

I

(Rezolucje, zalecenia i opinie)

OPINIE

Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny

542. SESJA PLENARNA EKES-U, 20.3.2019–21.3.2019

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego „Umiejętności cyfrowe w dziedzinie zdrowia – opieka zdrowotna dostosowana do potrzeb obywateli Europy w czasie przemian demograficznych”

(opinia z inicjatywy własnej)

(2019/C 228/01)

Sprawozdawczyni: **Renate HEINISCH**

Decyzja Zgromadzenia Plenarnego	20.9.2018
Podstawa prawna	Art. 32 ust. 2 regulaminu wewnętrznego Opinia z inicjatywy własnej
Sekcja odpowiedzialna	ekcja Jednolitego Rynku, Produkcji i Konsumpcji
Data przyjęcia przez sekcję	7.3.2019
Data przyjęcia na sesji plenarnej	21.3.2019
Sesja plenarna nr	542
Wynik głosowania (za/przeciw/wstrzymało się)	153/0/2

1. Wnioski i zalecenia

1.1. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES) popiera wysiłki Komisji Europejskiej zmierzające do przyznania wysokiego priorytetu kwestii umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia w ramach agendy e-zdrowia. EKES zaleca opracowanie nadrzędnej strategii UE, obejmującej jasne i ściśle monitorowane cele w zakresie kompetencji zdrowotnych, aby wspierać prawa obywateli w dziedzinie zdrowia i za pomocą urządzeń cyfrowych zapobiegać nierównościom.

1.2. EKES wspiera wyniki projektu IC-Health⁽¹⁾. Na szczególną uwagę zasługuje zalecenie, by w te wysiłki angażować aktywnych obywateli. W związku z tym EKES zaleca kontynuowanie projektu IC-Health, tak aby realizować już trwające programy szkoleń internetowych.

1.3. EKES podkreśla, że każde pokolenie wymaga odrębnego podejścia służącego podniesieniu umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia, w zależności od sposobu korzystania z narzędzi cyfrowych w codziennym życiu. Obywatele wszystkich grup wiekowych i kultur, osoby z wszelkimi rodzajami upośledzeń oraz migranci muszą być włączani w proces rozwoju cyfrowych źródeł informacji. Należy szczególnie skupić się na starszych pokoleniach, ponieważ starsi ludzie coraz częściej sami zajmują się zarządzaniem swoim dobrostanem i swoją opieką zdrowotną.

1.4. EKES zaleca zwiększenie wysiłków na rzecz uwzględnienia informacji cyfrowych na temat produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz zaangażowanie każdej organizacji, która może wnieść do tego wkład. EKES zaleca, by ustanowić powiązania z działaniami podejmowanymi przez Europejską Agencję Leków (EMA), szefów agencji leków (HMA) i Komisję Europejską.

1.5. EKES popiera pogląd, że rozwiązania w zakresie e-zdrowia powinny znaleźć zastosowanie jako opłacalne narzędzia w systemach opieki zdrowotnej. Atrakcyjne narzędzia cyfrowe mogą zwiększyć otwartość ludzi na media cyfrowe.

⁽¹⁾ Projekt ten otrzymał finansowanie z unijnego programu „Horyzont 2020” w zakresie badań naukowych i innowacji w ramach umowy o udzielenie dotacji nr 727474.

1.6. EKES podkreśla jednak, że pełne korzyści płynące z usług cyfrowych można osiągnąć tylko wówczas, gdy ludzie będą mieli dostęp do udzielanych informacji i będą w stanie je prawidłowo zrozumieć. Umiejętność czytania i podstawowe umiejętności matematyczne są kluczowym warunkiem wstępnym rozwoju kompetencji zdrowotnych, dlatego aby wzmocnić pozycję obywateli, muszą oni uzyskać te umiejętności w okresie edukacji szkolnej.

