

Kontroll helyett szedálás: a HBCs-alapú finanszírozás kacskaringói 2004 és 2009 között

Dr. Fendler Judit MSc, az Egészségügyi Finanszírozási Tanácsadók Egyesületének elnöke

A DRG alapú kórházi finanszírozás arra ösztönzi a kórházakat, hogy növeljék teljesítményeiket, miközben csökkentik költségeiket. A teljesítménykényszer üzemszinten javítja a kórházak hatékonyságát, országos szinten azonban diszfunkciókat eredményezhet, amelyeket a finanszírozónak kezelnie kell. A diszfunkciókra a finanszírozó tartalmi és pénzügyi jellegű választ egyaránt adhat. A cikk először az elméleti válaszlehetőségeket sorolja fel, majd áttekinti a HBCs finanszírozási technika háromszori módosítását az elmúlt 5 évben Magyarországon. Befejezőképpen a kórházi szerkezetátalakítást tárgyalja.

Sedation instead of Control – The Windings of the DRG-based Reimbursement System in Hungary, 2004-2009. The DRG-based reimbursement system inspires hospitals to increase their emission parallel with the decrease of their costs. The output-pressure improve the efficiency of hospitals apiece, but on national level it causes dysfunctions. These dysfunctions should be handled by the financing body, in Hungary by the National Health Insurance Company. The financing body can answer the dysfunctions functionally or substantively. At first the article enumerates the theoretical answers, after that reviews the three modifications of the DRG technique during the last 5 years in Hungary. Finally it mentions in some words the inevitable structural reform of hospitals.

ELMÉLETI LEHETŐSÉGEK

A DRG alapú kórházi finanszírozás az egyik legelterjedtebb finanszírozási technika a fejlett országokban, mivel piaci versenyt szimulálva a teljesítmény növelésére és a költségek csökkentésére ösztönzi a szolgáltatókat. A DRG finanszírozás így erős nyomást gyakorol a kórházakra, hogy növeljék teljesítményeiket. A kibocsátás háromféle módon növelhető: (a) az indokolt ellátások volumenének a növelésével; (b) indokolatlan hospitalizációval (a továbbiakban IH); (c) túlkódolással. Az IH-ra és a túlkódolásra a finanszírozó technikai és tartalmi módokon is reagálhat.

A technikai jellegű reakciók:

- a súlyszámok forintértékének lebegtetése;
- a „visszanormálás” – minden súlyszám beszorítása egy egynél kisebb számmal;
- tvk (cap budget)
- vegyes finanszírozás (fix + teljesítményarányos)

- szerződéses technikák, mint pl. Angliában és Romániában:
 - Anglia: A szolgáltató adott teljesítményre (ami HBCs-szinten kerül meghatározásra) köt szerződést a finanszírozóval (trust), 5% alatti eltérés esetén automatikusan, egyébként megfelelő indoklás esetén kiegyenlíti negyedévente a terv és a tényleges teljesítésvolumen különbözetét;
 - Románia: A szolgáltató szerződést köt a megyei biztosítóházzal, előfinanszírozást kap az előző évi teljesítménye alapján, majd negyedévente kiegyenlítésre kerül a különbözet. A szerződéstől való eltérést nem kell indokolni, a 4. negyedév kiegyenlítése azonban gumiszabályok vagy helyi politikai alkuk függvénye, akkorra ugyanis jellemzően szűkössé válik a kassza.

A tartalmi jellegű reakciók:

- Az ellenőrzési-audit rendszer fejlesztése:
 - orvos-szakmai ellenőrzés az indokolatlan hospitalizáció kiszűrésére;
 - finanszírozási audit és ellenőrzés a túlkódolás kiszűrésére.
- Az országos kórházi kapacitás csökkentése. E lépés feltételeinek felsorolása nem része ennek a cikknek, csak néhányat említenék: egyenlő hozzáférés biztosítása, járóbeteg ellátás arányának növelése, mentők, sürgősségi központok fejlesztése. Politikai feltételei: vállalni a döntést a lakosságot meggyőzni etc.

MI TÖRTÉNT TÉNYLEGESEN?

