

# EMLÉKEZTETŐ

## a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium

### 2009. március 6-i üléséről

Dr. Kásler Miklós köszöntötte az ülés résztvevőit, bejelentette, hogy az Elnök telefonon jelezte késését és kérését az ülés megkezdésére. Megállapította, hogy a Kollégium határozatképes és az ülést megnyitotta.

*Országos Onkológiai Intézet Sugárterápiás Osztályának osztályvezető főorvosi állására benyújtott pályázat tárgyalása:* A Kollégium meghallgatta az intézetvezető és a pályázó szóbeli kiegészítéseit a benyújtott pályázattal kapcsolatban. A Szakmai Kollégium Dr. Polgár Csabát 17 alkalmas (16 jelenlévő, 1 írásos) szavazati arányban tartja alkalmasnak az osztályvezető főorvosi állás betöltésére.

Dr. Szűcs Miklós elnézést kért a késésért, majd megköszönte az elmúlt időszak alatt végzett tevékenységet, ezen belül is megkülönböztetett tisztelettel köszönte meg a Kollégium Titkára és az Országos Onkológiai Intézet által nyújtott támogatást, kiemelten Szilágyi főorvos úrnak és Haász Katalinnak, valamint a szakcsoportok elnökeinek és titkárainak azt a tevékenységet, ami nélkül a Kollégium nem tudta volna elvégezni a munkáját. Ezt követően tájékoztatta a jelenlévőket, hogy a Medical Tribune interjút kért az összes leköszönő Elnöktől, majd felolvasta a három kérdésre általa adott válaszokat.

*A kemoterápiák finanszírozásáról szóló 39/2008. (X.18.) sz. EüM rendelet hatása:*

- Dr. Kiss Csongor, MGYT-GYOSZ – állásfoglalás
- Dr. Dank Magdolna, OszMK – off-label kezelések
- Dr. Dobozy Attila, Bőr- és Nemibetegség SzK – állásfoglalás
- Onkológiai TVK-k helyzete
- Nem finanszírozott terápiák

Dr. Boncz Imre beszámolt arról, hogy az elmúlt időszakban az onkológiai TVK, illetve a nem finanszírozott terápiák témájá-

ban készítettek egy elemzést a helyzet értékelésére. Ebből az derült ki, hogy az onkológia azon szakmák egyike volt, amelyeket leghátrányosabban érintett a volumenkorlát, és ami intézményi bontásban azt mutatta, hogy a progresszivitásnak a magasabb szintjein működő intézményekben alakultak ki viszonylag nagyobb veszteségek a TVK miatt. A nem finanszírozott terápiák közé sorolódtak a tavaly ősszel megjelent rendelet kapcsán off-labelnek minősülő kemoterápiák, ami jelentősen megnehezíti e terápiák alkalmazását. Ezt paradox módon az onkológia többi szakmához képesti proaktivitása is lehetővé tette, hiszen elkészítette a finanszírozási protokollokat, amiket éveken keresztül használt is a szakma az OEP finanszírozásban, de tavaly ősszel egészségpolitikai szempontból valakik azt mondták, hogy nem ilyen lovat akartunk, ezért mégsem így csináljuk. Megfigyelhető még az a visszasság is, hogy ugyan az off-label kezelések engedélyezését az OGYI honlapján kell közzétenni, de ott három hete mindössze 39 ilyen típusú engedély volt látható, pedig az ilyen kezelések száma egy-egy intézményben is lényegesen nagyobb. Ez is azt mutatja, hogy az új szabályozás nem igazán bizonyult életképesnek, sem az intézményi oldalon, sem az igazgatási oldalon. Összességében kell rövidtávú megoldásként javasolni azon protokollok mentesítését e szabályok alól, amiket az OEP már egyszer elfogadott, hosszú távú megoldásként pedig az OGYI-val és az OEP-pel együttműködve meg kell találni a közmegegyezésre szolgáló megoldásokat. Dr. Szilágyi István kiegészítésként elmondta, hogy számos olyan terápia is van, ami még a befogadásig sem jutott el, pl. az összes intraarteriális kemoterápia, a radio-kemoterápiák jelentős része, számos diagnosztikai eljárás és valamennyi más terápi-

Helyszín az Országos Onkológiai Intézet Tanácsterme

Jelen van  
16 kollégiumi tag

ás modalitás között is találunk nem befogadott eljárásokat. A hipertermiás kezelésekre a Kollégium kidolgozta a részletes javaslatot, az RFA kezelésekre pedig a társszakmákkal közös előterjesztés készült. A kemoterápiáknál valóban nagy lépést tett a szakma előre azzal, hogy a WHO által kiadott nemzetközi klasszifikáció 7-es fejezete szerint kidolgozta ezek protokollszerű előírásait, ami a gyógyszeres kezelések körében szinte az egész világon egyedülálló. Az off-label (indikáción túli) kezelésekről kapcsolatban elmondta, hogy a 2005-ös törvény megjelenésekor Magyarországon olyan törvényalkotói szándék érvényesült, hogy az indikáción túli terápia tiltottak és büntetendők is legyenek, szinte egyedüli országgént Európában, és ez visszafelé sült el a rosszindulatú daganatok kemoterápiáját illetően. Pál tanár úr is megerősítette, hogy a 2008-as törvénymódosítás óta az indikáción túli terápia nem tilosak és természetesen nem is büntetendők. Az off-label kezeléseket az OGYI-nak jelentenie kell az EMEA-nak, hogy mennyi van, mekkora a jelentősége, és ezek kiértékelésére is történnek próbálkozások, bár ez eleve soha nem juthat el odáig, hogy az engedélyező felszólítsa az engedélykérőt, forgalmazót vagy gyártót a törzskönyv módosítására, ami szintén nem véletlenül maradt ki a rendeletből. Jelenleg a 39/2008-as rendelet módosítását fogalmazzák a Minisztériumban, amiben azt szeretnék elérni, hogy ne lépünk vissza a protokoll szerinti szabályozottság állapotából például annyira, hogy a ciszplatin használatát az OGYI 30 mg-os napi adagolású monoterápiaként engedélyezze, kerüljenek engedélyezésre viszont azok a protokollok, amiket az OEP is befogadott korábban, és az első engedélyt követően csak nagyon egyszerű bejelentési kötelezettség legyen minden további betegnél való alkalmazásnál. Ez megfelelne a törvényességi keretnek, és használható is lenne. Dr. Pikó Béla kérdése, hogy az a beteg, aki egy adott kezelés mellett remisszióban van és ezt az OGYI nem engedélyezi tovább, akkor a beteg kiról fogja a fehérműt leperelni? Valószínűleg az intézményről, pedig az nem tehet arról, hogy itt a jogbiztonság elve sérült meg azzal, hogy a visszaható hatály tilalmát áthágva egy elfogadott és finanszírozott protokollt egy jelenleg is hatályos magyar hatóság által vontak vissza, illetve a beteg jóhiszeműen szerzett és folyamatosan gyakorolt jogait sérti. Ez részben szakmai kérdés, részben pedig a jog-

