



2021

Takstsystem 2021

Vejledning



SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN

Udgiver	Datavarehus, Dokumentation og DRG
Ansvarlig institution	Sundhedsdatastyrelsen
Design	Sundhedsdatastyrelsen
Copyright	Sundhedsdatastyrelsen
Version	1.1
Versionsdato	5. august 2021
Web-adresse	www.sundhedsdata.dk
Titel	Takstsystem 2021

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
2.1.3	Sondring mellem behandlingsniveauer	11
2.2	Generelle afregningsregler	12
2.2.1	Betalingsforpligtelsen	12
2.2.2	Fravær under indlæggelse	12
2.2.3	Afgrænsning af ambulante besøg og sengedage	12
2.2.4	Raske ledsagere og nyfødte.....	12
2.2.5	Overgangsregler ved årsskifte	13
2.2.6	Pris- og lønregulering for takstsystem 2021	13
2.3	Lønsumsafgift	14
3.	Behandlinger på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau	15
3.1	Patienter behandlet på somatiske afdelinger	15
3.1.1	DRG-takster	15
3.1.2	Afregning af genoptræningsydelser	16
3.1.3	Aktivitet der ikke afregnes.....	17
3.2	Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger	17
4.	Behandlinger på højt specialiseret funktionsniveau	18
4.1	Betaling	18
4.2	Takstberegning	18
5.	Andre takstregler	20

5.1	Kommunal fuldfinansiering (KFF) - betaling for færdigbehandlede patienter, sengedage på hospice og specialiseret genoptræning.....	20
5.2	Udbetaling af lommepenge	20
6.	Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.	21
Bilag 1.	DRG-systemet	22
B1.1	DRG i Danmark.....	22
B1.2	Proces for udarbejdelse af et takstsystem.....	23
B1.3	Grupperingslogikken, Visual- og InteraktivDRG.....	23
B1.3.1	Tilordning af DRG-grupper	24
B1.3.2	VisualDRG	25
B1.3.3	InteraktivDRG	26
B1.4	Sammensætning og gruppering af et DRG-sygehusforløb.....	27
B1.4.1	DRG-kontakter i LPR3	27
B1.4.2	DRG-Sygehusforløb.....	27
B1.5	Dannelse af Omkostningsdatabasen	29
B1.5.1	Omkostningsberegninger for DRG-kontakter.....	30
B1.6	Takstberegningsmetoden	31
B1.6.1	Beregning af DRG-takster	31
Bilag 2.	Grupperingsændringer mellem DRG2020 og 2021.....	33
Bilag 3.	DRG-takster.....	36
B3.1	Navnestruktur	36
B3.2	DRG-takster og trimpunkter.....	38
B3.3	Særydelsesliste	68
Bilag 4.	Takster for genoptræningsydelser	69
Bilag 5.	Finansiering af sundhedsvæsenet	70
B5.1	Finansieringsmodellen.....	70
B5.2	Bloktilskud	70
B5.3	Nærhedsfinansiering	71
B5.4	Kommunal medfinansiering	71
B5.5	Mellemregional afregning	72
B5.6	Det fælles datagrundlag for afregning	72

Bilag 6. Takstbekendtgørelsen	74
Bilag 7. Sygehusbekendtgørelsen.....	78

1. Indledning

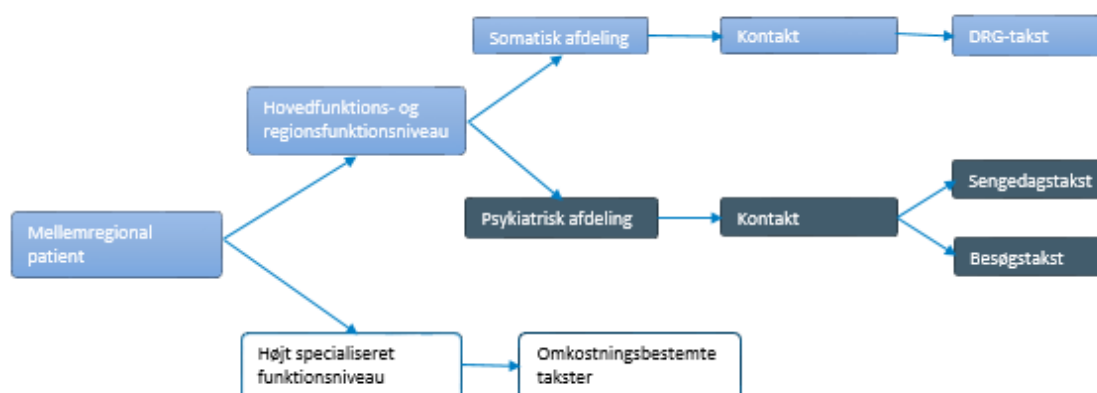
1.1 Vejledningens formål og baggrund

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. 290 af 16. april 2018 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 Sundhedsministeriet, 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 takststruktur¹



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 2021 er bygget op omkring den overordnede takststruktur i Takstbekendtgørelsen og gennemgår således afregningsreglerne for alle behandlingsniveauer og patientgrupper, som er gældende i 2021. 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 dannelse 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 2021 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 2020 til 2021 er listet i bilag 2. I bilag 3 til 4 findes oversigter over DRG-taksterne og genoptræningstaksterne for 2021,

¹ Med overgangen til LPR3 ophører den umiddelbare sondring mellem ambulante og stationære kontakter, men figuren er alene tiltænkt som en overordnet illustration af takststrukturen.

mens bilag 5 beskriver finansieringsmodellen for sygehusvæsenet, de enkelte finansieringsordninger samt det fælles datagrundlag for afregning, der ligger til grund for beregningen af finansieringen.

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 folkerasterregistreret 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 Danmark²

I sygehusbekendtgørelsens §§ 5–9 fastsættes regler for sygehusbehandling til patienter, der ikke har bopæl her i landet. Hovedreglen er, at en person uden bopæl her i landet har ret til akut sygehusbehandling i tilfælde af ulykke, pludselig opstået sygdom og fødsel eller forværring af kronisk sygdom m.v. på lige fod med personer, der har bopæl i den pågældende region. Der ydes

² Afsnittet er opdateret med gældende lovgivning pr. 1. juli 2021

endvidere fortsat sygehusbehandling i de tilfælde, hvor det ikke skønnes rimeligt at henvise patienten til behandling i hjemlandet. Regionen opkræver betaling for akut og fortsat sygehusbehandling 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 sundhedsydelser, givet til personer, der er offentligt sygeforsikrede i et andet EU-/EØS-land eller i Schweiz, refunderet fra den sikredes udenlandske sygeforsikring.

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 sygeforsikring, f.eks. en grænsearbejder, der arbejder i Tyskland (registreret i Udbetaling Danmark med blanket E106/S1) eller en person, der alene modtager tysk pension (registreret i Udbetaling Danmark med blanket E121/S1)
- 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 ydelsens art og opholdets forventede varighed (dokumenteres ved et EU-sygesikringskort). Nødvendig behandling er behandling, som kan forhindre, at personen er nødt til at tage hjem før planlagt
- 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 behandling i Danmark (dokumenteres ved blanket E112/S2)

Der opkræves ikke betaling for behandling af sikrede fra andre EU/EØS-lande og Schweiz, hvis Danmark har indgået en aftale om at undlade mellemstatslig afregning af behandlingsudgifter. Sådanne aftaler har Danmark indgået med de nordiske lande (Finland, Island, Norge og Sverige), Storbritannien, Irland og Portugal. 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 sikringsordninger³.

Refusion opkræves ved, at regioner og kommuner løbende indtaster regningerne i Styrelsen for Patientsikkerheds elektroniske indberetningssystem (E 125 - systemet).

³ De omtalte blanketter og EU-sygesikringskort anvendes ikke mellem de nordiske lande, bortset fra S3 og E112/S2.

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.

2.1.3 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.

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.

2.2 Generelle afregningsregler

2.2.1 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.

2.2.2 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.

2.2.3 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.

2.2.4 Raske ledsagere og nyfødte

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

2.2.5 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 2020 og udskrives/afsluttes i 2021, 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 2020/2021 og udskrives i 2021, afregnes således til 2021-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 2020 til 3. januar 2021, afregnes således med 2 senge-dage, opgjort efter sengedagstaksten for 2020, og 2 senge-dage, opgjort efter sengedagstaksten for 2021.

2.2.6 Pris- og lønregulering for takstsystem 2021

I forbindelse med fastsættelsen af årets takster fremskrives forrige års takster eller de bagved-liggende omkostninger med pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet. Til fremskrivningerne anvendes Finansministeriets justeringsfaktor for pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet ekskl. medicintilskud.

I Økonomiaftalen for 2021 er P/L-faktoren for 2021 sat til 1,3 pct., svarende til Finansministeriets P/L-faktor for 2021 opgjort pr. august 2020. 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 2021
P/L-faktor anvendt i Økonomiaftalen	1,3 pct.
P/L-faktor anvendt i justeringen af DRG-taksterne	1,3 pct.

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

Takster	P/L-faktor
Langliggertakst/Færdigbehandlede/Hospice	

Lofter i kommunal medfinansiering	
Besøgs- og sengedagstakster på det psykiatriske område	
Fritvalgsrammer for privat sygehuse	Den i Økonomiaftalen fastsatte P/L-faktor (ekskl. medicintilskud) 1,3 pct.
Genoptræning	
Særydelser	
Lommepenge (beløb til personlige fornødenheder til personer, der ikke oppebærer pension eller anden indkomst under længerevarende indlæggelser)	
De tilrettede driftsudgifter	

2.3 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-markedsomte forpligtelser, er undtaget fra lønsumsafgift, da det er en del af de interne ressourceallokeringer i det offentlige sundhedssystem og således ikke et markedsomt 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. 239 af 7. marts 2017.

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 2021 til takstsystem 2021 kan hentes på www.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 (tegnsprøgstolk er ikke inkluderet), grundet et EU-direktiv om fri patientbevægelighed. Takster og beløbsangivelser, der er gengivet i teksten samt i Bilag 3 og Bilag 4, er anført i 2021 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 2.155 kr. pr. sengedag (2021 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 12 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 12 timer, anses aktiviteten ligeledes som et selvstændigt DRG-sygehusforløb.

Fra og med 2017 beregnes kommunal medfinansiering via regionsudskrivinger. Herved sammenkædes tidsmæssigt sammenhængende sygehusudskrivinger på offentlige sygehuse inden for en region til én regionsudskriving.

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 2.155 kr. (2021 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 kontaktdage og liggedage

Begrebet *kontaktdage* er defineret ved antallet af dage, 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.

Kontaktdage 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 genoptræningsydelse

Omkostninger til genoptræningsydelse 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 genoptræningsydelse 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 2021.

3.1.3 Aktivitet der ikke afregnes

For DRG2021 er aktivitet, der ikke afregnes, angivet med typekoden UA. Der afregnes som nævnt i afsnit 2.2.4 ikke for raske nyfødte samt for de grupper, der fremgår i Tabel 3 nedenfor.

Tabel 3 Grupper der ikke afregnes i DRG2021

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	Assistancer fra specialer, som ikke afregnes eller ikke kan afregnes, da proceduren ikke er takstbærende.
70UA04	Hjertedød i henhold til sundhedsloven § 176 eller Dødfødt barn
90UA01*	Flere besøg pr. patient pr. dag pr. afdeling, som ikke afregnes. Optræder kun på kontaktniveau
90UA03*	Henvvisning til pakkeforløb start uden fremmøde - skal ikke afregnes.
90UA04	Assistancer fra specialer, som ikke afregnes.
90UA05	Betalt af forskningsmidler
90UA06*	Rask ledsager
90UA07*	Flyttet til DRG LPR3

Note: Grupper markeret med * anvendes kun i LPR2-data.

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 3.885 kr. (2021 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 1.944 kr. (2021 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 9, stk. 4.

Ambulant behandling og indlæggelser defineres i henhold til de definitioner, som er beskrevet i afsnit 2.2.3.

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 færdigbehandlingsdage 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 2021 udgør med den anførte pris- og lønregulering maksimalt 2.155 kr.

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

5.2 Udbetaling af lommepenge

I henhold til Sundhedslovens § 91 fastsætter 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 Sundheds- og Ældreministeriet.

Taksten er 1.546 kr. pr. måned for 2021 (2021 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. 1348 af 9. december 2019 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.