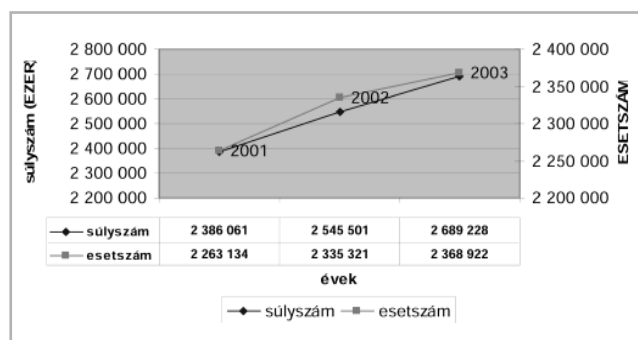
Magyarország sokáig úttörő szerepet játszott a DRG-technika alkalmazásában Európában, mára azonban elveszítette ezt a szerepét. Az elmúlt 8-9 évben hazánk elhanyagolta a rendszer karbantartását biztosító rendszeres ráfordítási adatgyűjtéseket, valamint elmulasztotta a túlkódolást visszaszorító, és részben az indokolatlan hospitalizációt is megakadályozó hatékony ellenőrzési rendszer létrehozását. A HBCs finanszírozáshoz közvetlenül kapcsolódó okokon kívül jelentős diszfunkciókat eredményezett a kórházstruktúra lassú adaptálódása a tényleges igényekhez, valamint a kórházkapacitások változtatásának összekapcsolódása a politikai lobbik befolyásával. A cikk ezen okok közül csupán az ellenőrzési rendszer hiányosságaira fókuszál. Tézisem szerint az elmúlt 5 év változtatásai lényegében úgy foghatók fel, mint a finanszírozó hibás válaszai a szolgáltatók túlkódolási törekvéseire. A finanszírozó ahelyett, hogy a kórházak teljesítményérdekeltségének energiáját próbálta volna ki-

használni, és a helyes mederbe terelni, lefojtotta ezeket az energiákat, kiüresítette a rendszert. Nézzük meg az egyes változtatásokat!

1. szakasz:

TVK (cap budget) + degresszív finanszírozás, 2004. jan. 1 – 2006. június 30 [1]

Magyarország 1993-ban vezette be a HBCs alapú finanszírozást, majd 3 év alatt, 1996 végére kiegyenlítette az eltérő intézményi tarifákat. 2004 jan. 1-ig a rendszer logikája nem változott. A finanszírozó a degresszív finanszírozás bevezetésével a 2001-től folyamatosan növekvő teljesítményre (1. táblázat), valamint a gyógyító-megelőző kasszából történő forráskivonásra (24 milliárd Ft 2004-ben) adott „technikai” jellegű választ.

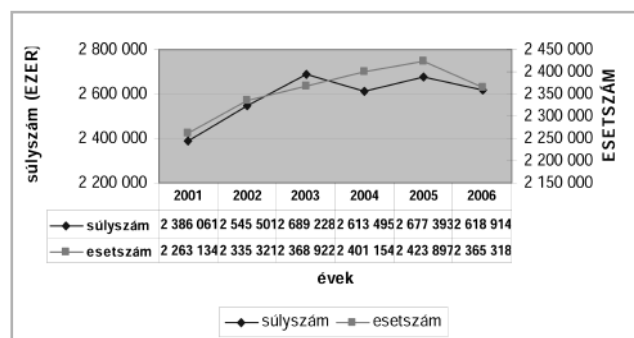


1. táblázat
A visszaigazolt súlyszám és az esetszám változása 2001-2003 között

Mivel az alapellátás és a járóbeteg szakellátás nem ösztönöz sem definitív kezelésre, sem pedig költséghatékony-ságra, a kórházaknak pedig érdekükben állhatott az indokolatlan hospitalizáció, ez utóbbi viszonylag nehezen akadályozható meg. A túlkódolás ezzel szemben visszaszorítható lett volna a kórházkassza mindössze 1-2 ezrelékes hányadát igénylő erőforrásokból működtethető ellenőrzési rendszerrel. A finanszírozó azonban nem az ellenőrzéssel próbálta meg korlátozni a túlkódolást, hanem a teljesítményérdekelttség csökkentésével. A 2003-as teljesítmény 98%-át bázisként határozták meg a kórházak számára, e fölötti teljesítésnél az első 5%-os sávban 60%-on, a következő 5%-os sávban 30%-on, e fölött pedig 10%-on finanszírozták a teljesítményeket.