rendszeren belül egy olyan elképzelhetetlen, ex lex állapot, amit már csak amiatt is rendezni kell, mert a sok sebből vérző intézményeken fog ennek az erkölcsi és jogi következménye csattanni. Dr. Szűcs Miklós tájékoztatásként elmondta, hogy 2009. március 3-án volt a Minisztériumban egy megbeszélés, ahol az indikáción túli protokollok helyettesíthetőségéről volt szó az engedélyezett gyógyszereket tartalmazó protokollokkal, illetve, hogy melyek azok, amelyekre a betegellátás érdekében mindenképpen szükség van. Ott voltak az OGYI, OEP, a Minisztérium és a szakmák képviselői. Az egyik lényeges dolog, amiben megállapodtak, hogy a Kollégium elküldi azt a néhány protokollt, amely feltétlenül fontos a betegellátás szempontjából, annak ellenére, hogy off-label. A másik lényeges szempont, hogy az OGYI legalább egyszer lássa a protokollok szakmai anyagát, szakirodalmát. Felhívtuk a figyelmet, hogy ez a rendelkezés ilyen formában, Európában sehol sem található meg. Abban egyetértés volt, hogy ezt a szabályozást módosítani kell, mert hosszú távon így nem maradhat a gyakorlat. Dr. Mayer Árpád arra hívta fel a figyelmet, hogy a Nyilvántartott Daganatellenes Terápiák Kézikönyv legutolsó kiadásában pl. a rectumtumorok radiokemoterápiáját illetően, ami kb. 6000 beteg érint, az ún. erlangen protokoll 1000 mg/m<sup>2</sup>-t ír elő folyamatosan az első és utolsó 5 napban. A protokollban 450 mg/m<sup>2</sup> van feltüntetve, ami szakmailag helytelen. A másik, hogy a légyszertumorok adjuváns radiokemoterápiája továbbra sincs befogadva, az oesophagusrák kezeléséről nem is beszélve. Tehát a kérdés az, hogy ilyenkor mi a teendő? Dr. Szilágyi István elmondta, hogy a protokollok előkészítése továbbra is az Országos Onkológiai Intézet feladata, míg a Kollégium ezeket véleményezi, jóváhagyja és előterjeszteti a Kód-karbantartó Bizottságnak befogadásra. Visszatérve az off-label kezelésekről, az OGYI honlapján látható, hogy vannak komolytalan dolgok is, de van, ahol a megjelent protokollkönyvből idéznek, pl. az engedélyezett kezelésekről van már a BOLD protokoll, ahol az első engedélynél van az indoklás, a másodikonál már csak hivatkozás az elsőre. Véleménye szerint így vállalható, hogy bejelentésre kerüljön minden eset, amikor a beteg kezelése megkezdődik, amit nem kell ismételtetni ciklusonként, mert az engedélyt hosszabb időre is lehet kérni. Dr. Kásler Miklós szerint a

főbb problémakörök az off-label, a TVK helyzete, ami most változott meg, de a mostani változás is felvet néhány megfontolandó, végiggondolandó szempontot. Ez különösen az Országos Onkológiai Intézetet érinti, hiszen ez az az intézet, amelyik csak daganatos betegekkel foglalkozik. Tavaly januárban látott napvilágot egy területi beosztás, amely szerint a legnagyobb területi felvevő intézmény Nyíregyháza, amihez a legnagyobb populáció tartozik, az OOI pedig a negyedik legnagyobb populációt látja el, de ezen túlmenően az OOI felvevő területe az egész ország. Ebben a beosztásban voltak olyan ellátó helyek, amelyek részére kijelöltek ugyan területet, illetve populációt sugárterápiára, csak éppen ott nincsen sugárterápia. Akkor az intézet készített egy korrekt javaslatot, amit elküldtünk a miniszter, az országos tisztifőorvos, az OEP, a RET-ek részre, de ennek nem lett folytatása. A második probléma, hogy a városi kórházak továbbküldik a betegeket a megyei kórházak, egyetemek felé, illetve az egész ország pedig az OOI felé. Ennek következtében az Intézet a 46 ezres HBCs-nyi kontingens fölött még elvégzett durván 7000 HBCs-nyi kezelést, amit, mint TVK határ fölötti kontingenst, az OEP dialektikus logikája szerint kifizette, csak csökkentett értékben, ami kb. félmilliárd be nem folyt összeg. A jelenlegi terv az, hogy 70%-os az az arány, amit kifizetnek a HBCs megállapított értékén és van egy 30%-os részarány, ami belekerül ebbe a lebegő HBCs rendszerbe. Az onkológia nem az a diszciplína, amelyik a teljesítményét tudja fokozni, így várhatóan az onkológia nagyon rosszul jön ki ebből a 30%-os lebegtetett értékből. A megyei kórházak esetleg tudnak kompenzálni, pl. a reumatikus fájdalom miatti viszsarendelésekkel felpörgetett teljesítmények csökkentése révén, de azok az intézetek, ahol az onkológia vagy a hematológia a fő profil, ott ez a lehetőség nincs. Így majdnem biztos, hogy komoly finanszírozási problémák jelennek meg, mert nem minden intézmény tudja beállítani magát arra a rendkívül szűk sávú teljesítményre, amin belül az OEP még az értékén ki is fizeti. Ezt a sürgősségi betegellátáshoz, vagy a szülésekhez hasonlóan kellene rendezni, mert az onkológiában sem értelmezhető, hogy alkalmazkodjunk a HBCs vagy TVK kontingensekhez, ahogy a daganatos progresszió vagy transzformáció se alkalmazkodik ezekhez a korlátokhoz. A harmadik problémakör az olyan nem finanszírozott onkoló-

