

Emlékeztető a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium 2011. február 4-i üléséről

Helyszín: Országos Onkológiai Intézet, Tanácsterem

Jelen van: 14 kollégiumi tag

Dr. Thurzó László köszöntötte a megjelenteket, majd kérdésfeltevés után megállapította, hogy az ülés napirendje elfogadásra került.

Napirend előtt a Szakmai Kollégium 1 perces néma felállással emlékezett meg Dr. Polgár István kollégáról, aki tragikus hirtelenséggel elhunyt.

Dr. Bidló Judit, OEP – Instanyl (fentanyl) daganatos eredetű fájdalom esetében. Dr. Garami Miklós elmondta, hogy a készítményről a Szakmai Kollégium már 2010-ben készített egy szakmai állásfoglalást, amelyet a két Munkabizottság most is fenntart. Érdeemi információ azóta nem érkezett, az informális adatok szerint az ártárgyalások miatt szükséges az újravéleményezés, de az árról konkrét adat nem érkezett, így a befogadást a Munkabizottságok ismételten támogatni javasolták. A jelenlévők a Gyógyszerterápiás és a Finanszírozási Munkabizottság javaslatát egyhangúlag elfogadták.

Dr. Bidló Judit, OEP – Yondelis (trabectedin) előrehaladott lágyszarkóma indikációban. Dr. Tolnay Edina elmondta, hogy a Kollégium 2009-ben már készített szakmai véleményt, azóta új közleményként egy fázis II vizsgálat végleges kiértékelése jelent meg. Kiemelte, hogy a készítmény elérhetősége a liposzarkóma csoportban fontos lenne. A befogadás az ártárgyaláson bukott el, a korábbi szakmai véleményhez hasonlóan a befogadást a Munkabizottságok ismételten támogatni javasolták. A jelenlévők a Gyógyszerterápiás és a Finanszírozási Munkabizottság javaslatát egyhangúlag elfogadták.

Dr. Bidló Judit, OEP – Uromitexan (mesna) oxazafosforinok (ifoszfamid, ciklofoszfamid, trofoszfamid) okozta haemorrhagiás cystitis megelőzésére. Dr. Garami Miklós kiemelte, hogy a készítmény alkalmazásával egyértelmű az egészségsnyereség, ennek alapján befogadását a Munkabi-

zottságok mindenképpen támogatni javasolták, 0%-os támogatással, vényre és egészségügyi intézményben történő alkalmazással. A jelenlévők a Gyógyszerterápiás és a Finanszírozási Munkabizottság javaslatát egyhangúlag elfogadták.

Dr. Bidló Judit, OEP – Leuporelin Sandoz (leuporelin) előrehaladott prosztatarák indikációban. Dr. Garami Miklós elmondta, hogy ilyen befogadott készítmény már van a piacon. A terápiás alkalmassága egyértelmű, biztonságosan alkalmazható, a komparátorokhoz képest kb. 10%-kal olcsóbb, kasszahatása nincs. A Munkabizottságok befogadását Eü. 100-ra, a 8/3. pontban javasolták. A jelenlévők a Gyógyszerterápiás és a Finanszírozási Munkabizottság javaslatát egyhangúlag elfogadták.

Dr. Bidló Judit, OEP – KABI Glutamine kemo- és sugárterápia következtében kialakult mucositis indikációban – szakmai állásfoglalás kérése. Dr. Garami Miklós kiemelte, hogy a meglévő irodalmi anyagok alapján egyértelmű a kapcsolat a megfelelő időben elkezdett KABI Glutamine kezelés és a különböző mellékhatások csökkenése között, így a készítmény befogadását javasolták. Dr. Mangel László annak alapján, hogy mindhárom modalításban lehet használni, javasolta a betegszám megemelését. A jelenlévők az elhangzott módosító javaslattal a Gyógyszerterápiás és a Finanszírozási Munkabizottság javaslatát egyhangúlag elfogadták.

