

**Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalgs udtalelse om industrielle ændringer i sundhedssektoren****(initiativudtalelse)**

(2018/C 227/02)

Ordfører: **Joost VAN IERSEL**Medordfører: **Enrico GIBELLIERI**

Plenarforsamlingens beslutning	1.6.2017
Retsgrundlag	Forretningsordenens artikel 29, stk. 2 Initiativudtalelse
Kompetence	Den Rådgivende Kommission for Industrielle Ændringer (CCMI)
Vedtaget i CCMI	23.1.2018
Vedtaget på plenarforsamlingen	14.2.2018
Plenarforsamling nr.	532
Resultat af afstemningen	(163 stemmer for)
(for/imod/hverken for eller imod) Enstemmigt	

**1. Konklusioner**

1.1. Medicinsk teknologi, som er genstand for denne udtalelse, spiller en vigtig rolle i de ændringer, der for tiden sker i sundhedssektoren til gavn for patienterne og værdibaserede sundhedsydelser i Europa.

1.2. Skræddersyede sundhedsydelser, som sikrer lige og bedre adgang og kvalitet, er et væsentligt emne. Teknologien og store mængder anonyme data vil i høj grad fremme nye behandlingsmetoder og typer af operationer samt understøtte alle faser af forebyggelse og rehabilitering. Rehabilitering finder i højere grad sted uden for hospitalerne ved hjælp af e-sundhedsteknologi.

1.3. Sundhedssystemerne vogter nøje over nærhedsprincippet, da der er tale om ydelser af almen interesse. Sundhedssektoren og organisationen heraf er meget decentraliseret og opsplittet. Nationale og regionale hindringer bør mindskes for at få mest muligt ud af den nye teknologi og opnå øget produktivitet og effektivitet i overensstemmelse med sundhedssystemernes offentlige målsætninger.

1.4. Det fortsatte samspil mellem de mange forskellige relevante aktører — nationale ministerier, patientorganisationer, sundhedspersonale og andet personale inden for sundhedssektoren, hospitaler, forsikringsselskaber og tilsyn — medfører, at de industrielle aktører, navnlig SMV'erne, arbejder under komplekse forhold.

1.5. Den industrielle omstillingsproces anses desuden for at tage behørigt højde for de fælles værdier og principper, der ligger til grund for Europas sundhedssystemer, og som blev fastlagt af Rådet i 2006 <sup>(1)</sup> og bekræftet i de nylige forpligtelser under EU's sociale søjle og de vedtagne mål for bæredygtig udvikling <sup>(2)</sup>.

1.6. For industrien er foranstaltninger på EU-plan nødvendige for at sikre et pålideligt europæisk marked og for at kunne stå tilstrækkelig stærkt over for de internationale konkurrenter. EU spiller en afgørende rolle, når det gælder om at skabe fair konkurrence og vejlede og føre tilsyn med omlægningsprocesserne.

<sup>(1)</sup> Se EPSCO-Rådets konklusioner (2006/C 146/01) og bilag 2 hertil af 2. juni 2006 om virkningerne af de europæiske værdier.

<sup>(2)</sup> Se navnlig mål 3, 5, 9 og 10.

1.7. De vigtigste aktører og medlemsstater bør udvikle de mest hensigtsmæssige tilgange og indgå forpligtelser, for så vidt angår adgangen til og kvaliteten af sundheds- og plejeydelser, overkommelige priser og forebyggelse. I samme forbindelse er der brug for særlige tilgange, også når det gælder sygepleje, for at imødekomme sårbare, især ældre, menneskers behov. Lige så vigtig er det at have den mest hensigtsmæssige tilgang til ny teknologi og innovation, integrerede plejemodeller og sammenslutninger samt (grænseoverskridende) netværk og (store) offentlig-private partnerskaber. Det bør desuden sikres, at EU's bestemmelser og retningslinjer gennemføres korrekt. Hvert af disse spørgsmål kræver, at Kommissionens tjenestegrene indtager en aktiv og ansporende rolle.

### **Anbefalinger**

1.8. EU-institutionerne bør fremme økonomisk performance, innovation, digitalisering og effektive offentlige indkøb og samtidig lette vilkårene for grænseoverskridende handel med medicinsk udstyr og industriprodukter.

1.9. EU's industripolitik skal bygge på delte kompetencer mellem medlemsstaterne og EU inden for rammerne af artikel 168 i TEUF. På samme måde bør EU's innovationspolitikker understøtte industrien. EU-støtte (Horisont 2020 m.m.) skal koordineres på behørig vis og sammenkædes med eksisterende nationale programmer.

