

Opinia Komitetu Regionów: „Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020 – innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku”

(2013/C 280/07)

KOMITET REGIONÓW

- Zwraca uwagę, że rozwój usług e-zdrowia musi przynieść korzyści wszystkim obywatelom Unii, dając im możliwość przejęcia kontroli nad opieką nad własnym zdrowiem; nie może on zwiększać nierówności w dostępie do świadczeń i w korzystaniu z nich.
- Zauważa, że w wielu państwach członkowskich władze lokalne i regionalne są współodpowiedzialne za planowanie, opracowanie, realizację, kontrolę i finansowanie polityki zdrowotnej i społecznej. Oczywiście jest zatem, że władze regionalne powinny w pełni uczestniczyć w każdej reformie, która ma wpływ na opiekę zdrowotną i społeczną.
- Wzywa do nieustających prac nad propagowaniem edukacji zdrowotnej, innowacji i zmiany, umotywowanej dążeniem do doskonałości i świadomością tego, że dzisiejsze rozwiązania jutro mogą uchodzić za przestarzałe w szybko zmieniającym się środowisku e-zdrowia.
- Zauważa, że obecnie ogromne ilości danych na temat zdrowia, sytuacji i opieki społecznej są przechowywane w oddzielnych systemach i opowiada się za sprawniejszym i bardziej powiązaniem wykorzystaniem tych danych, co mogłoby dogłębnie zmienić europejskie systemy opieki zdrowotnej i stworzyć solidniejsze i skuteczniejsze środowisko opieki zdrowotnej.
- Zauważa, że głównymi czynnikami powodzenia w rozwijaniu i wdrażaniu rozwiązań e-zdrowia są zaangażowanie władz lokalnych, zdecentralizowane przechowywanie danych, dobrze funkcjonujące informowanie obywateli i pacjentów oraz aktywna współpraca z pracownikami służby zdrowia.
- Powtarza, że wprowadzenie na dużą skalę usług e-zdrowia nie zależy tylko od tego, czy jest to prawnie i technicznie wykonalne, ale przede wszystkim od tego, czy rozwiązanie to zdobędzie zaufanie obywateli, pacjentów i pracowników służby zdrowia. Uważa zatem, że w pierwszej kolejności trzeba się zająć kwestiami ochrony prywatności, poufności, ochrony danych i odpowiedzialności prawnej po to, by dane niejawnie były chronione przed złamaniem zabezpieczeń, wyciekami, naruszeniem prywatności i innymi rodzajami naruszeń.

Sprawozdawca	Johan SAUWENS (BE/PPE), poseł do Parlamentu Flandrii
Dokument źródłowy	Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020 – Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku” COM(2012) 736

I. ZALECENIA POLITYCZNE

KOMITET REGIONÓW

Uwagi ogólne

1. Może zaakceptować komunikat Komisji dotyczący planu działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020, w którym Komisja nakreśliła unijną strategię na rzecz e-zdrowia i przedstawiła najważniejsze cele, niezbędne do wykorzystania jego potencjału. Plan ten jest istotnym wkładem w proces przygotowania europejskiego systemu opieki zdrowotnej na wyzwania w dziedzinie poprawy jakości świadczeń, efektywniejszego korzystania z coraz bardziej ograniczonych środków, zmniejszania biurokracji w odniesieniu do pacjentów, osób i podmiotów świadczących usługi zdrowotne oraz instytucji, jak również w zakresie innowacji informatycznych, technologicznych, innowacji produkcji i usług.

2. Podziela opinię Komisji, że nawet najlepsze rozwiązania w dziedzinie e-zdrowia nie przyniosą obywatelom Unii wielkich korzyści, jeśli ich opracowanie i realizacja będą przebiegać fragmentarycznie i niespójnie. Na uznanie zasługuje więc podejście Komisji, która dużo uwagi poświęca prawnym, organizacyjnym, semantycznym i technicznym ramom interoperacyjności, a także wytycznym i specyfikacjom.

3. Podkreśla, że polityka w zakresie zdrowia i polityka społeczna w wielu państwach członkowskich została zdecentralizowana, zatem stanowisko władz regionalnych powinno mieć w tej debacie większe znaczenie.

4. Zwraca uwagę, że rozwój usług e-zdrowia musi przynieść korzyści wszystkim obywatelom Unii i nie może prowadzić do powstania lub zwiększenia nierówności w dostępie do świadczeń i w korzystaniu z nich. I choć usługi e-zdrowia stanowią przełom, to i tak interesy pacjenta niezmiennie muszą pozostać w centrum uwagi. Pacjent ma prawo decydować o dostępie do swoich danych i musi otrzymać czytelne informacje o tym, kto jeszcze i w jaki sposób będzie miał do nich dostęp. E-zdrowie ma pozwolić obywatelom i pacjentom w większym stopniu wziąć własne zdrowie w swoje ręce.

