

EMLÉKEZTETŐ

a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium

2008. november 21-i üléséről

Dr. Szűcs Miklós köszöntötte az ülés résztvevőit. Kérdésfeltevést követően megállapította, hogy az előző ülés emlékeztetőjével, illetve a módosított napirenddel kapcsolatosan észrevétel nem volt. Bejelentette, hogy a Kollégium határozatképes, majd kérte a napirend elfogadását. A jelenlévők a módosított napirendet egyhangúlag elfogadták.

Dr. Molnár Márk Péter, OEP – Erbitux (cetuximab), Ratiograstim (filgastrim) készítmény véleményezése. Dr. Dank Magdolna elmondta, hogy a szétküldött anyagban részletes összefoglalás található az Erbitux farmakológiájáról, farmakokinetikájáról, annak további kiegészítését nem tartotta szükségesnek. Dr. Pikó Béla elmondta, hogy a készítmény a colorectalis carcinoma elsővonalon történő monoterápiájában is törzskönyvezve lett és pontosabban került definiálásra a kezelésre alkalmas betegcsoport, nem csak az EGFR-pozitivitás, hanem a K-ras vad típus is az alkalmazás feltétele. Kérte, hogy ha a befogadás megtörténik, készüljenek el a megfelelő finanszírozási protokollok is. Az előterjesztés a Szakmai Kollégium elvi éllel megfogalmazott véleményét tartalmazza, miszerint valamennyi – nem valamely tumoros lokalizáció kezelésére szerveződött – onkológiai centrum azonos jogosultságokkal és kötelezettségekkel rendelkezzen a betegellátásban, mert a betegellátás lehetőségeit illető minden különbségtétel elfogadhatatlan. Dr. Szentirmay Zoltán észrevételezte, hogy az előterjesztésben a „metasztatikus” megfogalmazás szerepel. Kérdésként vette fel, hogy ez hanyadik stádium, mert a nyirokcsomóáttét metastatikus, de ezt az OEP nem fogadta be, csak a szervi áttéteket. Ezért javasolta, hogy kerüljön definiálásra, hogy a TNM szerinti IV. stádium, mert a nyirokcsomóáttét TNM szerint III. stádium. Ezen kívül az EGFR-

meghatározással kapcsolatosan felvetette, hogy az immunhisztokémia bizonyos bizonytalansága miatt az EGFR-negativitás lehet technikai hiba is. Elmondta, hogy ennek a vizsgálatnak akkor volna értelme, ha meg tudnák nézni az extracelluláris domén jelenlétét, de ilyen mutációt még nem találtak 100 vastagbélrákból egyben sem. Ugyanakkor az EGFR-immunhisztokémia olyan drága, mint a K-ras-mutáció meghatározása, ezért felvetette, hogy ha a tüdőrák esetén el lehetett törölni az előírását, akkor meg kellene gondolni ebben az esetben is. Dr. Pikó Béla válaszában elmondta, hogy javasolni lehet, mint ahogy benne van az anyagban az NCCN-nek az a korábbi ajánlása is, miszerint az EGFR-meghatározásnak nincsen prediktív értéke, ezért a rutinszerű EGFR-meghatározás a cetuximab és panitumumab kezelésbe való bevonásra vagy kizárásra nem alkalmas. Ezt tartalmazza a mostani anyag, de a törzskönyvtől eltérni nem lehet. A kollégium legfeljebb azt teheti, hogy leírja, hogy onkológiai ajánlások ezt feleslegesnek tartják. Dr. Kopper László támogatta a Pikó főorvos úr által elmondottakat, de elmondta, hogy továbbra is az a kérdés, hogy kell-e nyomást gyakorolni a Minisztériumra, OEP-re, ahogy idáig. De a fő probléma az, hogy kicsi az OEP keret, pedig egyre több olyan gyógyszer jelenik meg, amelynek a törzskönyvében benne van a molekuláris biológia. A jelenlévők az Erbitux készítmény coloncarcinomában történő alkalmazására előterjesztett anyagot – az ülésen elhangzott kiegészítésekkel – egyhangúlag elfogadták.