1.10. Den medicinske industri kommer til at drage stor nytte af strategien for et digitalt indre marked. Frie (big) datastrømme på tværs af EU bør fremmes under overholdelse af bestemmelserne om beskyttelse af patientens privatliv og sikkerhed.

1.11. Offentlige indkøbsprocedurer spiller en vigtig rolle, når projekter med avanceret teknologi iværksættes. Kommissionen bør sikre effektive offentlige indkøb i hele EU i overensstemmelse med direktiv 2014/12/EU.

1.12. Inden for den bredere ramme af nationale tilgange findes der mange regionale initiativer. Kommissionen bør fremme udveksling af gode erfaringer. Bilaterale kontakter mellem offentlige og private sundhedsmyndigheder bør fremmes.

1.13. Der bør desuden i det europæiske semester og de landespecifikke henstillinger<sup>(3)</sup> foretages en vurdering af, hvordan de teknologiske forandringer påvirker omstillingen af sundhedssystemerne.

1.14. Kommissionen bør tilstræbe en effektiv intern koordinering og tilskynde universiteter, lokale myndigheder, arbejdsmarkedets parter og den medicinske teknologi til at indgå i dialog og skabe platforme. Disse kan foregå med et eksempel på et tæt samarbejde mellem offentlige aktører, såsom nationale sundheds-, finans- og industriministerier, og den private sektor.

1.15. Den menneskelige faktor er altafgørende. Overgangen til nye sundheds- og plejetjenester kræver åbenhed og nye former for faglighed i sektoren på alle niveauer samt en omstrukturering af arbejdet på sundheds- og plejeområdet. Den europæiske sociale dialog om sundhedstjenester og sociale tjenester — der har fundet sted siden 2006 — bør yderligere styrkes for at sikre passende uddannelses- og erhvervsuddannelsesprogrammer samt forbedre arbejdsvilkår og -pladser.

## **2. Den nuværende situation**

2.1. EØSU har drøftet den seneste udvikling i sundhedssektoren i en række udtalelser<sup>(4)</sup>. Nærværende udtalelse fokuserer specifikt på den nuværende gennemgribende omstilling i den medicinske teknologi.

2.2. Den teknologiske del af sundhedssektoren alene beskæftiger mere end 575 000 mennesker i omkring 26 000 virksomheder. Branchen domineres af SMV'er, der interagerer med store virksomheder.

<sup>(3)</sup> Kommissionens landespecifikke henstillinger (CSR: Country Specific Recommendations).

<sup>(4)</sup> EUT C 181 af 21.6.2012, s. 160, EUT C 242 af 23.7.2015, s. 48, SOC/560 — Bæredygtige systemer for socialsikring og social beskyttelse i den digitale tidsalder (endnu ikke offentliggjort i EUT), EUT C 133 af 9.5.2013, s. 52, EUT C 434 af 15.12.2017, s. 1.

2.3. Sektorens værdi anslås til mere end 100 mia. EUR. I 2015 var der et handelsoverskud på 14,1 mia. EUR, hvilket var dobbelt så meget som i 2006, og det oversteg i væsentlig grad det amerikanske handelsoverskud på 5 mia. EUR. Sektoren har således fremragende fremtidsperspektiver.

2.4. Forskning er både et resultatet af den løbende trinvise innovation samt virksomheders gennembrud og banebrydende innovative tiltag, men ses ofte også som spinoffs fra eksisterende strukturer, såsom universitetshospitaler. Antallet af patenter afspejler merværdien af innovation. I 2015 blev der indgivet 12 474 patentansøgninger inden for medicinsk teknologi. Det er ca. 17 % mere end inden for digital kommunikation og datakommunikation og næsten 55 % mere end inden for lægemiddelindustrien og bioteknologi <sup>(5)</sup>.

2.5. I 2015 tegnede sundheds- og langtidspleje sig for 8,7 % af BNP i EU og for 15 % af de samlede offentlige udgifter. Dette tal kunne stige til 12,6 % af BNP i 2060 som følge af dyrere behandlingsmetoder, den aldrende befolkning og den kraftige stigning i kroniske sygdomme og ledsagesygdomme <sup>(6)</sup>. På grund af økonomiske begrænsninger er sundhedsplejen under stigende budgetpres. Det kan føre til kortsigtede budgetnedskæringer, hvilket igen vil påvirke udgifterne til forskning og udvikling i en negativ retning.

