

I

(Rezolucje, zalecenia i opinie)

OPINIE

EUROPEJSKI KOMITET EKONOMICZNO-SPOŁECZNY

528. SESJA PLENARNA EKES-U W DNIACH 20 I 21 WRZEŚNIA 2017 R.

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „Wpływ rewolucji cyfrowej w dziedzinie zdrowia na ubezpieczenia zdrowotne”

(opinia z inicjatywy własnej)

(2017/C 434/01)

Sprawozdawca: **Alain COHEUR**

Decyzja Zgromadzenia Plenarnego	26.1.2017
Podstawa prawna	Art. 29 ust. 2 regulaminu wewnętrznego Opinia z inicjatywy własnej
Sekcja odpowiedzialna	Sekcja Jednolitego Rynku, Produkcji i Konsumpcji
Data przyjęcia przez sekcję	5.9.2017
Data przyjęcia na sesji plenarnej	20.9.2017
Sesja plenarna nr	528
Wynik głosowania	174/0/1
(za/przeciw/wstrzymało się)	

1. Wnioski

1.1. W obliczu rewolucji cyfrowej w dziedzinie zdrowia EKES uważa, że niezbędne jest utrzymanie i promowanie solidarnych, sprzyjających włączeniu społecznemu i niedyskryminujących systemów ubezpieczeń zdrowotnych z korzyścią dla wszystkich obywateli. Włączenie społeczne i równy dostęp wszystkich obywateli do wysokiej jakości usług zdrowotnych (cyfrowych lub innych) oraz przywiązanie do tych zasad są bowiem warunkiem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

1.2. Zgodnie z poprzednimi opiniami⁽¹⁾ EKES uważa, że technologia cyfrowa może korzystnie wpłynąć na aspekt równego dostępu do opieki medycznej – jednego z głównych celów polityki zdrowotnej – o ile spełnione zostanie kilka warunków:

- zapewnienie jednakowego zakresu na całym terytorium z uwzględnieniem obszarów niedostatecznie obsługiwanych przez dostawców usług cyfrowych (dostęp, szybkość łącza),
- zmniejszenie przepaści cyfrowej pod względem zastosowania technologii wśród obywateli, pracowników służby zdrowia i podmiotów oferujących systemy ubezpieczeń zdrowotnych,

⁽¹⁾ Dz.U. C 458 z 19.12.2014, s. 54; Dz.U. C 242 z 23.7.2015, s. 48; Dz.U. C 13 z 15.1.2016, s. 14; Dz.U. C 13 z 15.1.2016, s. 40; Dz.U. C 288 z 31.8.2017, s. 1.

- interoperacyjność całej architektury cyfrowej (baz danych, sprzętu medycznego) ułatwiająca zachowanie ciągłości opieki zdrowotnej w każdej placówce i między tymi placówkami,
- ochrona danych dotyczących zdrowia, których w żadnym wypadku nie wolno wykorzystywać ze szkodą dla pacjentów.

1.3. Rozwój telemedycyny, skomunikowanych urządzeń oraz nanotechnologii, biotechnologii, informatyki i nauk poznawczych nie może sprawić, aby jednostki były traktowane jako podłączone ciała, które mogą być zdalnie analizowane, badane i monitorowane przez posiadający pełną kontrolę program komputerowy. Technicyzacja opieki zdrowotnej zachęca w rzeczywistości do podejścia przeciwnego, to znaczy do potwierdzenia wagi relacji międzyludzkich i więzi społecznych leżących u podstaw praktyki medycznej i opieki zdrowotnej.

1.4. EKES zwraca uwagę na wyzwanie, jakim jest obarczenie nadodpowiedzialnością obywatela, który ma sam zarządzać swoim zdrowiem, do czego dochodzi jeszcze problem hiperindywidualizacji. Wraz z rozwojem medycyny prognostycznej, z jednej strony, oraz skomunikowanych narzędzi, z drugiej, ogólnie rośnie wiedza o zagrożeniach dla zdrowia jednostki oraz o ich monitorowaniu, co zachęca do przyjmowania bardziej zindywidualizowanych strategii. Ujawnianie tych zagrożeń i stwierdzone rozbieżności między jednostkami rodzą istotne kwestie natury etycznej w kontekście utrzymania solidarnej ochrony ubezpieczeniowej.

2. Zalecenia

2.1. EKES przypomina, że dla przeprowadzenia rewolucji cyfrowej nasze sprawnie działające systemy ubezpieczeń zdrowotnych powinny:

- a) wykorzystywać technologię cyfrową do realizacji i wzmocnienia naszych praw podstawowych w zakresie opieki zdrowotnej, a nie ich osłabiania; technologia cyfrowa musi być czynnikiem wzmacniającym indywidualny i wspólny potencjał oraz silną dźwignią służącą skuteczności praw oraz rozwojowi nowych form organizacji opieki zdrowotnej i zarządzania nią;
- b) umacniać takie wartości jak solidarność i uniwersalność leżące u podstaw naszego systemu opieki zdrowotnej, za których ochronę jesteśmy wszyscy odpowiedzialni.

2.2. W żadnym przypadku rozwój technologii cyfrowej nie może prowadzić do zakwestionowania zasad redystrybucji i wspólnego podziału zagrożeń zdrowotnych i społecznych, stanowiących prawdziwy fundament zbiorowej solidarności.

