

I

(Resolutioner, rekommendationer och yttranden)

YTTRANDEN

EUROPEISKA EKONOMISKA OCH SOCIALA KOMMITTÉN

EESK:S 528:e PLENARSESSION DEN 20 OCH 21 SEPTEMBER 2017

Yttrande från Europeiska ekonomiska och sociala kommittén om Effekterna på sjukförsäkringen av den digitala revolutionen inom hälso- och sjukvården**(yttrande på eget initiativ)**

(2017/C 434/01)

Föredragande: **Alain COHEUR**

Beslut av EESK:s plenarförsamling	26.1.2017
Rättslig grund	Artikel 29.2 i arbetsordningen Yttrande på eget initiativ
Ansvarig facksektion	Facksektionen för inre marknaden, produktion och konsumtion
Antagande av facksektionen	5.9.2017
Antagande vid plenarsessionen	20.9.2017
Plenarsession nr	528
Resultat av omröstningen	174/0/1
(för/emot/nedlagda röster)	

1. Slutsatser

1.1 Mot bakgrund av den digitala revolutionen på hälso- och sjukvårdsområdet är det enligt EESK absolut nödvändigt att upprätthålla och främja sjukförsäkringssystem till förmån för alla, system som är solidariska, inkluderande och icke-diskriminerande. Inkludering och lika tillgång för alla till hälso- och sjukvårdstjänster (digitala eller inte) av god kvalitet och ett åtagande om detta är likaså förutsättningar för ett universellt sjukvårdssystem.

1.2 EESK anser liksom i tidigare yttranden ⁽¹⁾ att digitaliseringen kan bidra till att skapa lika tillgång till hälso- och sjukvård, ett av de centrala målen inom hälso- och sjukvårdspolitiken, om följande villkor uppfylls:

- Lika tillgång för alla geografiska områden, även områden med sämre tillgång till digital teknik (täckning, näthastighet).
- En minskning av den digitala klyftan med avseende på användningen mellan medborgare, hälso- och sjukvårdspersonal och aktörer inom sjukförsäkringssystemen.

⁽¹⁾ EUT C 458, 19.12. 2014, s. 54, EUT C 242, 23.7.2015, s. 48, EUT C 13, 15.1.2016, s. 14, EUT C 13, 15.1.2016, s. 40, och EUT C 288, 31.8.2017, s. 1.

- Interoperabilitet mellan alla delar av den digitala infrastrukturen (databaser, medicintekniska produkter), som underlättar kontinuiteten i hälso- och sjukvården inom och mellan strukturerna.
- Skydd av sjukvårdsuppgifter, vilka under inga omständigheter får användas till nackdel för patienterna.

1.3 Den snabba utvecklingen inom telemedicin, uppkopplade enheter samt nanoteknik, bioteknik, informationsteknik och kognitionsvetenskap (NBIC) får inte leda till att individer enbart ses som uppkopplade varelser som kan analyseras, kontrolleras och övervakas på distans genom ett allsmäktigt datorprogram. Teknifieringen av hälso- och sjukvården gynnar i praktiken sin motsats, och bekräftar på nytt att de mänskliga relationerna och de sociala banden står i centrum inom hälso- och sjukvården.

1.4 EESK understryker att det innebär en stor utmaning att en utomordentligt stor del av ansvaret läggs på medborgarna att själva övervaka sin hälsa, detta utöver den utmaning som den kraftiga individualiseringen innebär. Med å ena sidan prediktiv hälso- och sjukvård och å andra sidan uppkopplade enheter ökar kunskapen om hälsoriskerna för individen samt övervakningen av dem, vilket främjar mer individanpassade strategier. Kännedomen om dessa risker och de klyftor som kan konstateras mellan olika individer leder till viktiga etiska frågor om hur man kan upprätthålla ett solidariskt försäkringsskydd.

2. Rekommendationer

2.1 EESK framhåller att våra sjukförsäkringssystem, om den digitala revolutionen ska lyckas, måste säkerställa följande:

- a) Att digitaliseringen bidrar till att våra grundläggande rättigheter i fråga om hälso- och sjukvård förverkligas och inte till att de försvagas. Digitaliseringen bör förstärka den individuella och kollektiva kapaciteten, och fungera som ett kraftfullt hjälpmedel för att säkerställa rättigheter i praktiken och utveckla nya organisations- och förvaltningsformer på hälso- och sjukvårdsområdet.
- b) Att det på nytt bekräftas att solidaritet och universalitet utgör grunden för vårt hälso- och sjukvårdssystem, och att alla bär ansvaret för att upprätthålla detta.

2.2 Den digitala utbyggnaden får under inga omständigheter leda till att principerna om omfördelning och spridning av hälsorisker och sociala risker ifrågasätts, eftersom de är den kollektiva solidaritetens grundvalar.

