



2018

Takstsystem 2018

Vejledning



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

Udgiver	DRG og Finansiering
Ansvarlig institution	Sundhedsdatastyrelsen
Design	Sundhedsdatastyrelsen
Copyright	Sundhedsdatastyrelsen
Version	2018 -3
Versionsdato	18. december 2018
Web-adresse	www.sundhedsdata.dk
Titel	Takstsystem 2018
Rapport kan frit refereres med tydelig kildeangivelse	

Indhold

1.	Indledning	6
1.1	Vejledningens formål og baggrund	6
1.2	Vejledningens opbygning	7
2.	Generelle bestemmelser.....	9
2.1	Takstbekendtgørelsens dækningsområde	9
2.1.1	Private sygehuse	9
2.1.2	Personer uden bopæl i Danmark.....	9
2.2	Sondring mellem behandlingsniveauer	11
2.3	Generelle afregningsregler	12
2.3.1	Betalingsforpligtelsen	12
2.3.2	Fravær under indlæggelse	12
2.3.3	Afgrænsning af ambulante besøg	12
2.3.4	Sengedagstakster.....	13
2.3.5	Raske ledsagere og nyfødte.....	13
2.3.6	Overgangsregler ved årsskifte	13
2.3.7	Pris- og lønregulering for takstsystem 2018	13
2.4	Lønsumsafgift	14
3.	Behandlinger på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau	16
3.1	Patienter behandlet på somatiske afdelinger.....	16
3.1.1	DRG-takster	16
3.1.2	Afregning af genoptræningsydelser	18
3.1.3	Aktivitet der ikke afregnes.....	18
3.2	Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger	18
4.	Behandlinger på højt specialiseret funktionsniveau.....	20
4.1	Betaling	20
4.2	Takstberegning	20
5.	Andre takstregler	22

5.1	Betaling for færdigbehandlede patienter	22
5.2	Udbetaling af lommepenge	22
6.	Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.	23
Bilag 1.	DRG-systemet	24
B1.1	Proces for udarbejdelse af et takstsystem.....	24
B1.2	Grupperingslogikken, Visual- og InteraktivDRG.....	25
B1.2.1	Tilordning af DRG-grupper	26
B1.2.2	VisualDRG	27
B1.2.3	InteraktivDRG	28
B1.3	Sammensætning og gruppering af et DRG-sygehusforløb	29
B1.4	Dannelse af Omkostningsdatabasen	31
B1.4.1	Omkostningsberegninger for DRG-kontakter	32
B1.5	Takstberegningsmetoden	33
B1.5.1	Beregning af DRG-takster	33
Bilag 2.	Ændringer i modellen for 2018.....	35
B2.1	Ændringer i modellen	35
B2.2	Ændringer på DRG-gruppe niveau	36
Bilag 3.	DRG-takster	41
B3.1	Navnestruktur	41
B3.2	DRG-takster og trimpunkter	43
B3.3	Særlige Filadelfia takster	71
B3.4	Særydelsesliste	71
Bilag 4.	Takster for genoptræningsydelser	72
Bilag 5.	Procedure for oprettelse af budgettakster for nye behandlinger.....	73
Bilag 6.	Finansiering af sundhedsvæsenet	74
B6.1	Finansieringsmodellen.....	74
B6.2	Bloktilskud	74
B6.3	Statslig aktivitetspulje	75
B6.4	Kommunal medfinansiering	75
B6.1	Mellemregional afregning	77
B6.2	Det fælles datagrundlag for afregning	78

Bilag 7. Takstbekendtgørelsen	79
Bilag 8. Sygehusbekendtgørelsen.....	82

1. Indledning

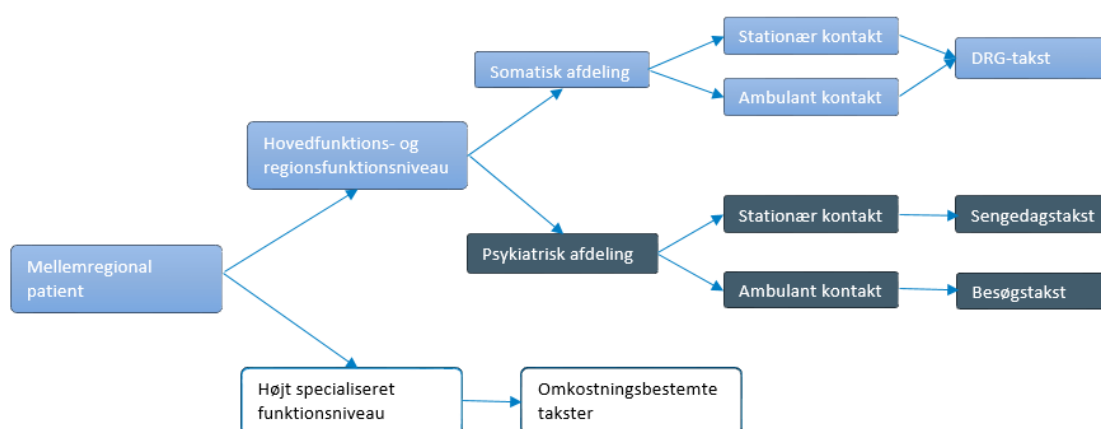
1.1 Vejledningens formål og baggrund

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 fordelingen af den statslige aktivitetspulje, 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 omkostningerne ved behandlingerne på det enkelte sygehus, hvor behandlingen har fundet sted.

Figur 1 Den overordnede takststruktur



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

1.2 Vejledningens opbygning

Takstvejledningen for 2018 er bygget op omkring den overordnede takststruktur i Takstbekendtgørelsen og gennemgår således afregningsreglerne for alle behandlingsniveauer og patientgrupper, som er gældende i 2018. 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 patienttypen. 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 2018 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 2017 til 2018 er listet i bilag 2. I bilag 3 til 4 findes oversigter over DRG-taksterne og genoptræningstaksterne for 2018, mens bilag 5 beskriver proceduren for oprettelse af budgettakster for nye behandlinger.

Bilag 6 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. 293 af 27. marts 2017 om ret til sygehusbehandling m.v. (Sygehusbekendtgørelsen) gengivet i bilag 7. Sygehusbekendtgørelsen er medtaget, fordi den uddyber reglerne for betaling af mellemregionale patienter, der ikke er folkeresterregistreret 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 patienttype. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af, hvorledes der afregnes lønsumsafgift ved markedsførelse af sygehusydelser.

2.1 Takstbekendtgørelsens dækningsområde

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

2.1.1 Private sygehuse

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

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

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

2.1.2 Personer uden bopæl i Danmark

I Sygehusbekendtgørelsens § 5–9 fastsættes regler for sygehusbehandling til patienter, der ikke har bopæl her i landet. Hovedreglen er, at en person uden bopæl her i landet har ret til akut behandling i tilfælde af ulykke, pludselig opstået eller forværret sygdom og fødsel på lige fod med personer, der har bopæl i den pågældende region. Der ydes endvidere fortsat sygehusbehandling i de tilfælde, hvor det ikke skønnes rimeligt at henvise patienten til behandling i hjemlandet. For denne behandling kan regionen opkræve betaling med Takstbekendtgørelsens takster, jf. Sygehusbekendtgørelsen § 5, stk. 3.

2.1.2.1 Muligheder for refusion af behandlingsudgifter

Regioner og kommuner kan i visse tilfælde kræve udgifter til sundhedsydelser, givet til personer, der er offentlig sygeforsikret 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 syge(for)sikring, fx en grænsearbejder, der arbejder i Tyskland (registreret i kommunen med blanket E106/S1) eller en person, der alene modtager tysk pension (registreret i kommunen 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 ydelsernes 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 Styrelsen for Patientsikkerheds "Vejledning om koordinering af sundhedsydelser og visse sociale ydelser for borgere, der rejser mellem EU/EØS-landene og Schweiz", jf. regler i EF-forordning 883/2004 om koordinering af sociale sikringsordninger^[1].

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

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.

Ved indlæggelser af patienter uden ret til vederlagsfri sygehusbehandling, opstår der et afregningsteknisk problem i de tilfælde, hvor patienten bliver færdigbehandlet på afdelingen efter akutfasens ophør, idet DRG-taksterne dækker udgifter til hele sygehusforløbet, mens der kun kan afregnes for behandling udført efter akutfasens ophør.

^[1] De omtalte blanketter og EU-sygesikringskort anvendes ikke mellem de nordiske lande, bortset fra S3 og E112/S2.

Regionerne kan løse problemstillingen ved at fordele DRG-taksten forholdsmæssigt efter antallet af sengedage, som henregnes dels til den akutte fase og dels til den efterfølgende del af indlæggelsen.

Det beror på en konkret lægefaglig vurdering i det enkelte tilfælde, hvornår det akutte behov er overstået.

2.2 Sondring mellem behandlingsniveauer

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

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

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

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

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

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

2.3 Generelle afregningsregler

2.3.1 Betalingsforpligtelsen

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

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

2.3.2 Fravær under indlæggelse

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

2.3.3 Afgrænsning af ambulante besøg

En ambulant patient er en patient, der er indskrevet på et ambulatorium. Ved et ambulant besøg forstås en ambulant patients fremmøde på sygehuset i det aktuelle ambulante forløb.

I tilfælde, hvor en indlagt patient modtager ydelser fra en anden afdeling som en del af behandlingen for den lidelse, som betinger den stationære indlæggelse, regnes denne ydelse som en assistance til indlæggelsen og altså ikke som et ambulant besøg. Tilsvarende kan en patient principielt ikke være ambulant indskrevet flere steder samtidig for den samme lidelse.

En stationær patient kan derimod modtage ambulant behandling ved et aftalt ambulant besøg for en anden lidelse end den, som betinger indlæggelsen, ligesom en ambulant patient kan have ambulante besøg i flere sideløbende ambulante forløb, når forløbene knytter sig til hver deres sygdom.

2.3.4 Sengedagstakster

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

2.3.5 Raske ledsagere og nyfødte

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

2.3.6 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 2017 og udskrives/afsluttes i 2018, 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 2017/2018 og udskrives i 2018, afregnes således til 2018-takster.

Når en psykiatrisk patient er indlagt hen over et årsskifte, fordeles sengedagene i afdelingsudskrivingen på de to kalenderår, og afregnes med sengedagstaksterne for de respektive år. En psykiatrisk patient, der er indlagt fra 30. december 2017 til 3. januar 2018, afregnes således med 2 sengedage, opgjort efter sengedagstaksten for 2017, og 2 sengedage, opgjort efter sengedagstaksten for 2018.

2.3.7 Pris- og lønregulering for takstsystem 2018

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

I Økonomiaftalen for 2018 er P/L-faktoren for 2018 sat til 1,6 pct., svarende til Finansministeriets P/L-faktor for 2018 opgjort juni 2017. 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 2018
P/L-faktor anvendt i Økonomiaftalen	1,6 pct.
P/L-faktor anvendt i justeringen af DRG-taksterne	1,6 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	
Vejledende ambulante og stationære psykiatritakster	
Fritvalgsrammer for privat sygehuse	Den i Økonomiaftalen fastsatte P/L-faktor (ekskl. medicintilskud) 1,6 pct.
Genoptræning	
Særydelser	
Lommepenge (beløb til personlige fornødenheder til personer, der ikke oppebærer pension eller anden indkomst under længerevarende indlæggelser)	
De tilrettede driftsudgifter	

2.4 Lønsumsafgift

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

Afregning for højt specialiserede behandlinger, afregning til regionernes egne sygehuse og lignende særlige ikke-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 2018 til takstsystem 2018 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 stationær. 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 2018 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 en DRG-sygehusudskrivning ud over trimpunktet betales en langliggertakst på 2.044 kr. pr. sengedag (2018 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 Bilag 3 sammen med de tilhørende trimpunkter og gennemsnitlige liggetider. I B3.4 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 sygehusnummer i forbindelse med en indlæggelse, vil alle tidsmæssigt sammenhængende afdelingsudskrivinger blive koblet til et DRG-sygehusforløb. Ambulante fremmøder, hvor der er et tidsmæssigt sammenfald med en indlæggelse, eller flere ambulante fremmøder med tidsmæssigt sammenfald vil også kobles til et DRG-sygehusforløb. Tidsmæssig sammenhæng er defineret ved, at der maksimalt må

være gået 12 timer fra udskrivnings-tidspunkt til næste indskrivningstidspunkt. For en nærmere beskrivelse af et DRG-sygehusforløb henvises til bilagsafsnit B1.3.

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

Hvis en patient efter udskrivning igen har kontakt med samme sygehusnummer efter 12 timer for en stationær eller akut ambulant patient og den efterfølgende dag for ambulante fremmøder, anses aktiviteten ligeledes som et selvstændigt DRG-sygehusforløb.

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

3.1.1.2 Trimpunkt

Trimpunktet er det maksimale antal liggedage, der dækkes af DRG-taksten. Hvis et DRG-sygehusforløb strækker sig ud over trimpunktet, afregnes der i tillæg til DRG-taksten 2.044 kr. (2018 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 indenfor det enkelte DRG-sygehusforløb.

For stationær og akut ambulant aktivitet beregnes kontaktdage som (udskrivningsdato – indskrivningsdato) + 1. For elektiv ambulant aktivitet er kontaktdage pr. definition altid lig 1.

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 1.

For stationær og akut ambulant aktivitet beregnes liggedage som (udskrivningsdato – indskrivningsdato). I tilfælde, hvor indskrivningsdato er lig udskrivningsdato, sættes liggedage lig 1. For elektiv ambulant aktivitet er liggedage pr. definition altid lig 1.

Kontaktdage indgår som en parameter i grupperingslogikken og kan være afgørende for tildelingen af DRG-gruppe, når den enkelt 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 langliggenderage.

3.1.2 Afregning af genoptræningsydelse

Omkostninger til genoptræningsydelse er 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 genoptræningstaksterne, der gælder pr. 1. januar 2018.

3.1.3 Aktivitet der ikke afregnes

For DRG2018 er aktivitet, der ikke afregnes, angivet med typekoden UA. Der afregnes som nævnt i afsnit 2.3.5 ikke for raske nyfødte samt for de grupper, der fremgår i tabel 3 nedenfor.

Tabel 3 Grupper der ikke afregnes i DRG2018

UA grupper i DRG2018	
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.
90UA01	Flere besøg pr. patient pr. dag pr. afdeling, som ikke afregnes. Optræder kun på kontaktniveau
90UA03	Henvielse til pakkeforløb start uden fremmøde - skal ikke afregnes.
90UA04	Assistancer fra specialer, som ikke afregnes.
90UA05	Betalt af forskningsmidler
90UA06	Rask ledsager

3.2 Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger

Psykiatriske patienter afregnes ikke efter DRG-systemet. Hovedprincippet for afregning af psykiatriske patienter er, at stationære patienter afregnes med en sengedagstakst, mens ambulante besøg afregnes med en besøgstakst. Der foreligger vejledende DRG- og DAGS-takster for psykiatrien for 2018, som er tilgængelige på www.drg.dk.

Ved beregning af betaling for psykiatriske patienter udgør sengedagstaksten 3.686 kr. (2018 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 1.844 kr. (2018 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 9, stk. 4.

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 ambulante og stationære patienter.

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/omkostninger 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.

Endvidere fradrages indtægter fra behandlinger af patienter fra andre regioner, som er udført på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, og de sengedage, som disse patienter repræsenterer, holdes uden for takstberegningen. Som hidtil fordres der således ikke en sontring af, om egne patienter modtager behandling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, eller om egne patienter modtager behandling på højt specialiseret funktionsniveau.

5. Andre takstregler

5.1 Betaling for færdigbehandlede patienter

I henhold til Sundhedslovens § 238 opkræver bopælsregionen af bopælskommunen betaling pr. sengedag for sygehusbehandling efter Sundhedslovens afsnit VI til færdigbehandlede patienter fra kommunen.

I henhold til § 238, stk. 2 kan bopælsregionen af bopælskommunen opkræve betaling for patienter, der er indlagt på et hospice, der er nævnt i Sundhedslovens § 75, stk. 4, og § 79, stk. 2.

Sengedagsbetalingen for færdigbehandlede patienter og patienter indlagt på hospice er i Sundhedsloven § 238, stk. 3 fastsat til maksimalt at udgøre 1.522 kr. anført i 2004 pris- og lønniveau. Taksten reguleres årligt svarende til pris- og lønreguleringen af bloktilskuddene til regionerne.

Sengedagsbetalingen for 2018 udgør med den anførte pris- og lønregulering maksimalt 2.044 kr.

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. 293 af 27. marts 2017 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 1.467 kr. pr. måned for 2018 (2018 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. 467 af 12. maj 2017 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.

