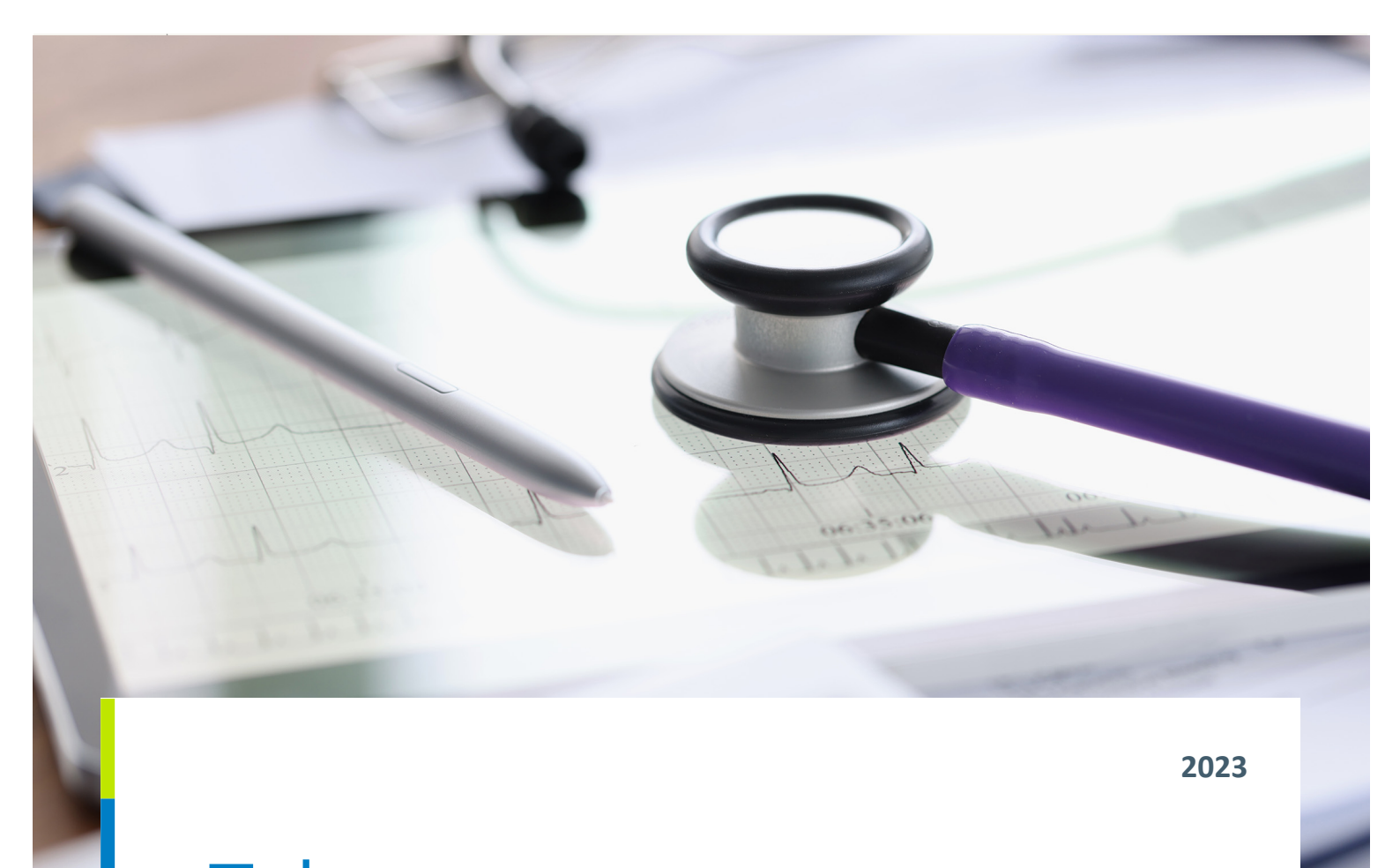




2023

Takstsystem 2024

Vejledning

Udgiver	Datavarehus, Dokumentation og DRG
Ansvarlig institution	Sundhedsdatastyrelsen
Design	Sundhedsdatastyrelsen
Copyright	Sundhedsdatastyrelsen
Version	1.2
Versionsdato	7. marts 2024
Web-adresse	Gå til hjemmesiden (sundhedsdata.dk)
Titel	Takstsystem 2024

Rapport kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1.	Indledning	6
1.1	Vejledningens formål og baggrund	6
1.2	Vejledningens opbygning	7
2.	Generelle bestemmelser	9
2.1	Takstbekendtgørelsens dækningsområde	9
2.1.1	Private sygehuse	9
2.1.2	Personer uden bopæl i Danmark	9
2.2	Sondring mellem behandlingsniveauer	11
2.3	Generelle afregningsregler	12
2.3.1	Betalingsforpligtelsen	12
2.3.2	Fravær under indlæggelse	12
2.3.3	Afgrænsning af ambulante besøg og sengedage	13
2.3.4	Raske ledsagere og nyfødte	13
2.3.5	Overgangsregler ved årsskifte	13
2.3.6	Pris- og lønregulering for takstsystem 2024	13
2.4	Lønsumsafgift	14
3.	Behandlinger på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau	16
3.1	Patienter behandlet på somatiske afdelinger	16
3.1.1	DRG-takster	16
3.1.2	Afregning af genoptræningsydelser	17
3.1.3	Aktivitet der ikke afregnes	18
3.2	Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger	18
4.	Behandlinger på højt specialiseret funktionsniveau	18
4.1	Betaling	19
4.2	Takstberegning	19
5.	Andre takstregler	21

5.1	Kommunal fuldfinansiering (KFF) - betaling for færdigbehandlede patienter, sengedage på hospice og specialiseret genoptræning.....	21
5.2	Udbetaling af lommepenge	21
6.	Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.....	22
Bilag 1.	DRG-systemet.....	23
B1.1	DRG i Danmark.....	23
B1.2	Proces for udarbejdelse af et takstsystem	24
B1.3	Grupperingslogikken, Visual- og InteraktivDRG.....	24
B1.3.1	Tilordning af DRG-grupper	25
B1.3.2	VisualDRG	26
B1.3.3	InteraktivDRG.....	27
B1.4	Sammensætning og gruppering af et DRG-sygehusforløb.....	28
B1.4.1	DRG-kontakter i LPR3	28
B1.4.2	DRG-Sygehusforløb	28
B1.5	Dannelse af Omkostningsdatabasen	30
B1.5.1	Omkostningsberegninger for DRG-kontakter	31
B1.6	Takstberegningsmetoden	32
B1.6.1	Beregning af DRG-takster	32
Bilag 2.	Grupperingsændringer mellem DRG2023 og 2024.....	34
6.1	Generelle grupperingsændringer	34
Bilag 3.	DRG-takster	40
B3.1	Navnestruktur	40
B3.2	DRG-takster og trimpunkter.....	42
B3.3	Særydelsesliste	69
Bilag 4.	Takster for genoptræningsydelser	70
Bilag 5.	Finansiering af sundhedsvæsenet	71
B5.1	Finansieringsmodellen	71
B5.2	Bloktilskud.....	71
B5.3	Nærhedsfinansiering	71

B5.4	Kommunal medfinansiering	72
B5.5	Mellemregional afregning	72
Bilag 6.	Takstbekendtgørelsen	74
Bilag 7.	Sygehusbekendtgørelsen	78

1. Indledning

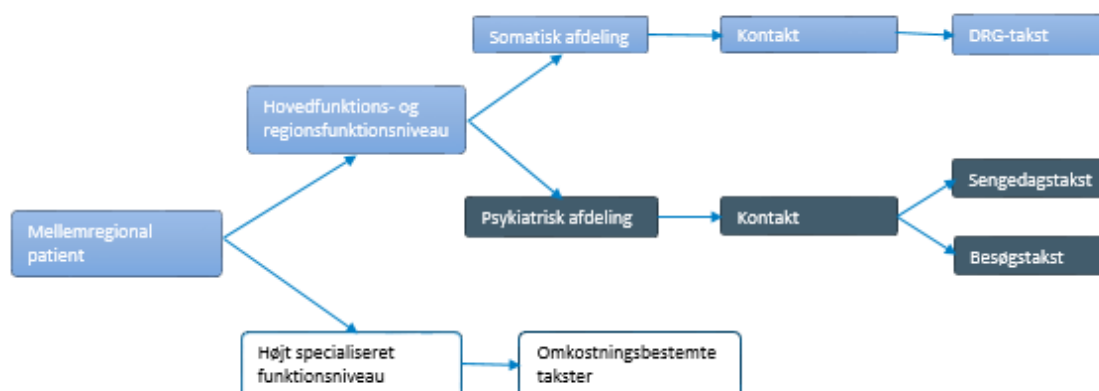
1.1 Vejledningens formål og baggrund

Denne vejledning giver en samlet beskrivelse af afregningsregler og takster, som regionerne skal anvende i forbindelse med afregningen af patienter, der bliver behandlet i en anden region end bopæls- eller opholdsregionen (mellemregionale patienter). Den del af afregningsreglerne, som anvendes i den mellemregionale afregning af patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, benyttes desuden ved opgørelsen af den kommunale medfinansiering og nærhedsfinansieringsordningen, samt til udregningen af regionernes bloktilskud. Vejledningen henvender sig således til alle personer i regioner og kommuner, der arbejder med finansieringen af regionerne.

De overordnede afregningsprincipper er fastsat i bekendtgørelse nr. 305 af 8. marts 2022 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen (Takstbekendtgørelsen). I bekendtgørelsen bestemmes, at patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau som udgangspunkt skal afregnes med takster, der fastsættes og udmeldes af Sundhedsdatastyrelsen, mens afregningen af patienter behandlet på højt specialiseret funktionsniveau skal afregnes med takster, der fastsættes decentralt efter forskrifter i bekendtgørelsen.

Figur 1 viser den overordnede takststruktur, der anvendes i den mellemregionale afregning. Ved behandling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau på somatiske afdelinger tages der udgangspunkt i landsdækkende takster, der er fastsat ud fra DRG-systemet. Psykiatriske patienter, der behandles på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, skal derimod afregnes med landsdækkende sengedags- og besøgstakster, mens såvel somatiske som psykiatriske patienter, der behandles på højt specialiseret funktionsniveau, afregnes til lokalt fastsatte takster, der tager udgangspunkt i udgifterne ved behandlingerne på det enkelte sygehus, hvor behandlingen har fundet sted.

Figur 1 Den overordnede takststruktur



Udmøntningen af afregningsreglerne for patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau skete i forbindelse med udarbejdelsen af det fælles datagrundlag for afregning, der anvendes til beregningen af bloktilskud, kommunal medfinansiering, mellemregional afregning og til opgørelse af nærhedsfinansieringsordningen.

1.2 Vejledningens opbygning

Takstvejledningen for 2024 er bygget op omkring den overordnede takststruktur i Takstbekendtgørelsen og gennemgår således afregningsreglerne for alle behandlingsniveauer og patientgrupper, som er gældende i 2024. Hovedvægten er imidlertid lagt på afregningsreglerne for patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, samt de her anvendte takster, da det er disse komponenter, der danner grundlaget for dannelsen af det fælles datagrundlag for afregning i sygehusvæsenet.

Kapitel 2 beskriver generelle bestemmelser i Takstbekendtgørelsen, som ikke afhænger af behandlingsniveauet eller længden af patientens ophold på sygehuset. I kapitel 3 gennemgås afregningsreglerne for patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, og i kapitel 4 gennemgås afregningsreglerne for patienter behandlet på højt specialiseret funktionsniveau. Kapitel 5 beskriver takstregler, der ikke vedrører Takstbekendtgørelsen, og kapitel 6 omhandler fritvalgsrammerne for private sygehuse mv.

Takstvejledningen for 2023 indeholder desuden en række bilag, der relaterer sig til afregningen af somatiske patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau. I bilag 1 beskrives DRG-systemet. Ændringer i grupperingslogikken i DRG-systemet fra 2023 til 2024 er listet i bilag 2. I bilag 3 til 4 findes oversigter over DRG-taksterne og genoptræningstaksterne for 2024, mens bilag 5 beskriver finansieringsmodellen for sygehusvæsenet og de enkelte finansieringsordninger.

Endeligt er Takstbekendtgørelsen og bekendtgørelse nr. 657 af 28. juni 2019 om ret til sygehusbehandling m.v. (Sygehusbekendtgørelsen) gengivet i bilag 6 og 7. Sygehusbekendtgørelsen er medtaget, fordi den uddyber reglerne for betaling af mellemregionale patienter, der ikke er folkeregisterregistreret i Danmark.

2. Generelle bestemmelser

Som beskrevet i kapitel 1 afhænger den mellemregionale afregning af behandlinger i sygehusvæsenet af behandlingens specialiseringsniveau og af, om patienten behandles på en somatisk eller en psykiatrisk afdeling. I dette kapitel præciseres de bestemmelser vedrørende afregningen, som er ens for alle behandlingstyper. Kapitlet omfatter således en præcisering af Takstbekendtgørelsens dækningsområde, sondringen mellem behandlingsniveauer, samt en beskrivelse af de afregningsregler, som ikke afhænger af behandlingsniveau og længden af patientens ophold på sygehuset. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af, hvorledes der afregnes lønsumsafgift ved markedsfølsomt salg af sygehusydelser.

2.1 Takstbekendtgørelsens dækningsområde

Takstbekendtgørelsen dækker afregning af personer, der behandles på et offentligt sygehus i en anden region end bopæls- eller opholdsregionen. Regioners benyttelse af private sygehuse er således ikke reguleret i Takstbekendtgørelsen. Endvidere er betaling for behandlinger af personer uden bopæl i Danmark foretaget på offentlige sygehuse kun omfattet af Takstbekendtgørelsen, såfremt disse personer ikke har ret til vederlagsfri sygehusbehandling, eller hvis der kan sendes en regning til den pågældendes sygeforsikring efter EU-reglerne.

2.1.1 Private sygehuse

Private sygehuse, herunder de private specialsygehuse, hvortil der er frit sygehusvalg efter Sundhedslovens § 79, stk. 2, fastsætter selv deres behandlingstakster.

Privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, indgår aftale herom med regionerne i forening, jf. Sundhedslovens § 87, stk. 4.

Private specialsygehuse mfl., hvortil der efter Sundhedslovens regler er frit sygehusvalg, indgår driftsoverenskomst med beliggenhedsregionen, jf. Sundhedslovens § 75, stk. 3. Beliggenhedsregionen skal således på de øvrige regioners vegne sikre en, i økonomisk henseende, rationel drift.

2.1.2 Personer uden bopæl i Danmark

I sygehusbekendtgørelsens §§ 5–9 fastsættes regler for adgang til sygehusbehandling til personer, der ikke har bopæl¹ i Danmark. Hovedreglen er, at en person uden bopæl her i landet har ret til akut sygehusbehandling i tilfælde af ulykke, pludselig opstået sygdom og

¹ Ved bopæl forstås registrering i CPR

fødsel eller forværring af kronisk sygdom m.v. på lige fod med personer, der har bopæl i den pågældende region. Der ydes endvidere fortsat sygehusbehandling i de tilfælde, hvor det ikke skønnes rimeligt at henvise patienten til behandling i hjemlandet, eller personen ikke tåler at blive flyttet til et sygehus i hjemlandet.

Regionen opkræver som udgangspunkt betaling for akut og fortsat sygehusbehandling for personer uden bopæl i Danmark². Betaling for akut og fortsat sygehusbehandling opkræves med takstbekendtgørelsens takster, jf. sygehusbekendtgørelsens § 5, stk. 3, og § 50 a, medmindre der kan foretages mellemstatslig afregning af faktiske udgifter, jf. afsnittet 2.1.2.1. Der henvises til vejledning nr. 9503 af 25. juni 2021 om opkrævning af betaling for akut og fortsat sygehusbehandling af visse personer uden bopæl i Danmark.

2.1.2.1 Muligheder for refusion af behandlingsudgifter

Regioner og kommuner kan i visse tilfælde kræve faktiske udgifter til sygehjælp, givet til personer, der er offentligt sygesikrede i et andet EU-/EØS-land eller i Schweiz refunderet fra den sikredes udenlandske sygesikring.

Dette gælder for sikrede fra andre EU-/EØS-lande eller Schweiz, som

- Bor i Danmark, og som har ret til danske sundhedsydelser til udgift for deres udenlandske sygesikring, f.eks. en grænsearbejder, der arbejder i Tyskland (registreret i Udbetaling Danmark med en blanket S1/SED S072 (tidligere E-106)) eller en person, der alene modtager tysk pension (registreret i Udbetaling Danmark med en blanket S1/SED S072 (tidligere E-121))
- Opholder sig i Danmark, f.eks. på ferie eller studieophold og har ret til behandling, som ud fra et medicinsk synspunkt bliver nødvendig under opholdet, idet der tages hensyn til ydelsernes art og opholdets forventede varighed (dokumenteres ved forevisning af et gyldigt EU-sygesikringskort eller en erstatningsattest for kortet). Behandling er nødvendig, når den ud fra en sundhedsfaglig vurdering ikke kan vente til personen igen er rejst ud af Danmark.
- Er pensioneret grænsearbejder og senest arbejdede i Danmark, og som ønsker at "fortsætte en påbegyndt behandling i Danmark" (dokumenteres ved en blanket S3)
- Er henvist til planlagt behandling i Danmark (dokumenteres ved en blanket S2)

² Der kan opkræves betaling for akut og fortsat sygehusbehandling af personer uden bopæl i Danmark, medmindre der er tale om behandling af personer under 18 år, personer fra Færøerne eller Grønland, sygehusbehandling i forbindelse med akut fødsel, fødselshjælp til kvinde, som har søgt om familiesammenføring med herboende ægtefælle, registreret partner eller fast samlever og som føder inden bopælsregistrering, personer med ret til ydelser i medfør af EU-retten, internationale aftaler eller særlovgivning for personer fordrevet fra Ukraine.

Der opkræves dog ikke betaling for behandling af sikrede fra lande, som Danmark har indgået aftale om at undlade mellemstatslig afregning af behandlingsudgifter med. Dette gælder for personer, der er offentligt sikrede i de nordiske lande (Finland, Island, Norge og Sverige), Portugal, Irland og Storbritannien³. For så vidt angår afkaldsaftalerne med de nordiske lande og Portugal, er der ikke aftalt afkald for udgifter til planlagt behandling dokumenteret ved en blanket S3 eller S2. Det betyder, at udgifter ved ydelser til planlagt behandling afregnes mellem disse lande og Danmark.

Der henvises til vejledning nr. 10329 af 12. december 2016 om koordinering af sundhedsydelser og visse sociale ydelser for borgere, der rejser mellem EU/EØS-landene og Schweiz, jf. reglerne i forordning nr. 883/2004/EF om koordinering af de sociale sikringsordninger⁴.

Refusion opkræves ved, at regioner og kommuner løbende indberetter regningerne til Styrelsen for Patientsikkerhed elektronisk via en indberetningsportal i DARINA, som kommunikerer med EU-systemet RINA.

2.1.2.2 Beregning af afregningen for personer uden bopæl i Danmark

Behandling af patienter uden bopæl i Danmark afregnes som udgangspunkt med DRG-takster, uanset hvilket funktionsniveau behandlingen er udført på.

2.2 Sondring mellem behandlingsniveauer

Som beskrevet i kapitel 1 foreskriver Takstbekendtgørelsen, at der ved mellemregional afregning af sygehusbehandlinger skal anvendes forskellige afregningsregler for behandlinger foretaget på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau og behandlinger foretaget på højt specialiseret funktionsniveau. Takststrukturen forudsætter således, at det er muligt at sondre mellem mellemregionale patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, og mellemregionale patienter behandlet på højt specialiseret funktionsniveau.

Patienter, der behandles på en afdeling, som ikke varetager en højt specialiseret funktion i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledninger, er pr. definition behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, og behandlingerne afregnes efter reglerne i Takstbekendtgørelsens § 9.

³ Afkaldsaftalen mellem Danmark og Storbritannien er videreført i EU's to aftaler med Storbritannien, Udtrædelsesaftalen samt Handels- og Samarbejdsaftalen (Brexit). Der opkræves derfor ikke refusion for udgifter til sygehjælp givet til britisk sikrede personer i Danmark.

⁴ De omtalte blanketter anvendes ikke mellem de nordiske lande, bortset fra blanket S3 og S2. Personer, der bor i Finland, Island, Norge eller Sverige, behøver desuden ikke at vise et EU-sygesikringskort. For at få adgang til nødvendig behandling under ophold i Danmark, skal de vise ID-dokument (fx pas eller kørekort) og oplyse adresse i et af de nordiske lande.

Patienter, der behandles på en afdeling, som varetager en højt specialiseret funktion i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledninger, kan enten modtage behandling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau eller behandling på højt specialiseret funktionsniveau.

Hovedreglen er, at patienter, der modtages på en højt specialiseret afdeling til behandling på højt specialiseret funktionsniveau, afregnes til takster beregnet efter reglerne i Takstbekendtgørelsens § 10-13. Patienter, der modtages på en højt specialiseret afdeling til behandling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, f.eks. som fritvalgspatienter, afregnes efter reglerne i Takstbekendtgørelsens § 9.

I visse tilfælde kan en patients behov for behandling under indlæggelsen ændres fra behandling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau til behandling på højt specialiseret funktionsniveau. I disse tilfælde afregnes patienten efter takster for behandling på højt specialiseret funktionsniveau.

Eventuelle tvivlsspørgsmål om behandlingsniveau må afklares konkret mellem parterne. Sundhedsstyrelsen kan i enkelte tilfælde på grundlag af specialevejledningerne vejlede med hensyn til afklaringen af, om en patient er behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau eller på højt specialiseret niveau.

2.3 Generelle afregningsregler

2.3.1 Betalingsforpligtelsen

Af Takstbekendtgørelsens § 1 fremgår, at regioner betaler for patienters behandling ved en fremmed regions sygehusvæsen. Det er således bopælsregionen, der har betalingsforpligtelsen, når en borger behandles på et sygehus i en fremmed region. Betalingen afregnes månedsvis bagud, jf. Takstbekendtgørelsens § 2.

Flytter en patient under en behandling, vil den nye bopælsregion have betalingsforpligtelsen fra tilflytningstidspunktet. Hvor der afregnes med sengedagstakster, betaler tilflytningsregionen som hovedregel fra tilflytningstidspunktet. For patienter indlagt på afdelinger, hvor der afregnes med forløbstakster (herunder DRG-takster), vil det mest praktiske være, at tilflytningsregionen (bopælsregionen ved udskrivningen), betaler for hele forløbet. Ved lange indlæggelser kan de to regioner aftale en deling af betalingen.

2.3.2 Fravær under indlæggelse

Uanset om der afregnes pr. sengedag eller forløbsbaseret, anses en indlæggelse ikke for ophørt eller afbrudt ved fravær, såfremt det enkelte fravær ikke strækker sig over mere end tre døgn, jf. Takstbekendtgørelsens § 5, stk. 2. Patienten må i givet fald ikke registreres som udskrevet og genindlagt. Det enkelte fravær kan dog strække sig over mere end tre døgn i forbindelse med

en højtidsperiode såsom jul, nytår og påske, uden at patienten registreres som udskrevet og genindlagt.

2.3.3 Afgrænsning af ambulante besøg og sengedage

Som følge af implementeringen af LPR3 er det ikke længere muligt at skelne mellem ambulante og stationære patienter direkte i det nationale datagrundlag. Sundhedsdatastyrelsen udarbejder i samarbejde med regionerne definitioner, der muliggør en datamæssig afgrænsning af et ambulant besøg og en indlæggelse. Denne afgrænsning vil kunne danne grundlag for afregning, som ikke er forløbsbaseret. For en nærmere beskrivelse af disse definitioner henvises til Sundhedsdatastyrelsen.dk.

Når betaling for indlagte patienter beregnes pr. sengedag, medregnes udskrivningsdagen ikke i antallet af sengedage, jf. Takstbekendtgørelsen § 5. Dog medregnes mindst 1 dag pr. indlæggelse.

2.3.4 Raske ledsagere og nyfødte

Der afregnes ikke for raske ledsagere og raske nyfødte, som ikke modtager behandling, jf. Takstbekendtgørelsens § 4.

2.3.5 Overgangsregler ved årsskifte

I forbindelse med opkrævning efter forløbstakster, herunder DRG-takster, opstår spørgsmålet om hvilken takst, der er gældende ved indlæggelser, som strækker sig over nytåret.

For afregning af mellemregionale patienter, der påbegynder en indlæggelse i 2023 og udskrives/afsluttes i 2024, gælder, at det er afregningstidspunktet, der er afgørende. Når der afregnes efter sygehusudskrivinger, er det datoen for sygehusudskrivingen, der afgør takståret. En somatisk patient, der er indlagt henover årsskiftet 2024/2025 og udskrives i 2024, afregnes således til 2024-takster.

Når en psykiatrisk patient er indlagt henover et årsskifte, fordeles sengedagene i indlæggelsen på de to kalenderår, og afregnes med sengedagstaksterne for de respektive år. En psykiatrisk patient, der er indlagt fra 30. december 2023 til 3. januar 2024, afregnes således med 2 sengedage, opgjort efter sengedagstaksten for 2023, og 2 sengedage, opgjort efter sengedagstaksten for 2024.

2.3.6 Pris- og lønregulering for takstsystem 2024

I forbindelse med fastsættelsen af årets takster fremskrives forrige års takster eller de bagvedliggende omkostninger med pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet. Til

fremskrivningerne anvendes Finansministeriets justeringsfaktor for pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet ekskl. medicintilskud.

I Økonomiaftalen for 2024 er P/L-faktoren for 2024 sat til 3,4 pct., svarende til Finansministeriets P/L-faktor for 2024 opgjort pr. maj 2023. Denne P/L-faktor anvendes til regulering af takster, afregningslofter og fritvalgsrammer mv., mens de tilrettede driftsudgifter fastsættes på baggrund af det senest tilgængelige skøn for P/L-faktoren.

Tabel 1 viser de to P/L-faktorer, og Tabel 2 viser deres anvendelser.

Tabel 1 P/L-faktorer

Justeringsfaktor	PL 2024
P/L-faktor anvendt i Økonomiaftalen	3,4 pct.
P/L-faktor anvendt i justeringen af DRG-taksterne	3,4 pct.

Tabel 2 Anvendelser af P/L-faktor for takster mv.

Takster	P/L-faktor
Langliggertakst/Færdigbehandlede/Hospice	Den i Økonomiaftalen fastsatte P/L-faktor (ekskl. medicintilskud) 3,4 pct.
Lofter i kommunal medfinansiering	
Besøgs- og sengedagstakster på det psykiatriske område	
Fritvalgsrammer for privat sygehuse	
Genoptræning	
Særydelser	
Lommepege	
(beløb til personlige fornødenheder til personer, der ikke oppebærer pension eller anden indkomst under længerevarende indlæggelser)	
De tilrettede driftsudgifter	

2.4 Lønsumsafgift

Offentlige virksomheder har siden 1. januar 2009 haft pligt til at betale lønsumsafgift for markedsomt salg af ydelser mod vederlag, jf. lov om afgift af lønsum m.v. Ved markedsomt salg af ydelser inden for sundhedssektoren forstås salg af bl.a. behandlinger og andre ikke-momspligtige ydelser til såvel private som offentlige købere. Salg af almindelige behandlinger over regionsgrænserne er således afgiftspligtigt.

Afregning for højt specialiserede behandlinger, afregning til regionernes egne sygehuse, og lignende særlige ikke-markedsomstige forpligtelser, er undtaget fra lønsumsafgift, da det er en

del af de interne ressourceallokeringer i det offentlige sundhedssystem og således ikke et markeds-mæssigt salg af ydelser mod vederlag. Afgiftssatsen for offentlige virksomheder er på 6,37 pct. af den del af afgiftsgrundlaget, der udgøres af virksomhedens lønsum, jf. Bekendtgørelse af lov om afgift af lønsum m.v. - nr. 2729 af 21. december 2021.

Da gældende Takstbekendtgørelse specificerer DRG-takster for mellemregionale patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, er der beregnet lønsumsandelev på alle takstelementer i det samlede DRG-system, kaldet lønsumstakster. Med gældende afgiftssats er der derefter beregnet lønsumsafgifter på DRG-grupper, genoptræningsgrupper og langliggertaksten. Lønsumstakster og lønsumsafgifter gældende fra 1. januar 2024 til takstsystem 2024 kan hentes på [vores hjemmeside \(drg.dk\)](https://vores.hjemmeside(drg.dk)).

I tilfælde hvor to eller flere regioner, i henhold til Takstbekendtgørelsens § 3, har indgået en særlig aftale om afregning af behandlinger udført på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau til under 100 pct. af DRG-taksten, betaler regionerne lønsumsafgift af samme andel af lønsumstaksten, som den andel af DRG-taksterne, det er aftalt at afregne sygehusydelsen til.

3. Behandlinger på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau

Afregningsreglerne, som gælder specielt for behandlinger udført på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, er beskrevet i dette kapitel. I afsnit 3.1 beskrives reglerne på det somatiske område, mens afsnit 3.2 omhandler psykiatrien.

