

Emlékeztető

a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium 2007. január 12-i üléséről

Helyszín: Országos Onkológiai Intézet, Tanácsterem

Jelen van: 19 kollégiumi tag

Dr. Szűcs Miklós üdvözölte a megjelenteket. Megállapította, hogy a kollégium határozatképes.

Ezt követően a jelenlévők Dr. Szántó János (Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, Miskolc) emlékének 1 perces néma felállással adóztak.

Kérdésfeltevés után megállapította, hogy az előző ülés emlékeztetőjével kapcsolatos észrevétel nem érkezett. Jelezte, hogy a napirendi pontok tárgyalására beérkezett javaslatok alapján a kiküldött napirend az alábbiak szerint módosul: az első, napirend előtti az Urológus Szakmai Kollégium által írott levél megtárgyalása, a második tájékoztatás az Országgyűlés Eü. Bizottságának üléséről, a harmadik az emlő- és colorectalis szakmai irányelvek, a negyedik az onkológiai rehabilitáció, az ötödik a kórházi kapacitások, és azt követné a HBCs besorolásokra, illetve a TVK-ra vonatkozó napirendi pont, aminek keretében kerül megtárgyalásra a gyulai kórház levele. A jelenlévők a napirendi pontok módosítására tett javaslatot egyhangúlag elfogadták.

Napirend előtti hozzászólás. Dr. Répássy Dénes, Dr. Buzogány István és Dr. Tenke Péter az urológiai szakma képviselőiben nyomatékosan észrevételezte, hogy a Magyar Közlönyben megjelent rendelet alapján az urológus szakorvosok gyógyszerfelirási lehetőségei eléggé megnyirbálódtak, pl. a prosztatákban alkalmazott totál androgénblokkád-készítményeket nem írhatják fel. Ezzel kapcsolatosan levélben fordultak az Egészségügyi Miniszterhez, hogy módosítsa, illetve vonja vissza ezt a rendeletet. Dr. Bodrogi István elmondta, hogy 2006 decemberében a minisztérium kérte, hogy véleményezzük az Eü. 100 és 90%-os gyógyszerlistát, amiből viszont a sugárterápiás és onkológus szakorvosok voltak kihúzva. Mi akkor indítványoztuk ennek a módosítását. A mostani javaslatunkban az szerepel, hogy állítsák vissza a 2006-os állapotot. Dr. Szűcs Miklós teljes egészében ismertetette a Gyógyszerterápiás Szakcsoport benyújtott írásos javaslatát. Dr. Pikó Béla ismertette a Finanszírozási Szakcsoport által írt levelet, amely szerint „az onkoteam dokumentált döntése alapján” szövegezés kerüljön vissza a rendelet szövegébe. Dr. Kásler Miklós az elhangzottak alapján megkérdezte, hogy elfogadják-e az urológus szakma képviselői a Gyógyszerterápiás és Finanszírozási Szakcsoport levelében megfogalmazottakat, vagy kívánnak bármiféle módosítást. Dr. Répássy Dénes elmondta, hogy a most megjelent minisztériumi rendeletben még technikai hiba is van, mert olyan kategóriába helyezték az LH-RH-analógok egyikét-másikát, amelyiknek ellentmond a

másik. Ezért kérjük az, hogy a két Kollégium közösen alakítson ki a Minisztérium felé egy véleményyt, ami alapján ezt a bizonyos rendeletet módosítják. Dr. Szűcs Miklós a napirendi pont tárgyalásán elhangzottak alapján kérte, hogy két kérdésben szavazzon a Kollégium. A jelenlévők az 53/2006. sz. EüM rendeletben megjelent eü. pontok módosítására vonatkozó, Gyógyszerterápiás Szakcsoport által megfogalmazott javaslatot egyhangúlag elfogadták. A jelenlévők az Elnök úr javaslatát, miszerint kerüljön sor a Minisztérium szervezésében a társszakmák bevonásával az eü. pontok egyeztetésére, a jelenlévők egyhangúlag támogatták.

Tájékoztató a 2006-os évben teljesített HBCs-k elszámolásáról, különös tekintettel az intézményi TVK-k megállapítására és a 2007-es évi TVK bázisok kiszámítására. Állásfoglalás kialakítása onkológiai létesítmények és a TVK elkülönített kezelésének lehetőségéről. Dr. Becsei László megköszönte a lehetőséget, majd röviden összefoglalta, hogy július óta mi nyomasztja az intézményt, azon belül is az onkológiai osztály terheit. A számadatok részletezését követően elmondta, hogy azért kértek segítséget a Szakmai Kollégiumtól, illetve az OEP illetékeseitől, mert egyrészt úgy gondolták, hogy a gyulai kórháznak, a gyulai onkológiai centrumnak rossz a bázis kialakítása, másrészt a különleges gyógyszerekre az intézmény 1048 súlyszámot kapott kompenzációként, holott ezek ára intézményi szinten 280 millió Ft körül van, harmadrészt pedig, hogy az időközben az ígéretnek megfelelően kapott korrekciók mértékét is kevesellték. Amennyiben nem sikerül ezekben a kérdésekben megegyezésre jutni, akkor a betegek ellátására kell a jövőben kijelölni másik intézményt, mert tartósan havi 50-60 millió forint éves szinten elég nagy összeg, amit huzamosabb ideig nem tudnak kompenzálni. Dr. Pikó Béla szerint elsősorban azért is gondolták, hogy ezen a fórumon szükséges erről beszélni, mert érdeklődésükre az OEP-től rendszeresen azt a választ kapták, hogy ők a Szakmai Kollégium által javasolt súlyszámokhoz ragaszkodtak, jöllehet illet a szakmai grémium nem javasolt és a javaslat nem erről szólt. Azért fordult a MOCE tagjaihoz, hogy egy intézményen belül fennálló aritmetikai hibáról van szó, vagy pedig egy olyan szisztematikus hibáról, amelyik minden onkológiai centrumnál csak a bővítést veszi alapul, tehát azt nem hozzáadja, hanem a teljes volumennek tekinti, mert ebben az esetben viszont az egész onkológiai struktúraátalakítással vannak nagyon komoly ba-

jok. A MOCE megkeresésére érkezett válaszok alapján elmondta, hogy Pécsen az intézményi össz volumenbe belefeérnek, Szentesen az onkológia túllépte, de ezt az intézeti összsúlyszám kompenzálta, Kecskeméten kb. a tavalyelőttivel és a tavalyival kalkulálva ugyanannyi a kifizetetlen súlyszámoknak a nagyságrendje, tehát itt a változásokat a korrekció többé-kevésbé követte. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy a kollégiumnak ebben szerepe nem volt, amit a válaszlevélben nyilvánvalóvá is tett.