	2018 P/L-niveau
Sankt Lukas Hospice	17,8
Diakonissestiftelsens Hospice	17,8
Sct. Maria Hospice	17,8
OASIS	19,2
RCT-København	20,4
RCT-Jylland	13,9
Epilepsihospitalet i Dianalund	82,7
Sclerosehospitalet i Haslev og Ry	73,7
Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium	31,8
Center for sundhed og træning i Middelfart	13,7
Center for sundhed og træning i Århus	15,6
Center for sundhed og træning i Skælskør	21,2
RehabiliteringsCenter for Muskelsvind	22,9
Vejlefjord	16,6
Center for Hjerneskade	9,2
Øfeldt Centrene	18,1

Note: Regioners pligt til at yde vederlagsfri behandling udgør ud over den i § 1 fastsatte årlige økonomiske ramme 9,0 mio. kr. i årene 2017, 2018 og 2019 ved Sclerosehospitalet i Haslev og Ry, 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. 467, §§ 2-4.

Bilag 1. DRG-systemet

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 gråzone¹) 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 udenfor sygehuset der bliver udført som erstatning for ambulante besøg. Men grundlæggende har modellen indeholdende DkDRG og DAGS ikke ændret sig i perioden. De seneste år har systemet været kritiseret for ikke at understøtte den mest hensigtsmæssige tilrettelæggelse af patientbehandlingen, og der har været et generelt behov for at sikre, at systemet afspejler gældende klinisk praksis og organisering på landets sygehuse.

Med DRG2018 er der udviklet en ny model, hvor DkDRG og DAGS er smeltet sammen til én grupperingslogik, og aktiviteten grupperes nu identisk, uanset om patienten er behandlet stationær eller ambulant, og om en aktivitet er udført på stamafdelingen eller som en assistance. Ydermere er der indført dannelsen af DRG-sygehusforløb for at imødekomme forskellig organisering på sygehuse. DRG2018 indeholder 1012 DRG-grupper, og nu skelnes der ikke længere mellem DRG, DAGS og gråzone.

I dette bilag gennemgås følgende områder

- B1.1 Proces for udarbejdelse af et takstsystem
- B1.2 Grupperingslogikken, Visual- og InteraktivDRG
- B1.3 Sammensætning og gruppering af et DRG-sygehusforløb
- B1.4 Dannelse af Omkostningsdatabasen
- B1.5 Takstberegningmetoden

B1.1 Proces for udarbejdelse af et takstsystem

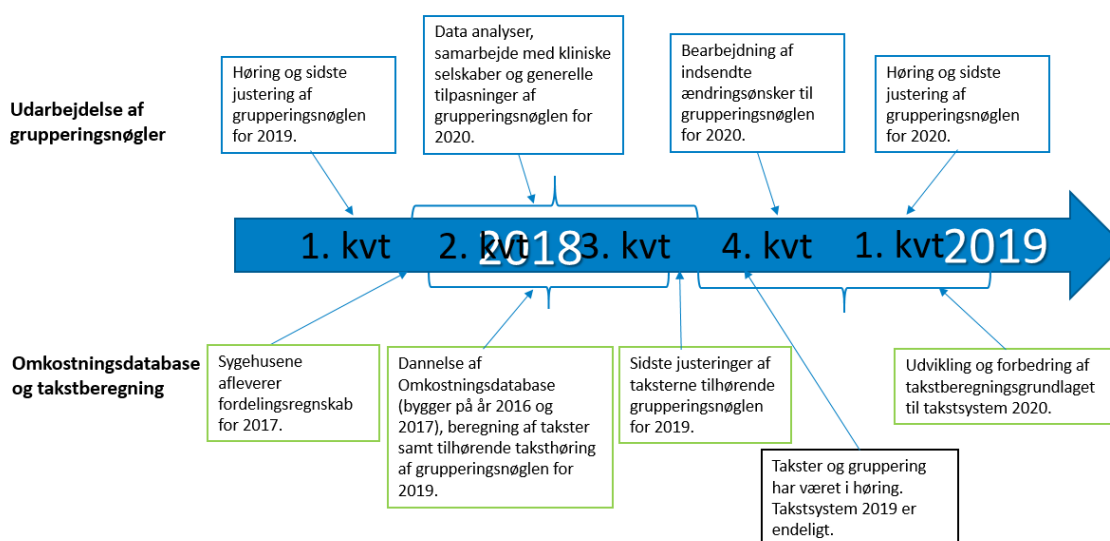
Det er en langvarig proces at færdiggøre et takstsystem, og der er adskillige trin, som er afhængige af hinanden. Grupperingsnøglen er første led i processen og skal være endelig, inden de tilhørende takster kan beregnes. I Bilagsfigur 1 er skitseret en overordnet tidsplan for 2018 og starten af 2019. I den periode vil der i SDS blive arbejdet på takstsystemerne 2019 og 2020.

¹ En gråzonegruppe skelner ikke mellem ambulant og stationær aktivitet. Uanset patienttype er det muligt at gruppere til gruppen.

Figuren er opdelt, så kasserne markeret med blå relaterer sig til opgaver forbundet med udarbejdelse af grupperingsnøgler og de grønne til opgaver indenfor omkostningsdatabase og takstberegning.

Bilagsfigur 1 skitserer en overordnet tidsplan. For nøjagtige datoer indenfor de forskellige områder henvises der til www.drg.dk.

Bilagsfigur 1 Overordnet tidsplan



B1.2 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 grunde 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 opdateringen 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.

Til og med år 2017 er ambulante kontakter håndteret med DAGS-logikken og stationære kontakter med DkDRG-logikken, men som følge af ændringen af DRG-modellen fra 2018 er der fra 1. januar 2018 kun én grupperingslogik. I afsnit B2.1 er ændringen af DRG-modellen beskrevet.

Til DRG2018 er der udviklet nye brugerflader for VisualDRG og InteraktivDRG, hvorfor der nu eksisterer to versioner af disse, én gældende til og med 2017 og én fra 2018.

Med DRG2018 er der ydermere ændret i måden, hvorpå man teknisk kalder DRG-grouperen, samt i opsætningen af data til input filerne og i resultatet, som præsenteres i output filen.

På www.drg.dk er det muligt at læse mere om ændringer i grupperingen, grupperingsnøgle (DRG-grouper), logiktabeller samt at tilgå de to værktøjer VisualDRG og InteraktivDRG. I afsnittene B1.2.1, B1.2.2 og B1.2.3 er en kort introduktion til logiktabellerne, VisualDRG og InteraktivDRG.

B1.2.1 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. 3.800 regler for DRG-tildeling. Hver linje i logik-tabellen udgør en "regel". En regel er sammensat af en række "egenskaber". Når alle egenskaber i

Tabelnavn	Indhold
	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.

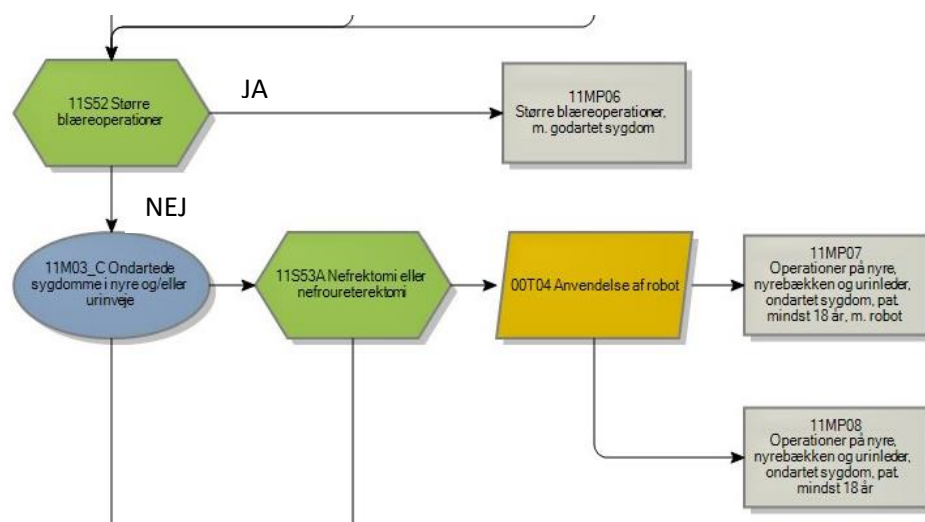
Ud fra indholdet i logiktabellerne dannes softwareprogrammet DRG-grouper. Grouperen gør det muligt at gruppere en stor mængde data. Dette kræver dog, at data til input filerne er tilpasset en fast skabelon.

B1.2.2 VisualDRG

VisualDRG er en grafisk fremstilling af indholdet i logiktabellerne (grupperingslogikken) beskrevet i afsnit B1.2.1. 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 bløddeler i hofte eller lår* betydning?
- Hvilke kriterier skal være opfyldt for at blive grupperet til DRG-gruppen *03MP14 - Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled*?

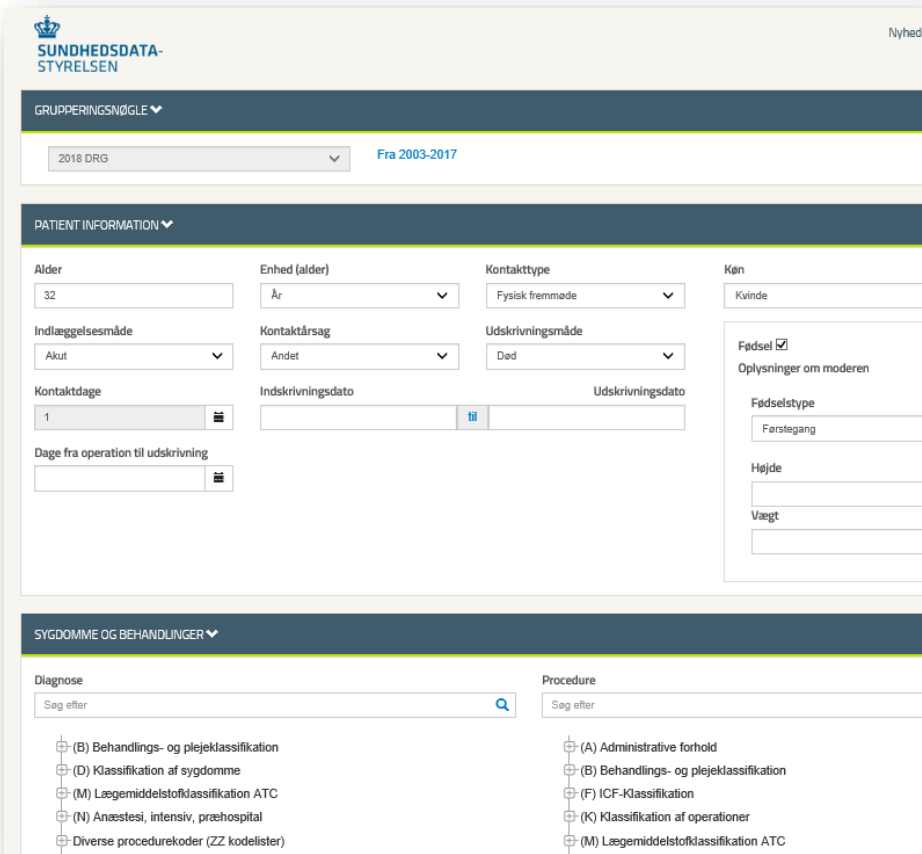
➤ Hvad er taksten for DRG-gruppe 06MP18 - Fjernelse af blindtarm, kompliceret?

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 B1.2.3 nedenfor.

B1.2.3 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 procedure 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 InteraktivDRG2018



GRUPPERINGSNØGLE

2018 DRG Fra 2003-2017

PATIENT INFORMATION

Alder: 32 Enhed (alder): År Kontakttype: Fysisk fremmede Køn: Kvinde

Indlæggelsesmåde: Akut Kontaktsårsag: Andet Udskrivningsmåde: Død

Kontakt dage: 1 Indskrivningsdato: til Udskrivningsdato:

Dage fra operation til udskrivning:

Fødsel ☒ Oplysninger om moderen

Fødselstype: Førstegang

Højde:

Vægt:

SYGDOMME OG BEHANDLINGER

Diagnose: Sag efter

- (B) Behandlings- og plejeklassifikation
- (D) Klassifikation af sygdomme
- (M) Lægemiddelstofklassifikation ATC
- (N) Anæstesi, intensiv, præhospital
- Diverse procedurekoder (ZZ kodelister)

Procedure: Sag efter

- (A) Administrative forhold
- (B) Behandlings- og plejeklassifikation
- (F) ICF-Klassifikation
- (K) Klassifikation af operationer
- (M) Lægemiddelstofklassifikation ATC

B1.3 Sammensætning og gruppering af et DRG-sygehusforløb

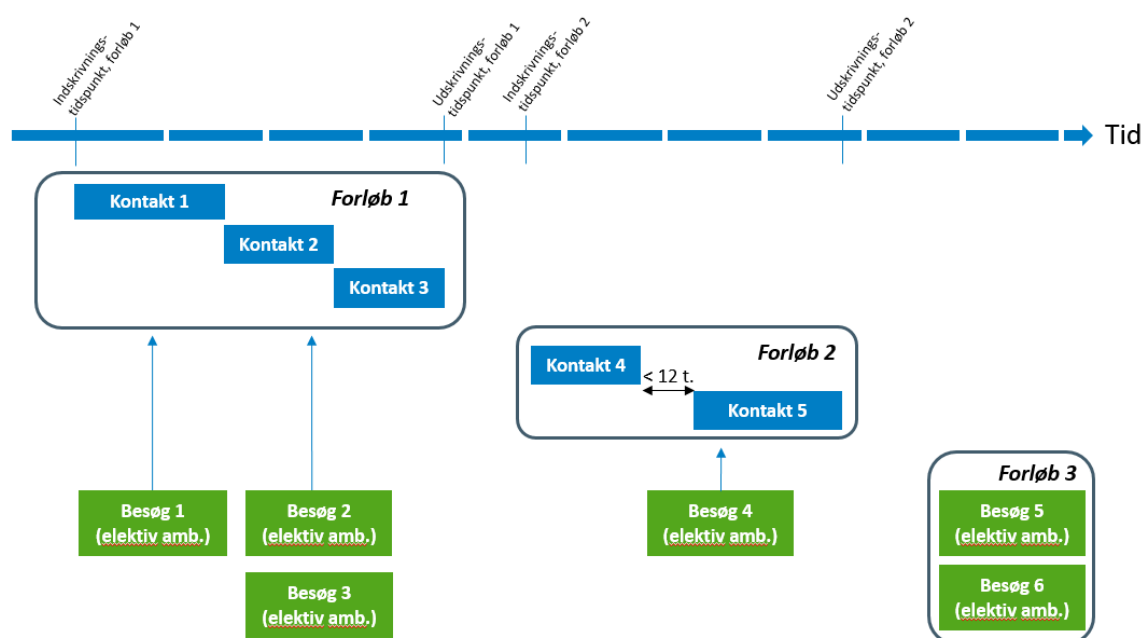
For en patient behandlet inden for samme sygehusnummer, som har kontakt med flere afdelinger i forbindelse med en indlæggelse, vil alle tidsmæssigt sammenhængende afdelingsudskrivinger blive koblet til ét DRG-sygehusforløb. Ambulante fremmøder, hvor der er et tidsmæssigt sammenfald med en indlæggelse, eller flere ambulante fremmøder med tidsmæssigt sammenfald vil også kobles til ét DRG-sygehusforløb. Tidsmæssig sammenhæng er defineret ved, at der max må være gået 12 timer fra udskrivnings-tidspunkt til næste indskrivningstidspunkt.

Teknisk sker dannelse af DRG-sygehusforløb ud fra følgende kriterier:

- Stationære og akut-ambulante kontakter samles, og der dannes forløb ud fra tidsmæssig sammenhæng.
- Til hvert dannet forløb tilføjes elektiv ambulant aktivitet (assistancer og besøg), som falder inden for forløbets indskrivnings- og udskrivningsdato (begge inklusiv).
- Enkeltstående ambulante aktiviteter, der ikke er sammenfaldende med en indlæggelse, sammenkobles til et DRG-sygehusforløb, hvis aktiviteterne foregår samme dag.

I Bilagsfigur 4 ses eksempler på forløbsdannelse.

Bilagsfigur 4 Eksempler på DRG-Sygehusforløb



Forløb 1 og 2 i figuren dannes ved, at der er tidsmæssigt sammenhængende aktivitet (stationære eller akut-ambulante), hvortil der kobles ambulante aktiviteter, der er sket i samme tidsrum.