	2021 P/L-niveau
Sankt Lukas Hospice	18,7
Diakonissestiftelsens Hospice	18,7
Sct. Maria Hospice	18,7
OASIS	20,3
RCT-København	21,5
RCT-Jylland	14,6
Epilepsihospitalet i Dianalund	87,1
Sclerosehospitalet i Haslev og Ry	77,7
Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium	33,5
Center for sundhed og træning i Middelfart	14,4
Center for sundhed og træning i Århus	16,4
Center for sundhed og træning i Skælskør	22,3
RehabiliteringsCenter for Muskelsvind	24,2
Vejlefjord	17,5
Center for Hjerneskade	9,6
Øfeldt Centrene	19,0

Note: Regioners pligt til at yde vederlagsfri behandling ved Sclerosehospitalet i Haslev og Ry udgør ud over den i § 1 fastsatte årlige økonomiske ramme 9,0 mio. kr. i årene 2017, 2018 og 2019 samt 11,0 mio. kr. i 2020, 0,5 mio. kr. i årene 2017, 2018, 2019 og 2020 ved Vejlefjord samt 0,5 mio. kr. i årene 2017, 2018, 2019 og 2020 ved Center for Hjerneskade, jf. bekendtgørelse nr. 1348 af 9. december 2019, §§ 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 gråzone⁴) 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

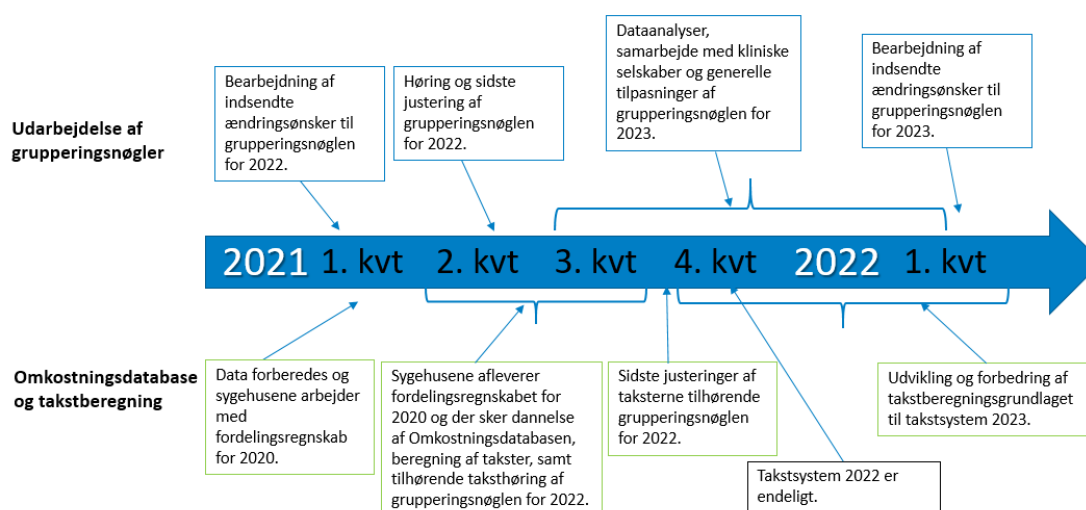
⁴ En gråzonegruppe skelner ikke mellem ambulant og stationær aktivitet. Uanset patienttype er det muligt at gruppere til gruppen.

eller ambulant, og om en aktivitet er udført på stamafdelingen eller som en 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 DRG2021 er der 959 grupper. Ændringerne mellem DRG2020 til DRG2021, er beskrevet i Bilag 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 2021 og starten af 2022. I den periode arbejder SDS på takstsystemerne 2022 og 2023. 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 www.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 ondartet svulst (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.

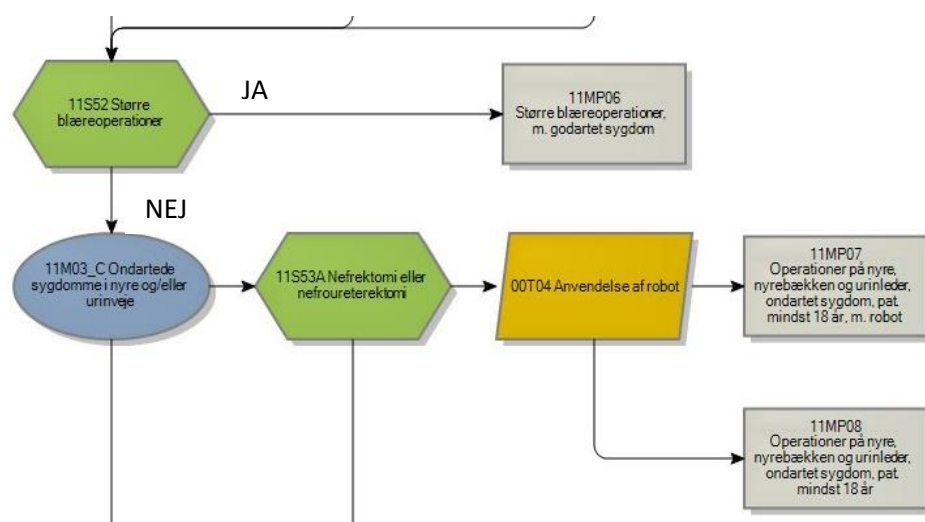
Ud fra indholdet i logiktabellerne dannes softwareprogrammet DRG-grupper. Grupperen gør det muligt at gruppere en stor mængde data. Dette kræver dog, at data til inputfilerne er tilpasset en fast skabelon.

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 VisualDRG2018



I VisualDRG kan der eksempelvis gives svar på følgende spørgsmål:

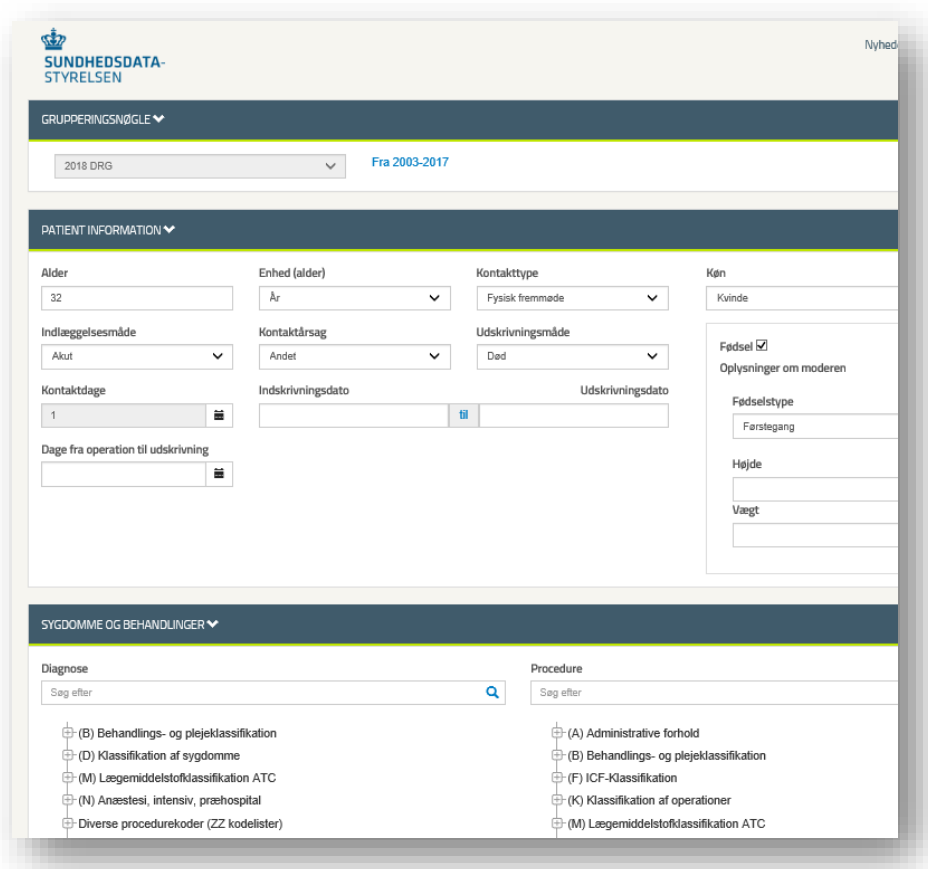
- Hvor har procedurekoden *KNFA00 - Perkutan eksploration i bløddele i hofte eller lår* betydning?
- Hvilke kriterier skal være opfyldt for at blive grupperet til DRG-gruppen *03MP13 - Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled*?
- Hvad er taksten for DRG-gruppe *06MP17 - Fjernelse af blindtarm,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

Bilagsfigur 3 Udsnit fra InteraktivDRG



The screenshot displays the InteraktivDRG web application interface. At the top, there is a header with the SUNDHEDSDATA-STYRELSEN logo and a 'Nyhed' link. Below the header, a 'GRUPPERINGSNØGLE' section contains a dropdown menu set to '2018 DRG' and a link 'Fra 2003-2017'. The main section is titled 'PATIENT INFORMATION' and contains several input fields and dropdown menus for patient data: 'Alder' (32), 'Enhed (alder)' (År), 'Kontaktstype' (Fysisk fremmede), 'Køn' (Kvinde), 'Indlæggelsesmåde' (Akut), 'Kontaktårsag' (Andet), 'Udskrivningsmåde' (Død), 'Kontakt dage' (1), 'Indskrivningsdato', 'Udskrivningsdato', 'Dage fra operation til udskrivning', 'Fødsel' (checked), 'Oplysninger om moderen', 'Fødselstype' (Førstegang), 'Højde', and 'Vægt'. Below this, the 'SYGDOMME OG BEHANDLINGER' section contains two columns: 'Diagnose' and 'Procedure'. Each column has a search bar and a list of categories with expandable icons. The 'Diagnose' categories are: (B) Behandlings- og plejeklassifikation, (D) Klassifikation af sygdomme, (M) Lægemiddelstofklassifikation ATC, (N) Anæstesi, intensiv, præhospital, and Diverse procedurekoder (ZZ kodelister). The 'Procedure' categories are: (A) Administrative forhold, (B) Behandlings- og plejeklassifikation, (F) ICF-Klassifikation, (K) Klassifikation af operationer, and (M) Lægemiddelstofklassifikation ATC.

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 12 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 sygdomsforløb⁵
- Starttidspunktet for en DRG-kontakt ligger max 12 timer efter det seneste sluttidspunkt for foregående DRG-kontakt i DRG-sygehusforløbet
- DRG-kontakter kan kun danne DRG-sygehusforløb, hvis de har samme DRG-forløbstype⁶

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

⁵ 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)'

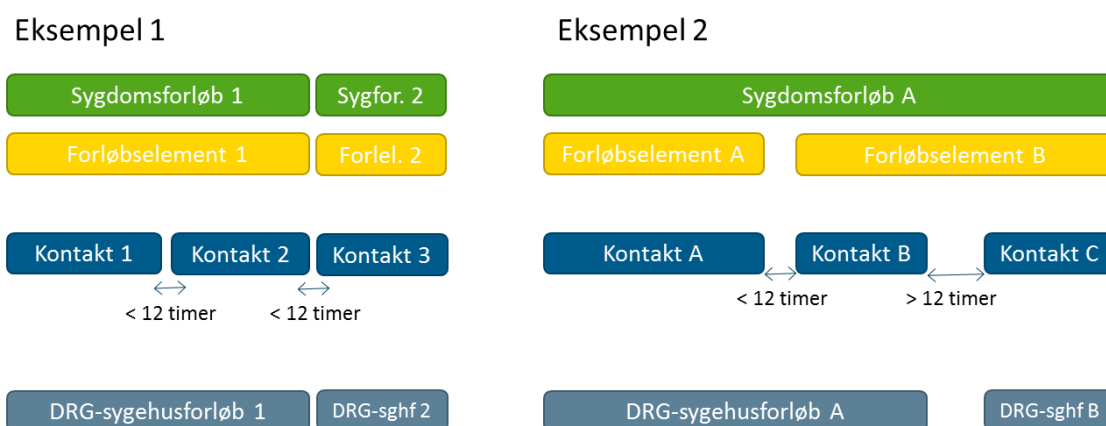
⁶ Der findes visse DRG-kontakter, der markeres, således at de ikke indgår i DRG-sygehusforløb med andre DRG-kontakter. Dette drejer sig om følgende typer DRG-kontakter

- 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 12 timer mellem sluttidspunkt for den første og starttidspunkt for den sidste. I DRG2018 ville disse 3 kontakter danne ét DRG-sygehusforløb. Med LPR3 deles det 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



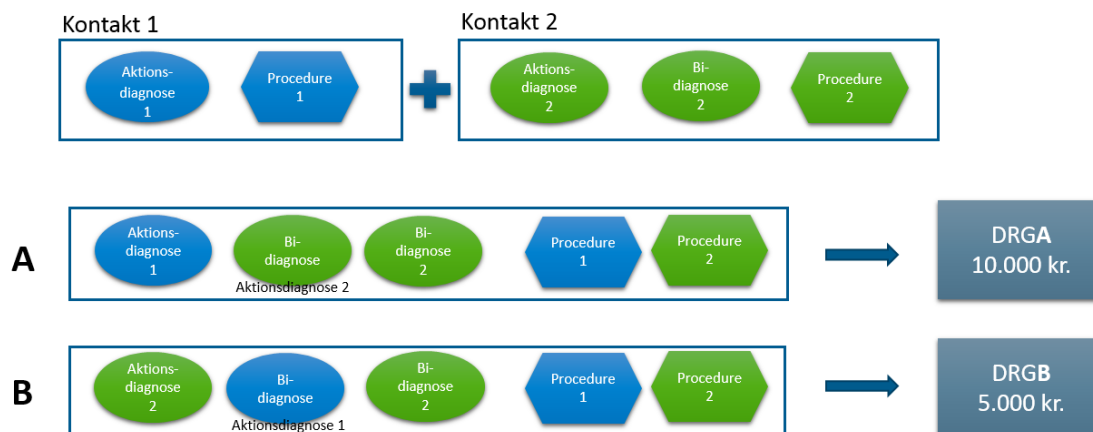
Et DRG-sygehusforløb består af alle diagnoser og procedurekoder, som er udført inden for det givne tidsinterval, hvorfor der er mulighed for flere aktionsdiagnoser i det enkelte DRG-sygehusforløb. Der skal foretages et valg mellem mulige aktionsdiagnoser, da kun én kan være gældende for DRG-sygehusforløbet.

