

Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité over industriële veranderingen in de gezondheidssector

(initiatiefadvies)

(2018/C 227/02)

Rapporteur: **Joost VAN IERSEL**

Corapporteur: **Enrico GIBELLIERI**

| | |
|--|---|
| Besluit van de voltallige vergadering | 1.6.2017 |
| Rechtsgrondslag | Artikel 29, lid 2, rvo Initiatiefadvies |
| Bevoegd orgaan | Adviescommissie Industriële Reconversie (CCMI) |
| Goedkeuring door de CCMI | 23.1.2018 |
| Goedkeuring door de voltallige vergadering | 14.2.2018 |
| Zitting nr. | 532 |
| Stemuitslag (voor/tegen/onthoudingen) | Met eenparigheid van stemmen (163 stemmen voor) |

1. Conclusies

1.1. Het onderwerp van dit advies, de medische technologie, vervult een belangrijke rol in de huidige transformatie in de gezondheidszorg ten gunste van patiënten en een op waarden gebaseerde gezondheidszorg in Europa.

1.2. Een belangrijk thema is sterk gepersonaliseerde gezondheidszorg die gelijke en betere toegang en kwaliteit garandeert. Technologie en grote bronnen met anonieme data zullen nieuwe behandelingen en operaties aanzienlijk vergemakkelijken en alle stadia van preventie en herstel ten goede komen. Herstel vindt met behulp van eHealth-technologie steeds meer buiten ziekenhuizen plaats.

1.3. In gezondheidszorgstelsels, die diensten van algemeen belang zijn, wordt subsidiariteit zorgvuldig bewaakt. De medische sector en de organisatie ervan zijn zeer decentraal en versnipperd. Nationale en regionale barrières moeten worden teruggedrongen om de resultaten van nieuwe technologieën te optimaliseren en meer efficiëntie en doeltreffendheid te bereiken, in aansluiting op de publiek gedefinieerde doelstellingen van de gezondheidszorgstelsels.

1.4. De huidige wisselwerking tussen de vele verschillende relevante belanghebbenden — nationale ministeries, patiëntenorganisaties, medisch en ander personeel in de gezondheidszorg, ziekenhuizen, verzekeringsmaatschappijen en toezicht — creëert een complexe omgeving voor industriële actoren, met name het mkb.

1.5. Bij de transformatie in de sector moet ook rekening worden gehouden met de gemeenschappelijke waarden en beginselen die ten grondslag liggen aan de gezondheidsstelsels in Europa, zoals vastgesteld door de Raad in 2006 ⁽¹⁾, alsook met de recente toezeggingen in de sociale pijler van de EU en de overeengekomen doelstellingen voor duurzame ontwikkeling ⁽²⁾.

1.6. Het bedrijfsleven heeft de Europese schaal nodig als basis voor een betrouwbare binnenlandse markt, alsook om internationaal voor voldoende veerkracht te zorgen. De EU is van cruciaal belang voor een beter speelveld, alsmede voor de begeleiding en monitoring van de transformatie.

⁽¹⁾ Zie de Conclusies van de Raad Epsco (2006/C 146/01) en de bijlage daarbij, 2 juni 2006, over de impact van de Europese waarden

⁽²⁾ Zie met name de doelstellingen 3, 5, 9 en 10.

1.7. Belangrijke belanghebbenden en de lidstaten moeten optimale benaderingen en toezeggingen uitwerken voor de toegang tot en de kwaliteit van gezondheidszorg en zorg, betaalbaarheid en preventie. In dezelfde context zijn speciale benaderingen nodig, ook wat betreft verpleging, om tegemoet te komen aan de behoeften van kwetsbare groepen, met name ouderen. Even belangrijk zijn optimale benaderingen voor nieuwe technologieën en innovatie, geïntegreerde zorgmodellen en allianties, alsook (grensoverschrijdende) netwerken en (grootschalige) PPP's. Er moet worden gezorgd voor een correcte tenuitvoerlegging van de EU-regels en richtsnoeren. Voor elk van deze kwesties moeten de diensten van de Commissie actief en stimulerend optreden.

Aanbevelingen

1.8. De Europese instellingen moeten economische prestaties, innovatie, digitalisering en doeltreffende overheidsopdrachten stimuleren en tegelijkertijd grensoverschrijdende handel in medische apparatuur en industriële producten bevorderen.

1.9. Een industriebeleid van de EU moet voortbouwen op gedeelde nationale en EU-bevoegdheden in het kader van artikel 168 VWEU. In dezelfde geest moet het innovatiebeleid van de EU steun verlenen. De financiering van de EU — voor Horizon 2020 en andere doeleinden — moet naar behoren worden gecoördineerd en afgestemd op de nationale programma's.