Ezt követően a Dr. Mayer Árpád, Dr. Faluhelyi Zsolt, Dr. Erfán József, Dr. Pintér Tamás és Dr. Ruzsa Ágnes röviden ismertette az Onkológiai Centrumokban kialakult helyzetet, illetve a managementek által hozott korlátozó intézkedéseket. Dr. Thurzó László szintén ismertette a Szegedi Egyetemen kialakult helyzetet és elmondta, hogy a jövőben ennek megoldására két lehetőséget látnak, az egyik a betegek felvételének a megtiltása, a másik pedig, hogy rendeljék el, hogy szakmailag kerüljenek megszüntetésre azok a kezelések, amelyek egyes HBCs-k felettiek. Példaként említette, hogy ha a FOLFOX protokollt beveszik a HBCs-finanszírozásba, ez változatlan ellátott betegszám mellett havi 130 plusz HBCs-hiányt jelent az Egyetemnek, és ez az onkológia összeomlását fogja jelenteni, szakmailag is, etikailag is, mindenhogyan. Dr. Szilágyi István az elhangzottakhoz kiegészítésként elmondta, hogy a 2005-ben felhasznált különkeres gyógyszerek HBCs-súlyszámában kifejezhető értékének a szétosztása két menetben történt. A különkeres gyógyszerek értékét az OEP mintegy 5,7 milliárd forintban számolta, ami kb. 40 ezer súlyszámnak felelt meg az akkori súlyszám értékek mellett. Ebből 37 ezer súlyszámot az OEP januárban szétosztott és a tartalékkolt 10%-ra, mintegy 3700 súlyszám elosztására tettünk javaslatot, a 2005-2006-os évek első 5 havi teljesítményeiben bekövetkezett változások összehasonlításával, illetve annak arányában. A javaslatban szerepel valamennyi, a daganatos betegellátásban részt vevő intézmény, azok is, amelyek a kemoterápiákat csak 2005-ben végezték, de 2006-ban már nem, ezért az így „megtakarított” tekinthető súlyszámok szétosztására, illetve átcsoportosítására is vonatkozott a javaslat. A gyulai kórháznál az első 5 hónap alapján keletkezett egy 313-as súlyszám-többlet. Ez az 5 hónapos súlyszámnövekedés havonkénti lebontásban kb. 60 súlyszám. Ezt figyelembe véve tettünk javaslatot arra, hogy a különkeres gyógyszerérték maradékából, illetve az átcsoportosítható HBCs-kból mennyi jusson – a teljesítménynövekedés arányában – a gyulai kórházra. A számításokat és a táblázatait, valamint a javaslatokat azonban valamennyi szakmai kollégiumi tagnak rendelkezésére bocsátottuk.

Kiss Zsolt (OEP) véleménye szerint az Onkológiai Szakmai Kollégium és az OEP között jó kapcsolat van, és erre jó példa volt, amikor az ÁSZ felkérésére elkezdtek a különkeres készítmények beépítését a HBCs-finanszírozásba és aztán egy kompromisszumos eredménnyel megszületett az az új finanszírozási rendszer, amely különösképpen a különkeres készítményekre vonatkozik.

Ezt a változást akkor felhasználták arra is, hogy a szakmai protolloknak megfelelő finanszírozási protollokat alkalmazzanak az elszámolásban. A lényeges része az egész modellnek a 2005-ben felhasznált különkeres onkológiai készítmények értékének HBCs-be illesztése volt. Ezt tudták átcsoportosítani a különkeres kasszából az onkológia finanszírozására a fekvőbeteg-előirányzatba, ami kb. 50 ezer súlyszám volt. Ezzel kapcsolatosan nem is tudja, hogyan hangozhatott el olyan, hogy ennek az 50 ezer súlyszámnak a beépítése a Szakmai Kollégium javaslata alapján történt. Még az OEP sem tudott összehasonlító bázist képezni arra, hogy egyértelmű, egzakt megfeleltetést csináljanak minden egyes intézményre vonatkozóan. Nem tudták azt sem megoldani, hogy a 2005-ös adatok alapján felépítsék a 2006-os volumenkorlátokat. Ezért a kollégiumot sem kérhették erre. Egyetlen racionális bázis az onkológiai készítmények tényleges felhasználása volt, ezt vették alapul. Ami miatt viszont kérték a Szakmai Kollégium segítségét, az az volt, hogy 2005 decemberétől lépett be az az új miniszteri rendelkezés, hogy meghatározott onkológiai centrumokból fogadhatnak csak elszámolást. Ami azt jelentette, hogy a betegutak törvény szerint változtak, és az így kialakult betegutak követése alapján a Kollégium 2006 májusa-júniusa környékére tudott egy olyan javaslatot összeállítani, hogy a kemoterápiát már nem végző intézményektől elvonható 3760 súlyszám hogyan legyen elosztva a kemoterápiát továbbra is végző onkológiai centrumok között. A lényege a dolognak, hogy az elosztásra került kb. 50 ezer súlyszámból kvázi 3760 súlyszámnnyi mennyiség, ami a Szakmai Kollégium javaslata alapján lett elosztva. Azt, hogy milyen elven tudtak teljesítmény-volumenkorlátot megállapítani, a költségvetési törvény és a finanszírozási rendeletek határozzák meg. Az tavalyi év közben látszott, hogy nem tudja kezelni a rendszer az időközbeni változásokat, amelyek részben-összességében növekményként jelentek meg országosan, illetve amelyek részben a managementben végzett szakmai átalakulás hatására történtek, és ennek a kiosztott súlyszámnak nem mindenhol történt meg a megfelelő felhasználása, így nem tudták az átcsoportosításokat elvégezni. Lehetőség egyszer volt, amikor augusztusban készült a Miniszter úr részére egy javaslat a TVK-maradványok átcsoportosításra, éppen a keletkezett onkológiai feszültségek enyhítése céljából. Akkor a Miniszter úr azért nem tudott erre pozitív válasz adni, mert a költségvetési törvény szintje már olyan volt, hogy látszott az, hogy az eredeti, tervezett előirányzathoz képest jelentős túllépést fognak produkálni. Miniszter úr egyet tudott azonban biztosítani, hogy a Kormány elé terjesztett egy olyan javaslatot, hogy többlet HBCs-t nem, de egy kiegészítő finanszírozást biztosított átmeneti időszakokra vonatkozóan, ez havi 1 milliárd forint volt, aminek az elosztási alapja jelentős részben az onkológiai felhasználás volt. Ezt azért szeretné nagyon hangsúlyozni, mert különösen nagy a felelőssége az intézmény managementjének, hogy az ott biztosított plusz pénzt mennyiben engedte át az onkológiai felhasználásra. Tu-