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 grupperes 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 Landspati-entregistret/de patientadministrative systemer 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. Bemærk, at der ekstraordinært for takstsystem 2021 blev anvendt omkostninger og aktivitet for 2017 og 2018, idet fordelingsregnskaberne for 2019 ikke blev lavet.

Bilagstabel 2 viser udbygningen af takstberegningsgrundlaget for de seneste otte år. Fra 2000 til 2006 blev der anvendt et års omkostningsdatabase som takstberegningsgrundlag, mens der fra 2007 og frem er blevet anvendt to års omkostningsdatabaser som takstberegningsgrundlag. Bilagstabel 2 viser for hvert takstår, hvor stor en andel af de samlede kontakter, der er dækket af de anvendte omkostningsdatabaser, og hvor høj den anslåede dækningsgrad er i pct.

Bilagstabel 2 Oversigt over indholdet i takstberegningsgrundlaget

Takstår	Antal kontakter der er dækket af takstberegningsgrundlaget		Anslået dækningsgrad i pct.	
	Stationære kontakter	Ambulante besøg	Stationær	Ambulant
2013	2.285.502	18.648.057	86	79
2014⁷	2.324.966	18.952.138	86	73
2015	2.494.953	22.783.373	91	84
2016	2.494.953	22.783.373	91	84
2017	2.622.647	25.032.611	94	82
2018	28.556.103		99	
2019	29.894.386		99	
2020	32.354.673		99	
2021	32.354.723		100	

B1.5.1 Omkostningsberegninger for DRG-kontakter

Omkostningerne ved det enkelte patientforløb for sengeafdelinger kan opdeles i en sengedagsafhængig komponent og en ydelseskompont. Ydelseskomponten svarer til den andel af omkostningerne, der kan henføres til de enkelte patientforløb via ydelsesregistreringerne. Udgiften til ydelseskomponten 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 ambulante specialespecifikke vægtningsystemer. Disse vægtningsystemer er lavet på baggrund af, hvor tidskrævende de enkelte procedurer er. Hertil tillægges der også en ydelseskompont på samme vis som beskrevet ovenfor.

Der er til taksterne for 2021 anvendt ambulante specialespecifikke vægtningsystemer inden for følgende specialer.

- Anæstesiologi
- Arbejdsmedicin
- Dermato-venerologi
- Gynækologi og obstetrik
- Hæmatologi

⁷ Antallet af kontakter, der er dækket af omkostningsdatabasen for 2014, er dannet på baggrund af en tilrettet version af omkostningsdatabasen.

- > Intern medicin
- > Kir. gastroenterologi
- > Klinisk fysiologi og nuklearmedicin
- > Med. allergologi
- > Med. endokrinologi
- > Med. lungesygdomme
- > Nefrologi
- > Neurologi
- > Oftamologi
- > 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. 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.

De offentlige sygehuses samlede produktionsværdi beregnet med takstsystem 2021 er således tilpasset de samlede tilrettede driftsudgifter for offentlige sygehuse for 2019 fremskrevet til 2021 P/L-niveau.

Bilag 2. Grupperingsændringer mellem DRG2020 og 2021

Ændringer implementeret mellem DRG2020 og DRG2021 består af ændringsønsker til 2021, høringssvar til DRG2021, samt tidligere modtagne høringssvar og ændringsønsker, som ikke har været endelig afsluttet.

Den fulde liste af ændringsforslag samt høringssvar kan findes på www.drg.dk.

Bilagstabel 3 er en samlet oversigt over de ændringer, der er foretaget til DRG2021. Oversigten indeholder to ændringstyper 'Gruppe lukket' og 'Ændring i gruppe'. Der vil under 'Kommentar' være anført følgende under ændringstyperne:

- Gruppe lukket
 - Er gruppen lagt sammen med andre grupper og i så fald hvilke, eller er gruppen blot lukket
- Ændring i gruppe
 - Hvilke ændringer er der sket med gruppen

Hvis der under ændringstype er angivet 'Gruppe lukket', da er DRG-gruppen anført med DRG2020 navngivning. Ved 'Ændring i gruppe' er DRG-gruppen angivet med DRG2021 navngivning. Under 'Kommentar' er grupper angivet med DRG2021 navngivning.

Oversigten er opdelt efter specifikation, der er den overordnede opdeling af DRG-grupperne. Specifikation er MDC-relateret eller på anden måde klinisk sammenhængende.

Bilagstabel 3 Oversigt over ændringen mellem DRG2020 og DRG2021

Æn- drings- type	DRG-gruppe <i>DRG2020/DRG2021 afhængig af værdi under 'Ændringstype'</i>	Kommentar <i>Grupper angivet med DRG2021 navngivning.</i>
Specifikation 02 - Øjensygdomme		
Ændring i gruppe	Flere - Alle grupper under specifikation 02 med krav om generel anæstesi	Tilføjet ekstra regler, så der grupperes til grupperne uanset om generel anæstesi er registreret som tillægs-kode eller procedure.
Specifikation 03 - Øre-, næse- og halssygdomme		
Ændring i gruppe	03MP13 Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled 03MP20 Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber	Tilføjet ekstra regler, så der grupperes til grupperne uanset om generel anæstesi er registreret som tillægs-kode eller procedure.
Specifikation 05 - Sygdomme i kredsløbsorganerne		
Ændring i gruppe	05TE01 ICD, Pacemaker eller Loop Recorder kontrol, telemedicin	Procedurerne ZZ4020, ZZ4030, ZZ4050, ZZ4051, ZZ4052 samt ZZ4052A er tilføjet i gruppen.

Specifikation 06 - Sygdomme i fordøjelsesorganerne		
Ændring i gruppe	06MP31 Andre operationer og behandlinger på fordøjelsesorganer m. kompl. bidiag.	Proceduren BIXY3 er tilføjet og gruppen har ændret navn.
	06MP32 Andre operationer og behandlinger på fordøjelsesorganer u. kompl. bidiag.	Proceduren BIXY3 er tilføjet og gruppen har ændret navn.
Specifikation 07 - Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel		
Ændring i gruppe	07MP01 Bugspytkirtel- og leveroperationer samt udredning for levertransplantation	Procedurerne BWGG2A og KJAL96A er tilføjet i gruppen.
Specifikation 09 - Sygdomme i hud, underhud og mamma		
Ændring i gruppe	Alle grupper hvor det generelle MDC09 krav er gældende.	Diagnoserne DS617A og DS617B er tilføjet specifikation 09.
Specifikation 10 - Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme		
Ændring i gruppe	10TE01 Telemedicinsk diabeteskontrol	Proceduren BBHF02 er tilføjet i gruppen.
Specifikation 12 - Sygdomme i mandlige kønsorganer		
Ændring i gruppe	12MA02 Andre sygdomme, mistanke om sygdom, eller symptomer fra mandlige kønsorganer	Diagnoserne DS417, DS617A og DS617B er fjernet fra gruppen.
Specifikation 15 - Sygdomme i perinatalperioden		
Ændring i gruppe	15MP01 Død eller overflyttet inden for 1 dag	Redundante regler samt regler med krav om behandling over 1 dag er slettet. Gruppen har ændret navn.
Specifikation 17 - Svulster i lymfatisk og bloddannende væv		
Ændring i gruppe	17MP04 - Komplex svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi	Krav om kontaktdag > 1 er tilføjet gruppen.
	17MP05 - Komplex svampebehandling	Krav om kontaktdag > 1 er tilføjet gruppen.
Specifikation 21 - Ulykkestilfælde og forgiftninger		
Ændring i gruppe	21MP04 - Traumemodtagelse	Diagnosen DS417 er tilføjet grupperne.
	21MA06 - Traume	
Specifikation 34 - Medicinsk behandling		
Ændring i gruppe	34PR08 Medicin-behandling, grp. 8	Proceduren BBHM1 er tilføjet gruppen.
	34PR**	Tilretning i tællekoderne.
Specifikation 38 - Præntale foranstaltninger		
Gruppe lukket	38PR02 Barn over 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik	Lagt sammen med 38PR01.
Flere		
Ændring i gruppe	Flere - Koderne er ikke indekserede, hvilket vil sige, at de ikke kan indberettes til LPR3.	Koderne BED, BEH, BEOA, BEP, BEX, BEXY, BFCA, BJXB, BLN, BLNN, BLNO, BOUW, KNDJ2, KNDK9, KUEL, BEV, BEVA. BEVB er fjernet.

Note: Lukket gruppe er angivet med DRG2020 navngivning, men alle øvrige henvisninger er til DRG2021 navngivning.
Se liste af alle ændringsforslag og hørringssvar på www.drg.dk

Bilag 3. DRG-takster

Af Bilag 3 fremgår takster og trimpunkter for DRG2021 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 SSTTLL. 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 4 er der en oversigt over specifikationer i DRG-navnene.

Bilagstabel 4 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
39	Tværfaglig udredning og behandling af særlige patientgrupper
40	Fysio- og ergoterapi
48	Diverse behandlinger
49	Diverse procedurer
60	Telemedicin
65	Telefon- og emailkonsultation
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 5 er der en oversigt over specifikationer i DRG-navnene.

Bilagstabel 5 Oversigt over type

Type	Navn
AK	Akutgrupper
HJ	Hjemmebesøgsgrupper
MA	MDC specifikke diagnosegrupper
MP	MDC specifikke proceduregrupper

Type	Navn
OP	Opsamling/øvrige grupper
PR	Proceduregrupper
SP	Sammedagspakker
TE	Telemedicinske, Telefon- og emailkonsultationsgrupper
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 6 viser takster og trimpunkter for de MDC-specifikke DRG-grupper og Bilagstabel 7 for øvrige grupper. For information om kontaktdagskrav henvises til VisualDRG eller oversigt over taksterne på hjemmesiden www.drg.dk.

Bilagstabel 6 Takster og trimpunkter for de MDC-specifikke DRG-grupper

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
Specifikation 01 - Sygdomme i nervesystemet			
01MA01	Svulster i nervesystemet, pat. mindst 18 år	43.235	15
01MA02	Sygdomme og skader på rygmarven	66.938	9
01MA03	Infektion i nervesystemet ekskl. virus meningit	56.139	21
01MA04	Sygdomme i hjernenerver og perifere nerver	26.263	6
01MA05	Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne	35.469	9
01MA06	Degenerative sygdomme i nervesystemet	29.959	9
01MA07	Dissemineret sklerose og cerebellar ataxi	40.774	6
01MA08	Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. under 1 år	12.017	1
01MA09	Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. 1-17 år	3.122	1
01MA10	Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. mindst 18 år	19.550	4
01MA11	Hovedtraumer ekskl. hjernerystelse	28.866	9
01MA12	Hjernerystelse	4.536	1
01MA13	Forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne og okklusion af præcerebrale arterier	20.374	4
01MA14	Feberkramper, pat. 0-17 år	9.116	1
01MA15	Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. mindst 18 år	26.027	9
01MA16	Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. 0-17 år	2.932	1
01MA17	Andre uspecifikke sygdomme i nervesystemet	22.708	6
01MA18	Observation for sygdom i nervesystemet	21.318	6