Dr. Bodrogi István elmondta, hogy a Ratiograstim készítményről nincs tapasztalat, de mivel az EU-ban befogadták, ez ránk is érvényes. A jogosítványa ugyanarra szól, mint a Neupogennek. Az

Helyszín az Országos Onkológiai Intézet Tanácssterme

Jelen van 18 kollégiumi tag és a meghívottak

indikáció hatásmechanizmusa alapján ugyanaz, mint más G-CSF-é. Dr. Pikó Béla elmondta, hogy az összehasonlító vizsgálatok a biosimilar-eknél „head to head” voltak, minden centrumnak biztosítani kell mind az agranulocytosis, mind a lázas agranulocytosis prevencióját, valamint hogy a már kialakult kórkép intervenciók ellátását a megfelelő citokinekkal végezhesse. Ezen túlmenően rámutatott, hogy még mindig megoldatlan marad az a probléma, miszerint a citokinek költségét a HBCs nem tartalmazza, de ugyanakkor a hatályos finanszírozási jogszabályok szerint azt sem mondhatják ki, hogy akkor bevihető a kórházba, így ez változatlanul a finanszírozás szürke zónájában marad, akármelyik készítményről van szó. Dr. Kopper László véleménye szerint a biosimilar-ek története tisztázatlan, még az EMEA részéről is, aki saját magát korrigálta már nemegyszer. Kérdésként vetette fel, hogy megjelenik-e az anyagban, hogy a III-as fázisú klinikai vizsgálatok során minden kezelési módot megnézték-e, mert ez előfeltétel. Ezen túlmenően az immunogenitás kérdését vetette fel, ugyanis épp az EMEA legalább egy 6 hónapos, de még inkább – ez részben az erythropoetin biosimilar-ére vonatkozik – 12 hónapos megfigyelést ír elő azzal, hogy a kezelő orvosoknak nagyon szigorúan vezetni kell a mellékhatásokat tartalmazó információkat. Végezetül felvetette, hogy része kell-e hogy legyen ennek az anyagnak ajánlasképpen a váltás, tehát hogy az originális citokin és a biosimilar citokin mikor cserélődhet fel. Dr. Pikó Béla válaszában elmondta, hogy van az anyagban egy oszlopdiagram, amelyikben a subcutan és az intravénás adagolásnak a különböző farmakokinetikai paraméterei kerültek bemutatásra, amiből az látszik, hogy a subcutan adagolás kedvezőbb, mint az intravénás. A készítményt farmakokinetikai vizsgálat keretében hasonlították össze. Az immunogenitással kapcsolatosan elmondta, hogy minden aminosavakból álló anyagnál előfordulhat akár páros reakció, akár idegenfehérje-reakció, akár neutralizáló antitest kialakulása, de hogy ezeknél az eseteknél hogy történjen a váltás, azzal valóban nem foglalkozik az anyag, ugyanis nincs rá adat. Viszont ha a társaság is egyetért, akkor lehetne egy olyan ajánlást tenni, hogy ne váltsunk se pro, se kontra készítmények között mindaddig, amíg allergia, intolerancia vagy hatásvesztés nem következik be. Dr. Dank Magdolna elmond-

ta, hogy az erythropoetin biosimilar-ekkel kapcsolatosan készült egy nagyon markáns kollégiumi anyag, amiben aláhúztuk, hogy tisztázatlan még ez a dolog, és több helyről is kértünk véleményt, mert farmakológiai-
lag a biosimilar az nem ugyanaz a molekula, mint amikor megjelenik egy generikus, hanem egy teljesen más molekula, aminek a kiváltott hatása azonos. Farmakológiai társaságoknak az a véleménye, hogy csak olyan indokolt esetben lehet váltani, ha valamilyen vivőanyagra vagy molekulára allergia lép fel, egyébként a megkezdett készítmény – amennyiben hatásos – váltása tilos. Erre lehet hivatkozni, de továbbra is fent kellene tartani a Kollégium korábbi véleményét. Dr. Bodrogi István az elhangzottakat megerősítette, és kiegészítésként elmondta, hogy itt egészen másról van szó, mint az erythropoetinek esetében. Itt 3–4–5–6 hónapos periódusok során 2–3 hetes ciklusokról van szó, tehát a ciklus alatti váltás biztos, hogy tilos, egy új ciklusnál új helyzet adódik, ezért minden ciklust külön kell kezelni, de ami hatásos, azon nem szabad változtatni. Dr. Pikó Béla elmondta, hogy érti az aggályokat, de ami jogilag figyelembe vehető, az a törzskönyv. Lehet vitatni, hogy jó vagy nem a törzskönyvezés, de ennek szabályait egy Európai Tanács határozat írja elő, amit sem az OGYI, sem a Kollégium, sem a Farmakológiai Társaság, tán még maga az EMEA sem léphet keresztül. Ha az EMEA felülbírálja magát, akkor új helyzet jön. A jelenlévők a Ratigorastim készítmény alkalmazására előterjesztett anyagot – az ülésen elhangzott kiegészítésekkel – egyhangúlag elfogadták.