1.10. De sector zal enorm profiteren van de strategie voor de digitale interne markt. Het vrije verkeer van (big) data in de Unie moet worden bevorderd, met inachtneming van de privacy van de patiënt en de beveiliging.

1.11. Overheidsopdrachten spelen een belangrijke rol bij de start van projecten met geavanceerde technologieën. De Commissie moet zorgen voor doeltreffende overheidsopdrachten in de gehele Unie conform Richtlijn 2014/12.

1.12. Binnen de bredere context van nationale benaderingen zijn er veel regionale initiatieven. De Commissie moet de uitwisseling van succesvolle ervaringen stimuleren. Bilaterale contacten tussen de publieke en particuliere gezondheidsautoriteiten moeten worden aangemoedigd.

1.13. Het Europees Semester en de CSR's⁽³⁾ moeten ook het effect van technologische veranderingen op de transformatie van de gezondheidsstelsels onderzoeken.

1.14. De Commissie moet streven naar een efficiënte interne coördinatie. Zij dient de dialoog en de platforms tussen universiteiten, lokale overheden, sociale partners en de medisch-technologische industrie te bevorderen. Deze kunnen als voorbeeld dienen voor nauwe samenwerking tussen publieke actoren, zoals nationale ministeries van volksgezondheid, financiën en industrie, en de particuliere sector.

1.15. De menselijke factor is van cruciaal belang. De overgang naar nieuwe gezondheidszorg vereist een onbevangen geest en nieuwe vormen van professionalisme in de sector op alle niveaus, alsmede een nieuwe opzet van gezondheids- en zorggerelateerd werk. De Europese sociale dialoog binnen gezondheids- en sociale diensten, ingevoerd in 2006, dient verder te worden versterkt om te zorgen voor adequate onderwijs- en opleidingsprogramma's en om arbeidsomstandigheden en werkplekken te verbeteren

2. Huidige situatie

2.1. In diverse adviezen heeft het EESC zich over de recente ontwikkelingen in de gezondheidssector gebogen⁽⁴⁾. Dit advies richt zich specifiek op de huidige ingrijpende veranderingen in de sector medische technologie.

2.2. Alleen al in de Europese sector voor medische technologie zijn meer dan 575 000 mensen in ongeveer 26 000 bedrijven werkzaam. Het industriële landschap wordt gedomineerd door kleine en middelgrote ondernemingen, in wisselwerking met grote bedrijven.

⁽³⁾ Landenspecifieke aanbevelingen

⁽⁴⁾ PB C 181 van 21.6.2012, blz. 160, PB C 242 van 23.7.2015, blz. 48, SOC/560 — Houdbare socialezekerheids- en socialebeschermingsstelsels in het digitale tijdperk (nog niet bekendgemaakt in het Publicatieblad), PB C 133 van 9.5.2013, blz. 52, PB C 434 van 15.12.2017, blz. 1.

2.3. De sector heeft een geschatte waarde van circa 100 miljard EUR. De positieve handelsbalans van 14,1 miljard EUR in 2015 was het dubbele van die in 2006 en bedroeg aanzienlijk meer dan het Amerikaanse handelsoverschot van 5 miljard EUR. De toekomst van de sector ziet er zeer rooskleurig uit.

2.4. De stuwende kracht achter het onderzoek zijn de continue gestage innovatie, doorbraken en disruptieve innovatie in bedrijven, maar vaak ook spin-offs van bestaande structuren, zoals universitaire ziekenhuizen. Het aantal octrooien toont de meerwaarde door innovatie aan. In 2015 waren er 12 474 octrooiaanvragen op het gebied van medische technologie. Dit aantal ligt ongeveer 17 % hoger dan voor digitale en computercommunicatie, en bijna 55 % hoger dan in de sector farmaceutica en biotechnologie ⁽⁵⁾.

2.5. In 2015 bedroegen de uitgaven voor gezondheidszorg en langdurige zorg 8,7 % van het bbp in de EU en 15 % van de totale overheidsuitgaven. Dit zou kunnen stijgen tot 12,6 % van het bbp in 2060 ten gevolge van duurdere behandelingen, de vergrijzing en de sterke toename van chronische ziekten en comorbiditeit ⁽⁶⁾. Ten gevolge van financiële beperkingen staat de begroting van de gezondheidszorg steeds meer onder druk. Dit kan leiden tot kortetermijnbezuinigingen op de begroting die voor de uitgaven voor O & O negatieve effecten hebben.

