

Takstsystem

Vejledning



2017

Udgiver: DRG og Finansiering
Ansvarlig institution: Sundhedsdatastyrelsen
Design: Sundhedsdatastyrelsen
Copyright: Sundhedsdatastyrelsen
Version: 2016-1
Versionsdato: 18.12.2016
Format: PDF

Indhold

1. Indledning	5
1.1 Vejledningens formål og baggrund	5
1.2 Vejledningens opbygning	6
2. Generelle bestemmelser	8
2.1. Takstbekendtgørelsens dækningsområde	8
2.1.1 Private sygehuse	8
2.1.2. Personer uden bopæl i Danmark	9
2.1.2.1. Muligheder for refusion af behandlingsudgifter	9
2.1.2.2. Beregning af afregningen for personer uden bopæl i Danmark	10
2.2. Sondring mellem behandlingsniveauer	10
2.3. Generelle afregningsregler	11
2.3.1. Betalingsforpligtelsen	11
2.3.2. Fravær under indlæggelse	11
2.3.3. Afgrænsning af ambulante besøg	12
2.3.4. Sengedagstakster	12
2.3.5. Raske ledsagere og nyfødte	12
2.3.6. Overgangsregler ved årsskifte	12
2.3.7. Pris- og lønregulering for takstsystem 2017	13
2.4. Lønsumsafgift	14
3. Behandlinger på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau	15
3.1. Patienter behandlet på somatiske afdelinger	15
3.1.1. Afregning af stationære patienter	16
3.1.1.1. DRG-takster	16
3.1.1.2. Afdelings-, sygehus- og regionsudskrivninger	17
3.1.1.3. Trimpunkt	17
3.1.1.4. Særydelser for stationære patienter	17
3.1.2. Afregning af gråzonepatienter	18
3.1.2.1. Gråzonetakster	18
3.1.2.2. Særydelser for gråzonepatienter	18
3.1.3. Afregning af ambulante patienter	18
3.1.3.1. Takstgrupper for ambulante patienter	19
3.1.3.2. Afregning for akutte ambulante skadekontakter i 2017	21
3.1.3.3. Besøgsgrupper	22
3.1.3.4. Diagnosegrupper	23
3.1.3.5. Proceduregrupper	23
3.1.3.6. Sammedagspakker	24
3.1.3.7. Ambulante substitutionstakster	24

3.1.3.8. Afregning af ambulante besøg før og efter indlæggelse	24
3.1.3.9. Assistancer.....	25
3.1.3.10. Ambulant besøg under stationær indlæggelse	26
3.1.4. Afregning af genoptræningsydelser	26
3.1.5. Afgrænsning af specialer	26
3.2. Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger	27
4. Behandlinger på højt specialiseret funktionsniveau	28
4.1. Betaling	28
4.2. Takstberegning	28
5. Andre takstregler	31
5.1. Betaling for færdigbehandlede patienter.....	31
5.2. Udbetaling af lommepenge	31
6. Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.	32
Bilag 1. DRG-systemet.....	33
B1.1. Omkostningsdatabasen	33
B1.1.1. Omkostningsberegninger for stationære patienter.....	34
B1.1.2. Omkostningsberegninger for ambulante patienter	35
B1.2. Takstberegning	35
B1.2.1. Beregning af DRG-takster	36
B1.2.2. Beregning af DAGS-takster	37
B1.2.3. Beregning af gråzonetakster	37
B1.2.4. Metode for niveaujustering til taksterne for 2017	38
B1.3. Tilordning af DRG- og DAGS-grupper	40
B1.3.1. Diagnoseegenskaber (tabel DG1).....	41
B1.3.2. Procedureegenskaber (tabel DRGTPT)	42
B1.3.3. Tillægskodeegenskaber (tabel TILL)	42
B1.3.4. Tildeling af DRG-gruppe (tabel DRGLOGIK)	43
B1.4. Sygehusoversigt	43
Bilag 2. Ændringer i grupperingslogikken.....	47
B2.1. Ændringer fra 2016 til 2017.....	47
B2.1.1. MDC15 Sygdomme i perinatalperioden	47
B2.1.2. Ny gruppe for lette akutte besøg	48
Bilag 3. DRG-takster for stationære patienter og gråzonepatienter	49
Bilag 4. Ambulante takster	102
B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2017	102
B4.2. Særydelsesliste.....	115
Bilag 5. Takster for genoptræningsydelser	116
Bilag 6. Procedure for oprettelse af budgettakster for nye behandlinger	118
Bilag 7. Finansieringen af sundhedsvæsenet	119

B7.1. Finansieringsmodellen.....	119
B7.2. Bloktilskud	120
B7.3. Statslig aktivitetspulje	121
B7.4. Kommunal (med)finansiering.....	121
B7.5. Mellemregional afregning	123
B7.6. Det fælles datagrundlag for afregning	124
Bilag 8. Regelgrundlag	126
B8.1. Takstbekendtgørelsen	126
B8.2. Sygehusbekendtgørelsen.....	131

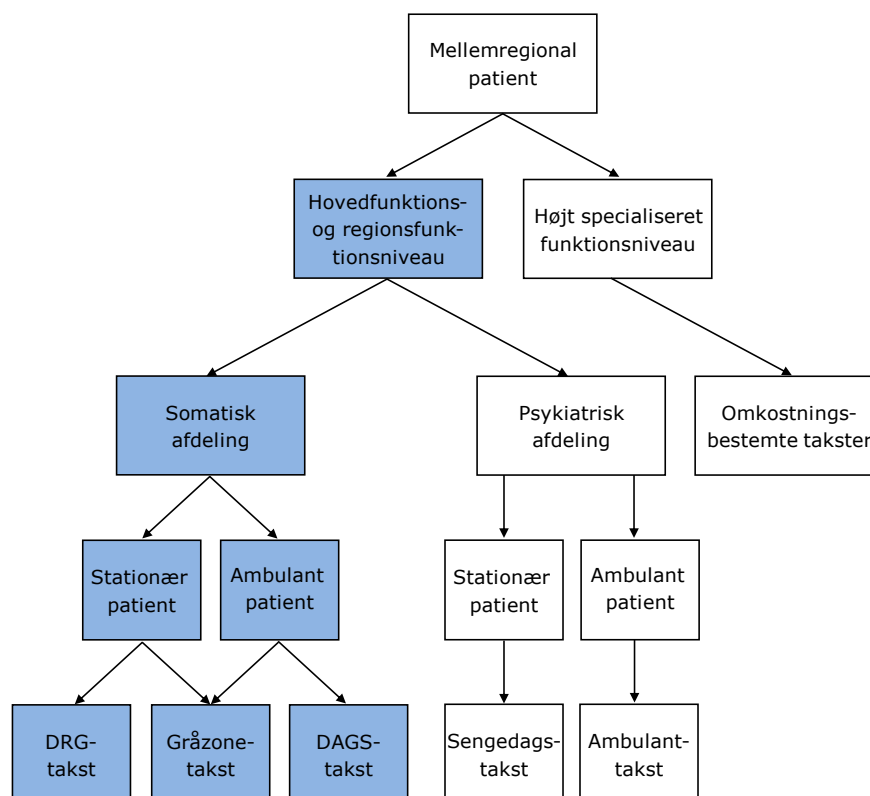
1. Indledning

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. 1355 af 6. december 2010 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 diagnoserelaterede takster, der er fastsat ud fra DRG-systemet, dvs. DRG-takster for stationære patienter (indlagte patienter), DAGS-takster for ambulante patienter og gråzone-takster for gråzonepatienter, der kan behandles i såvel stationært som ambulant regi. 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:
Takststrukturen

Udmøntningen af afregningsreglerne for patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau skete i forbindelse med udarbejdelsen af det fælles datagrundlag for afregning, der siden implementeringen af finansieringsreformen i 2007 har været anvendt til beregningen af bloktilskud, kommunal medfinansiering, mellemregional afregning og til fordeling af den statslige aktivitetspulje.

1.2 Vejledningens opbygning

Takstvejledningen for 2017 er bygget op omkring den overordnede takststruktur i Takstbekendtgørelsen og gennemgår således afregningsreglerne for alle behandlingsniveauer og patientgrupper, som er gældende i 2017. Hovedvægten er imidlertid lagt på afregningsreglerne for patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, samt de her anvendte takster, da det er disse komponenter, der danner grundlaget for dannelsen af det fælles datagrundlag for afregning i sygehusvæsenet.

Kapitel 2 beskriver generelle bestemmelser i Takstbekendtgørelsen, som ikke afhænger af behandlingsniveauet eller 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 2017 indeholder desuden en række bilag, der relaterer sig til afregningen af somatiske patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau. I bilag 1 beskrives DRG-systemet, dvs. hvordan DRG-, DAGS- og gråzonetaksterne bliver til. Ændringer i grupperingslogikken i DRG-systemet fra 2016 til 2017 er listet i bilag 2. I bilag 3 til 5 findes oversigter over hhv. DRG- og gråzonetaksterne, DAGS-taksterne og genoptræningstaksterne for 2017, mens bilag 6 beskriver proceduren for oprettelse af budgettakster for nye behandlinger.

Bilag 7 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. 1207 af 22. september 2016 om ret til sygehusbehandling m.v. (Sygehusbekendtgørelsen) gengivet i bilag 8. Sygehusbekendtgørelsen er medtaget, fordi den uddyber reglerne for betaling af mellemregionale patienter, der ikke er folkeregisterregistreret i Danmark.

2. Generelle bestemmelser

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

2.1. Takstbekendtgørelsens dækningsområde

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

2.1.1 Private sygehuse

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

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

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

2.1.2. Personer uden bopæl i Danmark

I Sygehusbekendtgørelsens § 5–9 fastsættes regler for 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 syge(for)sikret i et andet EU-/EØS-land eller i Schweiz, refunderet fra den sikredes udenlandske syge(for)sikring.

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 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 sikringsordninger¹.

Der opkræves ikke betaling for behandling af sikrede fra andre EU/EØS-stater og Schweiz, hvis Danmark har indgået en aftale om at undlade mellemstatslig afregning af behandlingsudgifter. Der henvises herom til Styrelsen for Patientsikkerheds elektroniske indberetningssystem, E125.

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

2.1.2.2. Beregning af afregningen for personer uden bopæl i Danmark

Behandling af patienter uden bopæl i Danmark afregnes som udgangspunkt med DRG- og DAGS-takster, uanset hvilket funktionsniveau behandlingen er udført på. Indlæggelser af mere end en sengedags varighed afregnes til DRG-taksten. Indlæggelser der ophører inden for et døgn, f.eks. fordi patienten overføres til hjemlandet eller selv ønsker at forlade sygehuset, afregnes efter det ambulante takstsystem (DAGS), idet disse patienter formodes at modtage den væsentligste del af behandlingen andetsteds.

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.

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 behandlingsniveauer²

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 § 10.

² Sundhedsstyrelsen specialespecifikke specialevejledninger fra 2010 og 2011 erstatter den tidligere specialevejledning "Vejledning vedr. specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet 2001".

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 § 11-14. Patienter, der modtages på en højt specialiseret afdeling til behandling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, f.eks. som fritvalgspatienter, afregnes efter reglerne i Takstbekendtgørelsens § 10.

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 månedsvist 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 i 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 2016 og udskrives/afsluttes i 2017, 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 2016/2017 og udskrives i 2017, afregnes således til 2017-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 2016 til 3. januar 2017, afregnes således med 2 sengedage, opgjort i takstsystem 2016, og 2 sengedage, opgjort i takstsystem 2017.

2.3.7. Pris- og lønregulering for takstsystem 2017

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 2017 er P/L-faktoren for 2017 sat til 1,8 pct., svarende til Finansministeriets P/L-faktor for 2017 opgjort juni 2016. 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 2017
P/L-faktor anvendt i Økonomiaftalen	1,8 pct.
P/L-faktor anvendt i justeringen af DRG- og DAGS-taksterne	1,8 pct.

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

Takster	P/L-faktor
Langliggertakst/Færdigbehandlede/Hospice	Den i Økonomiaftalen fastsatte P/L-faktor (ekskl. medicintilskud) 1,8 pct.
Lofter i kommunal medfinansiering	
Besøgs- og sengedagstakster på det psykiatriske område	
Vejledende ambulante og stationære psykiatritakster	
Fritvalgsrammer for privat sygehuse	
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 markedsfølsomt salg af ydelser mod vederlag, jf. lov om afgift af lønsum m.v. Ved markedsfølsomt 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-markedsfølsomme forpligtelser er undtaget fra lønsumsafgift, da det er en del af de interne ressourceallokeringer i det offentlige sundhedssystem og således ikke et markedsfølsomt 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. 1079 af 31. august 2013.

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- og DAGS-grupper, genoptræningsgrupper og langliggertaksten. Lønsumstakster og lønsumsafgifter gældende fra 1. januar 2017 til takstsystem 2017 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 regionfunktionsniveau, 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

Takstsystemet opdeler somatiske patienter, der behandles på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, i tre forskellige patienttyper:

1. Stationære patienter
2. Gråzonepatienter
3. Ambulante patienter (inkl. substitutionsbehandling³)

Stationære patienter afregnes med DRG-takster efter regler, der beskrives nærmere i afsnit 3.1.1. Gråzonepatienter er patienter, der både kan behandles ambulant og ved indlæggelse, og som afregnes med en fælles takst, gråzonetaksten, uanset i hvilket regi behandlingen finder sted. Gråzonepatienterne afregnes efter reglerne i afsnit 3.1.2, mens ambulante patienter afregnes med DAGS-takster efter reglerne i afsnit 3.1.3. I tillæg til ovenstående takster, kan der afregnes takster for genoptræningsydelser, som er udført i forbindelse med behandlingen. Afregningen af genoptræningsydelserne er beskrevet i afsnit 3.1.4.

Taksterne afspejler de beregnede, direkte udgifter til behandling af hhv. stationære patienter, gråzonepatienter, ambulante patienter og til udførelse af genoptræningsydelser. Der er således ikke inkluderet udgifter til eksempelvis tjenestemandspension, forrentning og afskrivning. Fra 2015 særydelsesafregnes tolkebistand (tegnsprogstolk er ikke inkluderet), grundet et nyt EU-direktiv om fri patientbevægelighed. Takster og beløbsangivelser, der er gengivet i teksten samt i bilag 3, 4 og 5, er anført i 2017 pris- og lønniveau.

Antallet af DRG- og DAGS-grupper, samt behandlinger, der beregnes efter gråzonetakster, ændrer sig fra år til år. Tabel 3 viser, hvor mange grupper og dermed takster, der findes i de enkelte års takstsystemer.

