

# Telemedicína je víc než „lékař na telefonu“

Telemedicine is more than a „doctor on the phone“

K. Michnová

**Vydavatelství Care Comm s.r.o. uspořádalo pod odbornou záštitou České gastroenterologické společnosti ČLS JEP on-line kulatý stůl, jehož název byl shodný s titulkem tohoto článku. Cílem bylo zmapovat, jak rozhodující hráči zdravotního systému pohlízejí na implementaci telemedicínských řešení pro pacienty, na jejich zakotvení v zákonech a na možnosti jejich úhrady z veřejného zdravotního pojištění.**

Není pochyb o tom, že aplikaci telemedicínských postupů do praxe významně urychlila pandemie covid-19, ve které se však nejčastějším „telemedicínským výkonem“ stalo pouhé zdvihnutí telefonního sluchátka...

„Nemá to (telemedicína) legislativu. Vzniklo to poměrně živelně během pandemie,“ konstatoval u kulatého stolu prof. MUDr. **Štěpán Svačina**, DrSc., MBA, předseda ČLS JEP, a pokračoval: „Je to dobrý nástroj pro lékaře, který pacienta zná a ošetřuje ho, ale současně je to nástroj, jak může jedna skupina lékařů „krást“ pacienty jiným, což správné není. Chce to dokonalý legislativní rámec a ten by měl vzniknout poměrně rychle.“

Ing. **Helena Rögnerová**, náměstkyně ministra zdravotnictví pro ekonomiku a zdravotní pojištění, přiznala, že v ČR vlastně dosud nevíme, co do telemedicíny zahrnujeme, jaká je její šíře a jaká pro ni mají platit pravidla. „Ani právníci nejsou ve shodě, zda nutně potřebujeme úpravu zákona. Spíše asi ano, prozatím jsme alespoň aktuální stav překlenují právním výkladem legislativního náměstka MZ ČR JUDr. Policara, který se k tomu postavil tak, že současná právní úprava telemedicíny aspoň v určité míře nebrání.“

Také MUDr. **Jitka Vojtová**, MBA, zdravotní ředitelka Oborové zdravotní pojišťovny, upozornila, že právní a také bezpečnostní rámec telemedicíny je nezbytný. „S tím souvisí i koncepce toho, čeho vlastně telemedicínou chceme dosáhnout. Chceme předělávat stávající vý-

kony, nebo dělat nové, s nějakým novým způsobem úhrady? V tom jasno zatím není. V současné době se objevuje spousta projektů, které nejsou zasazeny do jednotného koncepčního rámce, a mám mnohdy pocit, že po sto padesáté objevujeme Ameriku namísto toho, abychom třeba využili zkušeností ze zahraničí.“

První místopředseda ČGS ČLS JEP prof. MUDr. **Milan Lukáš**, CSc., zásadně nesouhlasí s tím, že by telemedicína nějakým způsobem „vznikla“ až v době pandemie covid-19. „Je tady od roku 2008, přinejmenším ve Skandinávii, a v oblasti gastroenterologie, konkrétně IBD, je to nezbytná nutnost, která byla během pandemie pouze aktualizovaná, takže se z moderního tématu stalo téma módní. Ale ve skutečnosti je to letitá věc, která se v západní Evropě a Severní Americe velmi rychle rozvíjí.“

Ing. **David Šmehlík**, MHA, náměstek ředitele VZP ČR pro zdravotní péči, zdůraznil: „Z hlediska úhrad z veřejného zdravotního pojištění souhlasím s tím, že je třeba definovat právní postavení distančního poskytování zdravotní služby. Není to nějaká poradna, je to zdravotní služba se vším, co s tím souvisí. To znamená, že při jejím poskytování musí být jasně definováno postavení lékaře i postavení pacienta, a to nejenom z forenzních důvodů.“

Na otázku, zda tedy nebylo poskytování a proplácení různých distančních telemedicínských služeb v době pandemie covid-19 v ČR vlastně ilegální (tento názor se v nedávné minulosti na různých

fórech skutečně objevil), Ing. Šmehlík odpověděl: „Byl nouzový stav a veřejný zájem na zajištění dostupnosti zdravotní péče byl značný. V období pandemie, tedy od března loňského roku, VZP ČR vstoupila intenzivně do oblasti telemedicíny, vydala organizační opatření a uvedla telemedicínu v život. Souhlasím s prof. Lukášem, že telemedicína tu byla už před covidem, ale byla takovou popelkou, o které všichni mluvili spíš jen na konferencích. Teprve covid-19 ji opravdu uvedl v život a rázem jsme přeskočili několik let směrem kupředu. Takže za nás to legální bylo, ale nějaká pravidla rozhodně potřebujeme.“