Prof. Dr. Tulassay Zsolt, SE ÁOK II. Belgyógyászati Klinika – Nexavar készítmény felírhatóságának támogatása; Prof. Dr. Repa Imre, Kaposi Mór MKh – Sutent, Nexavar, Tarceva készítmények felírhatóságának támogatása. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy az OEP a Sutent, a Nexavar és a Tarceva készítmények esetében központokat jelölt meg, ahol ezek a készítmények felírhatók, de ezek a központok nem fedik azon központok számát, ahol lényegében a daganatos betegek ellátása folyik. Annak ellenére, hogy amikor a Kollégium ezekről a készítményekről véleményt mondott, azt írta le, hogy azokban a központokban javasolja finanszírozni, ahol a betegellátásnak a személyi és tárgyi feltételei adottak. Ezt figyelmen kívül hagyva az OEP egy más listát közöl. Dr. Mangel László felhívta a figyelmet, hogy a Kollégium szavazata mindenképpen precedensér-

tékű, mert új tendencia, hogy ezen drága biológiai szerek használatát próbálják behatárolni bizonyos centrumokba. Ezért javasolta, hogy jelezni kell azt is, hogy ez kiterjeszthető abban az esetben, ha társszakmai feltételek (mellkassebészeti, invazív radiológia, stb.) megvannak az egyes lokalizációknál. Dr. Szűcs Miklós e felvetéshez kapcsolódva felvetette, hogy az elmúlt 4 évben készített szakmai állásfoglalások rövidített változata jelenjen meg a Magyar Onkológiában, hogy mindenki számára világos legyen, hogy a Kollégium kivétel nélkül, mindig az összes onkológiai centrumban javasolta a készítmény felírásának lehetőségét. Előfordult, hogy az OEP illetékes arra hivatkozott, hogy azért korlátozzák a felhasználást, mert ez a Szakmai Kollégium álláspontja, ami természetesen nem volt így. A társszakmák képviselőivel közösen több alkalommal történt egyeztetés a minisztériumban, ennek ellenére az a tendencia az OEP-nél, hogy a nagy értékű gyógyszereket minél kevesebb helyen lehessen alkalmazni, sőt volt arra is példa, hogy a gyógyszerfelíráshoz centrumonként 1–1 orvos nevesítését kérték, amire szintén azt mondtuk, hogy nem. Dr. Bodrogi István megerősítette, hogy ezek a döntések nem a Kollégium egyetértésével, hanem annak ellenére történtek. A javaslat konzekvensen mindig az volt, hogy az összes megyei onkológiai osztályon alkalmazhassák ezeket a készítményeket, illetve egyeztetés történt a Tüdőgyógyászati és az Urológiai Szakmai Kollégiumokkal. Dr. Pikó Béla szerint eddig arról beszéltünk, hogy az alkalmazás az onkológiai centrumok jogosultsága, de ami ezt a kérdést most felvetette, az éppen az, hogy a SE Belklinika kérte a jogosultságot. Ezért a kérdés az, hogy a SE Belklinika onkológiai centrum-e? Mert ha nem, akkor okafogyott a kérdés. Dr. Ruzsa Ágnes elmondta, hogy a Szakmai Kollégiumnak nagyon nagy része volt abban, hogy az országban létrejött egy olyan onkológiai hálózat, ami mögött ott vannak a feltételek, és a centrumok azért, hogy ennek megfeleljenek, nem kis erőfeszítéseket tettek. Azonban attól tart, hogy a kisebb onkológiai centrumok vissza fognak fejlődni, ha bizonyos gyógyszereknek meghúzzák a határát. Dr. Szilágyi István szerint a gyógyszerek felhasználására természetesen olyan javaslatot adott Kollégium, amilyenről Szűcs elnök úr is beszélt. A szépséghiba csak az, hogy egyszer intézményeket kellett megnevezni, máskor pedig csak a személyi és tár-