2.3. EKES podkreśla potrzebę:

- rozwoju i ułatwienia obywatelom dostępu do umiejętności korzystania z cyfrowych rozwiązań z zakresu zdrowia (alfabetyzmu zdrowotnego), aby zachęcać do krytycznego podejścia do informacji na temat zdrowia,
- zapewnienia wysokiej jakości informacji w dziedzinie zdrowia, w szczególności przez zachęcanie do tworzenia procedur oznakowania/akredytacji aplikacji zdrowotnych,
- wspierania zaufania między pacjentami, pracownikami służby zdrowia i podmiotami oferującymi systemy ubezpieczeń zdrowotnych,
- wprowadzenia systemu kształcenia dostosowanego zarówno do uczestników, jak i do pracowników służby zdrowia, z myślą o zapewnieniu sprawnego i bezpiecznego wykorzystania technologii cyfrowych oraz ułatwieniu zmian w systemie opieki zdrowotnej,
- wzmocnienia dialogu społecznego jako niezbędnej przestrzeni konsultacji w celu wspierania przyszłych zmian,
- wdrożenia systemów zabezpieczających przetwarzanie danych osobowych, aby zapobiec praktykom prowadzącym do wykorzystywania danych ubezpieczeniowych (dostęp, refundacja itp.) do celów komercyjnych niemających związku ze zdrowiem publicznym,
- propagowania dynamicznych ram regulacyjnych uwzględniających cały ekosystem (wielość zainteresowanych stron) i rolę, jaką odgrywają podmioty ubezpieczenia zdrowotnego jako zaufane strony trzecie w swoich relacjach z ubezpieczonymi,
- wspierania rozwoju nomenklatury świadczeń refundowanych oraz oferowanych usług związanych z dobrostanem, uwzględniających innowacje techniczne stwarzane przez technologię cyfrową,

— wspierania transformacji w kierunku medycyny zwanej „4P”⁽²⁾ poprzez rozwój solidarnych usług podmiotów ubezpieczenia zdrowotnego, w odpowiedzi na potrzeby obywateli.

3. Kontekst

3.1. Rozkwit technologii cyfrowej jest impulsem do rozwoju w sferze zdrowia o bezprecedensowym tempie i skali. Wraz z nagłym upowszechnieniem się skomunikowanych urządzeń oraz mobilnych aplikacji w dziedzinie zdrowia, wykorzystywaniem dużych zbiorów danych, pojawieniem się nanotechnologii, biotechnologii, informatyki i nauk poznawczych oraz bogatą ofertą nowych usług w dziedzinie zdrowia, technologia cyfrowa doprowadziła do całościowej przemiany naszego systemu opieki zdrowotnej.

3.2. Innowacyjne rozwiązania cyfrowe w dziedzinie zdrowia mają nie tylko wymiar techniczny czy naukowy, lecz także wielowymiarowy charakter ze względu na innowacyjność zastosowań, na jakie pozwalają. Nowe zastosowania towarzyszą innowacjom społecznym na wielką skalę, zaś dzięki nim powstają nowe rozwiązania odpowiadające na potrzeby zdrowotne i społeczne.

3.3. Wpływa to zatem bezpośrednio, w ramach złożonego ekosystemu, na relacje pomiędzy:

- a) obywatelem, poprzez znajomość jego stanu zdrowia;
- b) osobami wykonującymi zawody medyczne i paramedyczne oraz ich relacjami z pacjentem;
- c) systemem ubezpieczeń zdrowotnych w różnych formach organizacji, zarządzania i finansowania.

3.4. Jeśli chodzi o stosunek jednostki do własnego zdrowia, to trzeba powiedzieć, że jesteśmy coraz bardziej świadomi znaczenia naszego zdrowia i sposobów dbania o zdrowie. Do tej pory, z powodu utrudnionego dostępu do informacji medycznej i wynikającej z tego niewiedzy, ludzie byli niepewni, jakie zagrożenia niesie ze sobą dana choroba. Obecnie będą oni dysponowali wieloma rozwiązaniami (np. urządzeniami skomunikowanymi) pozwalającymi na skontrolowanie stanu własnego zdrowia i dostosowania do niego odpowiedniego trybu życia.

3.5. Dzięki dostępności źródeł informacji każdy może stać się podmiotem w zakresie ochrony zdrowia mogącym identyfikować, porównywać i wybierać system opieki zdrowotnej najbardziej dostosowany do swoich potrzeb. „E-pacjent” wnosi wkład w medycynę prognostyczną, dostarcza danych dotyczących zdrowia i może wpływać na zdrowie swoje i innych. W związku z tym świadoma zgoda jest zasadniczym elementem powiązanim z ochroną danych, zintegrowanym zarządzaniem danymi i ich wykorzystywaniem.

3.6. Nowe technologie zachęcają do skupienia się bardziej na zapobieganiu chorobom niż na ich leczeniu. Pozwolą także na opracowanie bardziej skutecznych, mniej inwazyjnych i bardziej zindywidualizowanych pod kątem genetycznym i biologicznym metod leczenia, zaś dostępność informacji w czasie rzeczywistym poprawia monitorowanie reakcji.

3.7. Zawody medyczne muszą ewoluować w kierunku nowych kompetencji i nowych obszarów działania na różnych poziomach, w szczególności w kierunku innego modelu relacji z pacjentem, opartego w większym stopniu na wzajemnym zaufaniu, w kierunku stopniowego dostosowania narzędzi cyfrowych do kształcenia, modyfikacji technicznych środków świadczenia opieki zdrowotnej, jak również podejścia opartego na współpracy i współdzielenia danych za pośrednictwem systemów interoperacyjnych.