2.3 EESK framhåller att det är nödvändigt att

- utveckla och göra det enklare för medborgare att erhålla digital hälsokompetens, i syfte att uppmuntra en kritisk inställning till hälsoinformation,
- garantera hälsoinformation av god kvalitet, bland annat genom att främja införandet av märknings-/godkännandeförfaranden för hälsoapplikationer,
- stärka förtroendet mellan patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och aktörer inom hälso- och sjukförsäkringssystemen,
- införa ett utbildningssystem som är avpassat för både användare och hälso- och sjukvårdspersonal för att säkerställa en effektiv, säker och skyddad användning av den digitala tekniken och underlätta förändringar i hälso- och sjukvårdssystemet,
- stärka den sociala dialogen som ett oundgängligt forum för samråd i samband med de förändringar som är att vänta,
- införa åtgärder för att skydda hanteringen av personuppgifter i syfte att förhindra metoder som leder till att dessa uppgifter används i försäkringsärenden (tillgång, ersättning osv.) i kommersiellt syfte som inte gagnar folkhälsan,
- främja en rättslig ram som utvecklas och tar hänsyn till hela ekosystemet (med flera berörda parter) och till den roll som sjuk- och försäkringskassan har i egenskap av pålitlig tredje part i sina mellanhavanden med försäkringstagarna,
- stödja utarbetandet av en nomenklatur för ersättningsberättigande hälso- och sjukvård och välfärdstjänster med beaktande av de tekniska innovationer som digitaliseringen möjliggör,

- följa med i teknikens utveckling mot en sjukvård som är participativ, preventiv, personcentrerad och prediktiv (4 P) ⁽²⁾ genom att utveckla sjukförsäkringskassornas solidaritetstjänster, som svar på medborgarnas behov.

3. Bakgrund

3.1 Digitaliseringen främjar utvecklingen på hälsoområdet i en aldrig tidigare skadad omfattning och takt. I och med den explosionsartade utvecklingen inom uppkopplade enheter och mobila hälsoapplikationer, användningen av stordata, uppkomsten av nanoteknik, bioteknik, informationsteknik och kognitionsvetenskap (NBIC) samt det blomstrande utbudet av nya hälso- och sjukvårdstjänster, leder digitaliseringen till att vårt hälso- och sjukvårdssystem förändras i grunden.

3.2 Den digitala innovationen på hälso- och sjukvårdsområdet handlar om så mycket mer än bara den tekniska eller vetenskapliga dimensionen, eftersom den också innebär innovation i användningsområdena. Dessa nya användningsområden går hand i hand med omfattande social innovation, som gör det möjligt att utveckla nya svar på hälsobehov och sociala behov.

3.3 Inom ramen för ett komplext ekosystem inverkar de följaktligen direkt på förhållandet mellan

- a) medborgarna, genom deras kunskaper om det egna hälsotillståndet,
- b) de medicinska och paramedicinska yrken och deras förhållande till patienterna, och
- c) de olika sätt som sjukförsäkringssystemet organiseras, förvaltas och finansieras på.

3.4 När det gäller individens förhållande till sin egen hälsa kommer var och en att bli mer medveten om hälsans betydelse och hur man kan ta hand om den. Den bristande tillgången till medicinska upplysningar, och den okunnighet som blir följderna av detta, har den enskilde hittills svävat i osäkerhet om risken för sjukdom. Hädanefter kommer dock en mängd olika produkter (t.ex. uppkopplade enheter) att göra det möjligt för den enskilde att bedöma sitt hälsotillstånd och att anpassa sin livsstil därefter.

3.5 Lättillgängliga informationskällor innebär att människor får en aktiv roll i förhållande till sin egen hälsa och kan identifiera, jämföra och välja den hälso- och sjukvårdstjänst som bäst motsvarar deras behov. "E-patienter" bidrar till prediktiv hälso- och sjukvård, producerar hälsouppgifter, och får en aktiv roll i förhållande till sin egen och andras hälsa. Informerat samtycke är i detta avseende centralt, i samband med uppgiftsskydd, integrerad förvaltning och användning av uppgifter.

3.6 Ny teknik gynnar en inriktning på förebyggande av snarare än på behandling av sjukdomar. Den möjliggör även effektivare behandlingar med mindre ingrepp som är mer anpassade till den enskildes genetiska och biologiska egenskaper, samtidigt som tillgången till information i realtid gör det lättare att välja rätt behandling.

3.7 Hälso- och sjukvårdspersonal kommer att uppmuntras att utveckla sig inom nya färdigheter och på nya arbetsområden, och detta kommer att medföra förändringar på flera nivåer, särskilt följande: ett annat förhållande till patienterna, som i större utsträckning grundar sig på ömsesidigt förtroende, ett successivt tillägnande av digitala verktyg i samband med utbildning, ett nytt sätt att använda tekniken i hälso- och sjukvården, samt en kollektiv och gemensam strategi med hjälp av driftskompatibla system.

