

I

(Resolucije, priporočila in mnenja)

MNENJA

EVROPSKI EKONOMSKO-SOCIALNI ODBOR

528. PLENARNO ZASEDANJE EESO – 20. IN 21. SEPTEMBER 2017

Mnenje Evropskega ekonomsko-socialnega odbora – Posledice digitalne revolucije v zdravstvu za zdravstveno zavarovanje**(mnenje na lastno pobudo)**

(2017/C 434/01)

Poročevalec: **Alain COHEUR**

Sklep plenarne skupščine	26. 1. 2017
Pravna podlaga	člen 29(2) poslovnika mnenje na lastno pobudo
Pristojnost	strokovna skupina za enotni trg, proizvodnjo in potrošnjo
Datum sprejetja mnenja strokovne komisije	5. 9. 2017
Datum sprejetja mnenja na plenarnem zasedanju	20. 9. 2017
Plenarno zasedanje št.	528
Rezultat glasovanja (za/proti/vzdržani)	174/0/1

1. Sklepi

1.1 Po mnenju Evropskega ekonomsko-socialnega odbora (EESO) je glede na digitalno revolucijo v zdravstvu nujno, da se ohranjajo in spodbujajo solidarni, vključujoči in nediskriminatorni sistemi zdravstvenega zavarovanja, ki koristijo vsem. Vključevanje in enak dostop vseh do kakovostnih (digitalnih in nedigitalnih) zdravstvenih storitev ter zavezanost temu cilju so dejansko pogoji za univerzalno zdravstveno varstvo.

1.2 Tako kot v prejšnjih mnenjih ⁽¹⁾ EESO zavzema stališče, da lahko digitalizacija prispeva k enakemu dostopu do zdravstvene nege, ki je temeljni cilj zdravstvenih politik, vendar pod naslednjimi pogoji:

- enako geografsko pokritje ob upoštevanju digitalno slabo zajetih območij (dostop, hitrost povezave);
- zmanjšanje digitalnega razkoraka z vidika razširjenosti med državljani, delavci v zdravstvu ter akterji v sistemih zdravstvenega zavarovanja;

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

- interoperabilnost celotne digitalne infrastrukture (baze podatkov, medicinski pripomočki), ki omogoča kontinuiteto nege v posameznih strukturah in med njimi;
- varstvo zdravstvenih podatkov, ki se jih pod nobenimi pogoji ne sme uporabiti v škodo pacienta.

1.3 Razmah telemedicine, povezanih predmetov, nanotehnologije, biotehnologije, informacijske tehnologije in kognitivnih znanosti (NBIC) ne sme pripeljati do tega, da bi bili posamezniki obravnavani kot povezana telesa, ki jih je mogoče analizirati, nadzorovati in spremljati na daljavo z visokozmogljivim računalniškim programom. Razvoj tehnologije v zdravstvu dejansko spodbuja ravno nasprotno, saj potrjuje, da so medčloveški odnosi in socialne vezi temelj zdravstvene oskrbe in nege.

1.4 EESO ponavlja, da je prevelika odgovornost državljanov, ki naj bi sami upravljali s svojim zdravjem, problematična, zaostre pa jo še pretirana individualizacija. Zaradi napovedovalne medicine in povezanih naprav se izboljšuje znanje o tveganjih za zdravje posameznika ter njihovo spremljanje, kar spodbuja bolj politike, ki so bolj prilagojene posamezniku. Odkrivanje teh tveganj ter razlike, ugotovljene med posamezniki, odpirajo pomembna etična vprašanja, povezana z zavarovalnim kritjem, ki temelji na solidarnosti.

2. Priporočila

2.1 EESO opominja, da so za uspeh digitalne revolucije potrebni učinkoviti sistemi zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se:

- (a) zagotovi, da se z digitalizacijo uveljavljajo in krepijo naše temeljne pravice na področju zdravja, ne pa slabijo. Digitalizacija mora povečati možnosti posameznika in skupnosti, hkrati pa mora biti močna spodbuda za uveljavljanje pravic in razvoj novih oblik organizacije in upravljanja na področju zdravja;
- (b) znova potrdi, da sta solidarnost in univerzalnost temelj našega zdravstvenega sistema, katerega ohranitev je naloga nas vseh.

2.2 Napredek digitalizacije nikakor ne sme ogroziti načel delitve in združevanja zdravstvenih in socialnih tveganj; ta načela so resnični temelj kolektivne solidarnosti.