Předseda České farmakoekonomické společnosti MUDr. **Tomáš Doležal**, Ph.D., vidí jako hlavní problém to, že se nedostatečně dopředu hýbe součinnost mezi ministerstvem zdravotnictví, zdravotními pojišťovnami a odbornými společnostmi. „Čekal bych, že ten proces bude rychlejší, že odborné společnosti využijí příležitosti a specificky pro své diagnózy začnou přicházet s telemedicínskými řešeními.“

To je věc, kterou konkrétně čeští gastroenterologové již dlouho dělají. „Ovšem i v tak složitém, technologiemi prospikovaném oboru, jakým je gastroenterologie, která s telemedicínou pracuje prakticky na denní bázi ve formě konzultací mezi lékaři, sdílení obrazů apod., vidíme, že v určité fázi je důležité nedívat se na monitor, ale na pacienta,“ zdůraznil doc. MUDr. **Ondřej Urban**, Ph.D., předseda ČGS ČLS JEP. Podle něj je hlavní výzvou současnosti

nadefinovat si hranici, kdy může telemedicína nahradit reálný kontakt s pacientem. Je přesvědčen o tom, že tato hranice musí být individuálně odlišná a bude záviset na vztahu mezi konkrétním lékařem a jeho konkrétním pacientem.

### Distanční telemedicínská péče o pacienty s IBD v praxi i v datech

Jako modelový příklad pro další diskuzi u kulatého stolu bylo záměrně vybráno telemedicínské řešení, které je určeno chronickým pacientům s IBD. Tedy s onemocněním závažným a limitujícím, které se v čase mění, vyžaduje nákladnou biologickou léčbu, již mohou předepisovat jen specializovaná centra, jejichž kapacity nejsou neomezené, a která navíc vyžaduje monitoring účinnosti i bezpečnosti. Projekt „Virtuální asistent IBD“ a s ním související návrh zdravotního výkonu „Dálková kontrola pacienta s idiopatickým střevním zánětem“, který předložila ČGS ČLS JEP, představila prim. MUDr. **Karin Černá** z klinického centra ISCARE, Praha.

Výkon má dvě nedělitelné části:

- on-line sledování klinických příznaků IBD;
- dálkové monitorování intenzity střevního zánětu.

Pokud jde o první část, monitoring klinického stavu pacientů je realizován pomocí standardizovaných on-line dotazníků, které se týkají pacientových subjektivních somatických a psychických obtíží, adherence k léčbě, výskytu nových projevů nemoci a komplikací IBD či jeho terapie. Druhá část, tedy selfmonitoring tíže střevního zánětu, je realizována měřením fekální hladiny kalprotektinu (FC) domácím POCT (point-of-care) testem. Naměřená hodnota je vyhodnocena aplikací v chytrém telefonu, pacient je informován o aktuální hladině FC a výsledek je ihned on-line přenesen do pacientova zdravotního záznamu a vyhodnocen odborníkem.

„Díky domácímu měření FC a on-line dotazníku jsme již v naší první pilotní stu-

dii dokázali např. z našeho pražského centra zareagovat na zhoršení stavu pacientky, která bydlela na severu Moravy, a během 24 hodin byla paní v nemocnici,“ uvedla MUDr. Černá.

V následné diskuzi se účastníci shodli na tom, že uvedený projekt, resp. zdravotní výkon, řeší řadu problémů, s nimiž se pacienti s IBD i jejich lékaři dnes potýkají.

