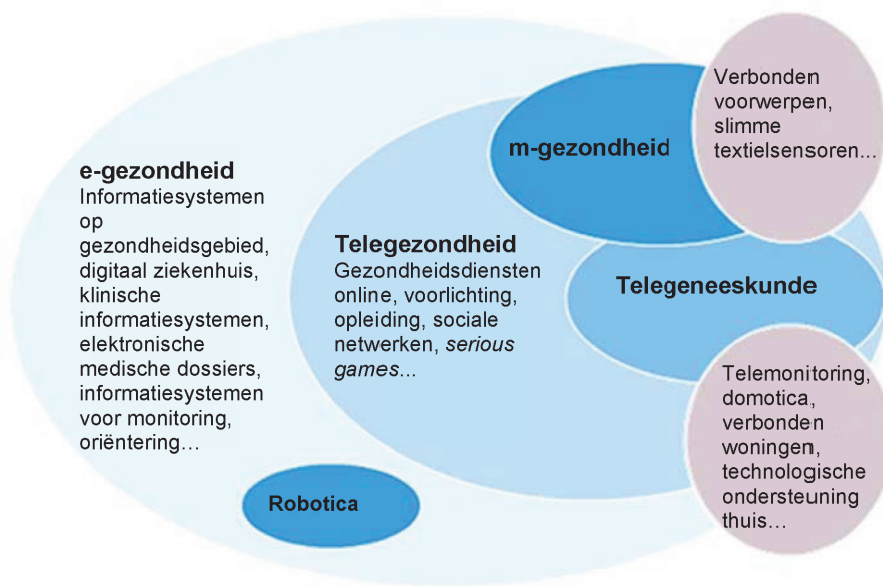
⁽²⁾ Zie paragraaf 4.2.

a) de ontrafeling van het genoom:

daar de ontrafeling van het genoom een voorspellende dimensie heeft, kan de aanpak van preventie een geheel ander gezicht krijgen (met de ontrafeling van het genoom ontstaat er inzicht in de waarschijnlijkheid van een gezondheidsrisico, zodat preventie zinvoller wordt), wat belangrijke consequenties kan hebben voor de ziekteverzekering;

b) apparatuur voor e-gezondheidszorg:

hieronder vallen bv. objecten die aan elkaar zijn gekoppeld en waarmee mensen zelf bepaalde zaken kunnen meten (zelftesten), zodat ze hun gezondheidstoestand te weten kunnen komen en kunnen verbeteren.



Tegen deze achtergrond dringen zich een aantal vragen op:

- Kunnen deze nieuwe bronnen van kennis ertoe leiden dat er nieuwe, op maat gemaakte gezondheidsdiensten worden aangeboden die beter zijn afgestemd op de manier waarop deze diensten door de verzekerden worden gebruikt?
- Zal onze ziektekostenverzekering in de toekomst afhangen van de waarschijnlijkheid waarmee we, volgens de ontrafeling van ons genoom, bepaalde ziektes zullen krijgen?
- Is er nu definitief sprake van een verschuiving van een curatieve naar een preventieve benadering? Wat zal dit in economisch lastige omstandigheden voor gevolgen hebben voor het beheer van de ziektekostenverzekering en de financiering? Moeten de gepersonaliseerde programma's voor medische preventie in het kader van digitale platforms worden vergoed?
- Komt welzijn voortaan in de plaats van gezondheid? ⁽³⁾ Zal deze transformatie van het zorgstelsel niet leiden tot een holistische en minder op genezing gerichte geneeskunde?
- Zal de relatie patiënt/arts en verzekerde/verzekeraar door deze wijzigingen ingrijpend veranderen, in die zin dat een „verticaal” model zal plaatsmaken voor een meer „horizontaal” model waarbij de patiënt vragen stelt en zijn „lekenkennis” ontwikkelt?
- Is het gezien de economische macht van de internetgiganten niet noodzakelijk dat er meer wordt geïnvesteerd in publieke onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten?