3.8. Przemianom tym musi towarzyszyć dialog społeczny, który powinien też prowadzić do wzmocnienia szkoleń pracowników służby zdrowia.

3.9. Jeśli chodzi o systemy ubezpieczeń zdrowotnych, celem pozostaje udostępnienie każdemu obywatelowi skutecznych i wysokiej jakości usług w dziedzinie ochrony zdrowia, zarówno publicznych, jak i prywatnych. W tym kontekście zmiany będą miały najsilniejszy wpływ na ubezpieczenia zdrowotne, ponieważ wyzwaniem na przyszłość będzie stworzenie rozwiązań i zindywidualizowanego podejścia w granicach zasad wspólnego ponoszenia ryzyka, jeszcze przed jego powstaniem, przy zachowaniu ich tradycyjnej funkcji, jaką jest zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej osobom, które zachorują.

3.10. Innowacje w medycynie wynikające z technologii cyfrowej spowodują potencjalnie istotne zmiany w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Trwający dynamiczny rozwój prowadzi do zindywidualizowania medycyny i terapii poprzez dwa źródła informacji:

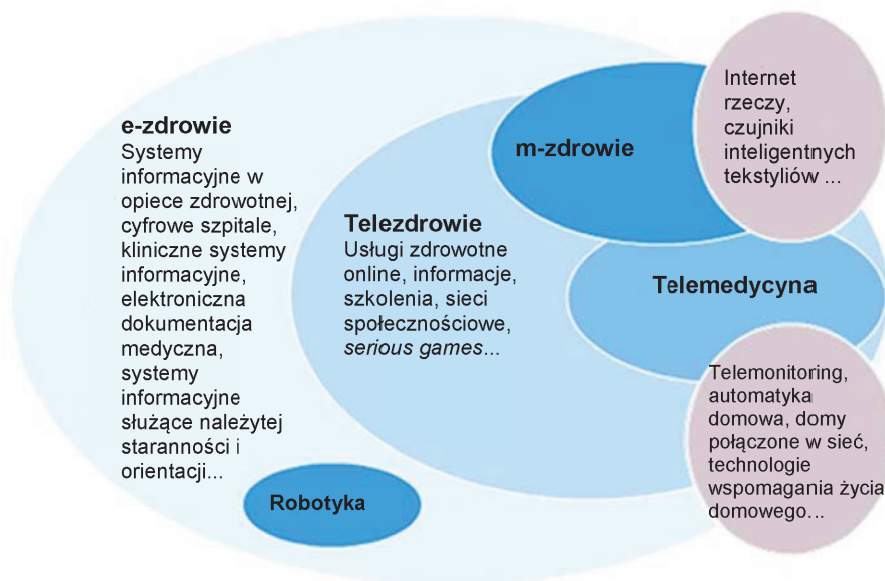
⁽²⁾ Zob. pkt 4.2.

a) rozszyfrowanie genomu ludzkiego:

prognostyczny wymiar rozszyfrowania genomu może nadać podejściu prewencyjnemu całkiem nowy kształt (dzięki rozszyfrowaniu genomu znane jest prawdopodobieństwo zagrożenia dla zdrowia, profilaktyka ma zatem większe znaczenie) oraz może wprowadzić duże wyzwania w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych;

b) urządzenia z zakresu e-zdrowia:

wśród tych urządzeń znajdują się m.in. urządzenia skomunikowane, należące do dziedziny samodzielnego pomiaru (ang. *self data*), pozwalające na poznanie i poprawę swojego stanu zdrowia.



Należy zatem odpowiedzieć na szereg pytań i uwag.

- Czy te nowe źródła wiedzy o stanie zdrowia mogą doprowadzić do stworzenia nowych ofert i nowych usług „na miarę”, bardziej dostosowanych do zastosowań przez ubezpieczonych?
- Czy w przyszłości będziemy objęci ubezpieczeniem zdrowotnym zależnym od prawdopodobieństwa wystąpienia chorób wynikających z naszego genotypu?
- Czy zaakceptowano już przejście od podejścia skoncentrowanego na leczeniu do podejścia zorientowanego na zapobieganie chorobom? Jakie będą tego konsekwencje dla wytycznych dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego oraz finansowania w trudnej sytuacji gospodarczej? Czy należy refundować indywidualne programy profilaktyki realizowane za pośrednictwem platform cyfrowych?
- Czy usługi związane z dobrostanem⁽³⁾ staną się odtąd substytutem opieki zdrowotnej? Czy wspomniane przekształcenie systemu opieki zdrowotnej nie doprowadzi do stworzenia medycyny holistycznej, skupionej w mniejszym stopniu na leczeniu?
- Czy wraz z tymi zmianami wizja relacji pacjent/lekarz i ubezpieczony/ubezpieczyciel ulegnie fundamentalnej zmianie, przekształcając się z modelu „pionowego” w model bardziej „poziomy”, w którym pacjent zadaje pytania i jako laik poszerza swą wiedzę?
- Czy w obliczu potęgi ekonomicznej gigantów branży cyfrowej nie należy wznowić inwestycji w badania i rozwój prowadzone przez władze publiczne?