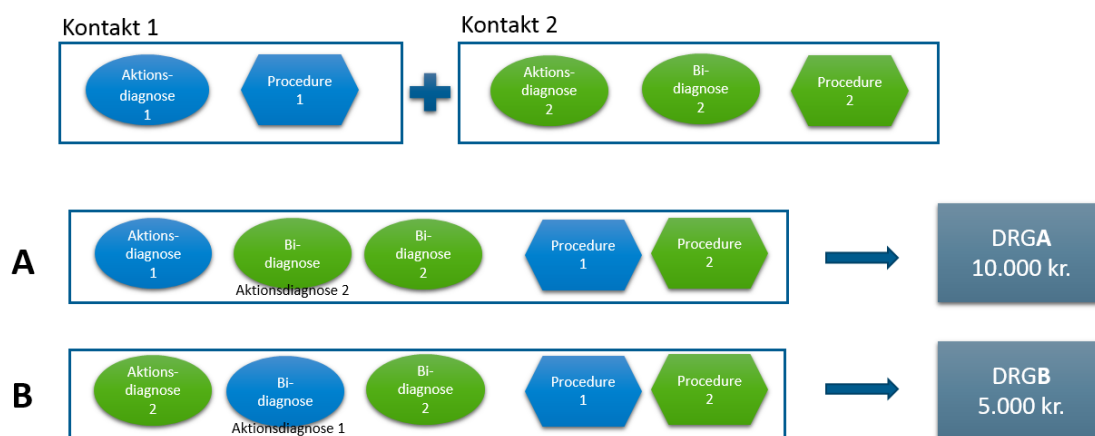
Forløb 3 består af to ambulante aktiviteter, der er foregået samme dag.

Et DRG-sygehusforløb består af alle diagnoser og procedurekoder, som er udført indenfor 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 illustreres et eksempel på anvendelse af loop-metoden. Kontakt 1 og kontakt 2 er tidsmæssigt sammenhængende og danner derfor et DRG-sygehusforløb. Valget til DRG-sygehusforløbets aktionsdiagnose står mellem Aktionsdiagnose 1 og Aktionsdiagnose 2, hvorfor der skal grupperes to records. Record A består af Aktionsdiagnose 1, Aktionsdiagnose 2 som bliver omdannet til en bidiagnose og efterfølgende kommer resterende bidiagnoser og procedurer fra de to kontakter. Record B består af Aktionsdiagnose 2, Aktionsdiagnose 1 som bliver omdannet til en bidiagnose og er ellers identisk med Record A. Record A grupperer til DRGA med en takst på 10.000 kr., hvor imod 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



B1.4 Dannelse af Omkostningsdatabasen

De enkelte sygehuses interne ydelsesstrømme og samlede driftsudgifter ved produktion af behandlingsydelserne opgøres i såkaldte fordelingsregnskaber. I Omkostningsdatabasen kobles omkostningsoplysningerne i fordelingsregnskaberne med aktivitetsoplysninger fra Landspatientregistret/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 være de to seneste omkostningsdatabaser. Da taksterne regnes året før et takstår, vil takstberegningsgrundlaget være omkostninger og aktivitet, der ligger 1 og 2 år før takståret.

Bilagstabel 2 viser udbygningen af takstberegningsgrundlaget for de seneste fem år. Fra 2000 til 2006 blev der anvendt et års omkostningsdatabase som takstberegningsgrundlag, mens der fra 2007 og frem er der 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
2012	2.282.424	18.488.996	86	78
2013	2.285.502	18.648.057	86	79

	Antal kontakter der er dækket af takstberegnings- grundlaget	Antallet af kontakter	Antallet af kontakter	Anslået dækningsgrad i pct.
2014²	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

B1.4.1 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. Det enkelte DRG-kontakt får dermed fastsat den sengedagsafhængige komponent af forløbsomkostninger ved antallet af sengedage gange 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 2018 anvendt ambulante, specialespecifikke vægtningsystemer inden for følgende specialer.

- Anæstesiologi
- Arbejdsmedicin
- Dermato- venerologi
- Gynækologi og obstetrik
- Hæmatologi
- Intern Medicin
- Kir. gastroenterologi
- Klinisk fysiologi og nuklearmedicin
- Med. Allergologi
- Med. endokrinologi
- Med. Lungesygdomme
- Nefrologi
- Neurologi
- Oftamologi
- Onkologi
- Oto-, rhino-, laryngologi
- Plastikkirurgi
- Pædiatri
- Reumatologi
- Tand-, mund-, og kæbekirurgi
- Urologi
- Kardiologi

² Antallet af kontakter der er dækket af omkostningsdatabasen for 2014 er dannet på baggrund af en tilrettet version af omkostningsdatabasen

B1.5 Takstberegningsmetoden

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

B1.5.1 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. Niveaustjustering

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 B1.3. 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-kontakter 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 2018 er således tilpasset de samlede tilrettede driftsudgifter for offentlige sygehuse for 2016 fremskrevet til 2018 P/L-niveau.

Bilag 2. Ændringer i modellen for 2018

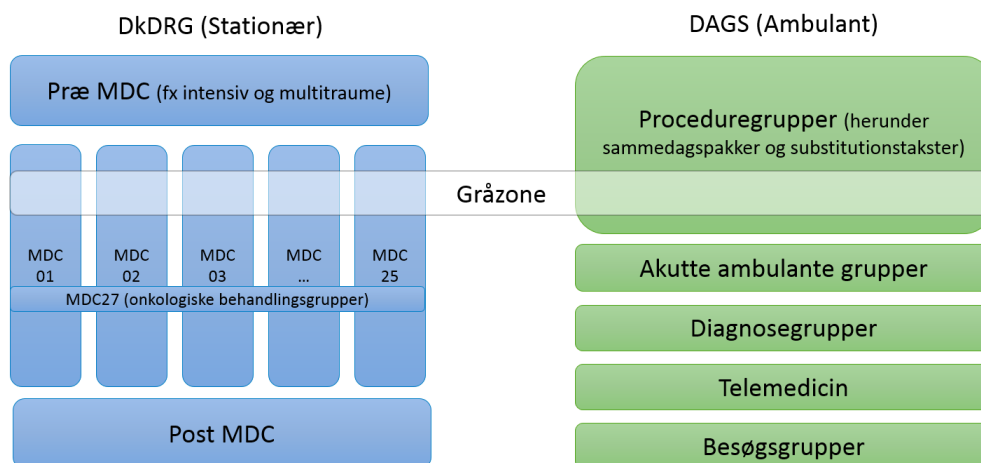
Den største ændring i grupperingslogikken mellem år 2017 og 2018 er, at der ikke længere skelnes mellem ambulante og stationære patienter. Fra 2018 findes én samlet grupperingslogik og dermed ét samlet takstsystem. De tidligere to grupperingslogikker DkDRG og DAGS er blevet smeltet sammen og udgør nu én samlet grupperingslogik.

I afsnit B2.1 beskrives ændringer, der er relateret til modellen, og i afsnit B2.2 beskrives ændringer, som er DRG-gruppe specifikke.

B2.1 Ændringer i modellen

Bilagsfigur 6 illustrerer, hvordan model og hierarki er opbygget for DkDRG og DAGS i 2017. Figuren er opbygget af kasser, der hver repræsenterer flere elementer. For DkDRG er kasserne blå og indeholder tilsammen 743 DRG-grupper fordelt ud på MDC-kategorier. For DAGS er kasserne grønne og indeholder tilsammen 251 DAGS-grupper fordelt ud på kategorierne Akut ambulant-, Besøgs-, Diagnose- og Proceduregrupper samt Sammedagspakker og Ambulante substitutions-takster. DkDRG indeholder 205 Gråzonegrupper. I figuren er disse illustreret på tværs af DkDRG og DAGS, da der i disse grupper ikke skelnes mellem, om aktiviteten er udført stationært eller ambulant.

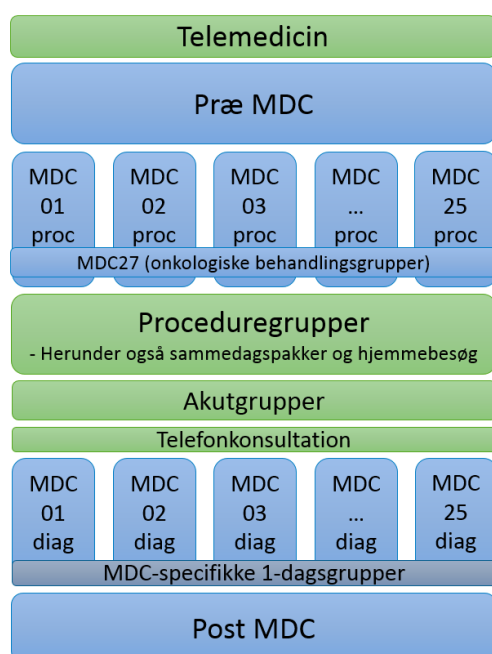
Bilagsfigur 6 Modellen for hhv. DkDRG og DAGS i 2017



Bilagsfigur 7 illustrerer, hvordan model og hierarki er opbygget for DRG2018. DRG2018 baserer sig i store træk på DkDRG suppleret med elementer fra DAGS. De grønne kasser er dele, som er videreført fra DAGS, og de blå kasser er fra DkDRG. Kategorierne Diagnosegrupper og Besøgsgrupper er ikke ført videre til DRG2018. I stedet er der oprettet MDC-specifikke 1-dagsgrupper til at fange den lette aktivitet. Begrebet gråzone udgår også i DRG2018, da alt aktivitet nu håndteres ens, uanset om det er ambulant eller stationær.

I alt er der 1012 DRG-grupper i DRG2018. Opbygningen af modellen er afspejlet i den ændrede navnestrukturen for 2018, som er beskrevet i afsnit B3.1.

Bilagsfigur 7 Modellen for DRG2018



B2.2 Ændringer på DRG-gruppe niveau

I Bilagstabel 3 er ændringerne til DRG2018 listet på DRG-gruppe niveau. Ved henvisning til 2017 benævnes DRG- og DAGS-grupper ud fra 2017 navnestrukturen. For 2018 sker benævnelser ud fra den nydannede navngivning, hvor gruppebetegnelsen har en klinisk specifikation og en organisatorisk/grupperingslogisk type.

Bilagstabel 3 Ændringer mellem 2017 og 2018

MDC, Specifikation eller Type	Kommentar	2017	2018
03 - Øre-, næse- hals- og kæbesygdomme	Grupperne 0317 og 0318 lukkes. Aktivitet fanges i de nyoprettede grupper	0317 - Operationer på næse, kategori 1 0318 - Operationer på næse, kategori 2	03MP17 - Operation på næse, kategori 1 03MP18 - Operation på næse, kategori 2 03MP19 - Operation på næse, kategori 3 03MP20 - Operation på næse, kategori 4
	PG10H, I og J lukkes. 03PR07 oprettes med en del- mængde af koderne fra PG10H, I og J.	PG10H - Rhinoskopier PG10I - Faryngoskopier PG10J - Laryngoskopier	03PR07 - Øre, næse eller hals skopier
04 - Sygdomme i ånde- drætsorganerne	Grupperne 0420 og 0421 er lagt sammen til 04MA08	0420 - Større thoraxskader, m. kompl. bidiag. 0421 - Større thoraxskader, u. kompl. bidiag.	04MA08 - Større thoraxskader
05 - Sygdomme i kreds- løbsorganerne	Gruppe lukket til 2018. Lukket pga. mangel på aktivitet.	0520 - Central karkirurgi med mors	
08 - Sygdm. i muskel-ske- letsystemet og bindevæv	Grupper oprettet til 2018.		08SP01 - Sammedagspakke: Ryglidelse incl. MR-skanning 08TE01 - Telemedicinsk inflammatorisk reumatologisk kon- trol
09 - Sygdomme i hud, un- derhud og mamma	Grupper oprettet til 2018.		09SP02 - Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 2 09SP03 - Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 3

MDC, Specifikation eller Type	Kommentar	2017	2018
14 - Fødsel, barsel og sygdom. under svan.skab	Gruppe oprettet til 2018.		14TE01 - Hjemmemonitorering af gravide
17 - Svulster i lymfatisk og bloddannende væv	Gruppe lukket til 2018. Lukket pga. mangel på aktivitet.	1708 - Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, type 2	
26 - Post-MDC	2653 og ST01B lukkes. I stedet oprettes grupperne 26HJ01, 02, 03 og 26MP52, 53, 54.	2653 - Specialiseret palliativ indsats ST01B - Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg	26HJ01 - Specialiseret Palliativ indsats, Stor, Hjemmebesøg 26HJ02 - Specialiseret Palliativ indsats, Mellem, Hjemmebesøg 26HJ03 - Specialiseret Palliativ indsats, Lille, Hjemmebesøg 26MP52 - Specialiseret Palliativ indsats, Stor 26MP53 - Specialiseret Palliativ indsats, Mellem 26MP54 - Specialiseret Palliativ indsats, Lille
	Gruppe lukket til 2018. Lukket pga. mangel på aktivitet.	2655 - Udvidet epilepsikirurgi	
01-27	DAGS-grupperne DG30* og BG50A, B, C og D er lukket til 2018. I stedet er der for specifikation 1-27 oprettet grupperne **MA98 og 99 til at fange aktiviteten.	BG50A - Ambulant besøg, pat. mindst 7 år BG50B - Ambulant besøg, pat. 0-6 år BG50C - Ambulant besøg, med journaloptagelse BG50D - Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg DG30* - Diagnosegrupper	**MA98 - 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år **MA99 - 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år
35 - Arbejdsmedicin	Gruppe oprettet til 2018.		35PR03 - Behandling af arbejdsstres
40 - Fysio- og ergoterapi	Gruppe oprettet til 2018.		40PR01 - Fysio- og ergoterapeutiske ydelser
60 - Telemedicin	Gruppe oprettet til 2018.		60TE99 - Telemedicinsk opsamlingsgruppe
AA - akutgrupper	Grupper lukket til 2018. Lukket pga. overlap til andre grupper.	AA01A - Traume AA01E - Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning	

MDC, Specifikation eller Type	Kommentar	2017	2018
PG - proceduregrupper	Grupper lukket til 2018. Lukket pga. overlap med procedurer i **MP** grupper samt mangel på aktivitet i grupperne.	PG01K - Nålebiopsi uden ultralyd, overfladisk PG01M - Excision og biopsi, ukompliceret PG02C - Procedure i muskel el. skelet, kompliceret PG02D - Procedure i muskel el. skelet, ukompliceret PG03A - Luftvejsendoskopi, kompliceret PG03B - Væskeudtømmelse fra pleura PG04D - Udsiftning af cardioverter-defibrillator (ICD) PG04G - Kardiologisk undersøgelse, almindelig PG05D - Brokoperation PG05E - Operation i anus el. rectum PG10A - Procedure på kæbe PG13N - Øjenundersøgelse, større PG13Q - Kronisk viral hepatitis B/C, vurdering af komplikationer	
ST - substitutionstakster	Gruppe lukket til 2018. Lukket pga. mangel på aktivitet.	ST01F - Lungefunktionsundersøgelse, m. reversibilitets-test, telemedicin	
AK - Akutgrupper PR - Proceduregrupper SP - Sammedagspakker TE - Telemedicinske, Telefon- og emailkonsultationsgrupper	Som udgangspunkt er der sat kravet kontaktdage <= 1 på DAGS-grupper overført fra 2017 til 2018.	AA** PG** SP** ST**	**AK** **PR** **SP** **TE**

MDC, Specifikation eller Type	Kommentar	2017	2018
MA - MDC specifikke diagnosegrupper	Som udgangspunkt har alle **MA** grupper som i 2017 ikke var gråzone eller havde et trimpunkt på 1, fået krav om kontaktdage > 1. Hver MA-gruppe er vurderet ud fra aktiviteten som ville fanges uden afgrænsningen, samt hvilken påvirkning aktiviteten vil have på de gennemsnitlige omkostninger i gruppen.		**MA**
MP- MDC specifikke proceduregrupper	På en del af **MP** grupperne er der indsat krav om kontaktdage > 1. Hver MP-gruppe er vurderet ud fra aktiviteten som ville fanges uden afgrænsningen, samt hvilken påvirkning aktiviteten vil have på de gennemsnitlige omkostninger i gruppen.		**MP**

Bilag 3. DRG-takster

Af Bilag 3 fremgår takster og trimpunkter for DRG2018 grupperne, derudover er der en indledende gennemgang af DRG gruppernes navnestruktur. Endelig fremgår taksterne for Filadelfia i afsnit B3.3 og for særydelser i B3.4.

B3.1 Navnestruktur

DRG navnestrukturen har både en klinisk og en organisatorisk/grupperingslogisk dimension. Navnene består af 6 cifre i 3 dele: Specifikation (S), Type (T), og Løbenummer (L), skrevet som SSTLL. Fx 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 B3.3 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
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
OP	Opsamling/øvrige grupper

Type	Navn
PR	Proceduregrupper
SP	Sammendagspakker
TE	Telemedicinske, Telefon- og emailkonsultationsgrupper
UA	Grupper der ikke afregnes

Løbenummeret har ingen specifikke regler, men i udgangspunkter kommer relaterede grupper efter hinanden, således at fx 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.