⁽³⁾ „Welzijn, gezondheid en zorg bevinden zich in een continuüm dat zich uitstrekt van het normale tot het pathologische. En dit continuüm dient de geneeskunde.”

4. Impact van de digitalisering op de burger/patiënt

4.1. Door de digitale omwenteling krijgen mensen de mogelijkheid om hun gezondheid in eigen hand te nemen, al bestaan er nog steeds belemmeringen die de toegang in de weg staan. Doordat kennis, voorzieningen en innovatieve gepersonaliseerde gezondheidsdiensten veel toegankelijker zijn geworden, zouden mensen een belangrijk stempel kunnen drukken op hun eigen gezondheid, maar zouden ze ook kunnen bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid van anderen door te helpen, informatie te produceren en gegevens aan te leveren.

4.2. Deze individualisering ligt ten grondslag aan de zgn. „zorg van de **4 P's**”:

participatief: medische gegevens worden door de patiënten zelf geproduceerd en in de gaten gehouden met behulp van een toenemend aantal aan elkaar gekoppelde objecten. De relatie tussen de patiënt en de arts (die niet meer de enige bron van medische kennis is) evolueert. De patiënt wordt speler in zijn eigen film;

preventief: doordat patiënten regelmatig informatie verzamelen over hun gezondheid worden ze er zich bewuster van dat het belangrijk is om gezond te blijven, waardoor het pad wordt geëffend voor een meer op preventie gerichte zorg;

persoonlijk: door de continue stroom van steeds nauwkeurigere en diversere persoonlijke gegevens kan ook de zorg alsmäär persoonlijker worden;

prognostisch: tot slot maken de technologische ontwikkelingen het bv. ook mogelijk om het volledige genoom van mensen te digitaliseren, waardoor de geneeskunde steeds meer van voorspellende aard kan worden.

4.3. *Gezondheidskennis en het gevaar van een nieuwe, nl. digitale zorgkloof*

4.3.1. Het vermogen van individuen om informatie te vergaren, te begrijpen en te gebruiken met het oog op het promoten en in stand houden van een goede gezondheid wordt *health literacy* genoemd. Dit vereist het bereiken van een niveau van kennis, vaardigheden en vertrouwen dat hen in staat stelt maatregelen ter verbetering van de eigen gezondheid en die van de gemeenschap te treffen door hun levenswijze en leefomstandigheden te veranderen.

4.3.2. De digitalisering vergroot de sociale ongelijkheid op gezondheidsgebied doordat het causale verband tussen enerzijds iemands gezondheidstoestand en anderzijds zijn cognitieve vaardigheden (zoals het vermogen om goede gezondheidsinformatie te vinden en te begrijpen) en financiële armslag (bv. de mogelijkheid om de best presterende apparaten aan te schaffen) wordt versterkt. Extra te lijden onder deze ongelijkheid hebben ouderen, mensen uit de meest kwetsbare groepen en bewoners van gebieden met een slechte internetdekking.

4.3.3. Mensen kunnen pas met gezondheidsapps omgaan als ze over een bepaald kennisniveau beschikken zodat ze toegang kunnen krijgen tot informatie en ze deze kunnen begrijpen, beoordelen en gebruiken teneinde in hun dagelijks leven besluiten op het gebied van zorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering te nemen. Mensen met een laag niveau van *health literacy* lopen heel wat gezondheidsrisico's, met gevolgen op het gebied van „gezonde levensverwachting”, vroegtijdig overlijden, levenskwaliteit en kosten voor individu en samenleving.

4.3.4. Er mag niet veronachtzaamd worden dat er binnen medische en paramedische beroepen een nieuwe digitale kloof aan het ontstaan is. Om deze tegen te gaan zou het educatieve systeem versterkt kunnen worden via een opleidingsprogramma dat inzicht geeft in de nieuwe verhoudingen tussen zorgverstrekker en zorgontvanger die door de digitalisering worden teweeggebracht.