Mivel a kórházak a gyógyítás szempontjából kapacitás-tartalékokkal rendelkeztek, ezért az intézményeknek az új finanszírozási technika mellett csupán azt kellett mérlegelniük, hogy egy adott beteg változó költségei nem haladják-e meg az érte kapott finanszírozást. Nagy általánosságban ez csak a 10%-os sávba eső betegeknek állt fenn, vagyis a kórházaknak megérte a számukra 100%-on finanszírozott teljesítményvolumen akár 10%-os túllépése is, így a degresszív finanszírozás nem korlátozta jelentős mértékben a kórházi kibocsátást, ahogyan azt a 2. táblázat is jól mutatja. A kórházaknak még inkább érdekévé vált magas fedezetű beteg-

ből többet ellátni, valamint adott HBCs-n belül a bonyolultabb eseteket a progresszivitás magasabb szintjei felé irányítani („kéményhatás”).



2. táblázat
A visszaigazolt súlyszám és az esetszám változása 2001-2006 között (2004 január 1.- a degresszív finanszírozás bevezetése)

Láthatjuk, hogy a degresszív finanszírozási technika 2004 januári bevezetése ellenére az esetszám tovább nőtt 2004-ben és 2005-ben; a teljesítmény 2004-ben csökkent ugyan (3%-kal), de 2005-ben már ismét 2%-os növekedést mutatott. Az egy esetre jutó finanszírozás csökkent, mégpedig szolgáltatónként változó mértékben. Az intézkedéssel részben elérte a finanszírozó célját, a DRG-creep-et, az országos teljesítmény felkúszását némileg lassította.

2. szakasz:

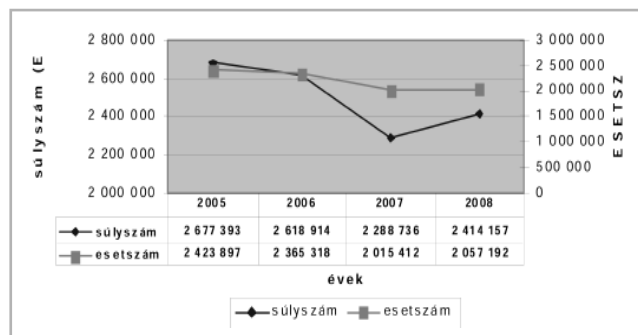
Teljesítményvolumen korlát merev plafonnal.

2006. júniusában az új miniszter bejelentette: eltörli a degresszív finanszírozást. A kórházak először fellelegeztek, 2 napra rá azonban kiderült: Molnár Lajos valóban eltörölte ugyan a degresszív finanszírozást, azonban nem szüntette meg a teljesítményvolumen korlátokat. Az intézkedés tényleges oka az volt, hogy az új kormány üres kasszát „talált”, a konvergencia-program nagymértékű kivonást írt elő az E-Alapból (a GDP 0, 3%-át, kb. évi 100 Mrd Ft-ot 2006-09 között), a változtatás hivatalos indoklása pedig az volt, hogy a kórházak „pörgetik” a teljesítményt. Ez az indoklás nem állta meg a helyét egyébként, hiszen, mint láthattuk az 2. táblázatban, 2004-05 között mindössze 2% teljesítménynövekedés volt, ami a szakirodalom szerint normálisnak tekinthető.

A TVK alapja maradt a 2003-as szint 98%-a, az esetlegesen a szolgáltató által görgetett maradvány pedig év végén elvonható volt, ami arra ösztönzött, hogy a havi keretet mindenáron kihasználják, de fölötté lehetőség szerint ne lássanak el beteget, ne termeljenek költséget. A túllépést nem finanszírozták, az esetenkénti utólagos maradvány-kiosztások kiszámíthatatlanok és nem transzparenssek voltak, nem normatív alapon kerültek meghatározásra.