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

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
Specifikation 01 - Sygdomme i nervesystemet			
01MA01	Svulster i nervesystemet, pat. mindst 18 år	43.623	17
01MA02	Sygdomme og skader på rygmarven	87.735	11
01MA03	Infektion i nervesystemet ekskl. virus meningit	59.708	22
01MA04	Sygdomme i hjernenerver og perifere nerver	27.704	9
01MA05	Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne	36.695	11
01MA06	Degenerative sygdomme i nervesystemet	29.832	11
01MA07	Dissemineret sklerose og cerebellar ataxi	34.812	10
01MA08	Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. under 1 år	9.500	1
01MA09	Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. 1-17 år	3.323	1
01MA10	Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. mindst 18 år	20.496	4
01MA11	Hovedtraumer ekskl. hjernerystelse	30.902	11
01MA12	Hjernerystelse	5.098	1
01MA13	Forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne og okklusion af præcerebrale arterier	20.168	6
01MA15	Feberkrampe, pat. 0-17 år	8.956	1
01MA16	Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. mindst 18 år	25.506	9
01MA17	Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. 0-17 år	3.110	1
01MA18	Andre uspecifikke sygdomme i nervesystemet	24.242	9
01MA19	Observation for sygdom i nervesystemet	19.406	6
01MA98	MDC01 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	4.136	1
01MA99	MDC01 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.185	1
01MP01	Neurologisk stimulering med implantat	252.401	6
01MP02	Instrumenteret stabilisering af hvirvelsøjle ved sygdomme i nervesystemet	145.157	22

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
01MP03	Rygmarvsoperationer	75.381	13
01MP04	Carotiskirurgi	65.939	10
01MP05	Indgreb på karpaltunnel	4.727	1
01MP06	Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, m. kompl. bidiag.	95.885	56
01MP07	Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, u. kompl. bidiag.	25.480	1
01MP12	Behandling med højdosis immunglobulin ved sygdom i nervesystemet	68.058	7
01MP13	Medicinske sygdomme i nervesystemet med dialyse	81.615	20
01MP14	Medicinske sygdomme i nervesystemet med plasmaferese	58.634	19
01MP15	Udredning med lumbal perfusionsmåling	18.997	1
01MP16	Trombolysebehandling af akut apopleksi	59.540	4
01MP17	Video-EEG døgnmonitorering	60.992	4
01PR01	Fjernelse el. behandling af nerve	8.923	1
01PR02	Neurorehabilitering og rygmarvsskader	3.728	1
01PR03	Kontrol af medicinpumpe	2.395	1
01SP01	Sammedagspakke: Blodprop i hjernen, udredning	4.858	1
01SP02	Sammedagspakke: Epilepsiudredning	7.785	1
Specifikation 02 - Øjensygdomme			
02MA01	Øvrige indlæggelser eller besøg ved øjensygdomme	870	1
02MP01	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	24.644	4
02MP02	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	19.933	1
02MP03	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer	18.646	1
02MP04	Dobbelt-operationer, øjenmuskler, hornhinde og sklera	18.957	1
02MP05	Hornhindetransplantation	26.130	6
02MP06	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	22.053	4
02MP07	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	15.027	1
02MP08	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, m. generel anæstesi	14.764	1
02MP09	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi	7.371	1
02MP10	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, m. generel anæstesi	13.456	1
02MP11	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi	4.842	1
02MP12	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	11.974	4
02MP13	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	5.743	1
02MP14	Større operationer, hornhinde og sclera	7.556	1
02MP15	Større operationer, øvrige, m. generel anæstesi	12.173	1
02MP16	Større operationer, øvrige, u. generel anæstesi	4.363	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
02MP17	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	8.735	1
02MP18	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	4.749	1
02MP19	Grå stær operationer med toriske linser	4.967	1
02MP20	Grå stær operationer, m. generel anæstesi	8.767	1
02MP21	Grå stær operationer, u. generel anæstesi	4.901	1
02MP22	Mindre operationer, øvrige, m. generel anæstesi	5.013	1
02MP23	Mindre operationer, øvrige, u. generel anæstesi	2.161	1
02MP24	Laserbehandling	2.055	1
02PR01	Øjenundersøgelse, mindre	1.099	1
02SP01	Sammedagspakke: Injektion, angiostatisk lægemiddel, m. øjenundersøgelse	6.964	1
02SP02	Sammedagspakke: Injektion, øvrige lægemidler, m. øjenundersøgelse	3.247	1
02SP03	Sammedagspakke: Laserbehandling, m. øjenundersøgelse	2.423	1
02SP04	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere større	3.060	1
02SP05	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, større + mindre	2.295	1
02SP06	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere mindre	1.522	1
Specifikation 03 - Øre-, næse- og halssygdomme			
03MA01	Ondartede sygdomme i øre, næse, mund og hals inkl. strube, pat. mindst 18 år	30.985	14
03MA02	Svimmelhed	5.312	1
03MA03	Næseblødning	9.207	1
03MA04	Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	19.885	9
03MA05	Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	13.045	4
03MA06	Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. 0-17 år	4.774	1
03MA07	Luftrørskatar	7.260	1
03MA08	Næsetraume og næsedeformitet	950	1
03MA09	Andre sygdomme i øre, næse, mund og hals	5.665	1
03MA10	Observation for ondartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	3.371	1
03MA11	Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	3.978	1
03MA12	Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. 0-17 år	4.303	1
03MA13	Tand- og mundhulesygdomme, ekskl. tandudtrækning	1.875	1
03MA98	MDC03 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.075	1
03MA99	MDC03 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.095	1
03MP01	Indsættelse af cochleart implantat, dobbeltsidigt	314.849	4
03MP02	Indsættelse af cochleart implantat, enkeltidigt	163.136	1
03MP03	Tracheostomi ved mundhule- og halssygdomme	121.485	29
03MP04	Operationer på hoved og hals, kategori 1-3, m. robot	105.906	18
03MP05	Operationer på hoved og hals, kategori 1	70.429	15
03MP06	Operationer på hoved og hals, kategori 2	64.997	17

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
03MP07	Operationer på hoved og hals, kategori 3	27.807	4
03MP08	Operationer på hoved og hals, kategori 4	9.076	1
03MP09	Større kæbeoperationer	54.336	4
03MP10	Kæbeledsalloplastik	129.643	4
03MP11	Operation for læbe-ganespalte og choanal atresi	91.959	15
03MP12	Kombinerede rekonstruktive operationer på over- og underkæbe	50.848	6
03MP13	Frakturkirurgi på kæbe eller kæbeled	32.112	4
03MP14	Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled	36.170	1
03MP15	Operationer på øre, kategori 1	22.454	1
03MP16	Operationer på øre, kategori 2	13.160	1
03MP17	Operation på næse, kategori 1	51.407	1
03MP18	Operation på næse, kategori 2	39.991	1
03MP19	Operation på næse, kategori 3	21.342	1
03MP20	Operation på næse, kategori 4	6.530	1
03MP21	Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber	5.922	1
03MP22	Operationer på spytkirtler	21.095	1
03MP23	Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer	7.462	1
03MP24	Endoskopier af luftveje og spiserør	7.350	1
03MP25	Andre operationer på øre, næse, mund og hals	24.550	6
03PR01	Påsætning af kunstig ansigtsdel	7.617	1
03PR02	Tandbehandling, svær	3.622	1
03PR03	Tandbehandling, middel	2.205	1
03PR04	Tandbehandling, let	1.039	1
03PR05	Procedure på øre, næse el. hals, kompliceret	4.613	1
03PR06	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	2.647	1
03PR07	Øre, næse eller hals skopier	3.340	1
03PR08	Kontrol af cochleart implantat	1.493	1
03PR09	Audiologisk udredning, diagnostiske procedurer, pat. 0-2 år	3.923	1
03PR10	Audiologisk udredning, øvrige, pat. mindst 90 dage	2.026	1
03PR11	Audiometri	2.255	1
03PR12	Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage	469	1
03SP01	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl.	5.391	1
03SP02	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl. + ukompl.	4.521	1
03SP03	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, ukompl.	3.652	1
03SP04	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. mindst 18 år	2.072	1
03SP05	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. 0-17 år	3.171	1
03SP06	Sammedagspakke: Svimmelhed, udredning	2.292	1
Specifikation 04 - Sygdomme i åndedrætsorganerne			
04MA01	Tilstand med transplanteret lunge uden bronkoskopi	8.612	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
04MA02	Søvnapnø	2.148	1
04MA03	Tuberkulose uden operation	59.568	33
04MA04	Lungeemboli	31.699	12
04MA05	Infektioner og betændelse i luftveje, pat. mindst 65 år	46.874	21
04MA06	Infektioner og betændelse i luftveje, pat. 0-64 år	43.331	20
04MA07	Svulster i luftveje, behandling uden komplikationer, pat. mindst 18 år	39.059	15
04MA08	Større thoraxskader	33.641	14
04MA09	Pleuritis exsudativa	30.937	14
04MA10	Lungeødem og respirationssvigt	34.051	12
04MA11	Obstruktive lungesygdomme, pat. mindst 60 år	25.718	11
04MA12	Obstruktive lungesygdomme, pat. 0-59 år	20.711	7
04MA13	Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år, hæmatologiske patienter	45.251	16
04MA14	Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år	35.350	13
04MA15	Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år, hæmatologiske patienter	50.918	13
04MA16	Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år	25.799	11
04MA17	Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, m. kompl. bidiag.	34.108	11
04MA18	Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, u. kompl. bidiag.	19.738	6
04MA19	Interstitielle lungesygdomme	33.217	12
04MA20	Pneumothorax, m. kompl. bidiag.	47.398	21
04MA21	Pneumothorax, u. kompl. bidiag.	30.141	11
04MA22	Bronkit og astma, pat. mindst 60 år	20.176	9
04MA23	Bronkit og astma, pat. 0-17 år, komplicerede	27.553	9
04MA24	Bronkit og astma, pat. 0-59 år	5.277	1
04MA25	Symptomer fra luftveje	5.916	1
04MA26	Andre sygdomme i luftveje	25.264	9
04MA27	Cystisk fibrose	58.194	32
04MA28	Observation for sygdom i åndedrætsorganerne	20.701	9
04MA98	MDC04 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.760	1
04MA99	MDC04 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.347	1
04MP01	Særligt store thoraxoperationer	324.420	29
04MP02	Større thoraxoperationer	73.574	14
04MP03	Torakoskopi	32.482	7
04MP04	Respiratorbehandling ved sygdomme i luftvejene	210.900	21
04MP05	NIV-behandling ved sygdomme i luftvejene	49.631	19
04MP06	Tilstand med transplanteret lunge med bronkoskopi	35.613	6
04MP07	Andre operationer på luftveje	21.620	4
04MP08	Kompleks søvnudredning	18.363	1
04MP09	Simpel søvnudredning	3.455	1
04MP10	Medicinske sygdomme i åndedrætsorganerne med dialyse	57.760	17
04MP11	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. rigid bronkoskopi, pat. mindst 18 år	6.301	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
04MP12	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. fleksibel bronkoskopi, pat. mindst 18 år	15.924	1
04MP13	Interstitielle lungesygdomme, udredning	22.247	1
04MP14	Andre sygdomme i luftveje, udredning	14.797	1
04PR01	Udlevering af CPAP-apparatur	5.113	1
04PR02	Kontrol eller justering af CPAP-behandling	1.862	1
04SP01	Sammedagspakke: Lungesygdomme, udredning	2.503	1
04TE01	Substitutionstakst, telemedicin	325	1
04TE02	Lungefunktionsundersøgelse, telemedicin	1.370	1
04TE03	Telemedicinsk kontrol af CPAP udstyr	386	1
Specifikation 05 - Sygdomme i kredsløbsorganerne			
05MA01	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation	19.247	7
05MA02	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation	9.275	1
05MA03	Stabil iskæmisk hjertesygdom/brystsmerter	2.834	1
05MA04	Hjertesvigt og shock	32.186	15
05MA05	Erhvervede hjerteklapsygdomme	27.793	14
05MA06	Medfødte hjertesygdomme	4.639	1
05MA07	Hjertearytmi og synkope	14.959	6
05MA08	Andre hjertesygdomme	2.389	1
05MA09	Endocarditis	100.092	64
05MA10	Årebetændelse i de dybe vener	2.173	1
05MA11	Hypertension	15.240	4
05MA12	Perifer karsygdom	25.830	6
05MA13	Andre kredsløbsdiagnoser	72.881	34
05MA14	Rehabilitering efter hjertetilfælde	22.668	7
05MA15	Observation for sygdom i kredsløbsorganerne	3.917	1
05MA98	MDC05 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.207	1
05MA99	MDC05 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.973	1
05MP01	Indsættelse af mekanisk hjerte	1.385.873	93
05MP02	Hjertetransplantation	608.644	50
05MP03	Hjerteoperation med dialyse	638.335	74
05MP04	Hjerteoperation med implantation af ICD	453.103	46
05MP05	Sternuminfektion	447.746	113
05MP06	Medfødte hjertesygdomme med hjerteoperation	184.325	13
05MP07	Kombinerede hjerteoperationer	298.027	19
05MP08	Hjerteklap-operation, m. stentklap	218.572	12
05MP09	Perkutan indsættelse af mitralclip	224.022	10
05MP10	Hjerteklap-operation	163.653	16
05MP11	By-pass-operation	160.437	14
05MP12	Reoperationer efter hjerteoperation	165.817	38
05MP13	Andre hjerteoperationer	77.069	9

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
05MP14	Implantation af ICD med udvidelse af koronararterie	174.279	28
05MP15	Implantation af ICD	166.526	9
05MP16	Endovaskulær stentgraft	144.279	6
05MP17	Amputationer, m. cirkulationssvigt, ekskl. arme, hænder og tæer	116.583	35
05MP18	Amputationer, m. cirkulationssvigt, arme, hænder og tæer	34.656	9
05MP19	Mindre operationer på kredsløbsorganerne	90.198	28
05MP20	Større central karkirurgi	146.418	21
05MP21	Central karkirurgi	119.057	16
05MP22	Større perifer karkirurgi	108.726	18
05MP23	Perifer karkirurgi	70.888	11
05MP24	Mindre perifer karkirurgi	49.739	10
05MP25	Nyrearterieablation	43.060	4
05MP26	Dobbelt endovaskulær behandling m. stent	57.984	1
05MP27	Endovaskulær behandling m. stent	45.296	1
05MP28	Endovaskulær behandling u. stent	36.605	1
05MP29	Anlæggelse af dialysefistel	16.988	1
05MP30	Varicebehandling, kompliceret	19.976	1
05MP31	Varicebehandling, ukompliceret	9.517	1
05MP32	Andre kredsløbsoperationer	75.791	30
05MP33	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. C	89.294	7
05MP34	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. B	48.334	6
05MP35	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. A	27.552	11
05MP36	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. C	89.396	11
05MP37	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. B	46.481	6
05MP38	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. A	21.803	6
05MP39	Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	36.551	1
05MP40	Stabil iskæmisk hjertesygdom eller medfødte hjertesygdomme, pat mindst 15 år, proceduregrp. A	10.935	1
05MP41	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. C	98.838	10
05MP42	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. B	58.050	11
05MP43	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. A	25.784	4
05MP44	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. B og/eller C	50.791	6
05MP45	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. A	15.806	1
05MP46	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. C	89.747	4
05MP47	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. B	53.031	4
05MP48	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. A	36.901	4
05MP49	Hjertearytmi og synkope, m. særlig ablation og computermapping	93.832	4
05MP50	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C	58.944	6
05MP51	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B	43.702	6
05MP52	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. A	19.678	1
05MP53	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. C	79.105	15

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
05MP54	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. B	38.853	4
05MP55	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. A	14.893	1
05PR01	Operation på kar el. lymfesystem	6.163	1
05PR02	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem med ultralyd	4.626	1
05PR03	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem uden ultralyd	6.269	1
05PR04	Kardiologisk undersøgelse, kompliceret	2.841	1
05PR05	Kardiologisk undersøgelse, udvidet	1.913	1
05SP01	Sammedagspakke: Lille Kardiologisk sammedagsudredningspakke	3.947	1
05SP02	Sammedagspakke: Mellem Kardiologisk sammedagsudredningspakke	4.197	1
05SP03	Sammedagspakke: Stor Kardiologisk sammedagsudredningspakke	7.608	1
05TE01	ICD, Pacemaker eller Loop Recorder kontrol, telemedicin	1.105	1
05TE02	AK-behandling, telemedicin	207	1
Specifikation 06 - Sygdomme i fordøjelsesorganerne			
06MA01	Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne m. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	37.722	19
06MA02	Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne u. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	34.869	14
06MA03	Mavesår, komplicerede	36.722	11
06MA04	Mavesår, ukomplicerede	23.919	9
06MA05	Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	28.133	11
06MA06	Passagehindring i mavetarmkanal	25.148	9
06MA07	Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	20.840	6
06MA08	Inflammatoriske tarmsygdomme	29.983	14
06MA09	Blødning fra mave-tarmkanal, pat. 0-17 år	2.486	1
06MA10	Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	19.206	6
06MA11	Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	5.019	1
06MA12	Gastroenteritis infectiosa, pat. 0-17 år	7.721	1
06MA13	Betændelse i spiserør, mave og tarm i øvrigt, pat. 0-17 år	4.242	1
06MA14	Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, pat. mindst 18 år	20.427	6
06MA15	Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, ekskl. svulster, pat. 0-17 år	2.209	1
06MA16	Fødevareallergi	3.146	1
06MA17	Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, u. endoskopi	2.761	1
06MA98	MDC06 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.855	1
06MA99	MDC06 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.844	1
06MP01	Fistler til mave-tarmkanalen	140.731	47
06MP02	Bækkeneksenteration	190.771	21
06MP03	Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år, m. robot	164.539	14
06MP04	Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år	146.747	21
06MP05	Operation for multiple kræftknuder i bughinde, m. opvarmet kemoterapi, pat. mindst 18 år	152.026	20