3.1 Patienter behandlet på somatiske afdelinger

For takstsystemet skelnes der ikke mellem, om somatiske patienter på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau er behandlet ambulant eller stationært. Alle patienter afregnes med DRG-takster efter regler, der beskrives nærmere i de følgende afsnit.

Taksterne afspejler de beregnede, direkte udgifter til behandling af patienten og til udførelse af genoptræningsydelser. Der er således ikke inkluderet udgifter til eksempelvis tjenestemandspension, forrentning og afskrivning. Fra 2015 særydelsesafregnes tolkebistand (tegnsprogstolk er ikke inkluderet), grundet et EU-direktiv om fri patientbevægelighed. Takster og beløbsangivelser, der er gengivet i teksten samt i Bilag 2 og Bilag 4, er anført i 2024 pris- og lønniveau.

3.1.1 DRG-takster

Afregning for behandlinger af somatiske patienter udført på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau sker pr. DRG-sygehusforløb og ud fra DRG-takster, jf. Takstbekendtgørelsens § 9, stk. 1 og § 6, stk. 3. For varighed af et DRG-sygehusforløb ud over trimpunktet betales en langliggertakst på 2.316 kr. pr. sengedag (2024 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 9, stk. 2.

Ud over DRG-taksterne kan der opkræves særskilt takst for særydelser, som patienten har fået i forbindelse med en behandling, jf. Takstbekendtgørelsens § 7. Listen med særydelser udmeldes årligt med virkning fra 1. januar, jf. Takstbekendtgørelsens § 9, stk. 5.

Taksterne for alle DRG-grupper er listet i Afsnit B3.2 sammen med de tilhørende trimpunkter. I Afsnit B3.3 fremgår hvilke særydelser, der kan opkræves for.

3.1.1.1 DRG-sygehusforløb

For en patient, som har kontakt med flere afdelinger inden for samme sygehus i forbindelse med et sygehusophold, vil alle tidsmæssigt sammenhængende kontakter blive koblet til et DRG-sygehusforløb. Tidsmæssig sammenhæng er defineret ved, at der maksimalt må være gået 4

timer fra udskrivningstidspunkt til næste indskrivningstidspunkt. For en nærmere beskrivelse af et DRG-sygehusforløb henvises til bilagsafsnit B1.4.

Overflyttes en patient mellem to sygehuse, vil det give anledning til to DRG-sygehusforløb. Dette gælder også, selvom det overflyttende sygehus ikke behandler, men straks viderevisiterer til et andet sygehus.

Hvis en patient efter udskrivning igen har kontakt med samme sygehusnummer efter 4 timer, anses aktiviteten ligeledes som et selvstændigt DRG-sygehusforløb.

Fra og med 2017 beregnes kommunal medfinansiering via regionsudskrivninger. Herved sammenkædes tidsmæssigt sammenhængende sygehusudskrivninger på offentlige sygehuse inden for en region til én regionsudskrivning.

3.1.1.2 Trimpunkt

Trimpunktet er det maksimale antal liggedage, der dækkes af DRG-taksten. Hvis et DRG-sygehusforløb strækker sig ud over trimpunktet, afregnes der i tillæg til DRG-taksten 2.316 kr. (2024 pris- og lønniveau) pr. liggedag ud over trimpunktet, jf. Takstbekendtgørelsens § 9, stk. 2.

For hver DRG-gruppe er der beregnet et trimpunkt på baggrund af indlæggelses- og udskrivningsdatoerne i Landspatientregisteret. Trimpunktet defineres som tredje kvartil af liggetiden plus 1,5 gange forskellen mellem første og tredje kvartil af liggetiden for hver DRG-gruppe.

3.1.1.3 Definition af varighed og liggedage

Begrebet *varighed* er defineret ved antallet af timer, hvor patienten har haft kontakt med sygehuset inden for det enkelte DRG-sygehusforløb.

Begrebet *liggedage* er defineret ved antallet af overnatninger, patienten har haft i forbindelse med det enkelte DRG-sygehusforløb. Dog er antallet af liggedage altid minimum én.

Varighed indgår som en parameter i grupperingslogikken og kan være afgørende for tildelingen af DRG-gruppe, når den enkelte aktivitet grupperes. Liggedage har betydning i forhold til afregning, da det er denne parameter, der sammenholdes med trimpunktet for at afgøre, om der skal afregnes for langliggedage.

3.1.2 Afregning af genoptræningsydelser

Omkostninger til genoptræningsydelser var fra 2018 fuldt integreret i DRG-taksten. DRG-taksten indeholder således den gennemsnitlige omkostning til genoptræning. Der findes fortsat et system ved siden af DRG-systemet, der kan anvendes ved direkte afregning af ambulante genoptræningsydelser mellem kommuner og regioner.

Genoptræningsydelse er bredt defineret på baggrund af procedurekoderne, og afregning heraf sker med de i Bilag 4 angivne genoptræningstakster, der gælder pr. 1. januar 2024.

3.1.3 Aktivitet der ikke afregnes

For DRG2024 er aktivitet, der ikke afregnes, angivet med typekoden UA. Der afregnes som nævnt i afsnit 2.3.4 ikke for raske nyfødte samt for de grupper, der fremgår i Tabel 3 nedenfor.

Tabel 3 Grupper der ikke afregnes i DRG2024

DRG	Navn
15UA01	Raske nyfødte
70UA01	Kontakter afbrudt af patienten
70UA02	Records fra specialer, som ikke afregnes eller ikke kan afregnes, da procedure ikke er takstbærende.
70UA03	Ikke gruppérbar procedure uden kontakt
70UA04	Hjertedød i henhold til Sundhedsloven eller Dødfødt barn
70UA05	Diagnoseindberetning uden skriftlig kommunikation
70UA06	Virtuel kontakt uden angivelse af medie
70UA07	Assistancer fra specialer, som ikke afregnes
90UA05	Betalt af forskningsmidler

3.2 Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger

Psykiatriske patienter afregnes ikke efter DRG-systemet. Hovedprincippet for afregning af psykiatriske patienter er, at indlagte patienter afregnes med en sengedagstakst, mens ambulante besøg afregnes med en besøgstakst. Frem til takstsystem 2018 blev der beregnet vejledende DRG- og DAGS-takster for psykiatrien.

Ved beregning af betaling for psykiatriske patienter udgør sengedagstaksten 4.174 kr. (2024 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 9, stk. 3. En mellemregional psykiatrisk patient, der overføres til og behandles på en somatisk afdeling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, udløser en DRG-takst for det somatiske DRG-sygehusforløb. Hvis en somatisk mellemregional patient, der behandles på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, overføres til permanent psykiatrisk behandling, anses overførselstidspunktet som udskrivningstidspunkt fra den somatiske afdeling.

For psykiatriske patienter udgør taksten for ambulant behandling 2.089 kr. (2024 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 9, stk. 4.

Ambulant behandling og indlæggelser defineres i henhold til de definitioner, som er beskrevet i afsnit 2.3.3.

4. Behandlinger på højt specialiseret funktionsniveau

Takster for behandlinger udført på højt specialiseret funktionsniveau beregnes på baggrund af de enkelte afdelingers regnskaber. Reglerne for beregningen af taksterne er reguleret i Takstbekendtgørelsen.

Taksterne kan have form af en sengedagstakst, eventuelt med en tilhørende proceduretakst, eller de kan have form af en forløbstakst, som sætter en samlet pris på en typisk indlæggelse ved behandling af en bestemt lidelse på en afdeling, der behandler på højt specialiseret funktionsniveau.

Principperne for takstberegningen er de samme, uanset om den højt specialiserede behandling af patienterne foretages på somatiske eller på psykiatriske afdelinger. Ligeledes er principperne for takstberegningen de samme for patientkontakter defineret som hhv. ambulante og indlagte.

4.1 Betaling

Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 1 og 2, angiver, at betaling for behandlinger udført på højt specialiseret funktionsniveau kan opdeles i en fast abonnementsdel og en variabel del svarende til det faktiske ressourcetræk i året. Dette aftales mellem de involverede regioner.

4.2 Takstberegning

Takstberegningen sker på afdelingsniveau, hvis der er tale om sengedagstakster, proceduretakster og ambulante takster. Anvendes forløbstakster, kan takstberegningen endvidere ske på basis af flere afdelinger, idet forløbet kan strække sig over mere end en afdeling. Takstberegningsgrundlaget er eksklusiv udgifter til særydelser, jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 3.

Basis for takstberegningen er normalt et fordelingsregnskab, som på sygehusniveau fordeler udgifter ud på takstbærende afdelinger, hvorefter det er muligt at beregne en sengedagstakst, en proceduretakst eller en forløbstakst. En sengedagstakst, der er den traditionelle afregningsenhed, beregnes ved at dele det såkaldte takstberegningsgrundlag med antallet af sengedage for den pågældende periode. En forløbstakst beregnes enten ved at fastlægge, hvor mange sengedage, hvilke procedurer mm., der typisk medgår til behandling af en bestemt gruppe patienter på højt specialiseret funktionsniveau (bottom up) eller ved at dele takstberegningsgrundlaget med antallet af forløb (top down). Forløbstaksten dækker de samlede udgifter i forbindelse med en behandling, dog eksklusiv eventuelle særydelser.

Beregningsmodellen fra afdelingsregnskabet til det såkaldte takstberegningsgrundlag er angivet i bilag 1 til Takstbekendtgørelsen og ser ud på følgende måde:

A.	Afdelingens faktiske bruttodriftsudgifter
B.	+ fælles faktiske bruttodriftsudgifter på sygehusniveau
C.	+ generelle fælles faktiske bruttodriftsudgifter, sundhedsvæsenet
D.	- indtægter, der ikke vedrører patientbehandlingen
E.	- bruttodriftsudgifter til ydelser, som er omfattet af særydelsesafregning

G.	= Mellemtotal
H.	+ Forrentningsbeløb
I.	+ Afskrivningsbeløb
J.	+ Pensionsbyrde

K.	= Takstberegningsgrundlaget

Fortolkningen af begreberne i ovenstående punkt H og I er defineret i Takstbekendtgørelsen § 12, mens punkt J er defineret i § 13.

Forrentning og afskrivning af anlægsudgifter skal indgå i takstberegningen. Det gælder endvidere en eventuel udgift ved leasing af apparatur, idet leasing erstatter egen anskaffelse og dermed omkostninger til forrentning og afskrivning, jf. Takstbekendtgørelsens § 12, stk. 1.

Bygninger afskrives over 30 år med 3 1/3 pct. p.a., mens apparatur, inventar m.v. afskrives over 10 år med 10 pct. p.a., jf. Takstbekendtgørelsens § 12, stk. 4.

Forrentning beregnes med den forrentningsprocent, som gælder for statsvirksomheder. Forrentning beregnes på baggrund af den statusværdi, der er opgjort primo regnskabsåret. For så vidt angår nyopførte bygninger, påbegyndes afskrivningen året efter ibrugtagning.

I henhold til Takstbekendtgørelsens § 13 medregnes 15 pct. af de faktiske lønudgifter som arbejdsgivers pensionsbyrde for medarbejdere, der ikke er pensionsforsikrede. Det vil som hovedregel sige medarbejdere med tjenestemandsansættelse, der under ansættelsen erhverver ret til tjenestemandspension fra arbejdsgiver, uden at der løbende foretages pensionsindbetalinger.

5. Andre takstregler

5.1 Kommunal fuldfinansiering (KFF) - betaling for færdigbehandlede patienter, sengedage på hospice og specialiseret genoptræning

I henhold til Sundhedslovens § 238 og

Cirkulære om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på

hospice og genoptræning på specialiseret niveau opkræver bopælsregionen betaling for færdigbehandlingssenge i somatikken og psykiatrien, sengedage på hospice og specialiseret genoptræning af kommunen.

Sengedagsbetalingen for færdigbehandlede patienter og patienter indlagt på hospice er fastsat til at udgøre maksimalt 1.976 kr. (i 2016 pris- og lønniveau). Hertil kommer for færdigbehandlede patienter en betaling til staten. Provenuet herved tilbagebetales til kommunerne fordelt med befolkningstallet inden for de enkelte regioner. Taksten reguleres årligt svarende til pris- og lønreguleringen af bloktilskud til regionerne.

Sengedagsbetalingen for 2024 udgør med den anførte pris- og lønregulering maksimalt 2.316 kr.

Genoptræning på specialiseret niveau afregnes efter taksterne anført i Bilagstabel 8.

5.2 Udbetaling af lommepenge

I henhold til Sundhedslovens § 91 fastsætter Indenrigs- og Sundhedsministeren nærmere regler om, at sygehusvæsenet og tilknyttede institutioner udbetaler et beløb til personlige fornødenheder til personer, der ikke oppebærer pension eller anden indkomst under længerevarende indlæggelser. Sundhedsministeren fastsætter beløbets størrelse.

Beløbets størrelse er senest fastsat i Bekendtgørelse nr. 657 af 28. juni 2019 om ret til sygehusbehandling m.v., jf. § 43, stk. 2. Det fremgår af bekendtgørelsen, at beløbet pris- og lønreguleres én gang om året og udmeldes af nu Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Taksten er 1.662 kr. pr. måned for 2024 (2024 pris- og lønniveau).

6. Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.

I henhold til § 235, stk. 4 i Sundhedsloven fastsætter Sundhedsministeren den årlige økonomiske ramme, inden for hvilken regionen er forpligtet til at yde vederlagsfri behandling på de private specialsygehuse m.v., som er nævnt i lovens § 79, stk. 2 og 3.

De økonomiske rammer er senest fastsat i bekendtgørelse nr. 1070 af 26. juni 2022 om økonomiske rammer for frit valg til private specialsygehuse m.v. De pris- og lønregulerede rammer er vist i Tabel 4.

Tabel 4 Den årlige økonomiske ramme for vederlagsfri behandling på de private specialsygehuse i mio. kr.

Sygehusnavn	2024 P/L-niveau
Sankt Lukas Hospice	20,2
Diakonnissestiftelsens Hospice	20,2
Sct. Maria Hospice	20,2
OASIS	21,8
DIGNITY-Dansk Institut Mod Tortur	23,1
RCT-Rehabiliteringscenter for Traumatiserede (Fond)	15,7
Epilepsihospitalet Filadelfia	93,6
Sclerosehospitalet i Haslev og Ry	83,5
Specialhospitalet for Polio- og Ulykkespatienter	36,1
SANO Middelfart	15,5
SANO Århus	17,6
SANO Skælskør	24,0
RehabiliteringsCenter for Muskelsvind	26,0
Vejlefjord Rehabilitering	18,7
Center for Hjerneskade	10,2
Øfeldt Centrene	20,5

Note: Regioners pligt til at yde vederlagsfri behandling ved Sclerosehospitalet i Haslev og Ry udgør ud over den i § 1 fastsatte årlige økonomiske ramme 11,3 mio. kr. i 2022 og 11,5 mio. kr. i 2023, 0,5 mio. kr. i årene 2022, 2023 og 2024 ved Vejlefjord samt 3,5 mio. kr. i 2022 og 0,5 mio. kr. i årene 2023 og 2024 ved Center for Hjerneskade, jf. bekendtgørelse nr. 1070 af 28. juni 2022, §§ 2-4.

Bilag 1. DRG-systemet

DRG-systemet består af to grundelementer – grupperingslogikken og DRG-taksterne. I dette bilag gives en introduktion til disse samt de to værktøjer som Sundhedsdatastyrelsen stiller til rådighed til at få et overblik over DRG-systemet.

I afsnit B1.1 gives en kort gennemgang af udviklingen af DRG-systemet i Danmark fra det blev introduceret og frem til i dag.

Den overordnede tidsplan for udarbejdelsen af et takstsystem præsenteres i afsnit B1.2.

I afsnit B1.3 introduceres grupperingslogikken, der er den logik, der tildeler DRG-grupper. I DRG-systemet er det det såkaldte DRG-sygehusforløb, der tildeles en DRG-gruppe. Hvordan DRG-sygehusforløbene dannes og grupperes gennemgås i afsnit B1.4.

Hver DRG-gruppe har en DRG-takst og denne beregnes vha. omkostningsdatabasen, der indeholder oplysninger om, hvilke omkostninger, der er på de enkelte DRG-sygehusforløb. Hvordan omkostningsdatabasen dannes beskrives i afsnit B1.5. Hvordan selve DRG-taksterne bliver beregnet bliver beskrevet i afsnit B1.6

B1.1 DRG i Danmark

I 2000 begyndte man i Danmark at anvende en let modificeret udgave af den nordiske grupperingsnøgle NordDRG. Systemet bestod af 495 DRG-grupper (heraf 29 gråzone⁵) og 8 DAGS-grupper. Til 2002 blev grupperingslogikken tilpasset dansk klinisk praksis og anvendelsen af DkDRG (Dansk Diagnose Relateret Gruppering) og DAGS (Dansk Ambulant Grupperingssystem) trådte i kraft. På daværende tidspunkt var antallet af DRG-grupper steget til 561 (heraf 40 gråzone) og 48 DAGS-grupper. Frem til 2017 er antallet af grupper løbende steget, og i 2017 bestod systemet af 743 DRG-grupper (heraf 205 gråzone) og samlet 251 DAGS-grupper.

Gennem årene 2003-2017 er der løbende ændret i grupperingsnøglen, så den er tilpasset gældende klinisk praksis. Udviklingen har været, at systemet skulle håndtere mere og kompliceret ambulant aktivitet, samt aktivitet uden for sygehuset, der bliver udført som erstatning for ambulante besøg. Men grundlæggende har modellen indeholdende DkDRG og DAGS ikke ændret sig i perioden.

Til DRG2018 blev der udviklet en ny model, hvor DkDRG og DAGS smeltede sammen til én grupperingslogik, hvor aktiviteten grupperes identisk, uanset om patienten er behandlet stationært eller ambulant, og om en aktivitet er udført på stamafdelingen eller som en

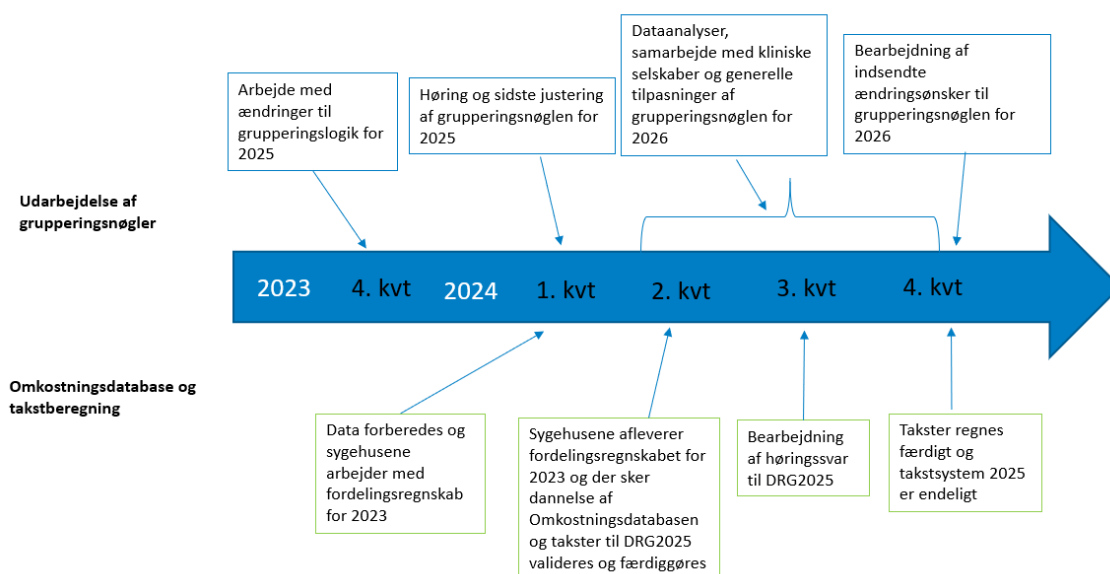
⁵ En gråzonegruppe skelner ikke mellem ambulant og stationær aktivitet. Uanset patienttype er det muligt at gruppere til gruppen.

assistance. Ydermere blev der indført dannelsen af DRG-sygehusforløb for at imødekomme forskellig organisering på sygehusene. DRG2018 bestod af 1012 DRG-grupper, og der skelnes ikke mellem DRG, DAGS og gråzone. I DRG2024 er der 938 grupper. Ændringerne mellem DRG2023 og DRG2024, er beskrevet i Bilagstabel 2.

B1.2 Proces for udarbejdelse af et takstsystem

Det er en langvarig proces at færdiggøre et takstsystem, og der er adskillige trin, som er afhængige af hinanden. Grupperingsnøglen er første led i processen og skal være endelig, inden de tilhørende takster kan beregnes. I Bilagsfigur 1 er skitseret en overordnet tidsplan for slutningen af 2023 og 2024. I den periode arbejder SDS på takstsystemerne 2025 og 2026. Figuren er opdelt, så kasserne markeret med blå relaterer sig til opgaver forbundet med udarbejdelse af grupperingsnøgler og de grønne til opgaver inden for omkostningsdatabase og takstberegning.

Bilagsfigur 1 Overordnet tidsplan for udarbejdelse af et takstsystem



B1.3 Grupperingslogikken, Visual- og InteraktivDRG

Grupperingslogikken, der anvendes til dannelsen af DRG-grupperne, er udarbejdet under hensyntagen til tre overordnede krav:

- Grupperingen af patienterne skal være klinisk meningsfuld.
- Grupperne skal være ressourcehomogene.
- Antallet af grupper skal være overskueligt.

For at sikre dette, sker der løbende en validering. Dette foregår i samarbejde med de kliniske selskaber, sygehusene og regionerne. Patientoplysningerne, der ligger til grund for grupperingslogikken, bygger på Landspatientregistret (LPR).

Ved kalenderårets start bliver der indført en ny grupperingsnøgle for det pågældende år. I løbet af året udkommer nøglen i nye versioner. Dette sker i forbindelse med indplacering af nyoprettede koder ved den kvartalsvise opdatering af SKS-klassifikationen. Ønskes der indflydelse på indholdet af grupperingsnøglen, bør der ske henvendelse til det relevante kliniske selskab eller til den DRG-ansvarlige kontaktperson i regionen.

På [vores hjemmeside \(drg.dk\)](http://vores.hjemmeside(drg.dk)) er det muligt at læse mere om ændringer i grupperingen, grupperingsnøgler (DRG-grupper), logiktabeller samt at tilgå de to værktøjer VisualDRG og InteraktivDRG. I afsnittene B1.3.1, B1.3.2 og B1.3.3 er en kort introduktion til logiktabellerne, VisualDRG og InteraktivDRG.

B1.3.1 Tilordning af DRG-grupper

Al information nødvendig for gruppering af en kontakt er indeholdt i fem tabeller, og tilsammen udgør de grupperingslogikken. Ud fra opslag i tabellerne tildeles hver kontakt forskellige egenskaber. Disse vil samlet angive hvilke DRG-grupper, som kontakten kan knyttes til.

I Bilagstabel 1 er navnene på logiktabellerne listet sammen med en kort beskrivelse af tabellernes indhold.

Bilagstabel 1 Logiktabellerne

Tabelnavn	Indhold
Dg1	Indeholder alle diagnosekoder i den danske ICD10-klassifikation. Til hver diagnosekode er der knyttet en række egenskaber.
Drgtpt	Indeholder de procedurekoder, som har betydning for DRG-systemet. Til hver procedurekode er der knyttet en række egenskaber.
Till	Indeholder de koder, der - hvis kodet som tillægskode - kan have indflydelse på grupperingen. Til hver koder er knyttet en eller flere egenskaber.
Obspro	Indeholder diagnoser for observation på grund af mistanke om kræft (DZ031) med tillægskoden for den ondartede svulsts placering. Tabellen sikrer, at patienter bliver grupperet ens, uanset om de registreres med en specifik OBSPRO-kode eller med DZ031 og en tillægskode.
DRGlogik	Indeholder ca. 3.750 regler for DRG-tildeling. Hver linje i logik-tabellen udgør en "regel". En regel er sammensat af en række "egenskaber". Når alle egenskaber i en regel er opfyldt, opfylder kontakten kravet til den tilhørende DRG-gruppe. Reglerne i drglogik afprøves én efter én, indtil kontakten møder en regel, hvor alle egenskaber er opfyldt.

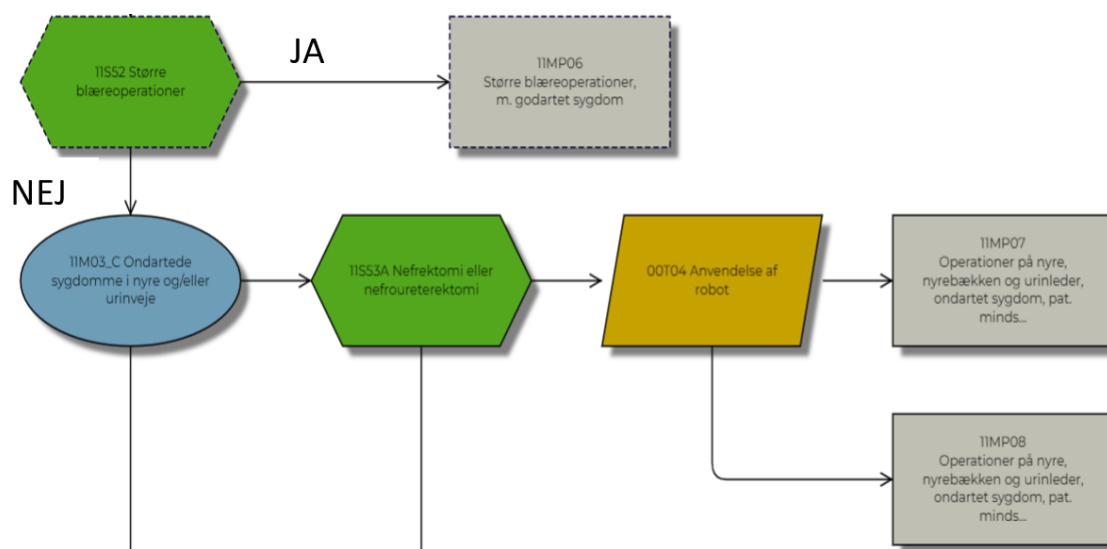
Ud fra indholdet i logiktabellerne dannes softwareprogrammet DRG-grupper. Grupperen gør det muligt at gruppere en stor mængde data. Dette kræver dog, at data til inputfilerne er tilpasset en fast skabelon.

B1.3.2 VisualDRG

VisualDRG er en grafisk fremstilling af indholdet i logiktabellerne (grupperingslogikken) beskrevet i afsnit B1.3.1. Alle regler samt kravene for, at de opfyldes, er synliggjort, og de er listet, så logikkens hierarki følges.

VisualDRG (se Bilagsfigur 2) er bygget op som et beslutningstræ, hvor man ved hver egenskab skal sige JA eller NEJ. Hvis der siges JA, følges pilen til højre, hvis NEJ følges pilen ned. Hvis kontakten opfylder kravet til indholdet i en egenskab, kan der siges JA. En egenskab kan være en samling af diagnoser eller procedurer, et krav til patientens alder, fysisk fremmøde, længden af behandlingen, køn, om patienten er død eller overført til en anden afdeling.

Bilagsfigur 2 Udsnit fra VisualDRG2023



I VisualDRG kan der eksempelvis gives svar på følgende spørgsmål:

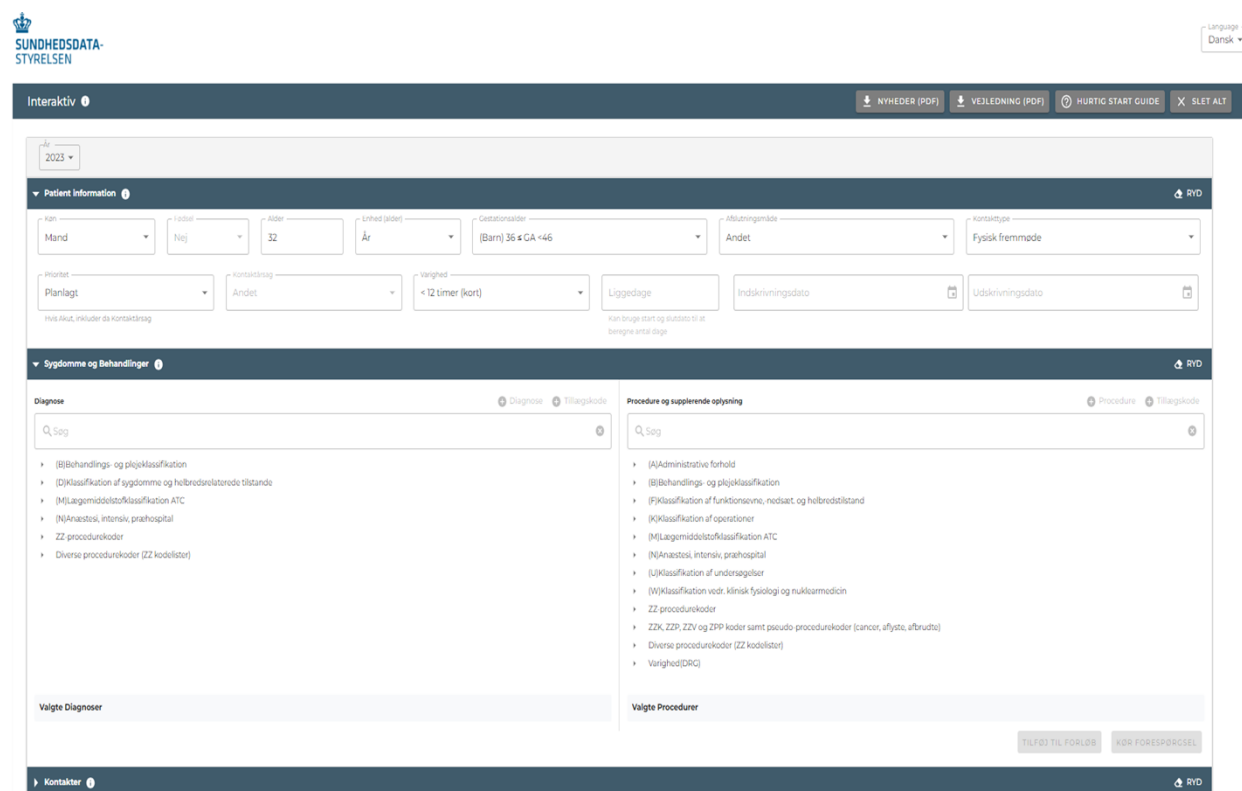
- Hvor har procedurekoden *KNFA00 - Perkutan eksploration i bløddele i hofte eller lår* betydning?
- Hvilke kriterier skal være opfyldt for at blive grupperet til DRG-gruppen *03MP13 - Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled*?
- Hvad er taksten for DRG-gruppe *06MP17 - Fjernelse af blindtarm, kompliceret*?