2.6. Samskabelse og samarbejde mellem store virksomheder og SMV'er er almindelig standard. De store virksomheder fokuserer på at udvikle kapitalintensiv hardware- og softwareplatforme, mens SMV'erne fokuserer på specifikke platforme til specifikke formål.

2.7. Der er store forskelle landene imellem. Sundhedssystemerne og de finansielle strukturer samt den teknologiske udvikling, herunder kapaciteten til at tage innovative løsninger i brug og fremherskende medicinsk praksis, varierer også meget fra land til land.

2.8. Den medicinske teknologi har et stort potentiale, men står også over for store udfordringer. De overvejende offentlige aktører og en lang række forskellige interessenter, virkningen af europæiske værdier <sup>(7)</sup>, behovet for bæredygtig offentlig finansiering samt det velbevogtede nærhedsprincip og de decentraliserede og oftest regionale økosystemer gør, at der er tale om en selvstændig industri.

2.9. Regionerne er et godt grundlag for samarbejde, men fraværet af samlede projekter og regional opsplitning udgør ofte en hindring for innovative SMV'er, da deres evne til at tiltrække egenkapitalinvesteringer er direkte afhængig af, om de formår at udvikle et større marked for e-sundhedsløsninger.

2.10. I modsætning til USA, hvor en stor del af sundhedsplejen organiseres gennem private forsikringsordninger, finansieres sundhedspleje overvejende offentligt.

2.11. Det tætte samarbejde mellem samtlige aktører sikrer fremskridt inden for den medicinske teknologi. Økosystemet er under drastisk forandring med nye aktører som drivkraften bag den digitale omstilling. Det er en svær balancegang, når sektoren skal tage højde for både markedskræfterne og interessen fra offentligheden, der kræver sundhedsydelse til overkommelige priser for alle.

2.12. Sektoren skal fungere i et miljø, der består af både industrien, læger, hospitaler, velinformerede patienter og patientorganisationer samt forsikringsselskaber (herunder nationale lovpligtige/obligatoriske socialsikringsordninger) — med andre ord er der tale om mange indbyrdes forbundne aktører, der indgår i et komplekst system.

2.13. Teknologi og innovation er en del af dette særlige økosystem. Innovation sker ikke længere hovedsagelig på udbudssiden. Den nuværende praksis viser, at efterspørgselsiden, som generelt ikke er særlig interesseret i nye tilgange, i stigende grad kommer med på vognen. Det endelige resultat følger som regel af indgående koordinering mellem alle aktørerne på nationalt og ofte regionalt plan.

<sup>(5)</sup> *The European Medical Technological Industry in figures* (2015).

<sup>(6)</sup> Kommissionen (2017).

<sup>(7)</sup> Se fodnote 1.

2.14. Industrien fokuserer på specifikke løsninger og fornyelse af alle elementer i den industrielle værdikæde. De enkelte medicinske specialområder har deres egne kendetegn. Parallelt hermed kommer der stadig flere integrerede plejeløsninger.

2.15. Det nuværende system testes hele tiden. Det er langt fra nemt for industrien at overholde alle krav, da de lovgivningsmæssige krav nogle gange overlapper hinanden.

### 3. EU's industripolitik

3.1. EØSU glæder sig over EU's nye fokus på, at produktiviteten på sundhedsområdet skal øges ved hjælp af innovation, mere (omkostnings)effektivitet, bedre adgang og e-færdigheder<sup>(8)</sup>. Strategien for et digitalt indre marked åbner op for en række nye muligheder såvel som udfordringer.

3.2. EU's industripolitik bør bygge på delte kompetencer mellem medlemsstaterne og EU inden for rammerne af artikel 168 i EUF-traktaten<sup>(9)</sup>. Sideløbende hermed bør samarbejdet med WHO og OECD intensiveres. EU og de nationale myndigheder bør aktivt bekæmpe uhensigtsmæssig opsplitning, og objektive målinger efterlyses.

3.3. Industriens ydeevne samt samspillet mellem industrien og de nationale og regionale aktører bør fremmes. EU-finansieringsmekanismer og national finansiering bør supplere hinanden, og europæiske, nationale og regionale målsætninger bør samles under ét.

