

DRG: Centro di spesa in Nefrologia e Dialisi

S. Biasioli - Servizio di Nefrologia e Dialisi ospedale di Legnago (VR)

In un periodo di "sanita' in rosso", ossia di bilanci sanitari costantemente passivi, l'attenzione ai costi e, soprattutto, l'attenzione al contenimento della spesa e' diventata prioritaria rispetto alle necessita' del paziente, utente, cliente. E cosi' nell'attuale sanita' italiana, al centro del sistema non si colloca piu' il paziente ma il costo; al centro del sistema non si mette piu' il rapporto qualita'/prezzo (come in ogni azienda che si rispetti) ma solo il prezzo. Le Aziende Ospedaliere e le Aziende ULSS hanno bilanci rigidi: un po' meno le Aziende Ospedaliere (che sono remunerate sulla base delle prestazioni fatte, entro un tetto massimo di prestazioni), molto di piu' le Aziende ULSS, che sono remunerate sulla base di una quota capitaria ponderata per singolo abitante dell'ULSS e per singolo anno. Per l'azienda ULSS le uniche entrate accessorie sono costituite dai ticket e dalle prestazioni effettuate su pazienti extra-ULSS' ricoverati od ambulatoriali che siano. La rigidita' delle entrate ha cosi' condizionato la rigidita' delle uscite. Le Aziende' non potendo risparmiare sul personale (50-58% delle spese) e sui costi fissi (20-25% delle spese)' hanno incominciato a risparmiare sui farmaci' in cio' favorite dalla politica restrittiva della CUF (Commissione Unica del Farmaco). Da tutto cio' da questa esigenza di risparmio, nasce quella politica di economia sanitaria che e' articolata per budget' per centro di spesa' per centro di costo. Anche la Nefrologia e la Dialisi sono rientrate all'interno di questa visione economica sanitaria' perche' a nessun DG (Direttore Generale) od a nessun economista sanitario e' venuta in mente una considerazione banale: le gravi patologie croniche (uremia, diabete' cardiomiopatia dilatativa, cirrosi, encefalopatia grave' neoplasie) debbano essere comunque affrontate e trattate' in un paese civile' indipendentemente dai costi . E cosi' queste gravi patologie (tra cui l'uremia) sono state oggetto di strette analisi economiche quasi fosse possibile' secondo scienza e coscienza' non trattarle correttamente' sul piano medico-sanitario' per puri motivi economici.

Il budget di nefrologia-emo-dialisi

Ad ogni servizio, Divisione, Reparto, Unita' Operativa (U.O., termine alla moda) viene fissato un determinato budget annuale, ossia un determinato preventivo di spesa, frutto di una contrattazione tra la Direzione dell 'ULSS/ASL (D. Generale, D. Amministrativo, D. sanitario, Nucleo di Valutazione) ed il Responsabile (primario) della U.O., assistito da un suo dirigente medico. La scheda di budget e' costituita da parecchie sottoschede, cosi' riassumibili, per la nostra specialita':

1. PERSONALE MEDICO E NON MEDICO;
2. SEZIONE di NEFROLOGIA;
3. SEZIONE di DIALISI (Extracorporea e peritoneale);
4. SEZIONE di TRAPIANTO (ove si effettui attivita' trapiantologica).

In questo capitolo ci limiteremo a trattare i punti 1) e 2).

1. PERSONALE MEDICO e PARAMEDICO
Il personale presente va suddiviso, correttamente, tra le diverse sezioni. La cosa puo' essere facile per il personale di reparto (per cui esistono degli standard precisi) ma e' meno facile per il personale addetto alla dialisi, per il quale non esistono standard vincolanti, in Italia.
2. SEZIONE di NEFROLOGIA
spesso le U.O. di Nefrologia sono penalizzate sul piano strutturale (qualita' e quantita' degli spazi): cio' si riflette pesantemente sulla qualita' del lavoro e sui tempi di assistenza. Lo stesso dicasi per la frequente mancanza di personale amministrativo, che costringe figure diverse (capo sala, Medici) a compiti impropri, con perdita di tempo teoricamente da dedicare invece all'assistenza.