Míg korábban mindenki versenyt folytatott a betegekért, most a szolgáltatók arra próbáltak módot találni, hogy „megszabadulhassanak” a betegektől. Hamarosan hosszú várólistákon torlódtak fel az elektív esetek, azonban az elszámolt teljesítmények növekedése értelemeszerűen megállt (a

2006-os esetszám-csökkenésben a TVK mellett szerepet játszhattak a januárban bevezetett garancia-szabályok is). Az esetszám és a súlyszám azonban hamarosan ismét növekedésnek indult (2008-ban már plusz 5% volt az elszámolt súlyszám, plusz 2% az esetszám az előző évhez képest), ahogyan azt a 3. táblázat mutatja.



3. táblázat
A visszaigazolt súlyszám és az esetszám változása 2005-2008 között (2006 július 1. – a fix TVK alapú finanszírozás bevezetése)

Az új technika kétes eredménye az lett, hogy a szolgáltatók egy része nem fordított figyelmet a teljes körű elszámolásra; a kisebbek jobban oda tudtak figyelni a TVK betartására (hiszen nekik volt hová továbbküldeni a betegeket), a nagyobbak jellemzően túllépték a korlátot (a magasabb progresszivitási szintből fakadó szélesebb ellátási kötelezettség, a lassúbb alkalmazkodás és a nagyobb érdekérvényesítő képesség miatt a forrásokért). Pozitív eredmény volt a járóbeteg-ellátás súlyának némi növekedése (hiszen a fekvő TVK fölött érdemes volt a lazább TVK-jú járóbeteg ellátásban ellátni a beteget). A kapacitások csökkentek, de nem a finanszírozás változása miatt (2007. 04. 01.). 2008-ban pedig, amikor világossá vált, hogy az utólagos osztogatások egyik alapja a jelentett teljesítmény, a kórházak elkezdtek ismét odafigyelni az elszámolásra, kialakították az osztályos TVK-kat, a nagyobb fedezetű osztályok teljesítményét engedték elszaladni, így tavaly már nőtt a jelentett teljesítmény, melynek, ha utólagosan is, nagyobb része került finanszírozásra.

	TVK nélkül	TVK	TVK+ágyszám csökkentés
	2005.07.-2006.03	2006.07.-2007.03	2007.07.-2008.03
teljesítmény (SSZ)	2 000 888	1 836 168	1 722 585
változás, előző év (%)		0,92	0,94
változás, bázis (%)			0,86
esetszám	1 813 683	1 666 098	1 483 880
változás, előző év (%)		0,92	0,89
változás, bázis (%)			0,82

4. táblázat
A teljesítmények és az esetszámok változása TVK mentes, TVK-s és ágyszám-csökkentéssel is „terhelt” finanszírozási környezetben

A 4. táblázat három időszakot, azok 9-9 hónapját hasonlítja össze. Azt láthatjuk, hogy pénzügyi értelemben a TVK

elérte célját, a három időszakot összevetve mind a teljesítmény, mind az esetszám csökkent. Az első 9 hónap TVK nélküli (2005. 07.-2006. 03.), a második 9 hónap a merev TVK-s időszak (2006.07.-2007.03.), végül a harmadik 9 hónap már a struktúra-átalakítás hatását is tükrözi.

A kórházak teljesítménykényszerét azonban, mint említettem, szerencsésebb lett volna az ellenőrzési rendszerrel kordában tartani, nem pedig a teljesítményérdekeltség elfojtásával.

3. szakasz:
Kvázi vegyes finanszírozás.

2009. április elsején újabb fordulat következett. A finanszírozó kihirdette: a szolgáltatóknak az idén lejelentett teljesítményeit az új, 150 ezer forintos alaplíjra fogják finanszírozni addig, amíg csak el nem érik a tavaly lejelentett teljesítményeik 70%-át, a kórházkassza fennmaradó hányadát azonban lebegő forint/súlyszám értékkel osztják ki a szolgáltatóknak az idén lejelentett (és visszaigazolt) teljesítményeik szerint.