3.4. En vifte af direktiver og retningslinjer inden for sundhedssektoren — om for sundhed og sikkerhed<sup>(10)</sup>, patientrettigheder<sup>(11)</sup>, beskyttelse af patientens privatliv og intellektuelle ejendomsrettigheder — har betydning for industrien. Navnlig projekterne FP7/Horisont 2020 og samhørighedspolitikken er samfinansierede med forbindelse til medicinsk udstyr. Horisont 2020 har, for så vidt angår den akademiske verden og den medicinske teknologi, især været nyttig for medicinalindustrien. Siden 2015 har EIT finansieret en lang række regionale initiativer<sup>(12)</sup>.

3.5. En EU-industripolitik er afgørende i lyset af den finansielle støtte og de teknologiske landvindinger i konkurrerende lande. I Kina begunstiger man via *China 2025*-strategien indenlandske mærker og opfordrer hospitalerne til at give den kinesiske industri forrang og afskrække udenlandske investeringer, hvilket kan ramme de europæiske virksomheder hårdt. I betragtning af den eksisterende og stigende protektionisme i USA er der næppe fair konkurrencevilkår på tværs af Atlanten. I USA er en digital revolution også godt på vej<sup>(13)</sup>. Virksomheder fra USA har nem adgang til det europæiske marked, og Google er en stærk ny konkurrent. EU må i sine handelsforhandlinger sikre, at den europæiske produktion følger den seneste udvikling, når det gælder almene sundhedsydelser.

3.6. Dataoptimering øger mulighederne for alle virksomheder i Europa<sup>(14)</sup>. Elektroniske patientjournaler (EPJ) er meget omkostningskrævende. Opsplitning af og de grænseoverskridende hindringer for sundhedsdata står i vejen for forsøgene på at skabe interoperabilitet og europæiske SMV'er. At data og ressourcer samles på tværs af EU vil i høj grad være en fordel, når det gælder fremtidige personlige medicinske løsninger, såsom bedre forebyggelse, mere præcis diagnosticering og bedre behandlinger. Der indsamles stadig relativt få data på dette område sammenlignet med USA og Kina.

<sup>(8)</sup> Se EPSCO-Rådets konklusioner (2006/C 146/01) og bilag 2 hertil af 2. juni 2006 om virkningerne af de europæiske værdier.

<sup>(9)</sup> Artikel 168 i afsnit XIV i EUF-traktaten: Folkesundhed.

<sup>(10)</sup> Rådet har for nylig vedtaget to forordninger med stor indflydelse på industrien om nyt udstyr og in vitro-diagnostik.

<sup>(11)</sup> Se i denne forbindelse artikel 35 i charteret om grundlæggende rettigheder, dok. 2012/C 326/02 og det Europæiske Charter for Patientrettigheder.

<sup>(12)</sup> EIT Sundhed (Det Europæiske Institut for Innovation og Teknologi (EIT)) blev oprettet den 9. december 2014.

<sup>(13)</sup> Se undersøgelse af Goldman Sachs (2015): *A digital healthcare revolution is coming — and it could save America \$300 billion*.

<sup>(14)</sup> Se Kommissionens meddelelse »Opbygning af en europæisk dataøkonomi« (marts 2011) og EØSU's reaktion TEN/630.

3.7. OPP'er af aktører i den offentlige og den private sektor skal nøje bedømmes og overvåges, når det gælder deres kapacitet til at skabe innovative og bæredygtige løsninger, industrielle mål og gavnlige samspil og udvekslinger.

#### 4. Innovation og behovet for bæredygtige langsigtede løsninger

4.1. På nuværende tidspunkt udgør investeringer i teknologi inden for sundhedssektoren kun 2-3 % af de samlede sundhedsomkostninger. De mange innovative tiltag finder desuden specifik anvendelse på alle de enkelte medicinske specialområder<sup>(15)</sup> og spiller en stor rolle for lægegerningens fremtid samt sygehusvæsenets og sundhedssektorens organisering i almindelighed. Overalt i EU indføres nye forretningsmodeller.

4.2. Økonomisk pres kan føre til billigere og mere kortsigtede løsninger og følgelig færre innovative tiltag. Derudover resulterer medlemsstaternes forskellige incitamentter ikke i tilstrækkelig grad til innovation, hvilket kan medføre, at patienternes medicinske behov ikke opfyldes, eller at nytteværdien falder, hvilket i sidste ende fører til dyrere behandlinger. EØSU slår til lyd for bilateral udveksling og deling af initiativer på europæisk plan.