³ Ambulante substitutionstakster er takster på ydelser, der erstatter (substituerer) ambulante besøg på sygehuset, jf. afsnit 3.1.3.7

Tabel 3. Oversigt over antal grupper for hhv. DRG, gråzone og DAGS samt sammedagspakker for takstårene 2000-2017

Takstår	Gruppering	DRG	Gråzone	Gråzone procedurer	DAGS	Sammedagspakker	Ambulant substitution
2000	NordDRG	495	29		8		
2001	NordDRG	495	29		10		
2002	DkDRG	561	40		48		
2003	DkDRG	565	40		55		
2004	DkDRG	588	45		84		
2005	DkDRG	589	72		86		
2006	DkDRG	599	75		93		
2007	DkDRG	583	96		122	3	
2008	DkDRG	598	98		130	3	
2009	DkDRG	604	104		134	3	
2010	DkDRG	648	137		150	11	
2011	DkDRG	674	144		171	24	3
2012	DkDRG	717	178		175	30	6
2013	DkDRG	717	201		183	34	8
2014	DkDRG	731	204		193	45	12
2015	DkDRG	740	209	130	194	49	12
2016	DkDRG	740	209	130	194	49	12
2017	DkDRG	743	205	130	192	47	12

3.1.1. Afregning af stationære patienter

3.1.1.1. DRG-takster

Afregning for behandlinger af stationære somatiske patienter udført på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau sker pr. sygehusudskrivning og ud fra DRG-takster, jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 1 og § 6, stk. 3. I de tilfælde, hvor sengedagene overstiger det maksimale antal sengedage, som er dækket af taksten (trimpunktet), betales en langliggertakst på 2.012 kr. pr. sengedag (2017 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 2.

DRG-taksterne for alle 743 DRG-grupper er gengivet i bilag 3 sammen med de tilhørende takster, trimpunkter og gennemsnitlige liggetider.

3.1.1.2. Afdelings-, sygehus- og regionsudskrivinger

Når en patient udskrives fra en afdeling og overflyttes til en anden afdeling på samme dag og på samme sygehus, dannes der et sygehusforløb. Den af disse afdelingsudskrivinger, som er grupperet til den dyreste DRG-gruppe, bliver til sygehusudskrivingen.

Overflyttes en patient mellem to sygehuse vil det give anledning til to sygehusudskrivinger. Dette gælder også, selvom det overflyttende sygehus ikke behandler, men straks viderevisiterer til et andet (mere specialiseret) sygehus. Hvis en patient efter udskriving genindlægges på samme afdeling (dog ikke samme dag), anses indlæggelsen ligeledes som et selvstændigt sygehusforløb.

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

3.1.1.3. Trimpunkt

Trimpunktet er det maksimale antal sengedage, der dækkes af DRG-taksten. Hvis en sygehusudskriving strækker sig ud over trimpunktet, afregnes der i tillæg til DRG-taksten 2.012 kr. (2017 pris- og lønniveau) pr. sengedag ud over trimpunktet, jf. Takstbekendtgørelsens § 10, 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.

3.1.1.4. Særydelser for stationære patienter

Der kan ikke afregnes særskilt for særydelser⁴ for stationære patienter ud over DRG-taksten, idet taksten i en DRG-gruppe er en gennemsnitsberegning, der inkluderer de ydelser, som kunne tænkes afregnet som særydelser. Den i bilag 4.2 anførte ambulante særydelsesliste gælder således ikke for stationære patienter eller for gråzonepatienter, men udelukkende for patienter, der afregnes i henhold til det ambulante takstsystem.

⁴ Med særydelser menes behandlingshjælpemidler, høreapparater og medicin, jf. bilag 4.2.

3.1.2. Afregning af gråzonepatienter

3.1.2.1. Gråzonetakster

En gråzonepatient afregnes i henhold til Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 6. Hvis der er fastsat en gråzonetakst for en given DRG-gruppe, afregnes det ambulante besøg eller det stationære forløb til gråzonetaksten, uanset om behandlingen foregår ambulant eller under indlæggelse. Dog afregnes ambulante besøg kun med gråzonetaksten, når gråzonetaksten er højere end den ambulante takst for det pågældende ambulante besøg. For hjemmefødsler vil besøget dog gruppere til substitutionstaksten, selvom gråzonegruppen er dyrere.

Eventuelle før- eller efterambulante besøg afregnes med ambulant takst. Der kan afregnes flere gråzonetakster pr. person pr. dag, men kun én pr. kontakt pr. dag.

Foregår en gråzonebehandling i stationært regi, og strækker det konkrete forløb sig ud over trimpunktet, afregnes der 2.012 kr. (2017 pris- og lønniveau) pr. sengedag for de sengedage, der ligger ud over trimpunktet for gruppen.

Gråzonetaksten ligger i intervallet mellem omkostningerne, der er forbundet med at udføre behandlingen i ambulant regi, og omkostningerne der er forbundet med at udføre behandlingen i stationært regi.

I 2017 findes 205 DRG-grupper, der betegnes som gråzone DRG-grupper. Disse DRG-grupper er markeret med kursiv og stjerne i bilag 3.

3.1.2.2. Særydelser for gråzonepatienter

Der kan ikke opkræves betaling for særydelser i forbindelse med ambulant behandling af patienter, der efterfølgende grupperes i en af de 205 gråzone DRG-grupper. Årsagen er, at særydelserne er indregnet i de stationære DRG-takster.

3.1.3. Afregning af ambulante patienter

Ambulante patienter afregnes med DAGS-takster. Der afregnes pr. besøg, og der kan afregnes for flere besøg samme dag, jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 4, men kun for ét besøg pr. kontakt samme dag. Der kan dog kun afregnes besøgstakst på kliniske afdelinger jf. afsnit 3.1.5. De ambulante besøg grupperes efter det ambulante takstsystem (DAGS) med henblik på at afdække mulige ambulante takstgrupper. Den ambulante takst findes som den højeste af taksterne i de mulige takstgrupper. Herefter grupperes besøgene efter DRG-systemet for at undersøge, om det enkelte besøg kan grupperes til en gråzonegruppe. Er det tilfældet, vil

patienten blive kategoriseret som gråzonepatient, såfremt gråzonetaksten er højere end den tilsvarende ambulante takst, og besøget vil i stedet blive afregnet efter reglerne for afregning af gråzonepatienter.

Ud over DAGS-taksterne kan der opkræves særskilt takst for de ambulante særydelser, som patienten har fået i forbindelse med det ambulante besøg, jf. Takstbekendtgørelsens § 8. Listen med særydelser udmeldes årligt med virkning fra 1. januar, jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 5. DAGS-taksterne er gengivet i bilag 4.1 og særydelseslisten i bilag 4.2.

3.1.3.1. Takstgrupper for ambulante patienter

Det ambulante takstsystem kan inddeles i seks kategorier af takstgrupper, nemlig akut ambulante grupper, besøgsgrupper, diagnosegrupper, proceduregrupper, ambulante substitutionstakster og sammedagspakker. Takstgrupperne i det ambulante takstsystem for 2017 er vist nedenfor.

Akut ambulante grupper

- Traume
- Lette akut-ambulante besøg
- Småskade
- Ikke besøg (afregnes ikke)
- Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning

Besøgsgrupper

- Ambulant besøg, aldersopdelt
- Ambulant besøg m. journaloptagelse
- Ambulant substitution, hjemmebesøg
- Ambulant substitution, hjemmebesøg, jordemoder
- Ambulant substitution, telemedicin
- Telefon- og e-mailkonsultation

Diagnosegrupper

- Medfødte stofskiftesygdomme
- Kraniofaciale misdannelser
- Pubertetsforstyrrelser
- Sjældne handikap
- Vækstforstyrrelser
- Endokrinologi
- Respirationsinsufficiens
- Palliativ indsats
- HIV-infektion

- Tilstand med transplanteret væv - hæmatologi
- Cancer
- Neurologi
- Spiseforstyrrelser
- Alkohol- og stofmisbrug
- Somatoforme tilstande
- Ryglidelser, komplicerede
- Reumatologi
- Audiologi
- Smertetilstande

Proceduregrupper

- Hudsistem
- Muskelsystem
- Åndedrætsystem
- Hjerte-, kar- og lymfesystem
- Fordøjelsessystem
- Urinveje
- Mandlige kønsorganer
- Kvindelige kønsorganer
- Nervesystem
- Øre, næse og hals
- Medicinsk behandling
- Diverse behandlinger
- Diverse undersøgelser og procedurer
- Radiologiske procedurer
- Arbejdsmedicin
- Klinisk genetik
- Klinisk fysiologi/nuklearmedicin
- Klinisk neurofysiologi
- Børn med prenatal rusmiddelproblematik
- Kompleks somatisk tværfaglig udredning

Sammedagspakker

- Anæstesiologi
- Allergologi
- Gastroenterologi
- Mammadiagnostik
- Øre-næse-hals
- Høreapparat
- Svimmelhed

- Ryglidelser
- Rygmarvsskader
- Graviditet
- Radiologi
- Kardiologi
- Cystoskopi
- Endokrinologi
- Gigt
- Blodprop
- Øjenundersøgelser
- Klinisk Genetik
- Håndkirurgi
- Epilepsi
- Lunger
- Tværfaglig smertebehandling
- Urologi

Ambulante substitutionstakster

- Fødsel, hjemme
- Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg
- Geriatri, udredning, hjemmebesøg
- Geriatri, behandling, hjemmebesøg
- Gravid med rusmiddelproblematik, hjemme- og udebesøg
- Lungefunktionsundersøgelse, m. reversibilitetstest, telemedicin
- Lungefunktionsundersøgelse, telemedicin
- Pacemaker-kontrol, telemedicin
- AK-behandling, telemedicin
- Telemedicinsk sårvurdering
- Telemedicinsk type 2 diabeteskontrol
- Telemedicinsk kontrol af CPAP udstyr

3.1.3.2. Afregning for akutte ambulante skadekontakter i 2017

I 2014 blev der indført nye registreringsprincipper for akutte ambulante patienter, for at imødekomme den forskelligartede organisering på de Fælles Akut Modtagelser rundt om i Danmark. Jf. slutrapporten fra 'Arbejdsgruppen vedr. udarbejdelse af retningslinjer til ensartet national indberetning på akutområdet' er det fra 2014 gældende, at:

- Patienttype 3 "skadestuepatient" udgår af indberetningen
- Krav til afslutning af den primære akutte kontakt, også ved fortsat ambulante forløb
 - ved videre visitering til andet afsnit

- ved indlæggelse i normeret seng
- når patienten går hjem fra afsnittet
- Indførelse af 'akutte ambulante' – indskrivningsmåde
- Indførelse af Udskrivningstime (UDTIME) - varighed
- Registrering af Dato for besøg (DTOBES) gøres valgfrit for akutte ambulante

Fra 2015 blev der indført en ny model for afregning af de akutte ambulante kontakter, hvor der ikke længere afregnes skadeskontakter som én homogen gruppe, men i stedet afregnes akutte ambulante kontakter på baggrund af 'akut ambulant' markeringen og aktionsdiagnose. Der er oprettet 4 dedikerede grupper for de akut ambulante kontakter, der hovedsageligt har skadeskarakter. Grupperingsrækkefølgen for akut ambulante kontakter er fra 2015 anderledes end hidtidig, da alle akut ambulante kontakter grupperes til proceduregrupper, sammedagspakker og substitutionsgrupper inden de grupperes til skadesgrupper og efterfølgende til diagnosegrupper og besøgsgrupper.

3.1.3.3. Besøgsgrupper

Takster for besøgsgrupper er grundtakster, som afregnes ved ambulant besøg på en klinisk afdeling, eller som grundtakst ved telemedicinske ydelser og hjemmebesøg. Takster for diagnosegrupper, proceduregrupper, ambulante substitutionstakster og sammedagspakker afregnes således med tillæg af en besøgstakst, såfremt der i tilknytning til behandlingen har været et besøg på en klinisk afdeling. Dog kan der ikke afregnes besøgstakster i tillæg af taksterne for disse grupper:

- PG100, Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage
- PG17I, Klinisk fysiologi/nuklearmedicin gruppe I
- PG08H, Jordemoderkonsultation, akut, graviditet
- PG08I, Jordemoderkonsultation, udvidet
- PG08J, Jordemoderkonsultation, basis
- PG08K, Særlige ydelser i forbindelse med graviditet incl. fødselsforberedelse
- PG12P, Kontrol eller justering af CPAP-behandling
- SP08D, Sammedagspakke: Flere jordemoderkonsultationer
- ST01I, AK-behandling, telemedicin
- ST01J, Telemedicinsk sårvurdering
- ST01L, Telemedicinsk kontrol af CPAP udstyr
- AA01A, Traume
- AA01C, Småskader
- AA01D, Ikke besøg (afregnes ikke)
- AA01E, Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning

Grundtaksten i 2017 for ambulante besøg er på hhv. 672 kr. for patienter i alderen 7 år og op efter, 1.309 kr. for patienter i alderen 0 til 6 år og 1.361 kr. for besøg med anamnese- eller journaloptagelse. Til gruppen 'Ambulant besøg med journaloptagelse' grupperes besøg med procedurekoden ZZ0150 journaloptagelse.

Telefon- eller e-mailkonsultation eller skriftlig kommunikation ved prøvesvar udløser en takst på 130 kr. i 2017. Der kan ikke afregnes for en telefon- eller e-mailkonsultation, hvis der er registreret et besøg på kontakten samme dag. Til gruppen grupperes besøg med procedurekoderne BVAA33A, BVAA33B, BVAC1 og BVAC10.

Grundtaksten for telemedicin er 335 kr. i 2017. Afregning af den telemedicinske grundtakst kan udelukkende ske, hvis mindst én ydelse er tillægskodet med ZPW00900 (telemedicinsk ydelse) og der er tale om de telemedicinske ydelser pacemakerkontrol, lunge-funktionsundersøgelse og type 2 diabetes kontrol.

Grundtaksten for hjemmebesøg er 1.881 kr. i 2017. Afregning af grundtaksten for hjemmebesøg kan udelukkende ske, hvis besøget grupperes til en af de fire substitutionstakstgrupper for hjemmebesøg, dvs. grupperne:

- Palliativ indsats, specialiseret
- Geriatri, udredning
- Geriatri, behandling
- Gravid m. rusmiddelproblematik

Grundtaksten for hjemmebesøg, jordemoder er 860 kr. i 2017. Til gruppen grupperes besøg hvor følgende procedurekoder er registreret: AAF6 (hjemmebesøg) plus BKUA21*, BKUA22, BKUA27*, BKUA28 eller BKUA37. Afregningen af grundtaksten kan også ske, hvis besøget grupperes til substitutionstakstgruppen for hjemmefødsler, dvs. ST01A 'Fødsel, hjemme'.