dott, hogy a TVK-ban óriás problémák vannak, és ennek a kompenzálására döntött úgy Miniszter úr a minap, hogy ezt a kiegészítő díjazást folytatni kívánja a következőkben is. Ki kell emelni azonban, hogy ez egy kiegészítő fix pénz, nincs megpántlikázva. A jövőben azonban van egy olyan elképzelés, hogy meg kell pántlikázni bizonyos tevékenységeket. El kell mondani, hogy soha nem volt levéve a napirendről az, hogy az onkológiában a jelenlegi, merev finanszírozási rendszer nem képes a változásokat követni, de tettek jónéhány olyan javaslatot, amely megpróbál ennek a folyamatnak utánamenni. Javasoltak egy olyan változást, hogy legyen lehetőségük ezeket a mozgásokat szakmailag egyeztetve rendezni, illetve él az a javaslat, hogy ezeket a Miniszter úr a kiegészítő díjjal fogja kezelni. Ebben az évben jutottak el oda, hogy megnézhették azt, hogy a 2006-os és 2005-ös teljesítmény közötti különbség hol jelent akkora feszültséget, hogy valamilyen többlet TVK-val kellene kezelni, és arra kaptak most egy olyan felhatalmazást, hogy adhatnak rá többlet TVK-t. Ennek az értéke most egy három hónapos időszakra 800 millió forint, és ez célzottan onkológiára lesz felhasználható. Dr. Szűcs Miklós javasolta, hogy a gyulai kórház és az OEP képviselői vonuljanak félre és tisztázzák a konkrét számokat. Az onkológiai problémákkal kapcsolatban a választ részben megkapta a Kollégium, de megnyugtató az lenne, ha az onkológiai súlyszámokat vagy TVK-t gyakorlatilag az OEP úgy biztosítaná az intézmények részére, hogy azt az intézmény vezetése ne tudja másra felhasználni, átcsoportosítani. Dr. Marschalkó Izabella elmondta, hogy a gyógyszerrendeléssel és az 53/2006-os rendelettel kapcsolatosan elhangzottakat mindenképpen tolmácsolni fogja a szakfőosztály felé, illetve az ehhez kapcsolódó kérést, hogy szervezzon a Minisztérium az eü. 100 ponton egy szakmaközi megbeszélést. Ezenkívül megerősítette a Kiss Zsolt főosztályvezető úr által elmondottakat, hogy az onkológiai területet messzemenően prioritásként kezeli az egészségügyi ágazat vezetése, még ha ez nem is mindig így látszik. Tudják, hogy sok nehézség van, de nagyon várják a 9-es jogszabály módosítását, amit már a múlt évben szerették volna, ha megjelenik. Ebben szerepeltek volna a radiokemoterápiás HBCs-k, új protokollok és még nagyon sok minden. Ezen kívül szintén szerették volna egyeztetés után az osztályra bontott kompetencialistát is megjelentetni, csak közben egyéb tényezők bizonyos változtatásokat is fognak hozni. Az anyagi nehézségek mindenki előtt ismertek, de meg kellett találni a háttérét azoknak az új gyógyszereknek (Alimta és társai), amik nagyon jelentős költséggel járnak. Ezt csak úgy tudták megoldani, hogy ha bizonyos egyéb területeken és egyéb szakmák területéről átcsoportosítás történik, ebben az OEP-nek nagyon sok munkája volt. Dr. Kopper László az elhangzottakkal kapcsolatosan rámutatott, hogy a patológiai diagnosztikából rettenetesen nagy költségkivonás történt az elmúlt évben, úgy is, mint azon a területen, amelyik az elkövetkezendő években uralni fogja a terápiát. Diagnosztikai várólisták kezdenek megjelenni, sőt diagnosztikát kell visszautasítani.

Ha nem történik változás, akkor az onkológiai betegellátás tragikus helyzetbe kerül. Az OEP felé azal a kéréssel fordult, hogy legyen alkalom, legalább az év elején a kérdésnek a megtárgyalására.

Tájékoztató az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának 2006. december 13-i üléséről. Dr. Kásler Miklós elmondta, hogy az országgyűlés, mint 1 évvel ezelőtt, tárgyalta az onkológia helyzetét. A meghallgatásról szóló jegyzőkönyv teljes szövegét mindenki megkapta. Dr. Iglódi Ferenc két dologgal kapcsolatosan reflektált. Az egyik a szűrés problémája. Már 2000-ben és a mostani jelentésben is leírta, hogy a szűrés onkológiai feladat, ezért mindenképpen javasolta, hogy az onkológia ismételten szerezze vissza szűrésekben elfoglalt helyét. A másik a gondozás. 2000-ben az Onkológiai Intézetben fogadták a Német-Bajor Rákregiszter küldöttségét, és tárgyalásokon elmondták, hogy az ott működtetett rákregiszterben szerepel a gondozás. Név szerint, hogy kik azok az orvosok, akik alkalmasak a gondozásra, és minden rákregiszterbe beérkező betegnél mellékelni kell az első ellátást végző intézet helyét, és a gondozás helyét, de ha az onkológiai központ nem akarja gondozni a beteget, mert az túl messze van, akkor jelölje meg a gondozó orvosnak a nevét. 2001-ben már javaslatot tett arra, hogy a Nemzeti Rákregisztert akár törvénymódosítással, de alkalmassá kellene tenni arra, hogy az onkológiát szolgálja, és kerüljön rögzítésre az első ellátó intézetnek a pontos címe, neve, és a gondozást végző pontos neve és elérhetősége. Ezt követően jönne, hogy a Nemzeti Rákregiszter rendszeresen megküldi a lakóhely szerinti illetékes megyei és fővárosi szakfelügyelőknek az onkológiai tevékenység szervezésének, tervezésének, működésének értékelése szempontjából az adatokat, de ezt nem teljesítette. Tavaly kérte az adatokat, meg is kapta, de az idén nem kapta meg. Dr. Kásler Miklós az elhangzottakra válaszolva elmondta, hogy mindenki, aki felhatalmazott, megkapta a Nemzeti Rákregisztertől azokat az adatokat, amit a törvény lehetővé tesz. A Nemzeti Rákregiszter azokat a paramétereket gyűjti, amelyek a törvényben benne vannak. Azt lehet javasolni, hogy a törvényt módosítsák, de nagyon sok paramétert kéne javasolni és a törvény ereje által kötelezővé tenni, de jelen pillanatban nem ez a helyzet. Ezen kívül a Nemzeti Rákregiszternek van egy Felügyelő Bizottsága és az ő értékelésük szerint a magyar Nemzeti Rákregiszter Európában az egyik legjobb. Ezzel kapcsolatban is nagyon sok félreértés van, többek között a Parlament Egészségügyi Bizottságában is elhangzott. Az a konfabulálás, hogy még ezt meg azt kéne gyűjteni, nem megy, a Nemzeti Rákregiszter azt gyűjti, amire a törvény kötelezi. Egyébként a javaslat bent van a törvényhozónál, hogy hogyan kellene változtatni. Erre akkor kerül sor, ha a Parlament a törvényt megváltoztatja.

Dr. Láng István (OOI): emlő- és CRC szakmai irányelvek jóváhagyása. Dr. Kásler Miklós a szétküldött anyaggal kapcsolatban kérdezte, hogy észrevételt, kiegészítést kíván-e valaki hozzátenni? Az anyaggal kapcsolatban észrevétel, kiegészítés nem történt.

Az onkológiai rehabilitáció szakmai minimumfel-tételei. Dr. Kásler Miklós elmondta, hogy mindenki rehabilitációt akar csinálni, és ezt úgy képzeli el, hogy az egész onkológiai rehabilitáció központjának az Országos Rehabilitációs Intézetet gondolták deklarálni. Ezért nagyon lényeges dolog, hogy az onkológia letegye az onkológiai rehabilitáció tartalmát, amelyre a most szétküldött anyag szerinte tartalmilag megfelel. Dr. Ésik Olga észrevételezte, hogy a sugárkezelés mellékhatásai címszó alatt egy 40 évvel ezelőtti anyag szerepel, amelyben a dózisok sem stimmelnek. Egyben javasolta ennek helyére beírni a common toxicity criteria 3.0 változatát. Dr. Kásler Miklós Ésik professzor asszony felvetésére javasolta, hogy a Kollégium kérje fel a Sugárterápiás Társaságot, hogy ezt a részt még egyszer nézzék át, és véleményük kerüljön az anyagba beillesztésre. További észrevétel, kiegészítés nem történt.