Kiss Zsolt, OEP – Avastin felülvizsgálata. Dr. Thurzó László elmondta, hogy kb. 1 hónappal ezelőtt már érkezett egy levél a szakállamtitkártól a személyes véleményét kérve arról, hogy mit kifogásol az EMEA és az FDA, illetve miért vizsgálják ezt a három indikációt. Kiss Zsolt főosztályvezető úr levelének megválaszolásához kérte azokat a kollégákat, akik ezzel a kérdéssel a mindennapi gyakorlatban foglalkoznak, hogy max. egy oldalban adjanak választ a levélben

szereplő 8 kérdésre. A kérdések között van olyan is, amire most nem lehet válaszolni, mert a fél-egy évvel ezelőtt kezdődött kezeléseknél a túlélésre egyelőre nem fogunk adatot találni. Dr. Pintér Tamás szerint egy reprezentatív felmérésre kéri a Kollégiumot, de ehhez tudni kéne, hogy konkrétan hány beteg kapott Avastin kezelést. Ezek az adatok viszont az OEP birtokában vannak. Dr. Kásler Miklós szerint vissza kell kérni az OEP-től az adatokat, és ha megkaptuk, akkor mindenki megnézheti a sajátját.

Dr. Cserhádi Péter, NEFMI – tájékoztatás kérése a jelenleg működő és tervezett új centrumok működéséről, betegútszervezési tapasztalatairól. Dr. Thurzó László szerint ebben a kérdésben az onkológia megint előrejár. Dr. Kásler Miklós véleménye szerint annál maradjunk, ahogy a Nemzeti Rákkellenes Programban le lett írva.

Dr. Horváth Ildikó, NEFMI – nappali ellátások személyi és tárgyi minimumfeltételeinek felülvizsgálata. Dr. Thurzó László véleménye, hogy a minimumfeltételekben ezek benne vannak, azokon nincs mit változtatni.

Tájékoztatás az onkológiai gondozás finanszírozásának átalakításáról. Dr. Szilágyi István elmondta, hogy február 1-jével megindult a szakma által javasolt gondozókban egy olyan adatgyűjtés, amelyben a gondozó HBCs-szerű új kódokon jelenti a gondozási eseményeket. Az OEP szeretné, ha július 1-jétől átvenné a járóbeteg-finanszírozás ezeket a kódokat, és ezzel együtt megszűnne a gondozók óraszám alapján történő fix finanszírozása, amelyhez kérték a korábbi kidolgozott anyagokat és a gondozási protokollt. Azt, hogy a gondozási eseményeket tételesen, teljesítmény alapján lehessen elszámolni, valamint hogy a finanszírozási változással együtt történjen meg a gondozási rendszer strukturális átalakítása is, már évekkal ezelőtt javasoltuk, olyan módon, hogy a gondozók csak az onkológiai centrumokhoz integrált formában működjenek. Jelenleg – az OEP listája szerint – 300 különböző néven szereplő, fix díjat elszámoló, de gondozást csak papíron végző szolgáltató található. A finanszírozók azt mondták, hogy a struktúra átalakítása nem az ő asztaluk, intézkedjen a minisztérium, de erről egyelőre nincsen szó. A mostani feladatra nincs új szerződéskötés, az új kódokat a jelenlegi járóbeteg-kódok közé építették be, pontszám nélkül. A kísérleti felmérésben 1 egyetemi (SOTE), 2 megyei centrumhoz tartozó (Kecskemét, Tatabánya) és 2 centrumhoz nem tartozó (Pápa, Orosháza) gondozó vesz részt. A kísérlet végén jó lenne látni azt, hogy lehet-e tartani azt a javaslatot, hogy a gondozó rendszer csak regionális és megyei szintű legyen, integráltan az onkológiai centrumokhoz, és hogy a jelenlegi városi szintű gondozók megtartsák-e az önállóságukat vagy kihelyezett gondozó részekként működjenek tovább. Dr. Kásler Miklós szerint lényegi kérdés, hogy az onkológiai gondozó szervezetileg legyen az onkológiai központhoz kötve, már csak

azért is, mert egyébként nem tudja a munkáltatói és egyéb jogokat gyakorolni. Persze az, aki a „szabadon” tevékenkedő gondozóban van, nyilván ellenérdekelt, de ezekben a dolgokban konzekvensnek kell lennünk, mert a gondozás színvonalának emelése is olyan cél, ami miatt a centralizációt nem lehet elkerülni. Ezen kívül, ha a centrumhoz integrálják a gondozókat, akkor a felelősséget a centrum viseli és a dolgok szakmailag kézben tarthatók. Jelen pillanatban azonban nem így van, és ötletszerűen történnek bizonyos események. Dr. Thurzó László rámutatott, hogy Csongrád megyében végeznek gondozást az egyetemen, ami állami kórház, de végeznek a megyéhez és a városhoz tartozó kórházaknál is, amelyeket lehet szakmailag is integrálni, de ha szervezetileg is integrálva lesznek, akkor az lesz a vélemény, hogy a működtetést is végezze az az intézmény, ahova integrálták. Dr. Mangel László szerint a próbaidőszak végén a kérdésre mindenképpen vissza kell térni, mert a finanszírozási változással együtt lehet hozni a strukturális változásokat, de jelenleg még sok kérdés tisztázatlan. A jelenlévők a tájékoztatást egyhangúlag elfogadták.

