

**Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora o sporočilu Komisije Evropskemu parlamentu, Svetu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru regij – Akcijski načrt za e-zdravje za obdobje 2012–2020 – Inovativno zdravstveno varstvo za 21. stoletje**

(COM(2012) 736 final)

(2013/C 271/23)

Poročevalka: **Isabel CAÑO AGUILAR**

Evropska komisija je 19. februarja 2013 sklenila, da v skladu s členom 304 Pogodbe o delovanju Evropske unije Evropski ekonomsko-socialni odbor zaprosi za mnenje o naslednjem dokumentu:

*Sporočilo Komisije Evropskemu parlamentu, Svetu, Evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in Odboru regij – Akcijski načrt za e-zdravje za obdobje 2012–2020 – Inovativno zdravstveno varstvo za 21. stoletje*

COM(2012) 736 final.

Strokovna skupina za promet, energijo, infrastrukturo in informacijsko družbo, zadolžena za pripravo dela Odbora na tem področju, je mnenje sprejela 30. aprila 2013.

Evropski ekonomsko-socialni odbor je mnenje sprejel na 490. plenarnem zasedanju 22. in 23. maja 2013 (seja z dne 22. maja) s 154 glasovi za in 4 vzdržanimi glasovi.

## 1. Sklepi in priporočila

1.1 Evropski ekonomsko-socialni odbor (EESO) se z zanimanjem seznanja s predlaganim akcijskim načrtom za e-zdravje 2012–2020. Vendar pa v sporočilu manjka poglavje, namenjeno socialnemu vidiku zagotavljanja storitev in močnejšemu razvoju socialnega in zdravstvenega varstva.

1.2 EESO opozarja, da so za uspeh novega načrta odgovorne predvsem države članice, čeprav ima Komisija nepogrešljivo vlogo pri podpiranju in usklajevanju.

1.3 Človeška razsežnost mora biti v središču e-zdravja. Izogibati se je treba „brezosebnosti“ in pomanjkanju pozornosti do psiholoških dejavnikov.

1.4 EESO obžaluje zlasti zmanjševanje števila zdravstvenih delavcev, medtem ko se zdravstveni sistemi soočajo z vse večjimi zahtevami.

1.5 EESO opozarja, da sporočilo le delno navaja, kako naj bi se financiral novi načrt. Potreben je splošen pregled, v katerem je treba določiti, kolikšen delež se pričakuje od javnega sektorja, zasebnega sektorja in – po potrebi – od pacientov in davkoplačevalcev nasploh.

1.6 EESO poudarja, da je treba programe, dejavnosti in delovne skupine, navedene v sporočilu, v celoti usklajevati, da se prepreči nevarnost prekrivanja.

1.7 Na področju standardizacije potrebnih funkcij računalniške opreme je treba poudariti, da je potreben ustrezen nadzor javnih organov, da bi preprečili zlorabe prevladujočega položaja, kot se dogaja na nekaterih področjih IKT.

1.8 EESO pozdravlja odločitev, da se obravnava še en temeljni vidik interoperabilnosti: poglobljena pravna vprašanja, ki preprečujejo uvedbo čezmejnega sistema telemedicine.

1.9 EESO meni, da je predlog Komisije glede razvoja podjetniškega tkiva v zvezi z e-zdravjem primeren, zlasti za podporo malim in srednje velikim podjetjem, vendar zaradi premajhne konkretности in količinskih opredelitev natančnejša ocena ni mogoča.

1.10 Glede instrumenta za povezovanje Evrope EESO poudarja, da se ne sme skrbeti na „povezovanje sistemov“, ampak mora državljanom omogočiti tudi, da spoznajo in razumejo povezovanje ter da so deležni koristi, ki jih ponuja.

1.11 Cilj novega programa za e-zdravje mora biti zagotovitev večje enakosti evropskih državljanov pri dostopu do zdravstvenih storitev. V zvezi s tem bo imela ključno vlogo čim večja razširjenost širokopasovnih omrežij.

Da pri storitvah e-zdravja ne bi prišlo do takšnih neenakosti, kot obstajajo pri sedanjem dostopu do zdravstvenih storitev, so potrebni širši ukrepi in večje naložbe, kot so predvideni v ESRR (Evropski sklad za regionalni razvoj).