gyi feltételek rendelkezésre állása volt a feltétel. Tehát amikor az intézményeket kérték, akkor felsorolásra került valamennyi, ahol működik klinikai onkológiai osztály, így a SE Radiológiai és a III-as Belklinika mindig rajta is voltak a listákon, de ezek a listák mindig előhozták az egyetemek azon problémáját, hogy a személyi és tárgyi feltételek megléte ellenére egyes klinikákon – mint például a SE II-es Belklinikán – nincs klinikai onkológia. Dr. Kásler Miklós szerint a Kollégium nem tehet mást, minthogy szakmai szempontokból elvileg és konzekvensen nyilatkozik egy kérdésről. Ebben a kérdésben a Kollégium már többször állást foglalt, ezért kérdés, hogy van-e bármiféle új szempont, ami indokolja, hogy erről beszéljünk, mert ha nincs, akkor vegyük le a napirendről. Dr. Szűcs Miklós kiemelte, hogy a kaposváriak levelében az szerepel, hogy létrejött egy új onko-pulmonológiai decentrum, és azt szeretnék, hogy ez az egység is kerüljön fel a Tarceva listára, amin a kórház Onkológiai Osztálya már szerepel. Azt a véleményt javasolta elfogadni, hogy van a Kollégiumnak egy állásfoglalása, amit továbbra is fenntart. Ha szükséges, az említett készítmények felhasználására vonatkozó intézményi listákat újra megküldjük azzal, hogy miután néhány osztály észrevételezéssel fordult a Kollégiumhoz, ismételt felhívjuk a döntéshozók figyelmét, hogy ez így nem jó. Dr. Péterfalvi Ágnes elmondta, hogy a minisztériumban történt megbeszélés a Tarceva készítményről is szólt. Itt az a helyzet, hogy az eü. pontra felírható gyógyszerekre vonatkozó intézményi kört az OEP Gyógyszerügyi Főosztálya jelöli ki. A minisztériumban történt megbeszélést követően meg is kerestük őket. E megkeresésre kaptunk egy hivatalos választ, amiben lényegében az szerepel, amit most itt Önök is feszegettek, miszerint ismerik a listát, azokat a centrumokat vették ki belőle, akiknek az ő kimutatásaik szerint kevés ilyen esetük lett volna. Elmondta azt is, hogy a biológiai terápiákat tényleg a centrumokban finanszírozzák. Véleménye szerint az, hogy a Kollégium ezeket az állásfoglalásokat megjelenteti, szakmailag, saját védelmileg egy jó cél, de az OEP nem fogja az összeset figyelembe venni, mert ami eü. pontra felírható, ott nagy felület van, és ha sok helyre kiengedik, akkor el fog szabadulni a felhasználás. Dr. Szűcs Miklós válaszában elmondta, hogy ezzel szemben azt kell felhozni, hogy ilyen esetben a betegek esélyegyenlősége torzul. Ha

emiatt egy beteg feljelenti az intézményt, akkor az OEP vagy a minisztérium menyire fog a döntés mellett kiállni. Az biztos, hogy ebből előbb-utóbb botrány lesz, mert ez így igazságtalan és jogtalan. Véleményünk az, hogy a drága gyógyszereket is ott lehessen felírni és finanszírozni, ahol ennek a feltételei rendelkezésre állnak. Dr. Pikó Béla elmondta, hogy az OEP működését eddig az az elv vezérelte, hogy „finanszírozunk, utólag ellenőrizzük, és a jogosulatlant visszavonjuk”, és nem volt gyakorlata az előzetes korlátozás. Ez különösen indokolatlan akkor, amikor egy olyan készítményről van szó, ahol a legeltérőbb szakképesítéssel rendelkező ellenőrző főorvos is egy csekklista alapján meg tudja nézni, hogy a felírás rendben van-e, mert ez egyértelmű adatokat megkövetelő eü. pont. Dr. Rosta András elmondta, hogy a klinikákon történt szakfelügyeleti ellenőrzés alapján a fő probléma, hogy az onkológiai egység nem önálló klinikai onkológiai részlegként működik. Ettől függetlenül mindenre képes, megvannak a szakorvosok, csak úgy az egész klinikába benyúlik. A Semmelweis Egyetemen egyedül Dank docens asszonyék vannak elkülönülve, ami egy klinikai centrumra jellemző. Dr. Pikó Béla szerint amikor a centrumok fogalmát elkezdtük definiálni, annak alapvető feltétele volt, hogy elkülönült szervezeti egység, ami ott ezek szerint nincs. Dr. Szilágyi István szerint a minisztériumnak kéne képviselni ezt az álláspontot. Pikó főorvos úr biztosan emlékszik arra, hogy az OEP-nek volt ilyen előre korlátozó gyakorlata, amit úgy hívtak, hogy „külön keretes” gyógyszerforgalmazás, és az ÁSZ neki is ment ennek a rendszernek a betegek egyenlő eséllyel való kezelése érdekében. Az egyetemi klinikákkal kapcsolatban Rosta főorvos úrnak mondanám, hogy ha a szakorvosok pusztán jelenléte elég lenne, akkor teljesen feleslegesen harcoltunk azért, hogy klinikai onkológiai osztályok legyenek a nagy kórházakban. 30 évvel ezelőtt mindent el tudott látni egy nagy kórház, csak éppen klinikai onkológiai osztály nem volt, és az onkológia utóbbi 30 éves története éppen arról szól, hogy legyen szakma, legyenek meg hiánytalanul a tárgyi és a szervezeti feltételek is ehhez, ez pedig az önálló osztály-szerveződést is jelenti. Dr. Kopper László szerint a játékszabályokat be kell tartani, tehát ha van egy közös vélemény, hogy mit nevezünk Onkológiai Centrumnak, akkor ezt be kell tartani a II. Belklinikán is. Dr. Szűcs Miklós el-