ATTIVITA'

Dalle statistiche dell'ULSS/ASL (che comunque vanno controllate!) vengono tratte le statistiche

di attivita', sui ricoverati e sui pazienti ambulatoriali. Le statistiche dedicate alla degenza ordinaria contengono i dati (analitici e sintetici) relativi ai DRG così articolati:

1. Tipo di DRG (es.: 316, insufficienza renale)
2. Totale dei casi trattati per ogni singolo DRG (es.: 1 02/anno)
3. % di casi provenienti da Zone extra ULSS
4. Degenza media (in giorni; es.: 1 1 . 15) per quel certo DRG
5. Scostamento dalla media regionale (es.: 0,15 giorni)
6. Degenza media pre-operatoria (es.: giorni pre-fistola)
7. % dei casi oltre la degenza soglia (es.: 1 %)
8. % dei casi di 1 giorno (es.: 5%)
9. peso unitario di quel certo DRG (es.: 1.29)
10. Totale dei pesi relativi a quel certo DRG ($= b \times i = l$; esempio: $102 \times 1.29 = 131.54$)
11. Valore economico di quei certo DRG (es.: $l \times \text{valore del punto DRG}$; es.: $131.54 \times 1.500.000 = 197.310.000$)
12. Valore economico di tutti i DRG (frutto della sommatoria di tutti i valori delle diverse tipologie di DRG; esempio = 1 miliardo) effettuati nel corso dell'anno.

Fatto questo, i DRG vengono ulteriormente scomposti in:

1. DRG sugli abitanti
2. DG sui pazienti extra-ULSS.

Nell' ipotesi precedente' su 1 miliardo di fatturato teorico da DRG' il 30,6% (=300.500.000 circa) proviene da pazienti ricoverati estranei all'Ulss. cio' identifica un indice di attrazione dell' U.O. su pazienti extra Ulss. si tratta' ovviamente' di un indice positivo' perche' apportatore di denari freschi all azienda Ulss. A questo indice positivo va pero' detratto un indice negativo (l, indice di fuga) dato da quei pazienti dell'Ulss che sono stati ricoverati (per patologie nefrologiche) in un'Ulss diversa da quella di residenza. Nella stessa ipotesi, si sarebbero verificate' in un anno' 61 "fughe," per un valore di fatturato "di fuga,, di circa 281 milioni. La differenza tra fatturato di attrazione e fatturato di fuga ($300.5 - 281 = 18.5$ milioni) rappresenta il fatturato positivo' frutto del buon lavoro dell'equipe che ha quindi una buona capacita' di "attrazione,,. Ma, a questo punto, solo una analisi dettagliata delle fughe consente all'equipe di scoprire la realta'. Infatti, nel caso specifico, all'Unita di Nefrologia sono state attribuite 61 fughe che, in realta' (dopo una analisi dei singoli casi), si sono ridotte a 19! Infatti le altre 42 fughe ($61 - 19 = 42$) erano causate in parte (12 casi) da ricoveri non nefrologici e principalmente (30) da fughe di soggetti abitanti alla periferia dell'ULSS e percio' non imputabili alla U.O.! Di conseguenza, l'analisi critica dei dati ha evidenziato una differenza tra fatturati di attrazione e fatturati di fuga ($300.5 - 193.5 = 107$ milioni) di 107 milioni' valore ben superiore a quello iniziale. Identificati i potenziali errori di calcolo nel fatturato annuo DRG' resta un quesito fondamentale? Ma le fughe dei ricoverati nefrologici sono sempre colpa dei nefrologi (incapaci di attrarre tutta la patologia nefrologica dell'ULSS) od anche dei medici di base che - talora - (e sulla base di loro personali convinzioni) ritengono che le nefrologie di citta' siano preferibili a quelle locali? Ancora, il fatturato annuo da DRG e' solo teorico nell'Azienda ULSS (pagata a quota capitaria ponderata) mentre e' reale per l Azienda Ospedale, che si mantiene solo con il fatturato. Da cio' all'interno della sanita' pubblica' 2 possibili comportamenti diversi:

1. nell'Azienda Ospedale' la tendenza a ricoverare tutti' soprattutto i DRG ad alta "resa" economica;
2. nell'Azienda USLL' la tendenza a ricoverare poco' soprattutto le patologie poco costose' intra-ULSS ed a ricoverare molto le patologie "ad alta resa", extra USLL' che verranno poi fatturate all'ULSS di provenienza.