giai terápiák kérdése, amelyekre nagyon sokszor tettünk javaslatot, de nem kerültek befogadásra. Javaslat, hogy a Kollégium által már beküldött, de nem finanszírozott terápiák előterjesztéseit nyomtatékosan ismételjük meg. Ezen túlmenő probléma az is, hogy ismeretei szerint a Kódkarbantartó Bizottságban egy onkológus orvos sincs jelenleg. Úton-útfélen tapasztalja az ember, hogy a korszerű onkológiai terápiáról a magyar medicinának halvány gőze nincs. Még mindig ott tartanak, ami volt ezelőtt 10 évvel. Thurzó László csatlakozva a Kásler professzor úr által elmondottakhoz kiegészítésként elmondta, hogy a volumenkorlátot úgy is be lehet tartani, hogy az illető osztály szakmailag visszalép, és azt mondja, hogy nem korszerű kezeléseket alkalmaznak, hanem a régi korszerűtleneket. Amiben óriási veszély van. Hiába mondja a kórházigazgató, hogy nem szól bele az onkoteam munkájába, ha azt viszont megmondja, hogy mennyi pénz van összesen, amikor az onkoteam megrendeli a kemoterápiás gyógyszereket, tehát csökken a szakmai színvonal. Ez a tendencia már elindult, és amit elértünk, hogy koncentráljuk és lehetőleg korszerű onkológiai terápia menjen az Onkológiai Centrumban, az szépen elindult visszafelé. Dr. Kopper László felhívta a figyelmet, hogy az amerikaiak jóslata szerint 2020-ra 55%-kal nő a daganatos betegek száma. Tehát ha érvelünk a ma mellett, gondoljunk arra, hogy a holnap még súlyosabb lesz. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy ha az eddigi védett onkológiai TVK-hoz is hozzá tudott nyúlni a kórház vezetése, akkor ha megszüntetik a TVK-t, az még inkább ahhoz vezet, ami eddig elhangzott. Kérte, hogy a javaslatokra egyenként szavazzon a Kollégium.

A jelenleg érvényben lévő off-label kezelések engedélyezése kerüljön átalakításra, egyszerűsítsék le. Erre vonatkozóan a magyar onkológiának konkrét javaslatai vannak, tárgyalások folynak a Minisztériumban. A kollégiumi határozat arra vonatkozik, hogy egyszerűsítsék az off-label kezelések engedélyezését. A jelenlévők a javaslatot egyhangúlag elfogadták.

A TVK 70%-os stabilizálása és az e feletti teljesítmények lebegtetett finanszírozása nem alkalmazható az onkológiában, ellehetleníti az onkológiai betegek ellátását. A javaslat az, hogy a továbbírányított betegeknek, ha a városi kórházból a megyei kórházba, vagy a megyei kórházból az egyetemekre vagy az Országos Onkológiai

Intézetbe kerülnek, a finanszírozását válasszák el a 70 és 30%-os aránytól, mert így kezelhetetlen a finanszírozás. Dr. Kahán Zsuzsanna szerint ideálisan három szinten zajlana a szakellátás, a megyei központ, a regionális központ és az OOI szintjén. Szerinte kapacitásgondok nem akadályozhatják meg, hogy valaki egy egyszerű kezelést, amit egy megyei központban is megkaphat, ne ott kapjon meg, hanem ezért akár egy regionális vagy egy országos központba kelljen mennie. Ezért azt a javaslatot támogatná, hogy csakis szakmai okok miatt kelljen továbbküldeni a beteget, és ezt finanszírozza teljes vagy némileg emelt áron a biztosító. Kapacitásbővítést kellene elérni ott, ahol megfelelő minőségű ellátást tudnának nyújtani, csak kapacitási vagy finanszírozási gondok lépnek fel. Dr. Kásler Miklós válaszában elmondta, hogy az adott Kórház lehet, hogy szakmailag el tudja látni a beteget, csak finanszírozni nem tudja, mert a probléma az, hogy a tavaly ellátott betegeknek a 70%-át fizetik ki. Aki a 30%-ba esik bele, vagy afelett van, azt hogy lehet korrekten kezelni, ha nincs meg rá a pénz, erről beszéltünk, hogy ez nincs megoldva. Dr. Bodoky György javasolta, hogy kerüljön rögzítésre az az „irreális” kérésünk, hogy az onkológia kerüljön ki a 70-30%-os finanszírozásból, mert mi egy Szakmai Kollégium vagyunk. Amennyiben ez nem teljesíthető, akkor erősítsük meg a javaslatot. Dr. Szűcs Miklós kérte, hogy a Kahán professzor asszony és Bodoky tanár úr által elhangzott javaslattal kapcsolatosan, amely szerint ismételjük meg a korábbi finanszírozással kapcsolatos javaslatainkat, szavazzon a Kollégium. A jelenlévők a korábbi javaslatok ismételt megküldésére vonatkozó felvetést 14 igen, 1 nem és 1 tartózkodás szavazattal elfogadták.

