

# EMLÉKEZTETŐ

## a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium

### 2009. június 12-i üléséről

Dr. Thurzó László üdvözölte a jelenlévőket. Bejelentette, hogy a Kollégium határozatképes, majd kérdésfeltevést követően megállapította, hogy a módosított napirenddel és az előző ülésről készített emlékeztetővel kapcsolatosan kiegészítés, észrevétel nem történt. Ezt követően átadta a szót Kásler Miklós professzor úrnak. Dr. Kásler Miklós megköszönte a bizalmat, amivel a Kollégium megválasztotta a titkári feladatok ellátására.

*DEOEC ÁOK Sugárterápia Tanszék vezetői állására benyújtott pályázat tárgyalása.* Dr. Thurzó László tájékoztatásként elmondta, hogy Paragh professzor úr levélben kérte kimentését az ülésről. Dr. Szluha Kornélia röviden ismertette a tanszék vezetésével kapcsolatos célkitűzéseit. A Szakmai Kollégium Dr. Szluha Kornéliát 13 alkalmas (12 jelenlévő, 1 írásos) szavazattal tartotta alkalmasnak a tanszékvezetői állás betöltésére.

*Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai Onkológiai Osztály osztályvezető főorvosi állására benyújtott pályázat tárgyalása.* Dr. Thurzó László előzetesen elmondta, hogy a pályázat beadási határideje 2009. május 22-e volt, de a Kórház a pályázati anyagot csak július 5-én továbbította, így azt július 8-án, hétfőn kapta kézhez. A pályázat tárgyalásának napirendre tűzése előtt a tagokat telefonon megkérdeztük, akik annak tárgyalását egyhangúlag támogatták, mivel a pályázót mindenki jól ismeri és az osztály vezetését 4 éve megbízással látja el. Dr. Boér Katalin ezt követően részletesen ismertette a pályázatban leírt célkitűzéseit. Dr. Pintérmé Dr. Gönczi Ágnes elnézést kért a pályázat késedelmes megküldése miatt, egyben megköszönte, hogy a Kollégium lehetővé tette a tárgyalását. Elmondta, hogy a Klinikai Onkológiai Osztály a Kórház megelégedésére szolgál és teljesít. A volt Margit Kór-

ház Sebészeti Osztályának kiürült funkciói miatt szabadon maradt műtő kapacitásait kihasználva onkológiai (emlő) műtéteket terveztek, és ezeket januárban elindították. A patológia, diagnosztika, mammográfia, UH és egyéb képalkotó diagnosztika is rendelkezésre áll, így ezek a betegek az onkológiai bizottságok működésével a jó szakmai felügyeletet, a gondozást, az aktív ellátást megkaphatják. Dr. Szánthó András kérdésként vetette fel, hogy a János Kórház Sebészeti, Nőgyógyászati Osztályainak az onkológiai beteganyaga jelenleg hol kerül kezelésre, valamint, hogy az onkológiai bizottság egyesített-e. Dr. Pintérmé Dr. Gönczi Ágnes válaszában elmondta, hogy az onkosebészeti ellátás egy részét a volt Margit Kórház, egy részét az Országos Onkológiai Intézet és az Állami Egészségügyi Központ, egy bizonyos beteganyagot pedig a János Kórház kapja meg, de ez attól is függ, hogy a beteg hol kerül diagnosztizálásra. Van területi ellátási kötelezettségük is, de éppen ez az ellátás tud sérülni azzal, hogy a sebészet olyan fővárosi ügyeleti ritmusban vesz részt, amelyik egy héten 3-szor, 4-szer rendelkezésre kell, hogy álljon. Ezért vittünk át a volt Margit Kórházba egy típusú sebészeti ellátást. Az onkológiai bizottságokkal kapcsolatosan elmondta, hogy a két telephelynek egy onkológiai bizottsága van. A Szakmai Kollégium a jelenlévők szavazata alapján Dr. Boér Katalint 12 alkalmas szavazattal tartotta alkalmasnak az osztályvezető főorvosi állás betöltésére.

*Ügyrend elfogadása.* Dr. Thurzó László elmondta, hogy a beérkezett vélemények, javaslatok alapján került összeállításra a megküldött ügyrend, egyben javasolta, hogy annak mellékletei közül kerüljön törlésre a Munkabizottságok éves munkaterve, mert a mai napirendből is látszik, hogy a Munkabizottságok amúgy is azt csinálják, amit

Helyszín az Országos Onkológiai Intézet Tanácsterme

Jelen van  
12 kollégiumi tag

a Kollégium felkérésben megkap. A jelenlévők az Elnök által javasolt módosítással az ügyrendet egyhangúlag elfogadták.