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
01MA98	MDC01 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	3.353	1
01MA99	MDC01 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.298	1
01MP01	Instrumenteret stabilisering af hvirvelsøjle ved sygdomme i nervesystemet	169.361	18
01MP02	Rygmarvsoperationer	94.052	13
01MP03	Carotiskirurgi	67.365	7
01MP04	Indgreb på karpaltunnel	4.527	1
01MP05	Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, m. kompl. bidiag.	52.631	14
01MP06	Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, u. kompl. bidiag.	19.645	1
01MP07	Behandling med højdosis immunglobulin ved sygdom i nervesystemet	98.302	16
01MP08	Medicinske sygdomme i nervesystemet med dialyse	62.399	20
01MP09	Medicinske sygdomme i nervesystemet med plasmaferese	57.384	29
01MP10	Udredning med lumbal perfusionsmåling	13.581	1
01MP11	Trombolyselbehandling af akut apopleksi	32.320	4
01MP12	Video-EEG døgnmonitorering	62.483	1
01PR01	Fjernelse el. behandling af nerve	8.896	1
01PR02	Neurorehabilitering og rygmarvsskader	2.400	1
01PR03	Kontrol af medicinpumpe	2.352	1
01SP01	Sammedagspakke: Blodprop i hjernen, udredning	4.977	1
Specifikation 02 - Øjensygdomme			
02MA01	Øvrige indlæggelser eller besøg ved øjensygdomme	964	1
02MP01	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	25.247	4
02MP02	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	18.439	1
02MP03	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer	14.100	1
02MP04	Dobbelt-operationer, øjenmuskler, hornhinde og sklera	19.419	1
02MP05	Hornhindetransplantation	26.627	1
02MP06	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	22.593	4
02MP07	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	15.395	1
02MP08	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, m. generel anæstesi	15.970	1
02MP09	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi	6.658	1
02MP10	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, m. generel anæstesi	11.641	1
02MP11	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi	3.103	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
02MP12	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	14.838	1
02MP13	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	5.007	1
02MP14	Større operationer, hornhinde og sclera	5.924	1
02MP15	Større operationer, øvrige, m. generel anæstesi	11.057	1
02MP16	Større operationer, øvrige, u. generel anæstesi	3.859	1
02MP17	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	8.882	1
02MP18	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	3.889	1
02MP19	Grå stær operationer med toriske linser	4.059	1
02MP20	Grå stær operationer, m. generel anæstesi	6.228	1
02MP21	Grå stær operationer, u. generel anæstesi	3.036	1
02MP22	Mindre operationer, øvrige, m. generel anæstesi	5.584	1
02MP23	Mindre operationer, øvrige, u. generel anæstesi	3.698	1
02MP24	Laserbehandling	2.104	1
02PR01	Øjenundersøgelse, mindre	1.028	1
02SP01	Sammedagspakke: Injektion, angiostatisk lægemiddel, m. øjenundersøgelse	7.133	1
02SP02	Sammedagspakke: Injektion, øvrige lægemidler, m. øjenundersøgelse	3.327	1
02SP03	Sammedagspakke: Laserbehandling, m. øjenundersøgelse	2.483	1
02SP04	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere større	3.135	1
02SP05	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, større + mindre	2.350	1
02SP06	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere mindre	1.559	1
Specifikation 03 - Øre-, næse- og halssygdomme			
03MA01	Ondartede sygdomme i øre, næse, mund og hals inkl. strube, pat. mindst 18 år	34.204	11
03MA02	Svimmelhed	5.091	1
03MA03	Næseblødning	9.418	1
03MA04	Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	23.756	9
03MA05	Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	15.166	4
03MA06	Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. 0-17 år	5.277	1
03MA07	Luftrørskatar	7.791	1
03MA08	Næsetraume og næsedeformitet	1.147	1
03MA09	Andre sygdomme i øre, næse, mund og hals	1.186	1
03MA10	Observation for ondartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	2.624	1
03MA11	Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	2.951	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
03MA12	Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. 0-17 år	3.594	1
03MA98	MDC03 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.862	1
03MA99	MDC03 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.366	1
03MP01	Indsættelse af cochleart implantat, dobbeltsidigt	328.734	4
03MP02	Indsættelse af cochleart implantat, enkeltidigt	172.105	1
03MP03	Tracheostomi ved mundhule- og halssygdomme	128.310	27
03MP04	Operationer på hoved og hals, kategori 1-3, m. robot	126.583	12
03MP05	Operationer på hoved og hals, kategori 1	79.116	14
03MP06	Operationer på hoved og hals, kategori 2	61.029	14
03MP07	Operationer på hoved og hals, kategori 3	32.479	4
03MP08	Operationer på hoved og hals, kategori 4	9.222	1
03MP09	Større kæbeoperationer	59.905	6
03MP10	Operation for læbe-ganespalte og choanal atresi	100.041	7
03MP11	Kombinerede rekonstruktive operationer på over- og underkæbe	51.719	4
03MP12	Frakturkirurgi på kæbe eller kæbeled	29.578	4
03MP13	Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled	34.943	1
03MP14	Operationer på øre, kategori 1	23.002	1
03MP15	Operationer på øre, kategori 2	13.482	1
03MP16	Operation på næse, kategori 1	52.663	1
03MP17	Operation på næse, kategori 2	40.968	1
03MP18	Operation på næse, kategori 3	21.863	1
03MP19	Operation på næse, kategori 4	6.689	1
03MP20	Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber	7.850	1
03MP21	Operationer på spytkirtler	27.961	1
03MP22	Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer	8.338	1
03MP23	Endoskopier af luftveje og spiserør	8.882	1
03MP24	Andre operationer på øre, næse, mund og hals	29.053	6
03PR01	Tandbehandling, svær	3.227	1
03PR02	Tandbehandling, middel	2.465	1
03PR03	Tandbehandling, let	1.064	1
03PR04	Procedure på øre, næse el. hals, kompliceret	4.235	1
03PR05	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	2.651	1
03PR06	Øre, næse eller hals skopier	3.359	1
03PR07	Udskiftning af processor i cochleart implantat	79.930	1
03PR08	Kontrol af cochleart implantat	1.071	1
03PR09	Audiologisk udredning, diagnostiske procedurer, pat. 0-2 år	4.417	1
03PR10	Audiologi	2.354	1
03PR11	Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage	481	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
03SP01	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl.	5.517	1
03SP02	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl. + ukompl.	4.627	1
03SP03	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, ukompl.	3.738	1
03SP04	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. mindst 18 år	2.122	1
03SP05	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. 0-17 år	3.248	1
03SP06	Sammedagspakke: Svimmelhed, udredning	3.105	1
03SP07	Sammedagspakke: Udredning og diagnosticering af manglende lugte- og smagssans	8.318	1
Specifikation 04 - Sygdomme i åndedrætsorganerne			
04MA01	Tilstand med transplanteret lunge	24.711	1
04MA02	Søvnapnø	2.382	1
04MA03	Tuberkulose uden operation	61.673	31
04MA04	Lungeemboli	31.012	11
04MA05	Infektioner og betændelse i luftveje, pat. mindst 65 år	51.542	18
04MA06	Infektioner og betændelse i luftveje, pat. 0-64 år	50.141	17
04MA07	Svulster i luftveje, behandling uden komplikationer, pat. mindst 18 år	44.895	14
04MA08	Større thoraxskader	32.120	11
04MA09	Pleuritis exsudativa	34.259	14
04MA10	Lungeødem og respirationssvigt	34.107	11
04MA11	Obstruktive lungesygdomme, pat. mindst 60 år	27.188	9
04MA12	Obstruktive lungesygdomme, pat. 0-59 år	21.413	6
04MA13	Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år	36.514	12
04MA14	Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år	25.695	9
04MA15	Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, m. kompl. bidiag.	36.133	12
04MA16	Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, u. kompl. bidiag.	19.601	6
04MA17	Interstitielle lungesygdomme	41.260	16
04MA18	Pneumothorax, m. kompl. bidiag.	49.053	15
04MA19	Pneumothorax, u. kompl. bidiag.	33.432	11
04MA20	Bronkit og astma, pat. mindst 60 år	21.033	6
04MA21	Bronkit og astma, pat. 0-17 år, komplicerede	31.759	10
04MA22	Bronkit og astma, pat. 0-59 år	14.880	4
04MA23	Symptomer fra luftveje	19.691	4
04MA24	Andre sygdomme i luftveje	23.580	6
04MA25	Cystisk fibrose	70.462	29
04MA26	Observation for sygdom i åndedrætsorganerne	23.943	6
04MA98	MDC04 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.732	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
04MA99	MDC04 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.183	1
04MP01	Særligt store thoraxoperationer	245.396	41
04MP02	Større thoraxoperationer	96.211	13
04MP03	Respiratorbehandling ved sygdomme i luftvejene	90.727	16
04MP04	NIV-behandling ved sygdomme i luftvejene	51.463	16
04MP05	Andre operationer på luftveje	41.885	9
04MP06	Kompleks søvnudredning	15.506	1
04MP07	Simpel søvnudredning	4.410	1
04MP08	Medicinske sygdomme i åndedrætsorganerne med dialyse	54.621	17
04MP09	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. rigid bronkoskopi, pat. mindst 18 år	6.322	1
04MP10	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. fleksibel bronkoskopi, pat. mindst 18 år	16.928	1
04MP11	Interstitielle lungesygdomme, udredning	14.606	1
04MP12	Andre sygdomme i luftveje, udredning	10.300	1
04PR01	Udlevering af CPAP-apparatur	8.121	1
04PR02	Kontrol eller justering af CPAP-behandling	2.128	1
04SP01	Sammedagspakke: Lungesygdomme, udredning	2.956	1
04TE01	KOL, telemedicin	1.285	1
04TE02	Telemedicinsk kontrol af CPAP udstyr	396	1
Specifikation 05 - Sygdomme i kredsløbsorganerne			
05MA01	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation	18.295	7
05MA02	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation	9.255	4
05MA03	Stabil iskæmisk hjertesygdom/brystsmerter	2.672	1
05MA04	Hjertesvigt og shock	33.642	12
05MA05	Erhvervede hjerteklapsygdomme	27.518	11
05MA06	Medfødte hjertesygdomme	2.393	1
05MA07	Hjerterytmie og synkope	15.488	4
05MA08	Andre hjertesygdomme	1.837	1
05MA09	Endocarditis	115.791	46
05MA10	Årebetændelse i de dybe vener	1.886	1
05MA11	Hypertension	14.155	4
05MA12	Perifer karsygdom	20.692	6
05MA13	Andre kredsløbsdiagnoser	84.716	42
05MA14	Rehabilitering efter hjertetilfælde	20.946	7
05MA15	Observation for sygdom i kredsløbsorganerne	4.684	1
05MA98	MDC05 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.153	1
05MA99	MDC05 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.085	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
05MP01	Indsættelse af mekanisk hjerte	1.819.266	119
05MP02	Hjertetransplantation	931.369	46
05MP03	Hjerteoperation med dialyse	672.471	52
05MP04	Hjerteoperation med implantation af ICD	464.175	29
05MP05	Sternuminfektion	301.703	116
05MP06	Medfødte hjertesygdomme med hjerteoperation	163.122	15
05MP07	Kombinerede hjerteoperationer	305.309	16
05MP08	Hjerteklap-operation, m. stentklap	231.502	11
05MP09	Perkutan indsættelse af mitralclip	209.177	8
05MP10	Hjerteklap-operation	169.176	15
05MP11	By-pass-operation	150.502	11
05MP12	Reoperationer efter hjerteoperation	175.277	32
05MP13	Andre hjerteoperationer	78.446	4
05MP14	Implantation af ICD med udvidelse af koronararterie	178.536	23
05MP15	Implantation af ICD	170.595	6
05MP16	Endovaskulær stentgraft	157.135	7
05MP17	Amputationer, m. cirkulationssvigt, ekskl. arme, hænder og tæer	120.470	26
05MP18	Amputationer, m. cirkulationssvigt, arme, hænder og tæer	38.045	11
05MP19	Mindre operationer på kredsløbsorganerne	126.165	25
05MP20	Større central karkirurgi	171.099	20
05MP21	Central karkirurgi	131.863	16
05MP22	Større perifer karkirurgi	125.364	15
05MP23	Perifer karkirurgi	89.351	11
05MP24	Mindre perifer karkirurgi	53.118	9
05MP25	Dobbelt endovaskulær behandling m. stent	65.387	1
05MP26	Endovaskulær behandling m. stent	45.470	1
05MP27	Endovaskulær behandling u. stent	38.154	4
05MP28	Anlæggelse af dialysefistel	21.833	1
05MP29	Varicebehandling, kompliceret	14.996	1
05MP30	Varicebehandling, ukompliceret	9.377	1
05MP31	Andre kredsløbsoperationer	78.709	19
05MP32	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. C	99.469	7
05MP33	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. B	51.524	4
05MP34	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. A	28.000	9
05MP35	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. C	91.602	10
05MP36	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. B	48.574	6
05MP37	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. A	22.705	6
05MP38	Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	37.460	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
05MP39	Stabil iskæmisk hjertesygdom eller medfødte hjertesygdomme, pat mindst 15 år, proceduregrp. A	12.388	1
05MP40	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. C	72.846	9
05MP41	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. B	50.481	6
05MP42	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. A	30.433	1
05MP43	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. B og/eller C	38.860	4
05MP44	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. A	15.464	1
05MP45	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. C	91.940	2
05MP46	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. B	54.327	2
05MP47	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. A	37.803	6
05MP48	Hjertearytmi og synkope, m. særlig ablation og computermapping	96.124	1
05MP49	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C	46.927	4
05MP50	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B	33.798	6
05MP51	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. A	18.627	1
05MP52	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. C	81.370	15
05MP53	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. B	34.010	4
05MP54	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. A	15.714	1
05PR01	Operation på kar el. lymfesystem	7.689	1
05PR02	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem med ultralyd	4.995	1
05PR03	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem uden ultralyd	4.995	1
05PR04	Kardiologisk undersøgelse, kompliceret	2.820	1
05PR05	Kardiologisk undersøgelse, udvidet	1.823	1
05SP01	Sammedagspakke: Lille Cardiologisk sammedagsudredningspakke	3.912	1
05SP02	Sammedagspakke: Mellem Cardiologisk sammedagsudredningspakke	4.352	1
05SP03	Sammedagspakke: Stor Cardiologisk sammedagsudredningspakke	7.795	1
05TE01	ICD, Pacemaker eller Loop Recorder kontrol, telemedicin	1.133	1
05TE02	AK-behandling, telemedicin	237	1
Specifikation 06 - Sygdomme i fordøjelsesorganerne			
06MA01	Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne m. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	41.596	17
06MA02	Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne u. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	36.988	14
06MA03	Mavesår, komplicerede	43.831	19
06MA04	Mavesår, ukomplicerede	27.284	9
06MA05	Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	28.340	9
06MA06	Passagehindring i mavetarmkanal	26.074	9
06MA07	Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	21.420	6
06MA08	Inflammatoriske tarmsygdomme	31.883	11
06MA09	Blødning fra mave-tarmkanal, pat. 0-17 år	5.508	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
06MA10	Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	22.115	9
06MA11	Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	5.130	1
06MA12	Gastroenteritis infectiosa, pat. 0-17 år	8.314	1
06MA13	Betændelse i spiserør, mave og tarm i øvrigt, pat. 0-17 år	4.246	1
06MA14	Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, pat. mindst 18 år	22.789	6
06MA15	Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, ekskl. svulster, pat. 0-17 år	3.760	1
06MA16	Fødevareallergi	3.810	1
06MA17	Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, u. endoskopi	2.673	1
06MA98	MDC06 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.277	1
06MA99	MDC06 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	3.393	1
06MP01	Fistler til mave-tarmkanalen	159.527	38
06MP02	Bækkeneksenteration	221.416	23
06MP03	Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år, m. robot	187.420	28
06MP04	Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år	156.314	22
06MP05	Operation for multiple kræftknuder i bughinde, m. opvarmet kemoterapi, pat. mindst 18 år	210.417	13
06MP06	Perkutan nerveevaluering og sakral nervestimulation	81.667	1
06MP07	Operation på stimulationsystemer i nervesystemet	14.233	1
06MP08	Større operationer på tarm m. robot	109.941	9
06MP09	Større operationer på tyndtarm og tyktarm m. kompl. bidiag.	108.582	22
06MP10	Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.	94.133	18
06MP11	Større operationer på endetarm og endetarmsåbning m. cancer	120.719	15
06MP12	Større operationer på endetarm og endetarmsåbning u. cancer	84.348	15
06MP13	Operationer for sammenvoksninger i bughulen	73.494	18
06MP14	Bugvægsrekonstruktion	71.444	12
06MP15	Øvrige indgreb på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. mindst 18 år	32.356	6
06MP16	Operationer på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. 0-17 år	26.366	1
06MP17	Fjernelse af blindtarm, kompliceret	37.713	11
06MP18	Fjernelse af blindtarm, ukompliceret	26.498	4
06MP19	Mindre operationer på tyndtarm og tyktarm	9.697	1
06MP20	Større operationer på anus og kunstige tarmåbninger	11.097	1
06MP21	Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	37.919	11
06MP22	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	14.249	1
06MP23	Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	32.299	4