2.3 EESO opozarja, da je treba:

- omogočiti in olajšati dostop državljanov do digitalne pismenosti na področju zdravja, da se spodbudi kritičen pristop do informacij o zdravju;
- zagotoviti kakovostne informacije o zdravju, zlasti s spodbujanjem postopkov označevanja/odobritve aplikacij za zdravje;
- okrepiti zaupanje med pacienti, zdravstvenimi delavci in akterji v sistemih zdravstvenega zavarovanja;
- uvesti sistem izobraževanja, ki bo prilagojen uporabnikom zdravstvenih storitev in zdravstvenim delavcem, da se zagotovi učinkovita, varna in zaščitena uporaba digitalnih tehnologij ter spodbudijo spremembe v zdravstvenem sistemu;
- okrepiti socialni dialog kot nepogrešljiv posvetovalni forum za podporo prihodnjih sprememb;
- sprejeti ukrepe za varno obdelavo osebnih podatkov, da se preprečijo prakse, pri katerih se podatki o zavarovanju (dostop, povračilo stroškov ...) izkoriščajo v komercialne namene, ki nikakor niso povezani z javnim zdravjem;
- spodbujati regulativni okvir, ki ga je mogoče prilagajati in ki upošteva celoten ekosistem (različne zainteresirane strani) in vlogo nosilcev zdravstvenega zavarovanja kot zaupanja vredne tretje strani v okviru njihovih odnosov z zavarovanci/člani;
- podpreti razvoj nomenklature zdravstvenih storitev, za katere se povrnejo stroški, in storitev za dobro počutje, pri čemer je treba upoštevati tehnične inovacije, ki jih omogoča digitalizacija;

- podpreti prehod na t. i. medicino „4 P“⁽²⁾ z razvojem storitev, ki temeljijo na solidarnosti in jih kot odgovor na potrebe državljanov zagotavljajo nosilci zdravstvenega zavarovanja.

3. Ozadje

3.1 Vse hitrejši napredek digitalizacije povzroča tako obsežne in hitre spremembe na področju zdravja, kakršnih doslej še ni bilo. Digitalizacija z izrednim porastom števila povezanih predmetov in mobilnih aplikacij za zdravje, izkoriščanjem velepodatkov, pojavom nanotehnologije, biotehnologije, informacijske tehnologije in kognitivnih znanosti (NBIC) ter ogromno ponudbo novih zdravstvenih storitev korenito spreminja naše zdravstvene sisteme.

3.2 Digitalne inovacije v zdravstvu nikakor niso omejene na tehnično ali znanstveno področje, temveč so zaradi inovativnih načinov uporabe, ki jih omogočajo, izredno raznolike. Nove oblike uporabe spremljajo obsežne socialne inovacije ter omogočajo nove odgovore na zdravstvene in socialne potrebe.

3.3 To neposredno vpliva tudi na strukturo odnosov znotraj kompleksnega ekosistema med:

- a) državljan, ki poznajo svoje zdravstveno stanje,
- b) zdravstvenimi delavci in pomožnim medicinskim osebjem ter njihovim odnosom do pacienta ter
- c) različnimi oblikami organizacije, upravljanja in financiranja sistemov zdravstvenega zavarovanja.

3.4 Glede odnosa posameznikov do lastnega zdravja velja, da se ljudje bolj zavedamo pomena zdravja in svoje odgovornosti za zdravje. Zaradi težav pri dostopu do medicinskih informacij in posledično neznanja je zdravstveno tveganje doslej za posameznika pomenilo veliko negotovost; odslej bo imel vsak na voljo celo množico naprav (npr. povezanih predmetov), s katerimi bo lahko ugotovil svoje zdravstveno stanje in ustrezno prilagodil svoj način življenja.

3.5 Zaradi razpoložljivosti informacij posameznik postane akter na področju zdravja, ki je sposoben opredeliti, primerjati in izbirati zdravstvene storitve, ki so zanj najprimernejše. E-pacient prispeva k napovedovalni medicini, ustvarja zdravstvene podatke in je akter svojega zdravja ter zdravja drugih. V tem smislu je informirana privolitev glavni element in je povezana z varstvom, celostnim upravljanjem in uporabo podatkov.

3.6 Nove tehnologije omogočajo, da je poudarek na preprečevanju bolezni in ne na njihovem zdravljenju. Poleg tega omogočajo učinkovitejšo zdravljenje, ki je manj agresivno in bolj prilagojeno genetskim ter biološkim značilnostim posameznika; informacije so na voljo v realnem času, kar izboljša terapevtski odziv.

3.7 Za zdravstvene delavce to pomeni pridobivanje novega znanja in spretnosti ter nova področja dela, kar se bo odražalo na več načinov, zlasti pa: v drugačnem odnosu do pacientov, ki bo bolj temeljil na medsebojnem zaupanju; postopnem spoznavanju digitalnih orodij na usposabljanjih; novih načinov uporabe tehnologije pri nujenju zdravstvene oskrbe ter v sodelovalnem in deljenem pristopu, ki ga omogočajo interoperabilni sistemi.

3.8 Te spremembe mora spremljati socialni dialog, zdravstvenim delavcem pa je treba ponuditi več možnosti za izobraževanje.

3.9 Z vidika sistemov zdravstvenega zavarovanja je dostop vseh državljanov do učinkovitih in kakovostnih javnih in zasebnih zdravstvenih storitev cilj, za katerega si je treba prizadevati in ki bo močno vplival na zdravstveno zavarovanje, saj bo v prihodnje treba razviti individualizirane rešitve in postopke obravnave v mejah načela solidarnosti, še preden se pojavi tveganje. Hkrati mora zdravstveno zavarovanje ohraniti svojo tradicionalno funkcijo, tj. bolnim zagotavljati dostop do zdravstvenih storitev.