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
06MP06	Sakral nervestimulation	87.713	6
06MP07	Operation på stimulationsystemer i nervesystemet	12.941	1
06MP08	Perkutan nerveevaluering	48.813	1
06MP09	Større operationer på tarm m. robot	107.068	13
06MP10	Større operationer på tyndtarm og tyktarm m. kompl. bidiag.	95.920	22
06MP11	Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.	82.331	21
06MP12	Større operationer på endetarm og endetarmsåbning m. cancer	98.796	15
06MP13	Større operationer på endetarm og endetarmsåbning u. cancer	75.517	16
06MP14	Operationer for sammenvoksninger i bughulen	62.517	21
06MP15	Bugvægsrekonstruktion	87.591	13
06MP16	Øvrige indgreb på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. mindst 18 år	36.795	9
06MP17	Operationer på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. 0-17 år	23.558	1
06MP18	Fjernelse af blindtarm, kompliceret	33.751	9
06MP19	Fjernelse af blindtarm, ukompliceret	23.712	4
06MP20	Mindre operationer på tyndtarm og tyktarm	9.363	1
06MP21	Større operationer på anus og kunstige tarmåbninger	13.647	1
06MP22	Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	36.158	9
06MP23	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	13.588	1
06MP24	Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	30.632	6
06MP25	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	7.465	1
06MP26	Incisionel og andre hernier, laparoskopiske	30.377	6
06MP27	Umbilical, linea og alba hernier, laparoskopiske	19.127	1
06MP28	Ingvinal- og femoralhernier, laparoskopiske	15.523	1
06MP29	Større hernier, åben operation	36.546	11
06MP30	Mindre hernier, åben operation	12.217	1
06MP31	Perianale indgreb og operationer for sacralcyste	11.029	1
06MP32	Andre operationer på fordøjelsesorganer m. kompl. bidiag.	34.749	6
06MP33	Andre operationer på fordøjelsesorganer u. kompl. bidiag.	23.344	1
06MP34	Medicinske sygdomme i fordøjelsesorganerne med dialyse	50.637	15
06MP35	Korttarmsyndrom	49.491	16
06MP36	Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, m. endoskopi	21.101	6
06PR01	Indsættelse af metalstents og kapselenteroskopi	9.150	1
06PR02	Koloskopi, sigmoidoskopi, ERCP el. endoskopi i nedre mavetarmregion, kompliceret	9.061	1
06PR03	Koloskopi, sigmoidoskopi el. endoskopi i nedre mavetarmregion, ukompliceret	5.092	1
06PR04	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	4.275	1
06PR05	Rektoskopi	4.484	1
06SP01	Sammedagspakke: Gastroskopi og koloskopi/sigmoideoskopi	7.284	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
Specifikation 07 - Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel			
07MA01	Tilstand med transplanteret lever	57.670	14
07MA02	Kronisk leversygdom med hepatisk encephalopati og/eller hepatorenalt syndrom	43.736	17
07MA03	Kronisk leversygdom med gastrointestinal blødning og/eller ascites	26.497	11
07MA04	Kronisk leversygdom med andre, alkoholiske komplikationer	36.379	16
07MA05	Kronisk leversygdom uden komplikationer	27.747	14
07MA06	Akut infektiøs eller toksisk leversygdom	36.949	17
07MA07	Paracetamolforgiftning uden leverpåvirkning	11.532	1
07MA08	Ondartet sygdomme i lever, galeveje og bugspytkirtel, pat. mindst 18 år	34.663	15
07MA09	Neoplasi (benign) eller cyster, pat. mindst 18 år	3.264	1
07MA10	Metabolisk leversygdom	24.258	6
07MA11	Sygdomme i bugspytkirtel, ekskl. ondartede sygdomme	30.492	12
07MA12	Komplicerede sygdomme i galdeveje	24.229	11
07MA13	Sygdomme i galdeveje, u. kompl. bidiag.	17.670	6
07MA14	Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel u. endoskopi	21.960	9
07MA98	MDC07 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	3.231	1
07MA99	MDC07 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.789	1
07MP01	Bugspytkirtel- og leveroperationer samt udredning for levertransplantation	113.692	19
07MP02	Dialyse, respiratorbehandling og/eller plasmaferese	118.442	30
07MP03	Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, med ondartet svulst	47.567	14
07MP04	Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, uden ondartet svulst	45.995	19
07MP05	Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi m. kompl. bidiag.	43.537	19
07MP06	Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi u. kompl. bidiag.	28.587	9
07MP07	Fjernelse af galdeblære, åben kirurgi	72.079	13
07MP08	Fjernelse af galdeblære, laparoskopi	23.801	4
07MP09	Andre operationer på lever, galdeveje og bugspytkirtel	60.940	15
07MP10	Endoskopisk operation af Pankreas	86.165	32
07MP11	Ikke kirurgiske indgreb på bugspytkirtel, ved ondartet sygdom	30.959	4
07MP12	Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel m. endoskopi	45.161	25
Specifikation 08 - Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv			
08MA01	Konservativt behandlet brud i bækken og lår	28.404	14
08MA02	Konservativt behandlet patologisk fraktur	30.691	14
08MA03	Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. mindst 18 år	11.247	1
08MA04	Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. 0-17 år	4.431	1
08MA05	Kompliceret behandling af inflammatorisk reumatisk sygdom	18.186	1
08MA06	Deformerende rygsygdomme	27.317	14
08MA07	Slidgigt i hofte eller knæ	1.586	1
08MA08	Infektioner i led og knogler	66.353	31

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
08MA09	Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, med komplikationer	44.018	18
08MA10	Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, uden komplikationer	27.513	11
08MA11	Inflammatoriske artritter, pat. 0-15 år	5.116	1
08MA12	Generaliserede bindevævssygdomme	40.077	15
08MA13	Infektioner i muskler og bløddele	42.467	15
08MA14	Degenerative rygsygdomme og andre ryglidelser	19.362	6
08MA15	Reumatologiske sygdomme i bløddele	1.556	1
08MA16	Medicinske sygdomme i ryggen	20.730	6
08MA17	Øvrige sygdomme i knogler og led	1.641	1
08MA18	Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	24.405	16
08MA19	Andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	31.005	16
08MA20	Observation eller udredning for andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	19.698	4
08MA98	MDC08 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.628	1
08MA99	MDC08 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.724	1
08MP01	Spondylodese, for+bag el. for int. fiks, m. særlig a-diag	237.966	27
08MP02	Spondylodese, for+bag, el. bag m. særlig a-diag	132.388	14
08MP03	Spondylodese, med fiksation	104.869	14
08MP04	Spondylodese, uden fiksation, og reoperationer	74.156	13
08MP05	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik	56.653	4
08MP06	Dekompression	46.478	6
08MP07	Diskusprolaps	38.647	4
08MP08	Perifer nerveoperation	9.533	1
08MP09	Infektionskirurgi, ryg/hals og underekstremitet, store led	142.438	45
08MP10	Infektionskirurgi, overekstremitet, store led, og ankel/fod	68.976	33
08MP11	Infektionskirurgi, håndled/hånd	43.332	15
08MP12	Amputation, ekskl. fingre og tæer	85.308	29
08MP13	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år	213.517	20
08MP14	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	99.946	16
08MP15	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	27.358	1
08MP16	Alloplastik, dobbelt, store led	64.006	8
08MP17	Alloplastik, dobbelt, hånd/fod	18.021	4
08MP18	Alloplastik, større revision, underekstremitet, store led	96.080	17
08MP19	Alloplastik, ryg/hals	44.126	4
08MP20	Alloplastik, overekstremitet, store led	54.696	6
08MP21	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led	51.085	6
08MP22	Alloplastik, hånd/fod	14.422	1
08MP23	Frakturkirurgi, ryg/hals	68.950	14
08MP24	Frakturkirurgi, skulder/overarm	42.283	6
08MP25	Frakturkirurgi, albue/underarm	34.365	4
08MP26	Frakturkirurgi, håndled	28.147	4

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
08MP27	Frakturkirurgi, hånd	18.495	1
08MP28	Frakturkirurgi, ekstern fiksation, underekstremitet ekskl. fod	96.586	25
08MP29	Frakturkirurgi, intern fiksation, hoftenær	66.038	17
08MP30	Frakturkirurgi, intern fiksation, lår	85.806	19
08MP31	Frakturkirurgi, intern fiksation, knæ/underben	60.742	12
08MP32	Frakturkirurgi, intern fiksation, ankel	46.502	10
08MP33	Frakturkirurgi, fod	28.847	4
08MP34	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led	8.021	1
08MP35	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led	32.210	6
08MP36	Reposition, øvrige	10.380	1
08MP37	Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ	42.314	1
08MP38	Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	18.449	1
08MP39	Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår	67.176	11
08MP40	Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	34.629	4
08MP41	Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig	35.996	1
08MP42	Rekonstruktion, overekstremitet, store led	16.670	1
08MP43	Rekonstruktion, underekstremitet, store led	20.438	1
08MP44	Rekonstruktion, hånd/fod	14.516	1
08MP45	Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	35.371	4
08MP46	Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led	74.311	20
08MP47	Artrodese, hånd/fod	19.257	1
08MP48	Artrodese, ankel	29.726	4
08MP49	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., ryg/hals	45.855	6
08MP50	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., hofte/lår	28.516	1
08MP51	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., øvrige	10.477	1
08MP52	Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	13.386	1
08MP53	Endoskopi/artroskopi, hofte	27.192	1
08MP54	Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	16.729	1
08MP55	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	11.220	1
08MP56	Endoskopi/artroskopi, øvrige	13.420	1
08MP57	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	8.379	1
08MP58	Sene, muskel, fascie, øvrige	17.838	1
08MP59	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	11.152	1
08MP60	Mindre knogleoperationer, øvrige	20.796	1
08MP61	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	5.113	1
08MP62	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	15.079	1
08MP63	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	51.730	9
08MP64	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	21.933	1
08MP65	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	14.762	1
08MP66	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	32.991	1
08MP67	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	16.989	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
08MP68	Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med plasmafe-rese	152.707	58
08MP69	Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med dialyse	93.003	30
08PR01	Anlæggelse af skinne, individuelt fremstillet bandage	2.019	1
08PR02	Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket reposition	1.943	1
08PR03	Bevægelseslaboratorieundersøgelse	1.685	1
08SP01	Sammedagspakke: Ryglidelse incl. MR-skanning	4.401	1
08SP02	Sammedagspakke: Rygmarvsskader	4.772	1
08SP03	Sammedagspakke: Ryglidelser	2.458	1
08SP04	Sammedagspakke: Håndkirurgisk dagkirurgi	7.511	1
08SP05	Sammedagspakke: Tværfaglig artritinformation	5.090	1
08TE01	Telemedicinsk inflammatorisk reumatologisk kontrol	813	1
Specifikation 09 - Sygdomme i hud, underhud og mamma			
09MA01	Moderat hudsygdom m. kompl. bidiag. el. svær hudsygdom	48.444	20
09MA02	Lettere hudsygdom m. kompl. bidiag.	29.590	11
09MA03	Lettere eller moderat hudsygdom, u. kompl. bidiag.	10.831	1
09MA04	Infektioner i hud og underhud, pat. mindst 18 år	24.631	11
09MA05	Infektioner i hud og underhud, pat. 0-17 år	18.665	6
09MA06	Kroniske sår i huden	56.293	23
09MA07	Hudtraumer	15.478	1
09MA08	Mammacancer	29.084	11
09MA09	Observation for sygdom i hud, underhud eller mamma	2.350	1
09MA98	MDC09 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.792	1
09MA99	MDC09 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.500	1
09MP01	Mastektomi med rekonstruktion med stilket lap og dobbeltsidig mastektomi med protese	104.680	18
09MP02	Segmentresektion af bryst med onkoplastisk rekonstruktion og/el. kontralate-ral korrektion og enkeltsidig mastektomi med protese	41.178	1
09MP03	Stor mammakirurgisk operation	33.337	1
09MP04	Mellemstor mammakirurgisk operation	21.097	1
09MP05	Lille mammakirurgisk operation	12.219	1
09MP06	Enkeltsidig mammaoperation med onkoplastik	33.603	1
09MP07	Sekundær rekonstruktion af bryst m. stilket muskellap	67.633	11
09MP08	Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, dobbelt	66.958	6
09MP09	Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, enkelt	54.005	4
09MP10	Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse	22.485	1
09MP11	Hudtransplantation og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse	5.951	1
09MP12	Body lift efter stort vægttab	61.770	9
09MP13	Plastikkirurgi efter stort vægttab	39.818	4
09MP14	Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	38.668	6
09MP15	Andre operationer på hud, underhud og mamma, m. kompl. bidiag.	66.526	25
09MP16	Andre operationer på hud, underhud og mamma, u. kompl. bidiag.	33.271	6

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
09MP17	Behandling af pilonidalcyster	10.320	1
09MP18	Medicinske sygdomme i hud, underhud og mamma med dialyse	65.950	26
09PR01	Plastikkirurgisk rekonstruktion	11.256	1
09PR02	Hudoperation, kompliceret	8.389	1
09PR03	Hudoperation, ukompliceret	3.393	1
09PR04	Biopsi og væskeudsugning, overfladisk	4.628	1
09PR05	MR-vejledt nålebiopsi	3.870	1
09PR06	Stereotaktisk anlæggelse af coil i mamma	4.883	1
09PR07	Ultralydsvejledt anlæggelse af coil i mamma	1.243	1
09PR08	Stereotaktisk grovnålsbiopsi af bryst	4.092	1
09PR09	Stereotaktisk vakuum-grovnålsbiopsi af bryst	7.799	1
09PR10	Nålebiopsi, overfladisk	3.531	1
09PR11	Sutur og sårbehandling	3.595	1
09PR12	Incision og punktur	3.136	1
09PR13	Dermatologisk procedure	3.804	1
09SP01	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 1	5.851	1
09SP02	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 2	7.794	1
09SP03	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning grp. 3	9.770	1
Specifikation 10 - Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme			
10MA01	Struma og stofskiftesygdomme	1.436	1
10MA02	Knoglemetaboliske- og kalksygdomme	33.501	15
10MA03	Diabetes mellitus	26.902	11
10MA04	Ernærings- og diverse metaboliske sygdomme	19.140	6
10MA05	Hypofyse-, binyre-, gonade- og andre endokrine sygdomme	22.516	9
10MA06	Andre ernærings- og stofskiftesygdomme	22.826	11
10MA07	Observation for endokrine sygdomme	2.647	1
10MA98	MDC10 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.435	1
10MA99	MDC10 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.609	1
10MP01	Amputationer af underekstremiteter, m. stofskiftesygdom	88.296	30
10MP02	Operationer på binyrer og hypofyse	68.272	10
10MP03	Hudtransplantation og sårrevision ved stofskiftesygdomme	82.615	32
10MP04	Operationer for adipositas	35.984	1
10MP05	Operationer på biskjoldbruskkirtelen	33.785	1
10MP06	Operationer på skjoldbruskkirtelen, ondartet sygdom, kompliceret	54.166	9
10MP07	Operationer på skjoldbruskkirtelen, godartet sygdom, kompliceret	43.488	6
10MP08	Operationer på skjoldbruskkirtelen, ukompliceret	33.167	1
10MP09	Andre operationer ved stofskiftesygdomme, m. kompl. bidiag.	104.037	41
10MP10	Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	38.042	4
10MP11	Medicinske endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme med dialyse	55.879	14
10PR01	Insulinpumpe, behandling	3.629	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
10PR02	Endokrinologisk procedure, kompliceret	2.523	1
10SP01	Sammedagspakke: Diabetes årsstatus	3.341	1
10TE01	Telemedicinsk diabeteskontrol	938	1
Specifikation 11 - Nyre- og urinvejssygdomme			
11MA01	Akutte medicinske nyresygdomme uden dialyse og uden plasmaferese	44.708	16
11MA02	Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme uden dialyse	32.158	14
11MA03	Truende afstødning af transplanteret nyre	46.378	13
11MA04	Svulster i nyre og urinveje, med ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	29.040	14
11MA05	Svulster i nyre og urinvej, uden ondartet sygdom	19.665	6
11MA06	Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-1 år, komplicerede	26.334	8
11MA07	Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-15 år, øvrige	20.974	9
11MA08	Infektioner i nyrer og urinvej, pat. mindst 16 år	23.432	11
11MA09	Sten i urinveje	12.236	4
11MA10	Symptomer fra nyrer og urinveje, abnorme fund	18.973	6
11MA11	Sygdomme i prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	29.388	14
11MA12	Sygdomme i prostata, godartet sygdom	20.206	9
11MA13	Urinvejsforsnævring	14.899	4
11MA14	Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. mindst 16 år	19.639	6
11MA15	Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. 0-15 år	16.438	6
11MA16	Andre symptomer fra nyrer og urinveje	16.561	6
11MA17	Observation for nyre- eller urinvejssygdomme	15.869	4
11MA98	MDC11 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.902	1
11MA99	MDC11 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.526	1
11MP01	Nyretransplantation, kompliceret	525.295	28
11MP02	Nyretransplantation	242.853	22
11MP03	Kombineret nyre- og bugspytkirteltransplantation	468.810	23
11MP04	Cystektomi, m. robot, m. ondartet sygdom	200.703	22
11MP05	Større blæreoperationer, m. ondartet sygdom	149.480	18
11MP06	Større blæreoperationer, m. godartet sygdom	96.264	13
11MP07	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	81.593	5
11MP08	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	62.310	11
11MP09	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom, m. robot	72.963	5
11MP10	Kombinerede operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	47.963	9
11MP11	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	60.982	11
11MP12	Prostatektomi, m. robot, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	79.531	4
11MP13	Åbne operationer på prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	63.464	6
11MP14	Større operationer i retroperitoneum/det lille bækken	47.581	9
11MP15	Åbne operationer på prostata, godartet sygdom	54.645	16
11MP16	Operation for hypospadi	31.528	4