mondta, hogy a listára való felkerüléshez bizonyos kompromisszumok kellenek annak idején. A SE-en azt a szabály betartották, hogy különálló egységként működnek, viszont a Szervezeti és Működési Szabályzatukban nem jelentették meg önálló klinikai onkológiai részlegként. Ez nyilván különbözik attól, amit a tüdőgyógyászok a saját területükön megtettek. Véleménye szerint elsődlegesen a betegellátást kell nézni. Dr. Kásler Miklós elmondta, hogy sokszor szóba került a centrumképzés, és a tüdőgyógyászokkal többször tárgyaltunk ebben a dologban és lényeges különbség a nézetekben nem volt, maga a terminus technicus is és az is tisztázódott, hogy besorolódnak a tüdőrákos betegek gyógykezelésével foglalkozó intézmények a megyei, illetve regionális centrumokba. Ha a jogosítvány megvan az onkológiai centrumban, és rendezett viszonyban van a tüdőcentrummal, akkor ez automatikusan megoldódik. Ezt kéne meglépni, és akkor hozzájutnának a jogosítványhoz és nem kéne megint a szétválást és a szétdarabolódást elősegíteni. Dr. Pikó Béla szerint nagyon sok problémát automatikusan rendezne az, ha az onkoteamek kötelező működéséről szóló rendelet napvilágot látna. A jelenlévők az Elnök által javasolt levél megírásával és elküldésével egyhangúlag egyetértettek.

Tüdőrák protokollok. Dr. Bodrogi István elmondta, hogy elkészült egy előzetes anyag, amelyben összefoglalták, hogy milyen protokollokat nem használtak az elmúlt években. Ezt átnézte a Tüdőgyógyász Szakmai Kollégium is, és a két Kollégium által véglegesítendő anyag, amely tartalmazza, hogy mely protokollok törölhetők, került előterjesztésre, amelynek elfogadását javasolta. A Miniszter úr által kért feladattal kapcsolatosan, mely szerint készüljön egy tanulmány, ahol a protokollok költséghatékonysági és szakmai szempontból kerülnek sorbaállításra. Az ad hoc bizottság utalt arra, hogy most jelentek meg a szakmai protokollok, amelyekben benne vannak a szakmai elvek. Dr. Szilágyi István elmondta, hogy az egyeztetések után így kialakult egy olyan protokollkör, amire szükség van, és az, amire szükség lehet a tüdőrákos betegek kezelése során. A protokolltörölések során természetesen azt majd tisztázni kell az OEP-pel, hogy nem minden esetben a protokollt kell törölni, hanem a protokollban szereplő lokalizációk közül csak a tüdőrákot. Miniszter úr felkérése arra vonatkozott, hogy valamilyen algoritmust állítsunk fel a

legnépesebb lokalizációkat érintő kemoterápiák egymás utáni sorrendjében. A tüdőgyógyászok megkerülték ezt a kérdést, mert leírták, hogy mi legyen first line és mi a second line. Ezt továbbítani javasolta, ha Kásler professzor úr is egyetért ezzel, mivel a miniszter őt kereste meg, hogy ne csak a tüdőráknál, hanem az emlő- és a colorectalis daganatoknál is próbáljuk a kezelési sorrendeket felállítani. Dr. Kásler Miklós elmondta, hogy nem csak a most említettek esetében, hanem abban maradtunk, hogy a leggyakoribbakkal kezdjük, és aztán a többi is majd sorra kerül. Dr. Szűcs Miklós szerint jó, hogy ha az első- és másodvonalbeli kezelések nem csak a tüdőrákban, hanem más lokalizációkban is megjelennek záros határidőn belül, mert nagyon nehezen lehet kitérni, hogy azért kerül más kombináció alkalmazásra, mert valakinek az éppen jobban tetszik. Mindenképpen hasznosnak tartotta az állásfoglalást és támogatta, hogy a többi nagy lokalizációkra vonatkozóan is jelenjenek meg. A jelenlévők a tüdőrák protokollok törlésére előterjesztett anyagot egyhangúlag elfogadták.

Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet Onkológiai Osztályának osztályvezető főorvosi állására benyújtott pályázatok tárgyalása. Dr. Szűcs Miklós e napirendi pontnál zárt ülést rendelt el. Köszöntötte Dr. Papp László főigazgató urat, majd ezt követően arra kérte, hogy tájékoztassa a jelenlévőket, hogy az Egészségügyi Közlönyben megjelent pályázati kiírásban mi az, amit előnyként kell értelmezni, mert a megjelentetett formában ez félreérthető. Dr. Papp László elmondta, hogy előnyként kell érteni a manageri ismereteket, a tudományos fokozatot, stb. Ezzel az esélyegyenlőséget kívánták biztosítani. Dr. Thurzó László észrevételezte, hogy miután ebben az esetben egy betöltött helyről van szó, nyilvánvaló lenne, hogy az eddigi megbízás kerül véglegesítésre. Ezek után azok az előnyök, amit felsorolt a közlöny, kicsit irányba orientálják a pályázók személyét, minthogy a pályázatból kiderül, hogy kinek van tudományos fokozata, közgazdasági végzettsége. Kérdésként vetette fel, hogy ezek szerint a most megbízott munkájával volt-e gond, probléma, amiért nem csak egy általános keretet ad a kiírás? Dr. Papp László válaszában elmondta, hogy a pályázat a minisztérium által megadott szabályok szerint került kiírásra. Elmondta, hogy Pádi főorvos aszszony az osztály kialakításában megbízottként részt vett és tudta az első perctől, hogy

ha stabilizálódik a helyzet, pályázat kerül kiírásra. Arra pedig, hogy Pádi főorvosnő munkájával mennyire voltak elégedettek vagy mennyire nem, azt válaszolta, hogy is-is. A Bajcsy Kórház hosszú évek óta arra törekszik, hogy az osztályvezető főorvosok lehetőség szerint minősítettek legyenek, az osztályok nagy részét minősített emberek vezetik, és ebbe a főorvosi karba keresnek beillő, a szakmájához és klinikumhoz jól értő főorvost.

Ezt követően Dr. Pádi Éva és Dr. Telekes András röviden ismertette az osztályvezetésével kapcsolatos elképzeléseit. A Szakmai Kollégium Dr. Pádi Évát 10 alkalmas, 10 nem alkalmas (18 jelenlévő, 2 írásos) szavazati arányban tartotta alkalmasnak az osztályvezető főorvosi állás betöltésére. A Szakmai Kollégium dr. Telekes Andrást 10 alkalmas, 10 nem alkalmas (18 jelenlévő, 2 írásos) szavazattal tartotta alkalmasnak az osztályvezető főorvosi állás betöltésére.

Herceptin program. Dr. Faluhelyi Zsolt elmondta, hogy a Kollégiumtól egy olyan állásfoglalást várna, hogy ez a program elősegíti, hogy a Herceptin elszámolása pontosabb legyen, ugyanis a szponzor így tudja biztosítani a programot. Azt mindenki tudja, hogy most volt hibajavítási lehetőség az OEP felé, és a veszprémi kórházban, ahol megy ez a program, azt az egyetlen darab hiányt is el lehetett számolni. Ha a program szétszétásra kerül, minden kórházban meg lehet csinálni, hogy ne legyen hiányuk. Dr. Thurzó László szerint az volna az ideális, ha az OEP azt mondaná, hogy ezt a programot befogadja, mert a probléma az, hogy sokszor a hibás adatnak nem a feladó az oka, hanem a vevő. Javaslatára szerint egy-egy dolog kellene, mert Magyarországon van néhány betegnyilvántartási rendszer, de egyik sem kompatibilis a másikkal. Az is lehet, hogy az a program, ami a veszprémi kórházban jól működik, az a szegedi egyetemen nem. A jelenlévők a Herceptin készítmény nyilvántartását elősegítő program létrehozását és minden központ számára történő elérhetőségét, OEP általi támogatását egyhangúlag támogatták.