4.4. *Te veel verantwoordelijkheid voor het individu, een ander belangrijk risico van de digitalisering*

4.4.1. Als gevolg van de kwantificering in de zorg gaan mensen de gezondheid op micro-niveau steeds meer in eigen hand nemen en komt de nadruk te veel te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van het individu, wat ten koste gaat van een meer collectieve benadering. Hierdoor worden individuele personen zelf verantwoordelijk gemaakt voor hun eigen goede of slechte gedrag op gezondheidsgebied en kan de aandacht worden afgeleid van de sociaaleconomische of milieuoorzaken van volksgezondheidsproblemen.

4.4.2. Doordat er niet op de gevolgen van de digitalisering voor de individualisering wordt geanticipeerd, de sociale ongelijkheid op het vlak van de gezondheid groter wordt en de commercialisering van de zorg toeneemt, kunnen onze universele, op solidariteit gebaseerde ziekteverzekeringsmodellen in gevaar komen.

5. Gevolgen van de digitalisering voor zorgprofessionals en hun onderlinge verhoudingen

5.1. *Het elektronische medische dossier als hoeksteen van de organisatie van de gezondheidszorg*

5.1.1. De digitalisering biedt instrumenten om het zorgsysteem opener te maken doordat het voor ziekenhuizen, zelfstandige praktijken, gezondheidsnetwerken en thuiszorgdiensten gemakkelijker wordt om informatie te bundelen. Snelle en veilige mechanismen voor de overdracht van gegevens die door verschillende betrokkenen zijn verzameld, zijn absoluut noodzakelijk om de behandeling en de algemene verzorging van de patiënt te kunnen coördineren. Het wordt veel eenvoudiger om de continuïteit van de behandeling en de verzorging van de patiënt in meerdere opzichten te organiseren. Als gegevens beschikbaar en snel toegankelijk zijn en uitgewisseld en gebundeld worden, kan de medische besluitvorming worden vergemakkelijkt. Geïnformateerde gegevensuitwisseling tussen zorgprofessionals geeft de kwaliteit van de zorg een rechtstreekse meerwaarde.

5.1.2. Het elektronische medische dossier wordt een middel om de aan de patiënt verstrekte zorg te coördineren en de kwaliteit ervan te bewaken doordat gegevens door bevoegde personen worden gedeeld; de patiënt moet hiervoor vooraf wel toestemming hebben gegeven, behalve als dat niet mogelijk was of in geval van urgentie. De regels voor het geïnformateerde elektronische medische dossier betreffen alle specifieke garanties die de patiënt krijgt op het gebied van de toegang tot digitale gegevens en de bescherming van zijn privacy. De vertrouwelijkheid van het medische en administratieve dossier moet volledig worden gewaarborgd.

5.1.3. Met het elektronische medische dossier kunnen fouten vanwege de slechte leesbaarheid van documenten (zoals doktersvoorschriften of protocollen van medische behandelingen) worden voorkomen, kunnen databanken over geneesmiddelen toegankelijker worden en kan het voorschrijven van medicijnen veiliger worden omdat het dossier inzage geeft in de kenmerken van de patiënt. De informatisering van de medische praktijk helpt om de kans op vergissingen te beperken en om door medisch ingrijpen veroorzaakte risico's te reduceren.

5.1.4. De informatisering van een medisch dossier biedt mogelijkheden om mensen ergens aan te herinneren of om hen te waarschuwen. Dit kan ertoe bijdragen om preventiemaatregelen (vaccinaties, screenings), het in de gaten houden van mensen met een chronische aandoening en de kennis over geneesmiddelen te verbeteren. Ook komt het de patiëntenzorg ten goede en kan de zorgverlener hierdoor op solidere basis een diagnose stellen en een behandeling voorschrijven.

