

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie komunikatu 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 final

(2013/C 271/23)

Sprawozdawczyni: **Isabel CAÑO AGUILAR**

Dnia 19 lutego 2013 r. Komisja, działając na podstawie art. 304 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, postanowiła zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie

komunikatu 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 final.

Sekcja Transportu, Energii, Infrastruktury i Społeczeństwa Informacyjnego, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 30 kwietnia 2013 r.

Na 490. sesji plenarnej w dniach 22–23 maja 2013 r. (posiedzenie z 22 maja) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny 154 głosami – 4 osoby wstrzymały się od głosu – przyjął następującą opinię:

1. Wnioski i zalecenia

1.1 EKES przyjmuje z zainteresowaniem wnioski w sprawie planu działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020. W komunikacie brakuje jednak rozdziału poświęconego wymiarowi społecznemu świadczenia usług i szerszego przedstawienia opieki społeczno-zdrowotnej.

1.2 EKES przypomina, że odpowiedzialność za powodzenie nowego planu spoczywa głównie na państwach członkowskich, chociaż Komisja pełni niezbędną funkcję w zakresie wspierania i koordynacji.

1.3 W sercu e-zdrowia musi znajdować się wymiar ludzki. Należy unikać ryzyka przyjmowania podejścia „bezosobowego” i ignorowania czynników psychologicznych.

1.4 EKES ubolewa zwłaszcza nad faktem, że zmniejsza się liczba pracowników służby zdrowia w czasie, gdy zwiększają się wymagania stawiane temu sektorowi.

1.5 Komitet wskazuje, że w komunikacie pojawiają się jedynie niepełne odniesienia do sposobów finansowania nowego planu. Potrzebny jest ogólny obraz sytuacji, w którym określono by wkład, jaki miałyby wnieść sektor publiczny, sektor prywatny oraz – w odpowiednim przypadku – pacjenci i ogólnie podatnicy.

1.6 Komitet podkreśla potrzebę pełnej koordynacji programów, działań i grup roboczych wymienionych w komunikacie, by uniknąć powielania zadań.

1.7 W kwestii normalizacji niezbędnych funkcji sprzętu informatycznego, należy podkreślić potrzebę odpowiedniej kontroli ze strony władz publicznych, by uniknąć sytuacji wykorzystywania dominującej pozycji, jak ma to miejsce w niektórych obszarach ICT.

1.8 EKES z zadowoleniem przyjmuje decyzję o uwzględnieniu kolejnego kluczowego aspektu interoperacyjności, którym są najważniejsze kwestie prawne uniemożliwiające wdrożenie transgranicznego systemu telemedycyny.

1.9 Komitet zgadza się ze stwierdzeniem Komisji w kwestii rozwoju struktury gospodarczej związanej z e-zdrowiem, zwłaszcza jeśli chodzi o wsparcie dla MŚP, ale brak konkretnych danych liczbowych nie pozwala na bardziej precyzyjną ocenę.

1.10 Jeśli chodzi o instrument „Łącząc Europę”, EKES podkreśla, że nie należy go ograniczać do „łączenia systemów”, tylko umożliwić obywatelom poznanie i zrozumienie koncepcji łączenia społeczeństwa i czerpanie z niej korzyści.

1.11 Celem nowego programu w dziedzinie e-zdrowia powinno być zagwarantowanie równości europejskich obywateli w dostępie do służby zdrowia. W tym kontekście kluczową rolę odegra powszechny dostęp do szerokopasmowego internetu.

By uniknąć sytuacji, w której istniejące już nierówności w dostępie do służby zdrowia zachodzić będą również w obszarze e-zdrowia, należy przeprowadzić szersze zakrojone działania i zwiększyć inwestycje, by wykraczały poza te, które przewidziane są przez EFRR (Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego).

1.12 Poszerzenie wiedzy na temat e-zdrowia: A) pacjentów – z uwagi na doświadczenia z projektem „Sustains”, ważne jest umożliwienie pacjentom dostępu do własnych danych i ich wykorzystania; dane te są obecnie „zamknięte” w systemach informacji zdrowotnych; B) pracowników służby zdrowia – niezbędne jest włączenie wiedzy na temat e-zdrowia do programów nauczania.