4.3. Produktivt regionalt samarbejde og *levende laboratorier* i sektoren bør fremmes. EIT styrker samarbejdet ved at fremme udviklings- og synergiprojekter med katalysatoreffekt, bl.a. via *Hubs*, og ved at fremme dialog, platforme og forbindelser, når det gælder enkeltstående projekter.

4.4. Digital innovation, navnlig inden for mobile sundhedsapplikationer, kan være med til at tackle de risikofaktorer, der er forbundet med kroniske sygdomme. Mobil sundhed og elektronisk overvågning er med til at forebygge og kan også nedbringe behovet for dyre behandlinger på et senere tidspunkt.

4.5. F&U samt innovation har imidlertid brug for input for at holde sig kørende. Efterspørgselsiden, der næsten udelukkende består af den offentlige sektor, er sjældent særlig risikovillig og har en tendens til at vælge den billigste løsning.

4.6. Nogle gange er der en mistillid til de offentlige myndigheder, der skal overvindes. Sundhedspersonalet kan forsinke innovative tiltag, der ellers kunne føre til ændrede arbejdsmetoder, f.eks. inden for kirurgi, eller helt nye behandlingsmetoder, der involverer robotteknologi. De finansielle bestemmelser for speciallæger kan også hæmme viljen til at tænke i innovative baner, og forsikringsselskaberne er heller ikke altid lige samarbejdsvillige. Kort sagt kræver det ofte en holdningsændring at skabe en naturlig åbenhed over for innovation for fuldt ud at kunne drage nytte heraf.

4.7. Det ville være en hjælp at få en oversigt over de forskellige nyttige innovationer, som er med til at fremme vores livskvalitet, forebygge sygdomme, forbedre og forlænge den forventede levetid samt skabe bedre omkostnings-/prisforhold.

4.8. Ovenstående er også i tråd med begrebet »money for value«. Sundhed og pleje har været — og er potentielt stadig — den hurtigst voksende sektor i de nationale budgetter. Finans- og sundhedsministerierne samt sundhedsaktørerne bør have en fælles forståelse for behovet for innovation og langsigtede patientløsninger.

4.9. Set ud fra samme perspektiv er de europæiske fonde helt afgørende — og hvor det er relevant — i kombination med nationale midler.

#### 5. Offentlige udbud

5.1. Det skønnes, at 70 % af salget af medicinsk teknologi sker gennem en offentlig udbudsprocedure, og 70 % af beslutningerne i disse sager afgøres af prisen. Begge tal er stigende. Dette fører som regel til mindre konkurrence og innovation/ny teknologi samt højere omkostninger og mindre merværdi for patienterne<sup>(16)</sup>.

<sup>(15)</sup> Se bl.a. den strategiske forskningsdagsorden under Horisont 2020, COCIR (september 2016).

<sup>(16)</sup> *Procurement, The Unexpected Driver of Value Based Health Care*, Boston Consulting Group — MedTech Europe (2015).

5.2. De stigende omkostninger burde anspore hospitaler og sundhedssystemer til at købe medicinaludstyr på et andet grundlag end anskaffelsesprisen<sup>(17)</sup>. Der gøres opmærksom på følgende vigtige aspekter:

- Der kan hentes betydelige besparelser i forbindelse med indkøb, hvis der fokuseres på nøje udregnede, langsigtede fordele frem for kortsigtede gevinster
- Innovative løsninger kan fremme kvaliteten, hvis der samtidig tages højde for de samlede livscyklusomkostninger
- Der er brug for tilstrækkelig specialiseret viden blandt indkøberne — et aspekt, der ofte mangler
- Forhandlingerne mellem udbuds- og efterspørgselssiden bør være gennemsigtige og ikkediskriminerende.

5.3. Kompetente indkøbere, med fokus på de seneste og dokumenterede innovationer, bør betragtes som væsentlige for resultatet. Disse kan i en vis grad ses som en form for mellemmand, der skal sikre patientens og leverandørens interesser, holde omkostningerne nede og skabe resultater.

5.4. Tilbud skal ansues fra en holistisk synsvinkel, hvor der tages højde for kvalitet og produktomkostninger samt tjenesteydelser over en hel livscyklus. Dette vil ligeledes understøtte behovet for integreret pleje med støtte fra Integrated Care Alliance<sup>(18)</sup>.

5.5. Alle aktører har et ansvar, når det gælder om at identificere brugernes og partnernes behov i en udbudsprocedure. Dette er en vanskelig proces på grund af de mange forskellige udfordringer, der er forbundet med at udregne omkostningerne og vurdere kvaliteten på tværs af de mange områder inden for sundhedssektoren. Det kræver, at alle aktører har den rette indstilling. Det vil være meget nyttigt at udveksle bedste praksis i Europa og indlede tværnationale drøftelser og udvekslinger på EU-plan.