1.7. EKES podkreśla, że plan działania w dziedzinie e-zdrowia powinien pobudzać szeroką współpracę i obejmować wszystkie etapy życia. Na szczeblu lokalnym zdobywanie umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia należy zacząć od przedszkoli i szkół. Pracownicy placówek opieki nad dziećmi, nauczyciele, rodzice i dziadkowie powinni opracować, wspólnie z odpowiednimi pracownikami służby zdrowia (np. lekarzami, położnymi, pielęgniarkami, farmaceutami i opiekunami), inicjatywy mające na celu poprawę cyfrowych kompetencji zdrowotnych. W szczególności ścisła współpraca lekarzy (lekarzy rodzinnych) i farmaceutów może pomóc w podnoszeniu kompetencji zdrowotnych pacjentów. To doświadczenie musi zostać uwzględnione w dalszym rozwoju planu działania. Państwa członkowskie muszą opracować i wdrożyć plan działania na rzecz zwiększenia umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia.

2. Wprowadzenie

2.1. Informacje w postaci cyfrowej mają coraz większe znaczenie w społeczeństwie. Umiejętności cyfrowe obywateli w dziedzinie zdrowia są podstawowym warunkiem udanego wdrożenia e-zdrowia. Kompetencje zdrowotne to umiejętność wyszukiwania, zrozumienia, dokonania oceny i wykorzystania informacji związanych z opieką zdrowotną, profilaktyką lub promocją zdrowia. Wymaga to z jednej strony indywidualnych umiejętności, a z drugiej sprzyjających warunków ramowych, takich jak dostarczanie informacji w zrozumiałym języku. Te umiejętności i warunki stanowią podstawę, natomiast korzystanie z internetu do tych celów wymaga już dodatkowych umiejętności.

2.2. Cyfrowe kompetencje zdrowotne można opisać w sposób bardzo praktyczny: chodzi nie tyle o znalezienie informacji o zdrowiu, ile o to, by wiedzieć, gdzie ich szukać, czy dostępne źródła dostarczają odpowiednich i użytecznych informacji oraz czy źródła informacji o zdrowiu są wiarygodne ⁽²⁾.

2.3. „Cyfrowe narzędzia medyczne” odnoszą się do usług cyfrowych zapewniających użytkownikom ogólne informacje zdrowotne, aplikacje dla zdrowia (działania następcze i monitorowanie leczenia), narzędzia, które pomogą ludziom pozostać we własnych domach (zdalne monitorowanie osób starszych), wspólne pliki medyczne, narzędzia cyfrowe dla pracowników służby zdrowia (bezpieczna wymiana komunikatów, telemedycyna, telewiedza) oraz ogólne informacje cyfrowe dotyczące zdrowia.

2.4. W 2012 r. Komisja Europejska opublikowała plan działania wskazujący przeszkody utrudniające pełne wykorzystanie rozwiązań cyfrowych w europejskich systemach opieki zdrowotnej. Plan ten jest obecnie wdrażany pod nazwą „Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012–2020 – Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku” ⁽³⁾.

2.5. Uzupełnieniem celów określonych w tym planie działania jest komunikat Komisji w sprawie umożliwienia transformacji cyfrowej opieki zdrowotnej i społecznej na jednolitym rynku cyfrowym; wzmocnienia pozycji obywateli i budowania zdrowszego społeczeństwa ⁽⁴⁾.

2.6. W komunikacie tym odniesiono się do sprawozdania na temat inicjatywy „Stan zdrowia w UE” ⁽⁵⁾, z którego wynika, że jedynie dogłębne ponowne przeanalizowanie funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej i opieki społecznej pozwoli zapewnić, aby były one w dalszym ciągu dostosowane do potrzeb. Jednym z filarów jest wprowadzenie cyfrowych rozwiązań dla sektora ochrony zdrowia i opieki. Te narzędzia cyfrowe pozwalają przełożyć wiedzę naukową na działania wspierające obywateli w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia.