5.1.5. Met de digitalisering van de over de patiënt verzamelde informatie zal de medische besluitvorming kunnen worden verbeterd en zullen de medische praktijken in de komende jaren radicaal veranderen. Er zal geen enkele medische diagnose meer kunnen worden gesteld zonder dat er gebruik wordt gemaakt van een expertsysteem of instrumenten die een beroep doen op kunstmatige intelligentie. Een dergelijke revolutie vloeit voort uit de gelijktijdige ontwikkeling van de genomica, de neurowetenschappen en het internet der dingen (NBIC), waarbij tegenwoordig alleen machines de hele stroom van gegevens kunnen verwerken.

5.2. *Plaats van de mens binnen de ontwikkeling van nieuwe medische praktijken*

5.2.1. Door de evolutie van de technologie wordt de ontwikkeling van de telegeneeskunde mogelijk gemaakt en geschraagd. Hierdoor kunnen er nieuwe medische en paramedische werkwijzen ontstaan. Telegeneeskunde heeft als voordelen dat de gezondheidszorg in afgelegen gebieden wordt verbeterd, dat er minder verplaatsingen van kwetsbare personen nodig zijn, dat patiënten op afstand kunnen worden gevolgd waardoor ziekenhuisopname kan worden vermeden, dat kennis van deskundigen op afstand kan worden gedeeld, dat therapeutische educatie wordt bevorderd via bewaking op afstand en dat multidisciplinair overleg wordt vergemakkelijkt door middel van teleconsultatie en tele-expertise.

5.2.2. Telegeneeskunde, elektronische communicatie tussen professionals, papierloze documentatie, bundeling van verspreide vaardigheden en het delen van intellectuele of medisch-technische hulpbronnen moeten voor de professionals tijdswinst opleveren zodat er meer tijd kan worden besteed aan de persoonlijke verzorging van en de communicatie met de patiënt, wat de verhouding tussen de zorgverlener en de zorgontvanger flink ten goede kan komen.

6. Impact van de digitalisering op het beheer van ziektekosten- en zorgverzekeringen

6.1. *Big data*

6.1.1. De voortschrijdende digitalisering van onze systemen heeft ontegenzeggelijk geholpen om het administratieve en financiële beheer van de verzekeringsdossiers van iedere patiënt te verbeteren (ruimtebesparing, tijdswinst, besparing op verbruiksgoederen, hogere productiviteit, gemakkelijker en veiligere archivering, milieuwinst) en de zorgverstrekkers en ziekenhuizen sneller te vergoeden, waarbij tegelijkertijd scherper wordt gecontroleerd en het risico op fouten in de facturering van zorgverstrekingen kleiner wordt.

6.1.2. Doordat administratieve formaliteiten steeds vaker papierloos verlopen, kunnen formulieren sneller worden overgedragen en worden de desbetreffende procedures vereenvoudigd. Dit komt de zorgkwaliteit weliswaar niet rechtstreeks ten goede, maar maakt de uitoefening van de geneeskunde er wel gemakkelijker op: de arts kan zich meer concentreren op zijn taak om de patiënt beter te maken, en verliest minder energie aan het administratieve werk dat er nu eenmaal bij komt kijken.

6.1.2.1. Tegenwoordig worden er door de samenvoeging van alle gegevens van alle patiënten/verzekerden, ook gegevens die van gezondheidsapps komen, *big data* gegenereerd. Bij *big data* gaat het om het vermogen om verschillende gegevensverzamelingen, afkomstig van een groot aantal bronnen, te analyseren. Hiervoor moeten gegevens aan elkaar gekoppeld kunnen worden en moet op geautomatiseerde en kosteneffectieve wijze waardevolle informatie uit ongestructureerde gegevens gehaald kunnen worden.

6.1.3. Via apps worden gegevens niet langer opgeslagen bij de arts, het ziekenhuis of de zorgverzekeraar, maar in apparaten of in cloudplatforms waarvan de moederonderneming zich niet per se in het land van de verzekerde en zelfs niet in Europa hoeft te bevinden.