*Dr. Molnár Márk Péter, OEP – Hycamtin (topotecan), Erbitux (cetuximab), Firmagon (degarelix) készítmények alkalmazásáról szakmai állásfoglalás kérése.* Dr. Dank Magdolna elmondta, hogy a Hycamtin készítmény esetében egy kapszula kezeléséről van szó, amely jelen helyzetben hiánypótló azoknál a kissejtes tüdőrákos betegeknél, akik szoros orvosi ellenőrzés mellett otthonukban is kezelhetők. A jelenlévők a Gyógyszerterápiás és Finanszírozási Munkabizottság által a Hycamtin készítményről benyújtott előterjesztést egyhangúlag elfogadták.

Dr. Dank Magdolna elmondta, hogy az Erbitux készítménnyel kapcsolatosan az előterjesztésben ismertetésre kerültek a CELIM vizsgálat adatai, aminek alapján egyértelműen pozitív a haszon a betegek oldalán az CETUXFOLFOX6 kezeléssel. Levezetésre került, hogy mennyi többletkiadás várható a biztosítótól, figyelembe véve a vizsgálatnak a kiemelkedő adatait, mindenképpen javasolt, hogy a CETUXFOLFOX6 protokoll megjelenjen a HBCs finanszírozás keretében. Dr. Pintér Tamás kiegészítésként elmondta, hogy az ASCO ajánlások szerint is a cetuximabos kombinációs alkalmazás a legkedvezőbb, részben, mert itt a remissziós arány valamivel magasabb, valamint az utolsó kezelés és a műtét között eltelt idő sokkal kevesebb, mint az Avastin esetében, ezáltal sokkal jobban tervezhető. Nemzetközi viszonylatban is ez az ajánlott kezelés. A jelenlévők a Gyógyszerterápiás és Finanszírozási Munkabizottság által az Erbitux készítményről benyújtott előterjesztést egyhangúlag elfogadták.

Dr. Dank Magdolna elmondta, hogy a Firmagon készítmény egy LH-RH-receptorblokkoló készítmény, amelynél kiemelendő, hogy nem szükséges anti-androgén adása, mert ún. flare-up reakció ennél a gyógyszernél nincs, ami a prosztatatarák kezelése során ennél a csoportnál jelentős költséghatékonyságot jelent. A kérdés a felírhatóság, mert már korábban is kiszámolásra került, hogy várhatóan az incidenciaadatok alapján 6000 új beteg/év-ig fog emelkedni az újonnan felfedezett prosztatadaganatos betegek száma, akiknek kb. a 70%-a előrehaladott stádiumban van és részesülhet ebben a kezelésben. Az eü. pont szövegének meghatározásában most kellene a Kollégiumnak meggyeznie. Javaslat, hogy a felíró orvosok között a klinikai onkológus, a sugárterape-

uta mindenképpen kell, hogy szerepeljen, a kérdés, hogy az urológus szakorvosok hogy írják fel. Az előterjesztésben leírtakhoz képest módosítás, de az eddigi javaslatok ilyen esetekben mindig úgy fogalmaztak, hogy az „onkoteam döntése alapján”. A jelenlévők a Gyógyszerterápiás és Finanszírozási Munkabizottság által a Firmagon készítményről benyújtott előterjesztést – az eü. pont módosításával – egyhangúlag elfogadták.

*Dr. Koncz József, EüM – az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendelkezéséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet módosításáról szóló egészségügyi miniszeri rendelettervezet véleményezése.* Dr. Garami Miklós szerint az alapvető gond, amit ez a rendeletmódosítás sem tud megoldani, hogy a magyar törvényalkotónak nincs joga a törzskönyvi indikációt módosítani, valamint az, hogy hiába alkalmazza a szakma a készítményeket, ugyanis a törvény nem tudja befogadni, amennyiben ezeket a gyógyszereket gyártó cég nem törzskönyveztette. A tervezet radikálisan egyszerűsíti az indikáción túli készítmények alkalmazását, de továbbra is bejelentési kötelezettséget fog előírni. A két Munkabizottság véleménye, hogy a rendeletmódosítás elfogadható. Dr. Szilágyi István elmondta, hogy a bejelentési kötelezettségtől azért sem lehet eltekinteni, mert e kezeléseket Európában mindenhol be kell jelenteni, a bejelentés viszont automatikusan megtörténik az ellátás jelentésével, az OEP-finanszírozással. Amennyiben az OEP-adatok is átadhatók lesznek a Rákregiszternek, akkor annak is meg lehet találni a technikai módját, hogy ezt a bejelentést ne egyenként kelljen elvégezni. A jelenlévők a Gyógyszerterápiás és Finanszírozási Munkabizottság véleménye alapján a 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet módosításáról szóló egészségügyi miniszeri rendelettervezet megjelentetését egyhangúlag támogatták.