2.7. Fundusze unijne wspierają badania i innowacje w zakresie cyfrowych rozwiązań w dziedzinie opieki zdrowotnej i opieki społecznej za pośrednictwem programu „Horyzont 2020” ⁽⁶⁾ i partnerstw publiczno-prywatnych. W swoim przeglądzie śródkresowym realizacji strategii jednolitego rynku cyfrowego ⁽⁷⁾ Komisja wyraziła zamiar podjęcia dalszych działań w trzech obszarach:

- bezpieczny dostęp obywateli do własnych danych dotyczących zdrowia i możliwość dzielenia się nimi ponad granicami,
- zapewnienie lepszej jakości danych, aby osiągać postęp w badaniach, zapobieganiu chorobom i spersonalizowanej ochronie zdrowia i opiece,
- narzędzia cyfrowe na potrzeby wzmocnienia podmiotowości obywateli i opieki skupionej na potrzebach pacjenta.

Ponadto należy zachęcać państwa członkowskie do opracowania mechanizmów identyfikacji wprowadzających w błąd stron internetowych i do ich usuwania w miarę możliwości, a także do umieszczania zaufanych stron internetowych w wyszukiwarkach tak, aby były one wyświetlane w pierwszej kolejności.

⁽²⁾ https://ichealth.eu/wp-content/uploads/2018/10/ICH-FC_Final-Presentation_allDay.pdf

⁽³⁾ COM(2012) 736 final.

⁽⁴⁾ COM(2018) 233 final.

⁽⁵⁾ Inicjatywa „Stan zdrowia w UE” – sprawozdanie towarzyszące za rok 2017, https://ec.europa.eu/health/state/summary_pl.

⁽⁶⁾ COM(2011) 808 final.

⁽⁷⁾ COM(2017) 228 final.

2.8. Europejskie biuro WHO opublikowało bardzo obszerny przegląd ⁽⁸⁾ bieżących projektów i ich wyników w raporcie WHO-HEN-Report-57. W podsumowaniu jego autorzy stwierdzają, że elementem kluczowym dla uzyskania kompetencji zdrowotnych jest rozwój umiejętności przez całe życie, w tym działania w przedszkolach, formalne nauczanie w szkołach i kształcenie dorosłych. Przedstawiają też propozycje środków z zakresu polityki, które mogą ułatwić rozwój całościowej polityki dotyczącej kompetencji zdrowotnych w państwach członkowskich oraz opracowanie, wdrożenie i wnikliwą ocenę działań z zakresu polityki, tak aby wykazać korzyści dla obywateli i społeczeństwa, które płyną z polityki na rzecz rozwoju kompetencji zdrowotnych.

2.9. Komisja Europejska uwzględniła w swoich strategiach badawczych programy na rzecz poprawy umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia, a także finansowała ważne projekty w ramach 7PR i programu „Horyzont 2020” ⁽⁹⁾.

2.10. Uznaje się, że poziom umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia jest niższy wśród osób w starszym wieku lub z niższym wykształceniem, co wpływa na ich zaangażowanie w starania o własne zdrowie i możliwość uzyskania dostępu do informacji na temat zdrowia. Projekt IROHLA zapewnia rozwiązania dla starszych pokoleń ⁽¹⁰⁾. EKES ⁽¹¹⁾ omówił już wiele aspektów e-integracji (zgodnie z deklaracją z Rygi ⁽¹²⁾).

2.11. Projekt IC-Health ⁽¹³⁾ zapewnia ogromną liczbę analiz i zasobów na temat umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia. Ma on na celu opracowanie cyklu masowych, otwartych kursów internetowych (MOOC) służących podniesieniu umiejętności cyfrowych obywateli Unii w dziedzinie zdrowia, a także upowszechnieniu zrozumienia tych umiejętności i sposobów ich wykorzystania do poprawy efektów zdrowotnych. Wyniki projektu są obecnie podsumowywane.