MUDr. **Tomáš Doležal** připomněl: „Chroničtí pacienti vyžadují kontinuální péči, monitorování by mělo být pravidelné. Specializovaná centra nemají kapacitu, pacienti se do nich dostanou jednou za 3–6 měsíců, mezitím nemají příliš kontrolu nad svou nemocí. Pacientů přibývá, center biologické léčby nikoli, navíc nejsou optimálně geograficky rozmístěna. Pacienti musejí za péči cestovat, což znamená mj. i zameškané pracovní hodiny a investici osobního času, ne vždy efektivně využitého – často jen pro rutinní kontrolu nebo v případě centrových léků jen pro preskripci, což je trochu velký luxus.“

Předsedkyně spolku Pacienti IBD PhDr. **Martina Pfeiferová** upozornila na často opomíjený fakt, že pro pacienta s IBD znamená každá cesta do centra kromě nákladů a uvolňování z práce i poměrně stresující plánování trasy podle dostupnosti veřejných toalet. „Navíc s sebou nemusejí od rána stydlivě tahat vzorky stolice a v práci je někde potupně ukrývat do ledničky, než se s nimi vydají k lékaři. Z našeho průzkumu kvality života pacientů s IBD vyplynulo, že až 20 % z nich své onemocnění před svým zaměstnavatelem raději tají, tzn. že na kontroly a vyšetření si raději berou dovolenou nebo neplacené volno. Uvítají tedy, že mohou být pod distanční kontrolou, že na to nejsou sami. Díky samotestování se o svou nemoc i více zajímají, více spolupracují a možná mají tím pádem i lepší adherenci k léčbě.“

Prof. **Štěpán Svačina** zase zdůraznil, že: „Nejen v době pandemie jsou chroničtí pacienti vystaveni extrémnímu riziku nákazy v dopravě, navíc ztrácejí čas v čekárně, která je obrovským zdrojem kontaktů. Naplánování času ve virtuálním

prostředí je proto výhodnější pro pacienty i lékaře.“

S tím souhlasil i prof. **Milan Lukáš**: „Plánování je velký problém a časový faktor hraje zásadní roli. IBD jsou chronická onemocnění, mají sinusoidní průběh, fáze relapsu je střídána fází remise. Když se pacient zhorší, objedná se ke specialistovi, ale ta objednávací doba je často v řádu týdnů. To je dost na to, aby se choroba mohla rozvinout až do potřeby hospitalizace či akutní komplikace. Telemedicínský přístup v podobě těsného kontinuálního monitorování fází čekání na specialistu zkracuje. Ze studií provedených ve Skandinávii a publikovaných již v roce 2012 máme důkazy o tom, že pacienti telemedicínsky sledovaní sice nemají méně relapsů, ale doba jejich trvání je významně kratší.“

Ing. **Helena Rögnerová** by však přece jenom uvítala více dat, o která by se dalo opřít z hlediska dlouhodobé efektivity. „V takových případech, jako je Virtuální asistent IBD, to vždy budou nějaké náklady navíc, protože daný výkon nebude ‚místo něčeho‘, ale ‚navíc k něčemu‘. K tomu bychom potřebovali regulérně provedené studie, které by po nějakou dobu sledovaly skupinu pacientů a dobraly se toho, že jejich léčba a výsledky byly s telemedicínským přístupem opravdu významně lepší než u srovnatelné skupiny bez této možnosti.“

Prof. **Milan Lukáš** s MUDr. **Karin Černou** ale připomněli, že jistá data o efektivitě „Virtuálního asistenta IBD“ již k dispozici jsou – pocházejí z pilotního projektu zahájeného v roce 2017 v Klinickém centru ISCARE s podporou VZP ČR. Zařazeno bylo cca 150 pacientů s IBD ve stabilizovaném stavu na konvenční terapii, po dobu jednoho roku byla jedna skupina monitorována telemedicínsky na dálku, druhá klasickými rutinními kontrolami čtyřikrát ročně.

Pacienti monitorovaní vzdáleně měli oproti rutinním kontrolám signifikantně nižší potřebu návštěv u lékaře (průměr 0 návštěv vs. 4,2 návštěvy;  $p < 0,0001$ ) i u IBD sestry (průměr 0,3 návštěvy vs. 2,9 návštěvy;  $p < 0,0001$ ). Klinický stav v obou skupinách byl na začátku i konci

sledování shodný, tzn. pacienti monitorovaní on-line dotazníky a domácím měřením FC se nezhoršili a nebyli poškozeni. Rozdíl nebyl ani ve výskytu infekcí, ani v markerech zánětu – systémového ani střevního. Přesnost domácího měření FC korelovala s výsledky kontrolního měření v laboratoři.