*Dr. Jászberényi Éva, EüM – a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESZCSM rendelet módosításáról szóló miniszeri rendelettervezet véleményezése.* Dr. Dank Magdolna elmondta, hogy – Thurzó elnök úr felhatalmazásával – részt vett a Szakmai Kollégiumot képviselve a Nemzetközi Gyógyszergyártók által kezdeményezett megbeszélésen, ahol a társ-szakmai kollégiumok is megjelentek. A megbeszélésen jelenlévők egyértelműen

észrevételezték, hogy ha a normaszöveg megfogalmazása nem egyértelmű, akkor az összes készítmény ennek a normaszövegnek alapján lesz majd besorolva. Ezen kívül mivel az indikáció szerinti besorolás lehetővé teszi, hogy az egy csoportba tartozó készítmények közül csak az egyik lesz rendelhető, pl. az emlőrák esetében az aromatózsgátló készítmények közül csak a zitazonium lesz rendelhető és az összes többi készítmény nem. A 32/2004-es rendelet módosítására készült előterjesztés hibája, hogy a szövege és a normaszöveg nem teljesen parallel, hiszen az előterjesztésben a biológiai gyógyszerekről, különösen az SH készítményekről van szó, a normaszövegben azonban a jogalkotó erre nem tér ki. A megbeszélésen felhívta a figyelmet, hogy az onkológiában nagy zavart kelt az ún. első- és másodvonásban adható készítmény besorolás, mert ha ez így fog megjelenni, akkor ez ütközni fog a törzskönyveknek és a protokolloknak a szövegével, ami ellehetetleníti a további kezelést. Ezért javaslatot tett, hogy a szövegbe az „elsődlegesen és másodlagosan alkalmazandó gyógyszerek” szövegezés kerüljön. Többen kifogásolták azt, hogy az új beteg, mint fogalom nem került bele sem az előterjesztésbe, sem a normaszövegbe. Minden kollégiumi résztvevő kifogásolta, hogy a rendelettervezet a szakmai evidenciákat teljesen figyelmen kívül hagyta, továbbá, hogy a terápiás választhatóság lehetősége beszűkítésre kerül, és ha a tervezetben megfogalmazott licit megvalósul, akkor ez azzal a veszéllyel fenyeget, hogy egy gyártó jut monopolhelyzetbe. Ezzel kapcsolatosan a gyártók magánbeszélgetése azt tükrözte, hogy hajlandóak lennének lemenni a licitet nyert gyógyszer árára és így megmaradhatna az orvosnak a gyógyszerválasztás lehetősége, a finanszírozónak pedig az, hogy a kasszában több pénzt tud benntartani. A kérés az volt, hogy a Kollégiumok a levelet véleményezzék, és arról döntsenek, hogy az itt leírt elvekhez a Kollégium áldását tudja-e adni. Dr. Thurzó László megköszönte a tájékoztatást és elmondta, hogy korábbi levelezés kapcsán az államtitkár asszony jelezte, hogy ebben a kérdésben rövidesen szakmai megbeszélésre kerül sor, ezt követően érkezett a rendelettervezet, mégpedig elég rövid határidővel úgy, hogy július 1-jével kívánják bevezetni, annak ellenére, hogy semmiféle szakmai egyeztetés nem volt. Dr. Kásler Miklós szerint sajnos a Kollégium véleményével a folyamatot nem

tudja befolyásolni, és így nem tehet mást, mint hogy a szakmai preferenciákat veszi alapul azzal, hogy legfeljebb ezek mellett a tervezetben megfogalmazottakat rendező elvként lehet folytatni. Dr. Pintér Tamás elmondta, hogy a tervezet a kisvolumenű gyógyszerek támogatására is vonatkozik, nem csak egy mostani, a biosimilart tartalmazó anyagra. Ez egy általános rendelet és úgy is fogalmaznak, hogy a további újabb gyógyszerekre is alkalmazható. Nyilván támogatandó, hogy a gyógyszerterápiás költségek valamennyire mérséklődnek, de ennek nem lehet az az ára, hogy a betegeknek a veszélyeztetése nagyobb legyen. Nagyon támogatandó, hogy spórolni akarunk, de azért a szakmát teljesen feladni érte, ezt nem lehet vállalni. Dr. Szilágyi István véleménye, hogy lehetne tiltakozni bizonyos megfogalmazások ellen, szövegszerűen is, valamint, hogy ennek a rendeletnek alapvető konstrukciós hibája az is, hogy nem a biztosított beteg ellátását, hanem a vállalatok finanszírozását szabályozza, és ebben előnyöket biztosít. Az „első- és másodvonásban adható készítmény” besorolás vagy az „elsődlegesen és másodlagosan alkalmazandó gyógyszerek”, szövegezése helyett azért javasolja az „előnyben részesít” megfogalmazást, mert ez valóban nem szakmai magyarázata annak, amit akarnak, de másként akármelyik szakkifejezést is ajánlja a Kollégium, azzal szakmai indoklást is nyer a finanszírozási kényszer. Dr. Garami Miklós javasolta, hogy mivel ma van a határidő, jelezzük a rendelettervezettel kapcsolatos szövegszerű javítási javaslatunkat, amit Dank docens asszony összeállít, egyébként pedig a szakmai kollégium általános véleménye az, hogy ezt a másik rendező elvet nem javasoljuk érvényesíteni, hanem kérjük annak szakmai prioritásokkal történő összhangba hozását.