⁽³⁾ „Obszary dobrostanu, zdrowia i opieki zdrowotnej wpisują się w kontinuum między stanem normalnym a chorobą. I kontinuum to wręcz służy medycynie”.

4. Wpływ cyfryzacji na obywatela/pacjenta

4.1. Transformacja cyfrowa daje obywatelom możliwość wpływu na swój stan zdrowia, choć należy stwierdzić, że istnieją bariery w dostępie do tych technologii. Dostęp do nich, w połączeniu z wiedzą, infrastrukturą i zindywidualizowanymi innowacyjnymi usługami w dziedzinie zdrowia, może sprawić, że każdy będzie mógł podejmować decyzje w sprawie własnego zdrowia, a także przyczyniać się do poprawy zdrowia innych – jako osoba udzielająca pomocy, producent informacji i dostawca danych.

4.2. Nadejście tej indywidualizacji charakteryzuje się modelem ochrony zdrowia określanym jako „4P”:

Partycypacyjny: Dane medyczne są dostarczane przez samych pacjentów, wspieranych przez coraz większą liczbę skomunikowanych urządzeń. Zmianie ulega relacja między pacjentem a lekarzem (który nie jest już jedynym źródłem wiedzy medycznej). Pacjent staje się „aktywnym pacjentem”.

Prewencyjny: Pacjenci gromadzący regularnie informacje dotyczące swojego zdrowia są coraz bardziej świadomi potrzeby zachowania dobrego zdrowia, co otwiera drzwi do opieki zdrowotnej nastawionej na profilaktykę.

Personalizowany: Stały napływ coraz dokładniejszych i coraz bardziej zróżnicowanych danych osobowych pozwala również na rozwój zindywidualizowanej opieki zdrowotnej.

Progностyczny: Postęp technologiczny, umożliwiający na przykład cyfryzację pełnego genomu ludzkiego, stwarza warunki do ochrony zdrowia skupionej coraz bardziej na przewidywaniu.

4.3. *Alfabetyzm a ryzyko nowej przepaści cyfrowej – przepaści w dziedzinie zdrowia*

4.3.1. Alfabetyzm w dziedzinie zdrowia oznacza zdolność jednostki do uzyskiwania, zrozumienia i wykorzystywania informacji w celu propagowania i utrzymania zdrowia w dobrym stanie. Wiąże się z osiągnięciem przez jednostkę takiego poziomu wiedzy, umiejętności i pewności siebie, aby podejmowała ona działania na rzecz poprawy zdrowia własnego i zdrowia całej społeczności poprzez zmianę swojego trybu i warunków życia.

4.3.2. Technologia cyfrowa pogłębia nierówności społeczne w zakresie zdrowia, potęgując związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy stanem zdrowia jednostki a jej zdolnościami poznawczymi (np. umiejętnością wyszukania i zrozumienia wysokiej jakości informacji na temat zdrowia) i finansowymi (np. możliwością wyposażenia się w skuteczniejsze urządzenia). Nierówności te są znaczniejsze wśród osób starszych, osób szczególnie wrażliwych i osób zamieszkujących obszary niedostatecznie obsługiwane przez dostawców usług cyfrowych.

4.3.3. Aby móc korzystać z aplikacji zdrowotnych, należy posiadać pewien poziom wiedzy pozwalający na dostęp do informacji na temat zdrowia, ich zrozumienie, ocenę i wykorzystanie przy codziennym podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia. Niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego jest bowiem przyczyną licznych zagrożeń dla zdrowia, wpływających na długość życia w dobrym zdrowiu, przedwczesne zgony, jakość życia oraz koszty ponoszone przez jednostkę i społeczeństwo.

4.3.4. Nie można jednak zlekceważyć powstawania przepaści cyfrowej wśród osób wykonujących zawody medyczne i paramedyczne. Problem ten można rozwiązać przez wzmocnienie systemu edukacyjnego dzięki programom szkoleniowym poświęconym nowym więzom wynikającym z cyfryzacji w relacji pracownik opieki zdrowotnej i pacjent.

4.4. *Innym poważnym niebezpieczeństwem związanym z cyfryzacją jest obarczanie obywateli nadmierną odpowiedzialnością*

4.4.1. Praktyki związane z kwantyfikacją w dziedzinie zdrowia sprzyjają indywidualnemu zarządzaniu zdrowiem w skali mikro oraz nadodpowiedzialności, ze szkodą dla bardziej zbiorowego podejścia. Czynią one z jednostki przedsiębiorcę osobiście odpowiedzialnego za swe dobre lub złe zachowania zdrowotne i mogą odwracać uwagę od środowiskowych lub społeczno-ekonomicznych przyczyn problemów zdrowia publicznego.

4.4.2. Nieprzewidzenie wpływu cyfryzacji na indywidualizację, narastanie nierówności społecznych w zakresie ochrony zdrowia oraz zwiększenie komercjalizacji zdrowia mogą być zagrożeniem dla naszych modeli solidarnego i powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

5. Wpływ technologii cyfrowej na pracowników służby zdrowia i na ich relacje

5.1. Elektroniczna dokumentacja medyczna podstawą organizacji opieki zdrowotnej

5.1.1. Cyfryzacja pozwala na zlikwidowanie barier w systemie opieki zdrowotnej poprzez ułatwienie wymiany informacji między szpitalami, prywatnymi gabinetami, zespołami opieki zdrowotnej i podmiotami oferującymi opiekę domową. Środki bezpiecznego i szybkiego przesyłania informacji zebranych przez różne podmioty są niezbędnym warunkiem koordynacji opieki zdrowotnej i pełnej opieki nad pacjentem. Organizacja ciągłości zabiegów i opieka multidyscyplinarna nad pacjentem są o wiele łatwiejsze do wdrożenia. Dostępność danych, szybki dostęp, wymiana i udostępnianie danych ułatwiają postawienie diagnozy. Wymiana danych drogą elektroniczną pomiędzy pracownikami służby zdrowia przynosi bezpośrednie korzyści pod względem jakości opieki.