3.10 Inovacije v medicini, ki jih omogoča digitalizacija, lahko sprožijo korenite spremembe v zdravstvenem zavarovanju. Pojavlja se nova dinamika, ki ustvarja individualizirano medicino in postopke zdravljenja na podlagi dveh virov informacij:

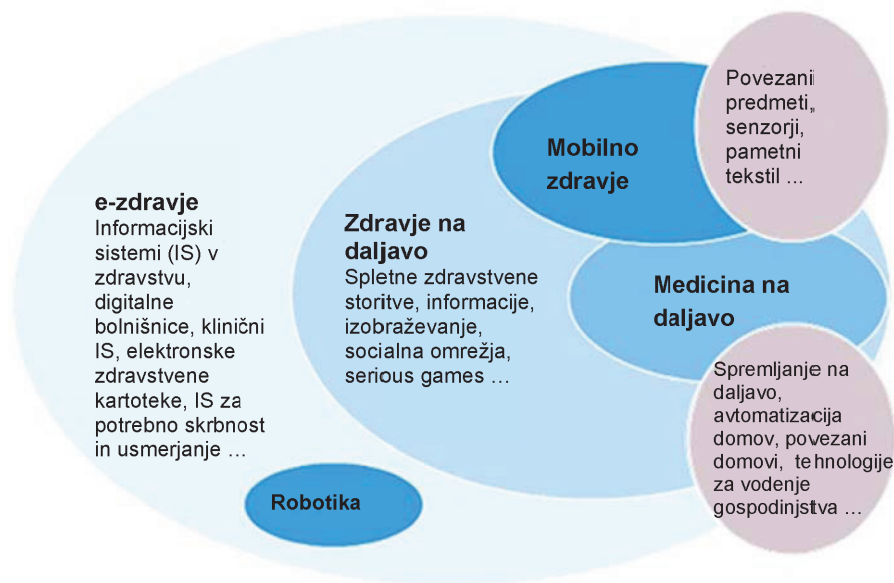
⁽²⁾ Glej točko 4.2.

a) dešifriranje genoma:

Možnost napovedovanja, ki je s tem povezana, lahko zdravstveno preventivo dopolni s popolnoma novo razsežnostjo (ko je genom dešifriran, so zdravstvena tveganja „znana“ in preventiva je bolj smiselna) in sisteme zdravstvenega zavarovanja postavi pred velike izzive.

b) naprave za e-zdravje:

Tukaj je treba omeniti med drugim povezane predmete, ki sodijo na področje „samopodatkov“ („self data“ – samomerjenje) in ljudem omogočajo, da poznajo in izboljšajo svoje zdravstveno stanje.



V ta namen je treba obravnavati vrsto vprašanj in ugotovitev.

- a) Ali bi lahko ti novi viri znanja privedli k uvedbi novih, individualiziranih ponudb in novih storitev, ki so bolj prilagojene zavarovancem?
- b) Ali bo zdravstveno kritje v prihodnosti odvisno od zdravstvenih tveganj, odkritih z dešifriranjem genoma?
- c) Ali je že prišlo do prehoda od pristopa, ki temelji na zdravljenju, k preventivnemu pristopu? Kakšne posledice imajo težke ekonomske razmere za upravljanje in financiranje zdravstvenega zavarovanja? Ali bi bilo treba povrniti stroške za individualizirane programe zdravstvene preventive, ki potekajo prek digitalnih platform?
- d) Ali bo dobro počutje⁽³⁾ nadomestilo zdravje? Ali nas to preoblikovanje sistema zdravstvenega varstva spodbuja k zasnovi holistične medicine, kjer je manj v ospredju pristop, ki temelji na zdravljenju?
- e) Ali se bodo glede na te spremembe tudi odnosi med pacienti in zdravniki ter med zavarovalnicami in zavarovanci korenito spremenili in bo model namesto „vertikalnega“ postal bolj „horizontalen“, v katerem pacient postavlja vprašanja in pridobiva „laično znanje“?
- f) Ali ne bi bilo treba glede na ekonomsko moč velikih digitalnih podjetij oživiti naložbe v raziskave in razvoj, ki ga vodijo javne oblasti?

⁽³⁾ „Področja dobrega počutja, zdravja in zdravstvene oskrbe so del kontinuitete med normalnim in patološkim stanjem. Ta kontinuiteta je koristna za medicino.“

4. Posledice digitalizacije za državljane in paciente

4.1 Digitalni prehod posameznikom omogoča, da ukrepajo glede svojega zdravstvenega stanja, čeprav se je treba zavedati, da so pri digitalnem dostopu še vedno ovire. Razširjen dostop do znanja, infrastrukture ter inovativnih in individualiziranih zdravstvenih storitev bi lahko vsakemu omogočil, da postane akter svojega lastnega zdravja, pa tudi, da – kot pomočnik, ustvarjalec informacij in posrednik podatkov – prispeva k izboljšanju zdravja drugih.