*Dr. Bodrogi István, OOI – rossz prognózisú, predominánsan világossejtes szövettanú, áttétes vesecarcinomás betegek részére a Torisel készítmény egyedi méltányossággal történő rendelésének támogatása.* Dr. Dank Magdolna elmondta, hogy Bodrogi professzor úr kérelemében leírásra került, hogy milyen feltételeknek kell megfelelnie egy betegnek, hogy alkalmas legyen ennek a készítménynek a megkapására. Javasolta a benyújtott kérelem támogatását. Ezen túlmenően jelezte, hogy a Gyógyszerterápiás és Finanszírozási Munkabizottság részéről felmerült az a kíváncsi, hogy az OEP Ár-

támogatási Osztály részére készüljön el egy levél, amelyben a Kollégium jelzi, hogy a jövőben az összes ilyen készítmény szakmai pontjainak az összeállításában részt szeretne venni. A jelenlévők Dr. Bodrogi István előterjesztését a Torisel készítmény egyedi méltányosságban történő rendelésével kapcsolatosan egyhangúlag támogatták.

A jelenlévők a Gyógyszerterápiás Szakcsoport elnökének javaslatát, amely szerint a Kollégium az egyedi méltányosságban rendelt készítmények szakmai szempontjainak összeállításában részt vehessen, egyhangúlag támogatták.

*Dr. Medgyaszai Melinda – finanszírozási rendszerhez kapcsolódó javaslatok.* Dr. Kásler Miklós szerint a válaszban le kell írni, hogy a 70–30%-os finanszírozási rendelettel nem lehet daganatos betegeket korszerű módon ellátni. A betegség súlya és népegészségügyi jelentősége indokolja, hogy az onkológiát, mint diszciplínát kivegyék a rendelet hatálya alól. Olyan OEP informatikai fejlesztések vannak, vagy lesznek a közeljövőben, hogy a betegség teljes terápiás algoritmusát lehessen követni. Van a 110%-os szabály, ha rászáll az OEP, darabonként nézi végig, mert minden garancia megvan az OEP-nél a kontrollra. Nekünk meg nincs meg a garanciánk arra, hogy el tudjuk látni korrekten a beteget. Ez arra is jó lenne, hogy a kórház vagy az egyetem vezetése ne tudjon abstarni lecsapni 30–40%-ot. A Kórházszövetség zártkörű ülésén Miniszter úr jelezte, hogy a HBCs értéke a 150 000 Ft-ról 70 000-re devalválódott, de a realitás ezt 62–64 000 Ft közé teszi, és az egységnyi járóbetegpont is devalválódott kb. 60 fillérré, de közzgazdászok számítása szerint a legelső becslés 28 fillér. Az onkológia szempontjából sajnos teljesen mindegy, hogy mennyi, ennyiből korrekten daganatos beteget nem lehet ellátni. Megint az a tendencia, hogy tolják a drága ellátást a megyei kórházak, egyetemek, illetve az egész ország az országos intézet felé. Eléggé nagy a nyomás arra, hogy az onkológia kerüljön ki ebből a csoportból, és ezt a javaslatot most már mintha a kórházigazgatók is elfogadnák. Ennek felvetését most kéne megpróbálni, mert ez lenne a megoldás, a legrosszabb esetben nem sikerül. Dr. Horváth Ákos egyetértett a felvetéssel, de arra felhívta a figyelmet, hogy amikor a garanciaszabály alól sikerült kivenni a beavatkozásokat, a sebészet után a sugarat és a kemoterápiát, a beavatkozásokat megelőző vizsgálatokat, pl. a kemoterápiánál a vérképet, sugárterápiánál a CT-t