5. Podkreśla, że to nowe narzędzie musi być łatwo dostępne, aby mogło zwiększać niezależność osób niepełnosprawnych, starszych lub znajdujących się trudnym położeniu. Dlatego przy wprowadzaniu na rynek wszystkich produktów i aplikacji obowiązkowym kryterium dopuszczenia do obrotu powinno być kryterium dostępności.

II. POSTULATY KOMITETU REGIONÓW

6. Zauważa, że w wielu państwach członkowskich władze lokalne i regionalne są współodpowiedzialne za planowanie, opracowanie, realizację, kontrolę i finansowanie polityki zdrowotnej i społecznej. Oczywiście jest zatem, że władze regionalne powinny w pełni uczestniczyć w każdej reformie, która ma wpływ na opiekę zdrowotną i społeczną.

7. Odwołuje się w tym kontekście do sprawozdania na temat strategii e-zdrowia z 2011 r., w którym o infrastrukturze e-zdrowia napisano, że samo zarządzanie elektroniczną dokumentacją medyczną w dużych krajach jest już zbyt skomplikowane. Jak wynika z doświadczeń europejskich, kraje powyżej 10 mln mieszkańców – zwłaszcza te, które nie posiadają piramidalnej struktury systemu opieki zdrowotnej – nie są w stanie osiągnąć swych celów. Dobrym rozwiązaniem wydaje się tam obranie pośredniej drogi, czyli systemu lokalnego lub regionalnego w oparciu o krajową infrastrukturę.

8. Wskazuje na to, że z niedawnej analizy KR-u „Dynamiczne systemy zdrowotne oraz nowe technologie: rozwiązania w zakresie e-zdrowia na szczeblu lokalnym i regionalnym” (*Dynamic health systems and new technologies: eHealth solutions at local and regional levels*) wynika, że zagadnienie e-zdrowia jest jednym z priorytetów władz lokalnych i regionalnych Europy.

9. Uważa, że trzeba zintensyfikować współpracę międzyregionalną i wymianę doświadczeń, jeśli chodzi o zarządzanie i stosowane praktyki, tak aby podmioty doświadczające mogły dzielić się swą wiedzą z początkującymi. Komisja Europejska może tu odegrać istotną rolę, zbierając i łącząc zasoby wiedzy i sprawdzone rozwiązania. Należy też dokładnie przeanalizować, jakie inicjatywy i modele w dziedzinie e-zdrowia można by najłatwiej wdrożyć na skalę europejską.

Umiejętności w dziedzinie opieki zdrowotnej

10. Uważa, że ważnym elementem strategii zwalczania nierówności w dziedzinie zdrowia jest już samo szerzenie

wiedzy o zdrowiu. W połączeniu z umiejętnościami cyfrowymi i dostępem do łączy szerokopasmowych podniesienie poziomu wiedzy o zdrowiu może pomóc mieszkańcom regionów najbardziej oddalonych, słabo zaludnionych lub znajdujących się z innych względów w gorszej sytuacji uzyskać właściwe informacje, skorzystać z działań profilaktycznych lub porady lekarskiej, a także ze świadczonej drogą elektroniczną pomocy i terapii.

11. Uważa, że właściwe, rzetelne i przystępne informacje dostosowane do różnych grup społecznych są warunkiem wykorzystania umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia. To oznacza, że informacje udzielane przez sektory publiczny i prywatny powinny być jaśniejsze i bardziej konkretne, a pracownicy służby zdrowia powinni zwracać większą uwagę na poziom wiedzy o zdrowiu swoich pacjentów.

Wyzwania

12. Wskazuje na to, że e-zdrowie jest przedsięwzięciem, które szybko się zmienia i stale rozwija. Dzisiejsze opinie i osiągnięcia jutro mogą uchodzić za przestarzałe. Przejście od tradycyjnej opieki zdrowotnej do usług elektronicznych wymaga niezbędnej infrastruktury informatycznej oraz umiejętności cyfrowych, ale przede wszystkim zmiany w relacji między personelem medycznym, pracownikami usług socjalnych, naukowcami, podmiotami ubezpieczenia zdrowotnego, pacjentami i władzami. Wiąże się to również z niezwłoczną mobilizacją na rzecz innowacyjności, transformacji, kształcenia i specjalistycznej wiedzy.