1.12 Izboljšanje pismenosti na področju e-zdravja: A) pacien-tov: ob upoštevanju izkušenj s projektom Sustains je zelo pomembno, da se ljudem omogoči dostop do njihovih lastnih podatkov, ki so zdaj „zaseženi“ v zdravstvenih informacijskih sistemih, in da se jim omogoči uporaba teh podatkov; B) zdravstvenih delavcev: v načrte usposabljanja je nujno vključiti znanje o e-zdravju.

## 2. Uvod

2.1 Od uvedbe prvega akcijskega načrta EU za e-zdravje (2004) je bil dosežen napredek, vendar še vedno obstajajo ovire za uresničitev integriranega evropskega sistema, med drugim iz naslednjih razlogov:

- pacienti, državljani in zdravstveni delavci premalo vedo o storitvah e-zdravja in imajo vanje premalo zaupanja;
- rešitve e-zdravja so premalo interoperabilne;
- pravni okviri so neprimerni ali razdrobljeni;
- med regijami obstajajo razlike pri dostopu do storitev IKT in v prikrajsanih regijah je dostop omejen.

2.2 Širjenje medsebojno nezdružljivih izdelkov v Evropi je neizogibna posledica razdrobljenosti trga in tega, da ni standardov za komuniciranje in izmenjavo ali pa da veliki kupci teh standardov ne poznajo. Zato računalniških sistemov sosednjih držav, regij ali celo zdravstvenih ustanov ni mogoče medsebojno povezovati. Tako na primer v radioloških oddelkih nekaterih bolnišnic uporabljajo posebej prilagojeno programsko opremo, ki ni povezljiva s programi, ki se uporabljajo v drugih oddelkih iste bolnišnice.

2.3 V skladu s cilji strategije Evropa 2020 in Evropske digitalne agende je namen novega akcijskega načrta za e-zdravje obravnavati in odpraviti te ovire. Poleg tega naj bi jasno določili področje politike in začrtali vizijo e-zdravja.

2.4 Svetovni trg storitev e-zdravja, ki močno raste, bo lahko v letu 2016 dosegel 27,3 milijard dolarjev. Velika evropska podjetja imajo v nekaterih primerih v svetovnem merilu vodilne položaje. Ocenjuje se, da je na tem področju približno 5 000 podjetij.

## 3. Predlogi Evropske komisije

3.1 Komisija izpostavlja izzive, s katerimi se soočajo evropski zdravstveni sistemi. Po eni strani bodo lahko izdatki za javno zdravstvo v 27 državah članicah EU kot posledica demografskih in drugih dejavnikov v letu 2060 dosegli 8,5 % BDP, ob hkratnem zmanjšanju števila aktivnega prebivalstva in povečevanju števila oseb, starejših od 65 let. Drug izziv je aktivno evropsko sodelovanje na svetovnem trgu za telemedicino.

## 3.2 Cilji:

- doseči večjo interoperabilnost pri storitvah,
- podpirati raziskave, razvoj, inovativnost in konkurenčnost,
- poenostaviti uvajanje storitev e-zdravja in zagotavljati njihovo širšo uporabo,
- spodbujati politični dialog in mednarodno sodelovanje na tem področju.

3.3 Ukrepi: olajšati čezmejno interoperabilnost (tehnične in semantične elemente, označevanje kakovosti, certificiranje); sprejetje zelene knjige o zdravju; izboljšanje tržnih pogojev za podjetja in digitalne pismenosti državljanov (okvirni program za inovativnost in konkurenčnost ter program Obzorje 2020) in drugi.

## 4. Stališče EESO – Splošne ugotovitve

4.1 EESO se z zanimanjem seznanja s predlaganim akcijskim načrtom za e-zdravje 2012–2020.

4.2 Vendar pa meni, da bi moral načrt vsebovati poglavje, namenjeno socialnemu vidiku zagotavljanja storitev. Konkretno so to vidiki, kot so primerno obravnavanje digitalnega razkoraka, razpoložljivost tehnologije, sposobnost za uporabo tehnologije in analiza socialnih neenakosti na področju zdravja, ki se utegnejo še povečevati. Obravnavati bi bilo treba tudi širši razvoj zdravstvenega in socialnega varstva, ki bi ga bilo mogoče zelo olajšati z uporabo IKT.

4.3 EESO opozarja, da so za uspeh akcijskega načrta zaradi porazdelitve pristojnosti odgovorne predvsem države članice, pri čemer med njimi trenutno obstajajo velike razlike pri uvajanju e-zdravja.