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
11MP17	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum og blåt lys	18.251	1
11MP18	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum eller blåt lys	17.333	1
11MP19	Mindre operationer på blære	33.679	9
11MP20	Operationer på urinrør, pat. 0-15 år	18.700	1
11MP21	Operationer på urinrør, pat. mindst 16 år	29.200	4
11MP22	Operationer gennem urinrør på øvre urinveje	19.778	1
11MP23	Operationer gennem urinrør på prostata	24.575	4
11MP24	Operationer gennem urinrør på nedre urinveje	16.392	1
11MP25	Cystoskopi, m. blåt lys, m. anæstesi	14.003	1
11MP26	Endoskopi og simple indgreb på urinveje, med anæstesi	7.546	1
11MP27	Andre operationer på nyrer og urinveje	49.552	17
11MP28	Akutte medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	120.011	37
11MP29	Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	39.775	11
11MP30	Incision på/og laser behandling af prostata	14.390	1
11MP31	Anlæggelse af peritonealdialysekateter	21.457	4
11PR01	Forberedelse til nyretransplantation, plasmaferese med immunadsorption	25.581	1
11PR02	Cystoskopi, kompliceret, el. urinrørsoperationer el. punktur af prostata	7.026	1
11PR03	Cystoskopi, ukompliceret el. mindre urologisk operation	4.921	1
11PR04	Stenknusning ved trykbølge (ESWL)	7.930	1
11PR05	Instillation af lægemiddel i blæren	1.493	1
11PR06	Indlæggelse af kateter el. anden ukompliceret procedure i urinveje	2.168	1
11PR07	Kontrol ved hjemme-hæmodialyse	15.371	1
11PR08	Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse	13.912	1
11PR09	Peritonealdialyse, m. oplæring	18.308	1
11PR10	Peritonealdialyse	3.338	1
11PR11	Dialyse, øvrige	2.905	1
11PR12	Urodynamisk undersøgelse, udvidet	2.423	1
11PR13	Urodynamisk undersøgelse, almindelig	1.995	1
11SP01	Sammedagspakke: Cystoskopisk og CT-urografiske undersøgelse	6.596	1
11SP02	Sammedagspakke: Prostatakræft-udredning med LUTS-udredning	5.581	1
11SP03	Sammedagspakke: LUTS-udredning med cystoskopi eller UL af prostata	3.804	1
Specifikation 12 - Sygdomme i mandlige kønsorganer			
12MA01	Ondartede sygdomme på mandlige kønsorganer	26.479	11
12MA02	Betændelse i mandlige kønsorganer	15.961	6
12MA03	Andre sygdomme el. mistanke om sygdom i mandlige kønsorganer	9.359	1
12MA98	MDC12 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.654	1
12MA99	MDC12 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.920	1
12MP01	Operationer på penis, kompliceret, m. ondartet sygdom	62.465	9
12MP02	Operationer på penis, kompliceret, u. ondartet sygdom	20.715	1
12MP03	Operationer på penis, ukompliceret	8.856	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
12MP04	Operationer på scrotalindhold, m. ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	18.328	1
12MP05	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. 0-15 år	14.831	1
12MP06	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. mindst 16 år	10.677	1
12MP07	Andre operationer på mandlige kønsorganer	31.385	6
12PR01	Sædoprensning	30.994	1
12PR02	Sterilisation el. anden operation på mandlige kønsorganer	7.504	1
12PR03	Andrologisk udredning, endokrin	4.033	1
Specifikation 13 - Sygdomme i kvindelige kønsorganer			
13MA01	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom	2.049	1
13MA98	MDC13 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.075	1
13MA99	MDC13 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.095	1
13MP01	Aborter efter 13 uger	10.629	1
13MP02	Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	96.155	4
13MP03	Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, u. robot	87.979	15
13MP04	Meget komplicerede gynækologiske indgreb, m. robot	60.616	4
13MP05	Meget komplicerede gynækologiske indgreb, u. robot	37.110	1
13MP06	Komplicerede gynækologiske indgreb	27.623	1
13MP07	Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	66.212	9
13MP08	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år	76.491	4
13MP09	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år	58.719	11
13MP10	Standard gynækologisk indgreb, m. robot	63.712	1
13MP11	Standard gynækologisk indgreb	40.188	4
13MP12	Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	18.232	1
13MP13	Enklere gynækologiske indgreb, m. robot	40.532	1
13MP14	Enklere gynækologiske indgreb	11.318	1
13MP15	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	13.775	1
13MP16	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	11.624	1
13MP17	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag.	5.167	1
13MP18	Mindre gynækologiske indgreb	4.533	1
13PR01	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller med vævstypebestemmelse	66.873	1
13PR02	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller	30.702	1
13PR03	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI ved kompliceret infektion	17.935	1
13PR04	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI, ægudtagning el. ægoplægning	2.203	1
Specifikation 14 - Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab			
14HJ01	Jordemoderbesøg, hjemme	808	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
14HJ02	Fødsel, hjemme	16.528	1
14HJ03	Gravid med rusmiddelproblematik, hjemme- og udebesøg	642	1
14MA01	Indlæggelser i graviditeten	11.603	6
14MA02	Indlæggelser i barselsperioden	13.551	6
14MA98	MDC14 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	989	1
14MP01	Komplicerede intrauterine indgreb under graviditeten	12.704	1
14MP02	Indlæggelse i graviditeten, fødsel før 28 uger	39.174	13
14MP03	Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	73.318	20
14MP04	Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	68.796	28
14MP05	Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	46.348	13
14MP06	Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	45.516	11
14MP07	Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	46.081	11
14MP08	Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	44.357	7
14MP09	Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit, m. akut kejsersnit	36.458	5
14MP10	Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	39.283	6
14MP11	Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	36.916	7
14MP12	Planlagt kejsersnit, førstegangsfødende	23.435	7
14MP13	Planlagt kejsersnit, flergangsfødende	20.238	5
14MP14	Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit	30.047	4
14MP15	Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, førstegangsfødende	38.958	12
14MP16	Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, flergangsfødende	36.536	10
14MP17	Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	42.588	15
14MP18	Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	33.795	11
14MP19	Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	32.873	7
14MP20	Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	27.185	6
14MP21	Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, førstegangsfødende	37.790	7
14MP22	Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, flergangsfødende	31.807	6
14MP23	Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, førstegangsfødende	33.412	7
14MP24	Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, flergangsfødende	31.303	6
14MP25	Igangsæt vaginal fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	33.506	7
14MP26	Igangsæt vaginal fødsel, m. epidural, flergangsfødende	28.473	6
14MP27	Igangsæt vaginal fødsel, førstegangsfødende	31.250	7
14MP28	Igangsæt vaginal fødsel, flergangsfødende	26.876	4
14MP29	Spontan fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	29.273	5
14MP30	Spontan fødsel, m. epidural, flergangsfødende	24.865	4
14MP31	Spontan fødsel, førstegangsfødende	27.258	6
14MP32	Spontan fødsel, flergangsfødende	23.343	1
14PR01	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi, flerfoldsgraviditet	25.199	1
14PR02	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi	14.975	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
14PR03	Svangrekontrol, bariatrisk opereret kvinde	1.273	1
14PR04	Jordemoderkonsultation, akut, graviditet	1.200	1
14PR05	Jordemoderkonsultation, udvidet	488	1
14PR06	Jordemoderkonsultation, basis	423	1
14PR07	Særlige ydelser i forbindelse med graviditet incl. fødselsforberedelse	714	1
14PR08	Opfølgning på kontakt med kvinde/barn i kombination med tværfaglig/tværsektoriel indsats	1.688	1
14PR09	Særligt ressourcekrævende svangrekontrol ved rusmiddelproblematik	2.365	1
14SP01	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation med UL-scanning, meget kompl.	2.415	1
14SP02	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation, med UL, kompl. el. ukompl.	1.369	1
14SP03	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation	880	1
14SP04	Sammedagspakke: Flere jordemoderkonsultationer	1.327	1
14SP05	Sammedagspakke: Foster misdannelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve	8.629	1
14TE01	Hjemmemonitorering af gravide	680	1
Specifikation 15 - Sygdomme i perinatalperioden			
15MA01	Andre sygdomme i perinatalperioden	17.727	7
15MA02	Immaturitas/Praematuritas, pat. 28-120 dage	73.766	27
15MA99	MDC15 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.953	1
15MP01	Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, meget komplicerede	72.483	1
15MP02	Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, moderat komplicerede	30.813	1
15MP03	Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, ukomplicerede	12.203	1
15MP04	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, meget komplicerede	339.966	124
15MP05	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, moderat komplicerede	244.063	131
15MP06	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, kompliceret	201.700	146
15MP07	Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, Mindre kompliceret	174.331	186
15MP08	Børn med : GA 28-31 uger, Meget kompliceret	229.245	150
15MP09	Børn med : GA 28-31 uger, Moderat kompliceret	209.196	85
15MP10	Børn med : GA 28-31 uger, kompliceret	191.763	86
15MP11	Børn med : GA 28-31 uger, Mindre kompliceret	156.898	58
15MP12	Børn med GA 32-35 uger, Meget kompliceret	176.945	66
15MP13	Børn med GA 32-35 uger, Moderat kompliceret	156.898	54
15MP14	Børn med GA 32-35 uger, kompliceret	65.200	58
15MP15	Børn med GA 32-35 uger, Mindre kompliceret	44.455	40
15MP16	Børn med GA >36 uger, Meget kompliceret	92.901	43
15MP17	Børn med GA >36 uger, Moderat kompliceret	74.090	94
15MP18	Børn med GA >36 uger, kompliceret	25.626	45
15MP19	Børn med GA >36 uger, Mindre kompliceret	9.849	9
15MP20	Børn 0-27 dage, m. ECMO-behandling	344.661	55

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
15UA01	Raske nyfødte	0	
Specifikation 16 - Sygdomme i blod og bloddannende organer			
16MA01	Ideopatiske knoglemarvsaplasier	5.633	1
16MA02	Sekundære og uspecifikke knoglemarvsaplasier	43.792	16
16MA03	Granulo- og trombocytopeni	43.077	15
16MA04	Hæmoglobinopati	4.730	1
16MA05	Hæmolystiske anæmier og anæmier forårsaget af enzymatiske forstyrrelser m.m.	40.188	16
16MA06	Trombotisk trombocytopeniske purpura	51.101	11
16MA07	Immunglobulin mangel	29.042	19
16MA08	Svær immundefekt og aflejringsygdomme	51.283	19
16MA09	Koagulationsforstyrrelser	23.495	6
16MA10	Øvrige sygdomme i blod og bloddannende organer	20.543	6
16MA11	Observation for sygdom i blod og bloddannende organer	30.013	11
16MA98	MDC16 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	3.057	1
16MA99	MDC16 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.699	1
16MP01	Fjernelse af milt	78.926	13
16MP02	Andre operationer ved sygdomme i blod eller bloddannende organer	19.889	1
16MP03	Antistofbehandling af sygdomme i blod og bloddannende organer	82.149	21
16MP04	Immunmodulerende behandling	91.703	20
16MP05	Afareser	16.003	1
16MP06	Mangelanæmier	74.958	23
16PR01	Transfusion af plasma og/eller behandlet blod	6.629	1
16PR02	Transfusion af blod, øvrig	4.325	1
16PR03	Plasmaferese	6.673	1
Specifikation 17 - Svulster i lymfatisk og bloddannende væv			
17MA01	Malign hæmatologisk sygdom uden specifik behandling, pat. mindst 18 år	48.188	14
17MA02	Diagnostik ved ondartede sygdomme, pat. mindst 18 år	26.728	14
17MA03	Andre knoglemarvssygdomme	31.634	16
17MA04	Observation pga mistanke om malign hæmatologisk sygdom, pat. mindst 18 år	22.931	9
17MA98	MDC17 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.814	1
17MA99	MDC17 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	3.805	1
17MP01	Mini-knoglemarvstransplantation	388.614	48
17MP02	Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	86.487	21
17MP03	Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	67.789	12
17MP04	Kompleks svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi	295.625	21
17MP05	Kompleks svampebehandling	103.730	1
17MP06	Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. mindst 18 år	93.534	24
17MP07	Basis svampebehandling, pat. mindst 18 år	81.218	23

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
17MP08	Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	73.245	15
17MP09	Biologisk modificerende stoffer på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	56.015	19
17MP10	Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv m. anti-stofbehandling, pat. mindst 18 år	54.844	10
17MP11	Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	38.225	9
17MP12	Større operationer ved lymfom og leukæmi, pat. mindst 18 år	67.927	16
17MP13	Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	110.873	34
17MP14	Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, u. kompl. bi-diag.	71.627	19
17MP15	Større operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	60.694	15
17MP16	Mindre operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	44.244	9
17MP17	Operationer ved svulster i lymfatisk og bloddannende væv mm., pat. 0-17 år	60.702	11
17MP18	Svulster med aferesebehandling	43.898	9
17PR01	Konditionering til minitransplantation	19.081	1
17PR02	Udtagning af knoglemarv til diagnostisk undersøgelse	13.340	1
Specifikation 18 - Infektionssygdomme og parasitære sygdomme			
18MA01	Sepsis med hæmatologisk kompl. bidiag.	65.825	21
18MA02	Septisk chok	61.180	17
18MA03	Sepsis	41.643	16
18MA04	Postoperative og posttraumatiske infektioner, m. kompl. faktorer	35.449	15
18MA05	Postoperative og posttraumatiske infektioner, u. kompl. faktorer	26.466	11
18MA06	Feber af ukendt årsag, pat. mindst 18 år, uden biopsi og/eller scopi	20.726	6
18MA07	Virussygdomme, pat. mindst 18 år, m. kompl. faktorer	21.378	6
18MA08	Virussygdomme, pat. mindst 18 år, u. kompl. faktorer	17.141	6
18MA09	Virussygdomme og feber af ukendt årsag, pat. 0-17 år	7.706	1
18MA10	Andre infektioner eller parasitære sygdomme	34.531	15
18MA11	Observation for infektion eller parasitær sygdom	17.406	6
18MA98	MDC18 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	3.193	1
18MA99	MDC18 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	2.440	1
18MP01	Operationer ved infektioner eller parasitære sygdomme	78.198	27
18MP02	Infektionssygdomme eller parasitære sygdomme med dialyse	86.461	26
18MP03	Feber af ukendt årsag, med biopsi og/eller scopi	49.885	21
Specifikation 19 - Psykiatriske sygdomme			
19MA01	Akutte tilpasningsvanskeligheder og psykosomatiske forstyrrelser	6.740	1
19MA02	Depressive neuroser	16.509	4
19MA03	Ikke-depressive neuroser	26.014	9
19MA04	Personlighedsforstyrrelser og adfærdsproblemer	64.603	21
19MA05	Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. mindst 18 år	31.782	16
19MA06	Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. 0-17 år	2.491	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
19MA07	Psykosier	9.854	1
19MA08	Sindslidelser hos børn	28.295	11
19MA09	Andre psykiske forstyrrelser	13.672	1
19MA10	Observation for en psykiatrisk sygdom	17.681	4
19MA98	MDC19 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.657	1
19MA99	MDC19 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.854	1
19MP01	Operationer på patienter hvor sindslidelse er hoveddiagnose	75.389	25
Specifikation 20 - Misbrug			
20MA01	Alkohol- eller stofmisbrug eller afhængighed og afgiftning etc., m. kompl. bi-diag.	15.854	6
20MA02	Alkohol- eller stofmisbrug eller afgiftning etc., u. kompl. bidiag.	12.422	4
20MA98	MDC20 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	2.857	1
20MA99	MDC20 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	3.313	1
Specifikation 21 - Ulykkestilfælde og forgiftninger			
21MA01	Allergiske og allergi lignende reaktioner	5.166	1
21MA02	Komplikationer ved behandling, m. kompl. bidiag.	30.368	6
21MA03	Komplikationer ved behandling, u. kompl. bidiag.	20.237	4
21MA04	Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. mindst 18 år, m. kompl. bi-diag.	19.514	6
21MA05	Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, øvrige	9.133	1
21MA06	Traume	2.717	1
21MA07	Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger	12.575	1
21MA08	Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning	4.034	1
21MA98	MDC21 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.712	1
21MA99	MDC21 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.886	1
21MP01	Sårbehandling efter skade	34.956	6
21MP02	Andre operationer efter skade, m. kompl. bidiag.	109.189	35
21MP03	Andre operationer efter skade, u. kompl. bidiag.	45.231	11
21MP04	Traumemodtagelse	13.303	1
21MP05	Replantation	32.880	13
Specifikation 22 - Forbrændinger			
22MA01	Mindre omfattende forbrænding uden operativ behandling	8.054	1
22MA98	MDC22 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	802	1
22MA99	MDC22 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	731	1
22MP01	Forbrændinger, overført til anden akut enhed	18.368	1
22MP02	Forbrænding med exposure behandling	50.480	27
22MP03	Omfattende forbrænding uden operativ behandling	58.952	34
22MP04	Mindre omfattende forbrænding med sårrevision eller anden operation	60.615	36
Specifikation 23 - Øvrige			
23MA01	Rehabilitering	58.246	45
23MA02	Symptomer og fund, m. kompl. bidiag.	28.772	14