3.8 En social dialog bör åtfölja dessa förändringar och förbättra utbildningen av sjukvårdspersonal.

3.9 När det gäller sjukförsäkringssystemen är tillgång till välfungerande hälso- och sjukvårdstjänster av god kvalitet, både offentliga och privata, fortfarande ett mål som ska uppnås för alla medborgare. Sjukförsäkringen kommer i detta sammanhang att påverkas i stor utsträckning, eftersom den framtida utmaningen består i att ta fram individanpassade lösningar och behandlingar innan risker uppstår, inom ramen för principerna om riskspridning, och samtidigt bibehålla sin traditionella funktion, dvs. att ge människor som blir sjuka tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster.

3.10 Den medicinska innovation som digitaliseringen medför kan potentiellt leda till djupgående förändringar för sjukförsäkringarna. Den nya dynamiken leder till en individualisering av läkarvetenskapen och behandlingarna på grundval av följande två informationskällor:

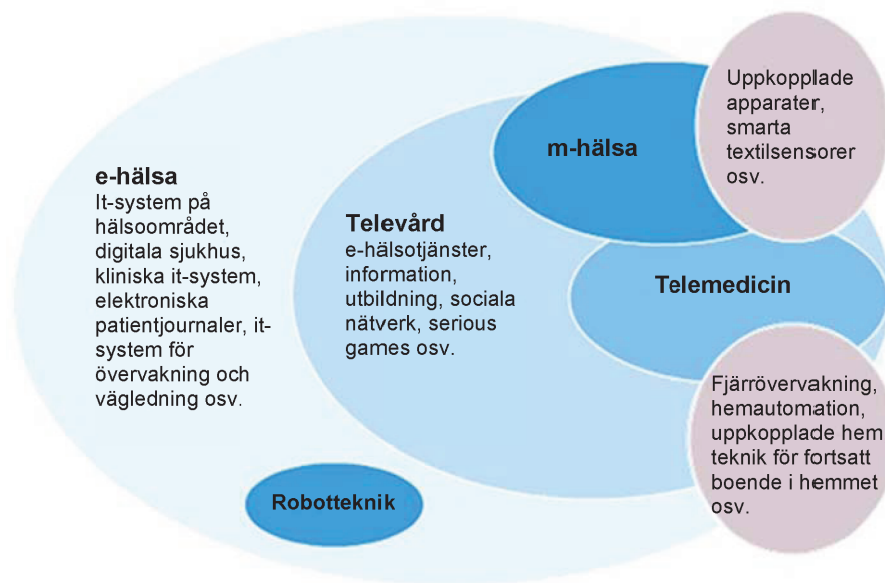
⁽²⁾ Se punkt 4.2.

d) Kartläggning av genomet:

Den prediktiva dimensionen av en sådan kartläggning kan ge den preventiva medicinen en helt ny dimension (i och med kartläggningen av genomet är sannolikheten för en hälsorisk "känd", och preventionen blir därmed mer ändamålsenlig) och medföra stora utmaningar på sjukförsäkringsområdet.

e) E-hälsapplikationer:

Till dessa applikationer hör till exempel uppkopplade enheter för "self data" (självmatning) som gör det möjligt för människor att få kännedom om och förbättra sitt hälsotillstånd.



Ett antal frågor och iakttagelser måste därför tas upp till behandling.

- Kan dessa nya kunskapskällor leda till nya skraddarsydda utbud och tjänster, som är bättre anpassade till de försäkrades behov?
- Kommer vi inom en snar framtid att ha ett sjukförsäkringssystem som är kopplat till den sannolikhet för sjukdomar som kartläggningen av genomet har visat?
- Är övergången från en kurativ till en preventiv strategi definitiv? Vilka konsekvenser får detta för förvaltningen av sjukförsäkringen och finansieringen i ett svårt ekonomiskt klimat? Ska individanpassade program för medicinsk prevention vara återbetalningsberättigande inom ramen för digitala plattformar?
- Kommer välbefinnande ⁽³⁾ hädanefter att ersätta hälsa? Kommer inte denna omvandling av hälso- och sjukvårdssystemet att leda till en holistisk läkekonst som är mindre kurativ?
- Kommer synen på relationen mellan patient/läkare och försäkringstagare/försäkringsgivare att förändras på djupet från en "vertikal" till en mer "horisontell" modell, där patienten kan ställa frågor och utvecklar lekmannakunskap, i och med dessa förändringar?
- Är det inte, mot bakgrund av it-jättarnas ekonomiska makt, nödvändigt att få fart på investeringarna i forskning och utveckling som leds av offentliga myndigheter?

⁽³⁾ "Områdena välbefinnande, hälso- och sjukvård är en del av ett kontinuum mellan det normala och det patologiska. Och detta kontinuum gagnar läkarvetenskapen."