DRG e RICOVERO

Ma' come e' noto' la qualita' di un ricovero non e' compiutamente espressa da un DRG. Infatti' a parita' di diagnosi (DRG)' un ricovero (senza complicanze) puo' essere caratterizzato da una

diagnostica piu' o meno fine (esami di laboratorio e strumentali' assetti nutrizionali' test funzionali' biopsie renali...) e da un numero maggiore o minore di consulenze. Il riferimento e' per esempio' alla ipertensione (DRG 134; peso unitario = 0.98). D'altro canto e' noto che le diagnosi internistiche hanno un peso unitario di DRG sottostimato rispetto a quelle chirurgiche: da cio' la maggior difficolta' per tutti i nefrologi' di realizzare fatturati significativi (rispetto ai chirurghi)' a parita' di numero di ricoveri non accompagnati (per i chirurghi) da interventi.

DRG e FATTURATO GLOBALE di un SERVIZIO di NEFROLOGIA e DIALISI

All'interno del budget complessivo di una U.O. di Nefrologia e Dialisi di media dimensione (degenza con 10 posti letto e dialisi con 14 posti dialisi' attivi su 2 turni quotidiani) il fatturato legato alla degenza (DRG) rappresenta il 23-26% del fatturato globale (DRG' attivita' ambulatoriale dialitica e non' risparmi di spesa)' fatto uguale a In altri termini' una cospicua attivita' dialitica (particolarmente basata sulle tecniche dialitiche alternative: AFB' PFD' HDF' tutte con adeguati valori tariffari) consente non solo di recuperare le spese legate alla attivita' nefrologica pura' ma anche di consentire alla U.O. "guadagni,, pari al 7'5-8% delle entrate. Cio' almeno' con gli organici medici e paramedici esistenti nel Veneto' ed in linea con i "carichi di lavoro', calcolati da entita' esterne all'ULSS.

DRG e Centro di Spesa: RELAZIONE impropria?

prima di concludere questo capitolo' non pare improprio ricordare alcuni punti essenziali dei DRG' al fine di identificare la presenza (o meno) di relazioni fisiologiche tra DRG e centro di spesa.

Caratteristiche DEI DRG

I DRG sono un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali (per acuti)' sviluppato nel corso degli anni '60 e '70 dal prof. Fetter (Yale University) e utilizzato negli stati Uniti dall'ottobre 1983' come base per il finanziamento prospettivo degli ospedali (Prospective Payment System' PPS) per i ricoveri dei pazienti iscritti a Medicare. Il sistema e' costruito sulla base di informazioni presenti nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO)' diagnosi' principale e secondarie; intervento chirurgico; eta'; stato alla dimissione e definisce' nella versione adottata dal SSN (10a versione dei DRG utilizzati dalla Health care Financing Administration' HCFA/DRG' 10.0)' 492 categorie finali di ricoveri' clinicamente significative e omogenee al loro interno quanto a consumo di risorse assistenziali e quindi' verosimilmente' anche rispetto ai costi di produzione dell'assistenza. In realta' le categorie finali sono ridotte a 489 perché 3 DRG (109' 438' 474) sono stati abbandonati' in quanto obsoleti. E' evidente che i DRG-ROD non sono l'unico sistema possibile per la classificazione dei pazienti ricoverati (CPR ovvero PCS' Patient Classification Systems); altri sistemi utilizzano parametri diversi quali: la gravita' del caso clinico; la complessita' dell' assistenza erogata; il numero delle strutture coinvolte' l'ambito delle informazioni (SDO o cartella clinica). Anche dall'utilizzo della sola SDO si possono costruire molti sistemi di valutazione. In sintesi, il Sistema Isoverita' descrive la gravita' del quadro clinico (malattia =Ds o paziente = CSI) ed e' particolarmente adatto per una valutazione della qualita' del trattamento. Invece il Sistema Isorisorse cerca di descrivere la complessita' dell'assistenza erogata (DRG) o dell'assistenza teoricamente necessaria (PMC). Il Ministero della Sanita' Italiano ha scelto i DRG / ROD (= sistema che descrive la complessita' dell'assistenza erogata), non per valutare il rapporto costo/benefici o la qualita' ma come base per finanziare gli ospedali (o piu' precisamente le Aziende Ospedali) I DRG/ROD, infatti' identificano (teoricamente!) categorie di ricoveri omogenei per quantita' di risorse assorbite. E qui sta il primo inganno! I DRG individuano gruppi di pazienti omogenei per consumo di risorse' ma non necessariamente uguali/identici tra loro! tariffe fissate per ogni DRG sono riferite ad un ipotetico "costo medio per quel tipo di DRG', che, si ipotizza' racchiuda la maggior parte dei casi clinici di un certo tipo (ossia simili). E' ovvio che esistano casi che superano la degenza media (sono i ricoveri "outliers") fissata (per quel certo tipo di DRG) a livello regionale' sulla base di una formula "magica,, (ex-allegato n. 2, D.M. 15.4. 1994) Queste anomalie cliniche non vanno privilegiate' ma eliminate (trimmate)... per il legislatore! per noi clinici' appare evidente che i DRG sono una semplificazione: un modo semplice per passare dai numeri delle diagnosi (principale + secondarie) della SDO ad un numero (DRG) esprimente isorisorsa e quindi un valore economico' atto a pianificare i costi teorici ed a finanziare l'ospedale. E' noto che la SDO va obbligatoriamente compilata, ai sensi del D.M.