a garanciaszabály alól nem vették ki, tehát a sebész fizette a garanciaszabály alatti lokalizációs CT-t. Dr. Tolnay Edina észrevételezte, hogy a másik veszély az, hogy az is tervezet, hogy a következő években, ha viszszamennek a kórházak a 70%-os teljesítésre, akkor az lesz az alapteljesítmény, amit majd ahhoz képest is csökkenteni fognak. Dr. Thurzó László elmondta, hogy annak ellenére, hogy az előző Kollégium előzetesen jelezte, hogy kiszámíthatatlan káros következményei lesznek, ha a TVK megszűnik és felváltja a lebegtetés, valamint, hogy az új eljárások befogadása hiányzik és befogadásukról egy szó nem esett még, Szakállamtitkár asszony a mostani levelében azt kéri a Kollégiumtól, hogy a bevezetett finanszírozási rendszerhez kapcsolódó javaslatokról, különös tekintettel az onkológiai betegek ellátására, adjon tájékoztatást. Javaslat, hogy a válaszban kerüljön megfogalmazásra, hogy mindent, ami felmerült március 26-án, a mindennapi gyakorlat bebizonyította, olyan helyzet alakult ki, hogy az onkológiai betegek ellátását ellehetetleníti és gyakorlatilag a betegek jó része a jelenlegi finanszírozás mellett ellátatlan marad. Dr. Szilágyi István elmondta, hogy a két javaslat közül az egyik az általános finanszírozást érinti, ami egy általános negatív folyamat és előbb-utóbb fel fogja vetni a biztosítási csomag kérdését, hogy mi az, amit a biztosító 100%-on vagy ahogy a gyógyszereknél megszoktuk, alacsonyabb %-on biztosít. Ez a folyamat azonban ellehetetleníti az onkológiát, amit mindenképpen 100%-on kell megtartani, nem csak a gyógyszer-támogatásban, hanem a fekvőbeteg-ellátásban is, azaz sehol se csökkentsek a támogatás mértékét. A másik része lenne a válasznak az, ahol tételesen kellene felsorolni azokat a nem finanszírozott ellátásokat, amiket korábban javasoltak, mert ezek befogadása esetén van csak továbbra is remény a finanszírozásukra. A jelenlévők a válaszban az elhangzott javaslatok megjelenítését egyhangúlag támogatták.

*Dr. Marschalkó Izabella, EüM – PIPB finanszírozása.* Dr. Ágoston Péter röviden összefoglalta az eljárás lényegét, tájékoztatta a Kollégiumot az eddig elkészített és a finanszírozó részére benyújtott adatlapokról, valamint az azokban megjelenített adatok egyeztetéséről. Dr. Thurzó László elmondta, hogy a minisztérium azt kérte, hogy a Kollégium ismételten nyilatkozzon arról, hogy változtatlanul támogatja-e az eljárás OEP általi finanszírozását, valamint, hogy

ha igen, milyen indikációs körben tartja igazoltnak az eljárás elvégzését? Az anyagban 80 éves kor szerepel, várható élettartam 5 év. Ezen túlmenően kérdésként vetette fel, hogy a „...szakmai kompetencia urológiai feltétel, 3 év gyakorlat...” meghatározást hogyan kell értelmezni, mert az teljesen nyilvánvaló, hogy feltétel a sugárterápiás szakvizsga, a brachyterápiás szakmai gyakorlat és az oktatáson való részvétel, mert a beteget meg kell szűrni. Mit kell érteni az alatt, hogy „urológiai minimumfeltétel”? Dr. Ágoston Péter válaszában elmondta, hogy az anyagban módosításra került a várható élettartam (>10), a korhatár-meghatározás pedig nem szerepel az anyagban, ami előzetesen az urológusokkal is egyeztetésre került. Ezen kívül elmondta, hogy az urológiai minimumfeltétel azért került bele, mert a szövődmények ők látják el. Dr. Kásler Miklós egyetértett Thurzó professzor úr észrevételével. Ez egy sugárterápiás beavatkozás, ennek következtében az eljárás végzésének a helye a sugárterápiás osztály, feltételrendszere a sugárterápia feltételrendszere, ezért a javaslata az, hogy az anyagban úgy szerepeljen, hogy „urológiai konzíliumi háttér szükséges”. De kérdés, hogy hány beteg várható? Dr. Ágoston Péter szerint, ha a seed implantáció elterjed, akkor ez a szám országosan kb. 200 beteget fog jelenteni. Dr. Kásler Miklós felvetette, hogy miután drága kezeléstről van szó, a várható betegszám alapján e betegek ellátását az Országos Onkológiai Intézet, a DEOEC, SZTE és a Kaposvári Egyetem el tudja végezni. A jelenlévők az ülésen elhangzott kiegészítő módosításokkal a benyújtott előterjesztés megküldését egyhangúlag támogatták.

*Gyermekonkológiai Szekció – gyermekonkológiai protokollok szakmai véleményezése.* Dr. Garami Miklós elmondta, hogy a gyermekonkológiában a kezelések 90%-a indikáción túli kezelés. Ezért a Kollégiumhoz benyújtott anyagban egységes szerkezetben kerültek összefoglalásra a gyermekonkológiában jelenleg elsővonalban alkalmazandó kezelések, amelyeknek szakmai támogatását kérte a protokollok megjelentetéséhez. A jelenlévők a javasolt gyermekonkológiai protokollok megjelentetését egyhangúlag támogatták.