4.2 Ta individualizirani pristop je znan tudi kot „**medicina 4 P**“:

participativna: zaradi medicinskih podatkov, ki jih ustvarijo pacienti sami s pomočjo vse večjega števila povezanih predmetov. Odnos med pacientom in zdravnikom (ki ni več edini vir medicinskega znanja) se spreminja. Pacient postaja „akter“;

preventivna: pacienti redno zbirajo informacije o svojem zdravju in se vse bolj zavedajo potrebe po varovanju zdravja, kar odpira vrata zdravstvu, ki je bolj preventivno;

personalizirana: stalen pritok vse bolj natančnih in raznolikih osebnih podatkov omogoča tudi razvoj vse bolj individualiziranega zdravstvenega varstva;

napovedovalna (predikativna): tehnološki napredek, ki na primer omogoča digitalizacijo celotnega genoma ljudi, omogoča zdravstveno varstvo, pri katerem so možne vse boljše napovedi.

4.3 Pismenost in nevarnost novega, digitalnega razkoraka na področju zdravja

4.3.1 Pismenost na področju zdravja pomeni sposobnost posameznika, da pridobi, razume in uporabi informacije na način, ki spodbuja in ohranja dobro zdravje; pomeni torej dosego ravni znanja, osebnih kompetenc in zaupanja, ki omogoča sprejemanje ukrepov za izboljšanje zdravstvenega stanja posameznika in skupnosti s spremembo načina življenja in življenjskih pogojev.

4.3.2 Digitalizacija lahko zaostri socialne neenakosti na področju zdravja s krepitvijo vzročne povezave med zdravstvenim stanjem posameznika in njegovimi kognitivnimi sposobnostmi (na primer sposobnostjo, da najde in razume zanesljive informacije o zdravju) ter finančnimi zmožnostmi (na primer možnostjo, da si nabavi najboljše naprave). Neenakosti so še zlasti opazne pri starejših, najbolj ranljivih osebah ter osebah, ki živijo na območjih s slabo digitalno pokritostjo.

4.3.3 Za uporabo aplikacij za zdravje je potrebna določena raven znanja, ki omogoča dostop do informacij o zdravju, njihovo razumevanje, oceno in uporabo za sprejemanje vsakdanjih odločitev o zdravstvenih storitvah, preprečevanju bolezni in spodbujanju zdravja. Nizka raven pismenosti namreč ljudi izpostavlja številnim zdravstvenim tveganjem, s posledicami glede pričakovane življenjske dobe v dobrem zdravju, prezgodnje smrti, kakovosti življenja in stroškov za posameznika in družbo.

4.3.4 Kljub temu ne smemo spregledati nastajajočega digitalnega razkoraka med zdravstvenimi delavci in med pomožnim medicinskim osebjem, kar bi lahko odpravili z izboljšanjem sistemov izobraževanja z usposabljanjem za obvladovanje novih odnosov med zdravniki in pacienti, ki jih ustvarja digitalizacija.

4.4 Prevelika odgovornost – še ena nevarnost digitalizacije

4.4.1 Merjenje na področju zdravja spodbuja posameznike, da so mikro upravljavci svojega zdravja in da prevzemajo preveliko odgovornost, v škodo bolj kolektivnemu razumevanju. Posameznike spreminja v akterje, ki odločajo sami in so sami odgovorni za svoje navade, ki so dobre ali slabe za zdravje. To pa lahko odvrača pozornost od okoljskih ali socialno-ekonomskih vzrokov za probleme na področju javnega zdravja.

4.4.2 Nezmožnost, da se predvidijo posledice digitalizacije za individualizacijo, vse večje socialne neenakosti na področju zdravja in vse večja komercializacija zdravja lahko ogrozijo naše modele splošnega zdravstvenega zavarovanja, ki temelji na solidarnosti.

5. Posledice digitalizacije za zdravstvene delavce in njihove medsebojne odnose

5.1 Elektronska zdravstvena kartoteka – temelj sistema zdravstvenega varstva

5.1.1 Digitalizacija omogoča odpravo ovir znotraj sistema zdravstvenega varstva, saj bolnišnicam, zasebnim ordinacijam, zdravstvenim mrežam in ponudnikom zdravstvenih storitev na domu olajšuje združevanje informacij. Zanesljivi in hitri načini prenosa informacij, ki jih zberejo različne strani, so nujen pogoj za usklajevanje zdravljenja ter za splošno skrb za pacienta. Tako je veliko lažje zagotavljati kontinuiteto zdravljenja in multidisciplinarno oskrbo pacienta. Razpoložljivi, hitro dostopni, izmenjani in združeni podatki olajšujejo odločitve o medicinskih vprašanjih, elektronska izmenjava podatkov med zdravstvenimi delavci pa zagotavlja neposredno dodano vrednost z vidika kakovosti zdravstvene oskrbe.