Dr. Repa Imre, Kaposi Mór Oktató Kórház – indikációhoz kötött gyógyszerkészítmények felírásával kapcsolatos döntés felülvizsgálatának kérése. Dr. Thurzó László elmondta, hogy ezzel kapcsolatban a Kollégium már tavaly megküldte a véleményét, de a Minisztérium akkor sem vette figyelembe. Véleménye szerint a Kollégium most sem tud mást tenni. Dr. Mangel László kiegészítésként elmondta, hogy Pécsen egy évben általában 3 GIST-s beteg van és feltételezhető, hogy Somogy megyében évente 1, maximum 2 ilyen beteg ellátásáról lehet szó. Ezen túlmenően, a Sütentől várható progressziómentes túlélés 3–4 hónap között van. Mindezek alapján úgy véli, hogy annak az 1 betegnek a receptfelírását a centrumok között meg lehetne oldani. A hepatocellularis carcinoma Nexavar kezelésével kapcsolatosan elmondta, hogy Pécsen 6 beteg, Somogy megyében kb. 3 beteg ellátásáról lehet szó, ami szintén néhány hónapos gyógyszerelést jelent. Itt azt is hozzá kell tenni, ami az Eü. pontban is van, hogy csak olyan centrum indikálhatja, ahol ott van a májsebész és az invazív radiológus. A Temodal felírhatóságának megszorításával nem ért egyet, mert ez egy speciális beteganyag, de összességében a rendelkezések hátterében annyi igazság van, hogy aki egy ilyen nagyértékű, biológiai terápiára igazán alkalmas, az a közlekedést is kibírja. Dr. Szánthó András szerint ez a helyzet az ország bármelyik pontján előfordulhat, a Kollégiumnak azonban mindig objektív szempontok alapján kell döntenie. Dr. Polgár Csaba szerint a Glivec és a Nexavar esetében mondhatja a Kollégium, hogy olyan alacsony számú betegről van szó, ami alapján nincs racionális értelme újabb centrumokat nyitni. A Temodal esetében pedig az volt a Kollégium véleménye, hogy minden sugárterápiával rendelkező centrum

felírhasa. Dr. Thurzó László szerint azokban a sugárterápiás centrumokban, ahol egyébként a glioblastomás betegek sugárterápiás kezelése folyik, lehetővé kellene tenni azt, hogy a szükséges gyógyszeres terápiában is részesülhessen a beteg. A többi gyógyszernél a betegszám nem teszi szükségessé a jelenleg meglévő centrumok számának a bővítését. A jelenlévők a javaslatot egyhangúlag elfogadták.