*Dr. Pfliegler György, MTHT – a thromboemboliák megelőzése és kezelése (irányelv).* Dr. Pintér Tamás az anyag kiegészítését javasolta azzal, hogy a halmozottan magas kockázatok meghatározásánál, ami a nemzetközi ajánlásokban is szerepel, az immo-

bilizációval járó katéterek, tartós infúziós kezelések, olyan vénás keringés zavarhoz vezető állapotok, mint kompressziót okozó nyirokcsomóáttétek jelenléte mindenképpen szerepeljen és a magas kockázatú csoportba tartozzon. Mikor a rizikópontérték-meghatározást kalkulálják, ezt a két csoportot egy-egy pontként bele kéne tenni. A jelenlévők az elhangzott kiegészítő javaslatot egyhangúlag támogatták.

*Csehi Gábor, EüM – elnökségi prioritás.* Dr. Thurzó László elmondta, hogy mikor Magyarország lesz az EU soros elnöke, az elnökségi prioritás a gyermekellátásra koncentrálna, bár lehetőségként több mindent felsorolt. Dr. Garami Miklós elmondta, hogy a gyermekgyógyászatban belül is kiemelt prioritást élvez a gyermekonkológia. Magyarországon a gyermekellátás rendkívül nehéz helyzetben van, ezért szerepel a javaslatban, hogy mind a felnőtt-, mind a gyermekonkológia jelenjen meg nevesítve, mert ez olyan keresztmetszeti pont, ahol nagyon minimális költségbefektetéssel nagyon nagy haszon érhető el a társadalom számára. Dr. Kásler Miklós kiegészítésként hozzátette, hogy a szlovén elnökség (1 évvel ezelőtt) prioritása az onkológia volt, ami nagyon sokat segített. Ezért véleménye szerint a Kollégium megírhatja, hogy ismételt mérlegelésre ajánljuk ezt a témát, különös tekintettel arra, hogy ezt a szlovén program folytatásaként lehetne vinni. Ezen kívül 2010-ben hazánkban tartja évi közgyűlését az OEIC, tehát sok mindent lendületbe lehetne hozni. A jelenlévők az elhangzott javaslatokkal, észrevételekkel egyhangúlag egyetértettek.

*Dr. Héjja Mária, EüM – vizeletfelszívó és defekálási segédeszközök, egyszer használatos gyermek nadrágpelenkák befogadási és felírási jogosultságának szakmai véleményezése (utólagos jóváhagyás). 06 30 kódszám alatti „más, nem végtag protézisek” felírási jogosultságának kibővítésével kapcsolatos véleménykérés (utólagos jóváhagyás).* A jelenlévők a Minisztérium részre korábban már megküldött leveleket utólagosan egyhangúlag jóváhagyták.

*Dr. Tenke Péter, Urológiai SzK – prosztatarák szűrése.* Dr. Ottó Szabolcs elmondta, hogy a Kollégium egyetérthet azzal, hogy opportunisztikus jellegű szűréssel, kiterjesztett populációs jellegű szűrő munka elinduljon, ugyanis ez az 1997-es rendeletben benne van, tehát rendeleti alapja is van. Azonban az urológiai szakma képviselői megint beleesnek abba a hibába, hogy irracionális módszertani elvárásokkal egy szűrési

protokoltt és egy hatásos szűrési programot nem lehet összeállítani, az ún. PCA3 gén vizsgálatáról van szó, ami molekuláris genetikai módszertanú szűrés igényelne, de ez kísérleti stádiumban van. A magyar egészségügyi mai helyzetét tekintve ez a felvetés nem időszerű, hiszen erre pénz biztos, hogy nincsen. Reálisnak látszik az Amerikai Ráktársaság közleménye, amelyben van egy olyan kitétel, hogy akkor javasolják, hogy ha az illető férfinél 50 év felett 10 éves túlélés várható, ez egy teljesen provizórikus dolog, tehát sem szabad PSA, sem különböző PSA-denzitás, stb. ebbe a szűrőprogramba nem vehető be. Érdekes felvetés lenne még a szabad-kötött PSA aránya, ahol ha a küszöbértéket nézzük, akkor 4 és 10 között indokolt lenne, de nem ebben az országban. Ha a PSA-val végig futtatjuk, józan önmérséklettel, akkor reális esély lehet arra, hogy ezen el fognak gondolkodni. Dr. Kásler Miklós csatlakozva Ottó professzor úrhoz elmondta, hogy mértékadó fórumok, tehát az Európai Rákellenes Kódex és más dokumentumok nem tartalmazzák a populációsintű prosztatarákszűrés, pontosan a mindenki által ismert bizonytalanság miatt. Más kérdés az esetleges prosztatavizsgálat támogatása. Ezt mindenképpen felértékeli, hogy Ausztriában megjelent egy cikk, amelyben prospektív vizsgálatról volt szó, aminek a kezdete 12 évre megy vissza és végül ez evidenciának tekinthető és nagyon kedvező volt a végső konklúzió. Javaslat, hogy a Kollégium úgy foglaljon állást, hogy ez támogatásra érdemes, mert populációsintű haszna lehetne. Dr. Mangel László felvetette, hogy a levelezésben szóba került, hogy ha bármilyen szinten ebben továbblépünk, akkor valamiféle szakmai protokollt kellene az urológusokkal együtt írni a túlkezelések elkerülésére. Kérdés, hogy ez most mennyire időszerű? Dr. Kásler Miklós szerint még nem az, ha odáig eljutnánk, hogy bizonyos életkorban és megadott körülmények között a PSA-vizsgálatot finanszírozná az OEP, de már ez önmagában egy szinte elérhetetlen dolog, ha mégis így lenne, akkor lenne ez aktuális. Dr. Ottó Szabolcs szerint adott beteg esetében hagyni kéne azt a daganatot, mert elég idős, hátha túléli, a másik pedig az, amikor valaki még fiatal és kezelni kéne a daganatot. Itt is józan mérlegelésre lenne szükség, mert a prosztatarákos betegek jelentős arányban halnak meg. Vigyázni kéne ezzel a túlkezeléssel, egyéni elbírálás alapján. Azt kéne elérni, hogy az 50 év feletti korosztályban a szűrés elfogadhatóvá tegyük. Az Amerikai Ráktársaság állásfog-