Dr. Szűcs Miklós a Titkár úr által felvetett javaslatot, hogy ha az előbbi javaslatból mégsem kerülne elfogadásra semmi, akkor legalább azt kérjük, hogy a magasabb szintre továbbirányított betegek ellátását válasszák el a területi kötelezettség alapján ellátott meghatározott 70 és 30%-os aránytól. A jelenlévők a Titkár által tett javaslatot 1 tartózkodással a jelenlévők elfogadták.

*Új finanszírozási protokollok:* 1.) Dr. Liszkay Gabriella, OOI – intraarteriális kemoterápia melanoma malignumban; 2.) Dr. Thurzó László felvetette, hogy a melanoma is kerüljön ahhoz a listához, ami már korábban összeállításra került és a Gyógyinfok részére megküldésre került. A jelenlévők az elő-

terjesztett anyagot 15 igen és 1 tartózkodás szavazattal elfogadták.

*Dr. Molnár Márk Péter, OEP – Alimta (pemetrexed) készítmény nem kissejtes tüdődaganat esetén történő elsővonalbeli alkalmazásáról szakmai állásfoglalás kérése:* A jelenlévők az Alimta készítmény nem kissejtes tüdődaganat esetén történő elsővonalbeli alkalmazására előterjesztett szakmai véleményt egyhangúlag elfogadták.

*Sugárterápia szakmai minimumfeltételei:* Dr. Mayer Árpád elmondta, hogy a problémakör 1998-ra tevődik, amikor az elhíresült sugárterápiás műszerparkot az akkori miniszter és miniszterelnök meghirdette. Az akkori Kollégium egy olyan rendszerben gondolkodott, ami nem alapul valamilyen nemzetközi ajánlásokon. Akkor az a megtiszteltetés érte, hogy felkérte a Nemzetközi Atomenergetikai Ügynökség, ami tudva levő, hogy a WHO-nak egy szakosodott hálózatokkal és intézkedési körrel rendelkező intézménye és 1980-ban már kidolgozott egy ajánlást, attendumot. Akkor Németh professzor úr, Zaránd professzor úr és Mayer Dr. közösen állítottak össze egy anyagot, ami végül is elfogadásra került, és ez volt az az ún. 1998-as rendelet. A 2007-es kollégiumi ülésen is – több-kevesebb egyetértéssel – kezdeményezték a módosítást, és ehhez az utolsó előtti variációhoz elég körültekintő és részletes hozzáfűzést mellékeltek Horváth tanár úr, Thurzó professzor úr, Pikó főorvos úr. Ezeket beépítették és a Kollégium 17-2 arányban elfogadta. Sajnálatos módon az utólag érkezett mérlegelést igénylő megjegyzések Mangel tanár úrtól és Hideghéty tanár asszonytól érkeztek, de ezek már akkor nem kerülhettek beépítésre. A cél az volt, hogy az anyag ne legyen kirekesztő és ezt főleg Pikó főorvosnak szeretné hangsúlyozni. Ezért is került sor a változtatásra, hogy legalább legyen egy egységes álláspont. Senki számára nem akarják erőltetni a rendszer elfogadását, hanem úgy próbálnak gondolkodni, ami akár a finanszírozás oldaláról, akár az új, esetleg pályázatok vonatkozásában a különböző struktúrákra vonatkozóan egy iránymutatást ad. Ami most a nézetkülönbségekre adott okot az az, hogy a Minisztérium egy 2004-es változatot köröztetett, amihez képest két újabb változat van, amit a Kollégium már elfogadott. 2007-ben Kásler professzor úr tett egy olyan javaslatot, hogy próbáljunk egy olyan rendszerben gondolkodni, ami az Európai Unióban már gyakorlatilag elfogadott. Jelenleg 11 publikáció

áll rendelkezésre, és azok között található az ESTRO változata is, ami gyakorlatilag ugyanebben, betegszámra vonatkozólag próbál egy ún. optimumfeltétel-rendszerrel ajánlani. Dr. Kásler Miklós szerint tetten érhető, hogy próbálják a centrumképzésbe a minőségi paramétereket beépíteni az onkológia minden területére, ezért a Kollégiumnak támogatnia kéne mindent, ami ebbe az irányba hat. Jelenleg nincsenek kijelölve a centrumok, de a fejlesztések elindulnak, nem tudni pontosan, hogy a centrumképzést támogató módon lesz-e képes ez a pályázati rendszer elősegíteni. Szintén folyamatban van egy olyan informatikai rendszerfejlesztés, ami áthidalná ezeket a hiányosságokat, és ezt is figyelembe lehet venni. Esetleg ezekre utalni lehetne a javaslatban, vagy ki lehetne térni rá. Ez lenne mindenkinek az érdeke. Dr. Thurzó László elmondta, hogy abba a kellemetlen helyzetbe került, hogy a regionális tisztifőorvos Gyula ellenőrzése során kipipálta, ami rendelkezésre áll, ami pedig nem áll rendelkezésre, az alapján ő mondja meg, hogy működhet-e. Ha nincsen dermopán, ettől működhet Gyula? Persze, hogy működhet. Nem tudni, hogy a regionális tisztifőorvos milyen papírból dolgozott, 2004-esből, vagy későbbiből, de nagyon óvatosan kell ezzel bánni, nehogy tényleg úgy vegye valaki, adott esetben a regionális tisztifőorvos, hogy ha ez nincsen, akkor azt megszünteti, nem ad rá működési engedélyt. A magyar realitást, lehetőségeket figyelembe kell venni, tehát adott esetben bizonyos dolgok ajánlottak, de hogy ha ajánlott, akkor azt jó lenne beszerezni, de ki szerezze be? Kérése, hogy a végleges előterjesztésnél kerüljenek figyelembevételre a magyar realitások, nehogy aztán ahelyett, hogy megerősítésre kerülnének, kilőjük a centrumokat. Dr. Hideghéty Katalin szerint egy új centrumnál nem lehet megmondani, hogy mennyi lesz a betegszám, pedig engedélyezni kellene a működését. Ezen túlmenően a különböző szakmai grémiumok nem betegszámot, hanem frakció- és mezőszámot kérnek, mert a minőségi besugárzásnak ez nagyobb paramétere. Ha egy új centrum épül, nem szabad a minimumfeltételeket olyan alacsony szintre rakni, hogy legyen egy orthovoltos készülék és egy kobalt, mert akkor ezeket muszáj beszereznie, mert különben nem lehet engedélyt adni. Véleménye, hogy jó lenne egy szélesebb grémiumnak újra összeülni és újra megbeszélni ezt az anyagot. Kérdésként vetette