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
06MP24	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	9.108	1
06MP25	Incisionel og andre hernier, laparoskopiske	35.125	6
06MP26	Umbilical, linea og alba hernier, laparoskopiske	19.490	1
06MP27	Ingvinal- og femoralhernier, laparoskopiske	14.216	1
06MP28	Større hernier, åben operation	35.555	9
06MP29	Mindre hernier, åben operation	13.112	1
06MP30	Perianale indgreb og operationer for sacralcyste	15.286	1
06MP31	Andre operationer og behandlinger på fordøjelsesorganer m. kompl. bidiag.	39.224	9
06MP32	Andre operationer og behandlinger på fordøjelsesorganer u. kompl. bidiag.	22.852	1
06MP33	Medicinske sygdomme i fordøjelsesorganerne med dialyse	46.541	15
06MP34	Korttarmsyndrom	47.498	6
06MP35	Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, m. endoskopi	24.129	4
06PR01	Indsættelse af endoskopiske stents	9.373	1
06PR02	Avancerede endoskopiske ydelser	9.184	1
06PR03	Koloskopi og polypektomi	5.485	1
06PR04	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	5.036	1
06PR05	Rektoskopi	4.050	1
06SP01	Sammedagspakke: Gastroskopi og koloskopi/sigmoideoskopi	7.486	1
Specifikation 07 - Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel			
07MA01	Tilstand med transplanteret lever	42.923	11
07MA02	Kronisk leversygdom med hepatisk encephalopati og/eller hepatorenalt syndrom	45.316	17
07MA03	Kronisk leversygdom med gastrointestinal blødning og/eller ascites	24.112	6
07MA04	Kronisk leversygdom med andre, alkoholiske komplikationer	38.174	16
07MA05	Kronisk leversygdom uden komplikationer	30.893	11
07MA06	Akut infektiøs eller toksisk leversygdom	33.590	12
07MA07	Paracetamolforgiftning uden leverpåvirkning	11.791	1
07MA08	Ondartet sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel, pat. mindst 18 år	36.770	14
07MA09	Neoplasi (benign) eller cyster, pat. mindst 18 år	2.541	1
07MA10	Metabolisk leversygdom	29.050	6
07MA11	Sygdomme i bugspytkirtel, ekskl. ondartede sygdomme	32.154	12
07MA12	Komplicerede sygdomme i galdeveje	25.573	12
07MA13	Sygdomme i galdeveje, u. kompl. bidiag.	18.694	6
07MA14	Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel u. endoskopi	25.512	11
07MA98	MDC07 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.610	1
07MA99	MDC07 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.796	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
07MP01	Bugspytkirtel- og leveroperationer samt udredning for levertransplantation	132.959	22
07MP02	Dialyse, respiratorbehandling og/eller plasmaferese	121.363	27
07MP03	Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje	52.289	19
07MP04	Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi m. kompl. bidiag.	49.726	21
07MP05	Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi u. kompl. bidiag.	33.807	11
07MP06	Fjernelse af galdeblære, åben kirurgi	82.251	14
07MP07	Fjernelse af galdeblære, laparoskopi	26.118	4
07MP08	Andre operationer på lever, galdeveje og bugspytkirtel	63.825	18
07MP09	Endoskopisk operation af Pancreas	125.347	47
07MP10	Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel m. endoskopi	53.309	22
Specifikation 08 - Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv			
08MA01	Konservativt behandlet brud i bækken og lår	27.428	9
08MA02	Konservativt behandlet patologisk fraktur	36.844	11
08MA03	Konservativ behandling af brud og ledskred i ekstremiteterne, pat. mindst 18 år	10.083	1
08MA04	Konservativ behandling af brud og ledskred i ekstremiteterne, pat. 0-17 år	4.615	1
08MA05	Kompliceret behandling af inflammatorisk reumatisk sygdom	55.248	19
08MA06	Deformerende rygsygdomme	28.772	11
08MA07	Slidgigt i hofte eller knæ	1.622	1
08MA08	Infektioner i led og knogler	67.241	32
08MA09	Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, med komplikationer	44.365	15
08MA10	Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, uden komplikationer	27.663	9
08MA11	Inflammatoriske artritter, pat. 0-15 år	6.629	1
08MA12	Generaliserede bindevævssygdomme	43.115	14
08MA13	Infektioner i muskler og bløddele	36.707	10
08MA14	Degenerative rygsygdomme og andre ryglidelser	19.363	6
08MA15	Reumatologiske sygdomme i bløddele	1.659	1
08MA16	Medicinske sygdomme i ryggen	20.713	6
08MA17	Øvrige sygdomme i knogler og led	1.775	1
08MA18	Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	24.654	11
08MA19	Andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	35.512	14
08MA20	Observation eller udredning for andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	17.433	4
08MA98	MDC08 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.617	1
08MA99	MDC08 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.128	1
08MP01	Spondylodese, for+bag el. for int. fiks, m. særlig a-diag	246.244	26
08MP02	Spondylodese, for+bag, el. bag m. særlig a-diag	167.626	13
08MP03	Spondylodese, med fiksat	114.914	13

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
08MP04	Spondylodese, uden fiksation, og reoperationer	80.846	11
08MP05	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik	64.400	4
08MP06	Dekompression	44.550	4
08MP07	Diskusprolaps	37.963	4
08MP08	Perifer nerveoperation	8.913	1
08MP09	Infektionskirurgi, ryg/hals og underekstremitet, store led	150.590	33
08MP10	Infektionskirurgi, overekstremitet, store led, og ankel/fod	74.266	32
08MP11	Infektionskirurgi, håndled/hånd	47.834	16
08MP12	Amputation, ekskl. fingre og tæer	85.395	26
08MP13	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år	192.775	10
08MP14	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	80.563	14
08MP15	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	20.303	1
08MP16	Alloplastik, dobbelt, store led	83.606	7
08MP17	Alloplastik, større revision, underekstremitet, store led	97.853	15
08MP18	Alloplastik, ryg/hals	42.271	4
08MP19	Alloplastik, overekstremitet, store led	70.379	4
08MP20	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led	51.098	4
08MP21	Alloplastik, hånd/fod	18.499	1
08MP22	Frakturkirurgi, ryg/hals	90.959	12
08MP23	Frakturkirurgi, skulder/overarm	44.512	4
08MP24	Frakturkirurgi, albue/underarm	34.533	4
08MP25	Frakturkirurgi, håndled	27.909	1
08MP26	Frakturkirurgi, hånd	16.730	1
08MP27	Frakturkirurgi, ekstern fiksation, underekstremitet ekskl. fod	104.795	25
08MP28	Frakturkirurgi, intern fiksation, hoftenær	67.017	13
08MP29	Frakturkirurgi, intern fiksation, lår	84.605	14
08MP30	Frakturkirurgi, intern fiksation, knæ/underben	63.420	12
08MP31	Frakturkirurgi, intern fiksation, ankel	48.928	10
08MP32	Frakturkirurgi, fod	30.500	4
08MP33	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led	7.021	1
08MP34	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led	28.690	6
08MP35	Reposition, øvrige	9.922	1
08MP36	Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ	51.867	1
08MP37	Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	18.641	1
08MP38	Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår	64.132	9
08MP39	Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	26.705	4
08MP40	Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig	35.656	1
08MP41	Rekonstruktion, overekstremitet, store led	16.135	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
08MP42	Rekonstruktion, underekstremitet, store led	19.615	1
08MP43	Rekonstruktion, hånd/fod	13.678	1
08MP44	Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	35.642	4
08MP45	Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led	77.563	15
08MP46	Artrodese, hånd/fod	16.814	1
08MP47	Artrodese, ankel	24.945	4
08MP48	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., ryg/hals	49.583	6
08MP49	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., hofte/lår	26.047	1
08MP50	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., øvrige	9.727	1
08MP51	Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	12.947	1
08MP52	Endoskopi/artroskopi, hofte	23.837	1
08MP53	Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	18.296	1
08MP54	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	11.080	1
08MP55	Endoskopi/artroskopi, øvrige	13.899	1
08MP56	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	8.271	1
08MP57	Sene, muskel, fascie, øvrige	18.359	1
08MP58	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	9.608	1
08MP59	Mindre knogleoperationer, øvrige	19.725	1
08MP60	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	5.152	1
08MP61	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	12.571	1
08MP62	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	64.080	11
08MP63	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	21.154	1
08MP64	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	13.795	1
08MP65	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	29.911	1
08MP66	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	16.495	1
08MP67	Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med plasmaferese	165.662	40
08MP68	Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med dialyse	69.774	41
08PR01	Anlæggelse af skinne, individuelt fremstillet bandage	2.129	1
08PR02	Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket reposition	1.939	1
08PR03	Bevægelseslaboratorieundersøgelse	3.586	1
08SP01	Sammedagspakke: Ryglidelse incl. MR-skanning	5.037	1
08SP02	Sammedagspakke: Rygmarvsskader	4.912	1
08SP03	Sammedagspakke: Ryglidelser	2.793	1
08SP04	Sammedagspakke: Tværfaglig artritinformation	6.643	1
08TE01	Telemedicinsk inflammatorisk reumatologisk kontrol	832	1
Specifikation 09 - Sygdomme i hud, underhud og mamma			
09MA01	Moderat hudsygdom m. kompl. bidiag. el. svær hudsygdom	51.352	16