EGYEBEK

Dr. Kásler Miklós tájékoztatójában elmondta, hogy az Országos Tisztifőorvos helyettese több menetben tárgyalta a colorectalis tumorok populációsztű szűrésének metodikáját, és a végeredmény az lett, amit

ez a Kollégium javasolt. Taxatív a szűrés módszere a humán vér kimutatása a széketből, és ennek lehet egy kodifikációja az, ha valaki spontán vállalkozik valamilyen más módon elvégzett klinikai vizsgálatra, akkor a szűrést az a módszer kiváltja. A másik dolog, amiről tájékoztatást adott, a Galuska professzor úr által szervezett PET-CT-vizsgálatokkal kapcsolatos megbeszélés volt, amelyre az onkológiai centrumok vezetői, illetve a PET Bizottságok vezetői voltak meghívva. A megbeszélés célja előzetes tájékoztatás szerint az lett volna, hogy a magyarországi onkológiai morbiditási és mortalitási viszonyok ismeretében szülessen vélemény a PET-tel kapcsolatban. Azonban az ott elhangzott előadás szerint a jelenleg érvényes rendelkezés megfelelő, és amíg a rendeletet meg nem változtatják, addig ideiglenes jelleggel legyen meghatározva az indikációs kör. Ezzel kapcsolatban javasolta, hogy az összejeövetel korlátozódjék arra, hogy kérje ennek a rendelkezésnek a visszavonását és a konszenzus konferenciának megfelelő újabb rendeletnek a kiadását. Nem gondolta, hogy akár időlegesen is legitimálni kellene egy abszolút rossz beutalási rendszert, rossz indikációs listát, amiből az ismeretlen primer tumor kimutatása hiányzik további indikációk mellett. Ezért javasolta a Kollégiumnak, hogy ismétlje meg az állásfoglalását, hogy változatlanul az a véleménye, hogy a rossz rendelkezést vonják vissza, nem támogatja és ellenzi, hogy ilyen-olyan-amolyan indokkal összehívják bizonytalan körülmények között társaságokat, akik esetleg ideiglenes vagy végleges jelleggel ettől eltérő véleményt fogalmaznak meg. A jelenlévők a Titkár által tett javaslatot 15 igen, 3 tartózkodó szavazattal elfogadták.

Dr. Kásler Miklós megkérdezte, hogy akik tartózkodtak, kívánják-e kifejtetni véleményüket. Dr. Horváth Ákos és Dr. Szántó János válaszukban elmondták, hogy ők az ülés végéig ott maradtak és nem kívánják véleményünket kifejtetni.

Dr. Kásler Miklós ezt követően kérdezte, hogy a 24 órás patológiai diagnózis kérdésével foglalkozzon-e a Kollégium. Dr. Kopper László elmondta, hogy a Semmelweis Egyetem keretein belül alakult egy jogilag független Semmelweis Kft., amely egy 24 órás patológiai diagnosztikai szolgálatot indított el. Ez azt jelenti, hogy ha bekerül déli 12 óráig egy minta, akkor másnap déli 12-ig diagnózist kap a beteg. Ez egy teljesen önkéntes valami, aki akarja, az igénybe

veszi, aki nem, az nem. A költsége 25 ezer Ft. Dr. Kásler Miklós válaszként elmondta, hogy ez a betegek részéről úgy jött vissza, hogy követelik a 24 órás azonnali diagnózist, amit persze nagyon kevés ellátó intézmény képes teljesíteni. Jelenleg törvény írja elő Magyarországon a betegnek a korrekt tájékoztatását. Egyúttal javasolta, hogy ugyanazokhoz a médiumokhoz jusson el a helyreigazítás, hogy a betegek ugyanolyan formában értesüljenek a pontos paramétereikről, mint ahogy fals módon értesültek ugyancsak a paramétereikről. Dr. Kopper László elmondta, hogy a Patológiai Szakmai Kollégium foglalkozott a témával és van egy állásfoglalása, amely a Kollégium elnökénél van, aki eljuttatta azt a Rektorhoz, a Dékánhoz, az ETT-hez, és abban az esetben, ha szükséges, felhatalmazása van, hogy a megfelelő médiához is. A helyzet az, hogy a média részéről egy jópofa kis színes hír alkalmat adott arra, hogy néhány ember egymás torkának ugorjon. Ennek az ég egy világon semmi értelme nincsen. Ugyanez a Szakmai Kollégium erről is értekezett, és azt tanácsolta mindenkinek, hogy feledkezzünk el a médiáról. Dr. Kásler Miklós szerint nem lehet elfeledkezni a médiáról, mert a daganatos betegek diagnosztikájáról van szó, és ezt számonkérjük az onkológiai ellátó helyeken. Dr. Kopper László a felvetésre válaszként elmondta, hogy javasolni fogja Schaff professzor asszonynak, hogy a klinikai onkológiai szektorokba küldje el a Patológiai Szakmai Kollégium állásfoglalását. Dr. Kásler Miklós szerint ennél kéne maradni és nem kéne tovább menni, és tényleg a patológia tegye helyre azt, ami téves.