3.1.3.4. Diagnosegrupper

Taksterne for diagnosegrupperne kan afregnes ved besøg på kliniske afdelinger, når besøget grupperes til en diagnosegruppe. Taksten dækker omkostningerne, som er specifikke for patientgruppen i den givne diagnosegruppe.

3.1.3.5. Proceduregrupper

Taksterne for proceduregrupperne kan afregnes ved besøg på såvel kliniske afdelinger som tværgående afdelinger samt i tilfælde, hvor der ikke har været et besøg på stamafdelingen. Proceduretakster dækker alene omkostningerne i forbindelse med udførelse af proceduren.

3.1.3.6. Sammedagspakker

Sammedagspakker er oprettet for at honorere accelererede patientforløb og kræver, at der udføres en række ydelser på samme dag. En sammedagspakke afregnes med en samlet takst, som dækker omkostningerne ved at udføre alle ydelserne, der indgår i den enkelte sammedagspakke. Der kan afregnes for sammedagspakker på såvel kliniske afdelinger som på tværgående afdelinger.

3.1.3.7. Ambulante substitutionstakster

Ambulante substitutionstakster er takster på ydelser, der erstatter (substituerer) ambulante besøg på sygehuset. Der kan være tale om telemedicin mellem patient og sygehus, f.eks. hvor patienten undersøger sig selv eller aflæser måleapparatur hjemme, hvorefter der er korrespondance med en læge eller sygeplejerske på sygehuset. Der kan også være tale om hjemmebesøg, f.eks. hvor personale fra sygehuset udfører undersøgelser eller behandling på patienten i patientens hjem. Telemedicinske ydelser, som sker mellem sygehuse, eksempelvis evaluering af fremmed billedmateriale, betragtes som assistancer og forventes håndteret ved aftaler mellem regionerne og sygehusene.

Substitutionstaksterne dækker omkostningerne, der er forbundet med efterfølgende kontrol af undersøgelser udført af patienten selv uden for sygehuset og analyse på sygehuset uden patientens fremmøde.

3.1.3.8. Afregning af ambulante besøg før og efter indlæggelse

Fra 2015 indføres afregning af ressourceintensive procedurer udført på ambulante besøg, der finder sted umiddelbart før eller efter en indlæggelse. Det betyder, at såfremt der er fundet et ambulante besøg på samme dag som en indlæggelse eller en udskrivelse, vil der for visse DAGS-grupper, der indeholder procedureomkostninger som en del af taksten, foretages en afregning for procedureomkostningsandelen.

Besøg, der i den ambulante gruppering, grupperer til procedure- og substitutionsgrupper, samt sammedagspakker, afregnes således med taksten ekskl. besøg. Tidligere er sådanne besøg ikke blevet afregnet, da regionen udelukkende har modtaget afregning for indlæggelsen. I grupperede datasæt vil disse besøg kunne identificeres ved, at DAGS-gruppen ender på "_FI". For ambulante besøg, der finder sted umiddelbart før en indlæggelse eller på en udskrivningsdag, samt grupperer til diagnose- eller besøgstakster i den ambulante gruppering, og samtidig i den stationære gruppering grupperer til visse gråzone-grupper, er der beregnet særlige gråzone-proceduretakster, som disse besøg afregnes til. Dette gælder for ambulante besøg der grupperer til gråzonegrupper i følgende MDC'er:

- MDC02 – "Øjensygdomme"

- MDC03 – "Øre-, næse-, hals- og kæbesygdomme"
- MDC08 – "Sygdomme i muskelskeletsystemet og bindevæv"
- MDC13 – "Sygdomme i kvindelige kønsorganer"
- MDC27 – "Onkologiske behandlingsgrupper"

Der afregnes således kun for ambulante besøg umiddelbart før eller efter en indlæggelse for besøg, der opfylder ét af følgende krav:

1. Besøget grupperer til en ambulant proceduregruppe, substitutionsgruppe eller en sammedagspakke-gruppe. Besøget afregnes med taksten ekskl. besøg.
2. Besøget grupperer til en ambulant besøgsgruppe eller diagnosegruppe, men grupperer også til en gråzonegruppe i MDC 02, 03, 08, 13, eller 27, Besøget afregnes med en særlig gråzone-proceduretakster og DAGS navnet ender på "_FI".

Gråzoneproceduretaksterne er samlet i bilag B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2017.

3.1.3.9. Assistancer

Der kan afregnes for ambulante ydelser på kliniske afdelinger, hvor ydelsen er ydet som en assistance, dvs. hvor behandlingen finder sted på en anden afdeling end stamafdelingen. Afregningen sker efter DAGS-taksten, men uden tillæg af ambulant besøgstakst. Såfremt en assistance kan grupperes til flere DAGS-grupper, vil der blive afregnet for den dyreste. Der kan afregnes flere assistancer pr. dag, men kun en pr. kontakt.

Hvis en assistance givet i forbindelse med en ambulant kontakt skal kunne afregnes, er det et krav, at assistancen til den ambulante kontakt skal finde sted på en anden dag end besøget på den rekvirerende afdeling (stamafdelingen), medmindre ydelsen er rekvireret fra et andet sygehus.

Ved assistancer til stationære kontakter afregnes ambulante ydelser fra kliniske serviceafdelinger som en del af det sygehusforløb, som ydelsen er tilknyttet. De til ydelserne hørende procedurer indgår således i takstfastsættelsen af forløbet på stamafdelingen og afregnes derfor ikke selvstændigt.

I de tilfælde, hvor producenten af assistanceydelsen ikke har mulighed for at registrere den udførte procedure på indlæggelseskontakten, opretter producenten en ny ambulant kontakt, hvor ydelsen registreres uden besøg. Hermed vil assistancen blive afregnet særskilt. Dog er det et krav, at assistancen er udført på en anden dag end indlæggelsesdagen på den rekvirerende afdeling (stamafdelingen), medmindre ydelsen er rekvireret fra et andet sygehus.

3.1.3.10. Ambulant besøg under stationær indlæggelse

Der kan afregnes for ambulante besøg under en stationær indlæggelse, såfremt det ambulante besøg vedrører en anden lidelse end den, der er forbundet med indlæggelsen. I eventuelle tvivlstilfælde af hvorvidt der er tale om en anden lidelse, beror afgørelsen på en lægefaglig vurdering.

3.1.4. Afregning af genoptræningsydelser

Der kan afregnes for genoptræningsydelser på sygehuset. For ambulante patienter afregnes genoptræningsydelser, uanset om de er udført i forbindelse med et besøg eller som assistancer. For stationære patienter afregnes genoptræningsydelsen, uanset om ydelsen er udført som en assistance til indlæggelsesforløbet, eller om ydelsen er udført af stamafdelingen selv.

Afregning af genoptræningsydelser sker efter en proceduretakst som et tillæg til den almindelige DRG- eller DAGS-takst. Det skal bemærkes, at der ikke kan afregnes for ambulant besøgstakst i tillæg til genoptræningsydelser, når et ambulant besøg kun indeholder koder fra fysio- og ergoterapeut kodekatalogerne⁵. I disse tilfælde vil besøget alene udløse en genoptræningstakst og ingen besøgstakst.

Genoptræningsydelserne er bredt defineret på baggrund af procedurekoderne og ikke med udgangspunkt i, hvor ydelsen er ydet. Det vil sige, at ydelsen afregnes som en genoptræningsydelse uanset om ydelsen er ydet af en klinisk afdeling eller en tværgående afdeling (f.eks. fysio- og ergoterapi).

Genoptræningstaksterne, der gælder pr. 1. januar 2017, er samlet i bilag 5.

3.1.5. Afgrænsning af specialer

Tabel 4 giver en oversigt over hvilke takstgrupper, der kan afregnes for på de enkelte afdelinger. Såfremt afdelingens hovedspeciale er et klinisk speciale, kan afdelingen afregne inden for alle takstgrupper. Er hovedspecialet et tværgående speciale, kan der ikke afregnes for besøgs- og diagnosegrupper, mens afdelinger med hovedspecialet 'fysio- og ergoterapi' alene kan afregne for ambulant genoptræning. Afdelinger med andre hovedspecialer kan ikke afregne for nogen af takstgrupperne.

⁵ Kodekataloget til indberetning af ergoterapeutiske og fysioterapeutiske ydelser til Sundhedsstyrelsen kan findes på fysioterapeuternes hjemmeside: www.fysio.dk eller ergoterapeuternes hjemmeside: www.etf.dk.

Tabel 4. Afregning af specialer og ambulante takster.

	Ambulant besøgs- /diagnose-gruppe	Procedure- /substitutions- grupper og samme- dagspakker	Gråzone-DRG	Ambulant genoptræning
Klinisk speciale ⁶	Ja	Ja	Ja	Ja
Tværgående speciale ⁷	Nej	Ja	Ja	Ja
Fysio- og ergoterapi ⁸	Nej	Nej	Nej	Ja
Andre specialer ⁹	Nej	Nej	Nej	Nej

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 er udarbejdet vejledende DRG- og DAGS-takster for psykiatrien for 2017, som er tilgængelige på www.drg.dk. Taksterne er fremkommet ved pris- og lønfremskrivning af de vejledende DRG- og DAGS-takster for psykiatrien for 2016.

Ved beregning af betaling for psykiatriske patienter udgør sengedagstaksten 3.628 kr. (2017 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 3. En mellemregional psykiatrisk patient, der overføres til og behandles på en somatisk afdeling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, udløser en DRG-takst for den somatiske indlæggelse. 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 1.815 kr. (2017 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 4 og § 7.

⁶ 00 Blandet sygehus, 01 Intern Medicin, 02 Geriatri, 03 Hepatologi, 04 Hæmatologi, 05 Infektionsmedicin, 06 Kardiologi, 07 Med. allergologi, 08 Med. endokrinologi, 09 Med. gastroenterologi, 10 Med. lungesygdomme, 11 Nefrologi, 12 Reumatologi, 14 Palliativ medicin, 15 Akut medicin, 18 Dermato-venerologi, 20 Neurologi, 22 Onkologi, 30 Kirurgi, 31 Karkirurgi, 32 Kir. gastroenterologi, 33 Plastikkirurgi, 34 Thoraxkirurgi, 35 Urologi, 38 Gynækologi og obstetrik, 39 Sexologi, 40 Neurokirurgi, 42 Ortopædisk kirurgi, 44 Oftalmologi, 46 Oto-, rhino-, laryngologi, 48 Hospitalsodontologi, 80 Pædiatri, 84 Anæstesiologi, 86 Arbejdsmedicin, 90 Almen medicin, 91 Samfundsmedicin, 99 Ingen specialeangivelse.

⁷ 61 Klinisk fysiologi og nuclearmedicin, 66 Diagnostisk radiologi, 64 Klinisk neurofysiologi og 68 Klinisk genetik.

⁸ 98 Fysio- og ergoterapi.

⁹ 60 Klinisk biokemi, 62 Klinisk. immuniologi, 63 Klinisk mikrobiologi, 65 Patologisk anatomi, 67 Klinisk farmakologi.

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 § 11, stk. 1 og 2, angiver, at betaling for behandlinger udført på højt specialiseret funktionsniveau skal opdeles i en fast abonnementsdel på 25 pct. og en variabel del, svarende til det faktiske ressourcetræk i året.

Den faste abonnementsdel opgøres som 25 pct. af en regions højt specialiserede forbrug i en anden region i en forudgående periode eksklusiv særydelser (Takstbekendtgørelsens § 11, stk. 2). Der beregnes på denne måde faste abonnementer for hver region, hvor en given region køber behandlinger på højt specialiseret funktionsniveau.

Den variable del af betalingen sker efter faktisk forbrug i form af sengedagstakster, proceduretakster og ambulante takster eller i form af forløbstakster. Taksterne reduceres med 25 pct. svarende til den faste abonnementsdel, mens særydelser afregnes til kostpris, jf. Takstbekendtgørelsens § 11, stk. 3.

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, som afregnes til kostpris, jf. Takstbekendtgørelsens § 11, 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.	- særydelser (kostprisen)
F.	- betaling for hovedfunktions- og regionsfunktionspatienter fra andre regioner

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

K.	= Takstberegningsgrundlaget

Fortolkningen af begreberne i ovenstående punkt H og I er defineret i Takstbekendtgørelsen § 13, mens punkt J er defineret i § 14.

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 § 13, 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 § 13, 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 § 14 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 sondring 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 2017 udgør med den anførte pris- og lønregulering maksimalt 2.012 kr.

5.2. Udbetaling af lommepenge

I henhold til Sundhedslovens § 91 fastsætter ministeren for Sundheds- og Ældreministeriet 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. Ministeren for Sundheds- og Ældreministeriet fastsætter beløbets størrelse.

Beløbets størrelse er senest fastsat i Bekendtgørelse nr. 1207 22. september 2016 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 1.444 kr. pr. måned for 2017 (2017 pris- og lønniveau).

6. Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.

I henhold til § 235, stk. 4 i Sundhedsloven fastsætter ministeren for sundhed og ældre 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. 1242 af 25. november 2014 om økonomiske rammer for frit valg til private specialsygehuse m.v. De pris- og lønregulerede rammer er vist i tabel 5.

Tabel 5. Den årlige økonomiske ramme for vederlagsfri behandling på de private specialsygehuse i mio. kr.

	2017 P/L-niveau
Sankt Lukas Hospice	17,5
Diakonissestiftelsens Hospice	17,5
Sct. Maria Hospice	17,5
OASIS	18,9
RCT-København	20,1
RCT-Jylland	13,7
Epilepsihospitalet i Dianalund... ..	81,4
Sclerosehospitalet i Haslev og Ry	72,5
Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium	31,3
Center for sundhed og træning i Middelfart	13,5
Center for sundhed og træning i Århus	15,4
Center for sundhed og træning i Skælskør	20,9
RehabiliteringsCenter for Muskelsvind	22,5
Vejle fjord	16,3
Center for Hjerneskade	9,1
Øfeldt Centrene	17,8

Bilag 1. DRG-systemet

DRG-systemet består dels af en DRG-/DAGS-gruppering, der indeholder regelsættet til gruppering af patienter i stationære og ambulante grupper, og dels af selve DRG-/DAGS-taksterne, der er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter ved behandlingen af patienterne på de offentlige danske sygehuse.

Patientoplysningerne der anvendes i DRG-systemet hentes fra Landspatientregistret (LPR) og Registret over danske patienter behandlet på udenlandske sygehuse og aktivitet i speciallægepraksis (DUSAS), mens udgifterne beskrives via Sundhedsdatastyrelsens omkostningsdatabase.

I dette kapitel gennemgås de enkelte elementer i DRG-systemet. Omkostningsdatabasen beskrives i afsnit B1.1, processen ved takstberegningen beskrives i afsnit B1.2, og grupperingslogikken beskrives i afsnit B1.3.