6.1.4. Interoperabiliteit is in dit verband zowel op Europees (met de „digitale eengemaakte markt”) als nationaal niveau van cruciaal belang. Het is zaak om een kader voor de interoperabiliteit van gezondheidsinformatiesystemen te ontwikkelen en te implementeren. Zo'n kader zou de beginselen en normen moeten bevatten die in acht genomen dienen te worden om gezondheidsgegevens volledig veilig te kunnen uitwisselen tussen alle betrokkenen uit de wereld van de e-health.

6.2. Gegevensbescherming

6.2.1. De eigendom en bescherming van gegevens zijn in dit verband van prioritair belang voor de burger/patiënt en vormen een grondrecht dat geëerbiedigd moet worden. De burger/patiënt moet vrijelijk over zijn gegevens kunnen beschikken. Voorwaarde is dat burgers vrij, met kennis van zaken en blijvend instemmen met het verzamelen en gebruik van hun gegevens. Daarbij komt de erkenning van een daadwerkelijk recht op meeneembaarheid en de ontwikkeling van Blue Button-achtige oplossingen⁽⁴⁾ voor het geven van inzage in de persoonlijke achtergrond van individuen.

6.2.2. In de algemene verordening gegevensbescherming (AVGB), die op 25 mei 2018 in werking zal treden, wordt deze materie op Europees niveau geregeld. Voorts dient ook rekening te worden gehouden met de Verklaring van de World Medical Association over de ethische beginselen inzake gezondheidsdatabanken en biobanken (Verklaring van Taipei).

6.3. Grote veranderingen in de ziektekosten- en zorgverzekeringen

6.3.1. In het verzekeringswezen wordt steeds meer gedigitaliseerd. Aanvankelijk was de digitalisering beperkt tot elektronische informatieverstrekking en vergelijking (vergelijkingsinstrumenten, onlineaanmelding enz.) of hield ze verband met de invoering van papierloze medische administratieve formulieren, maar in de toekomst zal ze veel verder gaan. De nieuwe methoden voor kwantitatieve analyse — *big data* — zullen een radicale omwenteling in het bedrijfsmodel van het verzekeringswezen teweegbrengen en ertoe leiden dat er nieuwe producten op de markt komen.

6.3.2. Deze omwenteling is logischerwijs van grote invloed op:

- het werk van professionals die gegevens produceren, opslaan, beschikbaar stellen, verwerken en door middel van algoritmes omvormen tot gegevens met een belangrijke informatieve meerwaarde;
- de positie van de patiënt, die zijn gezondheid meer in eigen hand neemt en geleidelijk minder afhankelijk wordt van de zorgprofessionals.

6.3.3. Met de alsmaar voortschrijdende ontwikkelingen op het gebied van technologie en gezondheidsapps wordt het voor alle mensen voortaan mogelijk om zaken als hun lichaamsbeweging, voeding en interactie met anderen en zelfs alle factoren die hun gezondheid beïnvloeden, objectief vast te leggen.

6.3.4. Het op individuele personen gerichte gebruik van *big data* zou kunnen betekenen dat er van een op onderlinge solidariteit gebaseerd risicoverzekeringsmodel wordt overgestapt op een model waarbij het verzekeringsaanbod afhangt van het individuele gedrag, wat tot een ver doorgedreven individualisering zou leiden. Particuliere verzekeraars die een winstoolmerk beogen, zullen zich wellicht op vrij natuurlijke wijze kunnen positioneren. Lastiger zou het kunnen worden voor ziekenfondsen en publieke zorgverzekeraars, waarvan de basistaken onder spanning zouden komen te staan.