fel, hogy egy nem daganatellátó sugárterápiás centrum esetében pl. egy palliatív egység üzemeltethet-e egy kobaltgyút a megfelelő minőségbiztosítási rendszerrel, azzal a kitételrel, hogy kizárólag palliatív ellátásban vehet részt vagy nem? Mert ez szerinte a magánbefektetésekben fel fog vetődni. Javaslat, hogy kerüljön pontosításra a minimum- és az optimumfeltétel, és hogy most véglegesen ne döntsön a Kollégium. Dr. Pikó Béla szerint az onkológiai centrumok egyenjogúsága és mindenütt, minden protokoll alkalmazhatósága, és a betegek esélyegyenlősége a klinikai onkológiában hangsúlyozásra került. Ezért rendkívül negatívan élte, éli és a jövőben is fogja megélni a következő Kollégium is azt, hogy bizonyos gyógyszerek indikációhoz kötött, kiemelt társadalombiztosítási támogatással való rendelkezését 4-5-8 kijelölt centrumra korlátozták, annak ellenére, hogy azt valljuk, hogy ez az onkológiai szakma, az onkológiai centrum és a beteg elidegeníthetetlen joga. Ezért nem tartja kompatibilisnek azt, hogy a sugárterápiában ez betegszámoktól függő, mert, ha következtések akarunk lenni, azt kell mondani, hogy a daganatellenes kezelés minden ágazatában arra kell törekedni, hogy mindenütt egyforma lehetősége legyen a betegnek, kivéve bizonyos egészen speciális módszereket. Dr. Csejtei András szerint a minimumfeltételek tényleg minimumfeltételek legyenek, amelyeknek kompromisszum nélkül igenis teljesülni kell, hogy egy centrum működjön, de ettől elkülönítve kell kezelni az optimális feltételeket, amelyeket el kell érni. Végezetül elmondta, hogy nem szabad egyformán kezelni az újonnan alapuló centrumokat és a már tradícióval rendelkező régi centrumokat. Ne ugyanaz legyen a követelmény a kettő között. Dr. Mangel László kiemelte, hogy az optimum szó itt nagyon fontos. Ezért kérdésként vetette fel, hogy ez akkor most mit jelent. Ez is folyamatosan lebegtetett téma? Mert akkor olyan nagyon nem kell továbblépni, ha szükség van újabb verzióra, megcsináljuk, ha viszont egy olyan anyag kell, hogy elkészüljön, ami az elkövetkező 10 évre kell, hogy valamiféle formát adjon a sugárterápiának, akkor újra végig kell gondolni és beszélni, mert azok a finanszírozási problémák, amik a kemoterápiánál előjönnek, nyilván ennek egyre komolyabb vetülete lesz ezen a területen is. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy megfigyelhető, hogy az elmúlt egy-két hétben a Minisztérium elég aktív lett,

aminek véleménye szerint az a háttér, hogy új finanszírozás van kibontakozóban, és ezt megelőzően egy csomó dolgot szeretnének lezárni. Lehet ezt a problémát a következő Kollégium asztalára áttenni, hiszen ugyanígy voltunk 4 évvel ezelőtt, még megse alakult az új Kollégium, már megvoltak a feladatok, amit meg kellett csinálni. Tehát lehet azt választani, hogy elfogadjuk, de lehet azt is mondani, hogy tárgyalja következő Kollégium és akkor nem fogadjuk el. Dr. Mayer Árpád válaszában elmondta, hogy a kérést megváltoztatni nincs lehetőség, mert a Minisztérium azt kérte, hogy minimumfeltételekre tegyünk javaslatot. A Kollégium indulatosan reagált arra a felvetett ötletre vagy gondolatra, hogy legyenek olyan egységek, amit én nem palliatív kezelő egységeknek neveztem. Azonban a szakmának vannak olyan sikerei, hogy úgy indul, hogy palliatív és ebből megyünk 1,5-2-3 éves kurációba. Ezt eleve el kéne dönteni, hogy szabad-e egy ilyen nómenklatúrában gondolkodni. Véleménye az, hogy ne létesüljön ott sugárterápiás új egység, ahol nincs garancia, hogy évente legalább 500-600 új beteg kezelése reálisan várható, és ez nem a szakmának, hanem egy sokkal szélesebb körű grémiumnak a döntése, amivel teljes mértékben egyetért. Azt is tudomásul kell venni, ahhoz, hogy a sugárterápiát egy szinten tudjuk csinálni, gyakorlatra is szükség van, nem elég a könyveket tudni, a napi rutin elengedhetetlen. Pikó főorvos úr hozzászólására reagálva elmondta, hogy sajnos a sugárterápia nem a medical oncology, clinical oncology terminológiában gondolkodik, valamilyen leválasztási rendszereket tudomásul kell venni. Nota bene az új verzióba beletették a speciális feladatokat. Dr. Horváth Ákos szerint a palliatív egység túlzás, a meglévő egységek majdnem mind sugárterápiás részfeladatok ellátására alkalmasak. Lehet-e ilyen disztinkciót tenni, hogy szerepeljen még egy oszlop az anyagban a részfeladatok ellátására? Dr. Szilágyi István elmondta, hogy a Minisztériumban összeállítottak egy tervezetet a korábbi előterjesztések alapján, csak azt elfelejtették nekünk megküldeni. Azonban a nagyobb probléma az, hogy az itt megjelölt progresszív ellátási szintek a városi-megyei-regionális besorolást jelentik és a regionális centumszervezésnek is épp az egyik legfontosabb része, hogy még azok a megyei kórházak is, ahol sugárterápia van, azok is képezzék részét a regionális szervezetnek. Ezért azt javasolta, hogy a besorolások III/a,