Komisija ima ključno vlogo pri podpori in usklajevanju, za katero so pravna podlaga predvsem členi 114, 168, 173 in 179 Pogodbe o delovanju Evropske unije. Države članice in Komisija morajo v okviru mreže za e-zdravje med seboj tesno sodelovati in k njej dejavno prispevati (Direktiva 2011/24/EU).

4.4 E-zdravje mora spodbujati medsebojno zaupanje med pacienti in zdravstvenimi strokovnjaki, pri čemer se je treba izogibati „brezosebni“ in pomanjkanju pozornosti do psiholoških dejavnikov. Človeška razsežnost mora biti v središču e-zdravja. Vendar EESO ugotavlja, da po mnenju nekaterih evropskih organizacij, ki zastopajo pravice pacientov, kot na primer Evropski forum pacientov (*European Patients' Forum*, EPF), proces bolj spodbuja tehnologija kot pa potrebe pacientov. To je zaskrbljujoč vidik, ki ga je treba upoštevati.

4.5 Pomanjkanja osebja ni mogoče nadomestiti z informatiko. EESO obžaluje predvsem zmanjševanje števila zdravstvenih delavcev, medtem ko se zdravstveni sistemi soočajo z vse večjimi zahtevami. IKT so samo orodje, ki pomaga tistim ženskam in moškim, ki si dan za dnem požrtvovalno trudijo zagotavljati zdravstveno oskrbo za paciente. IKT bi morale poleg tega pacientom olajševati odnose z zdravstvenimi strokovnjaki.

4.6 EESO opozarja, da sporočilo le delno navaja, kako naj bi se financiral novi načrt. Potreben je splošen pregled, v katerem je treba določiti, kolikšen delež se pričakuje od javnega sektorja, zasebnega sektorja in – po potrebi – od pacientov in davkoplačevalcev nasploh.

4.7 V zvezi s programi, dejavnostmi, projekti in delovnimi skupinami, navedenimi v sporočilu Komisije, EESO opozarja, da jih je treba v celoti usklajevati, da se prepreči nevarnost prekrivanj.

4.8 Uspeh novega načrta za e-zdravje je odvisen od tega, ali bodo na področju zdravstvenih storitev izvedene organizacijske spremembe. Dostopa do storitev e-zdravja ni mogoče prepustiti le najvišji upravni ravni ali prebivalstvu kot končnemu uporabniku. Vmesne organizacije, ki opravljajo zdravstvene storitve, se morajo potruditi, da bi svoje strukture in osebje prilagodile tem novim modelom storitev.

## 5. Posebne ugotovitve

### 5.1 Interoperabilnost

#### 5.1.1 Tehnični in semantični vidiki

5.1.1.1 EESO na splošno podpira predlog Komisije o interoperabilnosti, vendar opozarja, da zgolj uvedba možnosti izmenjave podatkov ali dokumentov z uporabo skupnih protokolov ne zadošča, saj je treba rešiti tudi probleme semantične, organizacijske in pravne narave.

#### 5.1.1.2 Semantična interoperabilnost

V predlogu Komisije je treba pojasniti razmerje med različnimi programi, dejavnostmi ali delovnimi skupinami – kot sta med drugim 7. okvirni program in ISA – in SNOMED CT (*Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms*). SNOMED CT je v svetovnem merilu največja, najnatančnejša in najpomembnejša večjezična in kodificirana terminološka zbirka, ki jo razširja *International Health Terminology Standards Development Organisation* (IHTSDO, Mednarodna organizacija za pripravo standardov zdravstvene terminologije). IHTSDO je nepridobitna organizacija s člani iz različnih držav EU, ZDA, Avstralije itd.

#### 5.1.1.3 Standardizacija

Na področju storitev e-zdravja obstaja veliko ponudnikov programske in strojne opreme. Ključnega pomena je nadaljevati s procesom standardizacije potrebnih funkcij v smislu Uredbe (EU) št. 1025/2012, da bi lahko industriji in uporabnikom – še posebej tistim, ki lahko sprejemajo odločitve o nakupu – ponu-

dili privlačnejše okvirne pogoje z manj tveganji, večjo donosnostjo oziroma več koristi od naložb. EESO poudarja, da je potreben ustrezen nadzor javnih organov, da bi preprečili zlorabe prevladujočega položaja, kot se dogaja na nekaterih področjih IKT.