3. Uwagi ogólne

3.1. Kwestia rozwoju umiejętności cyfrowych i podnoszenia kwalifikacji ma coraz większe znaczenie w kontekście stwierdzonego społecznego problemu zmian demograficznych. Dla utrzymania stabilności systemów ochrony zdrowia i opieki z jednej strony konieczne jest rozwinięcie szkoleń w celu dostosowania umiejętności personelu medycznego do nowych potrzeb oraz optymalne zarządzanie wydatkami na opiekę zdrowotną na potrzeby naszego szybko starzejącego się społeczeństwa, a z drugiej rozwój umiejętności cyfrowych wśród ogółu ludności.

3.2. EKES popiera działania Komisji Europejskiej na rzecz wzmocnienia pozycji obywateli, które koncentrują się na transformacji systemu opieki zdrowotnej. EKES jest jednak zdania, że jednocześnie należy umożliwić obywatelom korzystanie z tych narzędzi cyfrowych. W państwach członkowskich należy wdrożyć plan działania na rzecz podniesienia zarówno kompetencji zdrowotnych, jak i umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia.

3.3. Niektóre kraje europejskie zaniepokojone wynikami badania porównawczego OECD ⁽¹⁴⁾ przeprowadziły własne badania. We Francji (w latach 2004–2005) odnotowano około 3,1 mln osób dorosłych, które zostały zaklasyfikowane jako analfabeci funkcjonalni (9 % ludności w wieku produkcyjnym). Z badania przeprowadzonego w Zjednoczonym Królestwie w 2011 r. wynika, że 14,9 % (ponad 5 mln) Brytyjczyków jest funkcjonalnymi analfabetami. Badanie przeprowadzone w Niemczech wykazało, że 4,5 % społeczeństwa niemieckiego w grupie wiekowej od 18 do 64 lat cechuje się całkowitym analfabetyzmem (brak umiejętności czytania i pisanie). Analfabetyzm funkcjonalny dotyczy 10 % osób w tej grupie wiekowej. Całkowita populacja osób dotkniętych analfabetyzmem całkowitym i analfabetyzmem funkcjonalnym wynosi 7,5 mln ⁽¹⁵⁾. Fakt ten należy uwzględnić podczas dyskusji na temat umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia.

3.4. EKES podkreśla, że pracownicy wszystkich zawodów z sektora edukacji, badań i zdrowia muszą ze sobą współpracować. Członkowie EKES-u powinni promować tę współpracę za pośrednictwem swoich organizacji. Celem wszystkich wysiłków musi być powszechniejsze, świadome i odpowiednie korzystanie z narzędzi cyfrowych we wszystkich warstwach społeczeństwa.

3.5. EKES zaleca odwołanie się do wyników projektu IC-Health w trakcie dalszej realizacji priorytetów Komisji Europejskiej w dziedzinie e-zdrowia z myślą o zwiększeniu świadomości na temat rozwiązań z zakresu e-zdrowia opublikowanych w komunikacie z kwietnia 2018 r. ⁽¹⁶⁾ W ramach programu „Horyzont 2020” ⁽¹⁷⁾ należy śledzić działania i wnioski z realizacji tego projektu oraz wykorzystać doświadczenia zebrane w ramach MOOC.

3.6. Ważne jest, aby obywatele wszystkich grup wiekowych i kultur oraz osoby z wszelkimi upośledzeniami uczestniczyli w każdym procesie związanym z umiejętnościami cyfrowymi w dziedzinie zdrowia. EKES zaleca, by w procesie rozwoju nowych narzędzi cyfrowych uwzględniono również pracowników opieki zdrowotnej i osoby zajmujące się domową opieką, aby uzyskać akceptację tych grup dla zmian w ich środowisku pracy oraz zaspokoić ich potrzeby. Obejmuje to również szkolenie i dalsze kształcenie pielęgniarek.

⁽⁸⁾ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373614/Health-evidence-network-synthesis-WHO-HEN-Report-57.pdf?ua=1

⁽⁹⁾ Dz.U. L 347 z 20.12.2013, s. 104.