A kvázi vegyes finanszírozás várható hatásai:

- a 2008-ban a TVK fölött is jelentős teljesítményt jelentő, nagyobb szolgáltatók kevésbé járnak rosszul, de mindenki súlyos bevételkiesést szenved majd el,
- az egy esetre jutó átlagos finanszírozás tovább csökken (ugyanis minden teljesítmény kifizetésre kerül, kisebb a kassza, pontosabbak lesznek az elszámolások) – jellemzően, szolgáltatóként változóan, de 125-130 eFt körüli összeg lesz a súlyszám értéke,
- a bevétel kb 18%-a nem tervezhető (a lebegő rész), a lebegő Ft/súlyszámérték volatilitása (pl az újabb, 13,5 Mrd Ft-os tartalékolási kötelezettség miatt) nagyon nagy (2009 április: 71 eFt/súlyszám, május: 53 eFt/súlyszám),
- újfent nem ösztönözi a rendszer a járóbeteg-ellátás súlyának növelését a fekvő kárára (lebegő pontért is „érdemesebb” fekvőben ellátni a beteget), sőt, a májusi, 6 fililéses lebegő Ft/NP érték arra is ösztönözheti a szolgáltatókat, hogy adjanak vissza kapacitásokat!
- a fekvőbeteg esetszám nőhet (az „olcsó”, járóban is ellátható betegek befektetése megéri)
- növekszik a finanszírozás kiszámíthatatlansága a „kollektív bűnösségen” alapuló visszatartások, ellenőrzések következtelen volta, a kiszámítható és tervezhető ellenőrzési rendszer hiánya miatt,
- a jelentett teljesítmények nem csökkennek jelentősen a fekvőbeteg ellátásban, hiszen a jövő évi bázist képezik (vagy nem).

A Molnár-Horváth-éra antagonistikus légköre után csilapítóan hatott az új miniszter technokrata szárazsága. Az elmúlt hónapok egyes eseményei azonban arra utalnak, mintha érdesebbé vált volna a minisztérium és az OEP hangja. A drasztikus mértékű forráskivonás párosulva a kiszámíthatatlan finanszírozói döntésekkel, a nemegyszer

igazságtalan, a szolgáltatókat ellenségesen kezelő, időnként a médiát is dezinformáló, vagy legalábbis féligazságokkal tápláló finanszírozói attitűddel morális és működési zavarokat okozhat az ágazatban, és megnehezíti a párbeszédet a szereplők között.

A HBCs-hez visszatérve, ha hosszabb időtávlatból szemléljük a dolgot, akkor ezt mondhatjuk: a sors fintora és a politika aktorainak kifinomult humorérzéke folytán Magyarország a most bevezetett részleges teljesítmény-finanszírozással annak a tornasornak a végére kullogott vissza, amelyet 1993-ban éppen ő nyitott meg, és amelyben ma már ott találjuk az európai országok jelentős részét. A mostani, a fekvőbeteg ellátásban várhatóan 18-20%-nyi teljesítmény-finanszírozás talán újra elindíthatja majd az intézmények közötti versenyt (de elképzelhető, hogy olyan alacsony szintre süllyed a lebegő pontérték, hogy nem fogja megérni ellátni a tavalyi szint 85-88%-a feletti esetszámot, erre sajnos már vannak jelek). Ha mégis beindulna a verseny, csak akkor lenne tiszta, ha egy erős, hatékony ellenőrzési rendszert is rendelnének hozzá. Amennyiben ez megtörténik, akkor megnyílik az esélye annak, hogy egy későbbi, kedvezőbb gazdasági helyzetben ismét részánjuk majd magunkat a tiszta és valós teljesítmény-finanszírozás bevezetésére. Merjünk végre nagyot álmodni, ki tudja, ha ezzel a heroikus elszántsággal haladunk tovább, akkor néhány év múlva akár még odáig is eljuthatunk, ahol 1995-96 körül tartott a magyar kórház-finanszírozás!

A SZERKEZETÁTALAKÍTÁS SZÜKSÉGESSÉGE

A teljes körű és tiszta verseny a kórházak között azonban csupán az egyik és a könnyebbik része a gyógyító hatékonyság növelésének. A nehezebb feladat a kórházszerkezet átalakítása, az aránytalan fővárosi kórházkapacitás racionalizálása, vidéken pedig a gyógyítás koncentráltabbá tétele, azaz a vidéki kiskórházak egy részének bezárása. Jelenleg spontán folyamatok zajlanak: itt-ott elfogy egy orvos egy adott osztályról, és akkor azt bezárják, a pályázati pénzekre ők nem pályázhatnak, egyéb forrásra pedig esélyük sincs, de alapvetően ezek véletlenszerű folyamatok, nem állnak kapcsolatban a morbiditási adatokkal, az egészségügyi szolgáltatások iránti tényleges szükségletekkel.