5.1.2 Elektronska zdravstvena kartoteka omogoča boljše usklajevanje in večjo kakovost zdravljenja, kar je v korist pacientov, saj si pooblaščenec strani delijo podatke, pod pogojem, da se je pacient s tem predhodno strinjal, razen če gre za nujne primere ali višjo silo. Pravila v zvezi z elektronsko zdravstveno kartoteko zajemajo vsa specifična jamstva pacientu glede digitalnih podatkov, da se zaščiti njegova zasebnost in dostop do podatkov. Zaupnost zdravstvenih in administrativnih dosjejev pacientov mora biti popolnoma zajamčena.

5.1.3 Elektronska zdravstvena kartoteka pomaga izogniti se napakam, ki bi nastale zaradi slabo berljivih dokumentov (recepti, poročila o zdravniškem pregledu), olajšuje dostop do podatkovnih zbirk o zdravljenih in omogoča varnejše izdajanje receptov, saj so znani bolnikovi podatki. Digitalizacija medicinske prakse pomaga preprečevati napake in zmanjšati tveganje za zaplete, ki bi nastali zaradi zdravljenja.

5.1.4 Funkcije opomnikov in alarmov, ki jih omogoča digitalizacija zdravstvenih kartotek, prispevajo k boljšim preventivnim ukrepom (cepljenje, presejalni testi), olajšujejo spremljanje kroničnih bolnikov, izboljšujejo znanje o zdravljenih in kakovost zdravljenja, izvajalcu zdravstvenih storitev pa omogočajo večjo učinkovitost pri diagnostiki in predpisovanju zdravljenj.

5.1.5 Še več: medtem ko digitalizacija informacij o pacientu pomaga izboljšati proces odločanja o medicinskih vprašanjih, pa bomo v prihodnjih letih pričali tudi drastičnim spremembam medicinskih postopkov. Medicinska diagnostika ne bo več mogoča brez ekspertnih sistemov ali orodij umetne inteligence. Takšna revolucija je posledica sočasnega razvoja genomike, nevroznanosti in povezanih predmetov (NBIC) in samo stroji bodo v bodoče sposobni obdelati vse količine podatkov.

5.2 Ljudje v središču razvoja novih medicinskih postopkov

5.2.1 Tehnološki razvoj dovoljuje in podpira razvoj telemedicine, ki omogoča nove medicinske in pomožne medicinske postopke. Telemedicina ima naslednje prednosti: boljše zdravstveno pokritje oddaljenih območij in manj poti za ljudi v slabem zdravstvenem stanju, spremljanje bolezni na daljavo in preprečevanje hospitalizacije, izmenjava strokovnega znanja na daljavo, terapevtsko usposabljanje s spremljanjem na daljavo ter multidisciplinarno usklajevanje na podlagi posvetovanja in strokovnih mnenj na daljavo.

5.2.2 Telemedicina, elektronska komunikacija med zaposlenimi v zdravstvu, elektronski dokumenti, združevanje znanja posameznikov ter delitev intelektualnih ali medicinsko-tehničnih virov morajo zdravstvenim delavcem omogočiti prihranek časa, ki ga lahko znova namenijo pacientu, individualnemu pogovoru z vsakim posebej, s čimer močno izboljšajo medsebojne odnose.

6. Posledice digitalizacije za upravljanje zdravstvenega zavarovanja

6.1 Velepodatki („big data“)

6.1.1 Postopna digitalizacija naših zdravstvenih sistemov je po eni strani nedvomno prispevala k izboljšanju administrativnega in finančnega upravljanja posameznih možnosti zavarovanja vsakega državljana (več prostora, več časa, več potrošnih dobrin, večja produktivnost, lažje in varnejše arhiviranje, okoljske prednosti), po drugi pa je tudi omogočila hitrejšo povračilo stroškov izvajalcem zdravstvenih storitev in bolnicam ter hkrati povečala število kontrol in zmanjšala tveganje za napake pri izdajanju računov za storitve.

6.1.2 Z administrativnimi obrazci v elektronski obliki se je skrajšal čas za njihovo pošiljanje, upravni postopki pa so enostavnejši, čeprav ni neposrednih koristi za kakovost zdravljenja. Elektronsko vodenje olajša medicinsko prakso, saj se zdravnik lahko bolj posveti zdravljenju in manj neizogibnemu administrativnemu delu.

6.1.2.1 Velepodatki se danes ustvarjajo z združevanjem vseh podatkov vseh pacientov/zavarovancev, vključno s podatki iz aplikacij za zdravje. To pa zahteva sposobnost analize vseh podatkov iz najrazličnejših virov. V ta namen so potrebni načini za medsebojno povezovanje podatkov ter za samodejno in stroškovno učinkovito iskanje koristnih informacij med nestrukturiranimi podatki.