28.12.1991 e del D.M. 26.7.1993. Da cio, l'importanza di una corretta compilazione della SDO, per evitare errori e danni economici per l'ULSS, per il servizio, per l'Ospedale. Dai codici riportati sulla SDO si arriva ad un dato DRG: ad ogni paziente puo essere attribuito un unico DRG, anche se il paziente e stato etichettato con diagnosi multiple, di diversa complessita'. E ormai evidente - per tutti i nefrologi che si sono interessati del problema ma non per gli esperti del Ministero della Sanita' - che la validita' dei DRG e relativa e non assoluta, come qualcuno (Taroni, 1991) voleva far credere. Il DRG e' un sistema di valutazione delle risorse impiegate ed un sistema per quantificare il pagamento (USA): in Italia, lo si e' introdotto, non per un "controllo di qualita'", (VRQ), ma per quantificare l'entita' dei finanziamenti ospedalieri, sulla base del "case-mix".

Dalla SDO al DRG

Ciascun paziente dimesso deve essere incasellato dentro un DRG, utilizzando un software di attribuzione detto DRG-grouper. In base alla diagnosi principale di dimissione (ossia alla condizione morbosa principale... per motivi clinici... o per utilizzo di risorse...) ogni paziente viene assegnato ad una delle 25 categorie diagnostiche principali (dette Major Diagnostic categories = MDC). Le malattie del rene e delle vie urinari sono contenute nella MDC N. 11 e nei DRG 315, 316, 326, 331, 332 e 134, prevalentemente. Le 25 MDC raggruppano in modo esclusivo tutte le diagnosi contenute nella ICD-9-CM e riflettono l'universo delle specialita' mediche. successivamente, sulla base della presenza o meno di un intervento chirurgico, il paziente viene assegnato ad un sottogruppo medico (M) o chirurgico (C) della MDC di appartenenza. I pazienti chirurgici, sono ulteriormente classificati in base al tipo di intervento/procedura al quale sono stati sottoposti (nel caso ne abbiano subito piu di uno, si considera intervento principale quello che richiede il maggior impiego di risorse, secondo un ordine gerarchico predefinito e costantemente aggiornato) e i pazienti medici, in base alla diagnosi principale. L'attribuzione dei DRG dipende inoltre da: eta' del paziente (> o < 17 anni; > o < 65 anni...); patologie secondarie (con o senza cc) - per complicita' (= condizione secondaria che insorge durante l' ospedalizzazione e comorbilita' (condizione che coesiste al momento del ricovero del paziente, con la diagnosi principale) si intendono quelle condizioni associate alla diagnosi principale che provocano un allungamento della durata della degenza di almeno un giorno in almeno il 75% dei pazienti. Stato alla dimissione: vivo, deceduto, dimesso contro il parere dei sanitari, trasferito ad altro reparto.