4. Digitaliseringens inverkan på medborgare/patienter

4.1 Den digitala omvandlingen ger människor möjlighet att vidta åtgärder i fråga om deras hälsotillstånd, även om det fortfarande finns hinder för detta. Stärkt åtkomst till kunskap, infrastruktur och innovativa, individanpassade tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet kommer att göra det möjligt för var och en att inta en aktiv roll i fråga om sin egen hälsa, men även att bidra till att förbättra andra människors hälsa – i egenskap av medhjälpare, informationsproducent och uppgiftsleverantör.

4.2 Denna nya individualisering kännetecknas av en hälso- och sjukvård som kallas **"4 P"**:

Participativ: tack vare de medicinska uppgifter som patienterna själva producerar och övervakar, med hjälp av ett växande antal uppkopplade enheter. Förhållandet mellan patient och läkare (som inte längre är den enda källan till medicinsk kunskap) utvecklas. Patienten blir "patientaktör".

Preventiv: patienter som regelbundet samlar in information om sin hälsa blir mer och mer medvetna om behovet av god hälsa, vilket öppnar dörren för en hälso- och sjukvård som är mer inriktad på prevention.

Personcentrerad: det kontinuerliga flödet av alltmer precisa och varierade personuppgifter gör det även möjligt att utveckla en alltmer individanpassad hälso- och sjukvård.

Prediktiv: den tekniska utvecklingen gör det slutligen möjligt att digitalisera människors fullständiga genom, vilket öppnar dörren för en hälso- och sjukvård som blir alltmer prediktiv.

4.3 Kompetens och risk för en ny (digital) klyfta inom hälso- och sjukvården

4.3.1 Kompetens på hälso- och sjukvårdsområdet innebär att människor har tillgång till och en förmåga förstå och använda sig av information så att de kan främja och upprätthålla en god hälsa. Detta innebär att man uppnår en nivå av kunskap, kompetens och självförtroende som gör det möjligt att vidta åtgärder för att förbättra sin egen hälsa och folkhälsan genom att ändra sin livsstil och sina levnadsvillkor.

4.3.2 Digitaliseringen har en tendens att öka de sociala skillnaderna på hälsoområdet, genom att stärka orsakssambandet mellan en persons hälsotillstånd och hans eller hennes kognitiva förmåga (exempelvis förmågan att hitta och förstå hälsoinformation av god kvalitet) och ekonomiska förmåga (såsom möjligheten att skaffa sig den mest effektiva utrustningen). Dessa skillnader förstärks bland de äldre, de mest utsatta och dem som bor i områden med begränsad tillgång till digital teknik.

4.3.3 För att kunna använda hälsoapplikationer krävs det en viss färdighetsnivå som gör det möjligt att få tillgång till hälsoinformation, att förstå den, att bedöma den och att använda den i syfte att fatta vardagsbeslut om hälso- och sjukvård, förebyggande av sjukdomar och främjande av hälsa. Låg kompetensnivå medför emellertid en mängd hälsorisker, med konsekvenser i fråga om antalet förväntade friska levnadsår, risken för tidig död, livskvaliteten och kostnaderna för individen och samhället.

4.3.4 Man får dock inte heller glömma att det håller på att uppstå en digital klyfta bland hälso- och sjukvårdspersonal och paramedicinsk personal. Denna klyfta skulle kunna överbryggas genom att man stärker utbildningssystemet med hjälp av ett särskilt program för utbildning om de nya förbindelser i relationen mellan vårdpersonal/patient som digitaliseringen fört med sig.

4.4 En utomordentligt hög grad av egenansvar är också en stor risk med digitaliseringen

4.4.1 Kvantifieringen på hälso- och sjukvårdsområdet främjar en individuell mikroförvaltning av hälsa och en utomordentligt hög grad av individuellt ansvar, på bekostnad av en mer kollektiv förståelse. Detta leder till att individen själv bär ansvaret för sitt goda eller dåliga beteende när det gäller hälsa, och kan avleda uppmärksamheten från miljömässiga eller socioekonomiska orsaker till folkhälsoproblem.

4.4.2 Om digitaliseringens inverkan på individualiseringen inte föregrips, kan ökande sociala hälsoskillnader och en mer omfattande kommersialisering av hälso- och sjukvården komma att äventyra våra solidariska och universella sjukförsäkringsmodeller.

5. Digitaliseringens inverkan på och bland hälso- och sjukvårdspersonal

5.1 Den elektroniska patientjournalen är en hörnsten i hälso- och sjukvårdens organisation

5.1.1 Digitaliseringen gör det möjligt att riva murar mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvårdssystemet genom att den gör det enklare för sjukhusinrättningar, enskilda kliniker, hälso- och sjukvårdsnätverk och hemtjänster att dela information. Säkra och snabba sätt att överföra information som samlats in av olika aktörer är en förutsättning för samordningen av hälso- och sjukvården och den allmänna omvårdnaden om patienterna. Det blir mycket enklare att säkerställa kontinuitet i hälso- och sjukvården och den övergripande omvårdnaden om patienterna. Tillgänglighet, snabb åtkomst, utbyte och delning av uppgifter underlättar medicinska beslut. Det digitaliserade utbytet av uppgifter mellan hälso- och sjukvårdspersonal medför direkt mervärde för vårdens kvalitet.