⁽¹⁰⁾ <https://www.age-platform.eu/project/irohla>

⁽¹¹⁾ Dz.U. C 318 z 29.10.2011, s. 9.

⁽¹²⁾ Deklaracja ministerialna UE „TIK na rzecz społeczeństwa integracyjnego”, Ryga (Łotwa), 11 czerwca 2006 r., pkt 4.

⁽¹³⁾ <https://ichealth.eu/>

⁽¹⁴⁾ <http://www.oecd.org/skills/piaac/newcountriespecificmaterial.htm>

⁽¹⁵⁾ <https://ec.europa.eu/epale/fr/blog/analfabetyzm-funkcjonalny-doroslych-w-krajach-bogatego-zachodu>

⁽¹⁶⁾ COM(2018) 233 final.

⁽¹⁷⁾ COM(2018) 435 final.

3.7. EKES wyraża uznanie dla inicjatywy „Friends of Europe”, która ma na celu zdefiniowanie na nowo systemu opieki zdrowotnej w Europie i opracowanie pomysłów „racjonalnych decyzji dotyczących inwestowania (lub zaprzestawania inwestycji) w opiece zdrowotnej”⁽¹⁸⁾. Celem jest dążenie do tego, by wskazać nieefektywne środki w systemie opieki zdrowotnej i zaprzestać ich stosowania, tak aby uzyskane w ten sposób dodatkowe zasoby finansowe wykorzystywać do poprawy wyników w zakresie zdrowia.

3.8. EKES popiera realizowaną w ramach „Friends of Europe” koncepcję wzmocnienia grupy zadaniowej ds. działań na rzecz zdrowia obywateli we wszystkich grupach wiekowych, w nawiązaniu do zaleceń Rady Unii Europejskiej z 2018 r. w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie⁽¹⁹⁾. Każda osoba musi znać główne założenia dotyczące elementów zdrowia psychicznego i fizycznego oraz zdrowego stylu życia. Jest to dobra podstawa do angażowania i uaktywniania obywateli. Państwa członkowskie powinny uznać to za przekrojowy priorytet w ramach polityki edukacyjnej, zdrowotnej, społecznej i zatrudnienia, a także kluczowy mechanizm obniżania kosztów opieki zdrowotnej i poprawy efektów zdrowotnych. Na przykład zamknięcie szpitala zawsze wywołuje pewien sprzeciw, ale może być czasem konieczne, jeżeli instytucja ta nie jest już racjonalna pod względem kosztów lub nie zapewnia obiecanej opieki. Wprowadzenie automatyzacji może usprawnić proces organizacji opieki. Przykładowo w ramach niedawnego projektu pilotażowego przeprowadzonego w trzech szpitalach w Zjednoczonym Królestwie, kierowani sztuczną inteligencją wirtualni asystenci byli osiem razy bardziej efektywni od sekretarzy medycznych w zarządzaniu rutynowymi zadaniami i wynikami badań.

3.9. Obywatele dysponujący rzetelnymi informacjami podejmują działania służące poprawie swojego zdrowia. Prowadzi to do wyboru zdrowszego stylu życia, zwiększenia wyszczepialności, starzenia się w dobrym zdrowiu, większego przestrzegania zaleceń lekarskich i większego korzystania z usług profilaktyki zdrowotnej dotyczącej ryzykownych zachowań. W związku z tym narzędzia cyfrowe mogłyby okazać się przydatne w dziedzinie kształcenia terapeutycznego i sprawić, że osoby cierpiące na choroby przewlekłe byłyby bardziej świadome, na czym polega ich leczenie.

3.10. EKES⁽²⁰⁾ już w kontekście szczepień podkreślił znaczenie cyfrowych kompetencji zdrowotnych dla umożliwienia dostępu do cyfrowych informacji na temat szczepionek i ich przeanalizowania.