Tájékoztató az onkológiai kórházi kapacitások helyzetének országos, regionális és megyei alakulásáról a struktúraátalakítás során. Kollégiumi állásfoglalás véglegesítése az Egészségügyi Miniszter 2006. december 15-i levelében kért véleményezéshez. Dr. Kásler Miklós elmondta, hogy az elkészült anyagban a döntést hozók számára az került leírásra, hogy a daganatos betegeket nem kizárólag a klinikai onkológiai osztályok ágyain látták el, hanem sebészetben, nőgyógyászatban, stb. Most, hogy megváltoznak a volumenek, az ágyszámok, a kórházi struktúrában szereplő onkológiai ágyszámok nem fejezik ki a daganatos betegek ellátásának igényét, és ezzel kéne a döntéshozókat szembesíteni. Külön tekintettel arra, hogy a legtöbb Szakmai Kollégium kvalifikálta is a saját osztályait, pl. a sebészet, arra vonatkozóan, hogy melyik alkalmas daganatos betegek ellátására. A keretek majdnem ad maximum meghatározottak, ennek ellenére mindenféleképpen a megjegyzést tegyék le, hogy tudjanak a döntéshozók is hozzájárulni. Ezt követően Dr. Faluhelyi Zsolt, Dr. Thurzó László, Dr. Gyórfy Károly, Dr. Rosta András és Dr. Pintér Tamás, mint regionális szakfelügyelők rövid tájékoztatást adtak a területükön kialakult helyzetről. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy Marázi kolléga írásban küldte el tájékoztatását, amelyet mindenkireh eljuttattunk. Dr. Iglódi Ferenc elmondta, hogy az önkormányzati kórházakkal, a reformmal kapcsolatosan eljuttatta véleményét a RET soros elnökének, Szolnoki Andreának, de javaslatát megküldte Dr. Havas Szófiának és az egész Regionális Tanácsnak, amely teljesen más, mint amit a Miniszter úr és a minisztérium kiadott. Szerinte a reform egy formának a revideálása, tehát gyakorlatilag egy új formát kell alkotni mennyiségileg, úgy, hogy minőségi változás ne következzen be. A javaslatában egyetértett Rosta főorvos úrral és az országos szakfelügyelő főorvos asszonnyal. Elmondta, hogy Budapesten 1,68 millió, Pest megyében 1,21 millió lakos van. Javaslatában szerepelt, hogy a BM, a MÁV, az OGYK és a HM kórházainak egyesítéséből felszabaduló onkológiai ágyak a Szt. László és a Szt. István Kórházak egyesítésével kialakuló Közép-Pesti Onkológiai Centrumba kerüljenek átcsoportosításra. Ezen kívül szerepelt még

javaslat az Uzsoki és a SE onkológiai fejlesztésére. Rámutatott, hogy míg Budapesten 45 onkológiai munkahelyen folyik ellátás, addig Pest megyében kettő helyen, ezért a 96%-4%-os aktív arányt Pest megyében 8%-ra akarják felfejleszteni. Ehhez 62 új aktív ágyat kértek az eddigiek megtartása mellett. Nevezetesen a súlyponti kórházak esetében a kistarcsai Flór Ferenc Kórházban 15 új aktív ágyat, illetve Vácon, a Jávorszky Ödön Kórházban új 15 ágyas onkológiai osztály kialakítását. A nem súlyponti törökbálinti intézetben a pulmonológiai kontingensen a meglévő 4 onko-pulmonológiai ágy mellé 11 ágyat javasolt, és így 15 ágyas osztály jönne létre. Ezen kívül a ceglédi kórházban 15 onkológiai ágyat terveztek, ugyanis ide tartozik pl. a nagykatái körzet 100 ezer lakosa, ami Kecskemétől 100 km-re és három órányi megközelítésre van. Végezetül a Szt. Rókus Kórház Rendelőintézetében egy közép-magyarországi regionális járóbeteg prevenció, gondozási, rehabilitációs központot szeretnének kialakítani, amelynek része lenne a Pest megyei Onkológiai Gondozó. A közreműködést a SE-nek is felajánlották, és ehhez társulna a nyolcadik kerület, amelynek a gondozóját megszüntetik, eladják és a VIII. kerület 100-120 ezer lakosa is csatlakozna ehhez. Ennek megvan az anyagi forrása, mert van egy alapítvány, a Pest Megyei Rákos Betegek Alapítványa, amelynek az elnöke Dr. Eckhardt Sándor.

Dr. Szilágyi István elmondta, hogy a finanszírozás vizsgálata közben volt alkalom betekinteni abba, hogy egyes osztályok, az engedélyezett ágyszámától függetlenül, milyen tevékenységre használják fel az ágyaikat. Így lehetett megállapítani azt, hogy bizony kemoterápiás beavatkozás miatt nem csak a klinikai onkológiai vagy onkoradiológiai osztályokon folyik ágy igénybevétele, hanem valamennyi szakterületen. Azonban, ha a jövőben a finanszírozási korlátozások a területi korlátozásokban is megjelennek, akkor ezek az osztályok ezeket az ellátásokat a továbbiakban nem fogják végezni, azaz az onkológia-onkoradiológia ágyszámra fog esni az egész ellátás. De ez előtt egy belső átrendezésre lenne szükség, hogy meg is legyen ehhez a kellő kapacitásunk. Ehhez tisztázni kell, hogy mennyi ágyra lenne szükség. Ezért a Kollégium által többszörösen jóváhagyott szakmai normatív ágyszámokkal felszorozásra kerültek az ellátási területek lakosságsszámai, és így országosan és területenként is kiszámítható a szükséges ágyigény, amit a soron következő RET egyezkedések során arra lehetne felhasználni, hogy mennyi is legyen a többi szakterületről átcsoportosítható ágyszám. A további táblázatokban jelölésre kerültek még a műtéti, az onkológiai/onkoradiológiai, a diagnosztikai és rehabilitációs-palliációs kapacitás igények is. A jelenlegi összesen 7600 ágyból mindössze 2400 szolgálja a krónikus ellátást. A javaslatban összesen 9200 ágy szerepel, de ebben az aktív ágyakra jutó szám 300-zal kevesebb, viszont a krónikus ellátásra közel 3000-rel több a jelenleg felhasználnál. Bodoky tanár úr kérésére megnéztük, hogy mekkora az ellátatlanság. Sajnos az látható, hogy 40% körül van majdnem minden lokalizációban és majdnem minden területen, ami a műtéti

ellátások során egy kicsit tűrhetőbb, de a kemoterápiás és sugárterápiás ellátásoknál egyenesen tragikusnak néz ki. A jelenlévők a struktúraátalakítással kapcsolatban készített anyagot és annak döntéshozók felé történő továbbítását 1 tartózkodással elfogadták.

