

RDK konferens Stockholm 2010

DRG-logik

Mats Fernström

Enheten för Öppna jämförelser (ÖJ)

Avdelningen för Statistik & utvärdering (S)

Socialstyrelsen

DRG = Diagnosis Related Groups

Ett medicinskt beskrivningssystem med beskrivning av resursbehov, det är enkelt och överskådligt och ger både medicinsk och ekonomisk information.

1 500 000 vårdtillfällen/år

10 000 000 besök/år

12 000 möjliga diagnoskoder

8 000 möjliga åtgärds-koder

600 000 typfall

Hela verksamheten kan beskrivas med

- ca 500 DRG-koder för slutenvård
- ca 400 DRG-koder för öppenvård

Vad behövs för DRG-gruppering

- Huvuddiagnos
- Ev bidiagnos/er
- Ev åtgärd/er

Dessutom krävs det även för vissa DRG-gruppering

- Ålder
- Kön
- Utskrivningssätt
- Antal vård dagar
- Födelsevikt

För öppen vård krävs det

- Besökstyp
- Yrkeskategori

Huvuddiagnosen styr till någon av de 28 MDC (**M**ajor **D**iagnostic **C**ategory) efter organsystem eller etiologi. Förutom huvuddiagnos skall bidiagnoser som är relevanta och haft betydelse för utredning/behandling alltid medtagas. Detsamma gäller även medicinska och kirurgiska åtgärder (KVÅ = Klassificering av VårdÅtgärder). Den åtgärd som är tyngst inom huvuddiagnosens MDC är DRG-styrande. Ordningsföljden är alltså betydelselös i detta sammanhang. Vid bilaterala operationer är det oftast samma DRG som vid unilateralt utom på extremiteter. Mindre åtgärder påverkar oftast inte DRG-grupperingen i slutenvård med vissa undantag utan styrs oftast till samma medicinska DRG som vid ingen åtgärd alls. Dock kan även en mindre åtgärd påverka grupperingen vid öppenvård.

När det gäller komplicerat DRG så innefattar det både komplikation och/eller komplicerande tillstånd. **En** bidiagnos som har CC-egenskap (**C**omplication/**C**o-morbidity property) kan

styra till ett komplicerat DRG, antalet bidiagnoser har alltså ingen betydelse. Vid tillägg av flera åtgärds-koder leder det oftast inte till komplikations-DRG dock med undantag av när en åtgärd har CC-egenskap, t ex reoperationer, op för osteit och op för septisk artrit.

Många DRG-grupper har ingen komplikationsgrupp (50%) t ex lungemboli DRG78 och sköldkörteloperation DRG290. Många bidiagnoser saknar CC-egenskap t ex hypertoni UNS. Många bidiagnoser har CC-egenskap endast i kombination med vissa huvuddiagnoser. CC-egenskaper kan ändras från år till år.

CC-reglerna omöjliga att komma ihåg därför skall man registrera alla relevanta bidiagnoser och åtgärder.

DRG 468 Tyngre sällsynt eller felaktig kombination av huvuddiagnos och åtgärd
OCH

DRG 477 Annan sällsynt eller felaktig kombination av huvuddiagnos och åtgärd ---- kan vara rätt registrerat då det är omöjligt att konstruera ett grupperingssystem för alla mycket sällsynta kombinationer ----- men oftast är det fel så kontrollera att huvuddiagnos och åtgärder är rätt kodade. Den tyngsta åtgärden bör höra till samma MDC som huvuddiagnosen.

DRG 470 Bristande eller felaktig information eller diagnos fattas
Rtc (returkod = fel)

1. Huvuddiagnos fattas
2. Kön av patienten fattas
3. Patientens kön och diagnos passar inte ihop
4. Patienten är för ung för diagnosen
5. Patienten är för gammal för diagnosen
6. Patienten ålder är felaktig (>125)
7. Huvuddiagnos är ogiltig
8. Annat fel i gruppering
- B. Ospecificerad eller omöjlig åtgärd

DRG-logic DRG470

Returkod nr:

1. Diagnos måste alltid anges vid läkarbesök, slutenvård och avliden patient
2. Kön måste alltid anges vid huvuddiagnos i MDC 12, 13 & 14, förlossningsdiagnoser och kejsarsnitt
3. Man kan inte registrera huvuddiagnos i MDC 13 & 14 på män, huvuddiagnos i MDC 12 på kvinnor och kejsarsnitt på män
4. Man kan inte registrera vuxendiagnoser före 14 års ålder och man kan inte registrera graviditet o dyl före 11 års ålder
5. Man kan inte registrera barndiagnoser efter 18 års ålder, neonataldiagnoser efter 1 års ålder, graviditet efter 60 års ålder och förlossning efter 56 års ålder
6. Man kan inte registrera en patient som är > 125 år
7. Huvuddiagnosen ogiltig
8. Man kan inte registrera intensivvårdsåtgärder eller RDS på ett helt friskt eller ganska friskt barn
- B. Man kan inte registrera ospecificerade eller omöjliga åtgärder eller tilläggs-koder som enda åtgärds-kod

Socialstyrelsens anvisningar fr.o.m. 2009:

- Det tillstånd som är den primära anledningen till vård (intagningsorsak)
- En komplikation som inträffar under vårdtiden kan aldrig vara huvuddiagnos
- Om mer än ett tillstånd kan komma ifråga som huvuddiagnos bör det tillstånd väljas som tagit mest sjukvårdsresurser i anspråk
- Ett av intagningsorsaken oberoende tillstånd som uppträder under vårdtiden kan vara huvuddiagnos om det tagit mest sjukvårdsresurser i anspråk

Vad kan man använda DRG till? Det vanligaste är att man använder i form av verksamhetsbeskrivning, bokslut, målbeskrivning eller att jämföra egen verksamhet över tid. T ex som budgetinstrument för att fördela anslag till sjukhus alternativt till sjukhusets interna budgetfördelning dock är det en stor risk för fel med liten volym. Debiteringsunderlag av all akut somatisk vård, eller endast slutenvård eller slutenvård och dagkirurgi eller till utomlänspatienter. Ersättningsnivån är mellan 10-100%.

Vad används DRG till? Benchmarking som t ex Case mix index (= genomsnittlig DRG-vikt, vårdtyngd, Produktivitet (= kostnad per DRG-poäng) och Kostnad för enstaka DRG (detta kräver KPP alternativt jämföra vårdtid) Det finns dock vissa fallgropar så som slumpens inverkan vid små grupper och olika kostnadsberäkningar. DRG ger ingen förklaring men en indikation på var man skall börja analysera. Det kan också användas till DRG-pris = genomsnittligt pris för en hel grupp. Den totala ersättningen blir rätt även om det finns patienter som kostar både mer och mindre än snittet för den specifika DRG-gruppen. Dock finns det en risk för russinplockning. DRG-pris är ett sätt att fördela befintliga medel efter vårdtyngd DRG ger varken mer eller mindre pengar i systemet. Varje landsting har sina egna DRG-priser. SoS gör en årlig referensviktlista men sätter inga priser. Bygger på stora volymer. Ju mindre enhet desto större risk för snedfördelning. Täcker inte kostnadsytterfallen (ca 5% i varje DRG). Dessa bör ersättas med faktisk kostnad (kräver KPP). Täcker inte kostnader för ny medicinsk teknik. DRG-prislistan bygger på ca 2 år gamla data.

DRG-historik

Yale DRG (60-talet)

HCFA DRG 500 grupper, Version 1 (1983) AP-DRG 640 grupper, R-DRG 1200 grupper, APR-DRG 1500 grupper. Fler grupper = ökad medicinsk homogenitet men minskad tillförlitlighet för kostnadsdata

HCFA DRG Version 12 (1995) m.fl.

NordDRG Version 1 (1995) 500 grupper

Version 6 (2001) Barn/neonatologi

Version 8 (2003) Dagkirurgi & Endoskopier

Version 10 (2005) Psykiatri

Version 12 (2008) Rehabilitering

Version 25 (2008) Version 11 (2006) Övrig öppenvård på sjukhus

Det finns också utvecklingsprinciper så som Fasta kriterier, Långsamt och metodiskt, Alltid KPP-data (i princip...), Förbättringar genomförs årligen, Gemensam utveckling med övriga nordiska länder – både för årliga förbättringar och i större projekt, Gemensamma nordiska prioriteringar men enskilda länder kan gå före.

Större ändringar i version 2011

Nya DRG tillkommer eller gamla DRG försvinner eller att gamla DRG får markant förändrat innehåll.

Ny DRG: Implantation or replacement of stimulation device
in the nervous system

ABD30 Inläggande av spinal stimuleringsutrustning (smärtbehandling)

Grupperas f.n. till 15 olika DRG i SV el. 10 olika DRG i ÖV med mkt
varierande vikter (0,9-5,5 i SV resp. 0,09-2,27 i ÖV)

ADB00 Inläggande av vagusnervsstimuleringsutrustning (epilepsi)

AEA00 Byte av impulsgenerator i stimuleringsutrustning i nervsystemet

Grupperas f.n. till DRG 007/008 (Op på hjärnnerver & andra delar
av nervsystemet ...)

Borttagen DRG: DRG 022 Hypertensiv encefalopati

En enda diagnoskod - I67.4 Hypertensiv encefalopati

Endast 16 fall i PAR 2008

Fallen kommer att gå till DRG 016 Ospecifika kärlsjukdomar i hjärnan

Sammanlagda DRG:

DRG 7050 Terapeutisk koloskopi, öppenvård

DRG 7100 Koloskopi, öppenvård

Tidsplan för större förändringar i version 2011

formellt beslut av styrelsen för NordDRG den 9 april - test i planeringsversionen kan visa
oförutsedda och oönskade bieffekter - förändringar för de svenska öppenvårdsgrupperna ännu
inte färdigutredda

Det finns nu två enheter för klassifikation på SoS

- ”Klassifikationsgruppen” - Enheten för fackspråk och informatik

PRIMÄR patientklassificering

Diagnoskoder: ICD-10/KSH97

Åtgärds-koder: NCSP/KKÅ97 och KVA

Regler för kodning

Klassif@socialstyrelsen.se

- ”DRG-gruppen” – Enheten för öppna jämförelser

SEKUNDÄR patientklassificering
NordDRG
CPK@socialstyrelsen.se

Men med en gemensam hemsidaingång
www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder

Denise Olsson
2010-04-19