3.11. Usługi cyfrowe mogą w szczególności wspierać osoby o niskich umiejętnościach (np. osoby mające problem z czytaniem i będące analfabetami), a także osoby słabowidzące, gdy informacje są dostarczane za pośrednictwem filmów lub podcastów. W ten sposób mogą być wspomagane również programy dla tych migrantów, którzy nie znają jeszcze dobrze języka kraju przyjmującego. Należy przewidzieć odpowiednie środki i zasoby, aby umożliwić tym grupom dostęp do cyfrowych narzędzi opieki zdrowotnej.

3.12. Ludzie, niezależnie od wieku i stanu zdrowia, muszą mieć możliwość wykorzystywania tych zasobów cyfrowych (strony internetowe, aplikacje), aby wyszukiwać odpowiedzi na swoje pytania i zarządzać własnymi danymi dotyczącymi zdrowia (np. e-recepty nadzorowane przez pracowników służby zdrowia, cyfrowe dane dotyczące zdrowia, cyfrowe informacje o przyjmowanych lekach itp.). Na przykład fundusze zdrowia powinny systematycznie edukować swoich ubezpieczonych. Dalsze działania w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych są objęte inicjatywą EKES-u⁽²¹⁾.

3.13. Programy szkolne i inne działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży powinny być również wykorzystywane do pobudzenia dialogu między pokoleniami. Dyskusja ta ma wskazać inicjatywy takie jak niemiecka fundacja *Stiftung Lesen*⁽²²⁾, która zajmuje się propagowaniem czytelnictwa, i inne.

3.14. EKES sugeruje przeprowadzenie dyskusji na temat tego, czy ogólne informacje na temat zdrowia mogą być dostarczane za pośrednictwem pracodawców. Ludzie często używają w pracy narzędzi cyfrowych. Powszechnie przyjętą praktyką są szkolenia w zakresie zapobiegania wypadkom w miejscu pracy. Tego rodzaju szkolenia mogłyby również obejmować informacje zdrowotne.

3.15. EKES potwierdza swoją opinię, że bardzo ważne jest szkolenie pacjentów w zakresie uzyskiwania dostępu do własnych danych i korzystania z nich, ponieważ obecnie w wielu przypadkach dane te są „zamknięte” w systemach informacji zdrowotnych, co stało dodatkowo wzmocnione ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych (RODO)⁽²³⁾. Ponadto Komitet jest zdania, że niezbędne jest także włączenie wiedzy na temat e-zdrowia do programów szkoleniowych pracowników służby zdrowia⁽²⁴⁾.

4. Uwagi szczegółowe

4.1. Infrastruktura

4.1.1. Komisja Europejska uruchomiła kilka programów, które mają ulepszyć infrastrukturę techniczną i umożliwić interakcje transgraniczne.

⁽¹⁸⁾ <https://www.friendsofeurope.org/event/smart-disinvestment-choices-healthcare>

⁽¹⁹⁾ [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604\(01\)&rid=7](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604(01)&rid=7)

⁽²⁰⁾ Dz.U. C 440 z 6.12.2018, s. 150.

⁽²¹⁾ Dz.U. C 434 z 15.12.2017, s. 1.

⁽²²⁾ <https://www.stiftunglesen.de/>

⁽²³⁾ Dz.U. L 119 z 4.5.2016, s. 1.

⁽²⁴⁾ Dz.U. C 271 z 19.9.2013, s. 122.

4.1.2. Wyniki sondażu w ramach projektu IC-Zdrowie pokazują, że w niektórych przypadkach młodzi ludzie i inne osoby o niższym poziomie umiejętności czytania i pisania mogą preferować urządzenia mobilne zamiast źródeł internetowych na komputerze. EKES proponuje, aby aspekty te zostały dokładniej zbadane i uwzględnione w rozważaniach stanowiących podstawę przyszłych programów.