További tájékoztatásként elmondta, hogy két pályázat látszik kialakulóban, mind a kettő országos onkológiai informatikai rendszer kialakítására vonatkozik. Az egyik az ellátó helyek vagy centrumok közötti kapcsolatokat építené ki, teljes betegadat, a konzultációs lehetőségek, patológia, akár besugárzástervezés, akár oktatási kérdésekben. A másik pedig, hogy az OEP-nek van 17 milliárd forintja egy betegkártyarendszer kialakítására, és az onkológiai lenne az első betegcsoport, amelyik megkapná ezt a kártyát. Ha ez meglenne, akkor például az előbb felvetett probléma, hogy centrum, nem centrum, hogy kapcsolódik egyik a másikhoz, önmagában megoldódna. Végezetül megemlíttette, hogy október 15-én megalakult Párizsban az Oncological Research Centers of Excellence társaság, és ebbe 6 másik európai intézet

mellett meghívták az Országos Onkológiai Intézetet is. A jelenlévők a tájékoztatást egyhangúlag elfogadták.

Dr. Thurzó László kérdésként vetette fel, hogy lehet-e valamit tudni a TIOP 2.2.5-ről, mert az már elvileg kiírásra került, de sehol nem hallani róla. Dr. Kásler Miklós válaszában elmondta, hogy egy biztos, hogy minden bizonytalan, mert az egyik variáció szerint marad a teljes összeg, a másik szerint megfelelőzne a pénz. Ezekre nem lehet adni, mert nem biztos forrásból valók.

Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy a minisztériumból érkezett a Radiológiai Szakmai Kollégium anyaga, amelyben OENO kódok megszüntetésére tettek javaslatot. Kérte, hogy az anyag szétküldését követően a titkárságra mindenki küldje el a véleményét, észrevételét. A következő bejelentés, hogy az onkológiai kezelési irányelvek európai harmonizációjával kapcsolatos európai uniós projekt keretében történő felmérésről a projektirányító testület egy beszámolót tart az Országos Onkológiai Intézetben, 2008. december 1-jén. Végezetül elmondta, hogy személyes felkérésre, rövid határidővel megkapta a szakmai kollégiumokról szóló rendelettervezetet. Az új rendelettervezetből az derült ki, hogy az új kollégiumok egységesen 15 főből fognak állni, akikből 5-öt a miniszter kér fel és 10 fő lesz, akik a MOTESZ szervezésében történő delegálási folyamat során kerülnek be. A tervezethez két rövid kiegészítés került, mely szerint a Választó Szervbe jelölők közül a szakterületen működő országos intézetek kimaradtak, illetve azzal, hogy a szakterülethez tartozó tudományos

társaságok állíthatnak jelöltet, az volt a javaslat, hogy a társaságok a taglétszámuknak megfelelő arányban delegálhassanak. Egyébként maga a rendelettervezet tükrözi azokat a javaslatokat, amelyeket előzetesen a kollégiumok beküldtek.

Dr. Mangel László kérdésként vetette fel, hogy az onkoteam-szabályozással kapcsolatban történt-e valami ez elmúlt két hónapban. Dr. Péterfalvi Ágnes elmondta, hogy több megbeszélés volt, különböző problémák merültek fel, de folyamatban van. Dr. Kásler Miklós hozzáfűzte, hogy a Minisztérium legfelsőbb vezetőinek mindegyike egyetért azzal, hogy ezt a törvényt meg kell hozni. A kérésünk az, hogy az apparátus amennyire lehet, rövidítse le a diszkusszió fázisát, mert egy tökéletlen onkoteam-rendelet is többet segítene a betegeknek, mint egy tökéletes 2 év múlva.

Tájékoztató a monitoring rendszer és értékelési eszköz kialakításával kapcsolatos programról. Dr. Szűcs Miklós tájékoztatásként elmondta, hogy több szakma meghívásával zajlott az OEP szervezésében egy egynapos meeting, ahol arról volt szó, hogy a későbbiekben milyen szempontrendszereket érdemes figyelni, pl. mennyi beteget láttak adott helyen el. Azonban, hogy ezekből a szempontrendszerből mit fognak a későbbiek folyamán vizsgálni, azt még nem tudták megmondani, és azt sem hogy ebből mikor lesz valami.

Megköszönte mindenkinek a részvételt és kellemes ünnepeket kívánt, valamint jelezte, hogy ha kollégiumi ülésre lenne szükség, úgy a szokott ügymenet szerint értesítenek mindenkit.

k.m.f.

Prof. Dr. Kásler Miklós
titkár

Dr. Moskovits Katalin
az emlékeztető hitelesítője

Dr. Szűcs Miklós
elnök