5.1.2 Elektroniska patientjournaler bidrar till samordningen av och kvaliteten på hälso- och sjukvården till förmån för patienten, genom utbyte av uppgifter mellan auktoriserade parter, förutsatt att patienten har gett sitt förhandsmedgivande till detta, med undantag för nödsituationer eller om det inte är möjligt. Reglerna för elektroniska patientjournaler rör alla de specifika garantier som ges till patienterna om de digitala uppgifterna, när det gäller skydd av privatlivet och åtkomst till uppgifterna. Patientjournalens och de administrativa handlingarnas sekretess måste säkerställas till fullo.

5.1.3 Elektroniska patientjournaler gör det möjligt att undvika misstag som beror på svårlästa dokument (recept, intyg från läkarundersökningar), gör läkemedelsdatabaser mer åtkomliga och läkemedelsförskrivningen säkrare, eftersom denna sker med stöd av information om patientens egenskaper. Datoriseringen av hälso- och sjukvården bidrar till att begränsa risken för fel och till att minska de iatrogena riskerna.

5.1.4 Påminnelse- och alarmfunktioner som möjliggörs genom datoriseringen av patientjournaler gör det enklare att förbättra preventionsåtgärder (vaccinering, hälsoscreening), övervakningen av patienter som lider av kroniska sjukdomar och kunskapen om läkemedel samt att förbättra kvaliteten på den vård som ges till patienterna och höja vårdgivarnas kompetens när det gäller att ställa diagnoser och att ordinera behandlingar.

5.1.5 Datoriseringen av den information som samlats in om en patient bidrar dessutom till att förbättra den medicinska beslutsprocessen, och detta kommer att leda till att vi inom de närmaste åren får se en radikal förändring av medicinsk praxis. Ingen medicinsk diagnos kommer att kunna ställas utan ett expertsystem eller verktyg som grundar sig på artificiell intelligens. Denna revolution är frukten av den parallella utvecklingen av genomik, neurovetenskap och uppkopplade enheter (NBIC), och enbart maskiner kommer i framtiden att kunna behandla samtliga uppgifter.

5.2 Människans plats i centrum för utvecklingen av ny medicinsk praxis

5.2.1 Den tekniska utvecklingen möjliggör och stärker utvecklingen av telemedicin, som öppnar dörren för nya medicinska och paramedicinska metoder. Telemedicinen har följande fördelar: bättre hälso- och sjukvård i isolerade områden och färre resor för sköra personer, distansövervakning av sjuka personer för att undvika sjukhusvistelse, utbyte av expertis på distans, behandlingsrelaterad utbildning via fjärrövervakning och multidisciplinära konsultationer tack vare distanskonsultationer och distansexpertis.

5.2.2 Telemedicin, digitaliserad professionell kommunikation, elektroniska dokument, sammanslagning av utspridd expertis och delning av intellektuella och medicintekniska resurser bör möjliggöra tidsvinster för hälso- och sjukvårdspersonal. Denna tid kan användas för vård och samtal med enskilda patienter och bidra till att väsentligt förbättra relationen med dem.

6. Digitaliseringens effekter på förvaltningen av sjukförsäkringen

6.1 Stordata ("Big data")

6.1.1 Den gradvisa digitaliseringen av våra hälso- och sjukvårdssystem har utan tvekan bidragit till att förbättra å ena sidan den administrativa och ekonomiska förvaltningen av ärenden rörande möjligheten att försäkra alla medborgare (besparingar när det gäller plats, tid och förbrukningsartiklar, ökad produktivitet, enklare och säkrare arkivering, miljöfördelar) och, å andra sidan, snabbare ersättning till vårdgivare och sjukhusinrättningar, i kombination med fler kontroller och mindre risk för felaktigheter vid fakturering av tjänster.

6.1.2 Övergången till elektroniska formulär har visserligen inte i sig medfört någon direkt förbättring av vårdens kvalitet, men har minskat tidsåtgången för översändande av formulär och förenklat de administrativa förfarandena. Den har gjort det lättare att utöva vården och möjligt för läkarna att ägna mer tid åt läkekonsten och mindre åt den administrativa delen av arbetet.

6.1.2.1 För närvarande genereras stordata när alla uppgifter som rör alla patienter/försäkringstagare sammanställs, däribland data från hälsoapplikationer. Det handlar om kapaciteten att analysera samtliga uppgifter från en mängd olika källor. För detta krävs kapacitet att länka samman och extrahera användbara uppgifter från ostrukturerade data på ett automatiserat och kostnadseffektivt sätt.