4.2. Komisja Europejska, Europejska Agencja Leków i Szefowie Agencji Leków zainicjowali proces ustalania kluczowych zasad dotyczących elektronicznych informacji o produktach leczniczych⁽²⁵⁾. W wielu państwach członkowskich istnieją już bazy danych zawierające przyjazne dla pacjenta i zatwierdzone przez organ regulacyjny elektroniczne informacje o produktach. Znaczenie rzetelnych elektronicznych informacji o produktach leczniczych zostało już szczegółowo omówione przez EKES w opinii „W kierunku cyfrowego zdrowia: informacje elektroniczne dotyczące bezpiecznego stosowania produktów leczniczych”⁽²⁶⁾. Tego rodzaju podejście i priorytetowe traktowanie wiarygodności informacji cyfrowych powinno również obejmować wyroby medyczne.

4.3. EKES uważa, że oprócz źródeł omówionych do tej pory informacje te mogą zostać wykorzystane do poprawy kompetencji zdrowotnych. Przykładowo należy wziąć pod uwagę informacje dotyczące produktów leczniczych zatwierdzone przez organy regulacyjne. Są one potrzebne, aby zapewnić nieprzerwane dostarczanie aktualnych informacji na temat produktów leczniczych i metod leczenia. EKES uważa, że w ten sposób można by zapewnić bezpieczeństwo i skuteczność stosowanych produktów leczniczych, poprawić przestrzeganie dyscypliny przyjmowania leków i wyniki leczenia.

4.4. *Potrzeba dalszych badań*

4.4.1. *Badania techniczne i rozwój techniczny*

4.4.1.1. EKES zaleca, by rozważyć możliwości synergii za pośrednictwem dodatkowych partnerstw publiczno-prywatnych angażujących ludzi w każdym wieku i o różnym pochodzeniu w celu opracowania atrakcyjnych cyfrowych źródeł informacji i innych narzędzi cyfrowych, które dotrzymywałyby kroku komercyjnym cyfrowym źródłom informacji, mediom społecznościowym i cyfrowym źródłom rozrywki i które można by wykorzystywać na przykład przy wdrażaniu środków zaproponowanych przez Komisję Europejską. Partnerstwa te muszą działać zgodnie z kartą wiarygodności danych i w warunkach braku konfliktu interesów.

4.4.2. *Aspekty edukacyjne*

4.4.2.1. Korzystanie z internetu jest silnie zróżnicowane między poszczególnymi grupami społecznymi i wiekowymi. Wiele osób korzysta z sieci społecznościowych, ale nie korzysta z oferty informacyjnej. Niewielka grupa osób w ogóle nie korzysta z internetu. Zgodnie z wcześniejszymi inicjatywami EKES-u⁽²⁷⁾ należy rozpocząć badania w celu udzielenia odpowiedzi na następujące pytania:

- W jaki sposób możemy zachęcić do ciągłego aktywnego uczenia się, zarówno w zakresie uzyskiwania dostępu do informacji, jak i rozpoznawania wiarygodnych i niewiarygodnych cyfrowych źródeł informacji (np. przez promowanie kursów MOOC w ramach IC-Health)? Aby rozwiązać ten problem, potrzebne są środki masowego wsparcia i szkolenia, ponieważ 47 % siły roboczej w UE nie posiada wystarczających umiejętności cyfrowych⁽²⁸⁾.
- W jaki sposób możemy udostępnić zasoby (np. formy rozrywki), które zachęcą do korzystania z rzetelnych cyfrowych źródeł informacji?
- W jaki sposób możemy wspierać transfer udanych programów? Przykładem może tu być „Sophia”⁽²⁹⁾ — innowacyjny instrument ubezpieczenia zdrowotnego we Francji skierowany do pacjentów chorych na cukrzycę lub przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, oparty na coachingu w zakresie zdrowia. Inspiracją dla programu „Sophia” są zagraniczne eksperymenty w zakresie zarządzania chorobami przeprowadzane w Stanach Zjednoczonych, Niemczech i Zjednoczonym Królestwie⁽³⁰⁾.
- Jaką rolę mogą odgrywać różne instytucje edukacyjne (uniwersytety, ośrodki kształcenia dorosłych itd.) w zakresie wzmacniania różnorodnych umiejętności, np. pracy z nowymi technologiami, angażowania się i opieki dla dobra wspólnego oraz przekazywania wiedzy społecznej i technicznej?
- W jaki sposób można wykorzystać istniejące materiały (np. informacje dotyczące produktów leczniczych zatwierdzone przez organy regulacyjne)?
- W jaki sposób możemy pobudzać międzypokoleniową wymianę wiedzy i doświadczeń na temat kompetencji zdrowotnych i umiejętności cyfrowych?