OEP – Avastin. Dr. Thurzó László ezt követően Dank docens asszonyt kérte az Avastinnal kapcsolatos előterjesztés rövid ismertetésére. Dr. Dank Magdolna elmondta, hogy törekedett a kérdések nagyon tárgy- és tényszerű megválaszolására. A gyógyszer biztonságosságánál az E2100 vizsgálat adatait idézte, és utalt a Kollégium korábbi állásfoglalására. Rámutatott, hogy különbség van az EMEA és az FDA állásfoglalása között, a NICE pedig 2010 decemberében elutasította az Avastin támogatását metasztatikus emlőrák indikációban. Ugyanakkor felhívta a figyelmet arra, hogy az NCCN 2010 végén megjelent guideline-jában az Avastin szerepel, az FDA döntésének ismeretében. Az alternatív kezelési lehetőségeknél felsorolásra kerültek a szóba jövő kemoterápiás kezelésekből adódó PFS-ek (gemcitabin, paclitaxel, capecitabin, docetaxel), illetőleg FET kezelések, valamint ezek hozzáillesztése az Avastinnal elért PFS 11,8 hónapos értékéhez. A tapasztalatoknál leírásra került az Avastin felhasználásnak hazai története. Kiemelte, hogy a hazai finanszírozásban csak a paclitaxel-Avastin kezelésről van szó, amit az EMEA jelenleg is elfogad. Magyarországon más kezelési kombináció kipróbálására nem is volt lehetőség. Összegezve úgy foglalt állást, hogy amennyiben az OEP rendelkezésre bocsátja az egyedi méltányosság és a tételes finanszírozás alapján ellátott betegek adatait, akkor annak elemzését a Kollégium elvégzi, de rámutatott, hogy a kérdés igazából az, hogy van-e olyan szűkített betegkör, akinél kizárólag Avastin kezelés alkalmazható, vagy akiknek a kezelés egyértelmű előnnyel jár. Véleményében ő azokat a betegeket emelte ki, akiknél biztos, hogy nem kell Avastin kezelés. Ebbe a körbe tartoznak, akiknél kifejezett az ösztrogénreceptor expressziója, ahol életet nem veszélyeztető áttét van, két év relapsusmentes túlélés van az adjuváns terápiát követően, valamint akiknél az előirat szerint az Avastin kontraindikált. A Kollégiumnak abban szükséges állást foglalnia, hogy legyen-e további szűkítés. Végezetül kiemelte, hogy Magyarországra az európai uniós EMEA szabályozás érvényes, ha az EMEA nem vonta vissza, akkor a Kollégiumnak nincsen kompetenciája e rendelkezés fölé lépni. A betegszám kalkulálásában a Kollégium jelentős szűkítést javasolt, amikor kb. 300 beteggel számolt. Kérdés, hogy tartsuk-e vagy szűkítsük a 300-as betegszámot? Dr. Pintér Tamás szerint a legelső befogadásnál is 300-as betegcsoportot javasolt a Kollégium, és jelenleg is a megadott kritériumok alapján történnek a kezelések. Azzal,

hogy nem kellett tripla negativitást igazolni, kinyílt a tételes finanszírozás lehetősége egyéb betegekre is, de ez az OEP ajánlata volt, amivel vagy éltek a kollegák, vagy nem. Szerinte a szakmai állásfoglalás alapján (tripla negativitás, endokrin érzékenység, magas proliferációs index, visszaeső metasztázis, korai visszatérő) az Avastinnak mindenképpen ott van a helye a rákellenes kezelések palettáján. Dr. Mayer Árpád javasolta, hogy a „visszaesés” 2 évben kerüljön meghatározásra. Dr. Polgár Csaba kérdésként vetette fel, hogy a száraz tény, hogy az FDA és a NICE visszavonta, nem érdemel-e figyelmet? Dr. Dank Magdolna válaszában elmondta, hogy az FDA visszavonás nem kifejezetten szakmai, hanem költséghatékonyság vonatkozásában történt. Dr. Thurzó László rámutatott, hogy ez a visszavonás nem az Avastin-taxol kezelésre, hanem a docetaxel kombinációra vonatkozott, ami Magyarországon meg sem jelent, így befogadásra sem kerülhetett. Az Avastin-paclitaxel se az EMEA-nál, se a NICE-nél nem került szóba. Dr. Szilágyi István ezzel a témával összefüggésben utalt az OEP-től érkezett másik levélben feltett kérdésekre is, amik az Avastinos kombinációk 5FU komponenseinek megfelelő adagolásaira vonatkoznak. Ezen túl a véleményezésre kapott protokollok között szerepel az Avastin-paclitaxel kombináció is, aminek tájékoztatója csak a HER2-negatív metasztatikus emlőcarcinomás betegek elsővonalbeli kezelésére szűkíti a kört. Jelezte azt is, hogy ez a korábban két fázisú protokoll 3 fázisúvá változik, ami a kezelések közötti szünetek változásával is jár, és meglepetésként fogja érinteni az intézményeket, ha emiatt néhány kezelés finanszírozását visszavonják azért, mert nem megfelelően tartottak szünetet. Kiegészítésként elmondta, hogy a most megjelenő Kemoterápiás kézikönyvben már szakmai szabályként tűnnek fel az OEP befogadási eljárása során születő szűkítések, amik viszont nem törzskönyvezettek, de a befogadás feltételei voltak. A konkrét kérdés az, hogy a protokollban lévő szűkítő meghatározást kiegészítjük-e vagy se? Dr. Dank Magdolna szerint az 5FU dózisoknál a Kollégium hivatkozzon a FOLFIRI és FOLFOX törzskönyvezési study-jára, ami már meghaladja az ősrégi 5FU monoterápiás törzskönyvben leírt dózist. Dr. Pintér Tamás szerint alulkezelés történik, ha 1 g-ban maximalizáljuk az 5FU-t, a betegeknek pedig joga a leghatékonyabb kezelést kapni. Az 1 g-os dózisú hatástalan kezelés. Ezen kívül meg kell jegyezni, hogy az 1 g-os maximális dózis bolus injekcióra vonatkozik, márpedig a kezelések bolus és tartós infúzióban történnek. Így a kezelés nem 1 g-os bolus injekció, hanem 400 mg/m² bolus injekció és utána még 600 mg/m² tartós infúzió, aminek az oka a gyógyszer farmakokinetikája. Ne keverjük össze a bolus dózist a tartós infúziós dózissal. Dr. Szilágyi István visszatért az Avastinos protokollokban szereplő, OEP által beszúrt azon megjegyzésekre, amik sem a törzskönyvben, sem a korábban elküldött javaslatainkban