13. Przytacza w tym kontekście wnioski z warsztatów nt. monitorowania krajowych strategii na rzecz e-zdrowia (*Monitoring National eHealth Strategies*, Bruksela, 2010 r.), w których stwierdzono m.in.: „Wydaje się, że realizacja strategii na rzecz e-zdrowia w Europie jest o wiele bardziej skomplikowana i czasochłonna, niż się spodziewano. Ponadto w znacznym stopniu nie doceniono złożoności elektronicznych usług opieki zdrowotnej jako wyzwania pod względem administracyjnym”.

14. Zauważa, że w niektórych regionach znajomość technologii informatycznych wśród personelu medycznego oraz pracowników usług socjalnych, a także świadomość perspektywy związanych z e-zdrowiem pozostawiają wiele do życzenia. To samo dotyczy jakości, łatwości obsługi oraz zakresu zastosowań niektórych dostępnych na rynku programów informatycznych adresowanych do pracowników służby zdrowia i usług socjalnych. Są to sytuacje godne ubolewania, utrudniające pomyślny rozwój usług e-zdrowia. Aby umożliwić kontrolę jakości dostępnego oprogramowania medycznego, a zwłaszcza elektronicznej dokumentacji medycznej, i aby móc poddać je

procedurom oceny, warto bardziej precyzyjnie zdefiniować warunki, które muszą one spełniać. Tymczasem obecnie brakuje efektywnej komunikacji między sektorem zdrowia o sektorem informatycznym.

Interoperacyjność

15. Zwraca uwagę na ogromne ilości danych na temat zdrowia, sytuacji i opieki społecznej, które są obecnie przechowywane oddzielnie. Tymczasem lepsze wykorzystanie tych danych może dogłębnie zmienić te dziedziny i pozwolić na większą ciągłość, rzetelność i skuteczność opieki. Jedno i drugie zakłada, że infrastruktura IT nie będzie ograniczać się tylko do sektora usług leczniczych, ale zostanie rozszerzona także na dziedzinę opieki społecznej, opieki nad osobami starszymi, profilaktykę i promocję zdrowia. Wynika to z założenia, że w centrum uwagi systemu opieki zdrowotnej i społecznej znajduje się osoba korzystająca ze świadczenia zdrowotnego, a także z faktu, że rozmaite służby tego systemu muszą pod tym kątem dostosować swoje funkcjonowanie. E-zdrowie może przyczynić się do zmniejszenia fragmentaryzacji opieki zdrowotnej oraz do całościowego podejścia wobec osoby, która tej opieki potrzebuje.

16. Uważa, że zasadnicze znaczenie dla lepszej jakości opieki zdrowotnej (większej skuteczności, ciągłości, wzmocnienia pozycji pacjenta itd.) ma elektroniczna wymiana danych pomiędzy poszczególnymi podmiotami opieki zdrowotnej. Obecnie jeszcze w wielu krajach i regionach dokumentacja medyczna jest przechowywana w sposób rozproszony – na komputerze w gabinecie lekarza rodzinnego albo specjalisty bądź na serwerze szpitala – i nie ma możliwości przekazywania tych danych pomiędzy poszczególnymi podmiotami, które wspólnie są w relacji terapii wobec danego pacjenta. Dyżurny lekarz rodzinny lub lekarz pogotowia może więc mieć do czynienia z nagłym wypadkiem bez dostępu do najważniejszych informacji medycznych o pacjencie i do informacji o używanych aktualnie przez niego lekach. Problem ten staje się jeszcze poważniejszy, gdy pacjent przebywa za granicą i bariera językowa znacznie utrudnia komunikację między nim a personelem opieki zdrowotnej. Wyzwanie to nabierze jeszcze większej wagi, gdy w praktyce odczuwamy skutki dyrektywy UE z 9 marca 2011 r. dotyczącej stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Z powodu braku dostępu do aktualnej dokumentacji medycznej pacjenta niepotrzebnie będzie się powielać badania laboratoryjne czy obrazowanie medyczne.

17. Z uznaniem przyjmuje to, że w planie działania na rzecz e-zdrowia wiele uwagi poświęcono kwestii ram interoperacyjności. Bardzo rozdrobiony rynek e-zdrowia w UE oraz rozwiązania teleinformatyczne na niekiedy zupełnie lokalny

użytek sprawiają, że systemy te są drogie, niedostępne dla innych, zawodne i oraz że nie można ich wykorzystywać dla innych celów lub nowych zastosowań. Stan ten utrudnia też działanie firmom informatycznym, ponieważ bardzo ogranicza ich dostęp do rynku, obniża przez to rentowność tworzonego produktu i osłabia tak potrzebną innowacyjność. Plan działania stwarza więc szanse dla inicjatyw gospodarczych dużych i małych przedsiębiorstw we wszystkich krajach Europy.