B1.1. Omkostningsdatabasen

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

Takstgrundlaget for et takstår vil være de to seneste omkostningsdatabaser. Da taksterne beregnes året før et takstår vil takstberegningsgrundlaget være omkostninger og aktivitet der ligger 1 og 2 år før takståret.

Tabel B1 illustrerer udbygningen af omkostningsdatabasen siden 2000. 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. Tabel B1 viser for hvert takstår, hvor mange kontakter der er dækket af de anvendte omkostningsdatabaser og hvor høj den anslåede dækningsgrad er i pct. Tabel B3, bagerst i dette kapitel, giver en komplet fortegnelse over de sygehusenheder, der har bidraget med fordelingsregnskaber til omkostningsdatabasen for takstår 2017.

Tabel B1. Oversigt over indholdet i omkostningsdatabasen

Takstår	Antal kontakter der er dækket af omkostningsdatabasen		Anslået dækningsgrad i pct.	
	Stationære kontakter	Ambulante besøg	Stationær	Ambulant
2000	49.000	300.000	5	5
2001	193.000	683.000	20	20
2002	388.000	1.650.000	39	38
2003	384.000	2.800.000	38	37
2004	924.000	5.100.000	90	88
2005	985.000	6.500.000	97	95
2006	842.000	4.300.000	81	80
2007	1.979.000	9.950.000	84	55
2008	1.488.000	9.064.000	62	47
2009	1.432.000	10.005.000	59	49
2010	1.867.000	14.093.000	77	68
2011	2.086.000	15.539.000	83	71
2012	2.282.424	18.488.996	86	78
2013	2.285.502	18.648.057	86	79
2014 ¹⁰	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

B1.1.1. Omkostningsberegninger for stationære patienter

Omkostningerne ved det enkelte patientforløb 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 speciale specifikke vægtningsystemer. Den sengedagsafhængige komponent af forløbsudgiften beregnes som en gennemsnitlig sengedagsudgift på den givne afdeling. Det enkelte patientforløb får dermed fastsat den sengedagsafhængige komponent af forløbsomkostninger ved antallet af sengedage gange den gennemsnitlige sengedagsudgift for den givne afdeling.

¹⁰ Antallet af kontakter der er dækket af omkostningsdatabasen for 2014 er dannet på baggrund af en tilrettet version af omkostningsdatabasen

B1.1.2. Omkostningsberegninger for ambulante patienter

Omkostningerne for de enkelte besøg er beregnet ud fra de ambulante, specialespecifikke vægtningsssystemer. Disse vægtningsssystemer er lavet på baggrund af, hvor tidskrævende de enkelte procedurer er.

Der er til taksterne for 2017 anvendt ambulante, specialespecifikke vægtningsssystemer 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

Den akut ambulante kontakt er ligeledes omkostningsbestemt som en del af DAGS-systemet, men er ikke beregnet ved hjælp af specialespecifikke vægte.

B1.2. Takstberegning

DRG- og DAGS-taksterne afspejler de beregnede, direkte udgifter til behandling. Der er således ikke inkluderet udgifter til eksempelvis tjenestemandspension, forrentning og afskrivning.

B1.2.1. Beregning af DRG-takster

Beregningen af DRG-takster for stationære patienter kan inddeles i fem trin:

1. DRG-gruppering af afdelingsudskrivinger
2. Beregning af omkostninger pr. kontakt på afdelingsniveau (inkl. omkostningstrunkering)
3. Dannelse af sygehusforløb
4. Beregning af omkostninger pr. sygehusforløb (inkl. omkostningstrunkering)
5. Beregning af DRG-takster som simple gennemsnit af omkostningerne for sygehusforløbene i hver DRG-gruppe

I første trin grupperes afdelingsudskrivingerne i omkostningsdatabasen og i Landspatientregisteret efter grupperingslogikken i DRG-systemet.

I andet trin trunkeres de laveste og højeste omkostninger i de enkelte DRG-grupper, således at yderpunkter ikke får uforholdsmæssig stor betydning for takstberegningen, hvorefter omkostningerne pr. afdelingsudskriving i de enkelte DRG-grupper udregnes. Den gennemsnitlige omkostning er beregnet inklusiv eventuelle særydelser, ambulante assistancer i forbindelse med indlæggelsen, særlige undersøgelser m.v.

Omkostningstrunkeringen sker ved at DRG-grupper med mere end 20 observationer 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-grupper med op til 20 observationer trunkeres tilsvarende ved 5 og 95 pct. fraktilerne.

I de tilfælde, hvor en patient undervejs i indlæggelsesforløbet har skiftet afdeling på samme sygehus, er patienten i omkostningsdatabasen blevet registreret en gang for hvert afdelingsforløb, og hvert afdelingsudskriving er blevet tilknyttet en DRG-gruppe. Ved dannelsen af sygehusforløb i trin tre kobles afdelingsudskrivingerne sammen til ét forløb for den enkelte patient, og i den udstrækning DRG-grupperne fra afdelingsudskrivingerne ikke er den samme, tildeles forløbet den af afdelingsudskrivingernes DRG-grupper, der jf. trin to har den højeste gennemsnitsomkostning. Alle omkostningerne fra alle afdelingsudskrivingerne bliver så tilknyttet denne gruppe, hvorved den samlede omkostning for sygehusudskrivingen fremkommer.

I trin 4 trunkeres sygehusudskrivingernes omkostninger i de enkelte DRG-grupper på samme måde som i trin 2, hvorefter omkostningerne pr. sygehusudskriving er beregnet.

I trin 5 beregnes DRG-taksterne som simple gennemsnit af omkostningerne ved sygehusudskrivingerne for hver DRG-gruppe. Herefter gennemgås taksterne manuelt for at minimere uhensigtsmæssighederne i takstsystemet og for at imødekomme de kommentarer, der er modtaget fra eksterne samarbejdspartnere.

B1.2.2. Beregning af DAGS-takster

Beregningen af DAGS-takster for ambulante patienter kan inddeles i tre trin:

1. Kontakterne DRG-grupperes
2. Kontakterne DAGS-grupperes
3. Beregning af DAGS-takster (inkl. omkostningstrunkering)

Først grupperes data i omkostningsdatabasen efter grupperingslogikken i DRG-systemet. Dette er nødvendigt for at kunne identificere de besøg, der grupperer til en gråzone.

I andet trin DAGS-grupperes kontakterne i omkostningsdatabasen. I tilfælde, hvor den samme patient har haft flere besøg den samme dag på samme sygehus og overafdeling, sammenlægges omkostningerne til ét besøg¹¹.

I tredje trin beregnes takster på den enkelte DAGS-gruppe på basis af omkostningstrunkerede data, hvor ekstreme værdier erstattes med hhv. 1, 5, 95 eller 99 pct. fraktilen. For DAGS-grupper med mere end 20 observationer trunkeres ved 1 og 99 pct. Fraktilerne for DAGS-grupper med op til 20 observationer trunkeres ved 5 og 95 pct. fraktilerne. Herefter beregnes gennemsnit for de enkelte DAGS-grupper og omkostningsstrukturen vurderes enkeltvis med henblik på at kvalitetssikre taksterne.

Den gennemsnitlige omkostning, som udgør taksten for den pågældende DAGS-gruppe, er beregnet ekskl. eventuelle særydelser (se B4.2) for at tage højde for den særskilte afregning for disse ydelser ud over den ambulante takst.

B1.2.3. Beregning af gråzonetakster

Gråzonepatienter er patienter, der både kan behandles ambulant og ved indlæggelse, og som tildeles en fælles takst, gråzonetaksten, uanset i hvilket regi behandlingen finder sted. Gråzonetaksten ligger derfor i intervallet mellem gennemsnitsomkostningerne for de ambulante patienter og gennemsnitsomkostningerne for de stationære patienter i samme gruppe.

I praksis beregnes taksterne for de enkelte gråzonegrupper ved, at de samlede udgifter ved de ambulante besøg, hvor proceduren er foretaget, lægges sammen med de samlede udgifter til

¹¹ Udvælgelse af hvilken DAGS-gruppe der medgår i beregningen sker ved følgende prioritering: 1. Gråzoner, 2. Procedurergrupper, 3. Diagnosegrupper, 4. Besøgsgrupper. I tilfælde af ens prioritering udvælges det besøg med størst omkostning.

behandling af de stationære patienter i DRG-gruppen, og denne sum deles herefter med det samlede antal behandlinger¹². Antal gråzonegrupper tilpasses løbende.

Definitionen af gråzonetaksterne betyder, at den enkelte gråzonetakst vil være højere, jo større andel af patienterne i gråzonegrupperne, der behandles stationært, da behandlingen oftest er dyrere at udføre stationært. Dette vil ofte være tilfældet i nyoprettede gråzonegrupper

B1.2.4. Metode for niveaujustering til taksterne for 2017

Tabel B2. Metode for niveaujustering til taksterne for 2017

For niveaujustering af taksterne for 2016 henvises til Takstkataloget for 2016.

¹² Gråzonetakstberegningen sker efter følgende formel:

$$\text{Gråzonetakst} = \frac{(\text{Gns.omk amb} \cdot \text{antal besøg (LPR)}) + (\text{Gns.omk sta} \cdot \text{antal sygehusforløb (LPR)})}{\text{Antal amb. besøg (LPR)} + \text{antal sygehusforløb (LPR)}}$$

Udgifter	
DTD 2015	DTD ₂₀₁₅
PL 2015 til 2016	1,3 pct.
DTD 2015 PL2016	DTD ₂₀₁₆
Fordeling	
Ambulant	40 pct.
Stationær	60 pct.
Fordelt DTD	
Ambulant	DTD _{AMB} =DTD ₂₀₁₆ *0,40
Ambulant genoptræning	Genop.AMB(2016-pl)
Tilrettet ambulant	DTD _{AMB} =(DTD ₂₀₁₆ *0,40) – Genop.AMB(2016-pl)
Stationær	DTD _{STA} =DTD ₂₀₁₆ *0,60
Stationær genoptræning	Genop.STA(2016-pl)
Langliggere	Langl.(2016-pl)
Tilrettet stationær	DTD _{STA} =(DTD ₂₀₁₆ *0,60) – Genop.STA(2016-pl) - Langl.(2016-pl)
Tilrettet i alt	DTD _{AMB} +DTD _{STA}
Produktionsværdi	
Ikke-justerede takster	
Ambulant	PROD _{AMB}
Stationær	PROD _{STA}
Korrektion MDC15	195.196.931
Tilrette Stationær	PROD _{STA} +195.196.931
Niveaujustering	
Førstegangsjusterede faktorer	
Ambulant	1.JUST _{AMB} =DTD _{AMB} /PROD _{AMB}
Stationær	1.JUST _{STA} =DTD _{STA} /PROD _{STA}
Produktionsværdi	
Førstegangsjusterede takster	
Ambulant	PROD _{1AMB}
Stationær	PROD _{1STA}
I alt	PROD _{1SAMLET} =PROD _{1AMB} + PROD _{1STA}
Niveaujustering	
Gråzonejustering	
Fælles	JUST _{GRÅ} =(DTD _{AMB} +DTD _{STA}) / PROD _{1SAMLET}

B1.3. Tilordning af DRG- og DAGS-grupper

Grupperingslogikken, der anvendes til dannelsen af DRG- og DAGS-grupperne, er udarbejdet under hensyntagen til tre overordnede krav. Grupperingen af patienterne skal være klinisk meningsfuld, grupperne skal være ressourcehomogene, og antallet af grupper skal være overskueligt. For at sikre dette, sker der løbende en validering af grupperingslogikken på baggrund af anbefalinger fra de kliniske selskaber.

Til DRG- og DAGS-gruppering anvendes en grupperingsnøgle i form af et softwareprodukt kaldet en DRG-grouper. I dette afsnit gennemgås, hvorledes grouperen anvendes til gruppering af stationære kontakter i DRG-grupper.

Følgende oplysninger anvendes som input til grouperen:

- Aktionsdiagnose, inkl. evt. tillægskoder
- Bidiagnoser
- Procedurekoder (operationskoder, behandlingskoder og undersøgelseskoder), inkl. eventuelle tillægskoder
- Antal dage fra primær operation til død
- Patientens køn
- Alder i dage
- Antal gennemførte svangerskaber, inkl. dødfødsler og nuværende graviditet.
- Udskrivningsmåde
- Indlæggelsesmåde (akut/elektiv)

Al information nødvendig for gruppering af en patientrecord (en stationær kontakt eller et ambulant besøg) er indeholdt i en række tabeller kaldet egenskabstabeller. DRG-grouperen tildeler hver patientrecord en DRG-gruppe på baggrund af opslag i disse tabeller. Tildelingen kan inddeles i to trin. Først knyttes en række hjælpevariable kaldet egenskaber til patientrecorden. I næste trin sammenholdes patientrecorden samt de tilknyttede egenskaber med reglerne i DRG-logikken, hvorved DRG-gruppen bestemmes.

Nedenfor ses en oversigt over egenskabstabellerne, og dernæst gennemgås de enkelte tabellers indhold.

DG1	Indeholder alle diagnosekoder i den danske ICD10-klassifikation. Til hver diagnosekode er der knyttet en række egenskaber ¹³ .
DRGTPT	Indeholder alle procedurekoder, som har betydning i DRG-systemet. Til hver procedurekode er knyttet en række egenskaber.

¹³ ICD10 klassifikationen vedligeholdes af Sundhedsdatastyrelsen. Nærmere information herom kan fås på: <http://ny.sundhedsdatastyrelsen.dk/sds/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/sks-klassifikationer>

TILL Indeholder alle de koder, der – hvis kodet som tillægskode – kan have indflydelse på grupperingen. Til hver kode er knyttet en eller flere egenskaber.

DRGLOGIK Indeholder cirka 3.500 regler for DRG-tildeling.

B1.3.1. Diagnoseegenskaber (tabel DG1)

Ved hjælp af egenskabstabellen DG1 knyttes følgende egenskaber til patientrecorden:

1. En diagnosekategori til aktionsdiagnosen
2. En hoveddiagnosekategori
3. En aktionsdiagnoseegenskab til aktionsdiagnosen
4. Bidiagnoseegenskaber til bidiagnoser
5. Procedureegenskaber til aktions- og bidiagnoser

Ad. 1. Diagnosekategori til aktionsdiagnosen

Diagnosekategorien knyttes alene til aktionsdiagnosen. Diagnosekategorien benyttes i grupperingsregler, hvor der stilles krav om specifikke (typisk få) aktionsdiagnoser for at blive grupperet til den pågældende DRG-gruppe. Diagnosekategorierne har formen <tal><tal>M<tal><tal>, hvor de to første cifre angiver diagnosens MDC (se pkt. 2 nedenfor).