6.1.3 Z aplikacijami za zdravje se podatki ne kopičijo več pri zdravniku, v bolnišnici ali zavarovalnici, temveč na napravi ali spletnih platformah, podprtih z računalništvom v oblaku, pri čemer sedež matičnega podjetja ni več nujno v državi, v kateri je oseba zdravstveno zavarovana, ali sploh v Evropi.

6.1.4 Ključnega pomena je interoperabilnost, tako na evropski ravni (enotni digitalni trg) kot nacionalni. Razviti in uporabljati je treba okvir za interoperabilnost zdravstvenih informacijskih sistemov, ki bi zajemal načela in standarde, ki jih je treba spoštovati pri izmenjavi zdravstvenih podatkov v popolnoma varnem okolju in z vključevanjem vseh akterjev na področju e-zdravja.

6.2 Varstvo podatkov

6.2.1 Za državljane in paciente sta najpomembnejša lastništvo in varstvo podatkov; to je hkrati temeljna pravica, ki jo je treba spoštovati. Državljeni in pacienti morajo imeti pravico, da sami razpolagajo s svojimi podatki. To pomeni njihovo svobodno, informirano in stalno privolitev, da se njihovi podatki zbirajo in uporabijo, priznanje dejanske pravice do prenosljivosti ter razvoj rešitev, kot je pobuda „Blue Button“⁽⁴⁾, za dostop do podatkov o prejšnjem zdravstvenem stanju posameznika.

6.2.2 Splošna uredba o varstvu podatkov, ki bo začela veljati 25. maja 2018, ureja to vprašanje na evropski ravni. Upoštevati je treba tudi deklaracijo Svetovnega zdravniškega združenja o etičnih pomislekih glede zbirk zdravstvenih podatkov in biobank (deklaracija iz Tajpeja).

6.3 Sistem zdravstvenega zavarovanja doživlja spremembe

6.3.1 Digitalizacija prodira tudi v zavarovalništvo. Sprva je bila omejena na predloge za informacije in primerjave (orodja za primerjavo, spletna registracija ipd.) ter zdravstveno-administrativne obrazce v elektronski obliki, v prihodnje pa bo močno presegla te transakcijske elemente. Nove metode kvantitativne analize, znane kot velepodatki, bodo korenito spremenile ekonomski model zavarovalništva in pojavili se bodo novi produkti.

6.3.2 Te spremembe bodo neizogibno močno vplivale na:

- poklice, povezane z zbiranjem, shranjevanjem, posredovanjem, obdelavo in preoblikovanjem podatkov prek algoritmov, ki imajo veliko dodano vrednost z vidika informacij;
- status pacienta, ki postaja aktivni akter svojega zdravja in vse manj odvisen od zdravstvenih delavcev.

6.3.3 Z razvojem tehnologije in aplikacij za zdravje bo vsak lahko „konkretiziral“ svojo fizično aktivnost, prehrano, interakcijo z drugimi, torej vse dejavnike, ki vplivajo na njegovo zdravje.

6.3.4 Uporaba velepodatkov za posameznike bi lahko pomenila prehod od modela kritja in združevanja tveganj na model, ki bi temeljil na zavarovanju vedenja in individualnem zavarovanju, posledica pa bi bila pretirana individualizacija. Medtem ko se zdi, da so zasebne zavarovalnice, katerih glavni cilj je ustvariti dobiček, precej hitro zmožne najti svoje mesto, pa bi bile spremembe lahko težavnejše za vzajemne družbe in javne zavarovalnice, ki bi se znašle pod pritiski, ki bi ogrozili njihov glavni namen.

⁽⁴⁾ Predstavitev pobude „Blue Button“: pobudo je leta 2010 sprožila ameriška uprava, da bi vzpostavili platformo za spremljanje, nadzor in prenos osebnih zdravstvenih podatkov ameriških veteranov. Platforma omogoča tudi dostop do njihove zdravstvene kartoteke, podatkov o zdravstvenem zavarovanju in prejšnjem zdravstvenem stanju (alergije, diagnostika ipd.) ter prenos teh podatkov. Vir: <http://www.va.gov/bluebutton/>.

6.3.5 Ponudniki zdravstvenega zavarovanja pa bodo zaradi tega razvoja postali ranljivi, saj se bodo znašli v navzkrižju večdimenzionalnega ekosistema, ki ga sestavljajo industrija, zdravniki, vlade, regulatorji, vlagatelji in pacienti.

6.3.6 Zdravstvene zavarovalnice se bodo soočile s hudimi ovirami zaradi zelo strogih predpisov v zvezi z ravnanjem z občutljivimi zdravstvenimi podatki, zapletenega delovanja in financiranja zdravstva in bolnišnic, precej toge in slabo odzivne vrednostne verige (članstvo, pobiranje prispevkov, plačevanje storitev), vse stroške ureditve zavarovalniških produktov ter v nekaterih primerih celo zaradi korporativizma medicinskih poklicev.