5.1.2. Elektroniczna karta pacjenta staje się narzędziem koordynacji i jakości opieki na korzyść pacjenta. Udostępnia ona dane upoważnionym podmiotom, pod warunkiem że pacjent wyraził uprzednią zgodę na ich udostępnianie, z wyjątkiem nagłych wypadków lub sytuacji, gdy nie ma możliwości uzyskania takiej zgody. Zasady odnoszące się do elektronicznej karty pacjenta dotyczą wszystkich konkretnych gwarancji udzielonych pacjentowi w odniesieniu do danych cyfrowych, ochrony prywatności i dostępu do tych danych. Należy zagwarantować zachowanie tajemnicy dokumentacji medycznej i administracyjnej.

5.1.3. Elektroniczna karta pacjenta pozwala uniknąć błędów wynikających z nieczytelności dokumentu (recepty, protokołu badania lekarskiego) oraz ułatwia dostęp do farmaceutycznych baz danych i przepisanie skuteczniejszych leków, ponieważ są dostosowane do stanu pacjenta. Komputeryzacja praktyki lekarskiej przyczynia się do ograniczenia liczby błędów i zmniejszenia ryzyka jatrogennego.

5.1.4. Funkcje przypomnień i alarmów możliwych dzięki komputeryzacji karty pacjenta ułatwiają działania profilaktyczne (szczepienia, badania przesiewowe), monitorowanie osób przewlekle chorych oraz baz leków, a także służą poprawie jakości opieki nad pacjentami oraz podnoszą kompetencje osoby świadczącej usługi w zakresie diagnozy i przepisania leczenia.

5.1.5. Ponadto, ponieważ cyfryzacja informacji zebranych o pacjencie przyczynia się do poprawy diagnozy, w najbliższych latach będziemy świadkami radykalnych zmian w praktyce lekarskiej. Żadnej diagnozy nie będzie można postawić bez systemu eksperckiego lub narzędzi sztucznej inteligencji. Rewolucja ta jest wynikiem równoległego rozwoju genomiki, neurobiologii i skomunikowanych urządzeń – w jej kontekście tylko maszyny będą teraz w stanie przetworzyć zbiór danych.

5.2. Miejsce jednostki w samym centrum rozwoju nowych praktyk medycznych

5.2.1. Postępy technologii umożliwiają i wzmacniają rozwój telemedycyny, która otwiera pole dla nowych praktyk medycznych i paramedycznych. Korzystnymi aspektami telemedycyny są: usługi lepszej jakości na obszarach oddalonych i ograniczenie przemieszczania się osób niedołączonych, zdalne monitorowanie chorych pozwalające im uniknąć hospitalizacji, zdalna wymiana wiedzy, edukacja terapeutyczna przez telemonitorowanie oraz konsultacje interdyscyplinarne dzięki telekonsultacjom i teletekspertyzom.

5.2.2. Telemedycyna, skomputeryzowana komunikacja, dematerializacja dokumentów, gromadzenie rozproszonych kompetencji i dzielenie się zasobami intelektualnymi lub medyczno-technicznymi powinny zaoszczędzić czas pracowników służby zdrowia, który ci z kolei mogliby przeznaczyć na bezpośredni kontakt przy łóżku pacjenta, co znacząco poprawiłoby ich relacje z pacjentami.

6. Wpływ cyfryzacji na zarządzanie ubezpieczeniami zdrowotnymi

6.1. Duże zbiory danych

6.1.1. Postępująca komputeryzacja naszych systemów opieki zdrowotnej niewątpliwie przyczyniła się do poprawy zarządzania administracyjnego i finansowego dokumentami ubezpieczeniowymi każdego obywatela (oszczędność miejsca, czasu, materiałów eksploatacyjnych, wyższa wydajność pracy, łatwiejsza i bezpieczniejsza archiwizacja, zysk środowiskowy), jak również do szybszej refundacji świadczeniodawców i szpitali, przy jednoczesnym zwiększeniu kontroli i ograniczeniu ryzyka błędów w fakturowaniu świadczeń.

6.1.2. Dematerializacja formularzy administracyjnych skróciła czas przesyłania dokumentów i uprościła formalności administracyjne, mimo że nie przyniosła bezpośrednich korzyści pod względem jakości opieki. Jednak dobrze wykorzystana dematerializacja dokumentów ułatwia wykonywanie zawodu lekarza, pozwalając mu skupić się bardziej na sztuce uzdrawiania, a mniej na związanych z nią niezbędnych procedurach administracyjnych.