Der findes en diagnosekategori på formen 98M<tal><tal>. Denne kategori indeholder diagnosekoder, hvor den endelige MDC-gruppe er afhængig af patientens køn. For henholdsvis kvinder og mænd ændres 98M<tal><tal> til 13M<tal><tal> og 12M<tal><tal>.

Ad. 2. Hoveddiagnosekategori (MDC – Major Diagnostic Category)

Hoveddiagnosekategorien knyttes alene til aktionsdiagnosen. En MDC indeholder typisk samtlige aktionsdiagnoser benyttet inden for et klinisk speciale. MDC'en benyttes i grupperingsregler, hvor der stilles krav om, at aktionsdiagnosen skal ligge inden for et bestemt speciale.

Ad. 3. Aktionsdiagnoseegenskaber til aktionsdiagnosen

Der knyttes en eller flere aktionsdiagnoseegenskaber på patientrecorden. Aktionsdiagnoseegenskaben anvendes i DRG-logikken til tildeling af DRG, der ligger uden for aktionsdiagnosens MDC-gruppe. Den har kun betydning i forbindelse med få DRG-grupper, og forholdsvis få diagnoser har en aktionsdiagnoseegenskab. Aktionsdiagnoseegenskaben har formen <tal><tal>P<tal><tal>.

Ad. 4. Bidiagnoseegenskaber til bidiagnoser

Egenskaber tilknyttet diagnoser, når disse er kodet som bidiagnoser. Bidiagnoseegenskaber har formen <tal><tal>K<tal><tal> eller <tal><tal>X<tal><tal>, hvor de to første cifre angiver, i hvilken MDC-gruppe diagnoseegenskaben kan have betydning.

Ad. 5. Procedureegenskaber til aktions- og bidiagnoser

Der kan knyttes procedureegenskaber til diagnosekoder. Det skyldes, at nogle procedurer altid udføres ved visse diagnoser. Procedureegenskaberne knyttes dermed til patientrecorden, uanset om de pågældende procedurer er kodet.

B1.3.2. Procedureegenskaber (tabel DRGTPT)

Der knyttes følgende egenskaber til patientrecorden ud fra patientens procedurekoder. Egenskaberne findes i egenskabstabellen DRGTPT.

1. Operationsstueegenskab
2. Procedureegenskaber
3. Diagnoseegenskaber

Ad. 1. Operationsstueegenskab

Det er vurderet for alle procedurekoder, om proceduren kræver en operationsstue. Hvis der i patientrecorden er mindst én procedure, der kræver operationsstue, sættes egenskaben til 1, og recorden kan dermed grupperes til en kirurgisk DRG-gruppe.

Ad. 2. Procedureegenskaber

Procedurekoder kan have en eller flere procedure-egenskaber tilknyttet. Procedureegenskaber har formen <tal><tal>S<tal><tal>, hvor de to første cifre angiver, i hvilken MDC egenskaben kan have betydning.

Ad. 3. Diagnoseegenskaber

Der kan knyttes diagnoseegenskaber til procedurekoder. Det skyldes, at nogle operationskoder kun kan forekomme i sammenhæng med visse diagnoser. Skulle disse diagnoser ikke være kodet, bliver diagnosernes egenskaber dermed knyttet til patientrecorden alligevel.

B1.3.3. Tillægskodeegenskaber (tabel TILL)

Tillægskoder til aktionsdiagnosen og tillægskoder til procedurerne kan få tilknyttet tillægskodeegenskaber. Egenskaberne findes i tabellen TILL.

B1.3.4. Tildeling af DRG-gruppe (tabel DRGLOGIK)

DRG-logikken er en tabel, der indeholder cirka 3.500 regler for gruppering til DRG-grupperne. Der er 743 DRG-grupper i DkDRG 2017. At der er flere regler end DRG-grupper skyldes, at flere regler kan pege på den samme DRG-gruppe.

Til den oprindelige patientrecord er der blevet knyttet en række egenskaber. Denne udvidede patientrecord sammenlignes med reglerne i DRG-logikken i den rækkefølge, reglerne står. Reglerne angiver hvilke egenskaber (herunder alder, køn mm.), der skal være opfyldt, for at patientrecorden kan grupperes til en given DRG-gruppe. Første regel, hvor den udvidede patientrecord matcher på alle variable, bestemmer DRG-gruppen. Rækkefølgen af logiktabellens regler er derfor afgørende for tilordningen af DRG-gruppe.

Er en variabel blank i en grupperingsregel, har variabelen ingen betydning i denne regel.

I nogle grupperingsregler er egenskaben angivet med et minus (-) foran. Det betyder, at patientrecorden ikke må indeholde egenskaben.

B1.4. Sygehusoversigt

De foreliggende DRG/DAGS-takster bygger på omkostningsdatabasen med ca. 2,6 mio. stationære kontakter og 25 mio. ambulante besøg i 2014 og 2015 fra de sygehuse, der er angivet i tabel B2.

Tabel B3. Oversigt over sygehusenheder, der har bidraget med fordelingsregnskaber til omkostningsdatabasen for takstår 2017.

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabs-enhed
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	Rigshospitalet	Rigshospitalet
		Glostrup Hospital	
	Amager og Hvidovre Hospitaler	Amager Hospital	Amager og Hvidovre Hospitaler
		Hvidovre Hospital	
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Bispebjerg Hospital	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler
		Frederiksberg Hospital	
	Herlev Hospital	Herlev Hospital	Herlev Hospital
		Gentofte Hospital	
	Hospitalerne i Nordsjælland	Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	Hospitalerne i Nordsjælland
		Hospitalerne i Nordsjælland, Frederikssund	
		Hospitalerne i Nordsjælland, Sundhedshuset Helsingør	
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	Region Sjællands Sygehusvæsen, Holbæk	Holbæk Sygehus
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Kalundborg	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Roskilde	Roskilde og Køge Sygehuse
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Faxe	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Køge	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Næstved	Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Slagelse	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Ringsted	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nykøbing F. Sygehus
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Nakskov	

Tabel B2(fortsat).

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabs-enhed
Region Syddanmark	OUH	OUH, Odense Universitetshospital	OUH
		OUH, Svendborg Sygehus	
		OUH, Sygehusenheden Nyborg	
		OUH, Sygehusenheden Ringe	
		OUH, Sygehusenheden Ærø	
	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Sygehus Sønderjylland
		Sygehus Sønderjylland, Haderslev	
		Sygehus Sønderjylland, Tønder	
		Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	
	Sydvestjysk Sygehus	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Sydvestjysk Sygehus
		Sydvestjysk Sygehus, Grindsted	
		Sydvestjysk Sygehus, Brørup	
	Sygehus Lillebælt	Sygehus Lillebælt, Give	Sygehus Lillebælt
		Sygehus Lillebælt, Kolding	
		Sygehus Lillebælt, Fredericia	
		Sygehus Lillebælt, Middelfart	
		Sygehus Lillebælt, Vejle	

Tabel B2(fortsat).

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabs-enhed
Region Midtjylland	Hospitalsenheden Horsens	Regionshospitalet Horsens	Hospitalsenheden Horsens
		Sundhedscenter Skanderborg	
		Livstilscenter Brædstrup	
	Hospitalsenheden Vest	Regionshospitalet Herning	Hospitalsenheden Vest
		Regionshospitalet Holstebro	
		Sundhedscenter Tarm	
		Sundhedshus Ringkøbing	
		Regionshospitalet Lemvig	
		Århus Sygehus	Århus Universitetshospital
	Århus Universitetshospital, Århus	Skejby Sygehus	
		Samsø Sundheds- og Akuthus	
	Hospitalsenhed Midt	Regionshospitalet Viborg	Hospitalsenhed Midt
		Regionshospitalet Skive	
		Regionshospitalet Hammel Neurocenter	
		Regionshospitalet Silkeborg	
	Regionshospitalet Randers	Regionshospitalet Randers Grenaa Sundhedshus	Regionshospitalet Randers
Region Nordjylland	Sygehus Thy - Mors	Sygehus Thy - Mors	Region Nordjylland
	Aalborg Universitetshospital	Aalborg Universitetshospital	
		Sygehus Himmerland	
	Sygehus Vendsyssel	Sygehus Vendsyssel	

Bilag 2. Ændringer i grupperingslogikken

B2.1. Ændringer fra 2016 til 2017

I Takstsystem 2017 er der i alt 743 DRG-grupper, hvoraf 209 er gråzoner. Endvidere er der 251 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker og substitutionstakster.

Nedenfor nævnes to store ændringer i logikken for takstsystem 2017.

B2.1.1. MDC15 Sygdomme i perinatalperioden

Til 2017 er der lavet en særlig stor justering af grupperingslogikken for MDC15: "Sygdomme i perinatalperioden". Grupperingen er gjort væsentligt mere diagnoseafhængig, da barnets gestationsalder og fødselsvægt, kombineret med procedureoplysninger, har vist sig at være en bedre indikator for ressourcetræk.

MDC15 omfatter således nu patienter med aktionsdiagnoser fra alle MDC'er, der er 27 dage gamle eller derunder. MDC15 indeholder ligeledes nogle patienter der er op til 120 dage gamle, såfremt de er født immatur/præmatur.

I grupperingslogikken for 2017 beror en del af DRG-grupperne i MDC15 på registreringer, der ikke i dag indberettes til LPR. Det drejer sig om grupperne DRG 1504 – DRG 1519 i Takstsystem 2017.

Til disse grupper vil der være grupperingskrav om oplysninger om gestationsalder på barnet samt fødselsvægt for patienter med ekstremt lav fødselsvægt (DP070 Ekstremt lav fødselsvægt). Gestationsalder og fødselsvægt registreres i dag på selve fødslen og er knyttet til moderen og ikke barnet. For at aktivitet kan grupperingsmeningsfuldt med grupperingsnøglen for 2017, skal disse oplysninger registreret på barnets kontakt. Anvendes grupperingsnøglen for 2017 på aktivitetsdata for 2015 og før, vil DRG-grupperne dermed være tomme. Dette betyder konkret, at patienterne grupperes til andre DRG-grupper, da de ikke ville opfylde kravene til MDC15 grupperne (DRG1504-1519).

I hovedtræk er grupperingslogikken opbygget af kombinationer af fire gestationsaldergrupper kombineret med fire proceduregrupper.

Tabel B4. Grupperingslogikkens kombinationer for sygdomme i perinatalperioden (MDC15)

		Behandlingsgrupper			
		Uden behandlingskoder med betydning for gruppering	15S51B Behandlingsgruppe 1	15S51 Behandlingsgruppe 2	15S52 Behandlingsgruppe 3
Gestationsalder	15T12 GA<28+0 UGE (immatoritas)	DRG1507	DRG1506	DRG1505	DRG1504
	15T13 GA=>28+0-GA<32+0 UGE	DRG1511	DRG1510	DRG1509	DRG1508
	15T14 GA=>32+0-GA<36+0 UGE	DRG1515	DRG1514	DRG1513	DRG1512
	GA>36+0 uge	DRG1519-1521	DRG1518	DRG1517	DRG1516

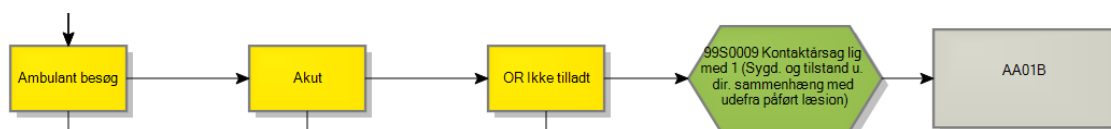
Derudover finder DRG grupper for præmatur/immatur over 120 dage, børn der dør eller overflyttes indenfor 2 døgn samt intensivbehandling.

Børn med ekstremt lav fødselsvægt grupperes som var de født med gestationsalder <28+0 dage uanset deres gestationsalder.

B2.1.2. Ny gruppe for lette akutte besøg

I 2017 er der tilføjet en ny akut ambulant gruppe (AA01B), der skal opfange den særligt lette akut ambulante gruppe. Gruppen vil opfange akut ambulante besøg, der har *Kontaktårsag* lig med 1 (Sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion).

Hovedparten af recorderne i denne gruppe vil være besøg i hovedstadens 1813 ordning, der erstatter hovedstadens tidligere vagtlægeordning (som var placeret i sygesikringen og ikke i sygehusregi). Der vil dog også grupperes andre besøg med *Kontaktårsag 1* i denne gruppe. En arbejdsgruppe under DRG-udvalget har vurderet, at disse øvrige besøg også generelt er i den lette ende af spektret.



For øvrige ændringer i logikken henvises til:

<http://ny.sundhedsdatastyrelsen.dk/sds/da/afregning-og-finansiering/gruppering-drg/aendringer-drg>.

Bilag 3. DRG-takster for stationære patienter og gråzonepatienter

DRG-taksterne for stationære patienter og gråzonepatienter er vist i nedenstående tabeller. DRG-gruppen er anført i første kolonne, og de første to cifre i gruppen refererer til hvilken MDC (Major Diagnostic Category) DRG-gruppen tilhører. DRG-grupperne er angivet i numerisk rækkefølge.

Det skal bemærkes, at der i forbindelse med den årlige kliniske validering af grupperingen kan ske ændringer i såvel grupperingen som nummereringen og navngivningen af grupperne.

Gråzonegrupper er markeret med en stjerne i anden kolonne i tabellen.