Hvis man i stedet har specifikke oplysninger på en kontakt og ønsker at kende den tilhørende DRG-gruppe, kan InteraktivDRG benyttes. For en kort introduktion til værktøjet se afsnit B1.3.3 nedenfor.

B1.3.3 InteraktivDRG

InteraktivDRG (se Bilagsfigur 3) gør det muligt at simulere, hvilken DRG-gruppe en kontakt eller et DRG-sygehusforløb vil blive tildelt ud fra givne oplysninger. Der kan indtastes patientinformationer som køn, alder, indlæggelsesmåde, kontaktens længde, hvis fødsel oplysninger om moderens højde og vægt, samt hvilke diagnoser og procedurer der er relevant. Ud fra valgte oplysninger er det muligt at se hvilken DRG-gruppe, kontakten vil gruppere til. InteraktivDRG er bygget op omkring softwareprogrammet DRG-grupper.

Bilagsfigur 3 Udsnit fra InteraktivDRG2023



The screenshot shows the InteraktivDRG2023 web application. At the top, there is a header with the logo and navigation links. The main content area is divided into three sections: Patient Information, Sygdomme og Behandlinger, and Kontakt. The Patient Information section includes fields for Køn, Fødsel, Alder, Emneds (alder), Gestationsalder, Afslutningsmåde, and Kontaktype. The Sygdomme og Behandlinger section includes a search bar for Diagnose and Procedure, and a list of selected diagnoses and procedures. The interface is in Danish and includes a language dropdown menu.

B1.4 Sammensætning og gruppering af et DRG-sygehusforløb

B1.4.1 DRG-kontakter i LPR₃

DRG-kontakter dannes ud fra indberetninger til LPR. En DRG-kontakt svarer til en LPR-kontakt og der medtages kun afsluttede LPR-kontakter.

Der oprettes DRG-kontakter til DRG, som ikke eksisterer som kontakt i LPR. De er defineret på følgende måde:

- Procedurer som ikke har en tilknytning til en kontakt, men kun et forløbselement, oprettes som en selvstændig DRG-kontakt
- De konstruerede DRG-kontakter angives som værende uden fremmøde
- Er der ikke registreret sluttid på proceduren uden kontakt, sættes sluttid = starttid + 1 sekund

B1.4.2 DRG-Sygehusforløb

For en patient behandlet inden for samme sygehusnummer, som har kontakt med flere afdelinger i forbindelse med et hospitalsophold, vil alle tidsmæssigt sammenhængende DRG-kontakter blive koblet til ét DRG-sygehusforløb. Tidsmæssig sammenhæng er defineret ved, at der maksimalt må være gået 4 timer fra udskrivningstidspunkt til næste indskrivningstidspunkt.

DRG-kontakter danner DRG-sygehusforløb, hvis de opfylder at:

- DRG-kontakterne er for samme CPR-nummer
- DRG-kontakterne er på samme sygehus
- DRG-kontakterne indgår i samme sygdomsforløb⁶
- Starttidspunktet for en DRG-kontakt ligger max 4 timer efter det seneste sluttidspunkt for foregående DRG-kontakt i DRG-sygehusforløbet
- DRG-kontakter kan kun danne DRG-sygehusforløb, hvis de har samme DRG-forløbstype⁷

Dette giver DRG-sygehusforløb, der er karakteriseret ved cpr-nummer, sygehus samt en tidsmæssig udstrækning.

⁶ Med LPR₃ er det muligt at kvalificere DRG-sygehusforløbene således, at de ikke går på tværs af sygdomsforløb. Et sygdomsforløb dannes ved at koble forløbselementer, hvor referenceid er 'Henvist til samme sygdom' eller 'reference til andet forløbselement (samme sygdom)'

⁷ Der findes visse DRG-kontakter, der markeres, således at de ikke indgår i DRG-sygehusforløb med andre DRG-kontakter. Dette drejer sig om følgende typer DRG-kontakter

- DRG-kontakter for hjernedøde patienter
- DRG-kontakter, der er foregået på præhospital
- DRG-kontakter for hjertedøde patienter
- DRG-kontakter, der er markeret som betalt af forskningsmidler

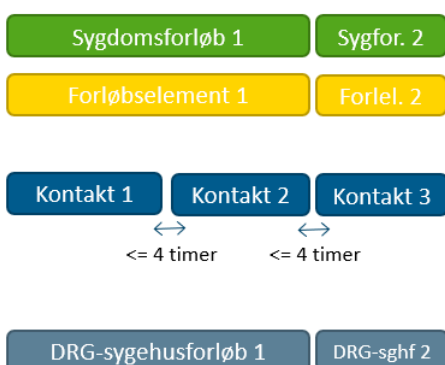
Disse typer af DRG-kontakter får sat en markering, således at de kun kan danne forløb med andre DRG-kontakter af samme type.

I Bilagsfigur 4 er der 2 eksempler på forløbsdannelsen jf. ovenstående regler. I første eksempel er der 2 sygdomsforløb, som hvert består af et forløbselement. Der er i alt 3 kontakter med mindre end 4 timer mellem sluttidspunkt for den første og starttidspunkt for den sidste. I dette eksempel deles der op i 2 forløb, da kontakt 1 og 2 tilhører sygdomsforløb 1 og kontakt 3 hører til sygdomsforløb 2.

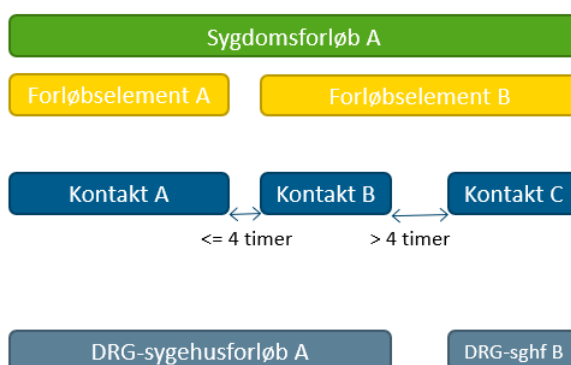
Det andet eksempel indeholder 1 sygdomsforløb bestående af 2 forløbselementer. I forløbselement A er kontakt A og i forløbselement B er kontakterne B og C. I dette eksempel vil kontakt A og B danne DRG-sygehusforløb A, fordi de tidsmæssigt hænger sammen og kontakt C danner DRG-sygehusforløb B. Det betyder altså ikke noget, hvilket forløbselement kontakterne tilhører, så længe forløbselementer er koblet til samme sygdomsforløb.

Bilagsfigur 4 Eksempler: Definition af DRG-sygehusforløb

Eksempel 1



Eksempel 2



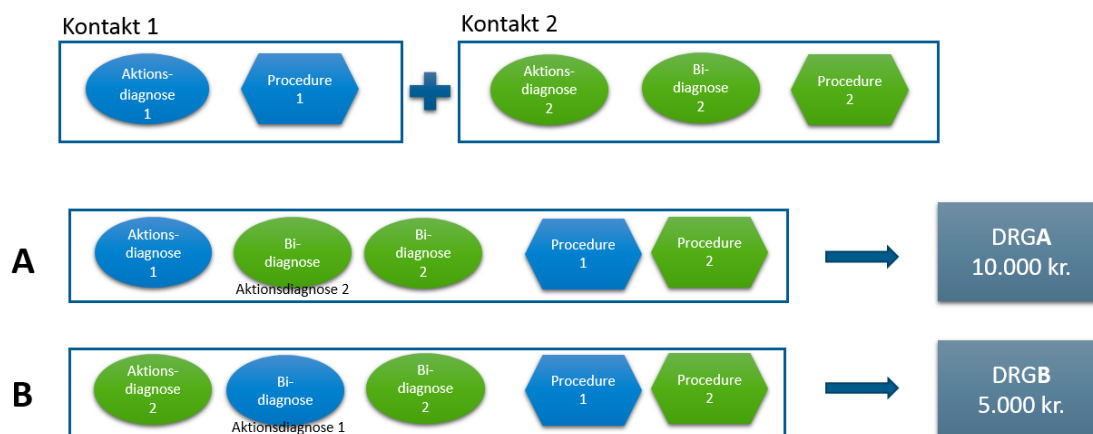
Et DRG-sygehusforløb består af alle diagnoser og procedurekoder, som er udført inden for det givne tidsinterval, hvorfor der er mulighed for flere aktionsdiagnoser i det enkelte DRG-sygehusforløb. Der skal foretages et valg mellem mulige aktionsdiagnoser, da kun én kan være gældende for DRG-sygehusforløbet.

For at finde aktionsdiagnosen for det samlede DRG-sygehusforløb bliver der grupperet enkeltvis med alle kontakternes aktionsdiagnoser i kombination med resterende aktionsdiagnoser, bidiagnoser og procedurer. Den resulterende DRG-gruppe med det største ressourcetræk (højeste DRG-takst) bliver gældende for DRG-sygehusforløbet. Metoden til valg af DRG-sygehusforløbets aktionsdiagnose kaldes loop-metoden.

Bilagsfigur 5 nedenfor illustrerer et eksempel på anvendelse af loop-metoden. Kontakt 1 og kontakt 2 er tidsmæssigt sammenhængende og danner derfor et DRG-sygehusforløb. Valget til DRG-sygehusforløbets aktionsdiagnose står mellem Aktionsdiagnose 1 og Aktionsdiagnose 2, hvorfor der skal grupperes to records. Record A består af Aktionsdiagnose 1, Aktionsdiagnose 2 som bliver omdannet til en bidiagnose og efterfølgende kommer resterende bidiagnoser og procedurer fra de to kontakter. Record B består af Aktionsdiagnose 2, Aktionsdiagnose 1 som

bliver omdannet til en bidiagnose og er ellers identisk med Record A. Record A grupperer til DRGA med en takst på 10.000 kr., hvorimod Record B grupperer til DRGB med en takst på 5.000 kr. Resultatet for DRG-sygehusforløbet i eksemplet er DRGA, da ressourcetrækket er størst for denne gruppe.

Bilagsfigur 5 Eksempel på loop-metoden



B1.5 Dannelse af Omkostningsdatabasen

De enkelte sygehuses interne ydelsesstrømme og samlede driftsudgifter ved produktion af behandlingsydelserne opgøres i såkaldte fordelingsregnskaber. I Omkostningsdatabasen kobles omkostningsoplysningerne i fordelingsregnskaberne med aktivitetsoplysninger fra Landspatientregistret og de kliniske serviceafdelinger, og den enkelte patients samlede ressourcetræk på sygehuset identificeres. Hermed kan den gennemsnitlige udgift opgøres for hver DRG-gruppe.

Takstgrundlaget for et takstår vil som udgangspunkt være de to seneste omkostningsdatabaser. Da taksterne beregnes året før et takstår, vil takstberegningsgrundlaget være omkostninger og aktivitet, der ligger 1 og 2 år før takståret. Således er takstberegningsgrundlaget for 2024 baseret på omkostninger og aktivitet for årene 2022 og 2021.

Bilagstabel 2 viser udbygningen af takstberegningsgrundlaget for de seneste to år. Bilagstabel 2 viser for hvert takstår, antallet af de samlede kontakter på offentlige somatiske sygehuse og antallet af kontakter i takstberegningsgrundlaget samt hvor høj den anslåede dækningsgrad er i pct.

Bilagstabel 2 Oversigt over indholdet i takstberegningsgrundlaget

Takstår	Antal kontakter på offentlige somatiske sygehuse ⁸	Antal kontakter, der er dækket af takstberegningsgrundlaget	Anslået dækningsgrad (pct.)
2023⁹	36.643.964	32.964.122	90
2024¹⁰	36.441.687	34.446.509	95

B1.5.1 Omkostningsberegninger for DRG-kontakter

Omkostningerne ved det enkelte patientforløb for sengeafdelinger kan opdeles i en sengedagsafhængig komponent og en ydelseskomponent. Ydelseskomponenten svarer til den andel af omkostningerne, der kan henføres til de enkelte patientforløb via ydelsesregistreringerne. Udgiften til ydelseskomponenten beregnes ved hjælp af specialespecifikke vægtningsystemer. Den sengedagsafhængige komponent af forløbsudgiften beregnes som en gennemsnitlig sengedagsudgift på den givne afdeling. Den enkelte DRG-kontakt får dermed fastsat den sengedagsafhængige komponent af forløbsomkostninger ved antallet af sengedage ganget den gennemsnitlige sengedagsudgift for den givne afdeling.

Omkostningerne for kontakter på ambulatorier er beregnet ud fra de specialespecifikke klinikbestemte vægtningsystemer. Disse vægtningsystemer er lavet på baggrund af, hvor tidskrævende de enkelte procedurer er. Hertil tillægges der også en ydelseskomponent på samme vis som beskrevet ovenfor.

Der er til taksterne for 2024 anvendt specialespecifikke klinikbestemte vægtningsystemer inden for følgende specialer:

- Anæstesiologi
- Arbejdsmedicin
- Dermato-venerologi
- Gynækologi og obstetrik
- Hæmatologi
- Intern medicin
- Kir. gastroenterologi
- Klinisk fysiologi og nuklearmedicin
- Med. allergologi
- Med. endokrinologi
- Med. lungesygdomme
- Nefrologi

⁸ Ekskl. Dansk Gigthospital.

⁹ Regionshospital Randers, Hospitalsenhed Midt og Hospitalsenhed Vest indgår ikke i Omkostningsdatabasen 2020.

Hospitalsenhed Vest og Nordsjællands Hospitaler indgår ikke i Omkostningsdatabasen 2021.

¹⁰ Regionshospital Gødstrup indgår ikke i Omkostningsdatabasen 2021. Regionshospital Gødstrup og Regionshospital Horsens indgår ikke i Omkostningsdatabasen 2022.

- Neurologi
- Oftalmologi
- Onkologi
- Oto-, rhino-, laryngologi
- Plastikkirurgi
- Pædiatri
- Reumatologi
- Tand-, mund- og kæbekirurgi
- Urologi
- Kardiologi

B1.6 Takstberegningsmetoden

DRG-taksterne er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter ved behandlingen af patienter på de offentlige danske sygehuse. Der er ikke inkluderet omkostninger til eksempelvis tjenestemandspension, forrentning og afskrivning.

B1.6.1 Beregning af DRG-takster

Beregningen af DRG-takster kan inddeles i nedenstående trin:

1. DRG-gruppering af Omkostningsdatabasen
2. Beregning af omkostninger pr. kontakt og trunkering
3. Beregning af omkostninger pr. DRG-sygehusforløb
4. Beregning af DRG-takster
5. Niveaujustering

Trin 1. Dannelse af takstberegningsgrundlaget

Omkostningsdatabasen grupperes efter grupperingslogikken i DRG-systemet, og takstberegningsgrundlaget dannes. Hver observation i takstberegningsgrundlaget får derfor en individuel gruppering, kaldet en DRG-kontakt, og en sygehusforløbsgruppering, kaldet en sygehusforløbs-DRG, som beskrevet i B1.4. Kontakter, hvis omkostninger ekstraordinært ikke vurderes egnet til takstberegning, markeres med et såkaldt eksklusionskriterie. Kontakterne indgår fortsat i forløbsdannelsen.

Trin 2. Beregning af omkostninger pr. kontakt og trunkering

De laveste og højeste omkostninger i de enkelte DRG-kontakter trunkeres, således at yderpunkter ikke får uforholdsmæssig stor betydning for takstberegningen. Den gennemsnitlige omkostning er beregnet inklusiv eventuelle andre ydelser, ambulante assistancer i forbindelse med indlæggelsen, særlige undersøgelser m.v.

Omkostningstrunkeringen sker ved, at DRG-kontakter med mere end 20 observationer pr. gruppe på landsplan trunkeres ved 1 og 99 pct. fraktilerne, således at værdier over 99 pct. fraktilen erstattes med 99 pct. fraktilen, og værdier under 1 pct. fraktilen erstattes med 1 pct. fraktilen. DRG-kontakter med op til 20 observationer pr. gruppe trunkeres tilsvarende ved 5 og 95 pct. fraktilerne.

I det tilfælde, at en DRG-kontakt i trin 1 er markeret med et eksklusionskriterie, indgår denne ikke i trunkeringen af DRG-kontakt gruppen. Denne observation tildeles i stedet gennemsnitsværdien af de trunkerede DRG-kontakters omkostning på landsniveau. Dog tildeles der ved DRG-kontakttype 1 = *diagnoseindberetning*, 2 = *procedure uden kontakt* og 7 = *død* den relevante fraktil jf. afsnittet ovenfor. Dette gøres, da observationen stadigvæk kan indeholde aktivitetsdata, der er essentielt for kontakten eller forløbets DRG-gruppering.

Trin 3. Beregning af omkostninger pr. DRG-sygehusforløb

Alle omkostningerne fra DRG-kontakterne samles på den klinisk mest meningsfulde observation i DRG-sygehusforløbet, hvorved den samlede omkostning for DRG-sygehusforløbet fremkommer.

Trin 4. Beregning af DRG-takster

DRG-taksterne beregnes nu som simple gennemsnit af omkostningerne ved DRG-sygehusforløbene for hver DRG-gruppe.

DRG-grupper, der ikke kan beregnes, vil teknisk blive sat.

Trin 5. Niveaujustering

DRG-systemet er et tilnærmet nul-sums-spil, hvor der hverken tilføres eller fjernes værdi i DRG-systemet. Produktionsværdien af de beregnede DRG-takster tilpasses derfor de tilrettede driftsudgifter for seneste indgåede beregningsår gennem en justeringsfaktor for de beregnede DRG-takster.

er

De offentlige sygehuses samlede produktionsværdi beregnet med takstsystem 2024 er således tilpasset de samlede tilrettede driftsudgifter for offentlige sygehuse for 2022 fremskrevet til 2024 P/L-niveau.

Bilag 2. Grupperingsændringer mellem DRG2023 og 2024

Ændringerne til DRG2024 omfatter:

- *Generelle grupperingsændringer* behandlet i Arbejdsgruppen vedr. DRG og indstillet til godkendelse i Udvalg for Økonomi og Styring

Oversigt over ændringer er listet i det nedenstående.

6.1 Generelle grupperingsændringer

Ændringer med udgangspunkt i indkomne ændringsforslag og som er implementeret i grupperingslogikken mellem DRG2023 og DRG2024 er listet i Tabel 1. I tabellen indgår tre ændringstyper 'Lukket gruppe', 'Ny gruppe' og 'Ændring i gruppe'. Der vil under 'Kommentar' være anført følgende under ændringstyperne:

- Lukket gruppe
Er gruppen lagt sammen med andre grupper og i så fald hvilke, eller er gruppen blot lukket
- Ny gruppe
Er gruppen oprettet ud fra andre grupper eller er den helt ny
- Ændring i gruppe
Hvilke ændringer er der sket med gruppen

Hvis der under ændringstype er angivet 'Lukket gruppe', er DRG-gruppen anført med DRG2023 navngivning. Ved 'Ny gruppe' og 'Ændring i gruppe' er DRG-gruppen angivet med DRG2024 navngivning. Under 'Kommentar' er grupper angivet med DRG2023. Ændringerne er opdelt efter specifikation.

Tabel 5 Oversigt med ændringer mellem DRG2023 og DRG2024

Oversigt	DRG-gruppe <i>DRG2023/DRG2024 afhængig af værdi under 'Ændringstype'</i>	Kommentar <i>Grupper angivet med DRG2024 navngivning</i>
Specifikation 02 - Øjensygdomme		
Ny gruppe	02MP01 ('Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 02MP01 og 02MP06 er lagt sammen.
Ny gruppe	02MP03 ('Kombinerede eller store operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 02MP02 og 02MP07 er lagt sammen.
Ny gruppe	02MP06 ('Store operationer, øjenlåg, øjenmuskler mm, m. generel anæstesi')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 02MP08 og 02MP10 er lagt sammen.
Ny gruppe	02MP08 ('Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 02MP11 og 02MP14 er lagt sammen.
Ny gruppe	02MP16 ('Mindre eller større operationer, øvrige, m. generel anæstesi')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 02MP15 og 02MP23 er lagt sammen.
Ny gruppe	02MP18 ('Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 02MP18 og 02MP24 er lagt sammen.
Ændring i gruppe	02MP13 ('Grå stær operationer med toriske linser')	Egenskaben 02S041J flyttes til DRG-grupperne 02MP20 og 02MP21. De koder der er i 02S041J fjernes fra henholdsvis egenskab 02S02J og 02S03J.
Ændring i gruppe	02MP14 ('Grå stær operationer, m. generel anæstesi')	Egenskaben 02S041J flyttes til DRG-grupperne 02MP20 og 02MP21. De koder der er i 02S041J fjernes fra henholdsvis egenskab 02S02J og 02S03J.
Ny gruppe	02PR01 ('Øjenundersøgelser, større')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 02SP04 og 02SP05 er lagt sammen. Derefter, så er UCHA3 tilføjet egenskaben 99S1321, som alene peger på DRG-gruppen.
Ændring i gruppe	02MA01 ('Øvrige kontakter ved øjensygdomme')	DZ010 indplaceres i MDC2, således at den grupperer til 02MA01.
Ændring i gruppe	02SP01 ('Sammedagspakke: Injektion, angiostatisk lægemiddel, m. øjenundersøgelse')	UCHA3 er tilføjet egenskaben 99S1321.
Ændring i gruppe	02SP02 ('Sammedagspakke: Injektion, øvrige lægemidler, m. øjenundersøgelse')	UCHA3 er tilføjet egenskaben 99S1321.
Lukket gruppe	02SP03 ('Sammendagspakke: Laserbehandling, m. øjenundersøgelse')	DRG-gruppen 02SP03 lukkes.
Specifikation 03 - Øre-, næse- og halssygdomme		

Ændring i gruppe	Flere grupper	Diagnosen DZ031X* ('Observation pga. mistanke om kræft i hovedet eller halsen') samt underkoder er flyttet fra Specifikation 23 til Specifikation 03. Det vil sige at diagnoserne kan have betydning i alle grupper under Specifikation 03 undtagen 03MP05.
Specifikation 04 - Sygdomme i åndedrætsorganerne		
Ændring i gruppe	04PR01 ('Udlevering af CPAP-apparatur')	Følgende procedurer er tilføjet egenskaben 99S0115; ZZ3916, ZZ2917 og ZZ2918. Derudover, så er BGFC32 tilføjet til egenskaben 99S2094.
Ændring i gruppe	04PR02 ('Kontrol eller justering af CPAP-behandling')	Følgende procedurer er fjernet fra egenskaben; ZZ3916, ZZ2917 og ZZ2918. Derudover, så er BGFC32 tilføjet til egenskaben 99S2094.
Specifikation 05 - Sygdomme i kredsløbsorganerne		
Ændring i gruppe	05MP31 ('Andre kredsløbsoperationer')	Egenskaben KFFC42 tilføjes til egenskaben 05S56.
Specifikation 06 - Sygdomme i fordøjelsesorganerne		
Ændring i gruppe	06PR01 ('Indsættelse af endoskopiske stents')	Procedurekoderne ZZ0321 og ZZ0320 er indplaceret som KUJF92.
Specifikation 11 - Nyre- og urinvejssygdomme		
Ændring i gruppe	11PR01 ('Undersøgelse el. behandling af nedre urinveje, kompleks')	DRG-gruppen har skiftet navn. I DRG2023 var gruppen navngivet 'Cystoskopi, kompliceret, el. urinrørsoperationer el. punktur af prostata'
Ændring i gruppe	11PR02 ('Undersøgelse el. behandling af nedre urinveje, simpel')	DRG-gruppen har skiftet navn. I DRG2023 var gruppen navngivet 'Cystoskopi, ukompliceret el. mindre urologisk operation'
Ændring i gruppe	11PR04 ('Instillation af lægemiddel i blæren')	Procedurekoderne BJHE21, BJHE22, BJHE23 er indplaceret i egenskaben 99S1009.
Specifikation 13 - Sygdomme i kvindelige kønsorganer		
Ændring i gruppe	13PR02 ('Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI ved kompliceret infektion')	DZ318A er indplaceret som bidiagnose til 13PR02.
Specifikation 15 - Sygdomme i perinatalperioden		
Ny gruppe	15MP06 ('Børn med GA 28-31 uger, moderat el. meget kompliceret')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 15MP06 og 15MP07 er lagt sammen.
Ny gruppe	15MP09 ('Børn med GA 32-35 uger, moderat el. meget kompliceret')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 15MP10 og 15MP11 er lagt sammen.
Ny gruppe	15MP12 ('Børn med GA >36 uger, moderat el. meget kompliceret')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 15MP14 og 15MP15 er lagt sammen.
Intern kode	15*	De interne koder BGDA14d, BGDA2_7d, BGFC32M_7d, BGFC32_7d er fjernet fra egenskaben 15S51B.
Specifikation 16 - Sygdomme i blod og bloddannende organer		

Ændring i gruppe	16PR03 ('Plasmaferese')	Egenskaben "anden aferese" er et bedre navn til egenskaben 99S2514, hvorfor navnet er ændret til DRG2024.
Ændring i gruppe	16MP04 ('Immunmodulerende behandling')	BOHJ28A, BOHJ28B og BOHJ28D fjernes fra egenskaben 16S00B.
Specifikation 17 - Svulster i lymfatisk og bloddannende væv		
Ændring i gruppe	17MP04 ('Kompleks svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi')	Det eksisterende diagnosekrav er udvidet i en ny egenskab 26P05 til at inkludere følgende diagnoser: DT888N, DR50, DR502, DR508, DR508A, DR508B, DR509, DA400, DA401, DA402, DA403, DA408, DA409, DA410, DA411, DA411A, DA412, DA413, DA414, DA415, DA415A, DA418, DA419, DA419B, DA419C, DR572. Egenskaben 17S00I er tom, og har været det siden DRG2021, så slettes egenskaben fra grupperingslogikken til DRG2024. Reglerne, hvor egenskaben indgår slettes også fra grupperingslogikken.
Ændring i gruppe	17MP05 ('Kompleks svampebehandling')	Det eksisterende diagnosekrav er udvidet i en ny egenskab 26P05 til at inkludere følgende diagnoser: DT888N, DR50, DR502, DR508, DR508A, DR508B, DR509, DA400, DA401, DA402, DA403, DA408, DA409, DA410, DA411, DA411A, DA412, DA413, DA414, DA415, DA415A, DA418, DA419, DA419B, DA419C, DR572.
Ændring i gruppe	17MP06 ('Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. mindst 18 år')	Det eksisterende diagnosekrav er udvidet i en ny egenskab 26P05 til at inkludere følgende diagnoser: DT888N, DR50, DR502, DR508, DR508A, DR508B, DR509, DA400, DA401, DA402, DA403, DA408, DA409, DA410, DA411, DA411A, DA412, DA413, DA414, DA415, DA415A, DA418, DA419, DA419B, DA419C, DR572. Reglerne indplaceres i MDC 16 og MDC18. Egenskaben 17S00I er tom, og har været det siden DRG2021, så slettes egenskaben fra grupperingslogikken til DRG2024. Reglerne, hvor egenskaben indgår slettes også fra grupperingslogikken.
Ændring i gruppe	17MP07 ('Basis svampebehandling, pat. mindst 18 år')	Det eksisterende diagnosekrav er udvidet i en ny egenskab 26P05 til at inkludere følgende diagnoser: DT888N, DR50, DR502, DR508, DR508A, DR508B, DR509, DA400, DA401, DA402, DA403, DA408, DA409, DA410, DA411, DA411A, DA412, DA413, DA414, DA415, DA415A, DA418, DA419, DA419B, DA419C, DR572. Reglerne indplaceres i MDC 16 og MDC18.
Ændring i gruppe	17MP12 ('Større operationer ved lymfom og leukæmi, pat. mindst 18 år')	Der er oprettet en ny regel med følgende krav: - Krav om følgende diagnoser: DC494, DC495, DC499, DD214 eller DD219 - Krav om en procedure fra 17S01 - Varighed > 12 timer
Specifikation 26 - Uden for MDC-grupper		
Ny gruppe	26MP46 ('Specialiseret Palliativ indsats, Lille el. Mellem')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 26MP46 og 26MP47 er lagt sammen.