6.1.2.1. Obecnie duże zbiory danych są generowane po skompilowaniu całości danych wszystkich pacjentów/ubezpieczonych, w tym danych pochodzących z aplikacji zdrowotnych. Wiąże się to ze zdolnością do analizowania ogółu danych pochodzących z ogromnej liczby źródeł. Wymaga to dysponowania środkami pozwalającymi na połączenie danych i wyodrębnienie, w automatyczny i oszczędny sposób, użytecznych informacji z danych niestrukturyzowanych.

6.1.3. Dzięki aplikacjom dane nie są już przechowywane u lekarza, w szpitalu lub u podmiotów ubezpieczenia zdrowotnego, ale w urządzeniach lub na platformach w chmurze należących do spółki macierzystej, która niekoniecznie znajduje się w kraju przynależności do ubezpieczenia zdrowotnego, ani nawet w Europie.

6.1.4. Interoperacyjność stanowi istotny element zarówno na szczeblu europejskim (wraz z jednolitym rynkiem cyfrowym), jak i krajowym. Należy opracować i wdrożyć ramy interoperacyjności systemów informacji zdrowotnej. Takie repozytorium interoperacyjności stanowi zbiór zasad i norm, które należy spełnić podczas bezpiecznej wymiany danych dotyczących zdrowia, przy jednoczesnym włączeniu wszystkich podmiotów e-zdrowia.

6.2. Ochrona danych

6.2.1. Własność i ochrona danych są dla obywatela/pacjenta pierwszoplanową kwestią i podstawowym prawem, które powinno być szanowane. Obywatel/pacjent powinien mieć możliwość swobodnego dysponowania swoimi danymi. Wymaga to swobodnej, świadomej i ciągłej zgody obywateli dotyczącej gromadzenia i wykorzystywania ich danych. Dodatkowymi kwestiami są uznanie skutecznego prawa do przenoszenia danych i rozwój rozwiązań typu „Blue Button”⁽⁴⁾ służących udostępnianiu własnych danych.

6.2.2. Ogólne rozporządzenie o ochronie danych, które wejdzie w życie z dniem 25 maja 2018 r., reguluje tę kwestię na poziomie europejskim. Ponadto należy wziąć pod uwagę deklarację Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w sprawie etycznych aspektów medycznych baz danych i biobanków (deklaracja z Tajpej).

6.3. Zmieniające się ubezpieczenie zdrowotne

6.3.1. Postępująca cyfryzacja w branży ubezpieczeń jest faktem. Początkowo ograniczona do propozycji o wartości informacyjnej lub porównawczej (porównywarki, rejestracja online itd.) lub związana z dematerializacją formularzy medyczno-administracyjnych, technologia cyfrowa wyjdzie poza ogniwo łańcucha transakcyjnego. Nowe metody kwantyfikacji, spopularyzowane przez termin „duże zbiory danych”, zmieniają w radykalny sposób ekonomiczny model ubezpieczenia i pojawią się nowe produkty.

6.3.2. Ten przełomowy moment ma znaczący i logiczny wpływ na:

- zawody związane z produkcją danych, ich przechowywaniem, dostarczaniem, przetwarzaniem i przekształcaniem, dzięki algorytmom, oraz zawody posiadające wysoką wartość dodaną w dziedzinie informacji,
- status pacjenta, który staje się aktywnym podmiotem własnego zdrowia wobec pracowników służby zdrowia i stopniowo wychodzi z sytuacji uzależnienia od nich.

6.3.3. W miarę rozwoju technologii oraz opracowywania aplikacji zdrowotnych każdy może odtąd uzyskać obiektywne dane na temat swojej aktywności fizycznej, sposobu odżywiania, kontaktów z innymi, a nawet wszystkich czynników warunkujących stan zdrowia.

6.3.4. Wykorzystywanie danych masowych dotyczących jednostek może oznaczać przejście od modelu ubezpieczenia od ryzyka i solidarnej odpowiedzialności za nie do modelu ubezpieczenia od zachowań i indywidualizowania oferty ubezpieczenia, prowadząc do hiperindywidualizacji. O ile nastawieni na zysk prywatni ubezpieczyciele wydają się zdolni do zdobycia sobie pozycji w dość naturalny sposób, o tyle zmieniająca się sytuacja może być bardziej skomplikowana dla podmiotów ubezpieczeń wzajemnych oraz publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, których zasadnicze założenia będą pod coraz większą presją.

⁽⁴⁾ Prezentacja inicjatywy Blue Button: program Blue Button został uruchomiony w 2010 r. przez rząd Stanów Zjednoczonych w celu stworzenia platformy do monitorowania, kontroli i pobierania danych zdrowotnych amerykańskich weteranów. Program umożliwia im dostęp do raportów z opieki, danych dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego oraz informacji o zdrowiu (alergie, analizy laboratoryjne itp.), a także ich pobieranie. Źródło: <http://www.va.gov/bluebutton/>.

6.3.5. W obliczu tych zmian podmioty zarządzające ubezpieczeniami zdrowotnymi wchodzą w trudny okres, bowiem znajdują się na styku całego wielowymiarowego ekosystemu złożonego z przemysłowców, lekarzy, rządów, organów regulacyjnych, inwestorów i pacjentów.

6.3.6. Podmioty zarządzające ubezpieczeniami zdrowotnymi muszą stawić czoła dużej opieszałości z powodu rygorystycznych przepisów dotyczących danych szczególnie chronionych w zakresie zdrowia oraz funkcjonowania i złożonego finansowania sektora medyczno-szpitalnego, dość sztywnego i wolno reagującego łańcucha tworzenia wartości (przystąpienie do ubezpieczenia, zebranie składek, wypłata świadczeń itd.), coraz bardziej rygorystycznych przepisów o produktach ubezpieczeniowych, a niekiedy także z powodu korporacjonizmu zawodów medycznych.