6.1.3 När det gäller applikationer lagras inte längre uppgifterna hos läkaren, sjukhuset eller sjukförsäkringskassan, utan i stället på apparaterna eller på molnbaserade plattformar, och moderbolaget finns inte längre nödvändigtvis i det land där sjukförsäkringen är tecknad eller ens i Europa.

6.1.4 Driftskompatibilitet är en grundförutsättning för detta, på både europeisk (den digitala inre marknaden) och nationell nivå. Ett "ramverk för driftskompatibilitet mellan system för hälso- och sjukvårdsinformation" bör tas fram och genomföras. Ett sådant referenssystem för driftskompatibilitet bör innehålla principer och standarder som ska respekteras för att hälsouppgifter ska utbytas på ett fullständigt säkert sätt och omfatta alla aktörer inom e-hälsa.

6.2 Uppgiftsskydd

6.2.1 Äganderätt till data och dataskydd är centrala frågor för medborgare/patienter och utgör en grundläggande rättighet som måste respekteras. Medborgaren/patienten måste ha rätt att fritt förfoga över sina uppgifter. För insamling och användning av uppgifter krävs ett fritt, informerat och permanent samtycke från medborgarnas sida. Ett erkännande av den faktiska rätten till portabilitet och utveckling av lösningar av typen "Blue Button" ⁽⁴⁾ krävs dessutom för att göra information om enskilda personers historik tillgänglig.

6.2.2 Den allmänna dataskyddsförordningen, som träder i kraft den 25 maj 2018, reglerar denna fråga på EU-nivå. Världsläkarorganisationens förklaring om etiska överväganden i fråga om hälsodatabaser och biobanker (TaipeideklARATIONEN) bör också tas i beaktande.

6.3 Stora förändringar inom hälso- och sjukförsäkringarna

6.3.1 Digitaliseringen pågår på försäkringsområdet. Inledningsvis har den varit begränsad till elektronisk information och jämförelser (jämförelseverktyg, anmälan online etc.) eller kopplad till elektroniska medicinsk-administrativa formulär, men den kommer att gå långt bortom dessa transaktionsrelaterade delar. De nya kvantifieringsmetoderna, som blivit kända under begreppet "stordata", kommer att förändra försäkringssektorns ekonomiska modell radikalt, och nya produkter kommer att dyka upp.

6.3.2 Denna vändpunkt har naturligtvis en stor inverkan på

- yrken med anknytning till produktion, lagring, tillhandahållande, behandling och omvandling av uppgifter med hjälp av algoritmer, med ett stort mervärde i fråga om information,
- patientstatus, eftersom patienten ur hälso- och sjukvårdspersonalens synvinkel blir en aktör när det gäller den egna hälsan och inte längre kommer att stå i beroendeställning till personalen.

6.3.3 I framtiden, allteftersom teknik och hälsoapplikationer utvecklas, kommer alla människor att kunna "objektivera" sin fysiska aktivitet, sin kost, samspelet med andra etc., kanske till och med alla faktorer som påverkar hälsan.

6.3.4 Användningen av stordata när det gäller enskilda personer skulle kunna innebära en övergång från en modell med täckning och spridning av risker till en modell som täcker beteenden och gör försäkringsutbudet mer individuellt, vilket skulle leda till en hyperindividualisering. Samtidigt som vinstdrivna privata försäkringsgivare verkar kunna positionera sig ganska naturligt på denna nya marknad kan utvecklingen bli mer komplicerad för ömsesidiga försäkringskassor och offentliga sjukförsäkringskassor, vilkas grundläggande uppdrag skulle utsättas för spänningar.

⁽⁴⁾ Presentation av initiativet Blue Button: Blue Button lanserades år 2010 av de amerikanska myndigheterna för att skapa en plattform för uppföljning, kontroll och nedladdning av amerikanska veteraners personliga hälsouppgifter. Systemet gör det möjligt för dem att få tillgång till sina patientjournaler, uppgifter om sin sjukvårdsförsäkring och sin sjukdomshistorik (allergier, medicinska analyser etc.) och att ladda ned dessa. Källa: <http://www.va.gov/bluebutton/>

6.3.5 Sjukförsäkringsförvaltare går i sin tur in i en sårbar fas på grund av denna utveckling, eftersom de befinner sig i skärningspunkten för ett helt multidimensionellt ekosystem som utgörs av företag, läkare, regeringar, tillsynsmyndigheter, investerare och patienter.

6.3.6 Sjukförsäkringsförvaltare är tvungna att hantera en betydande tröghet till följd av en mycket sträng reglering av känsliga hälsouppgifter, den medicinska sektorns och sjukhussektorns komplexa funktionssätt och finansiering, en värdekedja (medlemskap, inkassering av avgifter, beviljande av förmåner etc.) som är ganska rigid och inte särskilt reaktiv, en alltmer strikt reglering av försäkringsprodukter och ibland till och med korporativism inom vårdrken.