## 6. Digitalisering

6.1. De teknologiske forandringer og de negative, tværgående virkninger af digitaliseringen kræver et stærkt engagement og deltagelse fra alle aktører i sundhedssektoren.

6.2. e-sundhed giver fagfolk mulighed for at kommunikere med patienter og kolleger på afstand og bidrager desuden til at udbrede specialviden og fremme forskning. Derudover skaber det en bred vifte af nye løsninger og udgør uden tvivl en vækstfaktor. Det vil også lette belastningen på sundhedsbudgetterne. m-sundhed giver bedre sundhedspleje i hjemmet og spiller en afgørende rolle med hensyn til at fremme patienternes mobilitet. Samtidig skal vi dog sikre databeskyttelsen og patienternes privatliv og sikkerhed.

6.3. Kommissionen mener, at der stadig er »en stor kløft mellem den digitale omstillings potentiale og virkeligheden i nutidens sundheds- og plejesystemer«<sup>(19)</sup>. Hindringerne er mange: national lovgivning, finansierings- og betalingssystemer, traditionelle tilgange på tværs af sundhedssektoren og den offentlige sektor, markedsfragmentering og for få vækstvirksomheder. Industrien har også en interesse i, at forandringerne sker ordentligt for at undgå utilfredsstillende resultater og eventuelt en større arbejdsbyrde.

6.4. Da sundhedssektoren har en betydelig størrelse (ca. 10 % af EU's BNP), åbner udsigten til massedigitalisering på den anden side op for nye, store muligheder for at udvide yderligere<sup>(20)</sup>. Befolkningen bliver i stigende grad bevidst om, hvordan digitaliseringen, herunder kunstig intelligens, påvirker vores liv<sup>(21)</sup>. Kommissionen vedtog for nylig en meddelelse, der omhandler tre prioriteter i strategien for et digitalt indre marked i sundheds- og plejesektoren:

- Borgerne skal have adgang til elektroniske patientjournaler, og det skal være muligt at dele dem på tværs af grænser samt anvende e-recepter.

<sup>(17)</sup> Sundhedssektoren er på ingen måde den eneste sektor, der lider under denne praksis. Syndromet »den laveste pris« har ramt de fleste offentlige udbudsprocedurer i hele Europa. Det er en af hovedårsagerne til EU-lovgivningen — se navnlig direktivet om offentlige udbud fra 2014.

<sup>(18)</sup> Se bl.a. *European Blueprint*, GD CNECT (kapitel 6 nedenfor) og [www.integratedcarealliance.org](http://www.integratedcarealliance.org).

<sup>(19)</sup> Se European Industry: Working Group 2 — *Digital Industrial Platforms*, kapitel 5 *Overview of the Strategy* in »*Digital Transformation of Health and Care*«.

<sup>(20)</sup> Se Working Group 2, s. 31.

<sup>(21)</sup> Se bl.a. *Blueprint on Digital Transformation of Health and Care for the Ageing Society, a Strategic Vision developed by Stakeholders*, Bruxelles, den 5.-8. december 2016.



- Der bør ydes støtte til datainfrastrukturer med henblik på at fremme avanceret forskning, sygdomsforebyggelse og personlige sundheds- og plejeydelser på vigtige områder.
- Feedback og interaktion mellem patienter og sundhedsudbydere bør fremmes med henblik på forebyggelse og patientindflydelse samt kvalitets- og patientorienteret pleje, med fokus på kroniske sygdomme og bedre resultater i sundhedssystemerne.

6.5. Det fremgår af *The Blueprint*, at hvis EU ikke får skabt et samspil mellem nogle effektive innovations-, økonomi- og industripolitikker og sundheds- og socialpolitikker såvel som brugernes og patienternes behov, »sætter det vores sociale og økonomiske modeller samt befolkningens livskvalitet på spil. Det er et helt afgørende punkt, der skal tages hånd om«<sup>(22)</sup>. OECD konkluderer, at regeringerne spiller en afgørende lederrolle, når det drejer sig om effektiv anvendelse af IKT i omstillingen og omstruktureringen af sundhedssystemerne<sup>(23)</sup>. OECD bemærker dog, at fragmentering og den hurtige udvikling inden for teknologiske løsninger sammen med manglende industristandarder og overholdelse af de eksisterende bestemmelser om IKT-systemer kan føre til en højere risiko for fiasko og ringe afkast<sup>(24)</sup>.