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
23MA03	Symptomer og fund, u. kompl. bidiag.	4.042	1
23MA04	Kontrolundersøgelse	1.502	1
23MA05	Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	5.873	4
23MA98	MDC23 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.920	1
23MA99	MDC23 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.937	1
23MP01	Operationer ved anden kontaktårsag til sundhedsvæsenet	39.884	9
23PR01	Smertetilstande, kroniske, komplicerede	1.687	1
23SP01	Sammedagspakke: Tværfaglig smertebehandling kroniske smertepatienter	4.916	1
Specifikation 24 - Signifikant multitraume			
24MA98	MDC24 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	1.655	1
24MA99	MDC24 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.655	1
24MP01	Kranieoperation ved svært multitraume	463.625	48
24MP02	Specifikke operationer ved svært multitraume	121.325	23
24MP03	Andet svært multitraume	52.561	15
Specifikation 25 - HIV infektion			
25MA01	HIV med betydelig HIV relateret sygdom	67.780	22
25MA02	HIV med eller uden bidiagnose	40.025	11
25MA98	MDC25 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	5.245	1
25MA99	MDC25 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	4.278	1
Specifikation 26 - Uden for MDC-grupper			
26HJ01	Specialiseret Palliativ indsats, Stor, Hjemmebesøg	18.237	1
26HJ02	Specialiseret Palliativ indsats, Mellem, Hjemmebesøg	12.158	1
26HJ03	Specialiseret Palliativ indsats, Lille, Hjemmebesøg	6.080	1
26MA01	Neurorehabilitering	101.242	42
26MA02	Observation pga mistanke om fysisk overgreb, pat. 0-17 år	32.761	14
26MA03	Hjernedød i henhold til Sundhedsloven	40.005	5
26MA98	MDC26 1-dagsgruppe, pat. mindst 7 år	3.153	1
26MA99	MDC26 1-dagsgruppe, pat. 0-6 år	1.739	1
26MP01	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, almindeligt forløb	848.880	159
26MP02	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, afklaringsforløb	285.710	53
26MP03	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, almindeligt forløb	323.893	108
26MP04	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, afklarings- og/eller udslusningsforløb	105.970	39
26MP05	Intensiv neurorehabilitering, kontrolindlæggelse	12.311	1
26MP06	Levertransplantation	792.199	50
26MP07	Lungetransplantation	513.907	54
26MP08	Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt	602.158	58
26MP09	Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer	439.238	58
26MP10	Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ	253.853	43
26MP11	Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer	237.821	42

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
26MP12	Neurokirurgi for epilepsi med elektrokortikografi	121.004	43
26MP13	Neurokirurgi for parkinson, dystoni og epilepsi	220.192	9
26MP14	Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, kompliceret	204.443	11
26MP15	Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, moderat kompliceret	74.228	1
26MP16	Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, ukompliceret	29.610	1
26MP17	Kraniekirurgi og kranioplastik, kompliceret	104.496	12
26MP18	Vaskulærkirurgi, kompliceret	198.652	30
26MP19	Kranie- og vaskulærkirurgi, ukompliceret	138.993	16
26MP20	Traumekirurgi	104.219	14
26MP21	Hydrocephalus	90.746	11
26MP22	Spinalkirurgi	593.638	41
26MP23	Allogen stamcelletransplantation med navlesnorsprodukt eller haploidentisk donor	847.659	55
26MP24	Allogen stamcelletransplantation, pat. mindst 18 år	462.083	52
26MP25	Allogen stamcelletransplantation, pat. 0-17 år	1.213.981	82
26MP26	Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. mindst 18 år	156.263	27
26MP27	Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. 0-17 år	79.765	9
26MP28	Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, multipel sklerose eller auto-immun tilstand	532.754	58
26MP29	Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	208.156	34
26MP30	Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. 0-17 år	188.346	29
26MP31	Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år	87.603	1
26MP32	Basis svampebehandling, pat. 0-17 år	22.612	1
26MP33	Større operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	98.111	19
26MP34	Mindre operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	19.832	1
26MP35	Svulster uden specifik behandling, pat. 0-17 år	3.871	1
26MP36	Kontrolundersøgelse efter behandling for ondartet svulst, pat. 0-17 år	3.658	1
26MP37	Observation pga. mistanke om ondartet svulst, pat. 0-17 år	6.003	1
26MP38	Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år	2.739	1
26MP39	Multipatologi og svær funktionsnedsættelse	66.024	25
26MP40	Multipatologi og moderat funktionsnedsættelse	60.019	21
26MP41	Multipatologi og let funktionsnedsættelse	53.409	18
26MP42	Plastikkirurgisk dækning af større overfladedefekter	313.660	61
26MP43	Plastikkirurgisk dækning af tryksår hos rygmarvsskadede	255.442	65
26MP44	Rekonstruktion med stilkede lapper	115.378	34
26MP45	Rekonstruktion med frie vaskulariserede lapper	169.546	25
26MP46	Mindre plastikkirurgiske rekonstruktioner	59.463	4
26MP47	Respiratorbehandling ved langvarig kronisk respirationsinsufficiens	336.873	24
26MP48	Udvidet epilepsikirurgi med mapping	638.176	16
26MP49	Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, nytilskadekommen	307.320	171

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
26MP50	Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, komplikationsindlæggelse	158.250	75
26MP51	Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, vurdering/kort forløb	28.564	5
26MP52	Specialiseret Palliativ indsats, Stor	9.119	1
26MP53	Specialiseret Palliativ indsats, Mellem	6.080	1
26MP54	Specialiseret Palliativ indsats, Lille	3.040	1
Specifikation 27 - Onkologiske behandlingsgrupper			
27MP01	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling	90.355	39
27MP02	Strålebehandling, kompleks, 3-4 fraktioner	23.461	6
27MP03	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner	5.372	1
27MP04	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion	2.697	1
27MP05	Strålebehandling, konventionel, mindst 5 fraktioner	96.559	26
27MP06	Strålebehandling, konventionel, 3-4 fraktioner	47.480	22
27MP07	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner	4.551	1
27MP08	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion	2.595	1
27MP09	Isototerapi	33.449	6
27MP10	Stereotaksi	4.684	1
27MP11	Brachyterapi	42.647	4
27MP12	Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	12.071	1
27MP13	Stråleplanlægning, kompleks	9.062	1
27MP14	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	9.787	1
27MP15	Stråleplanlægning, konventionel	7.191	1
27MP16	Særlig kompleks kemobehandling	84.504	20
27MP17	Kemoterapi, højdosis	32.664	7
27MP18	Kemoterapi, kompleks med antistofbehandling	34.194	1
27MP19	Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)	24.435	1
27MP20	Kemoterapi, kompleks	17.138	1
27MP21	Kemoterapi, basis med antistofbehandling	24.037	1
27MP22	Kemoterapi, basis, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	21.044	1
27MP23	Kemoterapi, basis med anvendelse af elektrotransfer	29.223	4
27MP24	Kemoterapi, basis	9.534	9
27MP25	Biologiske modificerende stoffer	45.593	16
27MP26	Antistofbehandling	14.517	1
27PR01	Antistof, behandling	14.517	1
27PR02	Brachyterapi	28.429	1

Note: Filadelfia takster fremgår af separat tabel

Bilagstabel 7 Takster for øvrige DRG-grupper

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
Specifikation 30 - Radiologiske procedurer			
30PR01	MR-scanning, kompliceret, m. generel anæstesi	8.737	1
30PR02	MR-scanning, kompliceret	3.093	1
30PR03	MR-scanning, ukompliceret	2.288	1
30PR04	MR-scanning, ukompliceret, m. generel anæstesi	5.965	1
30PR05	CT-scanning af hjertet med angiografi	3.038	1
30PR06	CT-scanning, kompliceret	1.970	1
30PR07	CT-scanning, ukompliceret, el. osteodensitometri	1.785	1
30PR08	UL-scanning, meget kompliceret, flerfoldsvangerskab	5.714	1
30PR09	UL-scanning, meget kompliceret	1.932	1
30PR10	UL-scanning, kompliceret	1.223	1
30PR11	UL-scanning, ukompliceret	514	1
30PR12	Angiografi	5.207	1
30PR13	Mammografi, kompliceret	1.545	1
30PR14	Mammografi, ukompliceret	647	1
30PR15	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, kompliceret	2.626	1
30PR16	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, ukompliceret	671	1
30PR17	Røntgenundersøgelse (alm), kompliceret	727	1
30PR18	Røntgenundersøgelse (alm), ukompliceret	494	1
30SP01	Sammedagspakke: MR-scanning + CT-scanning	4.878	1
30SP02	Sammedagspakke: MR-scanning + UL	5.044	1
30SP03	Sammedagspakke: CT-scanning + røntgenundersøgelse	2.144	1
30SP04	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + kompl.	3.156	1
30SP05	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + ukompl.	2.447	1
30SP06	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, kompl. + ukompl.	1.737	1
30SP07	Sammedagspakke: UL, flere ukompl. Procedurer	1.029	1
Specifikation 31 - Klinisk genetik			
31PR01	Genetisk risikovurdering og rådgivning med gentagen udredning og samtale	5.517	1
31PR02	Genetisk risikovurdering og rådgivning med udredning	4.593	1
31PR03	Genetisk risikovurdering og rådgivning	3.330	1
31PR04	Stamtræsoptegnelse	4.556	1
31SP01	Sammedagspakke: Større Klinisk genetisk udredning/undersøgelse m. stamtræ	10.984	1
31SP02	Sammedagspakke: Klinisk genetisk udredning, omfattende, med svar.	10.727	1
Specifikation 32 - Geriatri			
32HJ01	Geriatri, udredning, hjemmebesøg	5.118	1
32HJ02	Geriatri, behandling, hjemmebesøg	4.275	1
32PR01	Geriatri, udredning	3.943	1
32PR02	Geriatri, behandling	3.100	1
Specifikation 33 - Åndedrætssystem			
33PR01	Hyberbar iltbehandling	2.008	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
Specifikation 34 - Medicinsk behandling			
34PR01	Medicin-behandling, grp. 1	56.956	1
34PR02	Medicin-behandling, grp. 2	41.859	1
34PR03	Medicin-behandling, grp. 3	25.040	1
34PR04	Medicin-behandling, grp. 4	12.214	1
34PR05	Medicin-behandling, grp. 5	9.342	1
34PR06	Medicin-behandling, grp. 6	6.354	1
34PR07	Medicin-behandling, grp. 7	3.955	1
34PR08	Medicin-behandling, grp. 8	2.242	1
34PR09	Medicin-behandling, grp. 9	1.121	1
34PR10	Medicin-behandling, grp. 10	504	1
Specifikation 35 - Arbejdsmedicin			
35PR01	Arbejdsmedicin grp. 1	11.040	1
35PR02	Arbejdsmedicin grp. 2	20.618	1
35PR03	Behandling af arbejdsstres	1.263	1
Specifikation 36 - Klinisk fysiologi/nuklearmedicin			
36PR01	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. A	20.885	1
36PR02	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. B	11.502	1
36PR03	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. C	8.937	1
36PR04	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. D	5.451	1
36PR05	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. E	4.291	1
36PR06	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. F	3.060	1
36PR07	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. G	2.378	1
36PR08	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. H	2.207	1
36PR09	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I	150	1
Specifikation 37 - Klinisk neurofysiologi			
37PR01	Klinisk neurofysiologi grp. 1	1.819	1
37PR02	Klinisk neurofysiologi grp. 2	3.888	1
37PR03	Klinisk neurofysiologi grp. 3	4.707	1
Specifikation 38 - Præntale foranstaltninger			
38PR01	Barn under 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik	3.157	1
38PR02	Barn over 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik	2.771	1
Specifikation 39 - Tværfaglig udredning og behandling af særlige patientgrupper			
39PR01	Kompleks somatisk sygdom med behov for tværfaglig psykisk og social udredning og støtte	4.349	1
Specifikation 40 - Fysio- og ergoterapi			
40PR01	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser	1.599	1
Specifikation 48 - Diverse behandlinger			
48PR01	Botulinumtoksin, injektion	4.131	1
48PR02	Immunmodulerende behandling	5.901	1
48SP01	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog, pat. i dialyse	3.233	1

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
48SP02	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog	1.343	1
Specifikation 49 - Diverse procedurer			
49PR01	Laparoskopi, diverse procedurer	16.789	1
49PR02	Allergologisk undersøgelse/behandling, kompliceret	3.659	1
49PR03	Allergologisk undersøgelse/behandling, ukompliceret	1.984	1
49PR04	Diættevejledning	1.574	1
49PR05	Neuropsykologisk undersøgelse, udvidet	10.480	1
49PR06	Hjælpeprocedure, ukompliceret	2.078	1
49PR07	Immundefekt	17.931	1
49SP01	Sammedagspakke: Anæstesiologisk, allergologisk, miljø- og arbejdsmedicinsk udredning	7.189	1
49SP02	Sammedagspakke: Allergologiske procedurer/behandlinger	4.957	1
Specifikation 60 - Telemedicin			
60TE01	Telemedicinsk sårvurdering	225	1
60TE99	Telemedicinsk opsamlingsgruppe	194	1
Specifikation 65 - Telefon- og emailkonsultation			
65TE01	Telefon- og email konsultation, samt skriftlig kommunikation ved prøvesvar	126	1
Specifikation 70 - Andre			
70AK01	Lette akutte kontakter	279	1
70AK02	Småskader	469	1
70OP01	Større operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	20.890	1
70OP02	Mindre operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	10.585	1
70OP99	Ikke gruppérbar pga. manglende oplysninger	5.061	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	
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	Henvielse til pakkeforløb start uden fremmøde - skal ikke afregnes.	0	
90UA04	Assistancer fra specialer, som ikke afregnes.	0	
90UA05	Betalt af forskningsmidler	0	
90UA06	Rask ledsager	0	

B3.3 Særlige Filadelfia takster

Bilagstabel 8 viser de særlige takster og trimpunkter for Filadelfiagrupperne. Disse udarbejdes i samarbejde med Filadelfia.