III/b, III/c szint-jelölésekkel kerüljenek a megjegyzésbe, hogy ez mind a regionális szintű feladaton belüli különbségekre vonatkozzon. Ez megfelel annak, hogy más szakmák is javasolták az egyes szinteken belüli különbségtételt. Dr. Hideghéty Katalin szerint ebben az esetben tekintse a Kollégium minimumfeltételnek a harmadik oszlop sorát, kihúzza a kobaltágyút, az orthovoltot, a felületi röntgenkészüléket, az afterloadingot és az automata blokkvágó készüléket. Dr. Mayer Árpád válaszában elmondta, hogy Hideghéty tanárasszony javaslatát szakmailag nem tudja képviselni. Végzetül elmondta, hogy vannak dolgok, amikkel ő sem tud egyetérteni, de hozzá kell tenni, hogy éppen a technikánk fejlődése okán nem tekinthető egy lezárt dolognak. De most egy anyagot el kell küldeni a Minisztériumba, mert ez az egyik pillanatról a másikra annyira sürgős lett, annak ellenére, hogy 3 év alatt egyáltalán nem történt semmi. Dr. Szűcs Miklós kérte, hogy a Kollégium először Hideghéty tanárasszony javaslatáról szavazzon, amely szerint kerüljön pontosításra a minimum- és az optimumfeltétel, és hogy most véglegesen ne döntsön a Kollégium. A jelenlévők a javaslatot 2 igen, 5 nem, 9 tartózkodás szavazati arányban elutasították.

Dr. Szűcs Miklós ezt követően kérte, hogy az előterjesztő Mayer professzor javaslatáról szavazzon a Kollégium, amely szerint a 2007-ben elfogadott anyag a minimális módosításokkal kerüljön a Minisztérium részére megküldésre. A jelenlévők a javaslatot 5 igen, 3 nem, 8 tartózkodás szavazati arányban elutasították.

Dr. Kásler Miklós felhívta a figyelmet, hogy akkor a Kollégium megszavazta a 2004-es változatot, ugyanakkor a 2004-es nem maradhat, a Kollégium viszont úgy döntött, hogy mégis az maradjon, de abban a Kollégium egyetért, hogy ne maradjon annak ellenére, hogy megszavazta. Megoldásként javasolta, hogy tekintettel az ambivalens megoldásra az Országos Onkológiai Intézet letesz egy saját javaslatot, amelyet minden valószínűség szerint akceptálni fog a Minisztérium és ennek az alapozására elkérte Mayer professzor úr anyagát. Dr. Szűcs Miklós szerint ezek alapján a Kollégium azt a tervezetet fogja beküldeni, amit Mayer professzor úr összeállított és hogy a Kollégium ezt milyen szavazati eredménnyel fogadta el, és remélhetőleg a Minisztérium felkéri az új Kollégiumot, hogy az OOI anyagát tárgyalja meg.

Dr. Szántó János, DE OEC – *porta katéterek finanszírozásával kapcsolatos javaslat*: a javaslatot a jelenlévők 1 tartózkodással elfogadták.

Dr. Szántó János, DE OEC – Prof. Dr. Parragh György *centrumelnök levele a Nexavar készítmény alkalmazásával kapcsolatban*: Dr. Szűcs Miklós tájékoztatásként felolvasta a beérkezett levelet és elmondta, hogy Szántó professzor úr tájékoztatta, hogy a probléma megoldódott és a tárgyalása okafogyottá vált. A jelenlévők a tájékoztatást egyhangúlag elfogadták.

Szy Ildikó, EüM – *felkérés szakmai protokollok elkészítésére*: Dr. Szilágyi István elmondta, hogy 2008 decemberében a Minisztérium áttekintette az ez évben lejáró szakmai protokollokat. Ezek megújítására és az általuk javasolt továbbiak megírására kérte fel a kollégiumokat. Szerinte ezek már többnyire a következő Kollégiumra maradó feladatok, nem beszélve arról, hogy a krónikus leukémia ellátási protokollja benne van az Intézet által nemrég kiadott könyvben, a többi javaslat pedig a vonatkozó irányelvekben. Dönteni inkább arról kell majd, hogy a fájdalomcsillapításról és szupportív terápiairól jelenjen-e meg külön protokoll. Dr. Kásler Miklós szerint nyilvánvaló, hogy finanszírozási szempontból rendkívül hátrányos az onkológiának, hogy elkészítettük a protokollkönyvet. A mostani megkeresésre azt tudjuk válaszolni, hogy ami abban le van írva, az a szakmának az álláspontja. Dr. Szilágyi István elmondta, hogy az OGYI elővette azokat a protokollokat, amik majdnem szó szerint megegyeznek a két-három hónappal később kiadott könyvvel, de csak azokat fejezeteket, amik a Minisztérium honlapján megjelentek. A leukémiák fejezetei viszont nincsenek ezek között, és a hematológusokkal sem került egyeztetésre, ami nélkül nem is jelenteti meg a Minisztérium. Dr. Kásler Miklós szerint az minden további nélkül megtehető, hogy azt a fejezetet, ami náluk nincs meg, egyeztessék a hematológusokkal, de ők nem örültek meg belemenni abba a zsákutcába, amibe mi belemertünk. Dr. Pikó Béla rámutatott, hogy a hányáscsillapítás, fájdalomcsillapítás, anémia fejezetek nincsenek a könyvben, viszont a fájdalomcsillapításról készült olyan anyag, amit a Kollégium már elfogadott. Dr. Kásler Miklós szerint ezeket is elő lehet venni, de végül is a hányás egy colorectalis tumoros betegnél, vagy más beteg esetében az adott fejezetben le van írva. Dr. Szilágyi István

elmondta, hogy érkezett még egy e-mail, amely az Onkológiai Gondozásról szóló protokollról kér álláspontot. Kérdés, hogy ezt a protokollt kívánja-e a Kollégium megújítani vagy fenntartani? Dr. Kásler Miklós válaszában elmondta, hogy ez is benne van a könyvben, nem kell megújítani. Dr. Szűcs Miklós napirend végén kérdésként vetette fel, hogy Kásler professzor úr javaslatával ki ért egyet? A jelenlévők a protokollokkal kapcsolatos javaslatot egyhangúlag elfogadták.