lalásában egy érdekes és rendkívül humánus kiemelés van, mégpedig az, hogy ha az illető férfi odajön, és azt kérdi, hogy menjen-e el prosztatarákszűrésre, akkor az orvos nem mondhatja azt, hogy nem. A jelenlévők a prosztatarákszűrésre vonatkozó urológiai javaslattal kapcsolatban elhangzott véleményben megfogalmazottakat egyhangúlag támogatták.

*Dr. Pajkos Gábor – implantálható katéterek többletfinanszírozásának támogatása.* Dr. Szilágyi István elmondta, hogy e kéréseket a Kollégium mindig támogatta, de megoldást csak az jelenthet, ha a MEP-pel kötött intézményi szerződésbe egy soron megjelennek a tételesen finanszírozott eszközök, mert ha igen, akkor el tudja számolni, ha nem, akkor nem. A Kollégium támogatása nélkül viszont a MEP automatikusan nem köt szerződést. A jelenlévők a Bács-Kiskun Megyei Kórház Onkoradiológiai Központjának kérését egyhangúlag támogatták.

*Dr. Kopper László, Patológiai SzK – képviselő delegálása.* Dr. Kásler Miklós válaszként azt javasolta, hogy témák szerint a kölcsönösség jegyében, eseti megbízással. A jelenlévők az elhangzott javaslatot egyhangúlag támogatták.

*Költségvetési terv elfogadása.* Dr. Thurzó László elmondta, hogy az ezzel kapcsolatos levelet mindenki megkapta, majd részletesen ismertette a 2009. évi költségvetési tervet. A Szakmai Kollégium a jelenlévők szavazata és az írásban leadott szavazat alapján a 2009. évre vonatkozó költségtervet egyhangúlag elfogadta.

*Őszi ülések tervezett időpontjai.* A jelenlévők egyhangúlag megszavazták, hogy a következő ülés időpontja 2009. szeptember 11-e legyen és a novemberi ülés időpontja a szeptemberi ülésen kerül véglegesítésre.

## EGYEBEK

*Dr. Székely Tamás, EüM – átfogó kódkarbantartás-ráfordítás (tájékoztatás).* Dr. Szilágyi István elmondta, hogy az OEP még nem fejezte be a beérkezett adatok feldolgozását, de ha ezzel készen lesznek, akkor azt megküldik a Kollégiumoknak. A költségfelmérés után várható, hogy a pontértékekben, HBCs értékekben is új javaslatok lesznek. Dr. Horváth Ákos: az értekezleten jeleztük, hogy a sugárterápiára nem vonatkozik sem a műtéti-törzs, sem a gyógyszer-törzs. Erre válaszként azt mondták, hogy a nagy intézetek nem vettek részt a felmérésben, amit