Dr. Rahóty Pál maximálisan egyetértve, támogatva a javaslatot, elmondta, hogy az ágyakat, amiket nekünk majd az OEP ennek megfelelően finanszírozni fog, ha lehet, a meglévő intézetek számára finanszírozza, és ne az épülő magánkórházakat lássa el lehetőségekkel. Dr. Kásler Miklós az országos szakfelügyelő asszonytól kérdezte, hogy a szakfelügyelet jogositványai közé tartozik-e a RET-ek felé történő javaslattevés? Mert ezt a kompetenciát a Programtanácsnak, illetve a Kollégiumnak tartja fenn a Nemzeti Rákellenes Program. Nincs arról szó, hogy a szakfelügyelet vagy egy szakfelügyelő teljes regionális struktúrára javaslatot tegyen egy személyben. Az a javaslat, amit Iglódi főorvos úr letett, nagyon sok vonatkozásban nem egyezik azokkal a szempontokkal és elvekkel, amikről egész eddig beszélt a Kollégium, és amit megfogalmaz a Kormány programként a Nemzeti Rákellenes Programban. Rámutatott arra, hogy ilyen diszcrepanciákat nem lenne szerencsés, különösen ebben a helyzetben, megemlíteni. Dr. Dank Magdolna válaszában elmondta, hogy igen, van a szakfelügyeletnek ilyen jogositványa, és érkezett is felkérés erre vonatkozóan. Majd a Nemzeti Rákellenes Programban 2006-ban esedékes feladatok közül felolvasta a 2006. szeptember 30-i határidejűt, ami így szól: „Kerüljenek meghatározásra a megyei szintű és regionális onkológiai Központok kijelölésének a feltételei, az ellátók előminősítése kerüljön nyilvánosságra.” A másik, amit kiemelt a Nemzeti Rákellenes Programból, a 2006. december 31-i dátum: „Kerüljön kialakításra hozzáférési esélyegyenlőséget biztosító megyei és onkológiai regionális központok rendszere. Felül kell vizsgálnia a Megyei Központok beutalási rendjét és a területi ellátási köztelezettséget.” A korábban már említett válaszlevélben leírtuk, így az OSzMK működését szabályozó pontok ismertté váltak, és az OSzMK is nagyon határozottan amellett van, hogy szakmailag szoros együttműködésben a Kollégiummal, csak a megfelelő szabályzati utakat betartva működjön. Iglódi főorvos javaslata egyéni javaslat, írásos egyeztetése a szakfelügyeleten belül nem történt meg. Minden javaslatnak egyeztetett javaslatként kell végigmenni. Ez mindenképpen egy együttműködési munka, amiben személyes javaslatok megjelenítésre csak azzal a megjegyzéssel kerülhetnek, hogy az személyes javaslat. Felhívta a figyelmet arra, hogy a Közép-Magyarországi Régióban a pulmo-onkológiánál kell arra odafigyelni, hogy 12-es kód nélküli ellátók, mint amilyen a Korányi és a törökbálinti kórház, nem kaptak onkológiai ágyat. Itt tett a szakfelügyelet egy olyan javaslatot, hogy a tüdőgyógyászaton belül kerüljenek elkülönítésre, hogy ne kerüljünk megint újabb konfliktushelyzetbe a tüdőgyógyászokkal. Dr. Kásler Miklós az idézett határidőkre visszatérve elmondta, hogy mindazok a tárgyalások lezajlottak, amelyek a magyar onkológiá-

nak a vázát jelentik. Ez a megyei centrumok esetében nyilvánvaló és a regionális centrumokon belül is minden lényeges megtörtént. Az akkreditáció elkezdődik, de a határidő nem lesz tartható. Egyébként 2008. december 31-e az akkreditáció lebonyolításának a határideje. Azt már lehet tudni, hogy az európai akkreditáció 5000 \$ lesz darabonként.

Dr. Hideghéty Katalin és Dr. Horváth Ákos jelezte, hogy aktív ágyról elszámolható sugárterápia, krónikusról nem. Ha utánaszámolunk, a betegek nagy része átlag 80 km-ről jár be, 33 megjelenés átlagban sugárterápián, 1 km-re 60-80 Ft-ot fizet az OEP a betegszállítónak, az 360 eFt. Ennek az összegnek a negyedéből lehetne krónikus ágyról kezelni aktív sugárterápiával a betegeket. Dr. Pikó Béla az elhangzottak kiegészítésére elmondta, hogy 2-3-szor drágább a szállítás, mint egy krónikus ágy, és jelezte, hogy januártól teljesítmény-volumenkorlát lépett hatályba a betegszállításra. Dr. Szilágyi István jelezte, hogy szólni kell még a két-féle kúraszerűen végezhető ellátásról, amelyek ágyszámigénye, így költsége is jóval kisebb. A legtöbb társ-szakmában, ahol kemoterápiát végeztek, gyakorlatilag ismeretlen a kúraszerűen végzett kemoterápia, részben azért, mert magát a kezelést is az ágyszámkihasználtság javítása érdekében végzik, ugyanakkor a sugárterápiában elég nagy a különbség az OEP által szerződött ágyak száma és a szükséges között. Nincs tisztázva az sem, amit Horváth tanár úr javasolt, hogy a sugárterápia mellett mekkora legyen az aktív kórházi kezelés igényeit kielégítő ágyak aránya, és mennyi legyen, aminek csak hotel-funkciókat kell tudni kielégíteni. Az viszont nem lenne jó, ha ez tisztán krónikus ágy lenne, mert az így végzett sugárterápia is aktív terápia, az egy napos vagy rövid idejű ellátásokhoz hasonlóan, a teljes kórházi felszereltség igénybe vétele nélkül, és ennek tükröződnie kell a finanszírozásban. Kiss Zsolt az elhangzott felvetésekkel, pl. a sugárterápiával a kapcsolódó költségek racionalizálása érdekében javaslatot szívesen látna, amit tovább lehetne vinni a Kódkarbantartó Bizottság elé. Akár közvetlenül a Kódkarbantartó Bizottság elé terjesztetni a javaslatot is. Dr. Marschalkó Izabella szintén kérte, hogy az elhangzott és a szállítás kiváltására a krónikus ágyon való kezeléssel kapcsolatosan készüljön egy javaslat, mert a HBCs-ben tulajdonképpen benne van. Érti a problémát és teljesen igaz, hogy erre megoldást kellene találni. Dr. Nagy Júlia szerint a RET-en belül 10%-os átcsoportosításra van lehetőség, ha kezdeményeznek ilyet.

Dr. Becsei László elmondta, hogy az OEP képviselőivel történt tárgyalás során tisztázódott az adatok eredete, úgy tűnik, hogy rendeződni fog a dolog. Nyilvánvalóan a finanszírozás mennyiségei, amik általában jellemzőek, érinteni fogják az onkológiát, amivel tisztában vannak, mint ahogy azzal is, hogy ez valamilyen megoldást majd igényelni fog, de alapvetően a félreértések tisztázódhatnak. Végezetül megköszönte a lehetőséget.