## EGYEBEK

Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy érkezett felkérés a klinikai onkológia és onkológiai gondozók, szakrendelők minimumfeltételeinek véleményezésére is. Javasolta, hogy az anyagot mindenki kapja meg, nézze át és küldje be javaslatát, a következő Kollégium pedig megválaszolja a beküldött javaslatok alapján. Dr. Szilágyi István az anyaggal kapcsolatosan elmondta, hogy nagyon lényeges változás van a 60/2003-ban megjelenthez képest, mindjárt az elején egy hosszú bevezető szövegrész van, amibe beleépítették az onkoteamekre vonatkozó részeket. A jelenlévők a javaslatot egyhangúlag elfogadták.

Dr. Pikó Béla kérdésként vetette fel, hogy az onkoteamekről szóló rendeletet próbálja ez kiváltani, és olyan szemmel nézzük, és akkor gyakorlatilag a dolgunk az, hogy ez tartalmában megfelel-e a Kollégium által elfogadottaknak. Dr. Szilágyi István válaszában elmondta, hogy igen, mert a Minisztérium ebben az anyagban akarja megjelentetni az onkoteamet. Ezen kívül a klinikai onkológiai osztályok alapvető felszereltségéhez hozzá kell tenni, amit kihagytak a 4 évvel ezelőtti minimumkövetelmények közül, hogy mi minden háttér szükséges, milyen osztályok környezetében működhet onkológia egyáltalán. Ezt követi a progresszív ellátásszintek szerinti besorolás, ahol ragaszkodtunk ahhoz, hogy az onkológiai ellátás maximum kétszintű lehet, ezért szerepel ott az a két definíció. Ehhez csatlakozik az a része is a korábbi rendeletnek, amelyik felsorolja az intézményeket, hogy melyek végezhetnek klinikai onkológiai feladatokat. Ezekre 2007-ben és 2008 januárjában szintén küldtünk előterjesztést.

Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy a következő kérés szintén tegnap érkezett a Minisztériumból, a 9/1993-as rendeletről, ahol

a 125/a-tól most már j-ig található a listák. A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház levélben fordult a Miniszterhez és a Szakállamtitkár Asszonyhoz, hogy a 125/j listán, amelyen a fej-nyaki daganatok ellátására jogosult intézmények kerültek felsorolásra, kimaradtak, helyettük a Miskolci Egészségügyi Központ szerepel a listán. Javasoljuk, hogy a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház a Miskolci Egészségügyi Központ helyett kerüljön fel a listára. Dr. Pikó Béla rámutatott a listákkal kapcsolatban, hogy az anémia kezelésére szolgáló listán 66 intézmény található, de van a listán egy olyan intézmény, ami közben megszűnt, duplán szerepelnek az Orvostudományi Egyetemek, a Kaposi Mór Kórház, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház. Ezzel csak a listák valid voltára szeretne volna felhívni a figyelmet. A jelenlévők a választervezetet egyhangúlag elfogadták.

Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy 2009. március 3-án volt a Minisztériumban a Nemzeti Egészségügyi Tanácsnak egy rendezvénye, ami az onkológiai témakört tűzte napirendjére, többek között a Nemzeti Rákellenes Program aktuális helyzete címmel. A civil szervezetek, a szakfelügyelet, a Kollégium és az Országos Onkológiai Intézet kapott meghívót. A most szétosztásra került anyag annak a másfél-két órának a 15 pontban való összefoglalása, amiben úgy gondolja, hogy minden sérelem, bánat benne van, és ide kapcsolódik az az egy oldalas anyag, ami a Megyei és a Regionális Centrumok definíciójára vonatkozó javaslat. Az azonban szintén nem véletlen, hogy többek között a NET is éppen most tűzte napirendre ezt a kérdést, hiszen nagyon régóta ígérgetik, hogy az EU-s pályázat meg fog jelenni és azon belül is az az ígéret hangzott el, hogy a 12 onkoradiológias centrum fejlesztésére külön lehet pályázni. Azok az anyagok, amiket most kaptunk meg véleményezésre, a pályázati feltételekre mutatnak, ami az EU-s pályázatoknak a rendszerét mutatta. A jó hír az, hogy a pályázatok kihirdetés előtt állnak. A rossz hír, hogy nem tisztán csak sugárterápiás géppark fejlesztésére szolgál, tehát nagyobb lesz a pályázók köre. Ezért kérte, hogy az egyoldalú anyagot nézze át mindenki, bár ezt már sokszor tárgyalta a Kollégium, akár szavazni is lehet róla.