6.3.7. Jednakże nie wszystkie podmioty zarządzające ubezpieczeniami zdrowotnymi dysponują już takimi samymi środkami finansowymi, a potrzeby kapitałowe niezbędne do prowadzenia tej działalności zdają się być coraz większą przeszkodą dla ich rozwoju. Potęga ekonomiczna gigantów branży cyfrowej otwiera tym ostatnim możliwości dla bezpośredniego inwestowania w to, co postrzegają jako rynek.

6.3.8. Pomimo lepszej wiedzy na temat indywidualnych zagrożeń dla zdrowia konieczne jest utrzymanie naszych systemów opieki zdrowotnej na zasadach ubezpieczenia zbiorowego i solidarnego. To właśnie połączenie zasady indywidualnego przystąpienia do ubezpieczenia ze zbiorową ochroną przed wszelkimi zagrożeniami dla zdrowia zapewniało naszym systemom ubezpieczenia zdrowotnego największą efektywność.

6.4. Dostosowanie systemów refundacji

6.4.1. Obecnie istnieje mało przykładów pokrywania kosztów (refundacji) używania mobilnych aplikacji w leczeniu chorego. Jedną z głównych przeszkód jest obecnie właśnie brak odpowiednich modeli refundacji uwzględniających nową rzeczywistość technologiczną.

6.4.2. Jest klasyczny model interwencji państwa, w którym za refundację odpowiedzialne są instytucje i organy krajowe, decydujące o mobilnych świadczeniach zdrowotnych podlegających refundacji⁽⁵⁾, ale są także inicjatywy ze strony podmiotów ubezpieczeń zdrowotnych, w tym towarzystw ubezpieczeń wzajemnych⁽⁶⁾.

6.4.3. Istnieją również nowatorskie systemy refundacji, takie jak programy motywacyjne i profilaktyczne, które mają zachęcać bardziej do profilaktyki niż do leczenia.

6.5. Nowe wyzwania dla podmiotów oferujących ubezpieczenie zdrowotne

6.5.1. Dla podmiotów zarządzających obowiązkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, zarówno publicznych, jak i prywatnych (takich jak towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych), które odczuwają wyraźnie zachodzące zmiany, wyzwaniami na przyszłość będą:

- opracowanie środków zapobiegania, diagnozowania oraz monitorowania dopasowanego i zindywidualizowanego leczenia oraz stworzenie – jeszcze przed powstaniem ryzyka – rozwiązań i zindywidualizowanego podejścia w granicach zasad wspólnego ponoszenia ryzyka, przy zachowaniu ich tradycyjnej funkcji, jaką jest zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej osobom, które zachorują,
- dostosowanie oferty usług zdrowotnych do zmieniających się potrzeb pacjentów,
- wspieranie pacjentów, a zarazem zapobieganie stygmatyzacji i obarczaniu winą; towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych odgrywają już ważną rolę w profilaktyce, monitorowaniu opieki i obserwacji pacjentów; rolę tę powinni również pełnić publiczni ubezpieczyciele zdrowotni,
- walka z nierównościami społecznymi w dziedzinie zdrowia, które mogą powstawać w wyniku przepaści cyfrowej, poprzez zwiększanie alfabetyzmu zdrowotnego (a zwłaszcza przez poprawę umiejętności w tym zakresie),

⁽⁵⁾ Francja wykonała krok naprzód, podejmując się refundacji programu DIABEO, po uzyskaniu opinii Krajowej Komisji ds. Oceny Wyrobów Medycznych i Technologii w dziedzinie Zdrowia. Diabeo to oprogramowanie połączone z telemonitoringiem medycznym oraz usługą techniczną w zakresie nauki obsługi oprogramowania. Celem oprogramowania Diabeo jest pomoc pacjentowi w codziennym obliczaniu dawek insuliny szybko i długo działającej zgodnie z wcześniejszymi wytycznymi lekarza prowadzącego. Pacjent może używać oprogramowania za pośrednictwem aplikacji na terminalu mobilnym (smartfonie lub tablecie) lub portalu internetowego.

⁽⁶⁾ Vivoptim, opracowany przez francuskie towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych MGEN i przejęty przez belgijskiego ubezpieczyciela Solidarist, to unikalny program e-zdrowia służący profilaktyce chorób krążenia i wspieraniu osób cierpiących na te choroby, który dzięki cyfrowym narzędziom i skomunikowanym urządzeniom oferuje szereg zindywidualizowanych usług podzielonych na 3 programy wspierające i 13 kierunków profilaktyki dostosowanych do sytuacji, oczekiwań i potrzeb każdego użytkownika, począwszy od profilaktyki dla osób zdrowych po leczenie choroby przewlekłej.