2. Wprowadzenie

2.1 Choć odnotowano postępy od roku 2004, kiedy UE zainicjowała pierwszy plan działania w dziedzinie e-zdrowia, wciąż istnieją przeszkody dla konfiguracji zintegrowanego systemu europejskiego, m.in. ze względu na:

- brak wiedzy wśród pacjentów, obywateli i pracowników służby zdrowia na temat rozwiązań w dziedzinie e-zdrowia oraz brak zaufania do tych rozwiązań;
- brak interoperacyjności rozwiązań w zakresie e-zdrowia;
- nieodpowiednie lub niekompletne ramy prawne;
- różnice regionalne w dostępie do usług ICT i ograniczony dostęp do nich na obszarach znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji.

2.2 Duża liczba występujących w Europie niekompatybilnych produktów to nieunikniona konsekwencja fragmentacji rynku i braku norm w zakresie komunikacji i wymiany lub faktu, że masowi nabywcy nie znają tych norm. W rezultacie często nie da się połączyć systemów informatycznych krajów, graniczących ze sobą regionów czy nawet ośrodków zdrowia. Na przykład oprogramowania używanego na oddziałach radiologii niektórych szpitali nie można połączyć z programami używanymi na innych oddziałach tego samego szpitala.

2.3 Zgodnie z celami strategii „Europa 2020” i agendy cyfrowej dla Europy celem nowego planu działania jest rozpoznanie tych przeszkód i zarządzenie im, a także wyjaśnienie kwestii politycznych i związane ujęcie koncepcji e-zdrowia w Europie.

2.4 Wartość światowego rynku e-zdrowia, przechodzącego etap ogromnej ekspansji, może w 2016 r. wynieść 27,3 mld dolarów. Niektóre duże europejskie przedsiębiorstwa zajmują pozycje światowych liderów. Szacuje się, że ogółem w tym sektorze działa ok. 5 tys. firm.

3. Propozycje Komisji

3.1 Komisja podkreśla wyzwania, z jakimi muszą mierzyć się europejskie systemy opieki zdrowotnej. Z jednej strony, w wyniku ewolucji demograficznej i innych czynników wydatki na publiczną służbę zdrowia 27 państw członkowskich UE mogą sięgać w 2060 r. 8,5 % PKB, przy jednoczesnym spadku liczby ludności aktywnej zawodowo i zwiększeniu się liczby osób w wieku powyżej 65 lat. Z kolei innym wyzwaniem dla Europy jest aktywny udział w światowym rynku e-zdrowia.

3.2 Cele:

- osiągnięcie większej interoperacyjności usług;
- wspieranie badań, rozwoju, innowacji i konkurencyjności;
- ułatwienie wprowadzenia e-służby zdrowia i zagwarantowanie jej szerszego wdrożenia;
- wspieranie dialogu politycznego i współpracy międzynarodowej w tej dziedzinie.

3.3 Środki: ułatwienie transgranicznej interoperacyjności (elementy techniczne i semantyczne, etykietowanie wysokiej jakości, certyfikacja); przyjęcie zielonej księgi w sprawie zdrowia; poprawa warunków rynkowych dla przedsiębiorstw i zwiększenie kultury cyfrowej obywateli (program ramowy na rzecz konkurencyjności i innowacji oraz program „Horyzont 2020”) i inne.

4. Stanowisko EKES-u. Uwagi ogólne

4.1 EKES przyjmuje z zainteresowaniem wnioski w sprawie planu działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020.

4.2 Komitet uważa jednak, że w planie należałoby zawrzeć rozdział poświęcony aspektowi społecznemu świadczenia usług. Konkretnie chodzi o takie aspekty, jak odpowiednie podejście do przepaści cyfrowej, dostępność technologii i zdolność do jej wykorzystania, a także analiza nierówności społecznych w dziedzinie zdrowia, które mogą się zwiększać. Należy także uwzględnić szerzej zakrojony rozwój opieki społeczno-zdrowotnej, który byłby o wiele łatwiejszy przy wykorzystaniu ICT.

4.3 EKES przypomina, że ze względu na podział kompetencji odpowiedzialność za powodzenie planu działania spoczywa głównie na państwach członkowskich, które na bardzo odmienne sposoby wdrażają e-służbę zdrowia.

Komisja musi pełnić niezbędną funkcję wspierającą i koordynującą, jak wynika z art. 114, 168, 173 i 179 Traktatu o funkcjonowaniu UE. Państwa członkowskie i Komisja muszą w pełni współpracować i aktywnie uczestniczyć w ramach sieci e-służby zdrowia (dyrektywa 2011/24/UE).