6.3.7 Alla sjukförsäkringsförvaltare har dock inte (eller inte längre) samma ekonomiska kapacitet, och det egna kapital som krävs för denna verksamhet framstår alltmer som ett hinder för deras utveckling. It-jättarnas ekonomiska styrka gör det möjligt för dem att direkt investera i vad de ser som en marknad.

6.3.8 Trots en bättre kunskap om individuella hälsorisker måste den kollektiva och solidariska karaktären i våra hälso- och sjukvårdssystem upprätthållas. Det är genom samverkan mellan den enskildes medlemskap och det kollektiva skyddet mot alla hälsorisker som våra hälso- och sjukvårdssystem har uppnått de bästa resultaten.

6.4 Anpassning av ersättningsmekanismerna

6.4.1 Det finns för närvarande endast få exempel på ekonomisk ersättning (återbetalning) för användning av mobilapplikationer inom ramen för en persons vårdförlopp. Ett av de största hindren för närvarande är just avsaknaden av adekvata ersättningsmodeller som tar hänsyn till den nya tekniken.

6.4.2 Dels finns den klassiska modellen med statliga ingripanden, där ersättningen sköts av nationella institutioner och myndigheter som fattar beslut om ersättningsgilla mobila hälsotjänster⁽⁵⁾, men det finns också initiativ som tagits av aktörerna i sjukförsäkringssystemen, däribland de ömsesidiga försäkringskassorna⁽⁶⁾.

6.4.3 Det finns även innovativa system för ersättning, exempelvis stimulansprogram och program för förebyggande, som är mer inriktade på förebyggande åtgärder än medicinsk behandling.

6.5 Nya utmaningar för hälso- och sjukvårdsorganisationerna

6.5.1 Både offentliga och privata organisationer som förvaltar obligatoriska sjukförsäkringar (t.ex. ömsesidiga försäkringskassor), kommer att påverkas i stor utsträckning, och deras framtida utmaningar kommer att bestå i

- att ta fram mekanismer för förebyggande åtgärder, diagnoser och uppföljning av anpassade och individualiserade behandlingar, och att ta fram individanpassade lösningar och behandlingar innan risker uppstår, inom ramen för principerna om riskspridning, och samtidigt bibehålla sin traditionella funktion, dvs. att ge människor som blir sjuka tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster,
- att matcha utbudet av hälsotjänster med patienternas föränderliga behov,
- att stödja patienterna och samtidigt undvika risken för stigmatisering och skuldbeläggning: de ömsesidiga försäkringskassorna har redan en viktig roll när det gäller förebyggande åtgärder, uppföljning av vården och uppföljning av patienter, och denna roll bör även utvidgas till offentliga sjukförsäkringsorgan,
- att bekämpa sociala skillnader på hälsoområdet, som kan uppstå till följd av den digitala klyftan, genom att öka kompetensnivån (i synnerhet genom att stärka färdigheter),

⁽⁵⁾ Frankrike har tagit ett steg framåt genom att införa Diabeo, efter yttrandet från den nationella kommissionen för utvärdering av medicintekniska produkter och hälsoteknik. Lösningen Diabeo är en programvara som är kopplad till medicinsk fjärrövervakning och ett tekniskt stöd för utbildning i hur programvaran fungerar. Programvaran Diabeo syftar till att hjälpa patienten med den dagliga beräkningen av doser av långtidsverkande och snabbverkande insulin, utifrån mål som fastställts i förväg av den förskrivande läkaren. Den finns tillgänglig för patienten via en applikation för mobilterminaler (smarta telefoner eller surfplattor) och via en webbportal.

⁽⁶⁾ Vivoptim har tagits fram av en fransk ömsesidig försäkringskassa (MGEN) och introducerats i Belgien via en belgisk ömsesidig försäkringskassa (Solidaris). Det är ett originellt e-hälsoprogram som syftar till att förebygga och hantera kardiovaskulära risker och erbjuder en rad individanpassade tjänster, med hjälp av digitala verktyg och uppkopplade enheter. Det erbjuder tre stödprogram och 13 förebyggande program som är anpassade till varje användares situation, förväntningar och behov, från förebyggande för personer i god hälsa till hantering av kroniska sjukdomar.

- att minska riskbeteenden och kontrollera att människor följer hälso- och sjukvårdspersonalens föreskrifter; det är absolut nödvändigt att hitta effektiva verktyg som tillgodoser behoven,
- att främja medlemmarnas livskvalitet; denna utmaning anknyter även till mål som rör ekonomi och riskhantering och, följaktligen, hälso- och sjukvårdskostnader,
- att samordna den elektroniska hanteringen av patientjournaler och förbindelserna med vårdgivare, bl.a. med digitalisering av vårdintyg, elektroniska patientjournaler, elektroniska hälsokort etc.,
- att anpassa ersättningen till hälso- och sjukvårdspersonalens nya former av vård och uppföljning av patienter,
- att bli en tillförlitlig tredje part när det gäller användning och hantering av dataflöden och insamling av hälsouppgifter, mot bakgrund av att det finns risk för att dessa data används utan tillstånd för kommersiella ändamål.