#### 5.1.1.4 Organizacijski vidik

EESO meni, da je odločitev Komisije, da predstavi konkretne ukrepe za vključevanje in sodelovanje v EU, pozitivna. Pilotni projekt EPSOS (*European Patients Smart Open Services*)<sup>(1)</sup> bo olajšal pripravo konkretnih ukrepov, ki jih je Komisija napovedala za povezovanje čezmejnih procesov za storitve e-zdravja.

#### 5.1.1.5 Pravni vidiki

5.1.1.5.1 EESO pozdravlja odločitev za obravnavo glavnih pravnih vprašanj, ki preprečujejo uvajanje čezmejnega sistema telemedicine<sup>(2)</sup>. Ker gre za inovativne tehnologije, pravne vrzeli in ovire niti na svetovni niti na nacionalnih ravneh še vedno niso bile povsem odpravljene.

#### 5.1.1.5.2 Izdajanje licenc in dovoljenj za zdravstvene strokovnjake in ustanove

V skladu z Direktivo 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu se uporablja zakonodaja države članice, kjer se pacient zdravi (člen 4(1)(a))<sup>(3)</sup>. EESO predlaga razmislek o spremembi Direktive 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij, ki ne predvideva čezmejnega izvajanja storitev.

#### 5.1.1.5.3 Varstvo podatkov

Podatki o zdravju so občutljivi. Bolniki želijo te informacije in dostop do njih nadzirati v svoj prid. O pravici pacientov do blokiranja informacij iz lastne anamneze je treba razpravljati na globalni ravni, da bi dosegli enake standarde za vse evropske državljanke. EESO opozarja, da pomanjkanje zaupanja v varnost zdravstvenih podatkov paciente lahko vodi v prikrivanje bistvenih informacij.

5.1.1.5.4 Varstvo osebnih podatkov je temeljna pravica, ki ju zagotavljata PDEU (člen 16) in Listina o temeljnih pravicah (člena 7 in 8). Direktiva 95/46/ES predvideva takšno varstvo pri obdelavi in prostem pretoku podatkov<sup>(4)</sup>. Vendar je manevrski prostor, dodeljen državam članicam za prenos direktive,

(1) EPSOS pripravlja priporočila, tehnične specifikacije, opise sistemov, organizacijske modele, aplikacije in orodja za informatiko itd., s katerimi naj bi izboljšali interoperabilnost na večnacionalni ravni. Poleg tega so v več regijah bili **uvadeni pilotni sistemi**.

(2) Glej delovni dokument služb Komisije o *uporabi obstoječega pravnega okvira EU za telemedicinske storitve*, SWD(2012) 414 final.

(3) Glej Direktivo 2000/31/ES, člen 3(1) in (2): „načelo države izvora“.

(4) Uporabljata se tudi Direktiva 2002/58/ES o varstvu zasebnosti na področju elektronskih komunikacij in Direktiva 2011/24/EU.

privedel do velikih razlik v ravni varstva, kar je zdaj ena največjih ovir za čezmejno telemedicino. Zato EESO ponovno izraža podporo predlagani splošni uredbi o varstvu podatkov<sup>(5)</sup>, v skladu s pogoji, ki jih je navedel v svojem mnenju z dne 23. maja 2012<sup>(6)</sup>.

#### 5.1.1.5.5 Povračilo

Država članica zdravstvenega zavarovanja (v kateri se izvaja zdravstvena storitev) mora po potrebi zagotoviti, da se stroški čezmejnega izvajanja storitve povrnejo (Direktiva 2011/24/EU, člen 7(1)). EESO meni, da mora pacient dobiti jasne informacije o pogojih za povračilo.

#### 5.1.1.5.6 Odgovornost za škodo zaradi strokovnih napak in napak medicinske opreme.

To je zapletena problematika, med drugim tudi zato, ker se lahko pojavlja veliko različnih akterjev. Pri izvajanju čezmejnih zdravstvenih storitev obstaja splošno načelo: uporaba zakonodaje države članice, kjer poteka zdravljenje (Direktiva 2011/24/EU, člen 4(1)). Pri izdelkih z napako velja Direktiva 85/374/EGS, ki določa načelo objektivne odgovornosti. EESO meni, da je treba v okviru obstoječe pravne podlage posamične primere reševati na podlagi sodne prakse.

#### 5.1.1.5.7 Sodna pristojnost in veljavna zakonodaja

Tudi pri tem gre za zelo zapleteno vprašanje, ki ga je treba obravnavati v skladu z veljavnimi mednarodnimi predpisi in pogodbam. EESO predlaga, da se upoštevajo načini zunajsodnega reševanja sporov, kot sta arbitražna in mediacija.