4.4 Dzięki e-służbie zdrowia musi zwiększać się wzajemne zaufanie między pacjentami a personelem medycznym. Należy unikać „bezosobowego podejścia” i uwzględniać czynniki psychologiczne. W sercu e-zdrowia musi znajdować się wymiar ludzki. EKES stwierdza jednak, że zdaniem niektórych europejskich organizacji reprezentujących prawa pacjentów, takich jak Europejskie Forum Pacjentów, proces ten skupia się bardziej na technologii niż na potrzebach pacjentów. To niepokojący aspekt, o którym należy pamiętać.

4.5 Brakom kadrowym nie można zaradzić, stosując rozwiązania informatyczne. EKES ubolewa zwłaszcza nad faktem, że zmniejsza się liczba pracowników służby zdrowia w czasie, gdy wymagania stawiane temu sektorowi są coraz większe. ICT jest jedynie narzędziem pomagającym w pracy osobom na co dzień ofiarnie świadczącym usługi opieki zdrowotnej. Technologie informacyjno-komunikacyjne ułatwiają także kontakty pacjentów z pracownikami służby zdrowia.

4.6 EKES wskazuje na fakt, że w komunikacji pojawiają się jedynie niepełne odniesienia do sposobów finansowania nowego planu. Potrzebny jest ogólny obraz sytuacji, w którym określono by wkład, jaki miałyby wnieść sektor publiczny, sektor prywatny oraz – w odpowiednim przypadku – pacjenci i ogólnie podatnicy.

4.7 Komitet podkreśla potrzebę pełnej koordynacji programów, działań, projektów i grup roboczych wymienionych w komunikacie Komisji, by uniknąć ryzyka nakładania się działań.

4.8 Dla powodzenia nowego planu w dziedzinie e-zdrowia kluczowe znaczenie mają wysiłki na rzecz zmian organizacyjnych podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Nie można tworzyć dostępu do e-zdrowia wyłącznie z punktu widzenia odpowiedzialności administracji wysokiego szczebla lub ludności, która jest użytkownikiem końcowym. Organizacje pośredniczące świadczące usługi zdrowotne muszą podjąć wysiłki, by dostosować swoje struktury i personel do nowych modeli świadczenia usług.

5. Uwagi szczegółowe

5.1 Interoperacyjność

5.1.1 Aspekty techniczne i semantyczne

5.1.1.1 Ogólnie rzecz biorąc, EKES uważa propozycję Komisji w sprawie interoperacyjności za odpowiednią, choć wskazuje, że nie wystarczy wdrożyć możliwości wymiany danych lub dokumentów z użyciem zwyczajnych sposobów postępowania, ponieważ występują także problemy semantyczne, organizacyjne lub prawne, które należy rozwiązać.

5.1.1.2 Interoperacyjność semantyczna

We wniosku Komisji należałoby wyjaśnić związek różnych programów, działań lub grup roboczych, takich jak m.in. 7. program ramowy i program ISA, SNOMED CT (*Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms*), zintegrowana, wielojęzyczna i ujednolicona terminologia kliniczna, będąca największą, najbardziej precyzyjną i najważniejszą na świecie bazą danych rozpowszechnianą przez International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO). To organizacja nienastawiona na zysk, do której należą niektóre państwa członkowskie UE, Stany Zjednoczone, Australia i inne kraje.

5.1.1.3 Normalizacja

Wielu dostawców oprogramowania i sprzętu komputerowego operuje w dziedzinie e-zdrowia. W ramach rozporządzenia (UE) nr 1025/2012 kluczowe znaczenie ma czynienie postępów w procesie normalizacji niezbędnych funkcji, by zaoferować przemysłowi i użytkownikom – zwłaszcza tym, którzy mogą podejmować decyzje dotyczące kupna – ramy bardziej interesujące, bezpieczniejsze, bardziej opłacalne i użyteczne z punktu widzenia inwestycji. EKES podkreśla potrzebę odpowiedniej kontroli ze strony władz publicznych, by uniknąć sytuacji,

w których nadużywa się dominującej pozycji, jak to ma już miejsce w niektórych dziedzinach ITC.

5.1.1.4 Organizacja

EKES uważa za pozytywną decyzję Komisji dotyczącą przedstawienia konkretnych środków w zakresie integracji i współpracy w UE. Projekt pilotażowy epSOS (projekt otwartych i inteligentnych usług dla europejskich pacjentów) ⁽¹⁾ ułatwi opracowanie konkretnych środków na rzecz włączenia transgranicznych procesów e-zdrowia, do których nawiązuje Komisja.