6.3.7 Vendar pa vsi ponudniki zdravstvenega zavarovanja nimajo ali nimajo več enakih finančnih zmogljivosti in zahteve po lastnih sredstvih, potrebnih v ta namen, bodo vse večja ovira za njihov razvoj. Ekonomska moč velikim digitalnim podjetjem odpira vrata in jim omogoča, da neposredno vlagajo na področju, ki ga dojemajo kot trg.

6.3.8 Kljub boljšemu poznavanju zdravstvenih tveganj posameznika morajo naši zdravstveni sistemi še naprej temeljiti na kolektivnem zavarovanju in solidarnosti, saj so se izkazali za najučinkovitejše ravno zaradi povezave med individualnim članstvom in kolektivnim zavarovanjem za vsa zdravstvena tveganja.

6.4 Prilagoditev sistema povračila stroškov

6.4.1 Trenutno je zelo malo primerov, ko bi bili posamezniku povrnjeni stroški uporabe mobilnih aplikacij med zdravljenjem. Ena največjih ovir je trenutno dejansko pomanjkanje ustreznih modelov za povračilo stroškov, ki bi upoštevali tehnološke novosti.

6.4.2 Pri klasičnem modelu državne podpore so za povračilo stroškov odgovorne nacionalne institucije in organi, ki odločajo o tem, za katere mobilne zdravstvene storitve se povrnejo stroški ⁽⁵⁾. Obstajajo pa tudi pobude akterjev v sistemih zdravstvenega zavarovanja, vključno z vzajemnimi družbami ⁽⁶⁾.

6.4.3 Obstajajo tudi inovativni sistemi povračila stroškov, kot so programi spodbud in preventive, ki so bolj osredotočeni na preprečevanje kot na zdravljenje.

6.5 Novi izzivi za nosilce zdravstvenega zavarovanja

6.5.1 Vse to bo močno vplivalo na javne in zasebne (npr. vzajemne zavarovalnice) nosilce obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se bodo morali v prihodnje soočiti z naslednjimi izzivi:

- razvoj mehanizmov preprečevanja, diagnostike in spremljanja prilagojenega in individualiziranega zdravljenja ter še pred pojavom tveganja razvoj individualiziranih rešitev in postopkov obravnave v mejah načela solidarnosti. Hkrati mora zdravstveno zavarovanje ohraniti svojo tradicionalno funkcijo, tj. bolnim zagotoviti dostop do zdravstvenih storitev;
- uskladitev ponudbe zdravstvenih storitev s spreminjajočimi se potrebami pacientov;
- spremljanje pacientov, pri čemer je treba preprečiti stigmatizacijo in občutek krivde: vzajemne zavarovalnice že imajo pomembno vlogo pri preprečevanju in spremljanju tako zdravljenja kot pacientov; to vlogo bi morale prevzeti tudi javne ustanove zdravstvenega zavarovanja;
- boj proti socialnim neenakostim na področju zdravja, ki so posledica digitalnega razkoraka, s spodbujanjem pismenosti (zlasti z izboljšanjem znanja);

⁽⁵⁾ Francija je dosegla prelomnico s povračilom stroškov za Diabeo, na podlagi mnenja nacionalne komisije za oceno medicinskih aparatov in zdravstvenih tehnologij. Diabeo je programska oprema za spremljanje medicinskih podatkov na daljavo in hkrati tehnični pripomoček za učenje, kako uporabljati opremo. Njen namen je pomagati pacientom, da si izračunajo dnevno količino počasi in hitro delujočega inzulina, ki ga potrebujejo, na podlagi navodil zdravnika, ki je recept izdal. Pacient lahko Diabeo uporablja kot aplikacijo na mobilni napravi (pametni telefon ali tablica) in preko spletnega portala.

⁽⁶⁾ Inovativni program e-zdravja Vivoptim je razvila francoska vzajemna zavarovalnica MGEN, v Belgiji pa ga prodaja belgijska vzajemna družba Solidaris. Program je namenjen preprečevanju in spremljanju tveganja za bolezni srca in ožilja z več individualiziranimi storitvami in uporabo digitalnih orodij ter povezanih predmetov. Obsega 3 programe spremljanja in 13 preventivnih programov, prilagojenih situaciji, pričakovanjem in potrebam posameznika. Uporabni so tako za zdrave osebe kot za spremljanje kronične bolezni.

- omejitev tveganih navad in spremljanje, ali pacienti sledijo navodilom zdravnika. Ključnega pomena je opredelitev učinkovitih instrumentov, usklajenih s potrebami;
- prednost ima kakovost življenja zavarovancev; to je povezano z ekonomskimi cilji in obvladovanjem tveganja ter posledično s stroški za zdravje;
- sistematično elektronsko upravljanje zapisov pacientov in komunikacije z izvajalci zdravstvenih storitev: digitalizacija poročil o zdravljenju, elektronska zdravstvena kartoteka, digitalna zdravstvena izkaznica;
- prilagoditev povračila stroškov novim oblikam oskrbe in spremljanju pacienta, za katerega so odgovorni zdravstveni delavci;
- vloga tretje strani, ki ji je mogoče zaupati uporabo in upravljanje tokov zdravstvenih podatkov ter njihovo zbiranje, saj obstaja nevarnost, da se takšni podatki nepooblaščno uporabijo v komercialne namene.