18. Uważa, że zapewnienie w tym roku ram interoperacyjności dla sieci elektronicznych usług opieki zdrowotnej będzie bardzo ważnym elementem. Podczas analizowania krajowego ustawodawstwa w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej należy także ocenić regionalne przepisy prawne.

19. Z zadowoleniem przyjmuje to, że położono nacisk na ściślejszą współpracę z międzynarodowymi i światowymi organizacjami, takimi jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Potrzebne są porozumienia w sprawie kodyfikacji dokumentacji medycznej i jednolite stosowanie międzynarodowych systemów kwalifikacji chorób i dolegliwości, aby poprzez programy informatyczne zapewnić wsparcie dla podejmowania decyzji medycznych.

Zaufanie

20. Odnosi wrażenie, że wprowadzenie na dużą skalę usług e-zdrowia nie zależy tylko od tego, czy jest to prawnie i technicznie wykonalne, ale przede wszystkim od tego, czy rozwiązanie to zdobędzie zaufanie obywateli, pacjentów i pracowników służby zdrowia. W pierwszej kolejności trzeba więc zająć się kwestiami ochrony prywatności, poufności, ochrony danych i odpowiedzialności prawnej oraz zadbać o ich stałą kontrolę po to, by dane te były chronione przed złamaniem zabezpieczeń, wyciekami, naruszeniem prywatności i innymi rodzajami naruszeń.

21. Zauważa, że jednym z istotniejszych wniosków z międzynarodowej analizy KPMG (opublikowanej 6 lutego 2012 r. w Utrechcie) na temat elektronicznej dokumentacji medycznej, w oparciu o ocenę i porównanie z sześcioma innymi krajami Europy, było stwierdzenie, że odchodzi się od krajowych programów na szeroką skalę na rzecz bardziej regionalnego zarządzania, aby lepiej opanować złożoność danych i zwiększyć powiązanie z poziomem lokalnym. Poza tym, zdaniem KPMG, poprzez zastosowanie jednolitych standardów zwiększa się przekonanie, że krajowe bazy danych wcale nie są konieczne, bo dobrze sprawdza się zdecentralizowane przechowywanie danych. Powiązanie z poziomem lokalnym, zdecentralizowane przechowywanie danych, dobrze funkcjonujące informowanie obywateli i pacjentów oraz realizowanie etapami projektów pilotażowych z aktywnym udziałem pracowników służby zdrowia wydają się najważniejszymi czynnikami, które zadecydują o powodzeniu stopniowo rozwijanych i wdrażanych elektronicznych usług opieki zdrowotnej.

Relacje pomiędzy poszczególnymi podmiotami

22. Zwraca uwagę na to, że relacja pomiędzy pracownikiem służby zdrowia a pacjentem jest osobista i wyjątkowa – i tak

powinno pozostać. Dzięki rozwojowi e-zdrowia relacje te można jeszcze wzmocnić i poprawić. Niemniej nie można i nie należy się ludzić, zakładając, że bezpośredni kontakt osobisty można całkowicie zastąpić wirtualną interakcją. Dlatego zastosowanie elektronicznych usług opieki zdrowotnej powinno ograniczać się do uznanych grup zawodowych w dziedzinie służby zdrowia i opieki.

23. Stwierdza poza tym, że pojawia się coraz więcej kontrowersji wokół kwestii własności dzielonych danych osobowych pacjenta w elektronicznej dokumentacji medycznej oraz odpowiedzialności za nie. Idealnie byłoby, gdyby w ramach swojej elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenci dysponowali własną bramką, za pomocą której mogliby wprowadzać wyniki samodzielnie przeprowadzonych kontroli (np. pomiary cukru w krwi, ciśnienia, informacje o samopoczuciu itp.).