5.1.1.5 Kwestie prawne

5.1.1.5.1 EKES z zadowoleniem przyjmuje decyzję o uwzględnieniu głównych kwestii prawnych, uniemożliwiających wdrożenie transgranicznego systemu telemedycyny ⁽²⁾. Jako że mamy do czynienia z technologiami innowacyjnymi, nie rozwiązano jeszcze luk i przeszkód prawnych, które występują na poziomie światowym, a nawet krajowym.

5.1.1.5.2 Wydawanie zezwoleń i autoryzacji pracownikom służby zdrowia i instytucjom medycznym

Zgodnie z dyrektywą 2011/24/UE, w sprawie prawa pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej, w tych przypadkach obowiązuje prawodawstwo państwa członkowskiego leczenia (art. 4 ust. 1 lit a) ⁽³⁾. EKES sugeruje rozważenie zmiany dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, w której nie uwzględnia się transgranicznego świadczenia usług zdrowotnych.

5.1.1.5.3 Ochrona danych

Dane dotyczące zdrowia są poufne. Pacjenci pragną kontrolować te informacje i mieć do nich dostęp. Dyskusję na temat prawa pacjenta do zablokowania informacji o własnej historii choroby należy przeanalizować na szczeblu globalnym, by wszystkich obywateli europejskich obowiązywały te same przepisy. EKES przypomina, że brak zaufania do bezpieczeństwa danych dotyczących zdrowia może doprowadzić do ukrywania przez pacjentów niezbędnych informacji.

5.1.1.5.4 Ochrona danych osobowych jest podstawowym prawem zagwarantowanym przez TFUE (art. 16) i Kartę praw podstawowych (art. 7 i 8). W dyrektywie 95/46/WE uwzględnia się tę ochronę w przypadku przetwarzania danych i ich wolnego przepływu ⁽⁴⁾. Jednak swoboda transpozycji przyznana

⁽¹⁾ W ramach projektu epSOS formułuje się zalecenia, specyfikacje techniczne, opisy systemów, modele organizacyjne, aplikacje i narzędzia informatyczne itp. Ich celem jest poprawa interoperacyjności w skali wielonarodowej. Ponadto w niektórych regionach **wdrożono systemy pilotażowe**.

⁽²⁾ Zob. dokument roboczy służb Komisji dotyczący stosowania obowiązujących ram prawnych UE w stosunku do usług telemedycyny, SWD(2012) 414 final.

⁽³⁾ Por. dyrektywa 2000/31/WE, art. 3 ust. 1 i ust. 2: „zasada kraju pochodzenia”.

⁽⁴⁾ Do takich przypadków odnosi się również dyrektywa 2002/58/WE w sprawie przetwarzania danych osobowych i ochrony prywatności w sektorze łączności elektronicznej i dyrektywa 2011/24/UE.

państwom członkowskim doprowadziła do znacznych różnic w poziomie ochrony, co stanowi obecnie jedną z największych przeszkód dla medycyny transgranicznej. Dlatego EKES musi ponownie wyrazić swoje poparcie dla wniosku w sprawie ogólnego rozporządzenia o ochronie danych⁽⁵⁾, o którym mówił już w swojej opinii z 23 maja 2012 r.⁽⁶⁾

5.1.1.5.5 Zwrot środków

Państwo ubezpieczenia (w którym świadczy się opiekę zdrowotną) musi zapewnić, w odpowiednim przypadku, zwrot kosztów transgranicznego świadczenia medycznego (dyrektywa 2011/24/UE, art. 7 ust. 1). Opinia EKES-u: należy jasno poinformować pacjenta o warunkach zwrotu.

5.1.1.5.6 Odpowiedzialność za szkody wyrządzone w wyniku błędu w sztuce lekarskiej i w dostawie sprzętu lekarskiego

Kwestia ta ma złożony charakter, m.in. ze względu na fakt, że można mieć do czynienia z wieloma podmiotami. W przypadku transgranicznych świadczeń lekarskich obowiązuje jedna ogólna zasada, nakazująca zastosowanie prawodawstwa państwa członkowskiego leczenia (dyrektywa 2011/24/UE, art. 4 ust. 1). Produktów wadliwych dotyczy dyrektywa 85/374/EWG, w której ustanawia się zasady obiektywnej odpowiedzialności. Opinia EKES-u: na podstawie obowiązujących ram prawnych należy rozwiązywać poszczególne przypadki za pomocą orzecznictwa.