⁽⁴⁾ Het Blue Button-initiatief is in 2010 door de overheid van de VS gelanceerd om een platform te bieden waarmee Amerikaanse veteranen hun persoonlijke medische gegevens kunnen monitoren, checken en downloaden. Ze kunnen hiermee tevens toegang krijgen tot hun behandelingsverslagen, hun zorgverzekeringsgegevens en hun medische achtergrond (allergieën, gezondheidsanalyses enz.), die ze ook kunnen downloaden. Bron: <http://www.va.gov/bluebutton/>

6.3.5. Deze ontwikkeling leidt ook tot onzekerheid onder zorgverzekeraars, die zich midden in een multidimensionaal ecosysteem bevinden dat uit industriële ondernemers, artsen, overheden, regelgevingsinstanties, investeerders en patiënten bestaat.

6.3.6. Zorgverzekeraars worden geconfronteerd met een grote inertie die verband houdt met de zeer strikte regulering van gevoelige medische gegevens, de gecompliceerde werking en financiering van de zorg- en ziekenhuissector, het feit dat de waardeketen (inschrijving, bijdrage-inning, financiële afwikkeling van zorgverstrekkingen) weinig flexibel is en tamelijk traag reageert, de steeds strengere regels voor verzekeringsproducten, en soms zelfs corporatistische praktijken binnen medische beroepsgroepen.

6.3.7. Alle zorgverzekeraars beschikken echter niet (of niet meer) over dezelfde financiële armslag om handelend op te treden, en de behoeften aan eigen middelen die voor dit optreden noodzakelijk zijn, vormen steeds vaker een belemmering voor hun eigen ontwikkeling. De economische macht van internetgiganten stelt hen in staat om rechtstreeks actief te worden op wat zij als een markt beschouwen.

6.3.8. De kennis over individuele gezondheidsrisico's mag dan beter worden, onze gezondheidsstelsels moeten absoluut gebaseerd blijven op een systeem van collectieve en solidaire verzekering. Onze ziektekosten- en zorgverzekeringstelsels presteren het best daar waar individuele aansluiting en collectieve bescherming tegen alle gezondheidsrisico's hand in hand gaan.

6.4. *Aanpassing van vergoedingsmechanismen*

6.4.1. Er zijn nog maar weinig voorbeelden van gevallen waarin het gebruik van mobiele toepassingen in het zorgtraject van patiënten financieel wordt vergoed. Het gebrek aan geschikte vergoedingsmodellen die recht doen aan de nieuwe technologische omstandigheden zou hiervoor thans een van de voornaamste belemmeringen zijn.

6.4.2. Enerzijds bestaat er het klassieke model van overheidsoptreden waarbij de vergoeding afhangt van nationale instellingen en autoriteiten die bepalen of mobiele gezondheidszorgactiviteiten kunnen worden vergoed⁽⁵⁾, anderzijds worden er ook initiatieven ontplooid door ziektekostenverzekeraars, zoals onderlingewaarborgmaatschappijen⁽⁶⁾.

6.4.3. Ook worden er innovatieve vergoedingssystemen ingevoerd zoals stimulerings- en preventieprogramma's die niet zozeer op medicatie als wel op preventie zijn gericht.

6.5. *Nieuwe uitdagingen voor ziektekostenverzekeraars*

6.5.1. Voor zowel publieke als particuliere (bv. onderlingewaarborgmaatschappijen) zorgverzekeraars zijn er grote gevolgen. Het komt erop aan om:

- aangepaste en individueel afgestemde preventie-, diagnose- en behandelingssystemen op te zetten en voordat zich gevaren aandienen oplossingen en persoonlijke zorgtrajecten te ontwikkelen, binnen de grenzen van het beginsel van risicodeling, met behoud van de traditionele verzekeringstaak, nl. ervoor zorgen dat mensen die ziek worden de nodige zorg kunnen krijgen;
- het aanbod aan gezondheidsdiensten af te stemmen op de veranderende behoeften van patiënten;
- patiënten te begeleiden en daarbij te voorkomen dat ze gestigmatiseerd of met een schuldcomplex opgezaald worden. Onderlingewaarborgmaatschappijen spelen al een belangrijke rol bij ziektepreventie, het in de gaten houden van het zorgtraject en de begeleiding van patiënten. Publieke ziekteverzekeringinstanties zouden deze rol ook moeten vervullen;
- de sociale ongelijkheid op gezondheidsgebied die de digitale kloof tweeg kan brengen te bestrijden door de *health literacy* te verbeteren (met name door het opvoeren van de kennis);