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
09MA02	Lettere hudsygdom m. kompl. bidiag.	33.855	11
09MA03	Lettere eller moderat hudsygdom, u. kompl. bidiag.	11.157	1
09MA04	Infektioner i hud og underhud, pat. mindst 18 år	26.478	9
09MA05	Infektioner i hud og underhud, pat. 0-17 år	17.890	4
09MA06	Kroniske sår i huden	57.488	24
09MA07	Hudtraumer	12.229	1
09MA08	Mammacancer	36.865	9
09MA09	Observation for sygdom i hud, underhud eller mamma	2.002	1
09MA98	MDC09 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.735	1
09MA99	MDC09 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.477	1
09MP01	Mastektomi med rekonstruktion med stilket lap og dobbeltsidig mastektomi med protese	109.609	12
09MP02	Segmentresektion af bryst med onkoplastisk rekonstruktion og/el. kontralateral korrektion og enkeltsidig mastektomi med protese	50.324	1
09MP03	Stor mammakirurgisk operation	36.040	1
09MP04	Mellemstor mammakirurgisk operation	23.372	1
09MP05	Lille mammakirurgisk operation	14.101	1
09MP06	Enkeltsidig mammaoperation med onkoplastik	41.924	1
09MP07	Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, dobbelt	76.547	9
09MP08	Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, enkelt	69.011	4
09MP09	Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse	24.782	1
09MP10	Hudtransplantation og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse	6.183	1
09MP11	Body lift efter stort væggtab	73.129	4
09MP12	Plastikkirurgi efter stort væggtab	43.345	1
09MP13	Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	44.998	6
09MP14	Andre operationer på hud, underhud og mamma, m. kompl. bidiag.	77.152	20
09MP15	Andre operationer på hud, underhud og mamma, u. kompl. bidiag.	39.276	9
09MP16	Behandling af pilonidalcyster	11.179	1
09MP17	Medicinske sygdomme i hud, underhud og mamma med dialyse	60.693	16
09PR01	Plastikkirurgisk rekonstruktion	15.229	1
09PR02	Hudoperation, kompliceret	8.732	1
09PR03	Hudoperation, ukompliceret	3.978	1
09PR04	Biopsi og væskeudsugning, overfladisk	4.781	1
09PR05	MR-vejledt nålebiopsi eller anlæggelse af coil i mamma	3.322	1
09PR06	Stereotaktisk grovnålsbiopsi af bryst	3.868	1
09PR07	Stereotaktisk vakuum-grovnålsbiopsi af bryst	5.378	1
09PR08	Nålebiopsi, overfladisk	3.316	1
09PR09	Sutur og sårbehandling	3.708	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
09PR10	Incision og punktur	3.076	1
09PR11	Dermatologisk procedure	3.899	1
09SP01	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 1	6.103	1
09SP02	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 2	6.802	1
09SP03	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 3	9.646	1
Specifikation 10 - Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskifte-sygdomme			
10MA01	Struma og stofskiftesygdomme	1.543	1
10MA02	Knoglemetaboliske- og kalksygdomme	36.727	14
10MA03	Diabetes mellitus	28.863	9
10MA04	Ernærings- og diverse metaboliske sygdomme	14.833	6
10MA05	Hypofyse-, binyre-, gonade- og andre endokrine sygdomme	21.801	6
10MA06	Andre ernærings- og stofskiftesygdomme	24.306	9
10MA07	Observation for endokrine sygdomme	2.692	1
10MA98	MDC10 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.518	1
10MA99	MDC10 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.543	1
10MP01	Amputationer af underekstremiteter, m. stofskiftesygdom	86.109	28
10MP02	Operationer på binyrer og hypofyse	67.554	6
10MP03	Hudtransplantation og sårrevision ved stofskiftesygdomme	73.160	32
10MP04	Operationer for adipositas	45.621	1
10MP05	Operationer på biskjoldbruskkirtelen	33.062	1
10MP06	Operationer på skjoldbruskkirtelen, ondartet sygdom, kompliceret	62.859	6
10MP07	Operationer på skjoldbruskkirtelen, godartet sygdom, kompliceret	48.444	4
10MP08	Operationer på skjoldbruskkirtelen, ukompliceret	36.911	1
10MP09	Andre operationer ved stofskiftesygdomme, m. kompl. bidiag.	110.115	31
10MP10	Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	30.928	4
10MP11	Medicinske endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme med dialyse	48.762	14
10PR01	Insulinpumpe, behandling	9.599	1
10PR02	Endokrinologisk procedure, kompliceret	2.426	1
10SP01	Sammedagspakke: Diabetes årsstatus	2.984	1
10TE01	Telemedicinsk diabeteskontrol	961	1
Specifikation 11 - Nyre- og urinvejssygdomme			
11MA01	Akutte medicinske nyresygdomme uden dialyse og uden plasmaferese	41.799	15
11MA02	Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme uden dialyse	34.245	11
11MA03	Truende afstødning af transplanteret nyre	55.103	12
11MA04	Svulster i nyre og urinveje, med ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	33.161	11
11MA05	Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-1 år, komplicerede	25.815	10

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
11MA06	Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-15 år, øvrige	19.430	9
11MA07	Infektioner i nyrer og urinvej, pat. mindst 16 år	24.431	9
11MA08	Sygdomme i prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	32.869	11
11MA09	Andre sygdomme, mistanke om sygdom, eller symptomer fra nyrer eller urinveje, pat. 0-15 år	16.601	4
11MA10	Andre sygdomme, mistanke om sygdom, eller symptomer fra nyrer eller urinveje, pat. mindst 16 år	17.362	4
11MA98	MDC11 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.906	1
11MA99	MDC11 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.550	1
11MP01	Nyretransplantation, kompliceret	527.993	25
11MP02	Nyretransplantation	253.311	19
11MP03	Kombineret nyre- og bugspytkirteltransplantation	441.894	39
11MP04	Cystektomi, m. robot, m. ondartet sygdom	200.327	20
11MP05	Større blæreoperationer, m. ondartet sygdom	147.565	16
11MP06	Større blæreoperationer, m. godartet sygdom	124.128	18
11MP07	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	93.771	6
11MP08	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	75.466	9
11MP09	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom, m. robot	91.703	6
11MP10	Kombinerede operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	57.134	7
11MP11	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	63.456	9
11MP12	Prostatektomi, m. robot, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	93.124	1
11MP13	Åbne operationer på prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	72.417	4
11MP14	Større operationer i retroperitoneum/det lille bækken	97.754	10
11MP15	Åbne operationer på prostata, godartet sygdom	69.457	6
11MP16	Operation for hypospadi	43.871	4
11MP17	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum og blå lys	20.407	1
11MP18	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum eller blå lys	17.554	1
11MP19	Mindre operationer på blære	42.917	9
11MP20	Operationer på urinrør, pat. 0-15 år	19.340	1
11MP21	Operationer på urinrør, pat. mindst 16 år	21.468	4
11MP22	Operationer gennem urinrør på øvre urinveje	22.767	1
11MP23	Resektioner af prostata gennem urinrør	23.835	1
11MP24	Operationer gennem urinrør på nedre urinveje	16.165	1
11MP25	Cystoskopi, m. blå lys, m. anæstesi	10.119	1
11MP26	Endoskopi og simple indgreb på urinveje, med anæstesi	7.730	1
11MP27	Andre operationer på nyrer og urinveje	56.553	16

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
11MP28	Akutte medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	121.822	31
11MP29	Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	37.760	4
11MP30	Anlæggelse af peritonealdialysekateter	23.518	4
11PR01	Cystoskopi, kompliceret, el. urinrørsoperationer el. punktur af prostata	6.272	1
11PR02	Cystoskopi, ukompliceret el. mindre urologisk operation	5.438	1
11PR03	Stenkusning ved trykbølge (ESWL)	7.818	1
11PR04	Instillation af lægemiddel i blæren	1.453	1
11PR05	Indlæggelse af kateter el. anden ukompliceret procedure i urinveje	2.162	1
11PR06	Kontrol ved hjemme-hæmodialyse	20.157	1
11PR07	Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse	14.187	1
11PR08	Peritonealdialyse, m. oplæring	18.807	1
11PR09	Peritonealdialyse	5.814	1
11PR10	Dialyse, øvrige	2.864	1
11PR11	Urodynamisk undersøgelse, udvidet	2.359	1
11PR12	Urodynamisk undersøgelse, almindelig	2.173	1
11SP01	Sammedagspakke: Cystoskopisk og CT-urografiske undersøgelse	6.255	1
11SP02	Sammedagspakke: Prostatakræft-udredning med LUTS-udredning	5.835	1
11SP03	Sammedagspakke: LUTS-udredning med cystoskopi eller UL af prostata	4.489	1
Specifikation 12 - Sygdomme i mandlige kønsorganer			
12MA01	Ondartede sygdomme på mandlige kønsorganer	34.040	9
12MA02	Andre sygdomme, mistanke om sygdom, eller symptomer fra mandlige kønsorganer	16.649	4
12MA98	MDC12 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.681	1
12MA99	MDC12 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.113	1
12MP01	Indsættelse af implantater i urinveje eller mandlige kønsorganer	63.601	1
12MP02	Operationer på penis, kompliceret, m. ondartet sygdom	66.634	7
12MP03	Operationer på penis, kompliceret, u. ondartet sygdom	14.963	1
12MP04	Operationer på scrotalindhold, m. ondartet sygdom	20.930	1
12MP05	Operationer på mandlige kønsorganer, pat. 0-15 år	12.198	1
12MP06	Operationer på mandlige kønsorganer, pat. mindst 16 år, m. anæstesi	15.412	1
12MP07	Andre operationer på mandlige kønsorganer	40.141	4
12PR01	Mindre operationer på mandlige kønsorganer	7.081	1
12PR02	Andrologisk udredning, endokrin	6.536	1
Specifikation 13 - Sygdomme i kvindelige kønsorganer			
13MA01	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom	16.737	4
13MA98	MDC13 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.636	1
13MA99	MDC13 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.409	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
13MP01	Aborter efter 13 uger	7.517	1
13MP02	Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	82.242	4
13MP03	Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, u. robot	102.060	13
13MP04	Meget komplicerede gynækologiske indgreb, m. robot	63.671	1
13MP05	Meget komplicerede gynækologiske indgreb, u. robot	41.592	1
13MP06	Komplicerede gynækologiske indgreb	31.445	1
13MP07	Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	78.459	10
13MP08	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år	77.882	1
13MP09	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år	76.448	10
13MP10	Standard gynækologisk indgreb, m. robot	65.809	1
13MP11	Standard gynækologisk indgreb	38.729	1
13MP12	Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	19.283	1
13MP13	Enklere gynækologiske indgreb, m. robot	47.100	1
13MP14	Enklere gynækologiske indgreb	11.822	1
13MP15	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	11.663	1
13MP16	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	10.073	1
13MP17	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag.	5.533	1
13MP18	Mindre gynækologiske indgreb	5.533	1
13PR01	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller	43.137	1
13PR02	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI ved kompliceret infektion	16.753	1
13PR03	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI, ægudtagning el. ægoplægning	11.972	1
Specifikation 14 - Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab			
14HJ01	Hjemme eller udebesøg ved graviditet	827	1
14MA01	Indlæggelser i graviditeten	11.790	4
14MA02	Indlæggelser i barselsperioden	13.875	6
14MA98	MDC14 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	823	1
14MP01	Komplicerede intrauterine indgreb under graviditeten	22.267	4
14MP02	Indlæggelse i graviditeten, fødsel før 28 uger	49.239	14
14MP03	Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	75.110	20
14MP04	Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	69.265	22
14MP05	Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	49.007	13
14MP06	Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	46.631	10

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
14MP07	Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	44.350	9
14MP08	Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	42.948	6
14MP09	Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit, m. akut kejsersnit	37.603	5
14MP10	Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	39.983	8
14MP11	Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	37.962	7
14MP12	Planlagt kejsersnit, førstegangsfødende	28.988	5
14MP13	Planlagt kejsersnit, flergangsfødende	26.851	2
14MP14	Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit	30.918	6
14MP15	Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, førstegangsfødende	40.297	10
14MP16	Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, flergangsfødende	37.810	10
14MP17	Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	42.087	15
14MP18	Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	35.901	10
14MP19	Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	34.987	10
14MP20	Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	28.914	6
14MP21	Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, førstegangsfødende	38.430	7
14MP22	Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, flergangsfødende	32.374	6
14MP23	Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, førstegangsfødende	35.002	7
14MP24	Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, flergangsfødende	31.401	6
14MP25	Igangsæt vaginal fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	35.021	8
14MP26	Igangsæt vaginal fødsel, m. epidural, flergangsfødende	30.779	6
14MP27	Igangsæt vaginal fødsel, førstegangsfødende	32.206	7
14MP28	Igangsæt vaginal fødsel, flergangsfødende	27.799	4
14MP29	Spontan fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	31.221	7
14MP30	Spontan fødsel, m. epidural, flergangsfødende	26.719	4
14MP31	Spontan fødsel, førstegangsfødende	28.712	6
14MP32	Spontan fødsel, flergangsfødende	24.211	1
14PR01	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi, flerfoldsgraviditet	25.815	1
14PR02	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi	15.341	1
14PR03	Svangrekontrol, bariatrisk opereret kvinde	1.479	1
14PR04	Jordemoderkonsultation, akut, graviditet	1.020	1
14PR05	Jordemoderkonsultation, udvidet	544	1
14PR06	Jordemoderkonsultation, basis	493	1
14PR07	Særlige ydelser i forbindelse med graviditet incl. fødselsforberedelse	935	1
14PR08	Opfølgning på kontakt med kvinde/barn i kombination med tværfaglig/tværsektoriel indsats	1.938	1
14PR09	Særligt ressourcekrævende svangrekontrol ved rusmiddelproblematik	2.423	1
14SP01	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation med UL-scanning, meget kompl.	3.068	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
14SP02	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation, med UL, kompl. el. ukompl.	1.784	1
14SP03	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation	1.458	1
14SP04	Sammedagspakke: Flere jordemoderkonsultationer	1.196	1
14SP05	Sammedagspakke: Foster misdannelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve	14.989	1
14TE01	Hjemmemonitorering af gravide	653	1
Specifikation 15 - Sygdomme i perinatalperioden			
15MA01	Andre sygdomme i perinatalperioden	17.082	6
15MA02	Immaturitas/Praematuritas, pat. 28-120 dage	92.688	61
15MA99	MDC15 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.850	1
15MP01	Død eller overflyttet inden for 1 dag	2.619	1
15MP02	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, meget komplicerede	660.598	87
15MP03	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, moderat komplicerede	325.623	149
15MP04	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, kompliceret	293.157	77
15MP05	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, Mindre kompliceret	151.112	129
15MP06	Børn med : GA 28-31 uger, Meget kompliceret	316.935	55
15MP07	Børn med : GA 28-31 uger, Moderat kompliceret	285.452	104
15MP08	Børn med : GA 28-31 uger, kompliceret	223.193	94
15MP09	Børn med : GA 28-31 uger, Mindre kompliceret	106.334	84
15MP10	Børn med GA 32-35 uger, Meget kompliceret	205.955	58
15MP11	Børn med GA 32-35 uger, Moderat kompliceret	173.402	52
15MP12	Børn med GA 32-35 uger, kompliceret	104.558	37
15MP13	Børn med GA 32-35 uger, Mindre kompliceret	54.566	26
15MP14	Børn med GA >36 uger, Meget kompliceret	146.059	27
15MP15	Børn med GA >36 uger, Moderat kompliceret	99.998	31
15MP16	Børn med GA >36 uger, kompliceret	41.401	15
15MP17	Børn med GA >36 uger, Mindre kompliceret	12.174	6
15MP18	Børn 0-27 dage, m. ECMO-behandling	353.082	46
15UA01	Raske nyfødte	0	.
Specifikation 16 - Sygdomme i blod og bloddannende organer			
16MA01	Ideopatiske knoglemarvsaplasier	4.533	1
16MA02	Sekundære og uspecifikke knoglemarvsaplasier	43.667	16
16MA03	Granulo- og trombocytopeni	35.483	12
16MA04	Hæmoglobinopati	5.246	1
16MA05	Hæmolytiske anæmier og anæmier forårsaget af enzymatiske forstyrrelser m.m.	40.604	14