Bilagstabel 8 Takster og trimpunkter for Filadelfia grupper

DRG	Navn	Takst	Trimpkt
Specifikation 01 - Sygdomme i nervesystemet			
01MA14	Ketogen diæt, kontrol	15.271	1
01MP08	Epilepsi, udredning, mentalt retarderet	158.736	63
01MP09	Epilepsi, udredning, m. EEG-døgnmonitorering	107.855	32
01MP10	Epilepsi, udredning, m. central overvågning	107.855	32
01MP11	Epilepsi eller dissociative kramper, udredning og behandling	107.855	32
01MP18	Epilepsikirurgi, udredning eller efterbehandling	55.387	7
01MP19	Epilepsikirurgi, kontrol	69.104	10
01MP20	Ketogen diæt, udredning eller igangsætning	132.214	13
Specifikation 19 - Psykiatriske sygdomme			
19MP02	Epilepsi eller psykogene non-epileptiske anfald, m. gruppeterapi	169.326	97
19MP03	Psykogene non-epileptiske anfald, m. psykoterapi, pat. 0-14 år	166.796	27

B3.4 Særydelsesliste

Bilagstabel 9 Særydelsesliste

Gruppe	Tekst	Takst
SYD01	Tolkebistand ³	Kostpris
SYD02	Udleveret medicin til patienter (med maksimalt 1 kontaktdag), for mere end 2.000 kr. pr. dag ⁴	Kostpris

³ Tegnsprogstolk er ikke inkluderet. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat.

⁴ Udlevering af medicin til patienter til en periode betragtes afregningsteknisk som én udlevering, som derfor relateres til én dag. Overstiger den samlede udgift til udlevering af medicin på denne måde 2.000 kr., kan det fulde beløb opkræves til kostpris. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat. Forløbet må maksimalt have 1 kontaktdag, for at afregning er mulig.

Bilag 4. Takster for genoptræningsydelser

Dette bilag indeholder takster til afregning af genoptræning for ambulante somatiske patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau. Taksterne er gældende pr. 1. januar 2018.

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 fratrukket 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 10 Takster for ambulant genoptræning 2018

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	792
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	1.058
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.708

Bilagstabel 11 Takster til mellemkommunal afregning for genoptræningsydelser 2018

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	709
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	947
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.530

Bilag 5. Procedure for oprettelse af budgettakster for nye behandlinger

Formålet med budgettakster er at sikre, at takstsystemet ikke er bremsende for introduktionen af nye væsentlige behandlinger i sygehusvæsenet. Budgettakster kan oprettes til nye behandlinger, såfremt behandlingerne ikke meningsfyldt kan grupperes til allerede eksisterende DRG-grupper.

En budgettakst skal som hovedregel kun eksistere i det år, hvor den er oprettet. Herefter skal den indarbejdes i DRG-systemets gruppering og almindelige takstberegning mv.

Oprettelse af budgettakster sker efter ansøgning gennem regionen til Danske Regioner.

Sundhedsdirektørerne behandler ansøgninger om igangsættelse af den nye behandling. Såfremt en behandling bliver godkendt af sundhedsdirektørerne, fremsendes det foreliggende materiale om den nye behandling til Sundhedsdatastyrelsen. Det forudsættes, at der er taget udgangspunkt i en mini-MTV.

Sundhedsdatastyrelsen udarbejder herefter, inden seks uger fra modtagelsen af materialet, en indstilling til en budgettakst for den godkendte behandling til DRG-udvalget.

Behandlingen, hvortil der ønskes at oprette en budgettakst, skal have et betydeligt økonomisk omfang. Der oprettes generelt ikke budgettakster for behandlinger, der er i protokol (dvs. behandlinger, der endnu ikke er indført som standardbehandling).

Der udmeldes budgettakster én gang årligt - 1. maj til ikrafttrædelse 1. juli - for nye behandlinger m.v. af væsentlig omfang og betydning, jf. Økonomaftalen mellem regeringen og Danske Regioner⁵.

⁵ 'Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2018', Finansministeriet.

Bilag 6. 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, den statslige aktivitetspulje, 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.

B6.1 Finansieringsmodellen

De økonomiske rammer for regionernes løsning af opgaver på sundhedsområdet fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner. For 2018 udgør regionernes samlede ramme til sundhedsområdet lidt over kr. 115 mia. Sundhedsvæsenet finansieres gennem tre typer tilskud. Staten bidrager med et generelt bloktilskud og et aktivitetsafhængigt tilskud via den statslige aktivitetspulje, 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.

B6.2 Bloktilskud

Statens bloktilskud til regionerne fordeles mellem regionerne ud fra bestemmelserne i Bekendtgørelse nr. 851 af 27. juni 2017 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2018. 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 udgiftsbehov⁶.

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.

⁶ Kilde: 'Generelle tilskud til regionerne 2018', Social- og Indenrigsministeriet

B6.3 Statslig aktivitetspulje

Aktivitetspuljen blev indført i 2002 med det formål at give amterne incitament til at behandle flere patienter og nedbringe ventetiderne. Med kommunalreformen i 2007 blev ordningen videreført til regionsstrukturen, og den dækker som udgangspunkt al somatisk sygehusbehandling, der finansieres af regionerne, herunder også aktivitet på private sygehuse, hospice, udenlandske sygehuse og udvalgt substituerbar speciallægeaktivitet.

Grundprincippet i ordningen er, at puljemidlerne udløses, når den samlede produktionsværdi på sygehusene i den enkelte region overstiger et på forhånd fastlagt mindste niveau (baseline).

Den samlede pulje fastsættes i økonomiaftalen og fordeles i udgangspunktet mellem regionerne efter samme fordelingsnøgle som bloktilskuddet. Midlerne udbetales a conto til regionerne. Når årets samlede aktivitet kan opgøres, udregnes om regionen har præsteret en aktivitetsudvikling svarende til de udbetalte puljemidler, eller om dele af midlerne skal tilbagebetales.

I 2018 udgør den samlede aktivitetspulje i alt ca. 1,4 mia. Regionerne kan maksimalt få udbetalt det afsatte puljebeløb. Såfremt aktiviteten i regionerne overstiger aktivitetsgrænsen for fuld puljeudnyttelse, sker der således ikke yderligere statslig finansiering.

Ordningen administreres af Sundhedsministeriet, mens Sundhedsdatastyrelsen foretager månedlige opgørelser af regionernes aktivitet. Aktivetsåret bliver afsluttet i marts måned det efterfølgende år, hvorefter Sundhedsdatastyrelsen udarbejder en endelig årsopgørelse.

B6.4 Kommunal medfinansiering

Med kommunalreformen i 2007 blev kommunerne inddraget i finansieringen af sundhedsvæsenet via den kommunale medfinansiering. Formålet var at give kommunerne incitamenter til at gøre en ekstra indsats med f.eks. forebyggelse for derigennem at reducere borgernes kontakt til sygehusvæsenet og praksissektoren og deraf følgende medfinansiering. Hertil kommer, at kommunerne fuldt finansierer færdigbehandlede patienter, patienter på hospice og den specialiserede ambulante genoptræning (fuldfinansiering).

Medfinansieringsdelen administreres i medfør af "Lov om regionernes finansiering" §14a og §15a som er udmøntet i "Bekendtgørelse om den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet". Fuldfinansieringsdelen følger af Sundhedslovens §§ 238 og 251 og er udmøntet i "Bekendtgørelse om betalinger for færdigbehandlede patienter, indlagte på hospice og genoptræning på specialiseret niveau".

Det generelle princip for den kommunale medfinansiering er, at kommunerne skal betale en andel af regionernes udgifter til hver enkelt behandling i sygehusvæsenet og praksissektoren. Der er ikke kommunal medfinansiering på behandlinger betalt af staten, forsikringsselskaber, patienten selv mv.

Generelt betaler kommunen en procentdel af behandlingsprisen inden for rammerne af et medfinansieringsloft for den enkelte behandling. Der er dog ikke noget loft for ambulant psykiatri og i hele praksissektoren bortset fra speciallæger.

Prissætningen sker i somatikken ud fra DRG-systemet, mens der anvendes sengedags- og besøgstakster i psykiatrien og bruttohonorarer i praksissektoren.

Den kommunale medfinansiering er baseret på DRG-regionsforløb i stedet for DRG-sygehusforløb. Der betales således kun kommunal medfinansiering én gang for en patient, som er flyttet mellem sygehuse inden for én region, så længe dette er sket inden for samme dag.

I 2018 sker der en aldersdifferentieret afregning af kommunal medfinansiering for somatik og primærsektor. Den kommunale medfinansiering for psykiatri er ikke aldersdifferentieret.

Aldersdifferentieringen afspejles i beregningen af kommunal medfinansiering således.

Somatik:

0-2 årige:	45 pct. af DRG-taksten, dog maks. 25.857 kr. pr. DRG-regionsforløb.
3-64 årige:	20 pct. af DRG-taksten, dog maks. 15.514 kr. pr. DRG-regionsforløb.
65-79 årige:	45 pct. af DRG-taksten, dog maks. 25.857 kr. pr. DRG-regionsforløb.
80+ årige	56 pct. af DRG-taksten, dog maks. 31.029 kr. pr. DRG-regionsforløb.

Primærsektor, speciallæger:

0-2 årige:	45 pct. af DRG-taksten, dog maks. 2.586 kr. pr. ydelse.
3-64 årige:	20 pct. af DRG-taksten, dog maks. 1.551 kr. pr. ydelse.
65-79 årige:	45 pct. af DRG-taksten, dog maks. 2.586 kr. pr. ydelse.
80+ årige	56 pct. af DRG-taksten, dog maks. 3.103 kr. pr. ydelse.

Primærsektor, øvrige:

0-2 årige:	14 pct. af bruttohonorar.
3-64 årige:	7 pct. af bruttohonorar.
65-79 årige:	14 pct. af bruttohonorar.
80+ årige	18 pct. af bruttohonorar.

For almen læger beregnes alene kommunal medfinansiering af grundydelse.

Hvis den kommunale medfinansiering overstiger de fastsatte regionsspecifikke udgiftslofter for kommunerne, fortsætter betalingerne fra kommunerne uændret, idet de overskydende beløb opsamles af staten. Det herved indbetalte beløb betales tilbage til kommunerne under visse forudsætninger, jf. lov om regionernes finansiering § 14a, stk. 3.

Når det loftet for kommunernes betalinger, tilbagebetales som hidtil jf. ovenfor. Tilbagebetalingen foregår inden for hver region fordelt med befolkningstallet. Når loftet ikke, indbetaler kommunerne ligeledes fordelt med befolkningstallet forskellen op til det regionsspecifikke kommunale udgiftsloft.

For fuldfinansierungsordningen af færdigbehandlede somatiske patienter gælder, at betalinger til regionerne suppleres med en betaling til staten. For de første to færdigbehandlingssdage svarer denne betaling til betalingen til regionen, men fra og med dag tre fordobles denne betaling.

Der sker dog en umiddelbar tilbagebetaling af betalingerne til staten, således at provenuet fordeles efter befolkningstal til kommunerne inden for samme region.

Både medfinansierings- og fuldfinansieringsdelen administreres af Sundhedsministeriet, men Sundhedsdatastyrelsen foretager månedlige beregninger af de enkelte kommuners bidrag til regionerne. Aktivitetsåret bliver afsluttet i marts måned det efterfølgende år, hvor Sundhedsdatastyrelsen udarbejder en endelig årsopgørelse.

B6.1 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 momsfrataget. 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 resurseallokering.

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.

B6.2 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 (DUSAS) samt oplysninger om aktiviteten i praksissektoren fra Sygesikringsregistret (SSIK).

Patientoplysningerne fra de danske sygehuse overføres til Sundhedsdatastyrelsen fra sygehusenes patientadministrative systemer (PAS), enten via Sundhedsdatabanken (SDB) eller direkte til LPR. Patientoplysninger vedrørende behandlinger foretaget i udlandet overføres direkte fra regionerne til DUSAS.

Når patientoplysningerne er valideret, indlæses data i LPR og DUSAS og DRG-grupperes efterfølgende. De grupperede data kobles med betalingsoplysninger fra SDB, og ambulante besøg beriges med diagnoseoplysninger fra SDB og bopælsoplysninger fra Det centrale personregister (CPR). Såvel diagnose- som bopælsoplysninger er opgjort på besøgstidspunktet. Herefter 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. Disse data indberetter kommuner og regioner til Servicebussen, der validerer og videresender data til Sundhedsdatastyrelsen.

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

Bilag 7. Takstbekendtgørelsen

Bekendtgørelse 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 ambulanttakster samt forløbstakster indgår forrentning og afskrivning af anlægsudgifter afholdt af regionen. Ved leasing af apparatur indgår leasingbetalingen i driftsregnskabet.

Stk. 2. Statusværdien for bygninger samt apparatur og inventar mv. opgøres som anskaffelsessummen 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 ambulantaftakster 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 8. Sygehusbekendtgørelsen

Bekendtgørelse 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. 3 og 4, § 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. 1188 af 24. september 2016, som ændret ved § 1 i lov nr. 113 af 31. januar 2017, og efter forhandling med justitsministeren, børne- og socialministeren 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. Behandlingen m.v. ydes på samme vilkår som til personer med bopæl her i landet.

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.

Stk. 3. For behandling, der ydes efter stk. 2, kan regionsrådet opkræve betaling efter reglerne i § 50.

Stk. 4. Behandling efter stk. 2 kan ydes vederlagsfrit, når det under de foreliggende omstændigheder skønnes rimeligt.

§ 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.

§ 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 (EF) nr. 883/2004 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 medforsikrede 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 (EF) nr. 987/2009 af 16. september 2009 om de nærmere regler til gennemførelse af forordning (EF) nr. 883/2004 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 sygehusbehandling, jf. § 5, eller ret til sundhedslovens ydelser under midlertidigt ophold i Danmark efter reglerne i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 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. 2-9, 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, 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. Ved EU-retten eller internationale aftaler forstås:

- a) Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer,
- b) Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 987/2009 om de nærmere regler til gennemførelse af forordning (EF) nr. 883/2004 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 vandrede 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 (aftalesygehus), 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 (samarbejdssygehus).

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 (samarbejdssygehus), 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 (aftalesygehus), 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 (aftalesygehus), 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 sygehus, 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 Hjerneskade, jf. § 49, stk. 1.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Personer, der skal undergives mentalundersøgelse.
- 2) Personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes eller behandles på psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling.

3) Personer, der efter Justitsministeriets eller overøvrighedens bestemmelse skal anbringes på psykiatrisk sygehus.

4) Personer, der som vilkår for prøveløsladelse, benådning m.v. eller tiltalefrafald skal undergives psykiatrisk behandling.

5) Varetægtsarrestanter, der i medfør af retsplejelovens §§ 765 eller 777 skal undergives psykiatrisk behandling.

Stk. 2. Statsadvokaten kan bestemme, at de i stk. 1 nævnte retspsykiatriske patienter skal anbringes eller behandles på et nærmere bestemt sygehus eller en nærmere bestemt sygehusafdeling uden for bopælsregionen, når retssikkerheden eller andre særlige hensyn, herunder hensynet til den forurettede taler herfor. Når sådanne hensyn taler for det, kan Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen, tilsvarende træffe bestemmelse om anbringelse uden for bopælsregionen af personer, der efter straffuldbyrdslovens § 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 (aftalesygehus), 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 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 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. 1-3, 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 aftalesygehuse, jf. § 13, stk. 1 og 2, § 14, stk. 1-3, 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 (EF) nr. 883/2004 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.

Forhåndsgodkendelse af refusion af udgifter til visse sygehusbehandlinger

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Regionsrådet kan tilbyde patienten rettidig behandling på egne sygehuse, andre offentlige sygehuse, samarbejdssygehuse eller aftalesygehuse.
- 2) Patienten vil i henhold til en klinisk vurdering med rimelig vished blive udsat for en patientsikkerhedsrisiko, der ikke kan betragtes som acceptabel, idet der tages hensyn til den ønskede behandlings mulige gavn for patienten.

3) Befolkningen vil med rimelig vished blive udsat for en væsentlig sikkerhedsrisiko som følge af den pågældende behandling.

4) Den pågældende behandling leveres af en sundhedstjenesteyder, som giver anledning til alvorlig og konkret bekymring for så vidt angår standarder for sundhedsydelsernes kvalitet og patientsikkerheden, herunder bestemmelser om tilsyn.

Refusion til særlige persongrupper

§ 36. Regionsrådet yder ikke refusion efter § 31 til personer, der har bopæl her i landet, og som ifølge regler i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 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-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 (EF) nr. 883/2004 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 medforsikrede 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 (EF) nr. 987/2009 af 16. september 2009 om de nærmere regler til gennemførelse af forordning (EF) nr. 883/2004 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.

Kapitel 11

Finansiering m.v.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 50. Regionsrådet i en region opkræver betaling for behandling af personer, der ikke har ret til sygehusbehandling m.v., jf. dog stk. 5 og § 5, stk. 4.

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.

§ 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 1. april 2017.

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. 3, finder §§ 39 og 41 anvendelse.

Stk. 4. Bekendtgørelse nr. 1207 af 22. september 2016 om ret til sygehusbehandling m.v. ophæves.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 27. marts 2017

Karen Ellemann

/ Mie Damgård Petersen

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.