2.6. Cocreatie en samenwerking tussen grote bedrijven en het mkb zijn de norm. Ondernemingen richten zich op de ontwikkeling van kapitaalintensieve hardware- en softwareplatforms, terwijl het mkb zich toelegt op specifieke platforms voor specifieke doeleinden.

2.7. De verschillen tussen de landen zijn opvallend. Gezondheidszorgstelsels en financiële structuren, de stand van de technologie, alsook de opname van innovatieve oplossingen en de gangbare medische praktijken, variëren ook sterk van land tot land.

2.8. De medische technologie kent niet alleen kansen, maar staat ook voor grote opgaven. Het gaat om een aparte industriële sector vanwege de overheersende rol van de overheid en een brede reeks stakeholders, de impact van Europese waarden ⁽⁷⁾, de behoefte aan duurzame overheidsfinanciering, alsook vanwege een angstvallig bewaakt subsidiariteitsbeginsel en vaak gedecentraliseerde, meestal op regio's gebaseerde ecosystemen.

2.9. Regio's zijn een vruchtbare basis voor samenwerking. Een gebrek aan bundeling van initiatieven en regionale versnippering belemmeren echter vaak het innovatieve mkb, aangezien zijn vermogen om kapitaalinvesteringen aan te trekken rechtstreeks samenhangt met zijn vermogen om grotere markten voor digitale gezondheidsoplossingen te ontwikkelen.

2.10. In tegenstelling tot de Verenigde Staten, waar de gezondheidszorg grotendeels via particuliere verzekeringsstelsels wordt georganiseerd, wordt deze zorg in Europa hoofdzakelijk door de overheid gefinancierd.

2.11. De ontwikkeling van de medische technologie wordt gestuurd door nauwe samenwerking tussen alle belanghebbenden. Het ecosysteem verandert ingrijpend: nieuwe spelers stimuleren de digitale transformatie. De sector moet een delicaat evenwicht zien te vinden tussen de marktkrachten en het openbaar belang, dat een betaalbare gezondheidszorg voor iedereen vereist.

2.12. De sector is ingebed in een omgeving bestaande uit industrie, artsen, ziekenhuizen, patiënten en patiëntenorganisaties met zeggenschap en verzekeringsmaatschappijen, (inclusief nationale, verplichte socialezekerheidsstelsels); met andere woorden: veel interacterende belanghebbenden functioneren in een complex systeem.

2.13. Technologie en innovatie maken deel uit van dit specifieke ecosysteem. Innovatie gaat niet langer hoofdzakelijk van de aanbodzijde uit. De huidige praktijk wijst op een verschuiving naar de vraagzijde, die over het algemeen niet geneigd is nieuwe benaderingen te omarmen. Het eindresultaat vloeit meestal voort uit intensieve coördinatie tussen alle belanghebbenden op nationaal en vaak regionaal niveau.

⁽⁵⁾ The European Medical Technological Industry in figures, 2015.

⁽⁶⁾ Europese Commissie, 2017.

⁽⁷⁾ Zie voetnoot 1.

2.14. De industrie spitst zich toe op specifieke oplossingen en de vernieuwing van elementen in de industriële waardeketen. Elk medisch specialisme heeft zijn eigen kenmerken. Tegelijkertijd komen er steeds meer geïntegreerde zorgoplossingen.

2.15. Het huidige systeem wordt voortdurend op de proef gesteld. Het is voor de industrie verre van eenvoudig om aan alle vereisten te voldoen, terwijl wettelijke verplichtingen elkaar soms overlappen.

3. Het industriebeleid van de EU

3.1. Het EESC is ingenomen met de recente aandacht van de EU voor een productievere output in de gezondheidszorg door meer innovatie, grotere (kosten)efficiëntie, betere toegang en meer e-vaardigheden⁽⁸⁾. De strategie voor de digitale interne markt zorgt zowel voor nieuwe mogelijkheden als uitdagingen.

3.2. Een industriebeleid van de EU kan voortbouwen op gedeelde nationale en EU-bevoegdheden in het kader van artikel 168 VWEU⁽⁹⁾. Tegelijk wordt de samenwerking met de WHO en de OESO uitgebreid. De EU en de nationale overheden moeten contraproductieve versnippering actief bestrijden. Objectieve metingen zijn wenselijk.

3.3. De industriële prestaties en de interactie tussen industrie en nationale en regionale belanghebbenden moeten worden bevorderd. De financieringsmechanismen van de EU en de nationale financiering zouden elkaar moeten aanvullen. Europese, nationale en regionale doelstellingen moeten onder dezelfde noemer worden gebracht.