nem voltak benne, és az OEP befogadási határozatával fellépő korlátozásokat tartalmazzák, mint pl. a „Metasztatikus colorectalis carcinomás betegek elsővonalbeli kezelésére, ha a primer tumor eltávolítása után kialakult májjátétekben a kombinált kezelés hatására a hepatectomia sikeres lehet, illetve ha a betegek jó vagy közepes prognózisúak”. Ismét az a kérdés, hogy ezek a megjegyzések maradhatnak-e szó nélkül benne? Dr. Dank Magdolna válaszában elmondta, hogy a kérdés az 5FU dózisára vonatkozott, de megjegyzésként hozzáfűzhető, hogy a szakmai rész pedig vélhetően elírás, mert nem tud olyan kollégiumi javaslatról, miszerint csak megműtött betegnek adható és nem hepatectomiát kívánunk végezni, hanem sikeres metastasectomiát. Dr. Polgár Csaba javasolta, hogy a válaszhoz kerüljön mellékelésre a német preop-radiokemoterápiás protokoll, ahol 400 mg/m² 5FU szerepel. Dr. Dank Magdolna végezetül felvetette, hogy a gyomorráknál a fenntartó Herceptin dózis ugyanaz,

mint az emlőráknál, de az OEP generált hozzá még egy kódot. Egyszerűbb lenne a fenntartó protokollba az emlőrák elé a gyomorrákot is beírni, mert attól fél, hogy ha két kód lesz, el fogják rontani. A jelenlévők az elhangzott javaslatokkal és kiegészítésekkel a választ egyhangúlag elfogadták.

Dr. Kásler Miklós további észrevétel, hozzászólás hiányában megköszönte az eddigi együttműködést, Thurzó professzor úrnak pedig a visszafogott és nagyon effektív munkát.

k.m.f.

Prof. Dr. Thurzó László Prof. Dr. Kásler Miklós
a Szakmai Kollégium elnöke a Szakmai Kollégium titkára

Dr. Tolnay Edina
az emlékeztető hitelesítője

Emlékeztető a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium 2011. március 25-i rendkívüli üléséről

Helyszín: Országos Onkológiai Intézet, Tanácsterem

Jelen van: 12 kollégiumi tag

Dr. Thurzó László köszöntötte a megjelenteket, és kérdés-feltevést követően megállapította, hogy az ülés napirendje elfogadásra került.

*Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórháza Onkora-
diológiai Osztályának osztályvezető főorvosi állására
benyújtott pályázatok tárgyalása.* Dr. Thurzó László kérdésként vetette fel, hogy Főigazgató Úr, illetve a pályázók kívánnak-e a pályázattal kapcsolatban hozzászólni? Dr. Golub Iván megköszönte, hogy a Szakmai Kollégium még összeült és ezzel a pályázat lezárását elősegíti. Tájékoztatásként elmondta, hogy a Kórház Felügyelő Bizottsága hozzájárult ahhoz, hogy a fővárosi 65 éves életkori felső határ, a végső

pályáztatást megelőző időszakra vonatkozóan túlléphető legyen, amelynek indoka a Kórházban zajló rekonstrukció volt. Ezt követően tavaly a felügyelő tanácsi ülésen az Elnök kérése volt, hogy 2011 tavaszán kerüljenek az állások meghirdetésre, végül is így került négy osztályvezetői állás most meghirdetésre. Elmondta, hogy örült, hogy két kiváló jelöltjük is van. Végezetül bejelentette, hogy végre eldőlt, hogy az Uzsoki utcai Kórház sugárterápiás eszközparkja felújításra fog kerülni, ami a szakmának, a fővárosnak és a Kórháznak egy kiemelt fontosságú kérdése.