⁽⁵⁾ In Frankrijk is na advies van de nationale commissie voor de beoordeling van medische apparatuur en gezondheidstechnologie besloten dat het gebruik van Diabeo kan worden vergoed, waarmee een belangrijke stap is gezet. Diabeo is een softwareprogramma dat gekoppeld is aan medische bewaking op afstand en een technische toepassing om te leren hoe de software moet worden gebruikt. Met Diabeo wordt beoogd om patiënten te helpen bij het berekenen van hun dagelijkse dosis langwerkende of kortwerkende insuline, op basis van de doelen die de voorschrijvende arts van tevoren heeft geformuleerd. Het programma is voor de patiënt beschikbaar via een app op een mobiel apparaat (smartphone of tablet) en via een webportaal.

⁽⁶⁾ Vivoptim is een e-gezondheidszorgprogramma dat door de Franse onderlingewaarborgmaatschappij MGEN is ontwikkeld en door het Belgische ziekenfonds Solidaris is overgenomen. Het is bedoeld ter preventie en begeleiding van cardiovasculaire risico's. Daartoe worden er verscheidene gepersonaliseerde diensten aangeboden door middel van digitale instrumenten en gekoppelde voorwerpen. In totaal zijn er drie begeleidingsprogramma's en 13 preventietrajecten die op eenieders situatie, behoeften en verwachtingen zijn afgestemd en die uiteenlopen van preventiemaatregelen voor gezonde mensen tot maatregelen om chronisch zieken te begeleiden.

- risicogedrag tegen te gaan en toe te zien op de inachtneming van de voorschriften van zorgprofessionals. Het is van cruciaal belang dat er gezocht wordt naar efficiënte middelen die aan de behoeften voldoen;
- de levenskwaliteit van de leden voorop te stellen. Dit houdt ook verband met economische doelstellingen en het in de hand houden van de risico's en bijgevolg de uitgaven op gezondheidsgebied;
- het elektronische beheer van de patiëntendossiers en de betrekkingen met zorgverstrekkers te systematiseren, o.a. met de digitalisering van zorgverstrekkingss attesten, het elektronische patiëntendossier en het digitale gezondheidsboekje;
- de vergoedingen aan te passen aan de nieuwe manieren waarop patiënten door zorgprofessionals behandeld en begeleid worden;
- betrouwbare derden te worden waar het gaat om het gebruik en beheer van gegevensstromen op gezondheidsgebied en het verzamelen van gezondheidsgegevens, gezien het risico dat deze gegevens op ongeoorloofde wijze voor commerciële doeleinden worden gebruikt.

6.5.2. Onderlingewaarborgmaatschappijen, de voorlopers van de zorgverzekeraars, kunnen al hun leden voortaan een permanente en individueel afgestemde begeleiding in het vooruitzicht stellen. Of het nu gaat om de producten/diensten die ze aanbieden of om de begeleiding van individuele personen die een welzijns- of zorgtraject zoeken, onderlingewaarborgmaatschappijen dienen via welk communicatiekanaal dan ook aanwezig te zijn in het leven van hun leden en moeten hun een specifiek antwoord geven dat op hun behoeften is afgestemd.

7. Impact van digitale „ordeverstoorders” op de ziektekostenverzekering en de samenleving

7.1. Door alle bovenstaande factoren, waaruit al blijkt dat de digitalisering in de zorg een complexe aangelegenheid is, en door de opkomst van nieuwe digitale spelers, krijgen onze ziekteverzekeringssystemen te maken met een economische machtsgreep.