Le Tariffe sui ricoveri Ospedalieri (D.M. 14.12.1994)

Le Regioni e province Autonome che non hanno adottato propri provvedimenti di fissazione delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera devono applicare le tariffe fissate con il D.M. 14 dicembre 1994 ("Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera,,) e successive integrazioni. Il decreto ministeriale individua tre categorie di prestazioni di assistenza ospedaliera, per ognuna delle quali viene definita una specifica struttura delle tariffe, al fine di tener conto delle diverse tipologie della casistica ospedaliera. Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario. Le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario sono definite quali episodi di ricovero specificati secondo il sistema di classificazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD o DRG). si individuano tre diverse tipologie di ricoveri, con relative tariffe: Ricoveri ordinari: tariffe forfetarie, specifiche per DRG di appartenenza (colonna 1, allegato 1 al D.M.). Ricoveri ordinari di una sola giornata (ossia, pazienti che abbiano trascorso una unica notte in ospedale): tariffe forfetarie, specifiche per DRG di appartenenza (colonna 2, allegato 1 al D.M.). Per i ricoveri di una sola giornata trasferiti ad altro istituto o caratterizzati da decesso del paziente, la tariffa va raddoppiata. Ricoveri ordinari anomali per durata di degenza ("outliers,,, che fanno cioe' registrare una durata di degenza superiore al "valore soglia" colonna 3, allegato 1 al D.M.): tariffe forfetarie per DRG di appartenenza (colonna 1, allegato 1 al D.M.), incrementate del prodotto fra il numero di giornate di degenza oltre il valore soglia, e la tariffa giornaliera specifica per il DRG di appartenenza (colonna 4, allegato 1 al D.M.). I DRG individuano raggruppamenti di pazienti il cui trattamento comporta mediamente un omogeneo consumo di risorse ospedaliere. Tuttavia, come gia' precisato, il trattamento di pazienti con condizioni cliniche particolari puo comportare uno scostamento significativo nel consumo di risorse rispetto alla media significativa della categoria di appartenenza. Pertanto, a fini di equita' distributiva, per tali casi viene riconosciuta una remunerazione aggiuntiva, oltre la

tariffa forfetaria del DRG di appartenenza. A tal fine, per ciascun DRG è stato individuato un valore soglia (calcolato applicando ai dati, rilevati attraverso il flusso informativo nazionale relativo alla scheda di dimissione ospedaliera, la formula non parametrica riportata nell'allegato I B al D.M. 15 Aprile 1994). Detta formula individua la durata di degenza (espressa in giornate) oltre la quale si applica la remunerazione aggiuntiva, corrispondente al costo marginale sostenuto dall'ospedale quando il paziente supera il valore soglia del DRG di appartenenza. Il valore soglia, quindi, non corrisponde alla durata media di degenza specifica per DRG, né assume il significato di durata massima appropriata (Ministero della Sanità, 1995, pagg. 7, 8). L'individuazione del numero di giornate di degenza oltre il quale si applica il meccanismo di remunerazione aggiuntivo, si ottiene arrotondando per eccesso il valore soglia, espresso in termini decimali, al numero intero più prossimo.

Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno. Le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno sono definite quali episodi di ricovero in day hospital sulla scheda di dimissione ospedaliera e sono specificate secondo il sistema di classificazione dei DRG. Si individuano due tipologie di ricoveri, con relative tariffe.

a) Ricoveri caratterizzati da un unico accesso giornaliero: tariffe forfetarie, specifiche per classe di DRG di appartenenza (allegato 2 al D.M.). Le classi di DRG specificate corrispondono alle 25 grandi categorie diagnostiche del sistema di classificazione DRG (MDC).

b) Ricoveri caratterizzati da un ciclo programmato di accessi giornalieri, nell'ambito dello stesso episodio diagnostico e/o terapeutico: rimborso pari al prodotto tra la tariffa forfetaria giornaliera specifica per classe di DRG di appartenenza e il numero di accessi giornalieri documentato nella scheda di dimissione ospedaliera (allegato 2 al D.M.).

Le caratteristiche organizzative e funzionali del day hospital sono disciplinate dal D.P.R. 20 ottobre 1992 ("Atto di indirizzo alle Regioni per la attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali") e tariffate come segue (linee guida ministeriali dell'Aprile 1995):

a) Le tariffe per le prestazioni di carattere medico, diagnostico e/o terapeutico sono pari alle corrispondenti tariffe previste dal D.M. 14 dicembre 1994 rivalutate del 20%.

b) Le tariffe per le prestazioni di carattere chirurgico sono definite sulla base di "pacchetti predefiniti di trattamento che comprendono sia gli esami e le visite preoperatorie, sia l'intervento, sia i controlli postoperatori, indipendentemente dal numero di accessi. Le relative tariffe sono determinate in misura pari al 75% della corrispondente tariffa del ricovero ordinario, specifica per DRG (colonna 1, allegato 1 al D.M.).