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
16MA06	Trombotisk trombocytopeniske purpura	96.963	24
16MA07	Immunglobulin mangel	39.360	24
16MA08	Svær immundefekt og aflejrings sygdomme	55.852	9
16MA09	Koagulationsforstyrrelser	25.203	4
16MA10	Øvrige sygdomme i blod og bloddannende organer	22.545	6
16MA11	Observation for sygdom i blod og bloddannende organer	31.701	9
16MA98	MDC16 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	3.114	1
16MA99	MDC16 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.777	1
16MP01	Fjernelse af milt	86.396	16
16MP02	Andre operationer ved sygdomme i blod eller bloddannende organer	21.737	1
16MP03	Antistofbehandling af sygdomme i blod og bloddannende organer	113.903	23
16MP04	Immunmodulerende behandling	96.408	20
16MP05	Afareser	17.776	1
16MP06	Mangelanæmier	69.514	15
16PR01	Transfusion af plasma og/eller behandlet blod	6.042	1
16PR02	Transfusion af blod, øvrig	4.628	1
16PR03	Plasmaferese	7.972	1
Specifikation 17 - Svulster i lymfatisk og bloddannende væv			
17MA01	Malign hæmatologisk sygdom uden specifik behandling, pat. mindst 18 år	43.901	11
17MA02	Patienter med hæmatologiske komplikationer	50.095	15
17MA03	Diagnostik ved ondartede sygdomme, pat. mindst 18 år	27.911	9
17MA04	Andre knoglemarvssygdomme	32.362	11
17MA05	Observation pga mistanke om malign hæmatologisk sygdom, pat. mindst 18 år	25.761	5
17MA98	MDC17 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	3.203	1
17MA99	MDC17 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	4.093	1
17MP01	Mini-knoglemarvstransplantation	398.109	59
17MP02	Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	110.897	14
17MP03	Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	68.636	13
17MP04	Kompleks svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi	203.352	42
17MP05	Kompleks svampebehandling	110.438	25
17MP06	Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. mindst 18 år	103.081	27
17MP07	Basis svampebehandling, pat. mindst 18 år	91.894	21
17MP08	Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	72.537	15
17MP09	Biologisk modificerende stoffer på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	99.174	17

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
17MP10	Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	64.249	8
17MP11	Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	43.087	10
17MP12	Større operationer ved lymfom og leukæmi, pat. mindst 18 år	67.485	16
17MP13	Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	111.662	28
17MP14	Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	77.410	15
17MP15	Større operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	73.389	14
17MP16	Mindre operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	46.595	9
17MP17	Operationer ved svulster i lymfatisk og bloddannende væv mm., pat. 0-17 år	70.561	19
17MP18	Svulster med aferesebehandling	46.580	9
17PR01	Udtagning af knoglemarv til diagnostisk undersøgelse	14.526	1
Specifikation 18 - Infektionssygdomme og parasitære sygdomme			
18MA01	Sepsis	42.770	15
18MA02	Postoperative og posttraumatiske infektioner, m. kompl. faktorer	37.650	12
18MA03	Postoperative og posttraumatiske infektioner, u. kompl. faktorer	27.594	9
18MA04	Feber af ukendt årsag, pat. mindst 18 år, uden biopsi og/eller scopi	18.889	6
18MA05	Virussygdomme, pat. mindst 18 år, m. kompl. faktorer	20.078	6
18MA06	Virussygdomme, pat. mindst 18 år, u. kompl. faktorer	16.354	4
18MA07	Virussygdomme og feber af ukendt årsag, pat. 0-17 år	8.104	1
18MA08	Andre infektioner eller parasitære sygdomme	35.768	15
18MA09	Observation for infektion eller parasitær sygdom	19.185	6
18MA98	MDC18 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.676	1
18MA99	MDC18 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.419	1
18MP01	Operationer ved infektioner eller parasitære sygdomme	89.958	27
18MP02	Infektionssygdomme eller parasitære sygdomme med dialyse	82.824	23
18MP03	Feber af ukendt årsag, med biopsi og/eller scopi	49.716	17
Specifikation 19 - Psykiatriske sygdomme			
19MA01	Akutte tilpasningsvanskeligheder og psykosomatiske forstyrrelser	5.871	1
19MA02	Depressive neuroser	16.487	4
19MA03	Ikke-depressive neuroser	27.745	9
19MA04	Personlighedsforstyrrelser og adfærdsproblemer	58.638	19
19MA05	Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. mindst 18 år	33.656	11
19MA06	Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. 0-17 år	2.374	1
19MA07	Psykosser	8.230	1
19MA08	Sindslidelser hos børn	24.022	9

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
19MA09	Andre psykiske forstyrrelser	13.019	1
19MA10	Observation for en psykiatrisk sygdom	16.916	4
19MA98	MDC19 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.116	1
19MA99	MDC19 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.191	1
19MP01	Operationer på patienter hvor sindslidelse er hoveddiagnose	82.635	23
Specifikation 20 - Misbrug			
20MA01	Alkohol- eller stofmisbrug eller afhængighed og afgiftning etc., m. kompl. bidiag.	16.010	4
20MA02	Alkohol- eller stofmisbrug eller afgiftning etc., u. kompl. bidiag.	13.292	4
20MA97	MDC20 1-dagsgruppe	2.876	1
Specifikation 21 - Ulykkestilfælde og forgiftninger			
21MA01	Allergiske og allergi lignende reaktioner	4.488	1
21MA02	Komplikationer ved behandling, m. kompl. bidiag.	35.302	9
21MA03	Komplikationer ved behandling, u. kompl. bidiag.	22.785	4
21MA04	Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	20.052	6
21MA05	Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, øvrige	9.602	1
21MA06	Traume	2.072	1
21MA07	Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger	13.366	1
21MA08	Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning	3.226	1
21MA98	MDC21 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.674	1
21MA99	MDC21 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.214	1
21MP01	Sårbehandling efter skade	24.787	6
21MP02	Andre operationer efter skade, m. kompl. bidiag.	109.138	34
21MP03	Andre operationer efter skade, u. kompl. bidiag.	44.918	9
21MP04	Traumemodtagelse	14.436	1
Specifikation 22 - Forbrændinger			
22MA01	Mindre omfattende forbrænding uden operativ behandling	7.177	1
22MA98	MDC22 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.834	1
22MA99	MDC22 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.742	1
22MP01	Forbrændinger, overført til anden akut enhed	10.020	1
22MP02	Mindre omfattende forbrænding med sårrevision eller anden operation	48.293	14
22MP03	Omfattende forbrænding eller forbrænding med exposure behandling	63.974	19
Specifikation 23 - Øvrige			
23MA01	Rehabilitering	60.329	46
23MA02	Symptomer og fund, m. kompl. bidiag.	31.704	11
23MA03	Symptomer og fund, u. kompl. bidiag.	3.987	1
23MA04	Kontrolundersøgelse	1.482	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
23MA05	Anden kontaktårsag til sundhedsvæsenet	6.016	4
23MA98	MDC23 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.626	1
23MA99	MDC23 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.506	1
23PR01	Smertetilstande, kroniske, komplicerede	1.643	1
23SP01	Sammedagspakke: Tværfaglig smertebehandling kroniske smertepatienter	2.552	1
Specifikation 24 - Signifikant multitraume			
24MA97	MDC24 1-dagsgruppe	2.379	1
24MP01	Kranieoperation ved svært multitraume	501.777	50
24MP02	Specifikke operationer ved svært multitraume	148.752	22
24MP03	Andet svært multitraume	52.631	17
Specifikation 25 - HIV infektion			
25MA01	HIV med betydelig HIV relateret sygdom	64.327	15
25MA02	HIV med eller uden bidiagnose	52.218	14
25MA98	MDC25 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	3.573	1
25MA99	MDC25 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	5.051	1
Specifikation 26 - Uden for MDC-grupper			
26HJ01	Specialiseret Palliativ indsats, Stor, Hjemmebesøg	18.683	1
26HJ02	Specialiseret Palliativ indsats, Mellem, Hjemmebesøg	12.455	1
26HJ03	Specialiseret Palliativ indsats, Lille, Hjemmebesøg	6.228	1
26MA01	Neurorehabilitering	108.054	35
26MA02	Observation pga mistanke om fysisk overgreb, pat. 0-17 år	23.416	4
26MA03	Hjernedød i henhold til Sundhedsloven	40.982	1
26MA98	MDC26 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	4.082	1
26MA99	MDC26 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.637	1
26MP01	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, almindeligt forløb	800.405	117
26MP02	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, afklaringsforløb	263.225	52
26MP03	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, almindeligt forløb	276.502	84
26MP04	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, afklarings- og/eller udslusningsforløb	80.596	53
26MP05	Intensiv neurorehabilitering, kontrolindlæggelse	8.295	1
26MP06	Levertransplantation	910.271	41
26MP07	Lungetransplantation	817.016	68
26MP08	Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt	573.071	46
26MP09	Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer	473.355	48
26MP10	Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ	281.788	40
26MP11	Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer	257.220	38
26MP12	Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, kompliceret	237.420	9

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
26MP13	Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, moderat kompliceret	76.042	1
26MP14	Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, ukompliceret	31.352	4
26MP15	Kraniekirurgi og kranioplastik, kompliceret	107.048	6
26MP16	Vaskulærkirurgi, kompliceret	265.182	16
26MP17	Kranie- og vaskulærkirurgi, ukompliceret	137.329	10
26MP18	Traumekirurgi	126.192	12
26MP19	Hydrocephalus	114.658	9
26MP20	Spinalkirurgi	608.143	33
26MP21	Behandling med CAR-T celleterapi	2.726.506	43
26MP22	Allogen stamcelletransplantation	659.974	64
26MP23	Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation	130.986	4
26MP24	Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte	166.707	43
26MP25	Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år	89.744	1
26MP26	Basis svampebehandling, pat. 0-17 år	23.165	1
26MP27	Større operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	96.595	14
26MP28	Mindre operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	19.863	1
26MP29	Svulster uden specifik behandling, pat. 0-17 år	4.309	1
26MP30	Kontrolundersøgelse efter behandling for ondartet svulst, pat. 0-17 år	3.796	1
26MP31	Observation pga. mistanke om ondartet svulst, pat. 0-17 år	5.300	1
26MP32	Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år	2.937	1
26MP33	Multipatologi og svær funktionsnedsættelse	66.711	18
26MP34	Multipatologi og moderat funktionsnedsættelse	62.601	18
26MP35	Multipatologi og let funktionsnedsættelse	53.657	17
26MP36	Plastikkirurgisk dækning	345.887	129
26MP37	Rekonstruktion med stilkede lapper	123.624	32
26MP38	Rekonstruktion med frie vaskulariserede lapper	199.325	16
26MP39	Mindre plastikkirurgiske rekonstruktioner	48.049	4
26MP40	Respiratorbehandling ved langvarig kronisk respirationsinsufficiens	153.507	35
26MP41	Udvidet epilepsikirurgi med mapping	330.962	15
26MP42	Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, nyttilskadekommen	410.966	159
26MP43	Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, komplikationsindlæggelse	174.844	75
26MP44	Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, vurdering/kort forløb	24.430	4
26MP45	Specialiseret Palliativ indsats, Stor	88.471	29
26MP46	Specialiseret Palliativ indsats, Mellem	43.687	20
26MP47	Specialiseret Palliativ indsats, Lille	4.171	1
Specifikation 27 - Onkologiske behandlingsgrupper			

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
27MP01	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling	98.002	40
27MP02	Strålebehandling, kompleks, 3-4 fraktioner	23.275	6
27MP03	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner	5.973	1
27MP04	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion	3.004	1
27MP05	Strålebehandling, konventionel, mindst 5 fraktioner	93.155	54
27MP06	Strålebehandling, konventionel, 3-4 fraktioner	34.770	4
27MP07	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner	4.120	1
27MP08	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion	2.708	1
27MP09	Isototerapi	34.678	6
27MP10	Stereotaksi	5.383	1
27MP11	Brachyterapi	39.154	4
27MP12	Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	13.764	1
27MP13	Stråleplanlægning, kompleks	10.510	1
27MP14	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	10.027	1
27MP15	Stråleplanlægning, konventionel	7.694	1
27MP16	Særlig kompleks kemobehandling, hæmatologi	92.832	22
27MP17	Særlig kompleks kemobehandling	48.668	7
27MP18	Kemoterapi, højdosis	33.462	5
27MP19	Kemoterapi, kompleks med antistofbehandling	35.030	1
27MP20	Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)	25.032	1
27MP21	Kemoterapi, kompleks	17.556	1
27MP22	Kemoterapi, basis med anvendelse af elektrotransfer eller antistofbehandling	24.624	1
27MP23	Kemoterapi, basis, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	21.558	1
27MP24	Kemoterapi, basis	9.768	9
27MP25	Biologiske modificerende stoffer	73.112	16
27MP26	Antistofbehandling	16.043	1
27PR01	Protonterapi	8.623	1
27PR02	Brachyterapi, 1-dags	29.123	1
27PR03	MR-vejledt Strålebehandling	8.847	1