5.1.1.5.7 Orzecznictwo i stosowne prawo

To również kwestia bardzo złożona, którą należy zająć się w zależności od międzynarodowych przepisów i obowiązujących traktatów. EKES sugeruje uwzględnienie pozasądowych systemów rozwiązywania sporów, takich jak arbitraż i mediacja.

5.1.1.5.8 Prawo do zasięgnięcia informacji

Wzrósł poziom dostępu pacjentów i obywateli do informacji dotyczących ich zdrowia i historii choroby. Niektóre regiony zwiększyły poziom usług i otworzyły centra usługowe i obsługę całodobową dla ogółu ludności, wybranych grup pacjentów w szczególnie trudnej sytuacji lub całego regionu. Pacjenci mogą rezerwować wizyty lekarskie i mają odpowiedni dostęp do informacji zawartych w historii choroby. Zachęca to ich do aktywnego podjęcia się części odpowiedzialności w dbaniu o własne zdrowie i w profilaktyce. Opinia EKES-u: należałoby opracować przepisy dotyczące prawa dostępu w przypadku świadczeń transgranicznych.

5.1.1.5.9 Mobilne zdrowie i dobrostan

EKES z zadowoleniem przyjmuje decyzję Komisji, by uwzględnić – w zaplanowanej na 2014 r. zielonej księdze – aplikacje mobilne w dziedzinie zdrowia i dobrostanu („Mobile E-Health”). To szczególnie aspekt e-zdrowia, który obecnie intensywnie się rozwija ze względu na popularyzację urządzeń przenośnych (smartfonów, tabletów itp.) i ich specjalnego oprogra-

mowania (aplikacji mobilnych). Ponieważ aplikacje te są bardzo popularne, należy opracować przepisy dotyczące aspektów technicznych i prawnych związanych z ich użyciem.

5.2 Badania, rozwój i innowacje

5.2.1 EKES-u uważa za odpowiednie obszary badawcze zaproponowane przez Komisję do subwencji w ramach celu „Zdrowie, zmiany demograficzne i dobrostan” programu „Horyzont 2020”.

5.2.2 Ponieważ wciąż nie wiadomo, jaką sumę UE przeznaczy na badania w dziedzinie medycyny w okresie 2014–2020, EKES przypomina, że amerykański National Institute of Health co roku inwestuje w ten obszar 30,9 mld dolarów.

5.2.3 Biorąc pod uwagę propozycje organizacji przedstawicieli sektora zdrowia, takich jak EPHA (Europejski Sojusz na rzecz Zdrowia Publicznego), EKES sugeruje, by programy badawcze uwzględniały m.in. następujące aspekty:

- komplementarność z innymi programami, takimi jak „Zdrowie na rzecz wzrostu gospodarczego”; należy opracować wiarygodne statystyki dotyczące przebiegu często występujących chorób: otyłości, chorób układu krążenia, raka, cukrzyca itp.;
- koordynacja, jako że wspólnoty badawcze z reguły pracują niezależnie od siebie, a ich komunikacja jest niewystarczająca;
- warunki określone w patentach prac opłacanych przez podatnika, by uniknąć sytuacji, w której społeczeństwo ponosi koszty badań, z których korzyści czerpie sektor prywatny⁽⁷⁾.

5.3 Komitet zgadza się ze stwierdzeniem Komisji w kwestii rozwoju struktury gospodarczej w obszarze e-zdrowia, zwłaszcza jeśli chodzi o wsparcie dla MŚP, ale brak konkretnych danych liczbowych nie pozwala na bardziej precyzyjną ocenę.

5.4 Jeśli chodzi o mechanizm „Łącząc Europę” na lata 2014–2020, ze względu na wyniki projektu pilotażowego eSOS i innych projektów i badań, EKES kładzie szczególny nacisk na fakt, że nie należy tylko „łączyć systemów”. Należy także umożliwić obywatelom poznanie, zrozumienie i skorzystanie z „połączonego społeczeństwa”.

5.5 Spójność

5.5.1 Celem nowego programu w dziedzinie e-zdrowia musi być zagwarantowanie większej równości europejskich obywateli w dostępie do służby zdrowia. Jak już stwierdził EKES, oczywiste jest, że dostęp do szybkiego internetu we wszystkich krajach oraz pełna łączność to podstawowe warunki rozwoju telemedycyny. Dlatego należy poprawić stan sprzętu cyfrowego w regionach, przede wszystkim na obszarach wiejskich i najbardziej oddalonych⁽⁸⁾.