Le tariffe per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di ricovero diurno sono quelle specifiche per classe di DRG di appartenenza indicate nell'allegato 3 al D.M.

Prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di ricovero. Le prestazioni di riabilitazione ospedaliera erogate in regime di ricovero sono definite quali episodi di ricovero negli ospedali di riabilitazione oppure episodi di ricovero per i quali il reparto di dimissione è identificato dal codice di disciplina 56 (Recupero e riabilitazione funzionale) o 28 (Unità spinale), specificati secondo il sistema di classificazione dei DRG (par. 3.1). Le tariffe sono giornaliere e specifiche per classi di DRG (allegato 3 al D.M.).

Le classi di DRG specificate corrispondono alle MDC (par. 3.1.2' tab. 4) e per la 1, la 4, la 5 e la 8 (le MDC che corrispondono alle attività riabilitative individuate come prioritarie nel piano sanitario nazionale 1994-1996 e che comprendono i DRG maggiormente rappresentati nei reparti di riabilitazione degli ospedali italiani) sono state fissate tariffe giornaliere specifiche, mentre per le restanti è stata individuata una tariffa giornaliera indifferenziata pari a 390.000 lire. Il rimborso complessivo è pari al prodotto fra la tariffa giornaliera ed il numero di giornate di degenza.

Nelle linee di guida il ministero ha, inoltre, stabilito il limite massimo di 60 giornate di degenza, oltre il quale, previa verifica di particolari condizioni che ne rendano ammissibile la deroga, riconosce la tariffa giornaliera abbattuta del 40% (eccetto per le strutture di alta specialità destinate alla riabilitazione specialistica di grande complessità e lunga durata (D.M. 29 gennaio 1992)).

Per le attività di lungodegenza, le linee di guida prevedono (per le unità di degenza identificate dal codice di disciplina 60) una remunerazione pari al prodotto fra la tariffa giornaliera indifferenziata di 267.000 lire e la durata di degenza di ciascun episodio di ricovero (allegato 1 al D.M.).

Anche in questo il ministero ha stabilito il limite massimo di 60 giornate di degenza, oltre il quale la tariffa giornaliera viene abbattuta del 40%.

C'è ancora una certa confusione, in Italia, anche per quanto riguarda l'interpretazione ed il ruolo dei DRG. L'obiettivo dei DRG (ROD) è quello di mettere in relazione la complessità dei casi clinici trattati in una determinata unità operativa (U.O.) con i costi di gestione di tale struttura. Occorre, però, porre attenzione ad alcuni elementi:

1. una U.O. con un "case mix" piu impegnativo sta a significare, nell'ottica dei DRG, che vengono trattate patologie con notevole consumo di risorse e non (necessariamente) che tali casi siano piu impegnativi sul piano clinico-prognostico.
2. In Italia il valore del DRG non e' stato calcolato come media reale dei costi in un ampio numero di ospedali italiani, ma come frutto di un compromesso politicoeconomico, su base nazionale (tariffario nazionale) o regionale (varianti economiche regionali)
3. pur con tutti questi limiti, i DRG consentono di comparare (pur se con beneficio di dubbio) l'efficienza (in tema di ricovero!) di varie U.O. che si occupano della stessa patologia e, quindi, di valutare eventuali modifiche organizzative e/o strutturali.
4. L'uso dei DRG consente di costruire il centro di costo legato all'attivita' nefrologica sui ricoverati, con un mero criterio quantitativo (= di spesa) e non di rapporto qualita' costo.
5. L'attivita' di una U.O. di Nefrologia e Dialisi non e' espressa solo dai DRG sui ricoverati, ma dalla somma di tutte le attivita' svolte, in regime ambulatoriale e di ricovero. In conclusione, e' stata sentita l'opinione di uno dei padri italiani dei DRG/ROD: Francesco Taroni. secondo Taroni, i DRG non avrebbero mai avuto un valore economico in termini aziendalistici, ma avrebbero espresso solo un sistema di isorisorse. Nei fatti (come Noi avevamo sempre pensato) in Italia i DRG (applicati sia sugli acuti che sui cronici) sono - oggi - applicati solo come momento economico fondamentale di costruzione dei budget ospedalieri. Anche in Nefrologia.