Dr. Kásler Miklós elmondta, hogy a rendezvény összességében nagyon rövid volt, a HOSPICE részéről, a Rákellenes Liga részéről szóltak hozzá pár szót laikus

közönség előtt. A NET egyetlen tagja sem orvos, leszámítva Papp Zoltán professzort, aki a NET-nek az elnöke. Mindenféle kérdés, ami ilyen közönségtalálkozón elhangzik, elhangzott, így kerültek szóba a centrumoknak a kérdései is. A két rákellenes szervezet elmondta, hogy a betegigény az, hogy centrumokban lássák el a beteget. Ekkor vetődött fel az, hogy Magyarországon nincsenek megjelölve a centrumok, pedig az Országos Onkológiai Intézet már leírta, a Kollégium teljes egyetértéssel elfogadta, hogy mi a megyei centrumnak, a regionális centrumnak és az OOI-nek a feladata. Ezen kívül még leírtuk, hogy ezekhez milyen módszerek kellenek, szervei lokalizációra lebontva, ennek a műszeres gépi hátterét, sőt még a szakemberigényt is. Tehát megvannak azok a szempontok, amik a döntéshez szükségesek, de ebben nem a szakma fog dönteni, mert ez szakmapolitikai döntés. Nyilvánvalóan figyelembe kell venni az európai kondíciókat. Tehát a javaslat elkészült, a Kollégium többször tárgyalta, elfogadta, ennek ellenére a regionális centrumokra döntés mind a mai napig nem született. Röviden ennyi történt. Ezt követően még néhány kérdés hangzott el, de végül is azt kell mondani, hogy rendkívül jó szándékú volt a NET-nek a hozzáállása. Mindeközben Papp professzor úr jegyzetelt és nyilván ennek a jegyzetelésnek a végeredménye ez az anyag. Nem tudja, hogy ezt ki írta, de ez a tömegmédiában így hangzott el, ami szerencsétlen dolog volt, mert úgy értelmezték, hogy kizárólag csak 10 kórházban történne, holott megközelítésben semmi nem változott. Mi centrumon mindig egy hálózatot értünk, aminek a központjában van a megyei kórház és akörül, amit ki lehet szignálni, azt ki kell szignálni, illetve a regionális centrum, amiről mindig is beszéltünk, az pedig 3-3 megyét fogna össze. A 15 pontot viszont nagyon kedvezőnek találta. Hozzá tartozik, hogy a NET-nek semmiféle hatásköre nincsen.

Ezt követően a NET 15 pontos anyaga 1. pontjával kapcsolatosan Dr. Pikó Béla, Dr. Mayer Árpád, Dr. Hideghéty Katalin, Dr. Thurzó László, Dr. Kopper László fejtette ki ellenérzéseit, javaslatait, amelyek figyelembevételét követően állásfoglalás kiadását javasolták. Ennek szövegtervezete: A Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium változatlanul fenntartja azon elképzelését, mely az onkológiai ellátás rendszerét, az onkológiai intézet, a regionális és megyei/



fővárosi centrumok szervezett együttműködésével, az adott szinteken működő diagnosztika és terápia, valamint a megfelelő betegutak biztosításával tartja megvalósíthatónak. A centrumok kialakításában szakmai szempontok figyelembevételét, a tevékenység rendszeres áttekintését, az esetleges hiányosságok feltárását és a betegellátás érdekében történő korrekcióját tekintjük az egyetlen elfogadható és az európai elvárásokat is figyelembe vevő módszernek. A jelenlévők a NET 2009. március 3-ai ülésén hozott határozatok 1. pontjában megfogalmazott célkitűzéssel kapcsolatban kialakított állásfoglalást egyhangúlag elfogadták.

Dr. Szűcs Miklós végezetül kérdésként vetette fel, hogy a megyei és regionális centrumok definícióját tartalmazó anyagról kíván-e a Kollégium most szavazni, mert ezzel segítenék a pályázatokat. Ezt már többször tárgyalta, elfogadta a Kollégium más anyaggal együtt, amiből most Szilágyi főorvos úr ezt a részt kiemelte. Thurzó professzor úr jelezte, hogy a szegedi kórház több mint egy éve a Szegedi Onkoterápiás Klinika része, ezt a részt aktualizálni szükséges. Dr. Pintér Tamás jelezte, hogy az anyag utolsó mondatában az van, hogy a Közép-dunántúli Régióban nincs ilyen feladatra felkészült intézmény; ezt a részt lehetne-e pontosítani? Dr. Szilágyi István szerint ezt a részt lehet úgy folytatni, hogy „ameddig ez meg nem valósul, addig...” A jelenlévők a megyei és regionális centrumok meghatározására előterjesztett anyagot 1 tartózkodással elfogadták.

Dr. Pikó Béla mindenkinek megköszönte a segítséget, és ha valakit megbántott, azért elnézést kért.

Dr. Kásler Miklós az ülés végén megköszönte Szűcs Miklós elnök úrnak, hogy ezt a 4 évet végigmasírozta. Őszinte tisztelete a kitartásának és a türelmének. Megköszönte a tagoknak a segítséget és munkát. Személyes megjegyzésként elmondta, hogy rengeteg új ismeretre tett szert, szakmailag is, illetve az emberi természet, illetve a szenvedélyek mélységének a megismerésében is. Őszinte köszönete ezért a lehetőségért és a következő Kollégiumnak nagyon sok sikert kívánt.

Dr. Szűcs Miklós zárszóként elmondta, hogy közel 5 évig mégiscsak legitim volt ez a Kollégium és elég sok munkát végzett, amit megköszönt. Azt kívánta, hogy a következő Kollégium is hasonlóképpen működjön, hozza meg a fontos határozatait és a döntéseit, legyen kritikus, mert ezek a kritikák, vélemények elsősorban arra inspirálják azokat az embereket, akik az előterjesztéseket elkészítik, hogy kellő odafigyeléssel és kellő szakmaisággal készítsék el ezeket a dolgokat. Ő is megköszönt mindenkinek mindent, és ha valakit megbántott, azért elnézést kért, de az csak azért volt, mert azt szerette volna, hogy menjen a munka. Azoknak, akik ebből a Kollégiumból átkerülnek az újba, jó munkát kívánt, bár úgy véli, hogy még nehezebb körülmények között fognak dolgozni. Ettől függetlenül jó egészséget és kitartást kívánt mindenkinek.

k.m.f.

*Prof. Dr. Kásler Miklós*  
titkár

*Dr. Szűcs Miklós*  
elnök

*Dr. Moskovits Katalin*  
az emlékeztető hitelesítője