3.4. Allerhande richtlijnen en richtsnoeren in de gezondheidszorg hebben gevolgen voor de industrie: voor gezondheid en veiligheid⁽¹⁰⁾, de rechten van patiënten⁽¹¹⁾, privacy en intellectuele-eigendomsrechten. Met name KP7/Horizon 2020 en de financiering van het cohesiebeleid zijn medefinanciers van projecten in verband met medische hulpmiddelen. Horizon 2020 is, wat de academische en medische technologieën betreft, in het bijzonder de farmaceutische industrie ten goede gekomen. Sinds 2015 is het EIT zeer actief in de financiering van regionale initiatieven⁽¹²⁾.

3.5. Een industriebeleid van de EU is van cruciaal belang, gelet op de financiële steun en technologische prestaties in concurrerende landen. In China behelst de *China 2025*-strategie het bevorderen van binnenlandse merken en stimulansen voor ziekenhuizen om de Chinese industrie te bevoorrechten en om buitenlandse investeringen te ontmoedigen. Dit kan Europese bedrijven hard treffen. Gelet op het bestaande en toenemende protectionisme in de VS is er nauwelijks sprake van een Atlantisch gelijk speelveld. Ook in de VS is een digitale revolutie op til⁽¹³⁾. Bedrijven uit de VS hebben vlot toegang tot de Europese markt. Google is een geduchte nieuwe concurrent. De handelsbesprekingen van de EU moeten zorgen voor een moderne, Europese productie van universele gezondheidszorg.

3.6. De optimalisering van de gegevens biedt alle in Europa gevestigde ondernemingen⁽¹⁴⁾ meer mogelijkheden. Systemen voor elektronische patiëntendossiers (EPD) zijn peperduur. De versnippering van en grensoverschrijdende belemmeringen voor gezondheidsgegevens staan het streven naar interoperabiliteit en het Europese mkb in de weg. Toekomstige gepersonaliseerde medische oplossingen — betere preventie, nauwkeurigere diagnose, betere behandeling — zullen in hoge mate profiteren van de bundeling van gegevens en middelen in de hele EU. Deze bundeling staat nog in de kinderschoenen, vergeleken bij de Verenigde Staten en China.

⁽⁸⁾ Zie de Conclusies van de Raad Epsco (2006/C 146/01) en de bijlage daarbij, 2 juni 2006, over de impact van de Europese waarden

⁽⁹⁾ Artikel 168 in Titel XIV VWEU: volksgezondheid.

⁽¹⁰⁾ Onlangs heeft de Raad opnieuw twee verordeningen goedgekeurd die grote gevolgen hebben voor de industrie: één over nieuwe apparaten en één over in-vitrodiagnostiek.

⁽¹¹⁾ Zie in dit verband artikel 35 van het Handvest van de grondrechten, doc. 2012/C 326/02, en het Europees Handvest voor patiëntenrechten, 2002

⁽¹²⁾ Op 9 december 2014 is de KIG Gezondheid van het EIT (Europees Instituut voor innovatie en technologie — Kennis- en innovatiegemeenschap) opgericht.

⁽¹³⁾ Zie de studie van Goldman Sachs, 2015: *A digital healthcare revolution is coming — and it could save America USD300 billion*.

⁽¹⁴⁾ Zie de mededeling van de Commissie „Bouwen aan een Europese data-economie”, maart 2011, en de reactie van het EESC: TEN/630.

3.7. PPP's van betrokkenen in de openbare en de particuliere sector moeten zorgvuldig worden beoordeeld en gecontroleerd op hun vermogen om innovatieve en duurzame oplossingen te creëren, alsook industriële doelstellingen en nuttige interactie en uitwisselingen.

4. Innovatie en de behoefte aan duurzame langetermijnoplossingen

4.1. De huidige technologische investering in de gezondheidszorg bedraagt slechts 2-3 % van de totale kosten van de gezondheidszorg. De reeks innovaties is tot in detail van toepassing op elk medisch specialisme⁽¹⁵⁾ en is van grote invloed op de toekomst van het medisch beroep, alsook op de organisatie van ziekenhuizen en de gezondheidssector in het algemeen. In de gehele Unie worden nieuwe bedrijfsmodellen ingevoerd.

4.2. Financiële druk kan leiden tot goedkopere kortetermijnoplossingen en dus tot minder innovatie. Bovendien dragen prikkels in verschillende lidstaten niet naar behoren bij tot innovatie; zij kunnen echter leiden tot onbeantwoorde medische behoeften, minder nut voor patiënten en uiteindelijk tot duurder behandelingen. Bilaterale uitwisselingen en op Europese schaal gedeelde initiatieven zijn wenselijk.