#### 5.1.1.5.8 Pravica do dostopa

Obseg dostopa pacientov in državljanov do informacij o zdravju in osebne anamneze se je povečal. Nekatere regije so dvignile svojo raven storitev in celotnemu prebivalstvu, izbranim skupinam ogroženih pacientov ali celotnim regijam zagotavljajo centre za oskrbo in storitve, ki delujejo 24 ur na dan. Pacienti lahko sami rezervirajo svoje obiske in imajo ustrezen vpogled v podatke iz svoje zdravstvene dokumentacije. To paciente spodbuja, da aktivno prevzemajo svoj del odgovornosti za skrb za svoje zdravje in preventivo. EESO meni, da je v primeru čezmejnih storitev smiselno urediti pravico do dostopa.

#### 5.1.1.5.9 Mobilne aplikacije za zdravje in dobro počutje

EESO pozdravlja odločitev Komisije, da bo v zeleni knjigi, ki naj bi bila predstavljena leta 2014, obravnavala aplikacije za zdravje in dobro počutje („mobilno e-zdravje“). To posebno področje e-zdravja doživlja zdaj zaradi širjenja mobilnih naprav (pametnih telefonov, tabličnih računalnikov itd.) in posebne programske opreme za te naprave (aplikacij) še prav poseben razmah. Zaradi njihovega hitrega širjenja so potrebna pravila za urejanje tehničnih in pravnih vprašanj, povezanih z njihovo uporabo.

<sup>(5)</sup> COM(2012) 11 final - 2012/0011 (COD).

<sup>(6)</sup> Raziskovalno mnenje EESO o digitalnem trgu kot gonilu rasti, UL C 229, 31.7.2012, str. 1.

## 5.2 Raziskave, razvoj in inovacije

5.2.1 EESO meni, da so raziskovalna področja, ki jih predlaga Komisija, primerna, da se subvencionirajo v okviru cilja Zdravje, demografske spremembe in dobro počutje iz programa Obzorje 2020.

5.2.2 Ker obseg sredstev, ki jih namerava EU nameniti za medicinske raziskave v obdobju 2014–2020, še ni bil določen, EESO opozarja, da *National Institutes of Health* (ZDA) v ta namen letno vlaga 30,9 milijarde dolarjev.

5.2.3 V pričakovanju predlogov organizacij, ki zastopajo zdravstvo, kot je EPHA (*European Public Health Alliance* – Evropska zveza za javno zdravje), EESO predlaga, da se v raziskovalnih programih med drugim upoštevajo naslednji vidiki:

— dopolnjevanje z drugimi programi, kot je Zdravje za rast, in priprava zanesljivih statističnih podatkov o razvoju zelo pogostih bolezni, kot so debelost, bolezni srca in ožilja, rak, sladkorna bolezen itd.;

— usklajevanje, saj je raziskovalna skupnost že tradicionalno neodvisna in raziskovalci med seboj ne komunicirajo dovolj;

— pogoji patentov za dela, ki jih financirajo davkoplačevalci, da bi preprečili, da bi tveganja raziskav nosila celotna družba, dobički pa bi bili privatizirani<sup>(7)</sup>.

5.3 EESO meni, da je predlog Komisije glede razvoja podjetniškega tkiva v zvezi z e-zdravjem primeren, zlasti za podporo malim in srednje velikim podjetjem, vendar zaradi premajhne konkretnosti in količinskih opredelitev natančnejša ocena ni mogoča.

5.4 Glede instrumenta za povezovanje Evrope 2014–2020 EESO na podlagi rezultatov pilotnega projekta EPSOS ter drugih projektov in študij poudarja, da se ne sme skriti na „povezovanje sistemov“. Omogočiti mora tudi, da ljudje spoznajo in razumejo povezovanje ter da so deležni koristi, ki jih ponuja.

## 5.5 Kohezija

5.5.1 Cilj novega programa za e-zdravje mora biti zagotovitev večje enakosti evropskih državljanov pri dostopu do zdravstvenih storitev. Kot je EESO že opozoril, je na dlani, da sta širokopasovni dostop v vseh državah in popolna povezljivost bistvena pogoja za razvoj telemedicine, zaradi česar je treba okrepiti digitalno opremljanje ozemelj, zlasti podeželja in regij na skrajnem obrobju<sup>(8)</sup>.