⁽⁵⁾ COM(2012) 11 final – 2012/0011 (COD).

⁽⁶⁾ Opinia rozpoznawcza Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie rynku cyfrowego jako siły napędowej wzrostu, Dz.U. C 229 z 31.7.2012, s. 1.

⁽⁷⁾ Stanowisko EPHA w sprawie programu „Horyzont 2020” (czerwiec 2012 r.): http://ec.europa.eu/research/horizon2020/pdf/contributions/during-negotiations/european_organisations/european_public_health_alliance.pdf

⁽⁸⁾ Dz.U. C 317 z 23.12.2009, s. 84.

5.5.2 Ze względu na zbliżający się koniec obecnego okresu programowania EFRR, EKES ma nadzieję, że w okresie programowania 2014–2020 zostaną opracowane i opatrzone odpowiednim budżetem propozycje w zakresie powszechnego użycia technologii najnowszej generacji na całym obszarze UE. Aby jednak uniknąć sytuacji, w której istniejące już nierówności w dostępie do zdrowia zachodzić będą również w obszarze e-zdrowia, należy podjąć szerszej zakrojone działania i zainwestować w ten cel sumy większe od nakładów zapewnianych przez EFRR.

5.6 Poprawa cyfrowej kultury zdrowotnej

5.6.1 Zdaniem EKES-u, dla pacjentów bardzo ważny jest dostęp do własnych danych i możliwość ich wykorzystania, jako że obecnie dane te są często „zamknięte” w systemach informacji zdrowotnych. W tym kontekście nawiązujemy do projektu „Sustains”, działającego obecnie w trzynastu regionach europejskich, który ma na celu ułatwienie dostępu pacjentów do danych dotyczących ich zdrowia poprzez „osobiste teczki zdrowotne” i inne dodatkowe usługi internetowe.

5.6.2 Jeśli chodzi o pracowników służby zdrowia, to należy propagować włączenie wiedzy na temat zdrowia cyfrowego do programów nauczania zarówno personelu medycznego, jak i osób pracujących w administracji.

5.7 Ocena programów

5.7.1 Zdaniem EKES-u ustanowienie wspólnych wartości i planowanych przez Komisję programów oceny zalet e-służby zdrowia to jeden z najważniejszych aspektów, jako że szybkość zmian technologicznych często uniemożliwia ocenę ich rzeczywistej użyteczności. Z przeprowadzonych ankiet wynika, że wsparcie społeczeństwa i środowisk medycznych dla e-służby

zdrowia jest bezpośrednio związane z przekonaniem, że w niezaprzeczalny sposób ulepsza ona opiekę zdrowotną.

5.7.2 EKES musi także podkreślić, że dobra znajomości modeli i technologii, których wpływ jest pozytywny, a także ich celowe rozpowszechnianie, mają podstawowe znaczenie dla modeli zdrowia opartych na ICT. By osiągnąć te korzyści, niezbędne są sprawne i dynamiczne metody oceny; należy także zwrócić szczególną uwagę na globalną ocenę świadczonych usług, a nie na samą technologię. Należy także uwzględnić ocenę wydajności usługi, związaną z ogólnymi kosztami i korzyściami finansowymi, choć wydajność finansowa nie powinna być oczywiście jedynym kryterium zalecenia użycia modeli świadczeń opartych na ICT.

5.7.3 Ogólnie rzecz biorąc, władze publiczne, sektor przemysłowy i organizacje przedstawicielskie uważają, że z e-służby zdrowia (i jej bardzo różnych zastosowań) mogą wynikać korzyści dla zdrowia. Choć EKES zgadza się z tą koncepcją, przypomina, że należy również uwzględnić głosy krytyki odnoszące się do realnych przypadków, poddające w wątpliwość redukcję kosztów i wskazujące na takie problemy, jak błędy informatyczne, powielanie opisów medycznych, możliwość oszustwa, wysokie koszty itp.

5.8 Wspieranie dialogu politycznego i współpracy międzynarodowej

Potrzeba dialogu politycznego dotyczącego e-zdrowia ma oczywiście zakres światowy, jak stwierdza Komisja, ponieważ kraje rozwijające się również podejmują duże wysiłki w tej dziedzinie. Dialog umożliwi używanie ITC pozwalające na realizację celów Narodów Zjednoczonych oraz solidarne korzystanie z technologii.

Bruksela, 22 maja 2013 r.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Henri MALOSSE