Ny gruppe	26HJ02 ('Specialiseret Palliativ indsats, Lille el. Mellem, Hjemmebesøg')	DRG-grupperne (specifikation DRG2023) 26HJ02 og 26HJ03 er lagt sammen.
Ændring i gruppe	26MP25 ('Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år')	Det eksisterende diagnosekrav er udvidet i en ny egenskab 26P05 til at inkludere følgende diagnoser: DT888N, DR50, DR502, DR508, DR508A, DR508B, DR509, DA400, DA401, DA402, DA403, DA408, DA409, DA410, DA411, DA411A, DA412, DA413, DA414, DA415, DA415A, DA418, DA419, DA419B, DA419C, DR572.
Ændring i gruppe	26MP26 ('Basis svampebehandling, pat. 0-17 år')	Det eksisterende diagnosekrav er udvidet i en ny egenskab 26P05 til at inkludere følgende diagnoser: DT888N, DR50, DR502, DR508, DR508A, DR508B, DR509, DA400, DA401, DA402, DA403, DA408, DA409, DA410, DA411, DA411A, DA412, DA413, DA414, DA415, DA415A, DA418, DA419, DA419B, DA419C, DR572.
Specifikation 27 - Onkologiske behandlingsgrupper		
Ændring i gruppe	29MP09 ('Isotoperapi')	BWGG1 fjernes egenskaben 27S10, som peger på gruppen.
Ændring i gruppe	27MP23 ('Kemoterapi, basis, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)')	Navneændring
Ændring i gruppe	27MP24 ('Kemoterapi, basis')	Navneændring
Ændring i gruppe	27MP*	BWHA440 BWHA442 fjernes fra grupperingslogikken, da det er udleveret medicin.
Specifikation 34 - Medicinsk behandling		
Ændring i gruppe	34PR*	Følgende procedurekoder slettes fra egenskaberne, som grupperer til 34PR*-grupperne: - Procedurekoder, der vurderes som udleveret medicin - Procedurekoder, hvor der ikke er registreret aktivitet i både 2020 og 2021 - Procedurer, hvor den tilnærmelsesvis behandlingspris er mindre end 500 kr. Det fulde omfang af procedurekoder er præsenteret for Arbejdsgruppen vedr. DRG.
Ændring i gruppe	34PR02 ('Medicin-behandling, grp. 2')	Diagnosekravet til DRG-gruppen slettes.
Ændring i gruppe	34PR03 ('Medicin-behandling, grp. 3')	Diagnosekravet til DRG-gruppen slettes.
Ændring i gruppe	34PR03 ('Medicin-behandling, grp. 3')	BBHD5 og BBHD7 skal indplaceres i egenskaben 99S1100C.
Ændring i gruppe	34PR04 ('Medicin-behandling, grp. 4')	BBHD1, BBHD2, BBHD3, BBHD8 og BOHJ18B4 skal indplaceres i egenskaben 99S1100D.
Specifikation 37 - Klinisk neurofysiologi		
Ændring i gruppe	37PR01 ('Klinisk neurofysiologi grp. 1')	Procedurekoden ZZ1470A indplaceres i egenskaben 99S2506.
Specifikation 48 - Diverse behandlinger		

Ændring i gruppe	48PR02 ('Immunmodulerende behandling, 1-dags')	BOHJ28A, BOHJ28B og BOHJ28D fjernes fra egenskaben 99S1399.
Specifikation 70 - Andre		
Ny gruppe	70UA07 ('Assistancer fra specialer, som ikke afregnes')	Der oprettes en regel på samme måde som reglen til 70UA02. Reglen placeres over reglen til 70UA02. Reglen skal erstattes afregningsreglen til 90UA04.
Obspro		
Flere	Grupper med krav om aktionsdiagnose under DZ031* ('Observation pga. mistanke om kræft')	Obspro-tabel, der sikrer, at patienter bliver grupperet ens, uanset om de registreres med en specifik DZ031-kode eller med DZ031 plus en tillægskode er opdateret med 'nye' DZ031-koder og 'nye' DC-koder.

Bilag 3. DRG-takster

Af Bilag 2 fremgår takster og trimpunkter for DRG2024 grupperne. Derudover er der en indledende gennemgang af DRG-gruppernes navnestruktur. Endelig fremgår takster for særydelser i afsnit B3.3.

B3.1 Navnestruktur

DRG navnestrukturen har både en klinisk og en organisatorisk/grupperingslogisk dimension. Navnene består af 6 cifre i 3 dele: Specifikation (S), Type (T), og Løbenummer (L), skrevet som SSTLL. F.eks. 01MA01, her er specifikation = 01, type = MA og løbenummer = 01.

Specifikation er MDC-relateret eller på anden måde klinisk sammenhængende. Specifikation er inddelt i to overgrupper, som er MDC-specifikation og øvrige specifikation. Tabellerne i afsnit B3.2 er inddelt efter specifikation. I Bilagstabel 3 er der en oversigt over specifikationer i DRG-navnene.

Bilagstabel 3 Oversigt over specifikation

Specifikation	Navn
MDC-specifikke DRG-grupper	
01	Sygdomme i nervesystemet
02	Øjensygdomme
03	Øre-, næse- og halssygdomme
04	Sygdomme i åndedrætsorganerne
05	Sygdomme i kredsløbsorganerne
06	Sygdomme i fordøjelsesorganerne
07	Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel
08	Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv
09	Sygdomme i hud, underhud og mamma
10	Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme
11	Nyre- og urinvejssygdomme
12	Sygdomme i mandlige kønsorganer
13	Sygdomme i kvindelige kønsorganer
14	Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab
15	Sygdomme i perinatalperioden
16	Sygdomme i blod og bloddannende organer
17	Svulster i lymfatisk og bloddannende væv
18	Infektionssygdomme og parasitære sygdomme
19	Psykiatriske sygdomme

Specifikation	Navn
20	Misbrug
21	Ulykkestilfælde og forgiftninger
22	Forbrændinger
23	Øvrige
24	Signifikant multitraume
25	HIV-infektion
26	Uden for MDC-grupper
27	Onkologiske behandlingsgrupper
Øvrige DRG-grupper	
30	Radiologiske procedurer
31	Klinisk genetik
32	Geriatrici
33	Åndedrætssystem
34	Medicinsk behandling
35	Arbejdsmedicin
36	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin
37	Klinisk neurofysiologi
38	Prænatal foranstaltninger
40	Fysio- og ergoterapi
48	Diverse behandlinger
49	Diverse procedurer
65	Skriftlig kommunikation
70	Andre
71	Specialiseret behandling af neurologisk tilstand
90	Grupper med særlige regler uden for logikken

Typen præciserer detaljer om grupperne, som ikke er direkte klinisk relaterede. Det er derimod organisatoriske eller grupperingslogiske kriterier, der bestemmer typen. I Bilagstabel 4 er der en oversigt over specifikationer i DRG-navnene.

Bilagstabel 4 Oversigt over type

Type	Navn
AK	Akutgrupper
HJ	Hjemmebesøgsgrupper
MA	MDC specifikke diagnosegrupper
MP	MDC specifikke proceduregrupper
OP	Opsamling/øvrige grupper
PR	Proceduregrupper

Type	Navn
SP	Sammedagspakker
TE	Grupper for skriftlig kommunikation
UA	Grupper der ikke afregnes

Løbenummeret har ingen specifikke regler, men i udgangspunktet kommer relaterede grupper efter hinanden, således at f.eks. kardiologiske grupper er adskilt fra karkirurgiske grupper i SPEC05. Derudover er opsamlingsgrupper altid sidst.

B3.2 DRG-takster og trimpunkter

Bilagstabel 5 viser takster og trimpunkter for de MDC-specifikke DRG-grupper og Bilagstabel 6 for øvrige grupper. For information om varighedskrav henvises til VisualDRG eller oversigt over taksterne på [vores hjemmeside \(drg.dk\)](https://vores.dk).

Bilagstabel 5 Takster og trimpunkter for MDC-specifikke DRG-grupper

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
Specifikation 01 - Sygdomme i nervesystemet			
01MA01	Svulster i nervesystemet, pat. mindst 18 år	48.629	15
01MA02	Sygdomme og skader på rygmærven	43.702	14
01MA03	Infektion i nervesystemet ekskl. virus meningitis	72.892	20
01MA04	Sygdomme i hjernenerver og perifere nerver	30.685	6
01MA05	Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne	44.492	11
01MA06	Degenerative sygdomme i nervesystemet	37.723	11
01MA07	Dissemineret sklerose og cerebellar ataksi	42.170	11
01MA08	Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. under 1 år	15.701	1
01MA09	Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. 1-17 år	4.005	1
01MA10	Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. mindst 18 år	23.734	4
01MA11	Hovedtraumer ekskl. hjernerystelse	35.801	9
01MA12	Hjernerystelse	5.758	1
01MA13	Forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne og okklusion af præcerebrale arterier	23.814	4
01MA14	Feberkræmper, pat. 0-17 år	12.930	1
01MA15	Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. mindst 18 år	38.633	9
01MA16	Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. 0-17 år	3.484	1
01MA17	Andre uspecifikke sygdomme i nervesystemet	28.723	9
01MA18	Observation for sygdom i nervesystemet	27.351	6
01MA98	MDC01 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.941	1
01MA99	MDC01 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.664	1

01MP01	Instrumenteret stabilisering af hvirvelsøjle ved sygdomme i nervesystemet	222.073	16
01MP02	Rygmarvsoperationer	114.522	11
01MP03	Carotiskirurgi	65.511	7
01MP04	Indgreb på karpaltunnel	5.457	1
01MP05	Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, m. kompl. bidiag.	106.402	22
01MP06	Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, u. kompl. bidiag.	27.493	1
01MP07	Spinale muskelatrofier og beslægtede syndromer	430.223	1
01MP08	Behandling med højdosis immunglobulin ved sygdom i nervesystemet	143.535	27
01MP09	Medicinske sygdomme i nervesystemet med dialyse	83.565	22
01MP10	Medicinske sygdomme i nervesystemet med plasmaferese	47.943	6
01MP11	Udredning med lumbal perfusionsmåling	10.561	1
01MP12	Trombolysebehandling af akut apopleksi	34.619	4
01MP13	Video-EEG døgnmonitorering	59.234	4
01PR01	Fjernelse el. behandling af nerve	12.996	1
01PR02	Neurorehabilitering og rygmarvsskader	3.308	1
01PR03	Kontrol af medicinpumpe	2.676	1
01SP01	Sammedagspakke: Blodprop i hjernen, udredning	6.661	1
Specifikation 02 - Øjensygdomme			
02MA01	Øvrige kontakter ved øjensygdomme	1.068	1
02MP01	Hornhindetransplantation	26.004	1
02MP02	Kombinerede eller store operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	22.948	1
02MP03	Kombinerede eller store operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	14.645	1
02MP04	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer	17.501	4
02MP05	Dobbelt-operationer, øjenmuskler, hornhinde og sklera	21.581	1
02MP06	Store operationer, øjenlåg, øjenmuskler mm, m. generel anæstesi	11.346	1
02MP07	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi	12.756	1
02MP08	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi	3.278	1
02MP09	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	10.772	1
02MP10	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	2.905	1
02MP11	Større operationer, øvrige, u. generel anæstesi	2.012	1
02MP12	Dobbeltsidig grå stær operation, u. generel anæstesi	9.079	1
02MP13	Grå stær operationer med toriske linser	6.461	1
02MP14	Grå stær operationer, m. generel anæstesi	9.164	1

02MP15	Grå stær operationer, u. generel anæstesi	5.044	1
02MP16	Mindre eller større operationer, øvrige, m. generel anæstesi	3.186	1
02MP17	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	6.494	1
02MP18	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	2.108	1
02MP19	Laserbehandling	1.896	1
02PR01	Øjenundersøgelser, større	3.168	1
02PR02	Øjenundersøgelse, mindre	1.354	1
02SP01	Sammedagspakke: Injektion, angiostatisk lægemiddel, m. øjenundersøgelse	6.367	1
02SP02	Sammedagspakke: Injektion, øvrige lægemidler, m. øjenundersøgelse	3.223	1
02SP03	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere mindre	2.072	1
02MA01	Øvrige kontakter ved øjensygdomme	1.068	1
02MP01	Hornhindetransplantation	26.004	1
02MP02	Kombinerede eller store operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	22.948	1
02MP03	Kombinerede eller store operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	14.645	1
02MP04	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer	17.501	4
02MP05	Dobbelt-operationer, øjenmuskler, hornhinde og sklera	21.581	1
02MP06	Store operationer, øjenlåg, øjenmuskler mm, m. generel anæstesi	11.346	1
02MP07	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi	12.756	1
Specifikation 03 - Øre-, næse- og halssygdomme			
03MA01	Ondartede sygdomme i øre, næse, mund og hals inkl. strube, pat. mindst 18 år	42.437	14
03MA02	Svimmelhed	8.171	1
03MA03	Næseblødning	17.975	4
03MA04	Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	33.851	11
03MA05	Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	22.029	6
03MA06	Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. 0-17 år	7.140	1
03MA07	Luftrørskatar	10.532	1
03MA08	Næsetraume og næsedeformitet	1.353	1
03MA09	Andre sygdomme i øre, næse, mund og hals	1.331	1
03MA10	Observation for ondartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	2.133	1
03MA11	Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	3.978	1
03MA12	Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. 0-17 år	5.342	1
03MA98	MDC03 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.107	1

03MA99	MDC03 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.280	1
03MP01	Indsættelse af cochlear implantat, dobbeltsidigt	239.578	4
03MP02	Indsættelse af cochlear implantat, enkeltsidigt	128.524	1
03MP03	Tracheostomi ved mundhule- og halssygdomme	141.259	25
03MP04	Operationer på hoved og hals, kategori 1-3, m. robot	143.516	9
03MP05	Operationer på hoved og hals, kategori 1	106.983	14
03MP06	Operationer på hoved og hals, kategori 2	77.754	6
03MP07	Operationer på hoved og hals, kategori 3	42.490	4
03MP08	Operationer på hoved og hals, kategori 4	13.254	1
03MP09	Større kæbeoperationer	96.799	5
03MP10	Operation for læbe-ganespalte og choanal atresi	73.683	5
03MP11	Kombinerede rekonstruktive operationer på over- og underkæbe	53.664	4
03MP12	Frakturkirurgi på kæbe eller kæbeled	29.313	4
03MP13	Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled	37.189	1
03MP14	Operationer på øre, kategori 1	24.890	1
03MP15	Operationer på øre, kategori 2	15.691	1
03MP16	Operation på næse, kategori 1	27.618	1
03MP17	Operation på næse, kategori 2	25.209	1
03MP18	Operation på næse, kategori 3	12.284	1
03MP19	Operation på næse, kategori 4	4.428	1
03MP20	Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber	7.984	1
03MP21	Operationer på spytkirtler	35.448	1
03MP22	Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer	15.489	1
03MP23	Endoskopier af luftveje og spiserør	10.989	1
03MP24	Andre operationer på øre, næse, mund og hals	37.374	6
03PR01	Tandbehandling, svær	3.309	1
03PR02	Tandbehandling, middel	2.936	1
03PR03	Tandbehandling, let	1.183	1
03PR04	Procedure på øre, næse el. hals, kompliceret	3.930	1
03PR05	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	2.745	1
03PR06	Øre, næse eller hals skopier	3.125	1
03PR07	Udskiftning af processor i cochlear implantat, dobbeltsidigt	118.345	1
03PR08	Udskiftning af processor i cochlear implantat, enkeltsidigt	58.871	1
03PR09	Kontrol af cochlear implantat	1.099	1
03PR10	Auditiv verbal terapi (AVT), pat. 0-6 år	2.785	1
03PR11	Audiologisk udredning, diagnostiske procedurer, pat. 0-2 år	4.005	1
03PR12	Audiologi	2.245	1
03PR13	Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage	535	1

03SP01	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl.	4.964	1
03SP02	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl. + ukompl.	3.763	1
03SP03	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, ukompl.	3.320	1
03SP04	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. mindst 18 år	2.747	1
03SP05	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. 0-17 år	3.124	1
03SP06	Sammedagspakke: Svimmelhed, udredning	4.305	1
03SP07	Sammedagspakke: Udredning og diagnosticering af manglende lugte- og smagssans	10.914	1
Specifikation 04 - Sygdomme i åndedrætsorganerne			
04MA01	Tilstand med transplanteret lunge	25.277	4
04MA02	Søvnapnø	3.271	1
04MA03	Tuberkulose uden operation	88.350	31
04MA04	Lungeemboli	33.516	11
04MA05	Infektioner og betændelse i luftveje, pat. mindst 65 år	61.401	18
04MA06	Infektioner og betændelse i luftveje, pat. 0-64 år	60.209	20
04MA07	Svulster i luftveje, behandling uden komplikationer, pat. mindst 18 år	45.583	15
04MA08	Større thoraxskader	41.393	14
04MA09	Pleuritis exsudativa	39.036	14
04MA10	Lungeødem og respirationssvigt	39.496	11
04MA11	Obstruktive lungesygdomme, pat. mindst 60 år	31.211	11
04MA12	Obstruktive lungesygdomme, pat. 0-59 år	25.263	9
04MA13	Lungebetændelse og pleuritis, pat. mindst 60 år	43.907	12
04MA14	Lungebetændelse og pleuritis, pat. 18-59 år	35.426	11
04MA15	Lungebetændelse og pleuritis, pat. 0-17 år, m. kompl. bidiag.	50.823	12
04MA16	Lungebetændelse og pleuritis, pat. 0-17 år, u. kompl. bidiag.	26.423	6
04MA17	Interstitielle lungesygdomme	48.106	15
04MA18	Pneumothorax, m. kompl. bidiag.	66.512	20
04MA19	Pneumothorax, u. kompl. bidiag.	40.063	11
04MA20	Bronkit og astma, pat. mindst 60 år	26.499	9
04MA21	Bronkit og astma, pat. 0-17 år, komplicerede	42.731	10
04MA22	Bronkit og astma, pat. 0-59 år	19.130	4
04MA23	Symptomer fra luftveje	23.562	6
04MA24	Andre sygdomme i luftveje	31.294	9
04MA25	Cystisk fibrose	92.286	19
04MA26	Observation for sygdom i åndedrætsorganerne	30.390	9
04MA98	MDC04 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.311	1
04MA99	MDC04 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.761	1

04MP01	Særligt store thoraxoperationer	214.044	31
04MP02	Større thoraxoperationer	110.904	15
04MP03	Respiratorbehandling ved sygdomme i luftvejene	98.697	14
04MP04	NIV-behandling ved sygdomme i luftvejene	61.781	15
04MP05	Andre operationer på luftveje	51.694	6
04MP06	Kompleks søvnudredning	13.437	1
04MP07	Simpel søvnudredning	2.523	1
04MP08	Medicinske sygdomme i åndedrætsorganerne med dialyse	64.885	17
04MP09	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. rigid bronkoskopi, pat. mindst 18 år	5.950	1
04MP10	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. fleksibel bronkoskopi, pat. mindst 18 år	18.324	1
04MP11	Interstitielle lungesygdomme, udredning	19.275	1
04MP12	Andre sygdomme i luftveje, udredning	14.568	1
04PR01	Udlevering af CPAP-apparatur/-tilbehør	5.706	1
04PR02	Kontrol eller justering af CPAP-behandling	2.831	1
04PR03	Procedurer uden kontakt ifm. CPAP-behandling	1.937	1
04SP01	Sammedagspakke: Lungesygdomme, udredning	3.979	1
Specifikation 05 - Sygdomme i kredsløbsorganerne			
05MA01	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation	22.387	6
05MA02	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation	12.733	4
05MA03	Stabil iskæmisk hjertesygdom/brystsmerter	4.007	1
05MA04	Hjertesvigt og shock	39.083	15
05MA05	Erhvervede hjerteklapsygdomme	35.023	14
05MA06	Medfødte hjertesygdomme	5.419	1
05MA07	Hjerterytmie og synkope	19.623	6
05MA08	Andre hjertesygdomme	2.167	1
05MA09	Endokarditis	111.257	44
05MA10	Årebetændelse i de dybe vener	1.916	1
05MA11	Hypertension	18.261	4
05MA12	Perifer karsygdom	25.233	6
05MA13	Andre kredsløbsdiagnoser	93.283	32
05MA14	Rehabilitering efter hjertetilfælde	20.895	9
05MA15	Observation for sygdom i kredsløbsorganerne	4.494	1
05MA98	MDC05 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.183	1
05MA99	MDC05 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.280	1
05MP01	Indsættelse af mekanisk hjerte	2.509.320	147
05MP02	Hjertetransplantation	1.045.527	43
05MP03	Hjerteoperation med dialyse	887.053	51

05MP04	Hjerteoperation med implantation af ICD	345.470	40
05MP05	Sternuminfektion	799.277	76
05MP06	Medfødte hjertesygdomme med hjerteoperation	147.794	15
05MP07	Kombinerede hjerteoperationer	339.305	18
05MP08	Hjerteklap-operation, m. stentklap	226.694	5
05MP09	Perkutan indsættelse af mitralclip	233.856	7
05MP10	Hjerteklap-operation	199.695	13
05MP11	By-pass-operation	175.017	13
05MP12	Reoperationer efter hjerteoperation	225.221	25
05MP13	Andre hjerteoperationer	83.859	4
05MP14	Implantation af ICD med udvidelse af koronararterie	191.125	23
05MP15	Implantation af ICD	68.788	4
05MP16	Endovaskulær stentgraft	154.732	5
05MP17	Amputationer, m. cirkulationssvigt, ekskl. arme, hænder og tæer	118.227	29
05MP18	Amputationer, m. cirkulationssvigt, arme, hænder og tæer	49.705	11
05MP19	Mindre operationer på kredsløbsorganerne	111.673	22
05MP20	Større central karkirurgi	190.091	13
05MP21	Central karkirurgi	153.889	15
05MP22	Større perifer karkirurgi	135.430	17
05MP23	Perifer karkirurgi	105.824	12
05MP24	Mindre perifer karkirurgi	71.090	9
05MP25	Dobbelt endovaskulær behandling m. stent	73.771	1
05MP26	Endovaskulær behandling m. stent	56.244	1
05MP27	Endovaskulær behandling u. stent	42.873	1
05MP28	Anlæggelse af dialysefistel	18.530	1
05MP29	Varicebehandling, kompliceret	9.221	1
05MP30	Varicebehandling, ukompliceret	7.419	1
05MP31	Andre kredsløbsoperationer	85.890	20
05MP32	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. C	119.424	7
05MP33	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. B	67.532	4
05MP34	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. A	34.317	9
05MP35	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. C	126.778	10
05MP36	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. B	66.232	4
05MP37	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. A	27.226	6
05MP38	Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	38.989	1
05MP39	Stabil iskæmisk hjertesygdom eller medfødte hjertesygdomme, pat mindst 15 år, proceduregrp. A	14.550	1
05MP40	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. C	93.131	16
05MP41	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. B	51.309	4

05MP42	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. A	27.982	4
05MP43	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. B og/eller C	32.012	1
05MP44	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. A	16.371	1
05MP45	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. C	91.676	5
05MP46	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. B	68.657	4
05MP47	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. A	61.617	5
05MP48	Hjertearytmi og synkope, m. særlig ablation og computermapping	78.475	1
05MP49	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C	45.858	4
05MP50	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B	35.719	4
05MP51	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. A	20.015	1
05MP52	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. C	83.166	14
05MP53	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. B	46.593	4
05MP54	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. A	23.278	1
05PR01	Operation på kar el. lymfesystem	8.326	1
05PR02	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem	5.242	1
05PR03	Kardiologisk undersøgelse, kompliceret	3.543	1
05PR04	Kardiologisk undersøgelse, udvidet	2.026	1
05PR05	Anlæggelse af centralt venekateter (CVK)	6.325	1
05PR06	Procedure uden kontakt ifm. ICD, Pacemaker eller Loop Recorder kontrol	866	1
05PR07	Procedure uden kontakt ifm. AK-behandling	193	1
05SP01	Sammedagspakke: Lille Kardiologisk sammedagsudredningspakke	4.870	1
05SP02	Sammedagspakke: Mellem Kardiologisk sammedagsudredningspakke	5.839	1
05SP03	Sammedagspakke: Stor Kardiologisk sammedagsudredningspakke	10.608	1
Specifikation 06 - Sygdomme i fordøjelsesorganerne			
06MA01	Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne m. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	49.437	15
06MA02	Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne u. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	41.906	14
06MA03	Mavesår, komplicerede	54.757	16
06MA04	Mavesår, ukomplicerede	33.464	6
06MA05	Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	42.983	11
06MA06	Passagehindring i mavetarmkanal	29.808	9
06MA07	Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	27.312	6
06MA08	Inflammatoriske tarmsygdomme	38.235	11
06MA09	Blødning fra mave-tarmkanal, pat. 0-17 år	8.626	1
06MA10	Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	34.369	11
06MA11	Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	7.818	1
06MA12	Gastroenteritis infectiosa, pat. 0-17 år	11.521	1

06MA13	Betændelse i spiserør, mave og tarm i øvrigt, pat. 0-17 år	5.109	1
06MA14	Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, pat. mindst 18 år	28.499	9
06MA15	Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, ekskl. svulster, pat. 0-17 år	5.428	1
06MA16	Fødevareallergi	4.045	1
06MA17	Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, u. endoskopi	3.419	1
06MA98	MDC06 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.561	1
06MA99	MDC06 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.337	1
06MP01	Fistler til mave-tarmkanalen	234.838	52
06MP02	Bækkeneksenteration	304.982	23
06MP03	Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år, m. robot	219.079	21
06MP04	Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år	216.090	20
06MP05	Operation for multiple kræftknuder i bughinde, m. opvarmet kemoterapi, pat. mindst 18 år	235.742	17
06MP06	Perkutan nerveevaluering og sakral nervestimulation	75.686	1
06MP07	Operation på stimulationsystemer i nervesystemet	15.250	1
06MP08	Større operationer på tarm m. robot	146.120	12
06MP09	Større operationer på tyndtarm og tyktarm m. kompl. bidiag.	148.813	22
06MP10	Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.	125.875	18
06MP11	Større operationer på endetarm og endetarmsåbning m. cancer	164.672	17
06MP12	Større operationer på endetarm og endetarmsåbning u. cancer	110.974	12
06MP13	Operationer for sammenvoksninger i bughulen	94.343	16
06MP14	Bugvægsrekonstruktion	45.874	9
06MP15	Øvrige indgreb på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. mindst 18 år	36.281	4
06MP16	Operationer på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. 0-17 år	34.877	4
06MP17	Fjernelse af blindtarm, kompliceret	54.961	10
06MP18	Fjernelse af blindtarm, ukompliceret	36.166	4
06MP19	Mindre operationer på tyndtarm og tyktarm	9.960	1
06MP20	Større operationer på anus og kunstige tarmåbninger	17.689	1
06MP21	Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	55.476	9
06MP22	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	23.324	1
06MP23	Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	48.352	6
06MP24	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	13.084	1
06MP25	Incisionel og andre hernier, laparoskopiske	40.962	4
06MP26	Umbilikal og linea alba hernier, laparoskopiske	23.938	1
06MP27	Ingvinal- og femoralhernier, laparoskopiske	18.295	1
06MP28	Større hernier, åben operation	50.780	9

06MP29	Mindre hernier, åben operation	18.015	1
06MP30	Perianale indgreb og operationer for sacralcyste	19.557	1
06MP31	Andre operationer og behandlinger på fordøjelsesorganer m. kompl. bidiag.	65.702	14
06MP32	Andre operationer og behandlinger på fordøjelsesorganer u. kompl. bidiag.	31.050	4
06MP33	Medicinske sygdomme i fordøjelsesorganerne med dialyse	58.601	15
06MP34	Korttarmsyndrom	46.708	11
06MP35	Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, m. endoskopi	30.283	4
06PR01	Indsættelse af endoskopiske stents	10.416	1
06PR02	Avancerede endoskopiske ydelser	8.658	1
06PR03	Koloskopi og polypektomi	5.841	1
06PR04	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	5.581	1
06PR05	Rektoskopi	4.213	1
06SP01	Sammedagspakke: Gastroskopi og koloskopi/sigmoideoskopi	9.006	1
Specifikation 07 - Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel			
07MA01	Tilstand med transplanteret lever	65.698	11
07MA02	Kronisk leversygdom med hepatisk encefalopati og/eller hepatorenalt syndrom	55.869	17
07MA03	Kronisk leversygdom med gastrointestinal blødning og/eller ascites	29.930	9
07MA04	Kronisk leversygdom med andre, alkoholiske komplikationer	48.106	15
07MA05	Kronisk leversygdom uden komplikationer	36.225	11
07MA06	Akut infektiøs eller toksisk leversygdom	43.718	15
07MA07	Paracetamolforgiftning uden leverpåvirkning	14.211	1
07MA08	Ondartede sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel, pat. mindst 18 år	43.630	12
07MA09	Neoplasi (benign) eller cyster, pat. mindst 18 år	2.948	1
07MA10	Metabolisk leversygdom	28.585	4
07MA11	Sygdomme i bugspytkirtel, ekskl. ondartede sygdomme	37.787	12
07MA12	Komplicerede sygdomme i galdeveje	35.971	12
07MA13	Sygdomme i galdeveje, u. kompl. bidiag.	24.496	9
07MA14	Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel u. endoskopi	31.847	11
07MA98	MDC07 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.947	1
07MA99	MDC07 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.665	1
07MP01	Bugspytkirtel- og leveroperationer samt udredning for levertransplantation	176.002	18
07MP02	Dialyse, respiratorbehandling og/eller plasmaferese	161.154	27
07MP03	Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje	66.655	19
07MP04	Operationer på galdeveje ekskl. kolecystektomi m. kompl. bidiag.	76.584	21
07MP05	Operationer på galdeveje ekskl. kolecystektomi u. kompl. bidiag.	42.106	9
07MP06	Fjernelse af galdeblære, åben kirurgi	113.702	14
07MP07	Fjernelse af galdeblære, laparoskopi	40.085	6
07MP08	Andre operationer på lever, galdeveje og bugspytkirtel	96.530	17