6.6. Der findes allerede en bred vifte af vellykkede e-sundhedsinitiativer. Der er imidlertid store forskelle landene og regionerne imellem. Der blev for nylig lanceret en overordnet strategi for interaktion og synergi under projektet om Digitalisering af den europæiske industri samt »en ny model, der skal sammenkoble forskellige EU-initiativer med klare tilsagn fra industrien og støtte fra medlemsstaterne og regionale strategier«<sup>(25)</sup>.

6.7. På linje med *Industry 4.0* har Kommissionen nu lanceret *Health 4.0*, og derudover er en række EU-programmer på trapperne. For at kunne opnå synergieffekter er det nødvendigt, at de involverede GD'er alle har den samme indstilling. Der bør desuden tilskyndes til udviklingen af teknologiplatforme, der fungerer sideløbende med nationale og regionale initiativer, samt (grænseoverskridende) netværk. Den nyligt oprettede taskforce bør slå til lyd for en lignende udvikling<sup>(26)</sup>.

6.8. En række EU-pilotprojekter og -initiativer er endnu ikke helt afsluttede, mens nye initiativer er påbegyndt. En mere bæredygtig tilgang ville være permanente ordninger med henblik på at understøtte industrien og innovation, herunder gennemførelse.

6.9. Big data har stort potentiale til at føre til yderligere radikale ændringer i medicinsk behandling. Det er vigtigt, at elektroniske patientjournaler forvaltes forsvarligt og beskyttes på linje med protokollerne for styring af sundhedsdata og i overensstemmelse med de nationale bestemmelser<sup>(27)</sup>. Effektive strategier for løbende faglig udvikling<sup>(28)</sup> er derfor vigtige, navnlig når det gælder datastyring og standarder for privatlivsbeskyttelse, cloudmiljøer og sikkerhedsinvesteringer i lagring af big data.

6.10. Statistikker viser, at sundhedssektoren er særligt sårbar over for cyberangreb. Cybersikkerhed skal derfor også prioriteres i nye sundhedsapplikationer.

6.11. Big data understøtter personalisering, bl.a. i forholdet mellem producenter og patienter. Følgende områder påvirkes:

- Sundhedspleje kan i højere grad udføres i hjemmet.
- Generiske løsninger kan i højere grad erstattes af skræddersyet behandling.
- Behandling kan i højere grad erstattes af forebyggelse.
- Fjernelse af hindringer/begrænsninger i forbindelse med sygdom eller handicap.

<sup>(22)</sup> *The Blueprint*, s. 6.

<sup>(23)</sup> *Improving Health Sector Efficiency, the role of Information and Communication technologies* (OECD 2010).

<sup>(24)</sup> *Ibid.*, s. 16.

<sup>(25)</sup> Working Group 2, s. 35.

<sup>(26)</sup> *Taskforce to take Health and Digital policies further* (27. februar 2017).

<sup>(27)</sup> Se også rammen for databeskyttelse 2012.

<sup>(28)</sup> Strategier for fortsat faglig udvikling.

6.12. Digitalisering og big data fremmer ikke alene udbredelsen af personlige sensorer og udstyr — det spiller også en central rolle, når det gælder ny diagnostik, forskning og forebyggelse, og når det drejer sig om at fremme patientindflydelse og egenbehandling, samtidig med at det er med til at skabe optimale løsninger for integreret pleje. Udveksling af patientdata bliver afgørende for interoperabilitet.

6.13. Bedste praksis på tværs af Europa, »peer pressure« samt objektive vurderinger og pilotprojekter vil være nyttige, under forudsætning af at sådanne pilotprojekter gennemføres fuldt ud.

## 7. Sociale virkninger og færdigheder

7.1. Både medicinalindustrien og sundhedssektoren som helhed oplever de sociale virkninger af omstillingen. Sådan som det også er tilfældet i andre sektorer, kræver ændringer af forretningsmodeller som følge af digitaliseringen en tilpasning af arbejdsvilkår og arbejdsmarkedsmekanismer såvel som inddragelse af arbejdsmarkedsparterne på flere niveauer.

7.2. Teknologi og innovation har som regel har en stærk indvirkning på arbejdstagernes situation i sundhedssektoren. I tillæg til og sammen med mere snævert forbundne aktører, såsom hospitaler og klinikker, kan industrien være med til at forberede arbejdsstyrken på et nyt arbejdsmiljø og de ændrede behandlingsmetoder.