„Nákladovost pacientů sledovaných telemedicínsky byla v průměru o 500 Kč na osobu a rok nižší. To poměrově odpovídá datům, která známe z Nizozemska z projektu My IBD Coach, kde během roku ušetřili na nákladech na jednoho pacienta při distančním sledování 700 eur,“ dodal prof. **Milan Lukáš**.

### Úhradový model se bohužel stále teprve hledá

Diskuze se závěrem stočila k tématu dostupnosti uvedeného zdravotního výkonu a rovného přístupu pacientů k ní – a tím i k otázce úhrady ze zdravotního pojištění. Domácí test FC v hodnotě cca 25 eur/kus totiž v současnosti zdravotní pojišťovny pacientům neproplácejí. V Klinickém centru ISCARE je pacientům poskytují v rámci svého výzkumného projektu, tuto možnost však další centra nemají. Pouze s Oborovou zdravotní pojišťovnou dnes existuje dohoda, že bude náklady na test svým pojištěncům kompenzovat.

Podle Ing. **David Šmehlíka** nastavuje VZP ČR své úhradové modely v návaznosti na diskuzi v rámci své expertní skupiny pro telemedicínu. V rámci programů VZP PLUS nastavujících kvalitu a organizaci péče v současnosti spouští i projekt VZP PLUS Telemedicína. „Způsob úhrady takových výkonů – nepochybně v kombinaci s fyzickým kontaktem a klinickým vyšetřením – může být v podstatě dvojitý. První možností je agregovaná platba s nějakým skóringem podle počtu kompenzovaných pacientů. Druhou, jednodušší cestou je výkonová platba. Základem je definovat cílový přínos, o kterém se vedla tato diskuze, a na něj nastavit úhradu. Myslím, že to možné je, u jiných programů VZP PLUS jsme vždy dokázali cíl definovat.“

Co naopak systém rozhodně neumí, je zohlednit při rozhodování o úhradě i ne-medicínské přínosy, např. časový komfort pacienta, úsporu jeho cestovních nákladů či šetření fondu jeho pracovní doby. „Na těchto ‚měkkých parametrech‘ náš pojistný systém založen není,“ uvedla v diskuzi Ing. **Helena Rögnerová**. „Máme zde zdravotní pojišťovny se svými zdravotně pojistnými plány postavenými na jednom roce nákladů a příjmů. Sledování ekonomiky jednoho konkrétního pacienta, zda se vyplatí mu dnes poskytnout něco, díky čemuž bude v budoucnu péče

o něj – nejen zdravotní, ale i sociální – levnější, v našem systému z principu zabudováno není.“

Prof. **Štěpán Svačina** s trochou nadšázky podotkl, že potřebnou změnu v tomto směru by možná bylo nejlepší nastartovat sloučením ministerstev zdravotnictví a práce a sociálních věcí. „Nicméně v současnosti se novelizuje zákon o veřejném zdravotním pojištění ve smyslu úhrady léků na vzácná onemocnění. Pokud má tato léčba vliv na snížení sociálních nákladů, a já si myslím, že tomu tak je, možná přitom vzniknou určité algoritmy uplatnitelné i pro telemedicínu.“

Doc. **Ondřej Urban** ovšem závěrem připomněl neoddiskutovatelnou pravdu: „Je jistě důležité, že odborná společnost a zástupci pojišťoven o telemedicině diskutují. Ale na úrovni pacientů již rozhodnutí padlo! Ať bude náš legislativní systém jakkoli rigidní, telemedicína do něj nakonec pronikne, protože to je jednoznačně správný trend, který si naši pacienti přejí. Je naším úkolem, ke kterému se jako odborná společnost hlásíme, pro ně vytvořit podmínky, aby telemedicína mohla fungovat co nejrychleji v jejich prospěch.“

Ing. Kateřina Michnová  
redakce časopisu Gastroenterologie  
a hepatologie  
katerina.michnova@carecomm.cz

Celý záznam kulatého stolu je ke zhlédnutí na <https://telemedicina.terapie.tv>.



## Konání kulatého stolu podpořily společnosti



211

abbvie

OZP  
OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA

Janssen  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF Johnson & Johnson

Česká průmyslová  
zdravotní pojišťovna