6.5.2 Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, predhodnice zdravstvenega zavarovanja, lahko zdaj vsakemu članu ponudijo stalno in individualizirano spremljanje. Vzajemne zdravstvene zavarovalnice morajo biti prisotne v življenju svojih članov ne glede na način komunikacije z njimi in ne glede na to, ali so prisotne s ponudbo produktov ali s spremljanjem posameznika pri iskanju načinov za dobro počutje ali med zdravljenjem. Svojim članom morajo ponuditi rešitve, prilagojene njihovim potrebam.

7. Posledice digitalnih motenj za zdravstveno zavarovanje in družbo

7.1 Zgoraj opisani vidiki kažejo na zapletenost izzivov, ki jih prinaša digitalizacija na področju zdravja, zato bo pojav novih akterjev na spletu pomenil močno konkurenco za naše sisteme zdravstvenega zavarovanja.

7.2 Do teh motenj je seveda prišlo zaradi pojava senzorjev, ki so zdaj cenovno dostopni in tehnično zanesljivi, pa tudi in predvsem zaradi možnosti, da se podatki centralizirajo in analizirajo na pametnih telefonih ali spletnih vmesnikih. Tako se je razvil ekosistem mobilnih aplikacij, osredotočen na postavljanje ciljev, pripadnost skupnosti in „igrifikacijo“ (angl. „gamification“), ki razvijalcem mobilnega okolja zdaj omogoča, da preko svojih specifičnih storitev določajo standarde upravljanja z zdravstvenimi podatki⁽⁷⁾.

7.3 Obstaja bojazen, da bi podjetja GAFAMA (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft in Alibaba)⁽⁸⁾ ter druga, ki se bodo še pojavila, v bodoče obvladovala tudi to novo področje medicine, ki se vse bolj opira na informacijske tehnologije in njihovo dešifriranje. Ravno te so namreč vsakodnevni posel vodilnih digitalnih podjetij, ki tehnologije izkoriščajo za prevzemanje nadzora nad ekosistemi v vseh panogah.

7.4 Moč teh platform je v tem, da svoj model razvoja opirajo na množično dobavo produktov ali storitev, mrežno povezanih s prebivalstvom, s čimer dobijo dostop do množičnih podatkov, ki imajo denarno vrednost. Pretvarjanje podatkov v denar jim omogoča, da ponujajo številne brezplačne storitve, ki zagotavljajo veliko število uporabnikov in ohranjajo pozitiven krog, v katerem si vsak prizadeva potrošnika pritegniti v čim bolj zaprt ekosistem. Ker so mejni stroški storitev minimalni oziroma jih skoraj ni, ekonomski model spleta samodejno spodbuja največje akterje, ki dobijo levji delež ustvarjene vrednosti in torej imajo ogromne naložbene zmogljivosti.

7.5 Bati se je, da so samo podjetja GAFAMA zmožna izkoristiti te podatke, ki se razdeljujejo brezplačno, in jih bodo navzkrižno primerjala z vsemi podatki o individualnih navadah, ki jih zbirajo. Za evropske državljane, vlade in ustanove (zlasti na področju socialnega varstva) je s pravnega in etičnega vidika bistvenega pomena, da v odnosu do sedanjih in prihodnjih digitalnih velikanov ohranijo neodvisnost pri identifikaciji, zbiranju in uporabi zdravstvenih podatkov.

⁽⁷⁾ Trg z aplikacijami si v glavnem deli pet največjih ponudnikov aplikacij (90 % prenosov: Play (Android), App Store (Apple), Windows Phone Store (Microsoft), App World (BlackBerry) in Ovi (Nokia)).

⁽⁸⁾ Velika podjetja, znana kot GAFAMA (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft in Alibaba), si prizadevajo za monopol na področju e-zdravja. V javnem zdravstvu te multinacionalne popolnoma prevladujejo, saj v e-zdravju vidijo potencial za gospodarsko rast.

7.6 Dodano vrednost teh informacij, zlasti na področju zdravja, bodo torej v prihodnje pobrala in jo nadzirala omenjena podjetja in ne več ustvarjalci zdravstvenih sistemov. Podjetja bodo morala informacije samo še posredovati interesentom, ki jih bodo uporabili v svoje namene.

7.7 Varstvo podatkov v okviru t. i. 5 V (angl. volume, velocity, variety, veracity, values – količina, hitrost, raznolikost, točnost in vrednost) ima gospodarsko vrednost, ki zahteva prilagodljiv regulativni okvir, povezan z ekosistemom kot celoto (več zainteresiranih strani), da se prepreči vsakršno izkoriščanje podatkov zgolj v komercialne namene.

V Bruslju, 20. septembra 2017

Predsednik
Evropskega ekonomsko-socialnega odbora
Georges DASSIS