7.2. Deze wordt mogelijk gemaakt doordat er betaalbare en technisch betrouwbare sensoren zijn gekomen, maar ook en vooral doordat gegevens tegenwoordig via een smartphone of webinterface gecentraliseerd en geanalyseerd kunnen worden. Zo is er een heel ecosysteem ontstaan van apps, opgezet om doelstellingen te halen, gemeenschappen te vormen of „de spelende mens” te prikkelen. Hierdoor kunnen ontwikkelaars van mobiele omgevingen via hun eigen specifieke diensten normen voor het beheer van gezondheidsgegevens bepalen ⁽⁷⁾.

7.3. Gevreesd moet worden dat GAFAMA (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft en Alibaba) ⁽⁸⁾ en andere, toekomstige spelers deze nieuwe vorm van geneeskunde, die steeds meer stoelt op informatietechnologie en ontsluiting van gegevens, zullen domineren. Juist deze technologie is het vakgebied van de wereldleiders op digitaal gebied, die er gebruik van maken om de controle te krijgen over ecosystemen in alle sectoren.

7.4. Deze platforms zijn zo sterk omdat hun ontwikkelingsmodel gebaseerd is op het massaal verlenen van aan de bevolking verbonden producten of diensten, waardoor ze toegang hebben tot grote hoeveelheden gegevens die te gelde worden gemaakt. Het te gelde maken van gegevens maakt het mogelijk om allerlei gratis diensten te verlenen, waardoor grote bezoekersaantallen worden gegarandeerd en er een virtueuze spiraal ontstaat waarbij iedereen probeert om de consument vast te houden in een zo gesloten mogelijk ecosysteem. Daar de marginale kosten voor het leveren van deze diensten uitermate gering zijn, is het op internet gebaseerde economische model van nature in het voordeel van de grootste bedrijven, die er met het leeuwendeel van de toegevoegde waarde vandoor gaan en daarmee over enorme investeringsmiddelen beschikken.

7.5. Gevreesd moet worden dat alleen de GAFAMA-reuzen van deze gratis verspreide gegevens zullen kunnen profiteren door ze te koppelen aan alle gegevens die ze elders over het gedrag van personen verzamelen. Voor de Europese burgers, overheden en instanties (met name socialebeschermingsinstanties) is het vanuit juridisch en ethisch oogpunt van essentieel belang om ten opzichte van de internetreuzen van vandaag en morgen soeverein te blijven op het gebied van het vaststellen, verzamelen en gebruik van gezondheidsgegevens.

⁽⁷⁾ De markt voor appwinkels wordt door vijf grote aanbieders beheerst. Bij 90 % van de downloads gaat het om Play (Android), Appstore (Apple), Windowsphone Store (Microsoft), Appworld (Blackberry) en Ovi (Nokia).

⁽⁸⁾ De marktreuzen die bekend staan onder de naam GAFAMA (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft en Alibaba) streven naar een monopolie op de monitoring van de mobiele gezondheidszorg. Deze multinationals zijn volledig doorgedrongen tot de zorgsector, waarin ze een belangrijke mogelijkheid zien om hun economische macht uit te breiden.

7.6. De meerwaarde van deze informatie, met name op gezondheidsgebied, wordt dus ingepalmd en gecontroleerd door deze platforms en niet langer door producenten uit het gezondheidszorgstelsel. Deze informatie moet dan alleen nog maar ter beschikking worden gesteld aan „geïnteresseerde klanten”, die er vervolgens gebruik van kunnen maken.

7.7. Gegevensbescherming aan de hand van de vijf V's (Volume, Velocity, Variety, Veracity, Values) vertegenwoordigt ook een economische waarde. Er dient derhalve samen met alle stakeholders uit het ecosysteem een dynamisch rechtskader te worden ontwikkeld om te voorkomen dat informatie louter voor commerciële doeleinden wordt benut.

Brussel, 20 september 2017.

De voorzitter
van het Europees Economisch en Sociaal Comité
Georges DASSIS