07MP09	Endoskopisk operation af Pancreas	165.396	48
07MP10	Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel m. endoskopi	59.318	24
Specifikation 08 - Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv			
08MA01	Konservativt behandlet brud i bækken og lår	33.165	12
08MA02	Konservativt behandlet patologisk fraktur	41.736	12
08MA03	Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. mindst 18 år	18.341	6
08MA04	Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. 0-17 år	8.523	1
08MA05	Kompliceret behandling af inflammatorisk reumatisk sygdom	70.615	17
08MA06	Deformerende rygsygdomme	36.938	14
08MA07	Slidgigt i hofte eller knæ	1.946	1
08MA08	Infektioner i led og knogler	82.271	28
08MA09	Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, med komplikationer	59.768	18
08MA10	Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, uden komplikationer	36.335	11
08MA11	Inflammatoriske artritter, pat. 0-15 år	3.957	1
08MA12	Generaliserede bindevævssygdomme	50.776	14
08MA13	Infektioner i muskler og bløddele	52.170	17
08MA14	Degenerative rygsygdomme og andre ryglidelser	23.522	7
08MA15	Reumatologiske sygdomme i bløddele	2.026	1
08MA16	Medicinske sygdomme i ryggen	29.949	11
08MA17	Øvrige sygdomme i knogler og led	2.058	1
08MA18	Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	39.268	16
08MA19	Andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	43.533	12
08MA20	Observation eller udredning for andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	19.374	9
08MA98	MDC08 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.626	1
08MA99	MDC08 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.344	1
08MP01	Spondylodese, for + bag el. for int. fiks, m. særlig a-diag	256.255	17
08MP02	Spondylodese, for + bag, el. bag m. særlig a-diag	174.455	13
08MP03	Spondylodese, med fiksatoren	151.613	13
08MP04	Spondylodese, uden fiksatoren, og reoperationer	96.980	10
08MP05	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik	79.359	4
08MP06	Dekompression	56.740	4
08MP07	Diskusprolaps	55.443	4
08MP08	Perifer nerveoperation	14.284	1
08MP09	Infektionskirurgi, ryg/hals og underekstremitet, store led	159.684	40
08MP10	Infektionskirurgi, overekstremitet, store led, og ankel/fod	87.711	28
08MP11	Infektionskirurgi, håndled/hånd	50.467	14
08MP12	Amputation, ekskl. fingre og tæer	102.663	28

08MP13	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år	206.808	8
08MP14	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	88.165	9
08MP15	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	28.181	1
08MP16	Alloplastik, dobbelt, store led	81.087	9
08MP17	Alloplastik, større revision, underekstremitet, store led	112.483	16
08MP18	Alloplastik, ryg/hals	51.751	1
08MP19	Alloplastik, overekstremitet, store led	74.741	4
08MP20	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led	61.298	4
08MP21	Alloplastik, hånd/fod	19.569	1
08MP22	Frakturkirurgi, ryg/hals	104.590	13
08MP23	Frakturkirurgi, skulder/overarm	56.873	4
08MP24	Frakturkirurgi, albue/underarm	42.677	4
08MP25	Frakturkirurgi, håndled	33.842	1
08MP26	Frakturkirurgi, hånd	20.352	1
08MP27	Frakturkirurgi, ekstern fiksat, underekstremitet ekskl. fod	130.705	25
08MP28	Frakturkirurgi, intern fiksat, hoftenær	81.483	14
08MP29	Frakturkirurgi, intern fiksat, lår	109.906	17
08MP30	Frakturkirurgi, intern fiksat, knæ/underben	83.282	15
08MP31	Frakturkirurgi, intern fiksat, ankel	65.935	14
08MP32	Frakturkirurgi, fod	41.251	6
08MP33	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led	7.559	1
08MP34	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led	28.010	6
08MP35	Reposition, øvrige	11.289	1
08MP36	Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ	78.356	1
08MP37	Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	25.525	1
08MP38	Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår	80.474	9
08MP39	Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	39.814	4
08MP40	Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig	52.230	1
08MP41	Rekonstruktion, overekstremitet, store led	23.444	1
08MP42	Rekonstruktion, underekstremitet, store led	31.649	1
08MP43	Rekonstruktion, hånd/fod	17.924	1
08MP44	Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	52.489	4
08MP45	Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led	102.371	14
08MP46	Artrodese, hånd/fod	22.626	1
08MP47	Artrodese, ankel	39.813	4
08MP48	Fjernelse af fiksat, implantat mm., ryg/hals	70.042	6
08MP49	Fjernelse af fiksat, implantat mm., hofte/lår	33.338	1
08MP50	Fjernelse af fiksat, implantat mm., øvrig	12.419	1
08MP51	Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	19.041	1

08MP52	Endoskopi/artroskopi, hofte	29.427	1
08MP53	Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	27.326	1
08MP54	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	14.495	1
08MP55	Endoskopi/artroskopi, øvrige	18.593	1
08MP56	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	12.188	1
08MP57	Sene, muskel, fascie, øvrige	25.815	1
08MP58	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	14.019	1
08MP59	Mindre knogleoperationer, øvrige	28.042	1
08MP60	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	7.867	1
08MP61	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	13.849	1
08MP62	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	91.938	4
08MP63	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	28.471	1
08MP64	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	17.154	1
08MP65	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	41.140	1
08MP66	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	22.849	1
08MP67	Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med plasmaferese	240.435	46
08MP68	Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med dialyse	134.216	33
08PR01	Anlæggelse af skinne, individuelt fremstillet bandage	2.334	1
08PR02	Anlæggelse af skinne el. bandage, artrocentese el. lukket reposition	2.585	1
08PR03	Bevægelseslaboratorieundersøgelse	3.985	1
08SP01	Sammedagspakke: Ryglidelse inkl. MR-skanning	5.597	1
08SP02	Sammedagspakke: Rygmarvsskader	5.459	1
08SP03	Sammedagspakke: Ryglidelser	3.068	1
08SP04	Sammedagspakke: Tværfaglig artritinformation	6.045	1
Specifikation 09 - Sygdomme i hud, underhud og mamma			
09MA01	Moderat hudsygdom m. kompl. bidiag. el. svær hudsygdom	49.861	15
09MA02	Lettere hudsygdom m. kompl. bidiag.	44.580	16
09MA03	Lettere eller moderat hudsygdom, u. kompl. bidiag.	20.231	4
09MA04	Infektioner i hud og underhud, pat. mindst 18 år	34.816	11
09MA05	Infektioner i hud og underhud, pat. 0-17 år	22.654	6
09MA06	Kroniske sår i huden	58.089	20
09MA07	Hudtraumer	23.949	6
09MA08	Mammacancer	38.767	11
09MA09	Observation for sygdom i hud, underhud eller mamma	2.322	1
09MA98	MDC09 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.625	1
09MA99	MDC09 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.699	1
09MP01	Mastektomi med rekonstruktion med stilket lap og dobbeltsidig mastektomi med protese	145.581	10

09MP02	Segmentresektion af bryst med onkoplastisk rekonstruktion og/el. kontralateral korrektion og enkeltsidig mastektomi med protese	71.742	4
09MP03	Stor mammakirurgisk operation	38.816	1
09MP04	Mellemstor mammakirurgisk operation	27.315	1
09MP05	Lille mammakirurgisk operation	14.381	1
09MP06	Enkeltsidig mammaoperation med onkoplastik	56.884	1
09MP07	Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, dobbelt	70.086	9
09MP08	Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, enkelt	44.264	9
09MP09	Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse	23.597	4
09MP10	Hudtransplantation og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse	8.758	1
09MP11	Body lift efter stort vægttab	116.202	4
09MP12	Plastikkirurgi efter stort vægttab	72.360	1
09MP13	Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	72.018	4
09MP14	Andre operationer på hud, underhud og mamma, m. kompl. bidiag.	105.715	24
09MP15	Andre operationer på hud, underhud og mamma, u. kompl. bidiag.	63.097	11
09MP16	Behandling af pilonidalcyster	14.364	1
09MP17	Medicinske sygdomme i hud, underhud og mamma med dialyse	74.481	22
09PR01	Plastikkirurgisk rekonstruktion	14.173	1
09PR02	Hudoperation, kompliceret	9.560	1
09PR03	Hudoperation, ukompliceret	4.233	1
09PR04	Biopsi og væskeudsugning, overfladisk	5.493	1
09PR05	Nålebiopsi, overfladisk	3.299	1
09PR06	Sutur og sårbehandling	4.538	1
09PR07	Incision og punktur	3.247	1
09PR08	Dermatologisk procedure	7.212	1
09SP01	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 1	6.026	1
09SP02	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 2	9.761	1
09SP03	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 3	12.305	1
Specifikation 10 - Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme			
10MA01	Struma og stofskiftesygdomme	1.756	1
10MA02	Knoglemetaboliske- og kalksygdomme	44.441	15
10MA03	Diabetes mellitus	37.913	11
10MA04	Ernærings- og diverse metaboliske sygdomme	25.103	5
10MA05	Hypofyse-, binyre-, gonade- og andre endokrine sygdomme	25.966	6
10MA06	Andre ernærings- og stofskiftesygdomme	29.888	9
10MA07	Observation for endokrine sygdomme	3.008	1
10MA98	MDC10 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.847	1
10MA99	MDC10 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.818	1

10MP01	Amputationer af underekstremiteter, m. stofskiftesygdom	107.903	28
10MP02	Operationer på binyrer og hypofyse	96.571	6
10MP03	Hudtransplantation og sårrevision ved stofskiftesygdomme	172.437	98
10MP04	Operationer for adipositas	53.861	1
10MP05	Operationer på biskjoldbruskkirtelen	51.215	1
10MP06	Operationer på skjoldbruskkirtelen, ondartet sygdom, kompliceret	76.348	4
10MP07	Operationer på skjoldbruskkirtelen, godartet sygdom, kompliceret	65.121	4
10MP08	Operationer på skjoldbruskkirtelen, ukompliceret	47.010	1
10MP09	Andre operationer ved stofskiftesygdomme, m. kompl. bidiag.	156.240	33
10MP10	Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	57.173	4
10MP11	Medicinske endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme med dialyse	82.550	16
10PR01	Insulinpumpe, behandling	11.823	1
10PR02	Endokrinologisk procedure, kompliceret	3.046	1
10SP01	Sammedagspakke: Diabetes årsstatus	5.390	1
Specifikation 11 - Nyre- og urinvejssygdomme			
11MA01	Akutte medicinske nyresygdomme uden dialyse og uden plasmaferese	49.298	15
11MA02	Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme uden dialyse	39.875	14
11MA03	Truende afstødning af transplanteret nyre	54.446	15
11MA04	Svulster i nyre og urinveje, med ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	38.585	14
11MA05	Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-1 år, komplicerede	33.281	10
11MA06	Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-15 år, øvrige	28.707	9
11MA07	Infektioner i nyrer og urinvej, pat. mindst 16 år	30.859	11
11MA08	Sygdomme i prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	33.544	11
11MA09	Andre sygdomme, mistanke om sygdom, eller symptomer fra nyrer eller urinveje, pat. 0-15 år	22.781	6
11MA10	Andre sygdomme, mistanke om sygdom, eller symptomer fra nyrer eller urinveje, pat. mindst 16 år	18.333	4
11MA98	MDC11 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.550	1
11MA99	MDC11 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.344	1
11MP01	Nyretransplantation, kompliceret	363.891	17
11MP02	Nyretransplantation	248.552	19
11MP03	Kombineret nyre- og bugspytkirteltransplantation	626.108	41
11MP04	Cystektomi, m. robot, m. ondartet sygdom	257.403	19
11MP05	Større blæreoperationer, m. ondartet sygdom	193.894	25
11MP06	Større blæreoperationer, m. godartet sygdom	159.876	19
11MP07	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	114.125	4
11MP08	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	93.291	6

11MP09	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom, m. robot	119.924	4
11MP10	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	71.451	9
11MP11	Prostatektomi, m. robot, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	126.965	1
11MP12	Åbne operationer på prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	115.955	4
11MP13	Større operationer i retroperitoneum/det lille bækken	130.011	26
11MP14	Åbne operationer på prostata, godartet sygdom	62.427	5
11MP15	Operation for hypospadi	49.129	4
11MP16	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum og blå lys	23.439	1
11MP17	Operation gennem urinrør på blære, med cytostatikum eller blå lys	22.857	1
11MP18	Mindre operationer på blære	51.003	4
11MP19	Operationer på urinrør, pat. 0-15 år	20.716	1
11MP20	Operationer på urinrør, pat. mindst 16 år	26.106	4
11MP21	Operationer gennem urinrør på øvre urinveje	20.735	4
11MP22	Resektioner af prostata gennem urinrør	24.527	1
11MP23	Operationer gennem urinrør på nedre urinveje	13.432	1
11MP24	Endoskopi og simple indgreb på urinveje, med anæstesi	12.540	1
11MP25	Endoskopi og simple indgreb på urinveje	41.583	9
11MP26	Andre operationer på nyrer og urinveje	74.454	21
11MP27	Akutte medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	132.209	33
11MP28	Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	33.746	11
11MP29	Anlæggelse af peritonealdialysekateter	19.302	1
11PR01	Undersøgelse el. behandling af nedre urinveje, kompleks	6.632	1
11PR02	Undersøgelse el. behandling af nedre urinveje, simpel	5.033	1
11PR03	Stenknusning ved trykbølge (ESWL)	8.094	1
11PR04	Instillation af lægemiddel i blæren	1.437	1
11PR05	Indlæggelse af kateter el. anden ukompliceret procedure i urinveje	2.256	1
11PR06	Kontrol ved hjemme-hæmodialyse	13.614	1
11PR07	Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse	12.700	1
11PR08	Peritonealdialyse, m. oplæring	15.524	1
11PR09	Peritonealdialyse	4.899	1
11PR10	Dialyse, øvrige	3.034	1
11PR11	Urodynamisk undersøgelse, udvidet	2.263	1
11PR12	Urodynamisk undersøgelse, almindelig	2.262	1
11SP01	Sammedagspakke: Cystoskopisk og CT-urografiske undersøgelse	8.094	1
11SP02	Sammedagspakke: Prostatakræft-udredning med LUTS-udredning	4.966	1
11SP03	Sammedagspakke: LUTS-udredning med cystoskopi eller UL af prostata	4.233	1
Specifikation 12 - Sygdomme i mandlige kønsorganer			
12MA01	Ondartede sygdomme på mandlige kønsorganer	40.702	8

12MA02	Andre sygdomme, mistanke om sygdom, eller symptomer fra mandlige kønsorganer	23.946	6
12MA98	MDC12 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.762	1
12MA99	MDC12 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.589	1
12MP01	Indsættelse af implantater i urinveje eller mandlige kønsorganer	63.179	1
12MP02	Operationer på penis, kompliceret, m. ondartet sygdom	94.465	11
12MP03	Operationer på penis, kompliceret, u. ondartet sygdom	27.450	1
12MP04	Operationer på skrotalindhold, m. ondartet sygdom	32.749	1
12MP05	Operationer på mandlige kønsorganer, pat. 0-15 år	12.155	1
12MP06	Operationer på mandlige kønsorganer, pat. mindst 16 år, m. anæstesi	21.840	1
12MP07	Andre operationer på mandlige kønsorganer	55.211	4
12PR01	Mindre operationer på mandlige kønsorganer	7.915	1
12PR02	Andrologisk udredning, endokrin	7.801	1
Specifikation 13 - Sygdomme i kvindelige kønsorganer			
13MA01	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom	21.976	4
13MA98	MDC13 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.314	1
13MA99	MDC13 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.997	1
13MP01	Aborter efter 13 uger	10.488	1
13MP02	Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	112.301	4
13MP03	Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, u. robot	142.049	13
13MP04	Meget komplicerede gynækologiske indgreb, m. robot	91.240	1
13MP05	Meget komplicerede gynækologiske indgreb, u. robot	56.609	4
13MP06	Komplicerede gynækologiske indgreb	35.006	1
13MP07	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år	95.840	1
13MP08	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år	92.113	11
13MP09	Standard gynækologisk indgreb, m. robot	71.144	1
13MP10	Standard gynækologisk indgreb	48.013	1
13MP11	Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	29.942	1
13MP12	Enklere gynækologiske indgreb, m. robot	66.229	1
13MP13	Enklere gynækologiske indgreb	14.345	1
13MP14	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	13.475	1
13MP15	Mindre gynækologiske indgreb	7.036	1
13PR01	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller	43.652	1
13PR02	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI ved kompliceret infektion	18.618	1
13PR03	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI, ægudtagning el. ægoplægning	9.750	1

Specifikation 14 - Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab			
14HJ01	Hjemme eller udebesøg ved graviditet eller efter fødsel	946	1
14MA01	Indlæggelser i graviditeten	13.163	4
14MA02	Indlæggelser i barselsperioden	17.198	6
14MA98	MDC14 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	733	1
14MP01	Komplicerede intrauterine indgreb under graviditeten	32.242	4
14MP02	Indlæggelse i graviditeten, fødsel før 28 uger	50.539	23
14MP03	Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	81.534	19
14MP04	Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	84.090	25
14MP05	Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	60.786	11
14MP06	Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	57.054	10
14MP07	Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	59.515	11
14MP08	Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	56.527	6
14MP09	Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit, m. akut kejsersnit	48.168	5
14MP10	Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	50.514	6
14MP11	Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	48.040	7
14MP12	Planlagt kejsersnit, førstegangsfødende	48.974	5
14MP13	Planlagt kejsersnit, flergangsfødende	29.841	2
14MP14	Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit	39.737	4
14MP15	Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, førstegangsfødende	49.577	12
14MP16	Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, flergangsfødende	46.597	10
14MP17	Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	56.048	13
14MP18	Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	50.024	11
14MP19	Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	45.209	7
14MP20	Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	37.691	6
14MP21	Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, førstegangsfødende	45.371	7
14MP22	Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, flergangsfødende	39.036	4
14MP23	Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, førstegangsfødende	43.179	7
14MP24	Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, flergangsfødende	39.069	4
14MP25	Igangsæt vaginal fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	43.762	7
14MP26	Igangsæt vaginal fødsel, m. epidural, flergangsfødende	39.044	4
14MP27	Igangsæt vaginal fødsel, førstegangsfødende	40.500	6
14MP28	Igangsæt vaginal fødsel, flergangsfødende	35.269	4
14MP29	Spontan fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	38.536	5
14MP30	Spontan fødsel, m. epidural, flergangsfødende	33.974	4
14MP31	Spontan fødsel, førstegangsfødende	35.086	6
14MP32	Spontan fødsel, flergangsfødende	30.091	1

14PR01	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi, flerfoldsgraviditet	28.690	1
14PR02	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi	17.049	1
14PR03	Svangrekontrol, bariatrisk opereret kvinde	1.797	1
14PR04	Jordemoderkonsultation, akut, graviditet	1.517	1
14PR05	Jordemoderkonsultation, udvidet	684	1
14PR06	Jordemoderkonsultation, basis	282	1
14PR07	Særlige ydelser i forbindelse med graviditet eller efter fødsel inkl. fødselsforberedelse	882	1
14PR08	Opfølgning på kontakt med kvinde/barn i kombination med tværfaglig/tværsektoriel indsats	1.418	1
14PR09	Særligt ressourcekrævende svangrekontrol ved rusmiddelproblematik	2.693	1
14SP01	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation med UL-scanning, meget kompl.	2.834	1
14SP02	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation, med UL, kompl. el. ukompl.	2.175	1
14SP03	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation	1.708	1
14SP04	Sammedagspakke: Flere jordemoderkonsultationer	1.590	1
14SP05	Sammedagspakke: Foster misdannelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve	16.658	1
Specifikation 15 - Sygdomme i perinatalperioden			
15MA01	Andre sygdomme i perinatalperioden	11.748	6
15MA02	Immaturitet/Præmaturitet, pat. 28-120 dage	119.043	46
15MA99	MDC15 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.618	1
15MP01	Død eller overflyttet inden for 1 dag	3.054	1
15MP02	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, meget komplicerede	561.627	146
15MP03	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, moderat komplicerede	435.033	112
15MP04	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, kompliceret	245.958	99
15MP05	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, Mindre kompliceret	219.171	126
15MP06	Børn med GA 28-31 uger, moderat el. meget kompliceret	336.117	97
15MP07	Børn med GA 28-31 uger, kompliceret	209.111	74
15MP08	Børn med GA 28-31 uger, mindre kompliceret	180.478	83
15MP09	Børn med GA 32-35 uger, moderat el. meget kompliceret	191.139	45
15MP10	Børn med GA 32-35 uger, kompliceret	111.198	31
15MP11	Børn med GA 32-35 uger, Mindre kompliceret	71.858	30
15MP12	Børn med GA >36 uger, moderat el. meget kompliceret	180.448	24
15MP13	Børn med GA >36 uger, kompliceret	54.129	13
15MP14	Børn med GA >36 uger, Mindre kompliceret	20.868	6
15MP15	Børn 0-27 dage, Øvrige	3.321	1
15MP16	Børn 0-27 dage, m. ECMO-behandling	216.968	11
15UA01	Raske nyfødte	0	.

Specifikation 16 - Sygdomme i blod og bloddannende organer			
16MA01	Idiopatiske knoglemarvsaplasier	4.574	1
16MA02	Sekundære og uspecifikke knoglemarvsaplasier	52.782	16
16MA03	Granulo- og trombocytopeni	37.129	10
16MA04	Hæmoglobinopati	6.530	1
16MA05	Hæmolytiske anæmier og anæmier forårsaget af enzymatiske forstyrrelser m.m.	41.154	11
16MA06	Trombotisk trombocytopeniske purpura	118.450	16
16MA07	Immunglobulin mangel	33.440	6
16MA08	Svær immundefekt og aflejringsygdomme	57.442	9
16MA09	Koagulationsforstyrrelser	26.740	6
16MA10	Øvrige sygdomme i blod og bloddannende organer	27.121	6
16MA11	Observation for sygdom i blod og bloddannende organer	60.906	16
16MA98	MDC16 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.111	1
16MA99	MDC16 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.933	1
16MP01	Fjernelse af milt	125.132	13
16MP02	Andre operationer ved sygdomme i blod eller bloddannende organer	31.917	1
16MP03	Antistofbehandling af sygdomme i blod og bloddannende organer	109.827	26
16MP04	Immunmodulerende behandling	79.645	15
16MP05	Afereser	28.449	1
16MP06	Mangelanæmier	83.136	17
16PR01	Transfusion af plasma og/eller behandlet blod	6.723	1
16PR02	Transfusion af blod, øvrig	4.218	1
16PR03	Anden aferese	12.059	1
Specifikation 17 - Svulster i lymfatisk og bloddannende væv			
17MA01	Malign hæmatologisk sygdom uden specifik behandling, pat. mindst 18 år	48.340	11
17MA02	Patienter med hæmatologiske komplikationer	55.859	15
17MA03	Diagnostik ved ondartede sygdomme, pat. mindst 18 år	33.509	11
17MA04	Andre knoglemarvssygdomme	40.973	14
17MA05	Observation pga. mistanke om malign hæmatologisk sygdom, pat. mindst 18 år	31.203	24
17MA98	MDC17 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.989	1
17MA99	MDC17 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	3.725	1
17MP01	Mini-knoglemarvstransplantation	445.633	57
17MP02	Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	128.399	22
17MP03	Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	65.737	8
17MP04	Kompleks svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi	230.737	47
17MP05	Kompleks svampebehandling	124.101	25

17MP06	Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. mindst 18 år	147.249	32
17MP07	Basis svampebehandling, pat. mindst 18 år	93.150	23
17MP08	Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	75.453	17
17MP09	Biologisk modificerende stoffer på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	138.000	30
17MP10	Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	66.854	11
17MP11	Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	44.064	7
17MP12	Større operationer ved lymfom og leukæmi, pat. mindst 18 år	113.525	16
17MP13	Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	131.840	41
17MP14	Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	77.780	14
17MP15	Større operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	98.789	14
17MP16	Mindre operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	64.944	6
17MP17	Operationer ved svulster i lymfatisk og bloddannende væv mm., pat. 0-17 år	102.675	9
17MP18	Svulster med aferesebehandling	59.004	11
17PR01	Udtagning af knoglemarv til diagnostisk undersøgelse	14.190	1
Specifikation 18 - Infektionssygdomme og parasitære sygdomme			
18MA01	Sepsis	50.299	13
18MA02	Postoperative og posttraumatiske infektioner, m. kompl. faktorer	45.866	15
18MA03	Postoperative og posttraumatiske infektioner, u. kompl. faktorer	38.981	11
18MA04	Feber af ukendt årsag, pat. mindst 18 år, uden biopsi og/eller scopi	21.529	6
18MA05	Virussygdomme, pat. mindst 18 år, m. kompl. faktorer	41.092	11
18MA06	Virussygdomme, pat. mindst 18 år, u. kompl. faktorer	29.083	6
18MA07	Virussygdomme og feber af ukendt årsag, pat. 0-17 år	12.468	4
18MA08	Andre infektioner eller parasitære sygdomme	46.094	15
18MA09	Observation for infektion eller parasitær sygdom	21.866	6
18MA98	MDC18 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.570	1
18MA99	MDC18 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.966	1
18MP01	Operationer ved infektioner eller parasitære sygdomme	108.766	27
18MP02	Infektionssygdomme eller parasitære sygdomme med dialyse	89.664	18
18MP03	Feber af ukendt årsag, med biopsi og/eller skopi	52.510	16
Specifikation 19 - Psykiatriske sygdomme			
19MA01	Akutte tilpasningsvanskeligheder og psykosomatiske forstyrrelser	4.737	1
19MA02	Depressive neuroser	24.122	4

19MA03	Ikke-depressive neuroser	17.950	4
19MA04	Personlighedsforstyrrelser og adfærdsproblemer	65.727	21
19MA05	Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. mindst 18 år	44.508	16
19MA06	Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. 0-17 år	2.767	1
19MA07	Psykosser	10.031	1
19MA08	Sindslidelser hos børn	26.551	6
19MA09	Andre psykiske forstyrrelser	15.159	1
19MA10	Observation for en psykiatrisk sygdom	21.986	4
19MA98	MDC19 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.555	1
19MA99	MDC19 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.549	1
19MP01	Operationer på patienter hvor sindslidelse er hoveddiagnose	97.025	29
Specifikation 20 - Misbrug			
20MA01	Alkohol- eller stofmisbrug eller afhængighed og afgiftning etc., m. kompl. bidiag.	23.249	6
20MA02	Alkohol- eller stofmisbrug eller afgiftning etc., u. kompl. bidiag.	18.580	4
20MA97	MDC20 1-dagsgruppe	2.854	1
Specifikation 21 - Ulykkestilfælde og forgiftninger			
21MA01	Allergiske og allergi lignende reaktioner	4.960	1
21MA02	Komplikationer ved behandling, m. kompl. bidiag.	51.339	9
21MA03	Komplikationer ved behandling, u. kompl. bidiag.	32.332	6
21MA04	Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	33.446	9
21MA05	Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, øvrige	13.123	1
21MA06	Traume	2.541	1
21MA07	Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger	19.050	1
21MA08	Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning	4.614	1
21MA98	MDC21 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.684	1
21MA99	MDC21 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.094	1
21MP01	Sårbehandling efter skade	53.308	7
21MP02	Andre operationer efter skade, m. kompl. bidiag.	120.274	24
21MP03	Andre operationer efter skade, u. kompl. bidiag.	61.478	9
21MP04	Traumemodtagelse	11.799	1
Specifikation 22 - Forbrændinger			
22MA01	Mindre omfattende forbrænding uden operativ behandling	33.238	9
22MA98	MDC22 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.413	1
22MA99	MDC22 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.327	1
22MP01	Forbrændinger, overført til anden akut enhed	16.369	1
22MP02	Mindre omfattende forbrænding med sårrevision eller anden operation	88.405	21
22MP03	Omfattende forbrænding eller forbrænding med exposure behandling	59.215	9