Magyarországnak statisztikailag nézve már nincsen sok aktív kórházi ágya, a probléma az, hogy az egy kórházra jutó ágyak száma túl kevés a gazdaságos működtetéshez. Régóta szakmai konszenzus van abban, hogy be kellene csukni kórházakat, zömmel kis, városi kórházakat, az országos politika azonban ennek az ódiomát nem vállalja, és nem is tudná egykönnyen erre rákényszeríteni az önkormányzatokat, hiszen az Önkormányzati Törvény a helyi politika hatáskörébe utalja a döntést. Nos, melyik polgármester merné megkockáztatni, hogy becsukja városa kórházát? Melyik országgyűlési képviselő próbálna azzal kampányolni, hogy felszámoltatja az adott megye egy vagy két kórházát? Ráadásul a kórház sok helyen nem csupán egészségügyi szol-

gáltató, hanem a legnagyobb munkáltató is egyben.

A zsákutcás reform dicstelen története megmutatta, hogy erőszakkal nem lehet átalakítani a rendszert, a Regionális Tanácsok pedig nem fogják megtenni azt a szívességet, hogy az országos politika helyett magukra vállalják a hálátlan feladatokat. A kórházszerkezet átalakítása azonban nem várathat már túl sokat magára, létre kell hozni azokat a feltételeket, amelyek megkönnyítik a változásokat. A Mihályi-Molnár-féle reformkísérlet tanulságait levonva a változtatást szét kell húzni több évre, meg kell teremteni a szükséges logisztikai feltételeket a mentőkapacitás további növelésével, valamint a sürgősségi centrumok fejlesztésével, ez az elmúlt időszakban meg is kezdődött. A változásoknak a lakosság morbiditási statisztikáihoz kell illeszkednie, a vidéki lakosság hozzáférést tehát közelíteni kell a fővárosiakéhoz az egészségügyi ellátásban.

Mindez persze csak úgy lehetséges, ha a fentiekén túl a járóbeteg szakellátás tovább fejlődik, (remélhetőleg a jelenlegi finanszírozás csak átmenetileg hat ezzel ellentétesen), a szakrendelőkben, az aktív ellátás nélkül maradó városi kórházakban jelentősen bővül az egynapos beavatkozások (és utóbbiakban a krónikus ellátások, rehabilitációs szolgáltatások) köre, a súlyponti kórházakban és az egyetemi klinikákon pedig valóban progresszív, high-tech ellátáshoz jutnak a betegek. Ha legalább ezek a feltételek teljesülni látszanak, akkor a polgárokkal meg kell és meg is lehet majd érteni, hogy a kis kórházakban sem orvos-szakmai, sem gazdasági okokból nem juthatnak olyan színvonalú ellátáshoz, mint a nagyobb kórházakban – ez egyáltalán nem kis PR-feladat, az egészségügyi tárcának megfelelő erőforrásokat kell majd találnia rá.

Azt azonban fontos látni: nem reménykedhetünk abban, hogy a kórházi szerkezet racionalizálása után több pénzünk marad majd, a kórház-szerkezet átalakítása azt eredményezheti, hogy a rendelkezésre álló (amúgy is csekély) forrás magasabb színvonalú ellátást eredményez.