4.4.2.2. W projekcie IC Health określono nowe podejście do uczenia się – rozrywkę edukacyjną: „Oczywiste jest, że dla zrozumienia procesu zmiany postaw i zachowań niezbędne jest przeprowadzenie bardziej kontrolowanych eksperymentów, które pozwolą odkryć poznawcze lub afektywne czynniki pośredniczące w oddziaływaniu rozrywki edukacyjnej”, a także ustalenie warunków, w jakich narracje rozrywki edukacyjnej mogą być skuteczne lub przeciwnie – mogą nie przynieść zamierzonych skutków.

⁽²⁵⁾ <https://www.ema.europa.eu/en/events/european-medicines-agency-ema-heads-medicines-agencies-hma-european-commission-ec-workshop>

⁽²⁶⁾ Dz.U. C 13 z 15.1.2016, s. 14.

⁽²⁷⁾ Dz.U. C 13 z 15.1.2016, s. 14.

⁽²⁸⁾ Dz.U. C 13 z 15.1.2016, s. 161.

⁽²⁹⁾ Nazwa Wspólnej Służby Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

⁽³⁰⁾ <https://www.oecd.org/governance/observatory-public-sector-innovation/innovations/page/sophia.htm>

4.4.3. Potrzeba szerszej zakrojonej strategii w zakresie kompetencji zdrowotnych.

- Kompetencje zdrowotne są zależne od konkretnego kontekstu i treści. Zalecana jest strategia dotycząca umiejętności cyfrowych w dziedzinie zdrowia w Europie, po to by wspierać prawa obywateli w dziedzinie zdrowia, w tym koncentrować się na umiejętnościach cyfrowych w dziedzinie zdrowia w całym okresie życia danej osoby.
- Cyfrowe kompetencje zdrowotne łączą umiejętności cyfrowe z dziedziną zdrowia. Obydwa zakresy umiejętności wymagają ukiernikowanego nauczania i szkolenia.
- Potrzebna jest strategia i plan wdrażania.

4.4.4. Potrzeba równego dostępu do internetu:

- Świat cyfrowy dostępny jest jedynie dla osób z dostępem do internetu. W jaki sposób możemy zniwelować przepaść cyfrową w Europie, która wyklucza regiony, wyspy i obszary wiejskie z dostępu do internetu, co oznacza, że w przyszłości ludzie będą wykluczeni z dostępu do cyfrowej opieki zdrowotnej? Europa i państwa członkowskie muszą dokonać znacznych inwestycji, aby zapewnić wszystkim dostęp do internetu, jeśli chcemy, by wszyscy mogli czerpać korzyści ze wspomnianego rozwoju.
- Wiele usług publicznych opiera się na internecie, w związku z czym korzystanie z nich wymaga konkretnych umiejętności i zasobów. Przepaść cyfrowa może powiększać nierówności w europejskich społeczeństwach dobrobytu.
- W otwartym i darmowym dostępie do internetu dla aktywnego udziału obywateli w społeczeństwie pomóc mogą środowiska, ustawienia, społeczności i miasta.
- Partnerstwa publiczno-prywatne mogą wspierać ułatwianie darmowego dostępu do internetu dla wszystkich w Europie.
- Dostęp do internetu jest prawem człowieka, w momencie gdy rządy w tak dużej mierze polegają na usługach cyfrowych.

Bruksela, dnia 21 marca 2019 r.

Luca JAHIER

Przewodniczący

Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