Specifikation 23 - Øvrige			
23MA01	Rehabilitering	66.356	48
23MA02	Symptomer og fund, m. kompl. bidiag.	39.272	14
23MA03	Symptomer og fund, u. kompl. bidiag.	5.103	1
23MA04	Kontrolundersøgelse	1.421	1
23MA05	Anden kontaktårsag til sundhedsvæsenet	6.686	4
23MA98	MDC23 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.828	1
23MA99	MDC23 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.617	1
23PR01	Smertetilstande, kroniske, komplicerede	2.364	1
23SP01	Sammedagspakke: Tværfaglig smertebehandling kroniske smertepatienter	5.277	1
Specifikation 24 - Signifikant multitraume			
24MA97	MDC24 1-dagsgruppe	2.201	1
24MP01	Kranieoperation ved svært multitraume	716.673	55
24MP02	Specifikke operationer ved svært multitraume	207.444	21
24MP03	Andet svært multitraume	58.783	17
Specifikation 25 - HIV-infektion			
25MA01	HIV med betydelig HIV relateret sygdom	108.843	27
25MA02	HIV med eller uden bidiagnose	92.866	17
25MA98	MDC25 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	5.131	1
25MA99	MDC25 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.648	1
Specifikation 26 - Uden for MDC-grupper			
26HJ01	Specialiseret Palliativ indsats, Stor, Hjemmebesøg	8.285	1
26HJ02	Specialiseret Palliativ indsats, Lille el. Mellem, Hjemmebesøg	3.804	1
26MA01	Neurorehabilitering	122.351	36
26MA02	Observation pga. mistanke om fysisk overgreb, pat. 0-17 år	55.605	9
26MA03	Hjernedød i henhold til Sundhedsloven	45.546	1
26MA98	MDC26 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.421	1
26MA99	MDC26 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	3.358	1
26MP01	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, almindeligt forløb	934.752	118
26MP02	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, afklaringsforløb	296.087	54
26MP03	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, almindeligt forløb	273.183	104
26MP04	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, afklarings- og/eller udslusningsforløb	84.934	56
26MP05	Intensiv neurorehabilitering, kontrolindlæggelse	9.941	1
26MP06	Levertransplantation	837.119	40
26MP07	Lungetransplantation	1.094.482	58
26MP08	Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt	816.601	47
26MP09	Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer	614.777	48

26MP10	Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ	370.963	37
26MP11	Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer	372.181	35
26MP12	Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, kompliceret	253.869	9
26MP13	Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, moderat kompliceret	84.509	11
26MP14	Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, ukompliceret	34.842	4
26MP15	Kraniekirurgi og kranioplastik, kompliceret	91.022	9
26MP16	Vaskulærkirurgi, kompliceret	208.658	16
26MP17	Kranie- og vaskulærkirurgi, ukompliceret	170.533	12
26MP18	Traumekirurgi	147.364	10
26MP19	Hydrocephalus	134.002	14
26MP20	Spinalkirurgi	383.320	41
26MP21	Behandling med CAR-T celleterapi	3.615.737	56
26MP22	Allogen stamcelletransplantation	904.674	69
26MP23	Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation	82.186	6
26MP24	Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte	100.181	36
26MP25	Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år	99.737	1
26MP26	Basis svampebehandling, pat. 0-17 år	25.744	1
26MP27	Større operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	114.314	19
26MP28	Mindre operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	32.013	1
26MP29	Svulster uden specifik behandling, pat. 0-17 år	5.397	1
26MP30	Kontrolundersøgelse efter behandling for ondartet svulst, pat. 0-17 år	3.568	1
26MP31	Observation pga. mistanke om ondartet svulst, pat. 0-17 år	7.636	1
26MP32	Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år	2.401	1
26MP33	Multipatologi og svær funktionsnedsættelse	78.452	20
26MP34	Multipatologi og moderat funktionsnedsættelse	70.863	18
26MP35	Multipatologi og let funktionsnedsættelse	63.560	17
26MP36	Plastikkirurgisk dækning	373.867	56
26MP37	Rekonstruktion med stilkede lapper	184.903	24
26MP38	Rekonstruktion med frie vaskulariserede lapper	286.201	16
26MP39	Mindre plastikkirurgiske rekonstruktioner	68.771	4
26MP40	Respiratorbehandling ved langvarig kronisk respirationsinsufficiens	199.274	32
26MP41	Placering af intrakranielle elektroder og epilepsimonitorering	367.814	15
26MP42	Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, nyttilskadekommen	422.260	162
26MP43	Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, komplikationsindlæggelse	172.376	69
26MP44	Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, vurdering/kort forløb	38.022	7
26MP45	Specialiseret Palliativ indsats, Stor	4.511	1
26MP46	Specialiseret Palliativ indsats, Lille el. Mellem	3.082	1

26MP47	Specialiseret Palliativ indsats, Øvrig	89.006	27
Specifikation 27 - Onkologiske behandlingsgrupper			
27MP01	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling	117.134	43
27MP02	Strålebehandling, kompleks, 3-4 fraktioner	32.520	9
27MP03	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner	5.572	1
27MP04	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion	2.709	1
27MP05	Strålebehandling, konventionel, mindst 5 fraktioner	44.255	25
27MP06	Strålebehandling, konventionel, 3-4 fraktioner	5.475	1
27MP07	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner	3.612	1
27MP08	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion	2.237	1
27MP09	Isotoperapi	18.508	4
27MP10	Stereotaksi	7.412	1
27MP11	Brachyterapi	47.632	4
27MP12	Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	22.356	1
27MP13	Stråleplanlægning, kompleks	15.847	1
27MP14	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	11.144	1
27MP15	Stråleplanlægning, konventionel	8.740	1
27MP16	Særlig kompleks kemobehandling, hæmatologi	111.676	22
27MP17	Særlig kompleks kemobehandling	88.952	4
27MP18	Kemoterapi, højdosis	43.134	5
27MP19	Kemoterapi, kompleks med antistofbehandling	38.931	1
27MP20	Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)	21.960	1
27MP21	Kemoterapi, kompleks	19.511	1
27MP22	Kemoterapi, basis med anvendelse af elektrotransfer eller antistofbehandling	19.148	1
27MP23	Kemoterapi, basis, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)	15.162	1
27MP24	Kemoterapi, basis, udvidet behandling	52.811	10
27MP25	Biologiske modificerende stoffer	73.697	22
27MP26	Antistofbehandling	16.698	1
27PR01	Protonterapi	6.745	1
27PR02	Brachyterapi, 1-dags	32.366	1
27PR03	MR-vejledt Strålebehandling	18.483	1

Bilagstabel 6 Takster for øvrige DRG-grupper

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
Specifikation 30 - Radiologiske procedurer			
30PR01	MR-scanning, kompliceret, m. generel anæstesi	6.744	1

30PR02	MR-scanning, kompliceret	2.511	1
30PR03	MR-scanning, ukompliceret	2.142	1
30PR04	MR-scanning, ukompliceret, m. generel anæstesi	4.555	1
30PR05	CT-scanning af hjertet med angiografi	3.468	1
30PR06	CT-scanning, kompliceret	2.585	1
30PR07	CT-scanning, ukompliceret, el. osteodensitometri	2.021	1
30PR08	UL-scanning, meget kompliceret, flerfoldsvangerskab	4.791	1
30PR09	UL-scanning, meget kompliceret	2.200	1
30PR10	UL-scanning, kompliceret	2.086	1
30PR11	UL-scanning, ukompliceret	1.505	1
30PR12	Angiografi	17.173	1
30PR13	Mammografi, kompliceret	4.248	1
30PR14	Mammografi, ukompliceret	729	1
30PR15	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, kompliceret	5.329	1
30PR16	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, ukompliceret	2.274	1
30PR17	Røntgenundersøgelse (alm), kompliceret	3.577	1
30PR18	Røntgenundersøgelse (alm), ukompliceret	1.697	1
30SP01	Sammedagspakke: MR-scanning + CT-scanning	5.751	1
30SP02	Sammedagspakke: MR-scanning + UL	6.323	1
30SP03	Sammedagspakke: CT-scanning + røntgenundersøgelse	4.822	1
30SP04	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + kompl.	3.548	1
30SP05	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + ukompl.	2.971	1
30SP06	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, kompl. + ukompl.	2.863	1
30SP07	Sammedagspakke: UL, flere ukompl. Procedurer	1.854	1
Specifikation 31 - Klinisk genetik			
31PR01	Genetisk risikovurdering og rådgivning med gentagen udredning og samtale	12.604	1
31PR02	Genetisk risikovurdering og rådgivning med udredning	4.718	1
31PR03	Genetisk risikovurdering og rådgivning	3.226	1
31PR04	Stamtræsoptegnelse	7.051	1
31SP01	Sammedagspakke: Større Klinisk genetisk udredning/undersøgelse m. stamtræ	9.734	1
31SP02	Sammedagspakke: Klinisk genetisk udredning, omfattende, med svar.	9.534	1
Specifikation 32 - Geriatri			
32HJ01	Geriatri, udredning, hjemmebesøg	8.095	1
32HJ02	Geriatri, behandling, hjemmebesøg	5.146	1
32PR01	Geriatri, udredning	6.809	1
32PR02	Geriatri, behandling	3.000	1
Specifikation 33 - Åndedrætssystem			
33PR01	Hyperbar iltbehandling	2.994	1

Specifikation 34 - Medicinsk behandling			
34PR01	Medicin-behandling, grp. 1	389.201	1
34PR02	Medicin-behandling, grp. 2	199.271	1
34PR03	Medicin-behandling, grp. 3	132.847	1
34PR04	Medicin-behandling, grp. 4	66.424	1
34PR05	Medicin-behandling, grp. 5	33.212	1
34PR06	Medicin-behandling, grp. 6	16.606	1
34PR07	Medicin-behandling, grp. 7	8.303	1
34PR08	Medicin-behandling, grp. 8	4.151	1
34PR09	Medicin-behandling, grp. 9	2.076	1
34PR10	Medicin-behandling, grp. 10	1.038	1
Specifikation 35 - Arbejdsmedicin			
35PR01	Arbejdsmedicin grp. 1	12.773	1
35PR02	Arbejdsmedicin grp. 2	19.169	1
35PR03	Behandling af arbejdsstres	1.455	1
Specifikation 36 - Klinisk fysiologi/nuklearmedicin			
36PR01	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. A	18.255	1
36PR02	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. B	9.782	1
36PR03	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. C	7.160	1
36PR04	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. D	6.956	1
36PR05	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. E	7.286	1
36PR06	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. F	5.287	1
36PR07	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. G	3.620	1
36PR08	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. H	3.089	1
36PR09	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I	1.698	1
Specifikation 37 - Klinisk neurofysiologi			
37PR01	Klinisk neurofysiologi grp. 1	2.681	1
37PR02	Klinisk neurofysiologi grp. 2	5.355	1
37PR03	Klinisk neurofysiologi grp. 3	6.455	1
Specifikation 38 - Præinatale foranstaltninger			
38PR01	Barn med prænatal rusmiddelproblematik	2.229	1
Specifikation 40 - Fysio- og ergoterapi			
40PR01	Lymfødembehandling	1.818	1
Specifikation 48 - Diverse behandlinger			
48PR01	Botulinumtoksin, injektion	5.986	1
48PR02	Immunmodulerende behandling, 1-dags	6.212	1
48SP01	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog	3.000	1
Specifikation 49 - Diverse procedurer			
49PR01	Laparoskopi, diverse procedurer	20.658	1

49PR02	Allergologisk undersøgelse/behandling, kompliceret	6.432	1
49PR03	Allergologisk undersøgelse/behandling, ukompliceret	2.709	1
49PR04	Diættevejledning	2.059	1
49PR05	Neuropsykologisk undersøgelse, udvidet	13.463	1
49PR06	Hjælpeprocedure, ukompliceret	1.990	1
49PR07	Immundefekt	20.330	1
49SP01	Sammedagspakke: Anæstesiologisk, allergologisk, miljø- og arbejdsmedicinsk udredning	8.184	1
49SP02	Sammedagspakke: Allergologiske procedurer/behandlinger	8.033	1
Specifikation 65 - Skriftlig kommunikation			
65TE01	Skriftlig kommunikation til patient med klinisk indhold	84	1
Specifikation 70 - Andre			
70AK01	Lette akutte kontakter	317	1
70AK02	Småskader	535	1
70OP01	Større operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	11.348	1
70OP02	Mindre operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	8.511	1
70OP03	Opsamling virtuelle kontakter	542	4
70OP99	Ikke gruppérbar pga. manglende oplysninger	1.138	1
70UA01	Kontakter afbrudt af patienten	0	.
70UA02	Records fra specialer, som ikke afregnes eller ikke kan afregnes, da procedure ikke er takstbærende.	0	.
70UA03	Ikke gruppérbar procedure uden kontakt	0	.
70UA04	Hjertedød i henhold til Sundhedsloven eller Dødfødt barn	0	.
70UA05	Diagnoseindberetning uden skriftlig kommunikation	0	.
70UA06	Virtuel kontakt uden angivelse af medie	0	.
Specifikation 90 - Grupper med særlige regler uden for logikken			
90UA05	Betalt af forskningsmidler	0	.

B3.3 Særydelsesliste

Bilagstabel 7 Særydelsesliste

Gruppe	Tekst	Takst
SYD01	Tolkebistand ¹¹	Kostpris
SYD02	Udleveret medicin til patienter (med maksimalt 1 kontaktdag), for mere end 1.000 kr. pr. dag ¹²	Kostpris

¹¹ Tegnsprogstolk er ikke inkluderet. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat.

¹² Udlevering af medicin til patienter til en periode betragtes afregningsteknisk som én udlevering, som derfor relateres til én dag. Overstiger den samlede udgift til udlevering af medicin på denne måde 1.000 kr., kan det fulde beløb opkræves til kostpris. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat. Forløbet må maksimalt have 1 kontaktdag, for at afregning er mulig.

Bilag 4. Takster for genoptræningsydelser

Dette bilag indeholder takster til afregning af genoptræning for ambulante somatiske patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau. Taksterne er gældende pr. 1. januar 2024.

De ambulante genoptræningspatienter grupperes til tre proceduregrupper.

Beskrivelsen af aktiviteten og omkostningerne ved genoptræning af somatiske patienter er udarbejdet på baggrund af praksis på danske sygehuse. Grupperingslogikken er valideret af de deltagende faglige organisationer, og omkostningsberegningerne er baseret på opgørelser fra danske sygehuse.

De ambulante genoptræningstakster er vejledende og kan anvendes ved afregning mellem regioner og kommuner.

Fra 2018 er genoptræning indregnet i DRG-taksterne. Der beregnes dog særskilte ambulante genoptræningstakster med henblik på mellemkommunal afregning. Disse takster er baseret på de ambulante genoptræningstakster fratrasket omkostninger til overhead fra sygehuset samt omkostninger til forskning og uddannelse af studerende. Videreuddannelse af personale i form af kurser mv. er indregnet i taksterne.

Det skal præciseres, at genoptræningstaksterne til mellemkommunal afregning er vejledende.

Bilagstabel 8 Takster for ambulant genoptræning 2024

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	898
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	1.198
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.935

Bilagstabel 9 Takster til mellemkommunal afregning for genoptræningsydelser 2024

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	802
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	1.072
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.733

Bilag 5. Finansiering af sundhedsvæsenet

I dette kapitel beskrives den overordnede finansieringsmodel for sundhedsvæsenet og de fire elementer i modellen, som helt eller delvist administreres af Sundhedsministeriet, dvs. det statslige bloktilskud, nærhedsfinansieringsordningen, den kommunale medfinansiering, samt den mellemregionale afregning.

B5.1 Finansieringsmodellen

De økonomiske rammer for regionernes løsning af opgaver på sundhedsområdet fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner. Sundhedsvæsenet finansieres gennem tre typer tilskud. Staten bidrager med et generelt bloktilskud og et delvist aktivitetsafhængigt tilskud via nærhedsfinansieringsordningen, mens kommunerne yder aktivitetsafhængig medfinansiering.

Inden for de økonomiske rammer har regionerne et betydeligt råderum i styringen af sygehusenes økonomi. Regionerne har således mulighed for at anvende deres egen finansieringsmodel i finansieringen af regionens sygehuse, og for at indgå aftaler med andre regioner om behandling af regionens borgere. I henhold til det fri sygehusvalg og det udvidede fri sygehusvalg er regionerne endvidere forpligtet til at finansiere egne borgeres behandling på andre regioners sygehuse og til at indgå aftaler med private sygehuse om behandling af regionernes borgere.

B5.2 Bloktilskud

Statens bloktilskud til regionerne fordeles mellem regionerne ud fra bestemmelserne i Bekendtgørelse nr. 1066 af 28. juni 2022 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2024. Bloktilskuddet til sundhedsområdet fordeles dels som et basisbeløb og dels efter en række objektive fordelingskriterier, der afspejler udgiftsbehovet i den enkelte region. Der skelnes mellem aldersbestemte og socioøkonomiske udgiftsbehov¹³.

En regions samlede aldersbestemte udgiftsbehov opgøres som summen af antal indbyggere i regionen i de enkelte aldersgrupper ganget med det beregnede enhedsbeløb for hver aldersgruppe. Det socioøkonomiske udgiftsbehov i regionen beregnes ud fra antallet af borgere i regionen med et eller flere af i alt ni socioøkonomiske karakteristika, der indikerer relativt høje sundhedsudgifter pr. person. Der er her tale om sociale, helbredsmæssige og økonomiske forhold.

¹³ Kilde: 'Generelle tilskud til regionerne 2023', Social- og Indenrigsministeriet

B5.3 Nærhedsfinansiering

Grundprincippet i nærhedsfinansieringsordningen er, at en del af regionernes finansiering er betinget af opfyldelsen af en række kriterier om øget sammenhæng og omstilling.

Der er pt. fire datamål for nærhedsfinansiering (kriterie 1 til 4), der ses nedenfor.

1. Reduktion i antal sygehusforløb pr. borger
2. Reduktion i sygehusaktivitet for borgere med kronisk sygdom (KOL og/eller type 2-diabetes)
3. Reduktion i andelen af somatiske indlæggelser, der fører til en akut genindlæggelse indenfor 30 dage
4. Stigning i andel af virtuelle forløb sygehusforløb

For kriterie 1-4 (datamål) fastsættes konkrete resultatkrav for den enkelte indikator pr. region. Kravene fastsættes ikke som konkrete forbedringsmål, men som krav til retning. Kriterierne er dynamiske og kan efter drøftelse med Danske Regioner udskiftes fra år til år.

Nærhedsfinansiering udgør i 2024 1,67 mia. kr. og udbetales månedligt i løbende budgetår.

Ordningen administreres af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, mens Sundhedsdatastyrelsen foretager månedlige opgørelser af regionernes foreløbige målopfyldelse for kriterie 1-4. Målopfyldelse for aktivitetsåret 2024 forventes at være opgjort ultimo marts 2025. Hvis de enkelte regioner opfylder kriterierne, beholder de den udbetalte finansiering, og ellers foretages en efterregulering.

I 2024 foretages en efterregulering som vist nedenfor.

Bilagstabel 10 Efterregulering af nærhedsfinansiering 2024

Antal opfyldte mål	Nærhedsfinansiering (andel, der forbliver i regionerne)
0	0 pct.
1	33 pct.
2	67 pct.
3+	100 pct.

B5.4 Kommunal medfinansiering

Den kommunale medfinansiering følger Sundhedslovens afsnit VI og § 60-69 og § 71 og *Bekendtgørelse om den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet og om acontobetaling i perioden fra den 1. april 2019 til 1. april 2024*. For nærmere information henvises til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

B5.5 Mellemregional afregning

Når patienter behandles i en anden region end bopæls- eller opholdsregionen, kan den region, der yder sygehusbehandlingen, i henhold til Sundhedsloven, opkræve betaling herfor. Hvilken betaling, der kan opkræves, er bestemt i bekendtgørelse nr. 350 af 8. marts 2022 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen (Takstbekendtgørelsen).

I Takstbekendtgørelsen skelnes der mellem afregning af patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau og afregning af patienter behandlet på højt specialiseret niveau. Mens patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau som udgangspunkt afregnes med landsdækkende takster, som Sundhedsministeriet fastsætter på baggrund af sygehusenes samlede driftsomkostninger, afregnes patienter behandlet på højt specialiseret funktionsniveau med lokalt fastsatte takster, der tager udgangspunkt i de samlede omkostninger ved behandlingen på det enkelte sygehus. Taksterne til afregning af den højt specialiserede behandling indeholder således også udgifter til forrentning af kapital og afskrivninger. Forskellen i afregningsgrundlaget mellem behandlingsniveauerne skal ses i lyset af, at den mellemregionale trafik af patienter, behandlet på højt specialiseret niveau, er et led i specialiseringen på tværs af regionerne, hvor regioner tilkøber en del af den faste behandlingskapacitet i en anden region. For almindelige fritvalgspatienter går trafikken i begge retninger, og der er således ikke på samme måde tale om systematisk køb af kapacitet i andre regioner.

I henhold til loven om afgift af lønsum skal såvel offentlige som private virksomheder afholde lønsumsafgift til staten ved markedsfølsomt salg af varer og tjenesteydelser, der er moms-fritaget. Det betyder, at afregningen af mellemregionale patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionfunktionsniveau pålægges lønsumsafgift. Ved afregning af højt specialiseret behandling af mellemregionale patienter skal der derimod ikke afholdes lønsumsafgift, da den mellemregionale trafik af disse patienter ikke anses for markedsfølsomt salg af sundhedsydelser, men som et led i sundhedssystemets interne ressourceallokering.

Bilag 6. Takstbekendtgørelsen

Bekendtgørelse nr. 305 af 8. marts 2022 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen

I medfør af § 235, stk. 3, i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 210 af 27. januar 2022, og § 4, i lov nr. 1396 af 21. december 2005 om retspsykiatrisk behandling m.v., fastsættes:

§ 1. Regioner betaler for patienters behandling ved en fremmed regions sygehusvæsen efter bestemmelserne i denne bekendtgørelse.

Stk. 2. Bestemmelserne i denne bekendtgørelse gælder for patienter, for hvem bopælsregionen eller opholdsregionen skal betale for behandling ved en anden regions sygehusvæsen i medfør af reglerne i bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og befordring m.v.

§ 2. Betalinger efter § 1 afregnes månedsvis bagud.

§ 3. Bestemmelserne om beregning og betaling for patienters behandling ved fremmede regioners sygehusvæsen kan i konkrete tilfælde fraviges ved aftaler mellem de pågældende regioner.

§ 4. Der betales ikke for nyfødte raske og for ledsagere, som ikke modtager behandling.

§ 5. Når betaling for indlagte patienter beregnes pr. sengedag, medregnes udskrivningsdagen ikke i sengedagstallet. Dog medregnes mindst 1 dag pr. indlæggelse.

Stk. 2. Hvis der gives en indlagt patient frihed til at forlade sygehusafdelingen i enkelte døgn eller dele deraf, uden at undersøgelses-/behandlingsforløbet afbrydes, og det enkelte fravær ikke strækker sig over mere end 3 døgn, anses indlæggelsen ikke for ophørt eller afbrudt, og patienten skal ikke registreres som udskrevet og genindlagt. Hvis det enkelte fravær strækker sig over 3 døgn eller mere, skal patienten registreres som udskrevet og genindlagt, og fraværsdagene medregnes ikke ved opgørelse af sengedage. I forbindelse med højtidsperioder såsom jul, nytår og påske kan det enkelte fravær dog strække sig over mere end 3 døgn, uden at patienten registreres som udskrevet og genindlagt.

§ 6. Når betaling for indlagte patienter beregnes pr. DRG-sygehusforløb, indgår uafbrudt indlæggelse, som er et led i behandlingsforløbet, på flere afdelinger på samme sygehus i én udskrivning. Ved afgørelsen af om en indlæggelse har været afbrudt, benyttes bestemmelsen i § 5, stk. 2.

Stk. 2. I et DRG-sygehusforløb indgår alle ydelser på det pågældende sygehus, som sker inden for en tidsmæssig sammenhængende periode med op til 4 timers mellemrum.

Stk. 3. Sundhedsdatastyrelsen fastsætter diagnoserelaterede takster pr. DRG-sygehusforløb (DRG-takster). Taksterne reguleres årligt med virkning fra 1. januar, og kan i øvrigt reguleres efter behov. Sundhedsdatastyrelsen fastsætter for hver diagnosegruppe en maksimal varighed af et DRG-sygehusforløb, som er dækket af taksten (trimpunktet).

§ 7. Der kan opkræves (tillægs)betaling for visse særlige ydelser.

§ 8. Der kan opkræves forløbstakster for behandlingsforløb.

Behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau

§ 9. Betaling for somatiske patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau beregnes pr. DRG-sygehusforløb. Betaling for indlagte psykiatriske patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau beregnes pr. sengedag, jf. stk. 3.

Stk. 2. Ved beregning af betaling for somatiske patienter anvendes de i § 6, stk. 3, nævnte DRG-takster. For varighed af et DRG-sygehusforløb ud over trimpunktet betales 2.185 kr. (2022-pris- og lønniveau). Taksten reguleres årligt med virkning fra 1. januar.

Stk. 3. Sundhedsdatastyrelsen fastsætter taksten til beregning af betaling for indlagte psykiatriske patienter. Taksten reguleres årligt med virkning fra 1. januar.

Stk. 4. Taksten for ambulant behandling af psykiatriske patienter fastsættes af Sundhedsdatastyrelsen. Taksten reguleres årligt med virkning fra 1. januar.

Stk. 5. Der kan opkræves særydelsestakster for udleveret medicin samt tolkebistand, som fastsættes af Sundhedsministeriet. Listen med takster udmeldes årligt med virkning fra 1. januar.

Behandling på højt specialiseret funktionsniveau

§ 10. For behandling af patienter på højt specialiseret funktionsniveau kan der efter aftale mellem regionerne betales dels et fast abonnement baseret på forbruget i en foregående periode, dels efter det faktiske forbrug i det pågældende år.

Stk. 2. Den faste abonnementsbetaling aftales mellem de involverede regioner.

Stk. 3. Betaling efter faktisk forbrug sker i form af sengedagstakster, proceduretakster (operation, røntgen) og ambulanttakster eller i form af forløbstakster. Taksterne reduceres med den aftalte pct., der følger af en eventuel abonnementsbetaling, jf. stk. 2. Endvidere kan særydelser, f.eks. særlige behandlinger, implantater, proteser og speciel medicin, udskilles til særskilt afregning efter kostprisen.

§ 11. Beregning af abonnementsbetaling, sengedagstakster, proceduretakster og ambulanttakster samt forløbstakster sker på basis af sygehusregnskabet for de bidragende afdelinger med udskillelse for samtlige udgiftsposter omfattet af særydelsesbetaling.

Beregningen af takstgrundlaget sker som anført i bilag 1. Beregningen af forløbstakster kan ske på basis af sygehusregnskaber for flere afdelinger.

Stk. 2. Abonnementsbetaling, sengedagtakster, proceduretakster og ambulanttakster samt forløbstakster beregnes ud fra senest kendte regnskab korrigeret for væsentlige, dokumenterede ændringer i den mellemliggende periode. Ved ibrugtagning af nye behandlingsmetoder og modtagelsen af nye patientkategorier kan der tages udgangspunkt i budgettal. Der foretages en pris- og lønregulering.

§ 12. I beregningen af abonnementsbetaling, sengedagtakster, proceduretakster og ambulanttakster samt forløbstakster indgår forrentning og afskrivning af anlægsudgifter afholdt af regionen. Ved leasing af apparatur indgår leasingbetalingen i driftsregnskabet.

Stk. 2. Statusværdien for bygninger samt apparatur og inventar mv. opgøres som anskaffelssummen for ibrugtagne anlægsprojekter med tillæg for ibrugtagne forbedringer og fradrag for afhændelser samt afskrivninger. Et anlægsprojekt indgår med afskrivning i takstberegningen året efter ibrugtagningen.

Stk. 3. Der beregnes forrentning af bygninger samt apparatur og inventar, herunder edb-udstyr. Der beregnes ikke forrentning af grundværdier. Forrentningen beregnes på baggrund af statusværdier primo regnskabsåret. Der beregnes forrentning af nyinvesteringer for de måneder af året, hvor nybyggeriet har været i brug. Forrentningsprocenten er den for statsvirksomheder gældende.

Stk. 4. Bygninger afskrives lineært over 30 år, svarende til en årlig afskrivning på 3 1/3 pct. Apparat og inventar, herunder edb-udstyr, afskrives lineært over 10 år, svarende til en årlig afskrivning på 10 pct.

§ 13. I beregningen af abonnementsbetaling, sengedagtakster, proceduretakster og ambulanttakster samt forløbstakster indgår beregnet pensionsbyrde vedrørende pensionsberettiget personale, der ikke er pensionsforsikret, med 15 pct. af de faktiske lønudgifter.

Ikrafttræden

§ 14. Bekendtgørelsen træder i kraft den 15. marts 2022.

Stk. 2. Bekendtgørelse nr. 290 af 16. april 2018 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen ophæves.

