

Ny medicinsk teknik i NordDRG

1. DRG-logiken bygger alltid på befintliga primärkoder, det vill säga ICD- och KVÅ-koder. En förutsättning för att kunna skapa nya DRG för ny medicinsk teknik är alltså att det finns primärkoder som selektivt beskriver den nya tekniken. En ny DRG kan baseras på en kombination av flera befintliga primärkoder (inklusive ICF- och ATC-koder) men det är då viktigt att kodkombinationen renodlat beskriver den nya tekniken och inte inkluderar något annat.
Om befintliga primärkoder inte räcker till för att selektivt beskriva den nya tekniken, d.v.s. att de även inkluderar traditionell medicinsk teknik, måste det först inrättas nya specifika primärkoder (oftast KVÅ-koder) innan det är möjligt att skapa nya DRG för detta.
2. Socialstyrelsens nationella prospektiva DRG-viktlistor baseras på de kostnadsdata som regionerna rapporterat in till KPP-databasen på Sveriges kommuner och regioner (SKR) och det är alltid en fördröjning på två år. DRG-vikterna för t.ex. år 2025 baseras således på kostnadsdata från år 2023. Detta innebär att de nationella DRG-vikterna aldrig kan användas som grund för ekonomisk ersättning för ny och dyr medicinsk teknik. Först år tre efter införandet av den nya medicinska tekniken kommer dess kostnader att påverka de nationella DRG-vikterna. Varje region måste därför avsätta medel för medicinsk utveckling på samma sätt som man avsätter medel för forskning och utbildning.
3. En förutsättning för att Socialstyrelsens DRG-viktlistor ska bli rättvisande är att man ute i verksamheterna primärkodar korrekt samt att man rapporterar korrekta kostnadsdata till KPP-databasen på SKR. Om en DRG baseras på till exempel vissa läkemedel måste man lokalt registrera deras ATC-koder och läkemedelskostnaderna måste inkluderas i de rapporterade kostnaderna. Kostnaderna måste även allokeras till rätt vårdkontakt, det vill säga den kontakt där kostnaden uppkommer.
4. NordDRG kan än så länge endast beskriva enstaka vårdhändelser utförda av sjukvårdspersonal, det vill säga vårdtillfällen i slutenvård och öppenvårdsbesök (på sjukvårdsinrättning eller i hemmet). Det är i dagsläget således inte möjligt att i DRG beskriva och sätta DRG-vikt på så kallade vårdkedjor, på kontinuerlig vård i hemmet (hemsjukvård) eller på egenvård, inte ens om egenvården är avancerad som vid till exempel hemodialys eller ny och dyr medicinsk teknik. Sjukvårdsinrättningarnas eventuella kostnader för sjukhusansluten hemsjukvård och avancerad egenvård måste tills vidare täckas på annat sätt än via DRG.