7.3. Der er behov for særlige tilgange og værktøjer for at imødekomme behovene hos sårbare, navnlig ældre, mennesker (på plejehjem), der bør kunne drage fordel af særlige former for personlig støtte og hjælp. Professionelt plejepersonale skal uddannes målrettet uddannelse i at anvende ny teknologi på denne type patienter.

7.4. Sundheds- og plejesektoren står for rigtig mange arbejdspladser på EU-plan. Der forventes på EU-plan at komme til at mangle op mod 2 mio. ansatte i sundhedssektoren og 20 mio. i plejesektoren i 2025, hvilket er en udfordring for den bæredygtige fremtidige udvikling af sektoren som helhed <sup>(29)</sup>.

7.5. Et optimeret sundheds- og plejesystem vil få stor gavn af input og engagement fra en højt kvalificeret og motiveret sundhedssektor. Jobs inden for sundheds- og plejesektoren er ofte usikre, dårligt betalte og temmelig hårde. Pga. misforholdet mellem det reelle behov og det arbejde, der kræves (kvaliteten), bør arbejdet inden for og organisationen af sundheds- og plejesektoren omlægges.

7.6. IKT og intelligente organisationer kan bidrage til at skabe mere attraktive og produktive arbejdsvilkår samt bedre arbejdspladser. De formodede risici og problemer samt alle de spørgsmål, der følger af ny teknologi, bør tackles ved hjælp af et omfattende oplysningsarbejde og høringer i overensstemmelse med de forskellige sundhedsmedarbejderes rettigheder.

7.7. Nye færdigheder, tilpassede arbejdsmetoder og patientindflydelse har stor betydning. Sådanne processer kan kun gennemføres på vellykket vis, hvis alle berørte parter giver tilsagn herom, og de bør fremkomme som følge af nationale, sektorspecifikke eller virksomhedsbaserede aftaler og/eller løsninger, der i tilstrækkelig grad formår at forberede medarbejdere og sundhedsorganisationer på de kommende ændringer. Der har siden 2006 eksisteret et sektordialogudvalg for hospitals-/sundhedssektoren.

7.8. Uddannelse, praktiske erfaringer og løbende uddannelse er altafgørende, og fælles europæiske uddannelses- og efteruddannelsesmoduler efterlyses. Udveksling af erfaringer med oplysningskampagner og bedste praksis i Europa om disse spørgsmål mellem de berørte parter skal fremmes. Uddannelse og erhvervsuddannelse blev også nævnt i arbejdsmarkedsparternes fælles erklæring i 2016 <sup>(30)</sup>.

7.9. Bedste praksis på tværs af Europa inden for sundheds- og plejesektoren vedrørende udviklingen af systemer og vurderingen af intelligente organisationer kan også være med til at fremme lovende former for medarbejderdeltagelse.

<sup>(29)</sup> *The Blueprint*, s. 19.

<sup>(30)</sup> Se *HOSPEEM-EPSU joint declaration on Continuing Professional Development (CPD) and Life-Long-Learning (LLL) for all health workers in the EU* (november 2016). For yderligere oplysninger om behovet for investeringer i arbejdsstyrken inden for sektoren se den fælles rapport fra FN/ILO/WHO/OECD *Working for health and growth: investing in the health workforce*.



7.10. Det er nødvendigt at være åben over for nye IKT-baserede løsninger, hvilket kræver, at al sundheds- og plejepersonale har de nødvendige IT-færdigheder og holder sig opdateret om den seneste teknologi. Ud over at alle inden for branchen skal have visse færdigheder, kræver patientindflydelse også den rette indstilling og visse kompetencer.

7.11. Sideløbende med at sundhedspersonalets færdigheder skal opbygges, bør der også opbygges en vis medicinsk viden i IT-branchen med henblik på at optimere brugen af IT-værktøjer inden for sundheds- og plejesektoren.

7.12. Ansatte inden for uformelle og sociale plejeydelser skal ligeledes holde sig opdateret. Andelen af uformel pleje stiger ligesom patientindflydelse uforholdsmæssigt meget. Begge dele kan i høj grad forbedre den ældre generations mobilitet, både for så vidt angår handicappede og raske ældre. Begrebet »det grå guld« behøver ingen nærmere forklaring.

Bruxelles, den 14. februar 2018.

Georges DASSIS  
Formand  
for Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg

---