MDC-gruppe 01: Sygdomme i nervesystemet					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0101		Neurologisk stimulering med implantat	255.705	3	2
0102		Instrumenteret stabilisering af hvirvelsøjle ved sygdomme i nervesystemet	167.636	17	9
0103		Rygmarvsoperationer	68.936	16	6
0104		Carotiskirurgi	78.024	8	4
0105	*	Indgreb på karpaltunnel	4.806	1	1
0106		Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, m. kompl. bidiag.	83.842	28	8
0107		Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, u. kompl. bidiag.	40.118	4	2
0108		Epilepsi, udredning, mentalt retarderet	156.434	50	.
0109		Epilepsi, udredning, m. EEG-døgnmonitorering	61.790	33	.
0110		Epilepsi, udredning, m. central overvågning	61.790	36	.
0111		Epilepsi eller dissociative kramper, udredning og behandling	61.790	33	.
0112		Behandling med højdosis immunglobulin ved sygdom i nervesystemet	45.140	9	3
0113		Medicinske sygdomme i nervesystemet med dialyse	117.181	31	13
0114		Medicinske sygdomme i nervesystemet med plasmaferese	52.345	24	7
0115		Svulster i nervesystemet, pat. mindst 18 år	42.249	17	6
0116	*	Udredning med lumbal perfusionsmåling	17.405	1	1
0117		Sygdomme og skader på rygmarven	65.687	9	4
0118		Infektion i nervesystemet ekskl. virus meningit	56.267	24	7
0119		Sygdomme i hjernenerver og perifere nerver	20.749	4	3
0120		Trombolysebehandling af akut apopleksi	60.319	4	2
0121		Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne	35.084	11	4

MDC-gruppe 01: Sygdomme i nervesystemet (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2015
0122		Degenerative sygdomme i nervesystemet	26.071	9
0123		Dissemineret sklerose og cerebellar ataxi	28.214	9
0124		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. under 1 år	23.976	7
0125		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. 1-17 år	12.225	1
0126		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. mindst 18 år	17.403	4
0127		Hovedtraumer ekskl. hjernerystelse	28.633	9
0128		Hjernerystelse	8.094	1
0129		Video-EEG døgnmonitorering	61.790	4
0130		Forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne og okklusion af præcerebrale arterier	18.850	4
0131		Epilepsikirurgi, udredning eller efterbehandling	18.619	8
0132		Epilepsikirurgi, kontrol	20.832	10
0133		Ketogen diæt, udredning eller igangsætning	99.375	25
0134	*	Ketogen diæt, kontrol	120.214	269
0135		Feberkræmper, pat. 0-17 år	8.134	1
0136		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. mindst 18 år	21.042	4
0137		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. 0-17 år	14.286	1
0138		Andre uspecifikke sygdomme i nervesystemet	20.645	6
0139		Observation for sygdom i nervesystemet	14.663	4

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0201	*	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	25.366	4	2
0202	*	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	20.517	4	2
0203	*	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer	19.192	5	3
0204	*	<i>Dobbelt-operationer, øjenmuskler, hornhinde og sklera</i>	19.512	1	1
0205	*	Hornhindetransplantation	22.249	7	3
0206	*	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	22.699	4	2
0207	*	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	15.467	6	3
0208	*	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, m. generel anæstesi	14.429	4	2
0209	*	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi	8.545	2	1
0210	*	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, m. generel anæstesi	12.546	1	1
0211	*	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi	4.855	2	2
0212	*	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	11.902	4	2
0213	*	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	6.698	4	2
0214	*	Større operationer, hornhinde og sclera	6.429	6	2

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0215	*	Større operationer, øvrige, m. generel anæstesi	10.675	1	2
0216	*	Større operationer, øvrige, u. generel anæstesi	4.776	1	1
0217	*	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	10.129	4	2
0218	*	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	3.121	4	2
0219	*	Grå stær operationer med toriske linser	5.113	1	1
0220	*	Grå stær operationer, m. generel anæstesi	8.159	1	1
0221	*	Grå stær operationer, u. generel anæstesi	3.807	1	1
0222	*	Mindre operationer, øvrige, m. generel anæstesi	5.384	1	1
0223	*	Mindre operationer, øvrige, u. generel anæstesi	2.189	4	2
0224	*	Laserbehandling	2.115	4	1
0225	*	Øvrige indlæggelser eller besøg ved øjensygdomme	1.419	1	2

MDC-gruppe 03: Øre-, næse-, hals- og kæbesygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0301		Indsættelse af cochleart implantat, dobbeltsidigt	343.152	4	2
0302		Indsættelse af cochleart implantat, enkeltsidigt	182.220	4	1
0303		Tracheostomi ved mundhule- og halssygdomme	108.570	26	10
0304		Operationer på hoved og hals, kategori 1-3, m. robot	106.786	28	8
0305		Operationer på hoved og hals, kategori 1	94.105	15	5
0306		Operationer på hoved og hals, kategori 2	59.048	16	6
0307		Operationer på hoved og hals, kategori 3	25.741	4	2
0308	*	Operationer på hoved og hals, kategori 4	12.438	1	1
0309		Større kæbeoperationer	62.589	11	4
0310		Kæbeledsalloplastik	121.734	4	1
0311		Operation for læbe-ganespalte og choanal atresi	92.527	13	5
0312		Kombinerede rekonstruktive operationer på over- og underkæbe	61.210	6	2
0313		Frakturkirurgi på kæbe eller kæbeled	43.064	4	2
0314		Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled	36.320	4	1
0315	*	Operationer på øre, kategori 1	22.748	1	1
0316	*	Operationer på øre, kategori 2	13.333	1	1
0317	*	Operationer på næse, kategori 1	16.558	1	1
0318	*	Operationer på næse, kategori 2	6.429	1	1

MDC-gruppe 03: Øre-, næse-, hals- og kæbesygdomme (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0319	*	Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber	5.959	1	1
0320		Operationer på spytkirtler	23.903	1	1
0321	*	Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer	7.624	4	2
0322		Endoskopier af luftveje og spiserør	12.922	1	1
0323		Andre operationer på øre, næse, mund og hals	19.320	4	2
0324		Ondartede sygdomme i øre, næse, mund og hals inkl. strube, pat. mindst 18 år	18.165	4	2
0325		Svimmelhed	10.397	1	2
0326		Næseblødning	11.628	4	2
0327		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	17.179	6	3
0328		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	11.908	4	2
0329		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. 0-17 år	7.415	1	1
0330	*	Luftrørskatar	3.952	1	1
0331	*	Næsetraume og næsedeformitet	1.467	1	1
0332		Andre sygdomme i øre, næse, mund og hals	10.240	1	2
0333		Observation for ondartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	15.441	1	1
0334		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	11.689	1	1
0335		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. 0-17 år	7.992	1	1
0336	*	Tand- og mundhulesygdomme, ekskl. tandudtrækning	2.295	1	2

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0401		Særligt store thoraxoperationer	333.925	55	18
0402		Større thoraxoperationer	75.730	16	7
0403		Torakoskopi	48.583	10	4
0404		Respiratorbehandling ved sygdomme i luftvejene	213.660	16	6
0405		NIV-behandling ved sygdomme i luftvejene	48.803	19	6
0406		Tilstand med transplanteret lunge med bronkoskopi	47.841	6	3
0407		Tilstand med transplanteret lunge uden bronkoskopi	21.726	1	2
0408	*	Andre operationer på luftveje	30.559	11	5
0409		Kompleks søvnudredning	19.335	1	1
0410	*	Simple søvnudredning	3.948	1	1
0411		Søvnåpnø	14.386	1	1
0412		Medicinske sygdomme i åndedrætsorganerne med dialyse	72.188	23	9
0413		Tuberkulose uden operation	52.650	31	9
0414		Lungeemboli	31.069	14	5
0415		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. mindst 65 år	46.984	21	8
0416		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. 0-64 år	42.234	20	6
0417	*	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. rigid bronkoskopi, pat. mindst 18 år	7.134	1	2

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0418	*	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. fleksibel bronkoskopi, pat. mindst 18 år	16.407	4	3
0419		Svulster i luftveje, behandling uden komplikationer, pat. mindst 18 år	34.770	16	5
0420		Større thoraxskader, m. kompl. bidiag.	49.381	17	6
0421		Større thoraxskader, u. kompl. bidiag.	28.580	11	4
0422		Pleuritis exsudativa	27.712	11	4
0423		Lungeødem og respirationssvigt	33.686	16	5
0424		Obstruktive lungesygdomme, pat. mindst 60 år	23.881	11	4
0425		Obstruktive lungesygdomme, pat. 0-59 år	17.380	6	3
0426		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år, hæmatologiske patienter	47.113	16	6
0427		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år	34.949	15	6
0428		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år, hæmatologiske patienter	50.699	22	6
0429		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år	23.365	11	4
0430		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, m. kompl. bidiag.	25.011	11	4
0431		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, u. kompl. bidiag.	14.496	6	2
0432		Interstitielle lungesygdomme, udredning	37.801	6	4
0433		Interstitielle lungesygdomme	23.341	9	3
0434		Pneumothorax, m. kompl. bidiag.	51.097	20	7
0435		Pneumothorax, u. kompl. bidiag.	30.771	11	4
0436		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år	16.760	6	2

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2015
0437		Bronkit og astma, pat. 0-17 år, komplicerede	27.940	11
0438		Bronkit og astma, pat. 0-59 år	10.723	1
0439		Symptomer fra luftveje	11.868	1
0440		Andre sygdomme i luftveje, udredning	28.537	6
0441		Andre sygdomme i luftveje	21.533	6
0442		Cystisk fibrose	37.971	16
0443		Observation for sygdom i åndedrætsorganerne	15.654	4

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2015
0501		Indsættelse af mekanisk hjerte	2.417.177	112
0502		Hjertetransplantation	626.476	34
0503		Hjerteoperation med dialyse	657.037	61
0504		Hjerteoperation med implantation af ICD	466.378	34
0505		Sternuminfektion	442.262	93
0506		Medfødte hjertesygdomme med hjerteoperation	189.725	13
0507		Kombinerede hjerteoperationer	306.759	20
0508		Hjerteklap-operation, m. stentklap	235.534	14
0509		Perkutan indsættelse af mitralclip	230.585	9
0510		Hjerteklap-operation	168.448	16
0511		By-pass-operation	226.259	14
0512		Reoperationer efter hjerteoperation	184.879	28
0513		Andre hjerteoperationer	86.061	15
0514		Implantation af ICD med udvidelse af koronararterie	179.385	21
0515		Implantation af ICD	171.405	9
0516		Endovaskulær stentgraft	145.941	8
0517		Amputationer, m. cirkulationssvigt, ekskl. arme, hænder og tæer	122.134	37
0518		Amputationer, m. cirkulationssvigt, arme, hænder og tæer	53.373	16

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2015
0519		Mindre operationer på kredsløbsorganerne	109.611	24
0520		Central karkirurgi med mors	56.241	1
0521		Større central karkirurgi	185.664	26
0522		Central karkirurgi	140.396	16
0523		Større perifer karkirurgi	134.496	24
0524		Perifer karkirurgi	84.561	11
0525		Mindre perifer karkirurgi	54.759	9
0526		Nyrearterieablation	44.322	4
0527		Dobbelt endovaskulær behandling m. stent	66.597	4
0528	*	Endovaskulær behandling m. stent	40.204	4
0529	*	Endovaskulær behandling u. stent	34.698	4
0530	*	Anlæggelse af dialysefistel	16.818	1
0531	*	Varicebehandling, kompliceret	20.237	4
0532	*	Varicebehandling, ukompliceret	9.642	1
0533		Andre kredsløbsoperationer	73.311	21
0534	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. C	98.875	10
0535	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. B	54.817	6
0536	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. A	21.317	9
0537		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation	18.733	9

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)			Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
Gruppe	Gråzone	Tekst			
0538	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. C	82.904	15	5
0539	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. B	43.109	9	3
0540	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. A	17.895	9	3
0541		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation	11.385	1	2
0542	*	Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	41.107	1	1
0543	*	Stabil iskæmisk hjertesygdom eller medfødte hjertesygdomme, pat mindst 15 år, proceduregrp. A	11.626	1	2
0544		Stabil iskæmisk hjertesygdom/brystsmerter	8.849	1	1
0545	*	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. C	96.580	22	6
0546	*	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. B	61.736	9	3
0547	*	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. A	17.554	9	3
0548		Hjertesvigt og shock	30.413	16	5
0549	*	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. B og/eller C	83.328	9	4
0550	*	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. A	17.220	1	2
0551		Erhvervede hjerteklapsygdomme	23.784	11	4
0552	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. C	78.845	4	2
0553	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. B	46.589	4	2
0554	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. A	32.418	1	1
0555		Medfødte hjertesygdomme	12.778	1	2

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2015
0556		Hjertearytmi og synkope, m. særlig ablation og computermapping	95.060	2
0557	*	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C	67.478	9
0558	*	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B	54.914	9
0559	*	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. A	24.272	4
0560		Hjertearytmi og synkope	11.761	4
0561	*	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. C	73.513	15
0562	*	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. B	34.504	4
0563	*	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. A	16.132	1
0564		Andre hjertesygdomme	11.969	1
0565		Endocarditis	89.153	67
0566		Årebetændelse i de dybe vener	10.681	1
0567		Hypertension	12.251	4
0568		Perifer karsygdom	28.107	4
0569		Andre kredsløbsdiagnoser	14.659	20
0570		Rehabilitering efter hjertetilfælde	26.391	8
0571		Observation for sygdom i kredsløbsorganerne	7.213	1

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2015
0601		Fistler til mave-tarmkanalen	138.978	39
0602		Bækkeneksenteration	244.797	26
0603		Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år, m. robot	256.175	13
0604		Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år	211.406	23
0605		Operation for multiple kræftknuder i bughinde, m. opvarmet kemoterapi, pat. mindst 18 år	234.851	20
0606		Sakral nervestimulation	64.448	9
0607		Operation på stimulationsystemer i nervesystemet	59.519	1
0608		Perkutan nerveevaluering	57.645	7
0609		Større operationer på tarm m. robot	111.472	14
0610		Større operationer på tyndtarm og tyktarm m. kompl. bidiag.	103.448	24
0611		Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.	92.661	19
0612		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning m. cancer	105.026	18
0613		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning u. cancer	84.032	16
0614		Operationer for sammenvoksninger i bughulen	68.014	18
0615		Bugvægsrekonstruktion	88.737	12
0616		Øvrige indgreb på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. mindst 18 år	48.412	11

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0617		Operationer på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. 0-17 år	27.418	1	3
0618		Fjernelse af blindtarm, kompliceret	37.767	9	4
0619		Fjernelse af blindtarm, ukompliceret	25.199	4	2
0620		Mindre operationer på tyndtarm og tyktarm	29.183	9	3
0621		Større operationer på anus og kunstige tarmåbninger	21.382	4	2
0622		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	46.696	10	4
0623	*	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	15.488	4	2
0624		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	35.682	9	3
0625	*	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	8.032	1	2
0626	*	Incisionel og andre hernier, laparoskopiske	34.707	6	3
0627	*	Umbilical, linea og alba hernier, laparoskopiske	21.514	4	2
0628	*	Ingvinal- og femoralhernier, laparoskopiske	18.613	1	2
0629	*	Større hernier, åben operation	40.090	14	5
0630	*	Mindre hernier, åben operation	14.755	1	2
0631	*	Perianale indgreb og operationer for sacralcyste	12.566	1	2
0632		Andre operationer på fordøjelsesorganer m. kompl. bidiag.	40.321	9	4
0633		Andre operationer på fordøjelsesorganer u. kompl. bidiag.	34.431	6	3