6.5.2 Ömsesidiga försäkringskassor, som har varit föregångare på sjukförsäkringsområdet, kan framdeles ha som mål att garantera ett kontinuerligt och individanpassat stöd till alla sina medlemmar. Oavsett om det är i de produkter/tjänster som de erbjuder eller via stöd till enskilda individer som försöker uppnå god hälsa eller under vårdförloppet bör de ömsesidiga sjukförsäkringskassorna ha möjlighet att vara närvarande, oavsett vilken kommunikationskanal som används, i sina medlemmars liv, och att erbjuda dem ett svar som motsvarar deras behov.

7. Omvälvande digitala företags effekter på hälso- och sjukvårdssjukförsäkringen och samhället

7.1 Samtliga ovannämnda aspekter vittnar om hur komplexa de digitala utmaningarna på hälso- och sjukvårdsområdet är, men de nya webbaktörerna kommer likväl att utsätta våra sjukförsäkringssystem för ett ekonomiskt maktövertagande.

7.2 Denna stora förändring möjliggörs av framväxten av sensorer, som blivit ekonomiskt tillgängliga och tekniskt "tillförlitliga", men även och särskilt genom kapaciteten att centralisera och analysera data via en smart telefon eller ett webbgränssnitt. Ett ekosystem för mobilapplikationer har därför utvecklats, med fokus på principen om mål, gemenskap och "spelifiering". Det gör det numera möjligt för tillverkare av mobila miljöer att fastställa standarder för hantering av hälsouppgifter, via sina särskilda tjänster⁽⁷⁾.

7.3 Det finns en risk för att "GAFAMA" (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft och Alibaba)⁽⁸⁾ och andra framtida företag kommer att ta kontrollen över denna nya form av hälso- och sjukvård som alltmer förlitar sig på informationsteknik och dekryptering av den. Detta är ju den verksamhet som den digitala ekonomins ledare bedriver, som de använder för att ta kontrollen över ekosystem i alla sektorer.

7.4 Dessa plattformars styrka är att de baserar sin utvecklingsmodell på ett storskaligt tillhandahållande av en uppkopplad produkt eller tjänst till befolkningen, som ger tillgång till en stor mängd uppgifter som omsätts i pengar. Detta gör det möjligt att erbjuda ett stort antal kostnadsfria tjänster som garanterar många användare och skapar en god cirkel där alla anstränger sig för att behålla konsumenten i ett så stängt ekosystem som möjligt. De marginella kostnaderna för att tillhandahålla tjänsterna är nästan obefintliga, och webbens ekonomiska modell främjar därför på ett naturligt sätt de största aktörerna som lägger beslag på en stor del av det värde som skapas och således har tillgång till en enorm investeringskapacitet.

7.5 Det finns en risk att enbart "GAFAMA" har möjlighet att dra fördel av dessa uppgifter som sprids kostnadsfritt, genom att samköra dem med alla andra uppgifter som de samlar in på annat håll om enskilda personers beteende. Med tanke på de nuvarande och framtida it-jättarna är det viktigt att bevara de europeiska medborgarnas samt regeringarnas och institutionernas (särskilt institutioner för socialt skydd) suveränitet när det gäller identifiering, insamling och användning av hälsodata ur ett rättsligt och etiskt perspektiv.

⁽⁷⁾ Marknadsstrukturen för appbutiker delas framför allt mellan de fem största appbutikerna (90 % av nedladdningarna: Play [Android], App Store [Apple], Windows Phone Store [Microsoft], App World [BlackBerry] och Ovi [Nokia]).

⁽⁸⁾ Marknadsgiganterna, "GAFAMA" (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft och Alibaba), har som mål att uppnå monopolställning inom mobil hälsoövervakning. Hälso- och sjukvårdssektorn domineras fullständigt av dessa multinationella bolag, som ser potential för ekonomisk tillväxt där.

7.6 Mervärdet av denna information, särskilt på hälsoområdet, fångas då upp och kontrolleras av dessa plattformar, och inte längre av producenter inom ramen för hälso- och sjukvårdssystemet. Det återstår bara att göra informationen tillgänglig för "dem som efterfrågar den" och som kommer att kunna använda den.

7.7 Att behandla dataskydd genom de s.k. "5 V" (*Volume* [volym], *Variety* [variation], *Velocity* [hastighet], *Veracity* [trovärdighet] och *Values* [värden]) motsvarar även ett ekonomiskt värde som kräver en rättslig ram som utvecklas och anknyter till hela ekosystemet (med flera berörda parter) i syfte att undvika all exploatering för enbart kommersiella ändamål.

Bryssel den 20 september 2017.

Georges DASSIS
Europeiska ekonomiska och sociala kommitténs
ordförande