Ezt követően Dr. Landherr László és Dr. Takácsi-Nagy Zoltán röviden ismertette az osztályvezetésével kapcsola-

tos elképzeléseit, illetve a feltett kérdésekre válaszoltak. A Szakmai Kollégium Dr. Landherr Lászlót 12 alkalmas (10 jelenlévő, 2 írásban érkezett szavazat), Dr. Takácsi-Nagy Zoltánt 12 alkalmas (10 jelenlévő, 2 levében érkezett szavazat) szavazattal tartotta alkalmasnak az osztályvezető főorvosi állás betöltésére.

Dr. Bidló Judit, OEP – Multiferon (humán leukocita interferon-alfa) készítmény alkalmazásáról szakmai állásfoglalás kérése. Dr. Garami Miklós elmondta, hogy a jelenlegi terápiás javaslat alapján a nagy kockázatú, IIB és III-as stádiumú melanomás betegek részére két ciklus kezdeti DTIC kezelést követően alkalmazható a készítmény. A kérdés arra vonatkozott, hogy e két ciklus megkezdése előtt lehessen adni. Az előterjesztésben a kérdést az irodalmi hivatkozások alapján támogatni javasolták, illetve a befogadásra a hasonló termékekre alkalmazott befogadási javaslatot terjesztették elő. A jelenlévők a Gyógyszerterápiás és Finanszírozási Bizottság előterjesztését egyhangúlag elfogadták.

EGYEBEK

Dr. Thurzó László elmondta, hogy egy kolleganő, aki nek gasztroenterológiai alap-szakképesítése van és 2010 januárjától dolgozik a Margit Kórház Klinikai Onkológiai Osztályán, először Hajnal professzor úrhoz, majd a Kollégiumhoz fordult, azzal a kéréssel, hogy letehesse a Klinikai Onkológiai Szakvizsgát. Ekkor kiderült, hogy abban a listában, amely felsorolja azokat az alapszakvizsgákat, amelyekre a klinikai onkológiát rá lehet építeni, a gasztroenterológiai nincs benne. Hajnal professzor úr megkeresett, hogy adott esetben mondjunk róla véleményt,

hogy a Kolleganő beadhasson egyedi kérelmet a Minisztériumban, hogy engedélyezzék kivételesen ezzel az alapszakképesítéssel a szakvizsgát. Az Oktatási Munkabizottság véleménye, hogy ez nem volna szerencsés megoldás, mivel a gasztroenterológiai szakképesítés nem olyan, mint a belgyógyász szakképesítés, hanem annál sokkal szűkebb. Ennek ellenére kéri a Kollégium véleményét is a kérdéssel kapcsolatosan. Dr. Ottó Szabolcs szerint elég furcsa, hogy ezt a Kollégiumtól kérdezik, ugyanis van egy rendelet. Tehát a Szakmai Kollégium nem illetékes, rendeletet megváltoztatni nem tud. Azt javasolhatja, hogy egy listára vegyék fel a gasztroenterológiát, de az nem volna szerencsés, mert akkor egy egész sor más szakmát is fel kéne venni. Dr. Thurzó László utalt arra, hogy a jogalkotó feltételezte, hogy az a bizonyos rendeletmódosítás, ami felsorolta a ráépített szakvizsgáknál az alapszakvizsgákat, az megjárta a Kollégiumokat, mert úgy veszi a minisztérium, hogy ez véletlenül kimaradt abból a bizonyos listából. Ezért is kérdezett meg minket. Az nyilvánvaló, hogy rendeletmódosításra csak ők képesek, de azért kérte a Szakmai Kollégium véleményét, hogy a Minisztérium egyedi engedélyként, csak ennek a kolléganőnek a vonatkozásában engedélyezze a kérést. Dr. Polgár Csaba szerint ez nem szerencsés, amikor az egész abba az irányba halad, hogy a ráépített dolog megszűnik. A jelenlévők egyhangúlag úgy döntöttek, hogy a Szakmai Kollégiumnak ebben a kérdésben nincs kompetenciája.

k.m.f.

Prof. Dr. Thurzó László
a Szakmai Kollégium elnöke

Dr. Tolnay Edina
az emlékeztető hitelesítője