4.3. Productieve regionale samenwerking en proeftuinen in de sector moeten worden aangemoedigd. Het EIT bevordert de samenwerking aan de hand van katalysatorontwikkelingen en synergieën, onder meer via *hubs*, en door het bevorderen van dialogen, platforms en onderlinge verbanden voor individuele projecten.

4.4. Digitale innovatie, met name op het gebied van mobiele gezondheidstoepassingen, kan helpen risicofactoren aan te pakken die verband houden met chronische ziekten. Mobiele gezondheid en monitoring op afstand komen preventie ten goede en kunnen de behoefte aan ingrijpende behandelingen naderhand terugdringen.

4.5. O & O en innovatie zijn geen krachten die zichzelf aandrijven. Aan de vraagzijde — bijna uitsluitend de openbare sector — is er vaak sprake van risicomijdend gedrag en een tendens om de goedkoopste oplossing te kiezen.

4.6. Soms moet het wantrouwen van de publieke overheden overwonnen worden. Medisch personeel kan innovaties vertragen die kunnen leiden tot een verandering van werkmethoden, bijvoorbeeld in de chirurgie, of tot volledig nieuwe behandelingen, bijvoorbeeld met robotica. Financiële bepalingen voor medisch specialisten staan de bereidheid tot innoveren wellicht ook in de weg. Verzekeringsmaatschappijen werken evenmin altijd graag mee. Kortom, een natuurlijke bereidheid tot innovatie zal vaak een cultuuromslag vergen om er ten volle profijt van te trekken.

4.7. Een overzicht van de diverse nuttige innovaties die de levenskwaliteit verbeteren, ziekten voorkomen en hebben geleid tot een betere en langere levensverwachting en betere kosten/prijsverhoudingen, zou zinvol zijn.

4.8. Dit strookt ook met het concept van „waar voor je geld”. Gezondheid en zorg was, en is mogelijk nog steeds, de snelst groeiende sector in de nationale begrotingen. De ministeries van financiën en van volksgezondheid en belanghebbenden moeten gezamenlijk de noodzaak inzien van innovatie en langetermijnoplossingen voor patiënten.

4.9. Vanuit dezelfde invalshoek zijn de Europese fondsen onontbeerlijk, eventueel in combinatie met nationale middelen.

5. Aanbestedingen

5.1. Geschat wordt dat 70 % van de wereldwijde verkopen in de medische techniek via openbare aanbestedingen verloopt en 70 % van de beslissingen in die gevallen wordt genomen op basis van de prijs, waarbij elk van deze cijfers een stijgende lijn vertoont. Dit leidt doorgaans tot minder concurrentievermogen en minder innovatie/nieuwe technologieën, met hogere kosten en een lagere meerwaarde voor patiënten tot gevolg⁽¹⁶⁾.

⁽¹⁵⁾ Zie onder meer de strategische onderzoeksagenda in het kader van Horizon 2020, COCIR, september 2016.

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

5.2. De stijgende kosten zouden ziekenhuizen en zorgstelsels moeten stimuleren om af te stappen van de aankoop van medische producten op basis van initiële inkoopkosten⁽¹⁷⁾. Belangrijke aspecten zijn:

- aanzienlijke besparingen als goed berekende langetermijnvoordelen in de plaats komen van kortetermijnwinsten bij de aanschaf;
- innovatieve oplossingen die de kwaliteit bevorderen, in combinatie met de totale levenscycluskosten;
- wat vaak ontbreekt: voldoende gespecialiseerde kennis bij inkopers;
- transparante en niet-discriminerende onderhandelingen tussen vraag en aanbod.

5.3. Bekwame inkopers, die zich richten op de nieuwste en bewezen innovaties, zijn essentieel voor de output. Tot op zekere hoogte kan de koper worden gezien als de schakel tussen de belangen van de patiënt en de leverancier, die kosten bespaart en de productie stimuleert.

5.4. Inschrijvingen moeten worden bekeken vanuit een holistisch oogpunt, waarbij rekening wordt gehouden met de kwaliteit en de kosten van producten en diensten gedurende hun gehele levenscyclus. Dit zal ook de behoefte aan geïntegreerde zorg ten goede komen, met de steun van de Alliantie voor geïntegreerde zorg⁽¹⁸⁾.

5.5. Alle belanghebbenden zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het vaststellen van de behoeften van gebruikers en partners in het aanbestedingsproces. Dit is een moeilijk proces ten gevolge van de veelzijdige uitdagingen in verband met het berekenen van de kosten en het beoordelen van de kwaliteit op de vele gebieden in de medische sector. Het vereist de juiste mentaliteit van alle belanghebbenden. De uitwisseling van goede praktijken in Europa en open transnationale discussies en uitwisselingen op EU-niveau zullen zeer nuttig zijn.