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0634		Medicinske sygdomme i fordøjelsesorganerne med dialyse	59.466	23	8
0635		Korttarmsyndrom	52.675	21	8
0636		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne m. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	33.086	16	5
0637		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne u. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	25.517	9	4
0638		Mavesår, komplicerede	35.623	14	6
0639		Mavesår, ukomplicerede	21.995	6	3
0640		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	24.980	9	3
0641		Passagehindring i mavetarmkanal	23.715	11	4
0642		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	17.548	6	2
0643		Inflammatoriske tarmsygdomme	20.307	9	3
0644		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. 0-17 år	11.562	1	1
0645		Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	16.030	4	2
0646		Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	11.455	1	2
0647		Gastroenteritis infectiosa, pat. 0-17 år	8.374	1	1
0648		Betændelse i spiserør, mave og tarm i øvrigt, pat. 0-17 år	10.466	1	2
0649		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, pat. mindst 18 år	15.870	4	2
0650		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, ekskl. svulster, pat. 0-17 år	12.119	1	2
0651		Fødevareallergi	8.442	1	1
0652		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, m. endoskopi	19.647	4	2
0653		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, u. endoskopi	10.385	1	1

MDC-gruppe 07: Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0701		Bugspytkirtel- og leveroperationer samt udredning for levertransplantation	120.650	19	9
0702		Dialyse, respiratorbehandling og/eller plasmaferese	130.934	38	12
0703		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, med ondartet svulst	42.834	14	5
0704		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, uden ondartet svulst	37.610	16	5
0705		Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi m. kompl. bidiag.	48.500	21	7
0706	*	Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi u. kompl. bidiag.	33.868	16	5
0707		Fjernelse af galdeblære, åben kirurgi	85.281	12	6
0708	*	Fjernelse af galdeblære, laparoskopi	27.661	6	2
0709		Andre operationer på lever, galdeveje og bugspytkirtel	63.373	20	7
0710		Endoskopisk operation af Pancreas	75.985	39	15
0711		Ikke kirurgiske indgreb på bugspytkirtel, ved ondartet sygdom	34.112	10	5
0712		Tilstand med transplanteret lever	73.399	14	5
0713		Kronisk leversygdom med hepatisk encephalopati og/eller hepatorenalt syndrom	47.810	21	7
0714		Kronisk leversygdom med gastrointestinal blødning og/eller ascites	22.389	9	3
0715		Kronisk leversygdom med andre, alkoholiske komplikationer	34.333	16	5
0716		Kronisk leversygdom uden komplikationer	23.615	11	4

MDC-gruppe 07: Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0717		Akut infektiøs eller toksisk leversygdom	29.979	14	5
0718		Paracetamolforgiftning uden leverpåvirkning	10.145	1	1
0719		Ondartet sygdomme i lever, galeveje og bugspytkirtel, pat. mindst 18 år	30.167	11	4
0720		Neoplasi (benign) eller cyster, pat. mindst 18 år	17.026	1	2
0721		Metabolisk leversygdom	7.454	4	2
0722		Sygdomme i bugspytkirtel, ekskl. ondartede sygdomme	29.879	12	5
0723		Komplicerede sygdomme i galdeveje	20.944	11	3
0724		Sygdomme i galdeveje, u. kompl. bidiag.	13.954	4	2
0725		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel m. endoskopi	36.621	14	4
0726		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel u. endoskopi	17.709	6	3

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0801	*	Spondylodese, for+bag el. for int. fiks, m. særlig a-diag	303.540	21	12
0802	*	Spondylodese, for+bag, el. bag m. særlig a-diag	157.441	14	7
0803	*	Spondylodese, med fiksation	129.907	14	7
0804	*	Spondylodese, uden fiksation, og reoperationer	86.625	12	6
0805	*	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik	56.011	6	3
0806	*	Dekompression	46.562	6	3
0807	*	Diskusprolaps	35.665	4	2
0808	*	Perifer nerveoperation	10.021	1	2
0809	*	Infektionskirurgi, ryg/hals og underekstremitet, store led	153.900	46	21
0810	*	Infektionskirurgi, overekstremitet, store led, og ankel/fod	74.139	36	11
0811	*	Infektionskirurgi, håndled/hånd	47.131	15	6
0812	*	Amputation, ekskl. fingre og tæer	93.701	25	12
0813	*	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år	225.907	19	9
0814	*	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	100.912	18	7
0815	*	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	26.488	4	2
0816	*	Alloplastik, dobbelt, store led	58.912	8	4
0817	*	Alloplastik, dobbelt, hånd/fod	67.690	6	2
0818	*	Alloplastik, større revision, underekstremitet, store led	102.853	17	7

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0819	*	Alloplastik, ryg/hals	25.542	6	2
0820	*	Alloplastik, overekstremitet, store led	68.534	9	3
0821	*	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led	54.554	5	3
0822	*	Alloplastik, hånd/fod	16.036	1	1
0823	*	Frakturkirurgi, ryg/hals	51.624	17	6
0824	*	Frakturkirurgi, skulder/overarm	43.932	6	2
0825	*	Frakturkirurgi, albue/underarm	36.459	4	2
0826	*	Frakturkirurgi, håndled	30.158	4	2
0827	*	Frakturkirurgi, hånd	20.550	1	2
0828	*	Frakturkirurgi, ekstern fiksation, underekstremitet ekskl. fod	111.909	30	10
0829	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, hoftenær	64.950	17	7
0830	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, lår	88.663	19	8
0831	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, knæ/underben	62.885	12	5
0832	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, ankel	46.308	10	4
0833	*	Frakturkirurgi, fod	30.771	6	3
0834	*	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led	7.338	1	1
0835	*	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led	26.827	11	4
0836	*	Reposition, øvrige	10.336	1	2

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0837	*	Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ	39.366	1	1
0838	*	Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	20.028	4	2
0839	*	Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår	70.706	10	4
0840	*	Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	37.122	6	3
0841	*	Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig	40.589	4	2
0842	*	Rekonstruktion, overekstremitet, store led	16.735	1	1
0843	*	Rekonstruktion, underekstremitet, store led	21.491	1	1
0844	*	Rekonstruktion, hånd/fod	15.263	1	1
0845	*	Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	38.672	4	2
0846	*	Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led	79.248	22	8
0847	*	Artrodese, hånd/fod	19.600	1	2
0848	*	Artrodese, ankel	30.104	9	3
0849	*	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., ryg/hals	43.543	5	3
0850	*	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., hofte/lår	30.833	4	2
0851	*	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., øvrige	10.817	1	2
0852	*	Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	13.866	1	1
0853	*	Endoskopi/artroskopi, hofte	30.436	1	2
0854	*	Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	19.660	1	3

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0855	*	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	11.638	1	1
0856	*	Endoskopi/artroskopi, øvrige	15.186	1	2
0857	*	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	8.954	1	2
0858	*	Sene, muskel, fascie, øvrige	19.754	1	2
0859	*	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	11.702	1	1
0860	*	Mindre knogleoperationer, øvrige	21.808	4	2
0861	*	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	5.510	1	2
0862	*	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	9.405	1	1
0863	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	47.778	9	5
0864	*	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	22.749	4	2
0865	*	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	13.643	4	2
0866	*	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	37.705	6	4
0867	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	16.968	4	2
0868		Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med plasmaferese	174.410	39	15
0869		Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med dialyse	147.124	63	19
0870		Konservativt behandlet brud i bækken og lår	26.246	11	4
0871		Konservativt behandlet patologisk fraktur	20.224	6	3
0872		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. mindst 18 år	15.789	6	2

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0873		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. 0-17 år	9.754	1	1
0874		Kompliceret behandling af inflammatorisk reumatisk sygdom	62.045	1	2
0875		Deformerende rygsygdomme	21.662	9	3
0876		Slidgigt i hofte eller knæ	11.222	1	2
0877		Infektioner i led og knogler	63.571	32	11
0878		Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, med komplikationer	40.649	17	7
0879		Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, uden komplikationer	23.497	9	3
0880		Inflammatoriske artritter, pat. 0-15 år	9.896	1	1
0881		Generaliserede bindevævssygdomme	33.969	14	4
0882		Infektioner i muskler og bløddele	45.480	14	5
0883		Degenerative rygsygdomme og andre ryglidelser	15.089	4	2
0884		Reumatologiske sygdomme i bløddele	8.612	1	1
0885		Medicinske sygdomme i ryggen	20.420	9	3
0886		Øvrige sygdomme i knogler og led	12.298	1	2
0887		Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	23.406	9	3
0888		Andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	23.302	9	3
0889		Observation eller udredning for andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	14.740	2	2

MDC-gruppe 09: Sygdomme i hud, underhud og mamma					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0901		Mastektomi med rekonstruktion med stilket lap og dobbeltsidig mastektomi med protese	109.944	15	7
		Segmentresektion af bryst med onkoplastisk rekonstruktion og/el. kontralateral korrektion og			
0902	*	enkeltsidig mastektomi med protese	50.382	4	2
0903	*	Stor mammakirurgisk operation	36.721	1	1
0904	*	Mellemstor mammakirurgisk operation	23.128	1	1
0905	*	Lille mammakirurgisk operation	13.159	1	1
0906		Enkeltsidig mammaoperation med onkoplastik	42.114	1	1
0907		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stilket muskellap	76.486	2	3
0908		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, dobbelt	68.920	11	3
0909		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, enkelt	55.587	9	3
0910		Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse	42.888	11	5
0911		Hudtransplantation og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse	20.758	1	2
0912		Body lift efter stort vægttab	69.762	6	3
0913		Plastikkirurgi efter stort vægttab	46.990	4	2
0914		Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	38.779	4	3
0915		Andre operationer på hud, underhud og mamma, m. kompl. bidiag.	60.257	19	6

MDC-gruppe 09: Sygdomme i hud, underhud og mamma (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
0916		Andre operationer på hud, underhud og mamma, u. kompl. bidiag.	26.855	4	2
0917	*	Behandling af pilonidalcyster	10.813	1	1
0918		Medicinske sygdomme i hud, underhud og mamma med dialyse	82.947	21	9
0919		Moderat hudsygdom m. kompl. bidiag. el. svær hudsygdom	41.600	14	5
0920		Lettere hudsygdom m. kompl. bidiag.	27.700	9	4
0921		Lettere eller moderat hudsygdom, u. kompl. bidiag.	15.241	1	2
0922		Infektioner i hud og underhud, pat. mindst 18 år	21.097	9	3
0923		Infektioner i hud og underhud, pat. 0-17 år	13.169	4	2
0924		Kroniske sår i huden	43.612	19	6
0925		Hudtraumer	16.977	4	2
0926		Mammacancer	23.231	6	3
0927		Observation for sygdom i hud, underhud eller mamma	15.208	1	2

MDC-gruppe 10: Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1001		Amputationer af underekstremiteter, m. stofskiftesygdom	105.800	40	14
1002		Operationer på binyrer og hypofyse	60.864	7	5
1003		Hudtransplantation og sårrevision ved stofskiftesygdomme	87.062	21	8
1004		Operationer for adipositas	25.895	4	2
1005		Operationer på biskjoldbruskkirtelen	32.972	1	1
1006		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ondartet sygdom, kompliceret	58.699	7	4
1007		Operationer på skjoldbruskkirtelen, godartet sygdom, kompliceret	45.438	6	3
1008	*	Operationer på skjoldbruskkirtelen, ukompliceret	32.687	1	1
1009		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, m. kompl. bidiag.	102.105	26	9
1010		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	42.807	4	2
1011		Struma og stofskiftesygdomme	13.913	1	2
1012		Knoglemetaboliske- og kalksygdomme	32.070	16	5
1013		Diabetes mellitus	23.257	11	4
1014		Ernærings- og diverse metaboliske sygdomme	25.027	6	3
1015		Hypofyse-, binyre-, gonade- og andre endokrine sygdomme	17.774	4	3
1016		Andre ernærings- og stofskiftesygdomme	20.532	9	3
1017		Medicinske endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme med dialyse	100.137	17	7
1018		Observation for endokrine sygdomme	9.245	1	1

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1101		Nyretransplantation, kompliceret	540.685	27	13
1102		Nyretransplantation	247.992	22	12
1103		Kombineret nyre- og bugspytkirteltransplantation	513.663	32	32
1104		Cystektomi, m. robot, m. ondartet sygdom	162.174	24	11
1105		Større blæreoperationer, m. ondartet sygdom	113.419	16	11
1106		Større blæreoperationer, m. godartet sygdom	99.502	16	9
1107		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	92.331	7	3
1108		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	78.406	10	4
1109		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom, m. robot	76.451	7	4
1110		Kombinerede operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	66.284	11	4
1111		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	55.637	16	6
1112		Prostatektomi, m. robot, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	88.357	4	2
1113		Åbne operationer på prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	64.272	6	3
1114	*	Større operationer i retroperitoneum/det lille bækken	50.047	1	2
1115		Åbne operationer på prostata, godartet sygdom	39.376	15	5
1116		Operation for hypospadi	26.019	4	2

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1117	*	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum og blå lys	22.595	1	1
1118	*	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum eller blå lys	19.131	1	2
1119		Mindre operationer på blære	37.170	9	3
1120	*	Operationer på urinrør, pat. 0-15 år	18.072	1	1
1121	*	Operationer på urinrør, pat. mindst 16 år	29.786	4	2
1122	*	Operationer gennem urinrør på øvre urinveje	25.553	1	2
1123	*	Operationer gennem urinrør på prostata	25.541	4	2
1124	*	Operationer gennem urinrør på nedre urinveje	17.364	4	2
1125	*	Cystoskopi, m. blå lys, m. anæstesi	14.186	1	1
1126	*	Endoskopi og simple endoskopiske indgreb på urinveje, m. anæstesi	7.645	4	2
1127		Andre operationer på nyrer og urinveje	43.841	14	5
1128		Akutte medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	131.595	42	16
1129		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	51.911	19	6
1130		Akutte medicinske nyresygdomme uden dialyse og uden plasmaferese	44.062	17	6
1131		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme uden dialyse	26.155	9	4
1132		Truende afstødning af transplanteret nyre	41.905	16	5
1133		Svulster i nyre og urinveje, med ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	20.973	9	3
1134		Svulster i nyre og urinvej, uden ondartet sygdom	13.871	1	2

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2015
1135		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-1 år, komplicerede	22.298	9
1136		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-15 år, øvrige	14.027	6
1137		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. mindst 16 år	21.483	9
1138		Sten i urinveje	9.629	1
1139		Symptomer fra nyrer og urinveje, abnorme fund	11.516	1
1140		Sygdomme i prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	23.019	11
1141		Sygdomme i prostata, godartet sygdom	14.024	6
1142		Urinvejsforsnævring	11.838	1
1143	*	Incision på/og laser behandling af prostata	14.388	1
1144		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. mindst 16 år	12.743	1
1145		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. 0-15 år	9.663	1
1146		Andre symptomer fra nyrer og urinveje	12.245	4
1147		Observation for nyre- eller urinvejssygdomme	11.176	1