24. Zauważa, że rośnie znaczenie multidyscyplinarnego podejścia do przewlekłe chorego pacjenta, jako że wskutek starzenia się społeczeństwa coraz więcej miejsca w leczeniu, statystykach zdrowia i wykazach kosztów na opiekę zdrowotną zajmują choroby przewlekłe. Wielu starszych pacjentów cierpi z powodu kilku chorób jednocześnie i korzysta ze świadczeń różnych podmiotów opieki zdrowotnej o uzupełniających się kompetencjach. Odnosi się to zarówno do leczenia szpitalnego, jak i do opieki w domu. E-zdrowie oraz elektroniczna wymiana informacji o leczeniu pomiędzy pacjentem, jego opiekunem w domu i podmiotami prowadzącymi leczenie pacjenta mogą wnieść szczególnie cenny wkład w świadczenie dobrej, podejmowanej na czas i dostosowanej do potrzeb pacjenta opieki zdrowotnej.

Finansowanie

25. Wyraża rozczarowanie daleko idącymi cięciami w budżecie instrumentu „Łącząc Europę”, który z kwoty 50 mld EUR – w tym 9,2 mld EUR przeznaczonych na usługi szerokopasmowe i cyfrowe – został zmniejszony do 29,3 mld EUR, z czego zaledwie 1 miliard EUR przeznaczono na usługi szerokopasmowe i cyfrowe.

26. Zadaje pytanie, czy wdrożenie interoperacyjnych, transgranicznych usług e-zdrowia na dużą skalę, które według Komisji powinno nastąpić do roku 2014 w ramach instrumentu „Łącząc Europę”, będzie mogło wciąż figurować w programie, jeśli Parlament zgodzi się na okrojenie tego instrumentu.

27. Wyraża nadzieję, że nie będzie cięć w budżecie na badania i innowacje, które zaprogramowano na lata 2014–2020 jako część filaru „Zdrowie, zmiany demograficzne i

dobrostan” programu „Horyzont 2020”, oraz że w badaniach położy się nacisk na oszczędność kosztową technologii e-zdrowia, gwarancje w zakresie ochrony prywatności, zaangażowanie użytkowników i włączenie do europejskich systemów opieki zdrowotnej rozwiązań skoncentrowanych na pacjencie.

Pomocniczość

28. Podkreśla, że to w kompetencji państw członkowskich leży organizacja i świadczenie usług zdrowotnych i medycznych. W wielu państwach członkowskich władze regionalne i lokalne są odpowiedzialne za całość lub istotną część polityki zdrowotnej i społecznej.

29. Dodaje, że zwłaszcza w mniej zamożnych regionach w dalszym ciągu trudno jest, z technicznego, logistycznego i finansowego punktu widzenia, stworzyć infrastrukturę informatyczną oraz wykorzystać i rozwinąć potencjał związany z e-zdrowiem. Działania UE mogą okazać się przydatne zwłaszcza wtedy, gdy potrzebna jest koordynacja i zachęta. Chodzi w szczególności o pewne kwestie, którymi najlepiej można się zająć na poziomie UE, takie jak transgraniczna opieka zdrowotna, uznawanie kwalifikacji, wspólne bariery czy też normy i metody badań wykorzystywane przy określaniu stopnia skuteczności aplikacji e-zdrowia. Również wsparcie finansowe może pomóc pokryć wysokie koszty początkowe.

30. Odnotowuje fakt, że plan działania na lata 2014–2020 jest zorientowany na badania, innowacje i interoperacyjność oraz wskazuje, jak powinny wyglądać ramy techniczne i prawne. Skorzystają z tego prawdopodobnie zarówno przedsiębiorstwa, jak i władze lokalne i regionalne, pracownicy służby zdrowia, obywatele i pacjenci. Ponieważ plan działania jest szeroko zakrojony, Komisja Europejska powinna bardziej się skupić na ustaleniu priorytetów w swoich działaniach.

31. Oczekuje, że działania na poziomie UE mogą stanowić wartość dodaną dla regionalnej polityki zdrowotnej i opieki zdrowotnej oraz pomóc stworzyć europejską przestrzeń e-zdrowia i elektronicznego świadczenia opieki społecznej.

32. Wyraża nadzieję, że w realizacji planu działania uwzględniane zostaną nie tylko państwa członkowskie, lecz również władze regionalne i lokalne, które mogą odgrywać istotną rolę w zakresie komunikacji i informowania obywateli i pacjentów, kształcenia i szkolenia pracowników służby zdrowia, uzyskiwania odpowiednio wysokiego poziomu zaangażowania lokalnych społeczności w tworzenie usług e-zdrowia, inicjowania projektów pilotażowych w ramach e-zdrowia, a w niektórych regionach również w zakresie związanych z tym działań regulacyjnych.

Bruksela, 3 lipca 2013 r.

Przewodniczący
Komitetu Regionów
Ramón Luis VALCÁRCEL SISO