6. Digitalisering

6.1. De technologische verschuivingen en de disruptieve, transversale effecten van digitalisering vereisen grote inzet en participatie van alle belanghebbenden in de gezondheidssector.

6.2. E-gezondheid zal professionals in staat stellen om op afstand met patiënten en andere collega's te communiceren. Zij draagt bij tot spreiding van gespecialiseerde kennis en vergemakkelijkt het onderzoek. Zij creëert een grote verscheidenheid van nieuwe oplossingen en is zonder meer een groeifactor. Zij zal ook de druk op gezondheidsbegrotingen verlichten. mHealth zal de gezondheidszorg thuis verbeteren. Zij speelt een cruciale rol in de bevordering van de mobiliteit van patiënten; de veiligheid van gegevens, privacy en de veiligheid van de patiënt moeten daarbij worden gewaarborgd.

6.3. De Commissie betoogt dat er vandaag de dag nog steeds een grote kloof bestaat tussen het potentieel van digitale transformatie en de realiteit van de gezondheids- en zorgstelsels⁽¹⁹⁾. Er zijn tal van obstakels: de nationale wetgeving, financierings- en betalingssystemen, traditionele benaderingen in de medische en overheidssector, marktfragmentatie en een gebrek aan schaalvergroting. De industrie is er ook bij gebaat de transformatie juist ten uitvoer te leggen om onbevredigende resultaten en mogelijk een grotere werklast te vermijden.

6.4. Anderzijds: daar de gezondheidszorg een belangrijke sector is (circa 10 % van het bbp van de EU), bieden de vooruitzichten op massale digitalisering grote kansen voor verdere uitbreiding⁽²⁰⁾. Het besef van het effect van digitalisering, waaronder kunstmatige intelligentie, neemt snel toe⁽²¹⁾. De Commissie heeft onlangs een mededeling aangenomen waarin drie prioriteiten van de strategie voor de digitale interne markt voor de gezondheids- en zorgsector worden behandeld:

- veilige toegang voor het publiek tot elektronische medische dossiers en de mogelijkheid van grensoverschrijdende uitwisseling, alsmede het gebruik van elektronische voorschriften;

⁽¹⁷⁾ De gezondheidssector is zeker niet de enige die met dergelijke praktijken kampt. Het syndroom van de *laagste prijs* is bij de meeste overheidsopdrachten in Europa overheersend. Het is een belangrijke reden voor Europese wetgeving op dit gebied; zie met name de richtlijn inzake overheidsopdrachten van 2014.

⁽¹⁸⁾ Zie onder meer de *European Blue Print*, DG CNECT (hoofdstuk 6 hierna) en www.integratedcarealliance.org

⁽¹⁹⁾ Zie European Industry: Working Group 2 — Digital Industrial Platforms, hoofdstuk 5, Overview of the Strategy in „Digital Transformation of Health and Care”.

⁽²⁰⁾ Zie Working Group 2, blz. 31.

⁽²¹⁾ Zie onder andere: *Blueprint on Digital Transformation of Health and Care for the Ageing Society, a Strategic Vision developed by Stakeholders*, Brussel, 5-8 december 2016.

- steun voor data-infrastructuur voor geavanceerd onderzoek, ziektepreventie en gepersonaliseerde gezondheidszorg op belangrijke gebieden;
- het faciliteren van feedback en interactie tussen verstrekkers van gezondheidszorg en patiënten, ondersteunen van preventie en monding maken van burgers, alsook hoogwaardige, patiëntgerichte zorg, met nadruk op chronische ziekten en betere resultaten van de gezondheidsstelsels.

6.5. De EU moet doeltreffend beleid op het gebied van innovatie en economie stroomlijnen met het gezondheids- en sociaal zorgbeleid en met de behoeften van gebruikers en patiënten. Zo niet, dan komen volgens de *Blueprint* „onze sociale en economische modellen en de levenskwaliteit van onze bevolking in gevaar. Dit cruciale aspect verdient al onze aandacht”⁽²²⁾. De OESO concludeert dat regeringen een cruciale rol spelen als bron van leiderschap om effectief gebruik van ICT voor andere en nieuw ontworpen zorgstelsels mogelijk te maken⁽²³⁾. De OESO tekent echter aan dat fragmentatie en de snel evoluerende aard van technologische oplossingen, in combinatie met een gebrek aan industriebrede normen en aan naleving van de bestaande regels voor ICT-systemen, kunnen leiden tot mislukkingen en een laag rendement⁽²⁴⁾.