Egyes gyógyszerkészítmények (Herceptin, Eloxatin) rendelkezéséről szóló szabályozás. Dr. Pikó Béla elmondta, hogy a FOLFOX, ezen belül az Eloxatin

tin változatlanul az egyedi méltányossági keretből finanszírozott, annak ellenére, hogy mint jelenthető kemoterápiás entitás megjelent. Azonban minden egyedi méltányossági kérelemhez a kérő orvos aláírja azt a reverzálíst, hogy ambulanter, járóbeteg-szakellátás keretében adja az Eloxatint, ezért ne jelentse fekvő kódon, mert akkor a két dolog egymással gyökeresen ellentétben áll. Dr. Nagy Júlia elmondta, hogy az a nagyon fura helyzet alakult ki, hogy van egy érvényes befogadási határozat 2007. január 1-től az Eloxatinra is, de a PM nemet mondott. Ilyen még nem volt. Kiss Zsolt szerint az OEP és a minisztérium február 1-ig szeretné hatályosan megjelentetni, reméli, hogy most áttengedik. A TVK-növekményt majd akkor lehet érvényesíteni, amikor bekerül a HBCs-finanszírozásba, de akkortól viszont alkalmazni is kell. Dr. Dank Magdolna szerint a problémával foglalkozni kell, mert ez 120-140-160, a Szt. László Kórházban már 200-240-es HBCs-emelkedéssel is jár. Az adatok megvannak. Ezen kívül a pótfinanszírozott protokollokról is érdemes lenne beszélni, mert van, amikor kis gyógyszerköltség mellett a TVK vonz indokolatlanul nagy összeget. Áttérve a Herceptinre elmondta, hogy jól látható, hogy ugyanezt a problémát fogja generálni. A fél éves metasztatikus Herceptin-fogyási adatok és az adjuváns taxánkezelések adatai is megvannak. Ezekből hozzávetőlegesen kalkulálni lehet az ismert HER-2-overexpressziós amplifikáció arány beszámításával, hogy kb. hány Herceptines beteg várható. Tehát, ha az adjuváns trastuzumab kezelés bevonul a HBCs-be, az további HBCs-emelést fog generálni. Rendelkezésére bocsátották az ESKI véleményét, amelyet átnézve rámutatott, hogy az ESKI 25-30%-os Herceptin-pozitivitással számol, de jó, ha 16-20% között van. Ez egy nagyon-nagyon durva torzító adat. Új betegszámot az ESKI 8500-at véleményez, mi 6500 fölé ezt semmiképpen nem tennénk. Az adjuváns kezelések adását 50%-ra vette, ami 4200-4300 beteget jelentene, ugyanakkor a mi kalkulációink szerint ez 3700-3800 között van. Megdöbbentő számbeli különbség az is, hogy az ESKI adjuváns Herceptinre alkalmaznak 1100-1500 beteget tartott, ami a mi becsléseink szerint 300-400 beteget jelent. Szintén ebben az anyagban található, ami nyilvánvalóan a költségvetés tervezőinek a lelkét megborzolta, hogy 11-14 milliárd forinttal számolt az ESKI. Ettől a Gyógyszerterápiás Szakcsoport és a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium maximálisan elhatárolja magát. Ez a költség 2,7-3,6 milliárd Ft közé tehető. Annak idején, mikor a Kollégium a véleményét kialakította, elemzésre kerültek a törzskönyv és a meglévő guideline-ok, amelyek figyelembevételével egy nagyon gondos szakmai kollégiumi állásfoglalás van adjuváns Herceptin terápiáról. Kérjük, hogy ezt semmiképpen se csapják össze az ESKI véleménnyel. Nem tudni, hogy az ESKI minek alapján dolgozott, teljesen fals eredményeket adott ki. Dr. Pikó Béla szintén utalt a Kollégium által elfogadott anyagra, amelyben max. 500 beteg került prognosztizálásra, és így utólag átnézve az egészet, 65 és 90 élet megmentését tudtuk előrevetíteni, mintegy 3-3,5 milliárd fo-

rint költséggel. Elmondható, hogy ez egy kifejezetten költséghatékony kezelési forma. Dr. Kopper László utalt a Clinical Oncology ez évi első számában megjelent 25 oldalas tanulmányra, az Amerikai Patológus Társaság és az ASCO-nak a közös állásfoglalására a HER2-meghatározásról. Kiderült, hogy Amerikában a meghatározások 20%-a téves. Ezért is hangsúlyozni kell, hogy a diagnosztikának egyre nagyobb jelentősége van ezeknek a terápiás kérdéseknek a szakszerű megválaszolásában, engedélyezésében és nemegyszer a rezisztencia meghatározásában, amikor nem érdemes tovább adni ezeket a rendkívül drága szereket. Nagyon fontos, hogy legyen alkalom ezekről a kérdésekről tárgyalni, mert az elkövetkezendőket illetően ezek rendkívül megnehezíthetik a terápiával kapcsolatos döntéshozatalt, és nagyon-nagyon drágák lesznek a terápiák, ha ezt a rendkívül olcsó dolgot nem engedi meg az OEP. A jelenlévők a Gyógyszerterápiás és Finanszírozási Szakcsoportok Herceptinnel kapcsolatos korábbi véleményét megerősítették és az ahhoz kapcsolódó kiegészítéseket egyhangúlag elfogadták.

Dr. Torgyik László szerint egyrészt az okozza a túlfinszírozást, hogy a per os szedhető gyógyszereket az osztályra számolták, ami nem életszerű. Megoldás lehetne, hogy a protokoll érintetlenül hagyása mellett egy technikai időtartamot kellene bevezetni, mint egy elszámolási protokoll időtartamot, ezzel csökkenthetővé válna a HBCs tartama a protokollnak, és nekünk is jó lenne, mert akkor nem visz el annyi TVK-t. Ezen kívül bemutatta, hogy a CAPE mono protokoll az F csoporttal bővült a protokollok kézikönyvében, de a HBCs könyvben továbbra is csak M-hez van sorolva, és eü. pontban írható, illetve a protokollban van egy hiba, hogy csak docetaxel utáni progresszió esetén javasolja, holott a törzskönyv sikertelen taxánkezelés után ajánlja. A FOLFOX-4 és CAPOX protokolloknál a harmadik fődiagnózis alatt a metasztázisok vannak felsorolva, mint újdonság az eddig megjelent protokollokhoz képest, és a besoroló tábla továbbra is az F csoportba sorolja. Azonban ha a protokoll alapján történik a kódolás, és nem veszi figyelembe ezt a változást majd a finanszírozó, akkor ez hibalistát fog generálni. Dr. Nagy Júlia szerint a per os szedhető gyógyszerek finanszírozásával már az OEP is foglalkozott, és a javaslatuk lényege az, hogy az adatlapon az otthon és a per os szedhető gyógyszerek is jelezhetők egyértelműen, emellett a kontroll napja, amikor kiadásra kerül a gyógyszer, mint kezelési nap fog megjelenni. Szeretnék ezeket így végignézni protokollonként és a javításokat ennek megfelelően elvégezni. Eddig úgy működött az ápolási napok figyelembevétele, hogy durván az eseményeknek az egyharmada kúraszerű, a többi meg rendes fekvő, és ennek arányában volt rátéve az ápolási nap arányos költséggrésze. A CAPE protokollnál abban a helyzetben vagyunk, hogy nincs még érvényben ez a protokoll, tehát lehet javítani, amíg nem írta alá a PM sem.