Bilagstabel 7 Takster for øvrige DRG-grupper

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
Specifikation 30 - Radiologiske procedurer			
30PR01	MR-scanning, kompliceret, m. generel anæstesi	11.236	1
30PR02	MR-scanning, kompliceret	2.738	1
30PR03	MR-scanning, ukompliceret	2.319	1
30PR04	MR-scanning, ukompliceret, m. generel anæstesi	9.745	1
30PR05	CT-scanning af hjertet med angiografi	2.995	1
30PR06	CT-scanning, kompliceret	2.007	1
30PR07	CT-scanning, ukompliceret, el. osteodensitometri	1.835	1
30PR08	UL-scanning, meget kompliceret, flerfoldsvangerskab	4.311	1
30PR09	UL-scanning, meget kompliceret	1.979	1
30PR10	UL-scanning, kompliceret	1.820	1
30PR11	UL-scanning, ukompliceret	1.484	1
30PR12	Angiografi	5.333	1
30PR13	Mammografi, kompliceret	1.583	1
30PR14	Mammografi, ukompliceret	663	1
30PR15	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, kompliceret	2.807	1
30PR16	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, ukompliceret	741	1
30PR17	Røntgenundersøgelse (alm), kompliceret	744	1
30PR18	Røntgenundersøgelse (alm), ukompliceret	505	1
30SP01	Sammedagspakke: MR-scanning + CT-scanning	4.860	1
30SP02	Sammedagspakke: MR-scanning + UL	4.928	1
30SP03	Sammedagspakke: CT-scanning + røntgenundersøgelse	2.583	1
30SP04	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + kompl.	2.908	1
30SP05	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + ukompl.	2.570	1
30SP06	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, kompl. + ukompl.	2.408	1
30SP07	Sammedagspakke: UL, flere ukompl. Procedurer	1.991	1
Specifikation 31 - Klinisk genetik			
31PR01	Genetisk risikovurdering og rådgivning med gentagen udredning og samtale	5.651	1
31PR02	Genetisk risikovurdering og rådgivning med udredning	4.704	1
31PR03	Genetisk risikovurdering og rådgivning	3.431	1
31PR04	Stamtræsoptegnelse	4.890	1
31SP01	Sammedagspakke: Større Klinisk genetisk udredning/undersøgelse m. stamtræ	9.596	1
31SP02	Sammedagspakke: Klinisk genetisk udredning, omfattende, med svar.	9.947	1
Specifikation 32 - Geriatri			
32HJ01	Geriatri, udredning, hjemmebesøg	5.243	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
32HJ02	Geriatrici, behandling, hjemmebesøg	4.379	1
32PR01	Geriatrici, udredning	4.039	1
32PR02	Geriatrici, behandling	3.177	1
Specifikation 33 - Åndedrætssystem			
33PR01	Hyberbar iltbehandling	2.615	1
Specifikation 34 - Medicinsk behandling			
34PR01	Medicin-behandling, grp. 1	58.347	1
34PR02	Medicin-behandling, grp. 2	42.882	1
34PR03	Medicin-behandling, grp. 3	25.651	1
34PR04	Medicin-behandling, grp. 4	12.512	1
34PR05	Medicin-behandling, grp. 5	9.569	1
34PR06	Medicin-behandling, grp. 6	6.510	1
34PR07	Medicin-behandling, grp. 7	4.051	1
34PR08	Medicin-behandling, grp. 8	2.296	1
34PR09	Medicin-behandling, grp. 9	1.149	1
34PR10	Medicin-behandling, grp. 10	516	1
Specifikation 35 - Arbejdsmedicin			
35PR01	Arbejdsmedicin grp. 1	12.183	1
35PR02	Arbejdsmedicin grp. 2	18.520	1
35PR03	Behandling af arbejdsstres	1.310	1
Specifikation 36 - Klinisk fysiologi/nuklearmedicin			
36PR01	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. A	21.395	1
36PR02	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. B	11.783	1
36PR03	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. C	9.156	1
36PR04	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. D	6.104	1
36PR05	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. E	4.705	1
36PR06	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. F	3.081	1
36PR07	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. G	2.433	1
36PR08	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. H	2.309	1
36PR09	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I	153	1
Specifikation 37 - Klinisk neurofysiologi			
37PR01	Klinisk neurofysiologi grp. 1	2.219	1
37PR02	Klinisk neurofysiologi grp. 2	4.107	1
37PR03	Klinisk neurofysiologi grp. 3	4.149	1
Specifikation 38 - Prænatal foranstaltninger			
38PR01	Barn med prænatal rusmiddelproblematik	1.909	1
Specifikation 40 - Fysio- og ergoterapi			
40PR01	Lymfødembehandling	1.529	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
Specifikation 48 - Diverse behandlinger			
48PR01	Botulinumtoksin, injektion	5.208	1
48PR02	Immunmodulerende behandling, 1-dags	9.225	1
48SP01	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog	2.131	1
Specifikation 49 - Diverse procedurer			
49PR01	Laparoskopi, diverse procedurer	15.963	1
49PR02	Allergologisk undersøgelse/behandling, kompliceret	3.636	1
49PR03	Allergologisk undersøgelse/behandling, ukompliceret	2.129	1
49PR04	Diættevejledning	1.768	1
49PR05	Neuropsykologisk undersøgelse, udvidet	13.655	1
49PR06	Hjælpeprocedure, ukompliceret	2.035	1
49PR07	Immundefekt	20.622	1
49SP01	Sammedagspakke: Anæstesiologisk, allergologisk, miljø- og arbejdsmedicinsk udredning	7.364	1
49SP02	Sammedagspakke: Allergologiske procedurer/behandlinger	5.077	1
Specifikation 60 - Telemedicin			
60TE01	Telemedicinsk sårvurdering	231	1
60TE99	Telemedicinsk opsamlingsgruppe	199	1
Specifikation 65 - Telefon- og emailkonsultation			
65TE01	Telefon- og email konsultation, samt skriftlig kommunikation ved prøvesvar	129	1
Specifikation 70 - Andre			
70AK01	Lette akutte kontakter	285	1
70AK02	Småskader	481	1
70OP01	Større operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	10.212	1
70OP02	Mindre operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	7.658	1
70OP99	Ikke gruppérbar pga. manglende oplysninger	1.024	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	Assistancer fra specialer, som ikke afregnes eller ikke kan afregnes, da proceduren ikke er takstbærende.	0	.
70UA04	Hjertedød i henhold til sundhedsloven § 176 eller Dødfødt barn	0	.
Specifikation 90 - Grupper med særlige regler uden for logikken			
90UA01*	Flere besøg pr. patient pr. dag pr. afdeling, som ikke afregnes. Optræder kun på kontaktniveau	0	.
90UA03*	Henvi sning til pakkeforløb start uden fremmøde - skal ikke afregnes.	0	.
90UA04	Assistancer fra specialer, som ikke afregnes.	0	.
90UA05	Betalt af forskningsmidler	0	.

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
90UA06*	Rask ledsager	0	.
90UA07*	Flyttet til DRG LPR3	0	.

Note: Grupper markeret med * anvendes kun i LPR2-data.

B3.3 Særydelsesliste

Oversigt over særydelser vil fremgå ved opdatering af takstvejledningen primo 2021.

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 2021.

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 2021

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	835
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	1.115
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.800

Bilagstabel 9 Takster til mellemkommunal afregning for genoptræningsydelser 2021

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	747
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	998
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.612

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. Afslutningsvist beskrives det fælles datagrundlag for afregning, der siden finansieringsreformen i 2007 har udgjort datagrundlaget for finansiering og afregning i sundhedsvæsenet.

B5.1 Finansieringsmodellen

De økonomiske rammer for regionernes løsning af opgaver på sundhedsområdet fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner. For 2021 udgør regionernes samlede ramme til sundhedsområdet lidt over kr. 120 mia. 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 sygehuse-nes 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. 1076 af 30. juni 2020 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2021. 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 udgiftsbehov⁸.

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.

⁸ Kilde: 'Generelle tilskud til regionerne 2021', 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 DRG-sygehusforløb pr. borger*
2. Reduktion i *DRG-værdi pr. kroniker* (med KOL og/eller type 2-diabetes)
3. Reduktion i Akutte somatiske genindlæggelser (andel indlæggelser, der efterfølges af akut genindlæggelse indenfor 30 dage)
4. Stigning i *andel af virtuelle forløb*

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 2021 1,55 mia. kr. og udbetales månedligt i løbende budgetår.

Ordningen administreres af Sundhedsministeriet, mens Sundhedsdatastyrelsen foretager månedlige opgørelser af regionernes foreløbige målopfyldelse for kriterie 1-4. Målopfyldelse for aktivitetsåret 2021 forventes at være opgjort ultimo april 2022. Hvis de enkelte regioner opfylder kriterierne beholder de den udbetalte finansiering, og ellers foretages en efterregulering.

I 2021 foretages en efterregulering som vist nedenfor.

Bilagstabel 10 Efterregulering af nærhedsfinansiering 2021

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 aconto-betalinger i perioden fra den 1. april 2019 til 1. april 2021*. For nærmere information henvises til Sundheds- og Ældreministeriet.

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. 290 af 16. april 2018 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 momsfrigjort. 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.

Den praktiske gennemførelse af afregningen for somatiske patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau varetages i et samarbejde mellem Sundhedsdatastyrelsen, regionerne og deres leverandør. Sundhedsdatastyrelsens rolle er at levere DRG-grupperede afregningsdata til leverandørens afregningssystem, mens denne stiller disse afregningsdata til rådighed for regionerne gennem en brugergrænseflade på de enkelte sygehuse, hvor selve afregningen foretages. Afregningen af den højt specialiserede behandling, behandlingen af psykiatriske patienter og afregningen af særydelser varetages alene af regionerne og deres leverandør.

B5.6 Det fælles datagrundlag for afregning

Forud for implementeringen af finansieringsreformen på sundhedsområdet den 1. januar 2007 blev det aftalt mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Amtsrådsforeningen, at der skulle dannes et fælles afregningsgrundlag til brug for beregning af bloktilskud, kommunal medfinansiering, mellemregional afregning og fordeling af den statslige aktivitetspulje.

Udgangspunktet for afregningsgrundlaget er oplysninger om sygehusaktiviteten fra hhv. Landspatientregistret (LPR) og Registret over danske patienter behandlet på udenlandske sygehuse og aktivitet i speciallægepraksis, samt oplysninger om aktiviteten i praksissektoren fra Sygesikringsregistret (SSIK).

Efterfølgende lægges afregningsreglerne på data, og den del af det fælles datagrundlag, der vedrører sygehusaktiviteten, er hermed dannet.

Sygesikringsregistret udgør den anden del af det fælles datagrundlag.

Når den månedlige opdatering af det fælles datagrundlag er klar, formidles datagrundlaget til kommuner og regioner. Data anvendes som input til beregningen af den kommunale medfinansiering og den mellemregionale afregning samt til fordeling af nærhedsfinansieringsordningen. Ved fordelingen af det statslige bloktilskud mellem regionerne, anvendes datagrundlaget desuden til at bestemme de enkelte regioners aldersbetingede udgiftsbehov på sundhedsområdet.

Bilag 6. Takstbekendtgørelsen

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

I medfør af § 235, stk. 3, i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 191 af 28. februar 2018, samt § 4, i lov nr. 1396 af 21. december 2005 om retspsykiatrisk behandling m.v., fastsættes:

Generelle bestemmelser

§ 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 12 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 en 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 2.044 kr. (2018-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 Sundheds- og Ældreministeriet. 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 eventuelle 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 udskilles for samtlige udgiftsposter omfattet 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, sengedagstakster, 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, sengedagstakster, proceduretakster og ambulant-takster 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 anskaffelses-summen 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, sengedagstakster, proceduretakster og ambulant-takster 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 1. maj 2018.

Stk. 2. Bekendtgørelse nr. 1355 af 6. december 2010 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen ophæves.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 16. april 2018

Ellen Trane Nørby

/ Søren Heldgaard Olsen

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.¹⁾

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 siden 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 sygehus. 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, rehabiliteringscentre 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 Hjernesgade, 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 landsdelsspatienter 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 sygehuse 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 sygehusbehandlinger 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 patient-sikkerhedsrisiko, 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 henvielse 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 drifts-overenskomsten 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

Ikrafttrædelsesbestemmelser 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	WWWWWWW
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)

Feltopdelers er [[]]. Rækkeopdelers 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 streghkode	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_identificer	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_egen- skab	VARCHAR(1)	Betegnelse for den mod- tagne registrering: A: Ny registrering M: Ændret registrering D: Slettet registrering R: Implantat er udtaget af patienten	Obligatorisk. Feltet Reg_identifier+SOR (eller SHAK) er nøg- len 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.

Sundhedsdatastyrelsen
Ørestads Boulevard 5
2300 København S

T: 7221 6800
E: kontakt@sundhedsdata.dk