Sundhedsministeriet, den 8. marts 2022
Magnus Heunicke

/ Pernille Tougaard

Bilag 1

Takstberegning for højt specialiseret funktionsniveau

Beregning af takstgrundlaget for en sygehusafdeling

A. Afdelingens faktiske bruttodriftsudgifter

B. + fælles faktiske bruttodriftsudgifter på sygehusniveau

C. + generelle fælles faktiske bruttodriftsudgifter, sundhedsvæsenet

D. - indtægter der ikke vedrører patientbehandlingen

E. - bruttodriftsudgifter til ydelser, som er omfattet af for særydelsesafregning (kostprisen)

G. = Mellemtotal

H. + Forrentningsbeløb

I. + Afskrivningsbeløb

J. + Pensionsbyrde

K. = Takstberegningsgrundlaget

Bilag 7. Sygehusbekendtgørelsen

Bekendtgørelse nr. 657 af 28. juni 2019 om ret til sygehusbehandling m.v.

I medfør af § 8, stk. 2, § 10, § 11, § 75, stk. 2, § 76, § 78, stk. 1, § 78 a, stk. 2, § 81, stk. 4 og 5, § 82 a, stk. 4, § 82 b, stk. 3, § 86, stk. 2 og 3, § 87, stk. 6, § 89, stk. 5, § 89 a, stk. 2, § 90, stk. 3, § 91, § 195, stk. 1, § 225, stk. 1, § 235, stk. 3 og 4, og § 265, stk. 1, i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1286 af 2. november 2018, som ændret ved lov nr. 272 af 26. marts 2019, og efter forhandling med justitsministeren, social- og indenrigsministeren samt udlændinge- og integrationsministeren fastsættes:

Kapitel 1

Anvendelsesområde m.v.

§ 1. Denne bekendtgørelse omfatter ret og adgang til sygehusbehandling m.v. for personer med bopæl eller ophold her i landet.

Stk. 2. Ydelserne er vederlagsfri for personer, der har ret til ydelser efter denne bekendtgørelse, jf. dog § 5, stk. 3, og §§ 6 og 7, stk. 1.

Stk. 3. Ved bopæl forstås tilmelding til Folkeregisteret.

§ 2. Sygehusbehandling omfatter efter denne bekendtgørelse undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning på sygehus, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

§ 3. I de tilfælde, hvor Danmark har indgået overenskomst med andre stater, eller der er fastsat rettigheder i Den Europæiske Unions forordninger om ydelse af behandling, som er omfattet af denne bekendtgørelse, træder de deri fastsatte regler i stedet for reglerne i denne bekendtgørelse.

Kapitel 2

Ret og adgang til sygehusbehandling og personkreds

Personer, der har bopæl her i landet

§ 4. Personer, der har bopæl her i landet, har ret til sygehusbehandling m.v. i enhver region, jf. kapitel 4.

Stk. 2. Et regionsråd skal på sine sygehuse behandle alle personer, der har ret til sygehusbehandling m.v., på samme vilkår uden hensyntagen til, hvor de har bopæl, efter reglerne i denne bekendtgørelse.

Personer, der ikke har bopæl her i landet

§ 5. Personer, der ikke har bopæl her i landet, har ret til akut sygehusbehandling m.v. i opholdsregionen i tilfælde af ulykke, pludseligt opstået sygdom og fødsel eller forværring af kronisk sygdom m.v.

Stk. 2. Regionsrådet i opholdsregionen yder herudover sygehusbehandling m.v., når det under de foreliggende omstændigheder ikke skønnes rimeligt at henvise personen til behandling i hjemlandet, herunder Færøerne og Grønland, eller personen ikke tåler at blive flyttet til et

sygehus i hjemlandet, herunder Færøerne og Grønland, jf. dog § 16. Denne sygehusbehandling ydes i forlængelse af den akutte sygehusbehandling (fortsat sygehusbehandling).

Stk. 3. For behandling, der ydes efter stk. 1 og 2, opkræver regionsrådet betaling efter reglerne i § 50 a. Betaling opkræves under hensyntagen til, at ingen akut syge eller tilskadekomne patienter skal kunne nægtes behandling i det offentlige sundhedsvæsen med henvisning til krav om betaling.

Stk. 4. Behandling efter stk. 1 og 2 kan undtagelsesvis ydes vederlagsfrit, når det under de foreliggende omstændigheder skønnes rimeligt. Sådanne undtagelsestilfælde kan f. eks. være behandling af hjemløse, uregistrerede migranter og andre personer, som ikke er i stand til at betale herfor. Det gælder endvidere fødselshjælp til de gravide, som har en herboende ægtefælle, som har en verserende sag om familiesammenføring og som føder her i landet inden bopælsregistreringen.

§ 6. Regionsrådet kan yde behandling og opkræve betaling efter reglerne i § 50 for sygehusbehandling, som ikke er akut, jf. § 5, stk. 1, af personer, der har tilknytning til et EU/EØS-land, Grønland eller Færøerne, og som ikke har adgang til behandling efter § 7, såfremt sygehusbehandlingen kan ydes inden for den eksisterende kapacitet, og såfremt der ikke er private virksomheder, der kan dække efterspørgslen efter disse ydelser i den pågældende region, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Der kan ikke opkræves betaling for fødselshjælp til de gravide, som har en herboende ægtefælle, som har en verserende sag om familiesammenføring og som føder her i landet inden bopælsregistreringen.

§ 7. Regionsrådet yder mod betaling behandling efter sundhedslovens afsnit VI, jf. dog stk. 5, til patienter, der ikke har bopæl her i landet, og som er offentligt sygesikret i eller har ret til sundhedsydelser til udgift for andre EU/EØS-lande end Danmark i medfør af

1) reglerne i Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 883/2004/EF af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer, eller Det Blandede EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 af 1. juli 2011 om ændring af bilag VI (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen, eller

2) for så vidt angår tredjelandsstatsborgere, reglerne i Rådets forordning (EF) nr. 859/2003 af 14. maj 2003 om udvidelse af bestemmelserne i forordning (EØF) nr. 1408/71 og forordning (EØF) nr. 574/72 til at omfatte tredjelandsstatsborgere, der ikke allerede er dækket af disse bestemmelser udelukkende på grund af deres nationalitet eller af Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) nr. 1231/2010 af 24. november 2010 om udvidelse af forordning (EF) nr. 883/2004 og forordning (EF) nr. 987/2009 til at omfatte tredjelandsstatsborgere, der ikke allerede er omfattet af disse forordninger udelukkende på grund af deres nationalitet, eller af lovgivningen i et andet EU/EØS-land.

Stk. 2. Regionsrådet yder også mod betaling planlagt sygehusbehandling til pensionister og deres medforsikrede familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer, som har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark, hvis de bor i EU/EØS-lande, som opkræver refusion af udgifter for sundhedsydelser i bopælslandet ved årlige faste beløb, jf. bilag 3 i Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 987/2009/EF af 16. september 2009 om de

nærmere regler til gennemførelse af forordning nr. 883/2004/EF af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer eller Det Blandede EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 af 1. juli 2011 om ændring af bilag VI (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen, og betingelserne for at modtage behandlingen vederlagsfrit ikke er opfyldt, jf. stk. 5 og § 2, stk. 1 og 2 i bekendtgørelse 1657 af 27. december 2013 om ret til ydelser i sundhedsloven til visse personer med bopæl i et andet EU/EØS-land.

Stk. 3. Behandling i medfør af stk. 1 omfatter ikke adgang til organer med henblik på organtransplantationer.

Stk. 4. Regionsrådet kan kræve dokumentation for, at den behandlingssøgende er omfattet af stk. 1.

Stk. 5. For behandling, der ydes efter stk. 1, opkræver regionsrådet betaling efter reglerne i § 50.

Stk. 6. Stk. 1 berører ikke en patients ret til akut og fortsat sygehusbehandling, jf. § 5, stk. 1 og 2, eller ret til sundhedslovens ydelser under midlertidigt ophold i Danmark efter reglerne i Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 883/2004/EF af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer, eller Det Blandede EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 om ændring af bilag VI (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen.

Stk. 7. Ved behandling efter stk. 1 finder bekendtgørelsens § 12, stk. 1, nr. 2-5, og § 12, stk. 2 og 3, og kap. 4-9 ikke anvendelse.

§ 8. Et regionsråd kan ud fra en konkret vurdering afvise patienter, der søger behandling i medfør af § 7, herunder såfremt sygehusafdelingen har betydelig ventetid til den pågældende behandling, og væsentlige hensyn til andre patienter ellers vil blive tilsidesat.

Stk. 2. Regionsrådet offentliggør information om behandlingsområder, hvortil adgangen begrænses, jf. stk. 1, snarest muligt og senest i forbindelse med den konkrete afgørelse.

§ 9. Personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland har ret til sygehusbehandling efter § 5, stk. 1 og 2. Sygehusbehandlingen efter § 5, stk. 1, ydes på samme vilkår som til personer med bopæl her i landet. Regionsrådet opkræver betaling for sygehusbehandling efter § 5, stk. 2. Behandling efter § 5, stk. 2, kan ydes vederlagsfrit, når regionsrådet under de foreliggende omstændigheder skønner det rimeligt.

Stk. 2. Personer med bopæl på Færøerne eller i Grønland, der opholder sig her i landet på skoleophold eller i uddannelsesmæssigt øjemed, har ret til sygehusbehandling m.v. på samme vilkår som personer med bopæl her i landet.

Personale m.fl. ved diplomatiske og konsulære repræsentationer samt NATO- og Pfp-styrker

§ 10. Følgende personer har ret til sygehusbehandling m.v. på samme vilkår som personer med bopæl her i landet:

1) Udenlandske statsborgere, der er beskæftiget her i landet af en udenlandsk stat eller en international organisation, og som har fået opholdstilladelse fra Udenrigsministeriet, og deres medfølgende familiemedlemmer, der også har fået opholdstilladelse fra Udenrigsministeriet, hvis ret hertil følger af EU-retten, internationale eller bilaterale aftaler eller hvis de er omfattet

af kildeskattelovens § 1 (fuldt skattepligtige til Danmark). Ved EU-retten eller internationale aftaler forstås

- a) Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 883/2004/EF om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer,
 - b) Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 987/2009/EF om de nærmere regler til gennemførelse af forordning nr. 883/2004/EF om koordinering af de sociale sikringsordninger,
 - c) Nordisk Konvention om Social Sikring,
 - d) Aftalen om det Europæiske Økonomiske Samarbejde (EØS-aftalen) med senere ændringer ved afgørelser fra Det Blandede EØS-udvalg,
 - e) Aftalen mellem De Europæiske Fællesskaber, dets medlemsstater og Schweiz om fri bevægelighed for personer som ændret ved afgørelse nr. 1/2012 vedtaget af Det Blandede Udvalg nedsat i henhold til aftalen mellem Det Europæiske Fællesskab og dets medlemsstater på den ene side og Det Schweiziske Forbund på den anden side om fri bevægelighed for personer af 31. marts 2012 om erstatning af bilag II til aftale om koordinering af de sociale sikringsordninger, og
 - f) rettigheder som vandrende arbejdstagere efter artikel 45 i Traktaten om Den Europæiske Unions funktionsmåde.
- 2) Udsendte personer, hvis ophold her i landet er reguleret i aftaler om retsstillingen for styrker eller militære hovedkvarterer, som Danmark har tiltrådt, og deres familiemedlemmer.

Henvisning til sygehusbehandling

§ 11. Med mindre behandling sker akut, hvor henvisning ikke kan indhentes forinden, skal personen være henvist til behandling af en læge eller tandlæge, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Personen kan også være henvist af andre autoriserede sundhedspersoner eller myndigheder, hvor regionsrådet forinden har offentliggjort, at disse har adgang til henvisning.

Stk. 3. Regionsrådet kan endvidere efter en konkret vurdering yde sygehusbehandling til en person, der ikke er henvist til behandling, jf. stk. 1, når omstændighederne taler derfor.

Kapitel 3

Information

§ 12. Regionsrådet skal senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient eller har udredt en patient, oplyse patienten om

- 1) dato og sted for undersøgelse eller behandling,
- 2) retten til at vælge sygehus efter reglerne i § 13, § 14, § 15, stk. 1-3, og § 19,
- 3) ventetiden på den diagnostiske undersøgelse, udredning eller behandling, som patienten er henvist til, ved regionens eget sygehusvæsen, andre regioners sygehuse, private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med samt de private specialsygehuse m.fl., jf. § 15, stk. 2 og 3,
- 4) at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal diagnostiske undersøgelser, udredninger og behandlinger, der foretages på sygehuse omfattet af nr. 3, og
- 5) at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter reglerne i § 13, § 14, § 15, stk. 1-3, og § 19.

Stk. 2. Regionsrådet skal desuden senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient eller har udredt en patient, oplyse patienten

- 1) om patienten efter reglerne i § 13, stk. 1 og 2, kan tilbydes en diagnostisk undersøgelse inden for 1 måned,
- 2) om patienten efter reglerne i § 14, stk. 1-3, kan tilbydes udredning inden for 1 måned,
- 3) om patienten efter reglerne i § 19, stk. 1, kan tilbydes behandling inden for 1 måned, og
- 4) om sygehuset tilbyder at henvise patienten til privatejede sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller sygehuse m.v. i udlandet, som Danske Regioner har indgået aftale med (aftalesygehuse).

Stk. 3. Regionsrådet skal, senest 8 hverdage efter ændring af dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, oplyse patienten om retten til at vælge sygehus efter § 19, stk. 2.

Stk. 4. De i § 15, stk. 2 og 3, nævnte private specialsygehuse m.fl. skal senest 8 hverdage efter, at sygehuset har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten om

- 1) dato og sted for undersøgelse eller behandling,
- 2) retten til at vælge sygehus efter reglerne i § 15, stk. 1-3,
- 3) at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på sygehuset, og
- 4) at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter reglerne i § 15, stk. 1-3.

Stk. 5. Regionernes informationsmateriale om udredning og behandling og regionernes oplysninger i medfør af stk. 1-4 skal sikre, at patienterne får bedst muligt kendskab til deres rettigheder og bliver i stand til at træffe oplyste valg på baggrund af den modtagne information. Patientens perspektiv skal være styrende for informationen. Informationen skal være ensartet, let forståelig, tilstrækkelig og relevant samt handlingsanvisende. Den vigtigste information skal stå først.

Kapitel 4

Diagnostiske undersøgelser, udredning, ret til at vælge sygehus m.v.

§ 13. Personer, der er henvist af en alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge til en diagnostisk undersøgelse til brug for lægen, kan vælge mellem enhver regions sygehuse. Personen kan desuden vælge at blive undersøgt på et af de sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller i udlandet, som Danske Regioner har indgået aftale med herom (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde den diagnostiske undersøgelse ved regionens egne sygehuse (regionssygehuse) eller et af de sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse).

Stk. 2. Retten til at vælge diagnostisk undersøgelse efter stk. 1 omfatter desuden, jf. sundhedslovens § 82 a, diagnostiske undersøgelser til brug for speciallæger i Team Danmarks sportsmedicinske team i forbindelse med behandling af indplacerede eliteidrætsudøvere i Team Danmark.

Stk. 3. Regionssygehuset skal henvise personer til det aftalesygehus, de anmoder om, når betingelserne efter stk. 1 og 2 er opfyldt.

§ 14. Til personer, der er henvist til udredning på sygehus, yder regionsrådet i bopælsregionen udredning ved regionens egne sygehuse (regionssygehuse) eller et af de sygehuse, som regionen

samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse), inden for en måned, såfremt det er fagligt muligt.

Stk. 2. Hvis bopælsregionen af kapacitetsmæssige årsager ikke inden for 1 måned kan tilbyde en person endelig udredning, jf. stk. 1, kan personen vælge at blive helt eller delvist udredt på et af de sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller i udlandet, som Danske Regioner har indgået aftale med herom (aftalesygehuse), jf. dog §§ 21 og 22.

Stk. 3. Hvis bopælsregionen af faglige årsager ikke inden for 1 måned kan tilbyde en person endelig udredning, jf. stk. 1, kan personen vælge at få dele af udredningsforløbet, hvor ventetiden forlænges af kapacitetsmæssige årsager, udført på et af de sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller i udlandet, som Danske Regioner har indgået aftale med herom (aftalesygehuse), jf. dog §§ 21 og 22.

Stk. 4. Såfremt det ikke er muligt at udrede personen inden for 1 måned, jf. stk. 1, skal regionsrådet inden for samme frist udarbejde og patienten modtage en plan for det videre udredningsforløb.

Stk. 5. En plan i medfør af stk. 4 skal indeholde oplysninger om det planlagte videre udredningsforløb, f.eks. oplysninger om indholdet i planlagte undersøgelser samt tid og sted for disse. Ved uklarhed om det videre udredningsforløb skal en plan i medfør af stk. 4 mindst indeholde oplysninger om indholdet i den næste undersøgelse i udredningsforløbet samt tid og sted for denne.

§ 15. Personer, der henvises af en læge til sygehusbehandling m.v., kan vælge mellem enhver regions sygehuse, jf. dog §§ 16-18.

Stk. 2. Retten til at vælge behandling efter stk. 1 gælder også følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice Center, rehabiliteringscentrene for traumatiserede flygtninge OASIS, RCT-Jylland og DIGNITY, Epilepsihospitalet Filadelfia, sclerosehospitalet i Haslev og Ry, PTU's RehabiliteringsCenter, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejlefjord og Center for Hjerneskade, jf. § 49, stk. 1.

Stk. 3. Retten til at vælge behandling efter stk. 1 gælder endvidere KamillianerGaardens Hospice, Hospice Fyn, Arresødal Hospice, Hospice Sjælland, Hospice Sønderjylland, Anker Fjord Hospice, Hospice Limfjord og Hospice Sydvestjylland, Hospice Vendsyssel, Hospice Djursland, Hospice Søndergård, Svanevig Hospice, Hospicegården Filadelfia, Hospice Sydfyn, Hospice Søholm, jf. § 49, stk. 2, samt Kong Chr. X's Gigthospital i Gråsten.

Stk. 4. Retten til at vælge sygehusbehandling efter stk. 1-3 gælder uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen, jf. dog § 16 og § 18.

Stk. 5. En læge, der henviser en person til sygehusbehandling, skal henvise til det sygehus, som personen vælger efter stk. 1-3, hvis sygehuset kan varetage behandlingen af personen.

§ 16. En sygehusafdeling kan afvise fritvalgspatienter, jf. §§ 13 og 15, af kapacitetsmæssige årsager, herunder hvis afdelingen har væsentligt længere ventetider til den pågældende behandling end andre afdelinger, og hvis væsentlige hensyn til andre patienter ellers vil blive tilsidesat.

Stk. 2. En sygehusafdeling med lands- eller landsdelsfunktion (specialfunktion ved regionsfunktion eller højt specialiseret funktion) kan afvise at modtage fritvalgspatienter, jf. § 15, der ikke er lands- eller landsdelspatienter på specialfunktionsniveau, hvis væsentlige hensyn til lands- eller landsdelspatienter på specialfunktionsniveau eller til patienter fra egen region ellers vil blive tilsidesat.

Stk. 3. En sygehusafdeling kan dog ikke efter stk. 1 afvise følgende personer, der forventes at opholde sig i regionen i mere end 3 måneder:

- 1) Elever på kostskole eller efterskole.
- 2) Personer, der er anbragt uden for hjemmet på døgninstitution, i plejefamilie eller godkendt opholdssted og lignende.
- 3) Personer, der er værnepligtige på en kaserne.
- 4) Personer, der er indsat i kriminalforsorgens fængsler.
- 5) Personer, der er anbragt på psykiatrisk afdeling, har ophold i boform for personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, eller er anbragt i forvaring m.v. efter rettens eller Justitsministeriets bestemmelse.

Stk. 4. En sygehusafdeling kan heller ikke afvise patienter, der under ophold i regionen får akut behov for sygehusbehandling som følge af ulykke, pludseligt opstået eller forværret sygdom og fødsel, så længe patienten ikke tåler at blive flyttet til et sygehus i bopælsregionen.

§ 17. For personer, der er optaget i kriminalforsorgens institutioner, eller som opholder sig i en institution i henhold til retsplejeloven, straffeloven eller et farlighedsdekret efter kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, kan retten til at vælge sygehus i henhold til § 13, stk. 1 og 2, § 14, stk. 2 og 3, § 15, stk. 1-3, og § 19, stk. 1 og 2, begrænses af sikkerhedsmæssige hensyn eller af hensyn til retshåndhævelsen. Den myndighed, der meddeler tilladelse til udgang m.v., træffer afgørelse herom.

§ 18. Regionsrådene har pligt til på deres psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage:

- 1) Personer, der skal undergives mentalundersøgelse.
- 2) Personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes eller behandles på psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling.
- 3) Personer, der efter Justitsministeriets eller overøvrighedens bestemmelse skal anbringes på psykiatrisk sygehus.
- 4) Personer, der som vilkår for prøveløsladelse, benådning m.v. eller tiltalefrafald skal undergives psykiatrisk behandling.
- 5) Varetægtsarrestanter, der i medfør af retsplejelovens §§ 765 eller 777 skal undergives psykiatrisk behandling.

Stk. 2. Statsadvokaten kan bestemme, at de i stk. 1 nævnte retspsykiatriske patienter skal anbringes eller behandles på et nærmere bestemt sygehus eller en nærmere bestemt sygehusafdeling uden for bopælsregionen, når retssikkerheden eller andre særlige hensyn, herunder hensynet til den forurettede taler herfor. Når sådanne hensyn taler for det, kan Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen, tilsvarende træffe bestemmelse om anbringelse uden for bopælsregionen af personer, der efter straffuldbyrdelseslovens § 78

overføres til psykiatrisk sygehus samt personer, der prøveløslades eller benådes på vilkår om anbringelse eller behandling på psykiatrisk sygehus.

Stk. 3. Anklagemyndigheden kan bestemme, at personer skal indlægges på et psykiatrisk sygehus uden for bopælsregionen, hvis der er afsagt retskendelse om, at personen skal indlægges til mentalundersøgelse.

§ 19. Personer, der er henvist til sygehusbehandling og udredt, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller i udlandet, som Danske Regioner har indgået aftale med herom (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned, kan tilbyde både forundersøgelse og behandling ved regionens egne sygehuse (regionssygehuse) eller et af de sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse), jf. dog §§ 21 og 22.

Stk. 2. Personer, som har fået tilbudt en dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, kan vælge at blive behandlet på et aftalesygehus, hvis det regionale sygehus ændrer datoen.

Stk. 3. Regionssygehuset skal henvise personer til det aftalesygehus, de anmoder om, når betingelserne efter stk. 1-2 er opfyldt.

§ 20. Tidsfristen efter § 13, stk. 1 og 2, regnes fra den dag, sygehuset modtager henvisningen fra personens læge, til den dag, den diagnostiske undersøgelse kan foretages. Tidsfristen efter § 14 regnes fra den dag, sygehuset modtager henvisningen fra personens læge til udredningen kan afsluttes. Tidsfristen efter § 19, stk. 1, regnes fra den dag, hvor patienten er udredt, jf. § 14. I de tilfælde, hvor patienten ved henvisningen er udredt, regnes fristen efter § 19, stk. 1, fra modtagelse af henvisningen på regionsrådets sygehus.

Stk. 2. I opgørelsen af tidsfrister i medfør af stk. 1 medregnes ikke perioder, hvor diagnostisk undersøgelse, jf. § 13, stk. 1 og 2, udredning, jf. § 14, stk. 2-3, og behandling, jf. § 19, stk. 1, må udsættes på grund af personens helbredstilstand eller efter personens ønske.

§ 21. Bestemmelserne i §§ 13, 14, stk. 2 og 3, og 19 gælder ikke henvisning til organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, herunder refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation og rekreations- og rehabiliteringsophold.

Stk. 2. Bestemmelserne i §§ 13, 14, stk. 2 og 3, og 19 gælder ikke henvisning til forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling.

§ 22. Retten til at vælge behandling, diagnostisk undersøgelse eller hel eller delvis udredning på et aftalesygehus efter § 13, stk. 1 og 2, § 14, stk. 2 og 3, og § 19, stk. 1, bortfalder, hvis ventetiden på dette sygehus overstiger ventetiden på bopælsregionens sygehus eller et af regionens samarbejdssygehuse.

§ 23. Regionsrådene offentliggør en oversigt over deres samarbejdssygehuse, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2, og over aftalesygehusene, jf. § 13, stk. 1 og 2, § 14, stk. 2 og 3, og § 19, stk. 1, og bekendtgørelse om indgåelse af behandlingsaftaler efter de udvidede fritvalgsordninger m.v.

§ 24. For behandling af personer med kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme gælder reglerne i denne bekendtgørelse samt reglerne i bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme.

Kapitel 5

Ret til behandling i udlandet m.v.

§ 25. Et regionsråd kan tilbyde patienter henvisning til behandling i udlandet.

§ 26. Et regionsråd skal tilbyde en patient henvisning til behandling i udlandet, hvis patienten forinden har været undersøgt eller behandlet på en sygehusafdeling her i landet, der inden for det pågældende sygdomsområde besidder den højeste indenlandske specialkundskab, og patienten af denne afdeling er indstillet til en nødvendig behandling på en nærmere angivet specialafdeling m.v. i udlandet, når denne behandling ikke kan ydes på et dansk sygehus.

Stk. 2. Henvisningen efter stk. 1 skal forinden forelægges for Sundhedsstyrelsen til godkendelse. Forelæggelsen kan i hastende tilfælde ske mundtligt.

§ 27. Ved henvisning af patienter, der er statsborgere i et EU/EØS-land eller Schweiz, og deres familiemedlemmer til behandling på et offentligt sygehus m.v. i et andet EU/EØS-land eller Schweiz, eller ved henvisning af andre patienter til behandling på et offentligt sygehus i et andet nordisk land kan regionsrådet i bopælsregionen foretage henvisning efter reglerne i Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 883/2004/EF af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer eller Det Blandede EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 af 1. juli 2011 om ændring af bilag VI (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen, eller efter reglerne i Nordisk Konvention om Social Sikring.

Stk. 2. Ved henvisning til behandling efter §§ 25 og 30 kan regionsrådet udstede EF-blanket S 2 eller EF-blanket E 112.

Stk. 3. Ved henvisning til behandling efter § 26 udsteder Sundhedsstyrelsen EF-blanket S 2, E 112 eller andet kautionsbevis.

§ 28. Der kan ikke henvises til forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling efter bestemmelserne i §§ 25 og 26, jf. §§ 29 og 30.

§ 29. Et regionsråd kan tilbyde en patient henvisning til forskningsmæssig behandling i udlandet, hvis patienten forinden har været undersøgt eller behandlet på en sygehusafdeling her i landet med lands- eller landsdelsfunktion (specialfunktion) på det pågældende sygdomsområde, og patienten af denne afdeling er indstillet til forskningsmæssig behandling på en nærmere angivet sygehusafdeling m.v. i udlandet, og relevant behandling ikke kan tilbydes på et dansk sygehus.

Stk. 2. Den forskningsmæssige behandling efter stk. 1 skal opfylde almindeligt anerkendte krav til videnskabelige forsøg og foregå i samarbejde med et dansk sygehus.

Stk. 3. Regionsrådet skal indberette henvisninger af patienter til forskningsmæssig behandling i udlandet efter stk. 1 til Sundhedsstyrelsen.

§ 30. Sundhedsstyrelsen nedsætter et rådgivende panel vedrørende eksperimentel behandling.

Stk. 2. Panelet rådgiver efter indstilling fra den behandlende sygehusafdeling om behandling af patienter, der har en livstruende kræftsygdom eller anden lignende livstruende sygdom, der ikke umiddelbart kan tilbydes behandling for på offentlige sygehuse her i landet eller behandling for efter §§ 25, 26 og 29. Panelet kan endvidere rådgive om supplerende undersøgelser og behandlinger på offentlige sygehuse her i landet og om behandling efter §§ 25, 26 og 29.

Stk. 3. Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere bestemmelser om panelets sammensætning og virksomhed.

Stk. 4. Et regionsråd kan tilbyde de patienter, der er nævnt i stk. 2, henvisning til eksperimentel behandling på et privat sygehus her i landet eller et sygehus i udlandet.

Stk. 5. Forinden skal henvisningen med en indstilling fra den behandlende sygehusafdeling forelægges for Sundhedsstyrelsen til godkendelse.

Stk. 6. Sundhedsstyrelsen kan godkende en henvisning efter stk. 4 på baggrund af rådgivning fra panelet vedrørende eksperimentel behandling, hvis der kan være mulighed for, at en bestemt eksperimentel behandling på en nærmere angivet afdeling på et privat sygehus her i landet eller et sygehus i udlandet kan helbrede patienten eller forlænge patientens liv.

Kapitel 6

Særlige regler om refusion af udgifter til sygehusbehandling i andre EU/EØS-lande

Ret til refusion af udgifter til sygehusbehandling

§ 31. Regionsrådet skal refundere patienters udgifter til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land, jf. dog stk. 2-4.

Stk. 2. Regionsrådet refunderer udgifter til samme behandling eller lignende behandling, som patienten ville være blevet tilbudt i det offentlige sygehusvæsen her i landet, herunder medicinudgifter som i Danmark er omfattet af den pågældende sygehusydelse.

Stk. 3. Regionsrådets refusion af udgifter til ikke-akut sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land efter stk. 1 er betinget af, at patienten er henvist til sygehusbehandling efter reglerne i § 11, stk. 1 og 2, jf. dog stk. 4.