ÖSSZEFOGLALÁS

A többi ágazathoz képest az egészségügy aránytalanul nagy csapást szenvedett el az elmúlt években, a 2008 őszén kezdődő pénzügyi válság kezelése pedig végképp elviselhetetlen mértékű forráskivonást eredményezett a szektor számára. A konvergencia-terv kezdő évétől, 2006-tól kezdődően a kórházakassza reálértékben évente 10-12%-os forrásvesztést szenvedett el. Az eddigi legsúlyosabb veszteség 2009-ben lesz, mintegy 13-15%-os reálérték-vesztéssel. Ebben az évben, ahogyan don Corleonének, a Francis Coppola által halhatatlan alakká növesztett Keresztapának, a finanszírozónak is volt egy „visszautasíthatatlan ajánlata” a kórházak számára: 10-15%-kal kevesebb pénzt fizetek nektek, ti pedig dolgozzatok 5-10%-kal többet a pénzeteért! Az április elsejétől érvényes új szabályozás három év után részben visszaállította a kórházak teljesítmény szerinti finanszírozását Magyarországon. Ennek eredményeképpen

a kórházak megpróbálnak majd még több teljesítményt ki-préselni magukból, miközben reálértékben mintegy 15%-os forrásvesztést lesznek kénytelenek elkönyvelni. „Még keményebben fogok dolgozni”, mondják majd, mint George Orwell Állatfarmjának igavonó lova, aki azonban végül is belerokkan a robotba. Vajon a mi kórházaink kibírják-e a forrásvesztést, vagy belerokkannak? A kórházak tartozása a gyógyszercégek és más szállítók felé egyre aggasztóbb, a

műszerek évről évre elavultabbak, az épületek omladoznak, de legalábbis málladoznak, a nővérek menekülnek a pályáról, az orvosok kiégettek. Meglehet, úgy járunk majd a kórházi rendszerrel, mint Goncsarov regényének Oblomovjai, akik évtizedeken keresztül csodálkoztak azon, hogy-hogy nem szakadt még le az Oblomov-ház rozoga folyosója, majd amikor leszakadt, még nagyobb csodálkozásba estek: hogy-hogy most meg leszakadt?

A cikk alapját a 2009 július 8.-i IME-META konferencián elhangzott előadás képezi

IRODALOMJEGYZÉK

[1] <http://www.gyogyinfok.hu/magyar/archiv.html>

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Fendler Judit 1989-ben végzett a Marx Károly Közgazdasági Egyetem nemzetközi kapcsolatok és pénzügy szakán. 1992-ig az Arthur Andersen könyvvizsgáló cégnél dolgozik, majd másfél évtizeden keresztül a pénzügyi szolgáltató szektorban. 1996 és 2002

között a Budapest Banknál töltött be vezető pozíciókat, 2004 és 2006 között a Magyar Posta Biztosító Rt. értékesítési vezetője. 1995 és 1996 között a Budapesti Közgazdasági Egyetemen tanít vállalati pénzügyeket. 2003 óta végez átvilágításokat egészségügyi szolgáltatóknál, 2004-ben elvégzi a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképzőjét. Jelenleg a HBCs Audit ügyvezetője.

Megújult a DE OEC Reumatológiai Tanszéke

A DE OEC saját forrásából és a partnerek támogatásával 700 négyzetméteres felújított osztályt, szakrendelőket, tornatermet, fizioterápiás egységet valósított meg, mely a modern kor minden igényét kielégíti – **hangsúlyozta Dr. Paragh György egyetemi tanár, centrumelnök az ünnepélyes átadáskor.** Ehhez csatlakozik a 40 négyzetméteren kialakított, és most átadásra kerülő **Biosphera infúziós centrum,** ahol napjaink legkorszerűbb reumatológiai gyógyszeres kezelése, a biológiai terápia zajlik.

A Reumatológiai Tanszék 20 ágyas fekvőbeteg osztályán két egyágyas, magas komfortfokozatú kórtermet is kialakítottak. Itt évente 800-1000 fekvőbeteg ellátására nyílik lehetőség. A két ambulancia évente 6000-7000 járóbetegét lát el. A Tanszék akkreditált Arthritis és Biológiai Terápiás Centrum, az orvosok kiemelt jártassággal rendelkeznek a gyulladásos-autoimmun kórképek kezelésében. Ennek megfelelően a Reumatológiai Tanszék fő profilja az arthritisek és a szisztémás (az egész szervezetet érintő) autoimmun betegségek egész skálája (rheumatoid arthritis, Bechterew kór, pikkelysömörös arthritis, szkleroderma, lupuszbetegség, vaszkulitiszek, egyéb autoimmun betegségek) – **tájékoztott Dr. Szekanecz Zoltán egyetemi tanár, tanszékvezető.**

Szerk.