Dr. Bodoky György elmondta, hogy a Szt. László Kórházban az elmúlt 4 hónapban 380 millió forint hiány keletkezett az onkológia kapcsán,

azonban megkapta Székely főigazgató-helyettes úrtól a kimutatást a többletkapacitásoknak a kiosztásáról és fel nem használásáról. A konkrét kérdése az, hogy miután a kórház jelenlegi főigazgatója hezitál, hogy egyáltalán folytassák-e ezt a korszerű terápiás eljárást, viheti-e neki az üzenetet, hogy megkapják a pénzünket, vagy sem, és ha igen, az visszamenőleges lesz-e? Kiegészítve azzal, hogy az említett kimutatáson van 8 intézmény, amelyik többet teljesített, mint amennyit kapott, és van 25 intézmény, amelyik többet kapott, mint amit teljesített. Dr. Pintér Tamás csatlakozott, mert a győri kórházban is hasonló a helyzet. Kiss Zsolt (OEP) az elhangzottakkal kapcsolatban elmondta, hogy Rapi Katalin szakállamtitkár asszonnyal egyeztetve készült egy olyan javaslat, ami alapján a Kormány rendeleti szintű szabályozásként ezeket az anomáliákat rendezni tudja. Egyszer már javasolták a Miniszter úrnak, akkor nem tudta megtenni, hogy átrendezi ezeket a volumenkorlátokat, most megint javasolják, és most van egy halvány ígéret. Dr. Thurzó László szerint olyan szabályozás kellene, ami nem azon múlik, hogy egy intézményi management hogyan gondolkodik. Legyen egyértelmű a szabályozás, és abban a pillanatban megszűnnek azok a problémák, hogy a management adja, nem adja, menyit ad, hogyan ad.

Off label kezelések. Dr. Pikó Béla szerint az off label kezeléseknek különböző okai vannak, pl. sajátos szempontok miatti figyelmen kívül hagyása, a törzskönyvezés elmaradása, és végül a korábbi törzskönyvezési eljárásoknál nem volt szükség kézziménynek ilyen pontos behatárolására, pl. performance status, előkezeltség szintjéig. Összeállításra került a forgalomban lévő gyógyszerkézzimények listája, hogy melyek rendelkeznek régi és új, a gyógyszer törvényben meghatározott elvárásokkal, valamint, hogy az egészségügyi jog szabályai szerint szakmai követelménynek tekintjük azt, hogy a szakképzések megszerzéséhez szükséges ismeretanyagnak feleljen meg, szakmailag közismert legyen és széles szakmai nyilvánosságot kapjon. A régi gyógyszereknek ezen követelményeket tartalmazó könyveit felsorolta, mind magyar, mind idegen nyelvű szakirodalommal. Végezetül ennek a gondolatmenetnek kapcsán jelezte, hogy a CAPOX protokoll nem felel meg a hatályos törzskönyvezési eljárásoknak. Javaslat, hogy a régi törzskönyvezési gyógyszereknél ne sújtsa az off label szintű ki nem fizetési korlátozás azokat a kombinációkat, amik az általánosan elfogadott tankönyvekben, kvázi a szakvizsgaanyag részét képezik. Dr. Dank Magdolna az elhangzottakat kiegészítette azzal, hogy kliniko-farmakológiai szempontból létező fogalom az evidenciaszintek. Van a historikus értékű széles körben használt, nagy tapasztalattal bíró, ide sorolandó a platina, 5FU, stb. Dr. Bodrogi István kiegészítette, hogy valamilyen evidenciaszinttel bírjon, legalább szakértői evidenciaszinten. Dr. Nagy Júlia kéri, hogy jelezze a szakma, ha véletlenül áthaladna a klinikai vizsgálaton, hogy ki lehessen terjeszteni az indikációt, amennyiben a régít szeretnék. Ha a Szakmai Kollégium összegyűjtötte és megvannak a tan-

könyvi és hasonló evidenciák, akkor a Minisztérium tud lépni az OGYI felé, hogy ezek birtokában a törzskönyvet kiterjessze. Le kell folytatni az engedélyezési eljárást, hogy a törzskönyvben megjelenjen ez a tény, csak nem kell hozzá klinikai bizonyíték. Tehát egy egyszerűsített eljárásban a törzskönyv kibővíthet, és abban a pillanatban, hogy az indikációt kiterjesztették, attól kezdődően tudjuk a finanszírozásban mi is kiterjeszteni a protokollokra. Dr. Horváth Ákos: off label kezelésnek minősül-e, ha egy bizonyos sugárterápiás beavatkozást, az extracranialis sztereotaxiás besugárzást, ami egy kidolgozott, elfogadott módszer, máshol, a beavatkozáshoz nem rendelt BNO-ban hajtják végre? Hiszen annak idején, 2001-ben, direkt úgy került megfogalmazásra, hogy a sztereotaxiás besugárzást 1 gócba, nincs, hogy mivel, gammakés vagy linac, nincs, hogy az az 1 góc hol van a fejben, ne hozzon a rendelet ilyen furcsa helyzeteket. Ezen kívül észrevételezte, hogy a Kollégium már kérte a BNO-k megújítását. Dr. Nagy Júlia: igen, off label. Elmondta azonban, hogy a befogadási folyamat éppen nem tisztázott, mert a korábbi 50/2002-es rendelet egyelőre törölt az ágyak miatt, de a többi eljárásra kellene, hogy működjön. Dr. Marschalkó Izabella szerint a sztereotaxia esetében a munkabizottságnak azért kellett még egy ideig a tárgyalását újra napirendre tűznie, mert túl bő volt a BNO kör, ezért kérték ki még egyszer az Idegsebészeti Szakmai Kollégiumi véleményt. Kéri, hogy ha a szakma fenntartja azt a BNO kört, akkor ezt még egyszer erősítse meg, és a Minisztériumhoz és az OEP-hez is juttassák el. A jelenlévők az off labellel kapcsolatos összeállítást és annak az Egészségügyi Minisztérium és az OEP felé történő továbbítását egyhangúlag támogatták.

Dr. Hideghéty Katalin: a Temodal még mindig különkeretes, továbbra is egyedi méltányossággal lehet rendelni. Meddig? Dr. Nagy Júlia válaszában elmondta, hogy a Temodalnak a befogadási határozata sincs még meg, de végre beadták most már a kérelmet. Dr. Mayer Árpád szerint szerencsétlen szituáció alakult ki, mert a gyógyszeres része a kombinált résznek befogadásra került, de az se helyesen, mert a dózisa rosszul van megadva és a hatékonyabb radiokemoterápiás rész nem. Mikor Székely főigazgató úrnak ezt felvetettük, akkor azt mondta, hogy rövid időn belül a radiokemoterápiákra visszatérünk. Az egész anyag több mint fél éve bent van az OEP-nél, többször került átnézésre, semmi reflexió nem jött se az OEP részéről, se a Minisztérium részéről. Az Avastin is három hetenként került befogadásra, holott a terápiás ajánlás két hetenként van. Dr. Nagy Júlia szerint itt van a rendelet, amiben benne van az összes radiokemoterápia, ez az, ami február 1-től remélhetőleg mégiscsak megvalósul, mert megvan az a kétmilliárd forint, ami akadálya volt az egész dolognak. A protokollokkal kapcsolatban elmondta, hogy Szilágyi főorvos úr terjeszti fel a szakma javaslatait.