Stk. 4. Regionsrådet kan efter en konkret vurdering yde refusion for sygehusbehandling til en person, der ikke er henvist til behandling, jf. stk. 3, når omstændighederne taler derfor.

Stk. 5. For visse sygehusbehandling er retten til refusion betinget af regionsrådets forhåndsgodkendelse, jf. nærmere reglerne i §§ 33-35.

Stk. 6. Ved sygehusbehandling efter reglerne i dette kapitel forstås behandling, som i Danmark udelukkende er sygehusbehandling.

Ansøgning når forhåndsgodkendelse af refusion af udgifter til sygehusbehandling ikke er påkrævet

§ 32. Ansøgning om refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land efter § 31 kan rettes til regionsrådet forud for behandlingen.

Stk. 2. Regionsrådet træffer afgørelse om refusion efter stk. 1 senest 2 uger efter, ansøgningen er modtaget af regionen, og i øvrigt under hensyntagen til patientens behov for fremskyndet behandling. Såfremt patienten ikke med ansøgningen har indsendt alle de i § 40, stk. 1, anførte

oplysninger, kan regionsrådet anmode patienten herom og udsætte afgørelsen med det antal dage, det tager patienten at fremsende de manglende oplysninger til regionsrådet.

Ansøgning når forhåndsgodkendelse af refusion af udgifter til sygehusbehandling er påkrævet

§ 33. Ansøgning om refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land efter § 31 skal rettes til regionsrådet forud for behandlingen, såfremt behandlingsbehovet ikke er akut, og såfremt behandlingen er opført på en af Sundhedsstyrelsen offentliggjort liste, jf. § 34.

Stk. 2. Hvis betingelserne for forhåndsgodkendelse efter Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 883/2004/EF af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer eller Det Blandede EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 af 1. juli 2011 om ændring af bilag VI (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen er opfyldt, giver regionsrådet forhåndsgodkendelsen i overensstemmelse hermed, medmindre patienten anmoder om andet.

Stk. 3. Regionsrådet træffer afgørelse om refusion senest 2 uger efter, ansøgningen er modtaget af regionen, og i øvrigt under hensyntagen til patientens behov for fremskyndet behandling. Såfremt patienten ikke med ansøgningen har indsendt alle de i § 40, stk. 1, anførte oplysninger, kan regionsrådet anmode patienten herom og udsætte afgørelsen med det antal dage, det tager patienten at fremsende de manglende oplysninger til regionsrådet.

Stk. 4. Har patienten ikke fået regionsrådets godkendelse af refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU/EØS-land forud for behandlingen, jf. stk. 1, refunderer regionsrådet dog patientens udgifter efter ansøgning, såfremt det efter omstændighederne ikke var muligt for patienten at afvente regionsrådets forhåndsgodkendelse forud for behandlingen, eller regionen ikke efter reglerne i § 35 kunne have givet afslag på ansøgning. Regionsrådet kan endvidere yde refusion, såfremt det efter omstændighederne ikke skønnes rimeligt at afslå refusion.

§ 34. Sundhedsstyrelsen offentliggør en liste over sygehusbehandlinger, hvortil retten til refusion er betinget af forhåndsgodkendelse, jf. § 33.

Stk. 2. De i stk. 1 nævnte behandlinger skal opfylde et af nedenstående kriterier:

- 1) Behandlingen kræver planlægning med det formål at sikre, at der i Danmark er en tilstrækkelig og vedvarende adgang til et afbalanceret udbud af behandling af høj kvalitet, eller ud fra et ønske om at styre omkostningerne og i videst muligt omfang undgå ethvert spild af økonomiske, tekniske og menneskelige ressourcer, og behandlingen indebærer enten sygehusindlæggelse mindst en nat, eller kræver brug af højt specialiseret og omkostningskrævende medicinsk infrastruktur eller medicinsk udstyr.
- 2) Behandlingen udgør en særlig risiko for patienten eller befolkningen.
- 3) Behandlingen ydes af en sundhedstjenesteyder, der i det enkelte tilfælde kan give anledning til alvorlig og konkret bekymring for så vidt angår kvaliteten og sikkerheden af sundhedsydelsen, med undtagelse af sundhedsydelser, der er underlagt en EU-lovgivning, der sikrer et mindsteniveau for sikkerhed og kvalitet.

§ 35. Regionsrådet kan kun afslå ansøgninger om refusion af udgifter til sygehusbehandling omfattet af § 34, stk. 1, af følgende grunde:

- 1) Regionsrådet kan tilbyde patienten rettidig behandling på egne sygehuse, andre offentlige sygehuse, samarbejdssygehuse eller aftalesygehuse.
- 2) Patienten vil i henhold til en klinisk vurdering med rimelig vished blive udsat for en patientsikkerhedsrisiko, der ikke kan betragtes som acceptabel, idet der tages hensyn til den ønskede behandlings mulige gavn for patienten.
- 3) Befolkningen vil med rimelig vished blive udsat for en væsentlig sikkerhedsrisiko som følge af den pågældende behandling.
- 4) Den pågældende behandling leveres af en sundhedstjenesteyder, som giver anledning til alvorlig og konkret bekymring for så vidt angår standarder for sundhedsydelsernes kvalitet og patientsikkerheden, herunder bestemmelser om tilsyn.

Refusion til særlige persongrupper

§ 36. Regionsrådet yder ikke refusion efter § 31 til personer, der har bopæl her i landet, og som ifølge regler i Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 883/2004/EF af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer, har ret til lovens ydelser i Danmark til udgift for en offentlig sygesikring i et andet EU/EØS-land.

§ 37. Regionsrådet skal refundere udgifter efter § 31, til følgende personer, der har bopæl i et andet EU/EØS-land:

- 1) Personer, der er dansk sygesikrede efter regler i Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 883/2004/EF af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer eller Det Blandede EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 af 1. juli 2011 om ændring af bilag VI (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen.
- 2) Pensionister og deres familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer, som har ret til sundhedsydelser i bopælslandet til udgift for Danmark efter de under pkt. 1 nævnte EU-regler m.m., jf. dog stk. 2.

Stk. 2. Stk. 1, nr. 2, omfatter ikke pensionister og deres medforsikrede familiemedlemmer samt grænsearbejderes familiemedlemmer, der bor i EU/EØS-lande, som opkræver refusion af udgifter for sundhedsydelser i bopælslandet ved årlige faste beløb, jf. bilag 3 i Europa-Parlamentets og Rådets forordning nr. 987/2009/EF af 16. september 2009 om de nærmere regler til gennemførelse af forordning nr. 883/2004/EF af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer eller Det Blandede EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 af 1. juli 2011 om ændring af bilag VI (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen.

Stk. 3. Refusion efter stk. 1 omfatter ikke udgifter til sygehusbehandling, der er ydet i det EU/EØS-land, hvor de pågældende personer er bosat.

Refusionsbeløbet

§ 38. Regionsrådet refunderer et beløb, der svarer til, hvad samme eller lignende behandling koster (inkl. lønsum) i det offentlige sygehusvæsen her i landet. I de tilfælde, hvor der er fastsat takster for den pågældende behandling i bekendtgørelse om betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen, anvendes disse takster.

Stk. 2. Refusion af udgifter til sygehusbehandling efter stk. 1, kan ikke overstige personens faktiske udgifter.

Afgørelseskompetence

§ 39. Ansøgning om refusion af udgifter til sygehusbehandling efter § 31 skal rettes til regionsrådet i bopælsregionen, jf. dog stk. 2-4.

Stk. 2. For personer omfattet af § 37, stk. 1, nr. 1, træffes afgørelse om refusion af regionsrådet i den region, hvor den sikrede senest havde bopæl i Danmark, eller hvis den pågældende ikke har haft bopæl i Danmark, den region, hvor den sikredes arbejdsgiver har sit hjemsted, eller hvorfra selvstændigt erhverv udøves.

Stk. 3. For pensionister og deres familiemedlemmer omfattet af § 37, stk. 1, nr. 2, træffes afgørelse om refusion af regionsrådet i pensionistens seneste bopælsregion.

Stk. 4. For grænsearbejderes familiemedlemmer omfattet af § 37, stk. 1, nr. 2, træffes afgørelse om refusion af regionsrådet i den region, hvor grænsearbejderens familiemedlemmer senest havde bopæl i Danmark, eller hvis et familiemedlem ikke har haft bopæl i Danmark, den region, hvor grænsearbejderens arbejdsgiver har sit hjemsted, eller hvorfra selvstændigt erhverv udøves.

Oplysninger i forbindelse med ansøgning om forhåndsgodkendelse og efterfølgende refusion

§ 40. Ved ansøgning om refusion efter § 32 eller § 33 forud for behandling skal der medfølge følgende oplysninger:

- 1) Kopi af lægehenvielse til sygehusbehandling, jf. § 31, stk. 3.
- 2) Patientens tilladelse til, at regionsrådet kan indhente yderligere oplysninger om helbredsforhold m.v., som er nødvendige for vurdering af ansøgningen.
- 3) Beskrivelse fra det udenlandske behandlingssted af den behandling, som ansøgningen omfatter.
- 4) Pristilbud fra det udenlandske sygehus.
- 5) Dato for behandlingen på det udenlandske sygehus.
- 6) For de under § 37, stk. 1, nr. 1, anførte personer vedlægges ansøgningen en kopi af ansøgerens særlige sundhedskort.
- 7) For de under § 37, stk. 1, nr. 2, anførte pensionister og deres familiemedlemmer vedlægges ansøgningen en kopi af ansøgerens EU-sygesikringskort.
- 8) For de under § 37, stk. 1, nr. 2, anførte familiemedlemmer til en grænsearbejder vedlægges ansøgningen en kopi af grænsearbejderens særlige sundhedskort og en kopi af ansøgerens EU-sygesikringskort.

Stk. 2. En patient, der har fået godkendt ansøgning om refusion efter § 32 eller § 33, skal for at få udbetalt refusionen efter § 31, indsende følgende oplysninger til regionsrådet:

- 1) Beskrivelse fra det udenlandske sygehus af den behandling, som patienten har modtaget.
- 2) Specificeret og kvitteret regning.
- 3) Oplysninger til brug for udbetalingen.

Oplysninger i forbindelse med og behandling af ansøgning om refusion, når der ikke er ansøgt om forhåndsgodkendelse

§ 41. Ved ansøgning om refusion til behandling efter § 31, når der ikke er ansøgt om forhåndsgodkendelse efter § 32 eller § 33, skal der medfølge følgende oplysninger:

- 1) Kopi af henvisning til sygehusbehandling, jf. § 31, stk. 3.
- 2) Patientens tilladelse til, at regionsrådet kan indhente yderligere oplysninger om helbredsforhold m.v., som er nødvendige for vurdering af ansøgningen.
- 3) Beskrivelse fra det udenlandske behandlingssted af den behandling, som patienten har modtaget.
- 4) Dato for behandlingen på det udenlandske sygehus.
- 5) For de under § 37, stk. 1, nr. 1, anførte personer vedlægges ansøgningen en kopi af ansøgerens særlige sundhedskort.
- 6) For de under § 37, stk. 1, nr. 2, anførte pensionister og deres familiemedlemmer vedlægges ansøgningen en kopi af ansøgerens EU-sygesikringskort.
- 7) For de under § 37, stk. 1, nr. 2, anførte familiemedlemmer til en grænsearbejder vedlægges ansøgningen en kopi af grænsearbejderens særlige sundhedskort og en kopi af ansøgerens EU sygesikringskort.
- 8) Specificeret og kvitteret regning.
- 9) Oplysninger til brug for udbetalingen.

Kapitel 7

Journaloplysninger

§ 42. Når en sygehusafdeling henviser en person til et andet behandlingssted, herunder til et behandlingssted i udlandet, skal afdelingen under iagttagelse af samtykkereglerne i sundhedslovens § 41, sende relevante oplysninger fra personens journal, herunder eventuelle røntgenbilleder m.v., til behandlingsstedet til brug for behandlingen af personen. Oplysningerne skal om nødvendigt være oversat til et af følgende sprog, engelsk, tysk eller fransk, som forstås på behandlingsstedet.

Stk. 2. En henvisning til et andet behandlingssted eller til et behandlingssted i udlandet efter §§ 26, 29 og 30 kan gøres betinget af, at personen giver samtykke til, at de i stk. 1 nævnte journaloplysninger m.v. sendes til behandlingsstedet.

Kapitel 8

Ret til beløb til personlige fornødenheder

§ 43. En pensionist, der under indlæggelse på sygehus ikke får udbetalt pension i henhold til § 46, stk. 1, i lov om social pension og § 45, stk. 1, i lov om højeste, mellemste, forhøjet almindelig og almindelig førtidspension m.v., har ret til et beløb til personlige fornødenheder.

Stk. 2. Beløbet udbetales af sygehuset, og det udgør 1.400 kr. pr. måned (2015 pris- og lønniveau). Beløbet pris- og lønreguleres én gang om året og udmeldes af Statens Serum Institut.

§ 44. En indlagt patient, der ikke er pensionist, og som må anses for plejepatient eller i øvrigt skønnes uegnet til mere varig udskrivning til eget hjem, har ret til et beløb til personlige fornødenheder.

Stk. 2. Beløbet, der udbetales af sygehuset, kan tidligst udbetales, når patienten har haft en samlet indlæggelsestid på sygehus m.v. på 6 måneder ud over indlæggelsesmåneden regnet fra 1,5 år forud for indlæggelsen.

§ 45. Sygehuset kan ud over de i §§ 43 og 44 nævnte tilfælde udbetale et beløb til personlige fornødenheder til indlagte patienter, som har haft eller forventes at få en længerevarende indlæggelse, og som ikke selv råder over beløb hertil. Beløbet kan ikke overstige det i § 43, stk. 2, nævnte beløb.

Kapitel 9

Kommunalbestyrelsens adgang til at afholde udgifter til sygehusbehandling

§ 46. En kommunalbestyrelse kan, når sociale hensyn taler for det, træffe beslutning om at afholde udgifter til sygdomsbehandling, der svarer til den behandling, der ydes i det regionale sygehusvæsen, til personer, der har bopæl i kommunen.

Kapitel 10

Indberetning

§ 47. Behandlingsstederne her i landet skal til behandlingsformål samt statistiske formål vedrørende aktiviteten i sygehusvæsenet, befolkningens forbrug af sygehusydelser, sygehuspatienters sygdomme og udførte operationer indberette oplysninger vedrørende patientbehandlingen til Landspatientregisteret. Behandlingsstederne i udlandet skal indberette sådanne oplysninger til det sygehus, som har henvist personen dertil.

Stk. 2. Anmeldelsen af indsatte implantater skal ske i overensstemmelse med den i bilag 1 angivne specifikation og efter de i bilag 1 angivne procedurer. Anmeldelsespligten indbefatter ikke de i bilag 2 undtagne implantattyper.

Kapitel 11

Finansiering m.v.

§ 48. Regionsrådet i bopælsregionen afholder udgifter ved sygehusbehandling m.v. efter denne bekendtgørelse, jf. dog stk. 2-4.

Stk. 2. For personer omfattet af § 37, stk. 1, nr. 1, afholder regionsrådet i den region, hvor sikredes fraflytningskommune er beliggende, eller hvis den pågældende ikke har haft bopæl i Danmark, hvor den kommune den sikredes arbejdsgiver har sit hjemsted er beliggende, eller hvorfra selvstændigt erhverv udøves, udgifterne til sygehusbehandling m.v. i andre EU/EØS-lande i medfør af § 31.

Stk. 3. For pensionister og deres familiemedlemmer omfattet af § 37, stk. 1, nr. 2, afholder regionsrådet i pensionistens seneste bopælskommune udgifterne til sygehusbehandling m.v. i andre EU/EØS-lande i medfør af § 31.

Stk. 4. For grænsearbejderes familiemedlemmer omfattet af § 37, stk. 1, nr. 2, afholder regionsrådet i den region, hvor grænsearbejderens familiemedlemmer senest havde bopæl i Danmark, eller hvis et familiemedlem ikke har haft bopæl i Danmark, den region, hvor grænsearbejderens arbejdsgiver har sit hjemsted, eller hvorfra selvstændigt erhverv udøves, udgifterne til sygehusbehandling m.v. i andre EU/EØS-lande i medfør af § 31.

Stk. 5. Regionsrådet i opholdsregionen afholder udgifterne til sygehusbehandling m.v. til patienter, der ikke har bopæl her i landet.

Stk. 6. Staten afholder udgifter til behandling m.v. efter § 26.

§ 49. Regionsrådenes pligt til at yde vederlagsfri behandling i henhold til § 15, stk. 2, er begrænset til en årlig økonomisk ramme, som for hver institution er fastsat i bekendtgørelse om økonomiske rammer for frit valg til private specialsygehuse m.v.

Stk. 2. Regionsrådenes pligt til at yde vederlagsfri behandling på hospice i henhold til § 15, stk. 3, omfatter behandling inden for den ramme, som institutionen har indgået driftsoverenskomst om med beliggenhedsregionen. Pligten til at yde vederlagsfri behandling ophører, såfremt driftsoverenskomsten ophæves af en af parterne.

§ 50. Regionsrådet i en region opkræver betaling for planlagt sygehusbehandling, der ydes i medfør af § 6 og 7, jf. dog stk. 5.

Stk. 2. Betalingen fastsættes i overensstemmelse med bestemmelserne i bekendtgørelse om betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen og inkluderer lønsumsafgift.

Stk. 3. Betalingen skal opgøres og afkræves endeligt i forbindelse med eller umiddelbart efter udskrivningen eller den ambulante behandling.

Stk. 4. Betalingen pr. sengedag, indlæggelse, ambulant behandling eller undersøgelse m.v. skal oplyses forud herfor.

Stk. 5. Når det under de foreliggende omstændigheder skønnes rimeligt, kan der meddeles hel eller delvis fritagelse for betalingen.

Stk. 6. Ved opkrævning af betaling udsteder regionen en faktura med angivelse af afregningstaksten eller alternativt beregningen af de faktiske udgifter til behandlingen, jf. stk. 2 og 3.

§ 50 a. Regionsrådet i en region opkræver betaling for akut og fortsat sygehusbehandling, der er givet af medfør af § 5, stk. 1 og 2, jf. dog stk. 5 og 7, § 5, stk. 4, og § 9, stk. 1, 2. pkt.

Stk. 2. Betalingen fastsættes i overensstemmelse med bestemmelserne i bekendtgørelse om betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen og inkluderer lønsumsafgift.

Stk. 3. Betalingen opkræves efter modtagelse af behandlingen. Der kan løbende opkræves betaling for gennemført behandling, såfremt behandlingen er længerevarende.

Stk. 4. Patienten skal forud for behandlingen oplyses om, at der opkræves betaling for den pågældende behandling, mens den endelige pris oplyses og selve betalingen opkræves efter behandlingen. Er det estimerede beløb eller interval for DRG-takster for den pågældende behandling kendt forud for behandlingen, kan disse vejledende oplyses forud for behandlingen.

Stk. 5. Når det under de foreliggende omstændigheder skønnes rimeligt, kan der meddeles hel eller delvis fritagelse for betalingen.

Stk. 6. Ved opkrævning af betaling udsteder regionen en faktura med angivelse af afregningstaksten eller alternativt beregningen af de faktiske udgifter til behandlingen, jf. stk. 2 og 3.

Stk. 7. Regionsrådet i en region afholder udgiften til akut sygehusbehandling efter § 5, stk. 1, af udlændinge under Udlændingestyrelsens forsørgelse.

§ 51. Regionsrådet kan stille krav om kaution for betalingens rettidige erlæggelse eller krav om depositum, jf. § 50.

§ 52. I aftaler mellem en statslig myndighed og et regionsråd om benyttelse af regionens sygehusvæsen kan der med sundheds- og ældreministerens godkendelse fastsættes en særlig betaling for benyttelsen.

§ 53. En kommunes udgifter til sygdomsbehandling efter § 46 kan ikke dækkes ved forsikring.

Kapitel 12

Ikkrafttrædelsesbestemmelser m.v.

§ 54. Bekendtgørelsen træder i kraft den 2. juli 2019.

Stk. 2. Refusion af udgifter til behandling i andre EU/EØS-lande efter § 31, hvor behandling mv. har fundet sted i perioden fra den 25. oktober 2013 til 31. december 2013, kan efter ansøgning ske med tilbagevirkende kraft efter reglerne i denne bekendtgørelse.

Stk. 3. For ansøgninger om refusion af udgifter til behandling i andre EU/EØS-lande i medfør af stk. 2, finder §§ 39 og 41 anvendelse.

Stk. 4. Bekendtgørelse nr. 293 af 27. marts 2017 om ret til sygehusbehandling m.v. ophæves.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 28. juni 2019

Magnus Heunicke

/ Signe Struberga

Bilag 1

Inden påbegyndelse af indberetninger skal regionen (dataleverandøren) oplyse følgende til Sundhedsdatastyrelsen:

Dataleverandøroplysninger:

Dataleverandør
Kontaktperson
Telefon
E-mail

Dataleverandøren – regionens faglige kontaktperson:

Navn kontaktperson
Afdeling
Stilling
Telefon
Email

Inden indberetning påbegyndes skal der være gennemført succesfuld test af leverancemetode. Kontakt Sundhedsdatastyrelsen for gennemførelse og validering af test.

Dataafgrænsning:

Dataleverancen afgrænses således, at indsatte implantater registreres og alle registreringer modtages. Det er dataleverandørens ansvar, at der ikke sendes dubletter.

Struktur, navngivning af datasæt, filnavngivning:

Se beskrivelserne nedenfor. Leverandøren udarbejder en beskrivelse af det afleverede datasæt, som vedlægges denne kontrakt.

Leveringsfrekvens: Leveringstidspunkt	Kl. 01.00
Frekvens	Hver Nat

Leveringssted:

Filerne uploades via sundhedsdatanettet til sftp-server i Sundhedsdatastyrelsen:

Dataleverandør	XXXXXXXXXX
Server og placering	YYYYYYYYYY
Bruger	ZZZZZZZZZZ
Adgangskode	WWWWWWWW
Protokol	SFTP SSH File Transfer Protocol

Dataleverandøren

Dataleverandøren har det tekniske ansvar for leverancen af data indtil data er afleveret på Sundhedsdatastyrelsens SFTP-server via sundhedsdatanettet. Sundhedsdatastyrelsen har ansvaret for data fra det er ankommet på SFTP-serveren.

Det er dataleverandørens ansvar, at de leverede data stemmer overens med de faktiske oplysninger i kildesystemet. Såfremt der foretages skift i kildesystemerne har dataleverandøren ansvaret for i videst muligt omfang at begrænse følgevirkningerne heraf samt at orientere Sundhedsdatastyrelsen om afledte konsekvenser heraf.

Sundhedsdatastyrelsen

Sundhedsdatastyrelsen validerer indberetningerne og dataindhold. Kontrollen indebærer at data

- afleveres i henhold til tidsplanen.
- overholder de nærmere fastsatte regler for datasættet

Såfremt en leverance fejler eller udebliver, kontaktes dataleverandøren.

Filstruktur og specifikation dataindhold

Filerne afleveres (i henhold til specifikation) som – CSV

Decimalseparator er [,]. Der benyttes ikke 1000-tals separator (punktum)

Feltopdeler er [||]. Rækkeopdeler er line break.

ISO-format på alle datofelter, dvs. enten åååå-mm-dd eller åååå-mm-dd HH:MM:SS

Specifikation af dataindhold – Implantat indberetning

Anmeldelsespligten gælder kun for implantater, der kan indberettes med unikt produktnummer.

Felt navn	Datatype	Indhold	Bemærkning
CPR	VARCHAR(10)	CPR nummer	Obligatorisk
Produkt_nr	VARCHAR(50)	Unikt produktnummer inden for den brugte registrerings standard	Obligatorisk Angives ved brug af godkendte standarder fra Sundhedsdatastyrelsens katalog over standardgodkendelser
Batch_Lotnr	VARCHAR(50)	Batch/Lot nummer	Obligatorisk hvor det er relevant. Der skal være mindst et af disse 2 felter udfyldt. Serienummer angives ved brug af godkendte standarder fra Sundhedsdatastyrelsens katalog over standardgodkendelser
Serienummer	VARCHAR(50)		
Operationsdato	VARCHAR(20)	Dato tid for operation	Obligatorisk. Tidspunkt skal også registreres.
Reg_dato	VARCHAR(20)	Dato tid for scanning af strejkode	Obligatorisk.
Produktionsdato	VARCHAR(20)	Produktionsdato for implantat.	
Udløbsdato	VARCHAR(20)	Udløbsdato for implantat.	
Reg_standard	VARCHAR(50)	Anvendt registrerings standard.	Noteres som OID description OID-IRI (Internationalized Resource Identifier) format Fx GS1: /GS1 Obligatorisk.
Reg_identifiser	VARCHAR(50)	Unik registrerings identifikation i regionens implantat system i form af et sekventielt løbenummer.	Obligatorisk

Antal	VARCHAR(5)	Antal af aktuelt implantat indsat	
SHAK	VARCHAR(7)	7-cifret SHAK kode for sygehus/afdeling/afsnit der indberetter	Obligatorisk – hvis ikke SOR-koden indberettes. SOR-koder er obligatorisk efter 1. januar 2019.
SOR	VARCHAR()	SOR kode for sygehus/afdeling/afsnit der indberetter	Obligatorisk – hvis ikke SHAK-koden indberettes. SHAK-koder kan ikke benyttes efter januar 2019.
Reg_egensk ab	VARCHAR(1)	Betegnelse for den modtagne registrering: A: Ny registrering M: Ændret registrering D: Slettet registrering R: Implantat er udtaget af patienten	Obligatorisk. Feltet Reg_identifier+SOR (eller SHAK) er nøglen der bruges ved værdierne M D og R. Ved M sendes hele den rettede registrering med alle felter udfyldt. Ved R sendes hele registreringen med alle felter udfyldt.
HV_Side	VARCHAR(3)	Angiver hvilken side på patienten implantatet er sat ind: H: Højre V: Venstre N/A: Irrelevant	Ved manglende info er feltet tomt.

Navngivning af datasæt

Filnavnet skal være på formatet:

SOR-kode_[udtræksdato].csv

Eksempelvis:

54867592_20160105.csv

Hvor "54867592" er indberettets SOR-kode.

Udtræksdato er den dato hvor udtrækket er foretaget. Leveres på formen ååååmmdd.

Bilag 2

Undtagelse fra anmeldelsespligt vedrørende implantater

Den i § 47, stk. 2, fastsatte anmeldelsespligt omfatter ikke:

- Spiraler
- Skruer og skinner til osteosyntese, herunder suturer
- Dentalimplantater

Officielle noter

¹⁾ Bekendtgørelsen gennemfører dele af Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2011/24/EU af 9. marts 2011 om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser, EU-Tidende 2011, L 88, s. 45-65.

Bekendtgørelse nr. 1429 af 24 juli 2021 om ændring af bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.

§ 1.

I bekendtgørelse nr. 657 af 28. juni 2019 om ret til sygehusbehandling m.v. foretages følgende ændring:

1. § 9, stk. 1, affattes således:

»Personer fra Færøerne eller Grønland har ret til sygehusbehandling efter § 5, stk. 1 og 2. Sygehusbehandlingen ydes på samme vilkår som til personer med bopæl her i landet.«

§ 2

Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. juli 2021.

Sundhedsministeriet, den 24. juni 2021

Magnus Heunicke

/ Signe Struberga

Bekendtgørelse nr. 433 af 25. april 2023 om ændring af bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v.

§ 1

I bekendtgørelse nr. 657 af 28. juni 2019 om ret til sygehusbehandling m.v., som ændret ved bekendtgørelse nr. 1429 af 24. juni 2021, foretages følgende ændringer:

1. Indledningen affattes således:

»I medfør af § 8, stk. 2, § 10, § 11, § 75, stk. 2, § 76, § 78, stk. 1, § 78 a, stk. 2, § 81, stk. 4 og 5, § 82 a, stk. 4, § 82 b, stk. 3, § 86, stk. 2 og 3, § 87, stk. 6, § 89, stk. 5, § 89 a, stk. 2, § 90, stk. 3, § 91, § 195, stk. 1, § 225, stk. 1, § 235, stk. 3 og 4, og § 265, stk. 1, i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 248 af 8. marts 2023, og efter forhandling med justitsministeren, social- og boligministeren samt udlændinge- og integrationsministeren fastsættes:«

2. I § 12, stk. 2, nr. 3, ændres »§ 19, stk. 1« til: »§ 19, stk. 1, 1. pkt.«, og efter »inden for 1 måned,« indsættes: »jf. dog § 19, stk. 1, 2. pkt.,«.

3. I § 19, stk. 1, indsættes som 2. pkt.:

»For personer, som er henvist til sygehusbehandling og udredt i perioden fra den 1. juni 2023 til og med den 31. december 2024, er fristen efter 1. pkt. for somatisk behandling dog 2 måneder.«

§ 2

Bekendtgørelsen træder i kraft den 28. april 2023.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 25. april 2023

Sophie Løhde

/ Andreas Munk Gauger

Sundhedsdatastyrelsen
Ørestads Boulevard 5
2300 København S

T: 7221 6800
E: kontakt@sundhedsdata.dk