jómagam és Polgár tanár úr is cáfolt, ugyanakkor jeleztük azt is, hogy a sugárterápiás felmérésben (mind fekvő-, mind járó-, mind az idő-, mind ráfordítás-alapúban) nem tudtunk objektív választ adni az inadekvát kérdésekre. Egyedül a közelbesugárzást kellett volna felmérni, amelynek az eszköztörzsében olyan apróságok, mint katéter nem szerepeltek. Ezek után az volt a válasz, hogy mondjuk meg, hogy mit kérdezzenek tőlünk. Kérdésként vetette fel, hogy mit lehet egy kezelésnél mondani, hogy mennyibe kerül a töltet, a lineáris gyorsító, stb., mi van ott, ahol gépidőt vesznek alapul. A gépidő adódik a gép árából, az üzemeltető személyzetből, de vannak olyan tételek is, amiket le lehet bontani, pl. hogy mennyi gépidő kell egy vérbesugárzáshoz. Tehát lehetne a gépidő, mint egység, de nem lehet elosztani annak a több száz, ezer betegnek a számával, ott van a lineáris gyorsító ára, a karbantartás ára, a személyzet fenntartása, az áram, hogy lehet ezt mind lebontani? Dr. Szilágyi István szerint nincsenek meg a sugárterápiára is vonatkoztatható költség-elemek. Ennek oka összefügg azzal, hogy a Nyilvántartott Daganatellenes Terápiák kézikönyvében sem szerepelnek a sugárterápiás protokollok. Igazából most azt kell végiggondolni, hogy alkalmas-e ez az idő a protokollok kidolgozására, melynek során természetesen a költségelemek is tisztázhatók, vagy ennek várható súlyszám-módosulási következményére tekintettel napoljuk el a kérdést. Dr. Szánthó András elmondta, hogy ahol magasabb költség jött ki, ott marad a régi, ahol alacsonyabb, ott leveszik. A jelenlévők a tájékoztatást elfogadták.

*Dr. Szilágyi István – ICDO3 – morfológiai kódrendszer revíziója.* Dr. Szilágyi István elmondta, hogy a BNO-X-ben szereplő morfológiai kódlista fejlesztett változata az ICDO3. A mostani kérdés az, hogy országosan lecseréljük-e a jelenlegi ICDO2-t az ICDO3-as listával a BNO változtatása nélkül, vagy várjuk meg, amíg elkészül az új BNO is. Ez a lépés megengedett minden tagországnak, és azért vetődött fel, mert a Rákregiszter és az OEP közötti adatátadás során felmerült a morfológiai kódok igen magas arányú, 30–35%-ban hiányos jelensége. Dr. Garami Miklós kiegészítésként

elmondta, hogy az ICDO3 használható, javult, tudnák tovább javítani, de egyáltalán nem lett bonyolultabb, jobb, mint a 2-es verzió.

*Dr. Varga Ágota, EüM – PET/CT (tájékoztatás).* Dr. Kásler Miklós elmondta, hogy hosszú tárgyalássorozat végén úgy néz ki, hogy végül a PET/CT indikációs kérdéskörre rendeződni látszik. A Minisztériumban kétszer 3 órás megbeszélést tartottak, aminek végeredményenként minden aszerint a konszenzus konferencia szerint kerül várhatóan elfogadásra, amelyen részt vett minden érintett. A lényeg az, hogy lesz egy országos PET Bizottság, amelynek helye az Országos Onkológiai Intézetben lesz, ennek az adatbázisa a Nemzeti Rákregiszter része lesz. Kétévente országos meeting, remisszió a javallatokban, minőségbiztosítási paraméterek meghatározása, a szolgáltatók akkreditálása, feldolgozása az anyagok cost-benefit, specificitás, érzékenység szempontjából. A jelenlévők a tájékoztatást egyhangúlag elfogadták.

Dr. Thurzó László kérdésként vetette fel, hogy a mostani Kollégium is hozzájárul-e, hogy az ülésekről készült emlékeztető a Magyar Onkológiában megjelenjen. Dr. Horváth Ákos tapasztalata szerint a Kollégium üléseiről készült beszámolókat a közönség érdeklődéssel olvasta. Dr. Szánthó András elmondta, hogy más Kollégiumoknak is az aktuális lapokban egy rövid összefoglalója megjelenik. Dr. Thurzó László: összegezve az elhangzottakat, akkor továbbra is a megszokott menet szerint intéződik. Ezt követően tájékoztatásul elmondta, hogy érkezett Dr. Nagy Judittól, a Medical Tribune lap főszerkesztőjétől megkeresés, hogy szeretettel várja a Kollégiumi üléseken született híreket, tudósításokat. Dr. Ottó Szabolcs véleménye szerint esetenként, nagyobb érdeklődésre számot tartó témák esetében. Dr. Szánthó András szerint a lap nagyon sok mindenkihez eljut és lehet olyan szituáció, amikor mi is abban vagyunk érdekeltek, hogy szélesebb körben értesüljenek a döntésről.

Dr. Thurzó László kérdésfeltevést követően megállapította, hogy további hozzászólás nincs. Megköszönte a részvételt és mindenkinek kellemes nyaralást és jó pihenést kívánt.

k.m.f.

*Prof. Dr. Thurzó László*  
a Szakmai Kollégium elnöke

*Prof. Dr. Kásler Miklós*  
a Szakmai Kollégium titkára

*Dr. Tolnay Edina*  
a jegyzőkönyv hitelesítője