6.6. Er bestaat al een breed scala van succesvolle initiatieven op het gebied van e-gezondheidszorg. Er bestaan echter forse verschillen tussen landen en regio's. Een overkoepelende strategie voor interactie en synergie is recentelijk gelanceerd in het kader van het project Digitalisering van het Europese bedrijfsleven (DEI), alsook een nieuw model dat verschillende EU-initiatieven verbindt, met duidelijke toezeggingen van het bedrijfsleven en steun van de lidstaten en regionale strategieën⁽²⁵⁾.

6.7. Naar het voorbeeld van *Industrie 4.0* heeft de Commissie nu *Gezondheid 4.0* gelanceerd. Diverse EU-programma's zijn in uitvoering. Alle betrokken DG's moeten eensgezind te werk gaan om synergieën tot stand te brengen. Technologieplatforms die naast nationale en regionale initiatieven functioneren, moeten worden gestimuleerd, en hetzelfde geldt voor (grensoverschrijdend) netwerken. De onlangs opgerichte taskforce moet dergelijke ontwikkelingen bevorderen⁽²⁶⁾.

6.8. Een aantal proefprojecten en initiatieven van de EU is nog niet volledig afgerond, terwijl er nieuwe initiatieven zijn opgestart. Het zou meer zoden aan de dijk zetten als er permanente mechanismen waren ter ondersteuning van industrie en innovatie, met inbegrip van de uitvoering ervan.

6.9. Big data biedt vele mogelijkheden voor verdere drastische wijzigingen van medische behandelingen. Het is belangrijk dat elektronische gezondheidsdossiers veilig worden beheerd en beschermd conform de protocollen voor het beheer van gezondheidsgegevens die voldoen aan de overheidsvoorschriften⁽²⁷⁾. Effectieve CPD-strategieën⁽²⁸⁾ zijn belangrijk, vooral voor het gegevensbeheer en privacynormen voor patiënten, in cloudomgevingen en beveiligingsinvesteringen voor de opslag van grote hoeveelheden gegevens.

6.10. Uit de statistieken komt naar voren dat de sector zeer kwetsbaar is voor cyberaanvallen. Daarom moet cyberveiligheid ook een prioriteit zijn in nieuwe industriële toepassingen.

6.11. Big data komen personalisering ten goede, ook in de relatie tussen producenten en patiënten. Het gaat om de volgende gebieden:

- een verschuiving van de gezondheidszorg naar thuiszorg;
- een verschuiving van algemene oplossingen naar individuele behandeling;
- een verschuiving van genezing naar preventie;
- de opheffing van de beperkingen in geval van ziekte of handicap.

⁽²²⁾ *Blueprint*, blz. 6.

⁽²³⁾ *Improving Health Sector Efficiency, the role of Information and Communication technologies*, OESO 2010.

⁽²⁴⁾ *Ibid.* blz. 16.

⁽²⁵⁾ Working Group 2, blz. 35.

⁽²⁶⁾ Taskforce om gezondheids- en digitaal beleid naar een hoger plan te tillen, 27 februari 2017.

⁽²⁷⁾ Zie ook het kader voor gegevensbescherming uit 2012.

⁽²⁸⁾ Strategieën voor permanente bij- en nascholing

6.12. Digitalisering en big data leiden begunstigen niet alleen de toename van individuele sensoren en apparaten, ze spelen ook een sleutelrol in de nieuwe diagnostiek, onderzoek en preventie, alsook in de ondersteuning van de inspraak van patiënten en zelfbehandeling, terwijl ze optimale oplossingen voor geïntegreerde zorg ontsluiten. De interoperabiliteit staat of valt met de uitwisseling van patiëntgegevens.

6.13. Europese goede praktijken en groepsdruk, evenals objectieve beoordelingen en proefprojecten, zullen zeer nuttig blijken, mits deze proefprojecten volledig worden uitgevoerd.

7. Sociale impact en vaardigheden

7.1. De transformatie in de sector heeft een sociale impact, zowel in de medische industrie zelf als in de gezondheidszorg in het algemeen. Evenals in andere industriële sectoren vereist de verandering van bedrijfsmodellen ten gevolge van de digitalisering dat de arbeidsvoorwaarden en arbeidsmarktmechanismen worden aangepast en dat de sociale partners hierbij op verschillende niveaus worden betrokken.

7.2. Technologie en innovatie hebben doorgaans flinke gevolgen voor de situatie van werknemers in de gezondheidssector zelf. Naast en samen met nauwer verbonden belanghebbenden zoals ziekenhuizen en klinieken kan de industrie bijdragen om het personeel voor te bereiden op veranderende omgevingen en behandelingen.