<sup>(7)</sup> Stališče EPHA o programu Obzorje 2020 (junij 2012). [http://ec.europa.eu/research/horizon2020/pdf/contributions/during-negotiations/european\\_organisations/european\\_public\\_health\\_alliance.pdf](http://ec.europa.eu/research/horizon2020/pdf/contributions/during-negotiations/european_organisations/european_public_health_alliance.pdf)

<sup>(8)</sup> UL C 317, 23.12.2009, str. 84.

5.5.2 EESO tik pred iztekom sedanjega programskega obdobja ESRR upa, da bodo v obdobju 2014–2020 pripravljene predlogi za obsežno uvajanje najnovejših tehnologij v celotni EU in predvsem, da bo zanje zagotovljen ustrezen proračun. Da pri storitvah e-zdravja ne bi prišlo do takšnih neenakosti, kot obstajajo pri sedanjem dostopu do zdravstvenih storitev, so potrebni širši ukrepi in večje naložbe, kot so predvideni v ESRR.

#### 5.6 *Izboljšanje pismenosti na področju e-zdravja*

5.6.1 EESO meni, da je glede pacientov zelo pomembno, da se ljudem omogoči dostop do njihovih lastnih podatkov, ki so zdaj „zaseženi“ v zdravstvenih informacijskih sistemih. V zvezi s tem velja omeniti projekt Sustains, ki se zdaj izvaja v 13 evropskih regijah in s katerim naj bi ljudem olajšali dostop do njihovih zdravstvenih podatkov prek „osebnih zdravstvenih map“ in drugih ustreznih storitev v spletnem okolju.

5.6.2 Kar zadeva zdravstvene delavce, je treba nujno spodbujati vključevanje znanja o e-zdravju v načrte usposabljanja strokovnjakov v zdravstvu, tako medicinskih kot upravljaljskih.

#### 5.7 *Ocenjevanje programov*

5.7.1 EESO meni, da je opredelitev skupnih vrednot in ocenjevalnih programov o prednostih e-zdravja (izvajala naj bi jih Komisija) eden najpomembnejših vidikov, saj hitrost tehnoloških sprememb pogosto onemogoča, da bi spoznali njegovo dejansko korist. Raziskave kažejo, da sta podpora prebivalstva in zdravstvenih delavcev e-zdravju neposredno povezana s prepričanjem, da bodo te storitve zagotovile preverljivo izboljšanje zdravstvenega sistema.

5.7.2 EESO opozarja tudi, da sta dobro poznavanje modelov in tehnologij, ki imajo pozitiven učinek, ter njihovo izrecno spodbujanje temeljnega pomena za zdravstvene modele, ki temeljijo na IKT. Da bi dosegli ta koristni učinek, so potrebne prožne in dinamične ocenjevalne metode, pri čemer mora biti pozornost namenjena predvsem celotnemu ocenjevanju opravljene storitve, manj pa tehnologiji sami. Vključiti je treba tudi oceno učinkovitosti storitve, v povezavi z njenimi skupnimi gospodarskimi stroški in koristmi, čeprav gospodarnost seveda ne sme biti edino merilo za priporočljivost uporabe modelov zdravstvenega varstva, ki temeljijo na IKT.

5.7.3 Na splošno med javnimi organi, industrijo in predstavniškimi organizacijami prevladuje pogled, da se lahko e-zdravje (ki vključuje zelo različne aplikacije) izkaže za zelo koristno v smislu skrbi za javno zdravje. EESO se s tem pogledom strinja, vendar opozarja, da je treba upoštevati tudi kritična mnenja, ki temeljijo na dejanskih izkušnjah ter dvomijo v prihranek stroškov in opozarjajo na probleme: računalniške napake, „kloniranje“ poročil, možnosti goljufij, visoki stroški itd.

#### 5.8 *Spodbujanje političnega dialoga in mednarodnega sodelovanja*

Na dlani je, da mora politični dialog o e-zdravju, kot predlaga Komisija, potekati na svetovni ravni, saj si na tem področju močno prizadevajo tudi države v razvoju. Tako bo mogoče utreti pot za uporabo IKT pri uresničevanju ciljev Združenih narodov in njihovo uporabo v okviru solidarnosti.

V Bruslju, 22. maja 2013

*Predsednik*  
*Evropskega ekonomsko-socialnega odbora*  
Henri MALOSSE