- ograniczenie zachowań ryzykownych i kontrola zgodności z zaleceniami pracowników służby zdrowia; poszukiwanie skutecznych narzędzi zaspokajających potrzeby jest podstawowym wyzwaniem,
- stawianie na jakość życia ubezpieczonych; kwestia ta odnosi się również do celów ekonomicznych i kontroli ryzyka, a w konsekwencji do wydatków na zdrowie,
- usystematyzowanie elektronicznego zarządzania dokumentacją medyczną pacjentów oraz relacji ze świadczeniodawcami, m.in. dzięki digitalizacji zaświadczeń o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej, dzięki elektronicznej dokumentacji medycznej, elektronicznym książeczkom zdrowia,
- dostosowanie refundacji do nowych form opieki zdrowotnej i monitorowania pacjentów przez pracowników służby zdrowia,
- bycie zaufaną stroną trzecią w odniesieniu do wykorzystywania strumienia danych o zdrowiu i zarządzania nim oraz gromadzenia tych danych z uwzględnieniem ryzyka niedozwolonej komercjalizacji tych danych.

6.5.2. Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych, które były prekursorami ubezpieczenia zdrowotnego, mogą dążyć odtąd do obietnicy stałego i zindywidualizowanego wsparcia każdego ze swoich członków. Jeśli chodzi zarówno o proponowane produkty/usługi, jak i o wsparcie jednostki w osiągnięciu dobrostanu lub w wyborze leczenia, towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych muszą być obecne, niezależnie od kanału komunikacji, w życiu swoich członków i oferować im rozwiązania dostosowane do ich potrzeb.

7. Wpływ gigantów technologii cyfrowej na ubezpieczenia zdrowotne i społeczeństwo

7.1. Niezależnie od wszystkich wyżej wymienionych elementów świadczących o złożoności kwestii związanych z cyfryzacją w dziedzinie zdrowia, pojawienie się nowych podmiotów sieci internetowej sprawi, że nasze systemy ubezpieczeń zdrowotnych zostaną poddane ich ekonomicznemu wpływowi.

7.2. Przełom ten był z pewnością możliwy dzięki pojawieniu się dostępnych ekonomicznie i niezawodnych pod względem technicznym czujników, ale także – i przede wszystkim – dzięki zdolności centralizacji i analizy danych za pośrednictwem smartfona lub interfejsu internetowego. W ten sposób rozwinął się ekosystem aplikacji mobilnych, skoncentrowanych na zasadzie celowości, wspólnoty i gamifikacji. Pozwala on twórcom środowisk mobilnych na zdefiniowanie standardów zarządzania danymi o zdrowiu, za pośrednictwem oferowanej usługi (7).

7.3. Istnieje obawa, że „GAFAMA” (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft i Alibaba) (8), a w przyszłości inne firmy, będą w przyszłości właścicielami nowej medycyny, która opiera się w coraz większym stopniu na technologiach informacyjnych i ich dekodowaniu. Jednakże tym właśnie zajmują się liderzy ekonomii cyfrowej, którzy stosują te technologie do przejścia kontroli nad ekosystemami we wszystkich sektorach.

7.4. Siłą tych platform jest oparcie modelu rozwoju na masowym dostarczaniu produktu lub usługi powiązanej ze społeczeństwem, dającej im dostęp do dużej ilości danych, które są spieniężane. Spieniężenie danych pozwala na zaoferowanie wielu bezpłatnych usług zapewniających masowe korzystanie z nich i podsyca samonapędzający się proces, w którym każdy stara się umieścić konsumenta w najbardziej zamkniętym ekosystemie. Z racji niemal zerowych kosztów krańcowych dostawy usług, ekonomiczny model sieci internetowej sprzyja naturalnie największym podmiotom, które zagarniają sporą część wygenerowanej wartości i dysponują zatem ogromnymi możliwościami inwestowania.

7.5. Istnieje obawa, że jedynie firmy GAFAMA będą w stanie korzystać z danych przesyłanych nieodpłatnie, porównując je ze wszystkimi danymi uzyskanymi z innych źródeł na temat zachowań ludzkich. W konfrontacji z cyfrowymi gigantami, zarówno obecnymi, jak i przyszłymi, z prawnego i etycznego punktu widzenia konieczne jest zachowanie przez obywateli, rządy i instytucje (zwłaszcza instytucje zabezpieczenia społecznego) suwerenności w dziedzinie identyfikacji, zbierania i wykorzystywania danych dotyczących zdrowia.

(7) Struktura rynku sklepów z aplikacjami jest podzielona zasadniczo na pięć największych sklepów [90 % pobrań: Play (Android), App Store (Apple), Windows Phone Store (Microsoft), App World (BlackBerry) i Ovi (Nokia)].

(8) Rynkowi giganci, GAFAMA (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft i Alibaba), próbują zmonopolizować kontrolę nad m-zdrowiem. Koncerny te poczyniły masowe inwestycje w dziedzinę zdrowia publicznego, widząc w niej potencjał ekspansji ekonomicznej.

7.6. Wartość dodana tych informacji, w szczególności w zakresie zdrowia, jest zatem wykorzystywana i kontrolowana przez te platformy, a nie przez twórców systemu opieki zdrowotnej. Pozostaje już tylko udostępnić te informacje innym zainteresowanym nabywcom, którzy będą mogli je wykorzystać.

7.7. Ochrona danych ujęta w pięć zasad (ilość, szybkość, różnorodność, prawdziwość, wartości) stanowi wartość ekonomiczną wymagającą dostosowywanych nieustannie ram prawnych powiązanych z całym ekosystemem (wielość zainteresowanych stron), aby zapobiec wykorzystywaniu danych w celach czysto komercyjnych.

Bruksela, dnia 20 września 2017 r.

Georges DASSIS
Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