7.3. Speciale benaderingen en instrumenten zijn geboden om tegemoet te komen aan de behoeften van kwetsbare groepen, met name ouderen (bejaardentehuizen), die moeten kunnen profiteren van specifieke gepersonaliseerde vormen van ondersteuning en bijstand. Professionele verpleging vergt gerichte opleiding voor het toepassen van nieuwe technologieën op deze categorie patiënten.

7.4. De gezondheids- en zorgsector behoren tot de grootste werkgevers in de EU. Een voorspeld tekort van 2 miljoen gezondheidswerkers en 20 miljoen zorgmedewerkers in de EU in 2025 maakt een duurzame toekomstige ontwikkeling van de sector als geheel onzeker⁽²⁹⁾.

7.5. Een geoptimaliseerd gezondheids- en zorgsysteem zal aanzienlijk profiteren van de input en inzet van een hooggekwalificeerd en gemotiveerd zorgsysteem. Werk in de gezondheids- en zorgsector is vaak onzeker, slecht betaald en erg zwaar. De wanverhouding tussen de behoeften en de vereiste werkzaamheden (kwaliteit) noopt tot een herziening van werk en de organisatie in de gezondheidszorg.

7.6. ICT en slimme organisaties kunnen bijdragen tot aantrekkelijker en productieve arbeidsomstandigheden en betere arbeidsplaatsen. Waargenomen risico's en problemen evenals allerlei vragen in verband met nieuwe technologieën moeten tegemoet worden getreden met uitgebreide informatie en raadpleging, conform de rechten van gezondheidswerkers op verschillende niveaus.

7.7. Nieuwe vaardigheden, aangepaste werkmethoden en inspraak van patiënten hebben een grote impact. Deze processen kunnen alleen met succes worden bekroond indien alle partijen hier de schouders onder zetten. Dit moet het resultaat zijn van nationale, sectorale of op ondernemingen gebaseerde overeenkomsten en/of oplossingen die werknemers en gezondheidsorganisaties goed voorbereiden op de komende veranderingen. Sinds 2006 is er in de EU een sectoraal comité aan het werk voor de sociale dialoog in de ziekenhuis-/zorgsector.

7.8. Onderwijs en praktijkervaring zijn, evenals voortdurende opleiding, cruciaal. Gemeenschappelijke Europese onderwijs- en opleidingsmodules zijn gewenst. De uitwisseling van bewustmakingsmaatregelen en goede praktijken rond deze onderwerpen tussen de betrokken partijen zou in Europa moeten worden bevorderd. Onderwijs en opleiding zijn opgenomen in een gezamenlijke verklaring van de sociale partners in 2016⁽³⁰⁾.

7.9. EU-brede goede praktijken op het gebied van gezondheidszorg en zorg met betrekking tot systeemontwikkelingen en de evaluatie van slimme organisaties kunnen bijdragen tot het stimuleren van veelbelovende methoden om de participatie van werknemers te bevorderen.

⁽²⁹⁾ *Blueprint*, blz. 19.

⁽³⁰⁾ Zie de gezamenlijke verklaring van HOSPEM en EPSU — sociale partners — over permanente beroepsontwikkeling en levenslang leren voor alle gezondheidswerkers in de EU, november 2016. Zie voor meer informatie over de behoefte aan investeringen in de werknemers in de gezondheidszorgsector, het Gezamenlijk verslag van de VN/ILO/WHO/OESO *Working for health and growth: Investing in the health workforce*.

7.10. De noodzaak om open te staan voor nieuwe ICT-oplossingen vereist dat alle gezondheids- en zorgprofessionals digitaal geletterd zijn en op de hoogte zijn van de nieuwste technologieën. Naast de bekwaamheid van alle professionals vereist mondigheid van patiënten ook de juiste mentaliteit en bijbehorende vaardigheden.

7.11. Naast gezondheidswerkers dient ook de IT-sector medische kennis op te bouwen met het oog op een optimaal gebruik van IT-tools in de gezondheidszorg.

7.12. De werkgelegenheid in de informele en sociale zorg moet ook geactualiseerd worden. Informele zorg neemt hand over hand toe, evenals de inspraak van patiënten. Beide kunnen de mobiliteit van de vergrijzende generatie aanzienlijk verbeteren, zowel voor gehandicapten als voor gezonde ouderen. De term „zilveren economie” spreekt voor zich.

Brussel, 14 februari 2018.

De voorzitter
van het Europees Economisch en Sociaal Comité
Georges DASSIS