A Szakmai Kollégium 2006. évről szóló éves jelentése. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy az anyag ki küldésre került, van-e hozzá kiegészítés vagy észrevétel? Nincs. A jelenlévők a 2006. évi Szakmai

Kollégium működéséről szóló jelentést egyhangúlag elfogadták.

Tájékoztató a sürgősségi ellátásról szóló szabály véleményezéséről. Tájékoztató a vizitdíjról szóló rendelet-tervezet véleményezéséről. Dr. Hideghéty Katalin észrevételezte, hogy a vizitdíjról szóló anyagból kimaradtak a nem C-s kódú sugárterápiás entitások, pl. a hypophysis-adenoma sugárkezelésére naponta visszarendelt betegek esetében, mint a szakmai irányelveknek megfelelő nem daganatos lokalizációjú kezelések. Dr. Szűcs Miklós kérte ennek pótlását.

Dr. Kopper László visszatérve a diagnosztikára elmondta, hogy az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának az anyagában kiemelt pont a patológiai diagnosztikának a fejlesztése. Javasolta, hogy ez a Kollégium és a Patológiai Szakmai Kollégium állítson fel egy csapatot, amely kidolgozza, és javaslatot tesz ennek a célnak a megvalósítására. Minél hamarabb, mert eddig a szakmai véleményeket nagyon kevésbé vagy egyáltalán nem vették figyelembe. A de facto számadatok azt mutatják, hogy a 2006-os évben a centrumként működő egyetemi intézet költségeiből kb. ¼ részt finanszíroztak. Többek között azért, mert lehetetlen, hogy labor-kódszámokon tartják nyilván, s olyan finanszírozással, hogy 1 német pont kb. 20 fillér országosan. Ez azt fogja jelenteni, hogy nincs értelme a TVK-nak a patológiai diagnosztikában, pontosan úgy, mint a boncolásnál. Hiszen, ha a klinikus nem küldi be az anyagot, akkor természetesen nem csináljuk, de ha ránk is erőltetik a TVK-t, akkor nem lesz diagnózis. Ez egy komplex kérdés, és szakmailag nagyon sok hiba van a döntéshozatalban. Ezért a finanszírozó üljön le azokkal a szakemberekkel, akik szakmailag is meg tudják ítélni, hogy melyek azok a vizsgálatok, amelyeket feltétlenül el kell végezni ahhoz, hogy egyáltalán indikálni lehessen ilyen célzott terápiát. Elhangzott, a HBCs-ben megjelenő diagnosztikai rész nagyon sok esetben kevés, holott ma már olyan komplex a diagnosztika, pl. a korszerű emlőrák-diagnosztika, amely a HBCs-ek egy jelentős részét elviszi, következésképpen ellenérdekeltség van a sebész és a patológiai diagnosztika között. A konkrét javaslat az, hogy a patológiai diagnosztikát, nyilván a megfelelő kontrollok alapján, vegyék ki a HBCs-ből. Valamikor 10 évvel ezelőtt, amikor kialakult ez az egész dolog, ez releváns lehetett, de manapság már nem az. A jelenlévők Kopper László professzor úr javaslatát, miszerint a Patológiai és a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium hozzon létre egy ad hoc bizottságot, egyhangúlag elfogadták.

Kiss Zsolt az elhangzottakkal kapcsolatban elmondta, hogy az OEP nyitott a felvetések megbeszélésére. Nyilván az is kritérium lehet és ezt igényeltük is, hogy a finanszírozási protokolljaink jövőbeli alkalmazásához nagyon nagy szükség van ezekre a dolgokra, tehát pontosan azért, mert más területen is használtuk. Ennek a diagnosztikának az időbeli megvalósulása máshol nekünk megtakarítást eredményezhet, tehát támogatott volna, hogy megfelelő módon történjen ennek az alkalmazása, és ezek épüljenek be a finanszírozá-

si protokollokba. Nem tudom, hogy mennyire terjedtek ki a szakmai kérések és a javaslatok. Dr. Marschalkó Izabella elmondta, hogy a patológiai diagnosztika revízióját és a HBCs-k diagnosztikai tartalmának átvizsgálását a finanszírozási munkabizottság a 2007-es év napirendjére tűzte, pontosan azon problémák alapján, amit most Professzor úr itt vázolt. Már megindultak azok a megbeszélések, azok a munkacsoportok, akik ezekkel foglalkoznak. A szakma véleményét nagyon várjuk. A PCR-ral kapcsolatban rossz hír, hogy a keret biztos, hogy nem annyi, mint amennyit szeretnénk, hanem egy behatárolt dolog. A jó hír viszont az, hogy ez évben az érintett szakmai kollégiumok megküldték pontokba szedve, hogy milyen vizsgálatot tartanak szükségesnek, és az OEP-pel történt átbeszélést követően még egyszer kibocsátottuk véleményezésre és Miniszter úr döntése alapján a szakma javaslata lett elfogadva, ami az előző testületi javaslatot felülírta, és legjobb tudomásom szerint ez lesz kihirdetve. Eddig Schaff professzor asszonnyal tárgyaltunk ez ügyben, de minden további véleményt köszönettel veszünk. Dr. Kopper László kiemelte, hogy a patológiai diagnosztikát összekeverik a labordiagnosztikával. Szakmailag ez teljesen tarthatatlan helyzet. Mikrobiológiai diagnosztika alatt futtatják a patológiai diagnosztikát. Itt világosan látszik, hogy hozzá nem értő ember csinálta. Nagyon szívesen segítünk.

Egyebek

Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy kiosztásra került a Fiala Sebészek és Onkológusok fórumának megrendezéséről a tájékoztató, kérte, hogy főleg a 35 év alatti kollégák ismerjék meg a programot.

A következő ülés 2007. március 23-a, Debrecen.

Dr. Bodoky György elmondta, hogy a novemberi ülésen foglalkozott a Kollégium az erythro-poetinek indikációs körével, és mély aggodalommal töltött minket el, hogy akár diagnózis, akár terápia szerint megkülönböztetéseket alkalmazzunk a felhasználhatóságnál. Azonban a gyógyszernek a felírhatósága ugyanúgy jelent meg. Dr. Nagy Júlia szerint erre a válasz az, hogy a gyártók az Epo-nál a különböző új indikációt nem mindegyikre adták még be, és addig nem lehet befogadni. Pl. a nem kissejtes tüdőrákra már beadták, egy csomó másra azonban nem. A 32/2002. ESzCsM rendelet szerint az EU-direktívának megfelelően, kötelezően minden egyes gyógyszernek, amelyet a Magyarországon az állam támogat, át kell menni egy befogadási eljárásán.

Dr. Szűcs Miklós megköszönte a vendégeknek a megjelenést és a tájékoztatást.

k.m.f.

Prof. Dr. Kásler Miklós
titkár

Dr. Szűcs Miklós
elnök

Dr. Moskovits Katalin
az emlékeztető hitelesítője