MDC-gruppe 12: Sygdomme i mandlige kønsorganer					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1201		Operationer på penis, kompliceret, m. ondartet sygdom	68.676	12	5
1202	*	Operationer på penis, kompliceret, u. ondartet sygdom	19.279	4	2
1203	*	Operationer på penis, ukompliceret	10.603	1	1
1204	*	Operationer på scrotalindhold, m. ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	21.232	1	2
1205	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. 0-15 år	18.165	1	1
1206	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. mindst 16 år	11.179	1	2
1207	*	Andre operationer på mandlige kønsorganer	19.513	6	3
1208		Ondartede sygdomme på mandlige kønsorganer	16.893	1	2
1209		Betændelse i mandlige kønsorganer	9.394	1	2
1210		Andre sygdomme el. mistanke om sygdom i mandlige kønsorganer	6.002	1	1

MDC-gruppe 13: Sygdomme i kvindelige kønsorganer					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1301	*	Aborter efter 13 uger	14.509	4	2
1302		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	145.398	4	2
1303		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, u. robot	128.258	16	6
1304		Meget komplicerede gynækologiske indgreb, m. robot	79.779	4	2
1305		Meget komplicerede gynækologiske indgreb, u. robot	47.346	4	2
1306	*	Komplicerede gynækologiske indgreb	24.158	1	2
1307	*	Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	71.056	9	4
1308	*	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år	98.051	4	2
1309	*	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år	66.755	11	4
1310	*	Standard gynækologisk indgreb, m. robot	72.822	1	1
1311	*	Standard gynækologisk indgreb	41.411	4	2
1312	*	Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	20.236	1	2
1313	*	Enklere gynækologiske indgreb, m. robot	43.855	1	1
1314	*	Enklere gynækologiske indgreb	12.521	1	1
1315	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	13.953	4	3
1316	*	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	12.407	4	3
1317	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag.	5.763	1	1
1318	*	Mindre gynækologiske indgreb	4.741	1	1
1319	*	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom	1.661	1	1

MDC-gruppe 14: Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1401		Indlæggelser i graviditeten	7.359	4	2
1402		Komplicerede intrauterine indgreb under graviditeten	11.220	4	3
1403		Indlæggelse i graviditeten, fødsel før 28 uger	39.687	20	7
1404		Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	69.380	25	10
1405		Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	65.101	32	12
1406		Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	48.973	13	7
1407		Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	49.412	11	6
1408		Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	49.566	9	5
1409		Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	48.493	6	4
1410		Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit, m. akut kejsersnit	39.210	5	3
1411		Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	41.578	8	4
1412		Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	38.811	7	3
1413		Planlagt kejsersnit, førstegangsfødende	24.492	7	4
1414		Planlagt kejsersnit, flergangsfødende	20.904	5	3
1415		Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit	27.101	6	3
1416		Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, førstegangsfødende	41.881	15	6
1417		Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, flergangsfødende	38.513	10	4

MDC-gruppe 14: Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1418		Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	42.178	12	5
1419		Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	37.221	11	4
1420		Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	34.285	10	4
1421		Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	27.735	6	2
1422		Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, førstegangsfødende	39.890	7	4
1423		Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, flergangsfødende	33.279	6	2
1424		Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, førstegangsfødende	34.421	7	3
1425		Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, flergangsfødende	31.634	6	2
1426		Igangsatt vaginal fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	34.115	6	4
1427		Igangsatt vaginal fødsel, m. epidural, flergangsfødende	29.174	6	2
1428		Igangsatt vaginal fødsel, førstegangsfødende	31.574	7	3
1429		Igangsatt vaginal fødsel, flergangsfødende	27.151	4	2
1430		Spontan fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	30.612	5	3
1431		Spontan fødsel, m. epidural, flergangsfødende	25.905	4	1
1432	*	Spontan fødsel, førstegangsfødende	27.652	6	2
1433	*	Spontan fødsel, flergangsfødende	22.572	1	1
1434		Indlæggelser i barselsperioden	12.595	6	3

MDC-gruppe 15: Sygdomme i perinatalperioden					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1501		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, meget komplicerede	74.607	1	1
1502		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, moderat komplicerede	31.716	1	1
1503		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, ukomplicerede	12.561	1	1
1504		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, meget komplicerede	349.926	183	50
1505		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, moderat komplicerede	251.213	131	39
1506		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, kompliceret	207.609	151	45
1507		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, Mindre kompliceret	179.438	158	41
1508		Børn med : GA 28-31 uger, Meget kompliceret	235.961	83	.
1509		Børn med : GA 28-31 uger, Moderat kompliceret	215.325	67	67
1510		Børn med : GA 28-31 uger, kompliceret	197.381	93	.
1511		Børn med : GA 28-31 uger, Mindre kompliceret	161.495	92	.
1512		Børn med GA 32-35 uger, Meget kompliceret	182.129	33	.
1513		Børn med GA 32-35 uger, Moderat kompliceret	161.495	59	.
1514		Børn med GA 32-35 uger, kompliceret	67.110	44	.
1515		Børn med GA 32-35 uger, Mindre kompliceret	45.757	35	.
1516		Børn med GA >36 uger, Meget kompliceret	95.623	48	19

MDC-gruppe 15: Sygdomme i perinatalperioden (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1517		Børn med GA >36 uger, Moderat kompliceret	76.261	107	33
1518		Børn med GA >36 uger, kompliceret	26.377	61	19
1519		Børn med GA >36 uger, Mindre kompliceret	10.138	16	16
1520		Raske nyfødte	0	2	2
1521		Andre sygdomme i perinatalperioden	15.028	9	4
1522		Immaturitas/Praematuritas, pat. 28-120 dage	107.433	45	16
1523		Børn 0-27 dage, m. ECMO-behandling	354.759	3	3

MDC-gruppe 16: Sygdomme i blod og bloddannende organer				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2015
1601		Fjernelse af milt	79.277	9
1602		Andre operationer ved sygdomme i blod eller bloddannende organer	25.697	1
1603		Antistofbehandling af sygdomme i blod og bloddannende organer	75.201	29
1604		Immunmodulerende behandling	83.771	20
1605	*	Afareser	15.839	1
1606		Ideopatiske knoglemarvsaplasier	20.960	1
1607		Sekundære og uspecifikke knoglemarvsaplasier	39.550	14
1608		Granulo- og trombocytopeni	42.916	15
1609		Hæmoglobinopati	14.948	1
1610		Hæmolystiske anæmier og anæmier forårsaget af enzymatiske forstyrrelser m.m.	30.277	11
1611		Trombotisk trombocytopeniske purpura	46.435	9
1612		Immunglobulin mangel	19.897	4
1613		Svær immundefekt og aflejrings sygdomme	43.395	4
1614		Koagulationsforstyrrelser	15.622	1
1615		Øvrige sygdomme i blod og bloddannende organer	16.711	4
1616		Mangelanæmier	68.866	27
1617		Observation for sygdom i blod og bloddannende organer	19.908	4

MDC-gruppe 17: Svulster i lymfatisk og bloddannende væv					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1701	*	Mini-knoglemarvstransplantation	417.584	45	23
1702		Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	85.115	12	8
1703		Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	73.847	14	7
1704		Kompleks svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi	299.494	57	14
1705		Kompleks svampebehandling	105.088	19	7
1706		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. mindst 18 år	93.151	27	11
1707		Basis svampebehandling, pat. mindst 18 år	76.761	25	8
1708		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, type 2	178.552	1	0
1709		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	69.627	21	7
1710		Biologisk modificerende stoffer på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	58.073	16	5
1711		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	55.784	12	5
1712		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	29.575	9	3
1713		Større operationer ved lymfom og leukæmi, pat. mindst 18 år	67.649	20	7
1714		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	128.049	32	10

MDC-gruppe 17: Svulster i lymfatisk og bloddannende væv (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1715		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	64.979	14	6
1716		Større operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	61.938	15	5
1717		Mindre operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	36.252	6	3
1718		Operationer ved svulster i lymfatisk og bloddannende væv mm., pat. 0-17 år	53.731	9	3
1719		Svulster med aferesebehandling	37.728	11	3
1720		Malign hæmatologisk sygdom uden specifik behandling, pat. mindst 18 år	37.317	9	4
1721		Diagnostik ved ondartede sygdomme, pat. mindst 18 år	19.494	6	3
1722		Andre knoglemarvssygdomme	19.148	4	3
1723		Observation pga mistanke om malign hæmatologisk sygdom, pat. mindst 18 år	17.175	4	3

MDC-gruppe 18: Infektionssygdomme og parasitære sygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1801		Operationer ved infektioner eller parasitære sygdomme	80.653	28	10
1802		Infektionssygdomme eller parasitære sygdomme med dialyse	108.698	32	12
1803		Sepsis med hæmatologisk kompl. bidiag.	70.789	21	7
1804		Septisk chok	64.421	19	6
1805		Sepsis	42.804	16	7
1806		Postoperative og posttraumatiske infektioner, m. kompl. faktorer	32.552	16	5
1807		Postoperative og posttraumatiske infektioner, u. kompl. faktorer	22.276	9	4
1808		Feber af ukendt årsag, med biopsi og/eller scopi	53.555	21	7
1809		Feber af ukendt årsag, pat. mindst 18 år, uden biopsi og/eller scopi	18.821	6	2
1810		Virussygdomme, pat. mindst 18 år, m. kompl. faktorer	20.527	6	3
1811		Virussygdomme, pat. mindst 18 år, u. kompl. faktorer	15.109	4	2
1812		Virussygdomme og feber af ukendt årsag, pat. 0-17 år	9.028	1	1
1813		Andre infektioner eller parasitære sygdomme	32.542	15	5
1814		Observation for infektion eller parasitær sygdom	12.195	4	2

MDC-gruppe 19: Psykiatriske sygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
1901		Operationer på patienter hvor sindslidelse er hoveddiagnose	62.071	15	6
1902		Epilepsi eller psykogene non-epileptiske anfald, m. gruppeterapi	57.345	46	.
1903		Psykogene non-epileptiske anfald, m. psykoterapi, pat. 0-14 år	135.019	38	.
1904		Akutte tilpasningsvanskeligheder og psykosomatiske forstyrrelser	10.645	1	2
1905		Depressive neuroser	13.981	4	2
1906		Ikke-depressive neuroser	20.529	9	4
1907		Personlighedsforstyrrelser og adfærdsproblemer	45.829	14	8
1908		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. mindst 18 år	29.969	15	5
1909		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. 0-17 år	11.067	1	2
1910		Psykososer	12.184	1	2
1911		Sindslidelser hos børn	17.979	4	3
1912		Andre psykiske forstyrrelser	13.467	4	2
1913		Observation for en psykiatrisk sygdom	14.945	4	3

MDC-gruppe 20: Misbrug					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2001		Alkohol- eller stofmisbrug eller afhængighed og afgiftning etc., m. kompl. bidiag.	14.147	4	2
2002		Alkohol- eller stofmisbrug eller afgiftning etc., u. kompl. bidiag.	9.341	1	1

MDC-gruppe 21: Ulykkestilfælde og forgiftninger					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2101		Allergiske og allergi lignende reaktioner	8.406	1	1
2102		Komplikationer ved behandling, m. kompl. bidiag.	36.443	11	4
2103		Komplikationer ved behandling, u. kompl. bidiag.	16.689	4	2
2104		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	17.189	4	2
2105		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, øvrige	9.016	1	1
2106		Sårbehandling efter skade	32.762	35	10
2107		Andre operationer efter skade, m. kompl. bidiag.	125.599	51	13
2108		Andre operationer efter skade, u. kompl. bidiag.	48.604	9	4
2109	*	Traumemodtagelse	7.156	1	2
2110		Traume	13.425	1	2
2111		Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger	10.514	1	1
2112		Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning	7.563	1	1
2113		Replantation	107.478	7	5

MDC-gruppe 22: Forbrændinger					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2201		Forbrændinger, overført til anden akut enhed	20.635	11	7
2202		Forbrænding med exposure behandling	45.199	20	9
2203		Omfattende forbrænding uden operativ behandling	90.790	26	9
2204		Mindre omfattende forbrænding med sårrevision eller anden operation	77.819	42	10
2205	*	Mindre omfattende forbrænding uden operativ behandling	1.855	9	3

MDC-gruppe 23: Øvrige					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2301		Operationer ved anden kontaktårsag til sundhedsvæsenet	35.030	4	3
2302		Rehabilitering	75.433	44	13
2303		Symptomer og fund, m. kompl. bidiag.	23.824	11	4
2304		Symptomer og fund, u. kompl. bidiag.	9.613	1	2
2305		Efterbehandling	11.846	1	1
2306		Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	5.950	1	2

MDC-gruppe 24: Signifikant multitraume					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2401		Kranieoperation ved svært multitraume	456.828	53	17
2402		Specifikke operationer ved svært multitraume	167.284	25	11
2403		Andet svært multitraume	55.327	16	5

MDC-gruppe 25: HIV-infektion					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2501		HIV med betydelig HIV relateret sygdom	60.629	22	8
2502		HIV med eller uden bidiagnose	37.490	14	5

Uden for MDC-grupper					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2601		Større operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	21.506	11	4
2602		Ikke gruppérbar pga. manglende oplysninger	5.950	4	3
2603		Mindre operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	21.163	9	4
2604		Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, almindeligt forløb	856.401	170	77
2605		Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, afklaringsforløb	260.350	55	22
2606		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, almindeligt forløb	343.010	118	57
2607		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, afklarings- og/eller udslusningsforløb	167.136	41	15
2608	*	Intensiv neurorehabilitering, kontrolindlæggelse	10.713	1	1
2609		Neurorehabilitering	115.630	47	17
2610		Levertransplantation	1.006.009	47	21
2611		Lungetransplantation	622.495	94	38
2612		Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt	684.398	71	29
2613		Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer	484.449	63	24
2614		Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ	275.960	43	18
2615		Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer	255.873	46	19
2616		Neurokirurgi for epilepsi med elektrokortikografi	191.510	8	5
2617		Neurokirurgi for parkinson, dystoni og epilepsi	223.074	9	4

Uden for MDC-grupper (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2618		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, kompliceret	207.119	11	6
2619		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, moderat kompliceret	75.200	4	2
2620		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, ukompliceret	67.030	1	2
2621		Kraniekirurgi og kranioplastik, kompliceret	119.389	12	5
2622		Vaskulærkirurgi, kompliceret	261.328	27	9
2623		Kranie- og vaskulærkirurgi, ukompliceret	127.934	16	8
2624		Traumekirurgi	153.900	15	7
2625		Hydrocephalus	107.582	15	6
2626		Spinalkirurgi	601.407	41	18
2627		Allogen stamcelletransplantation med navlesnorsprodukt eller haploidentisk donor	1.645.137	55	45
2628		Allogen stamcelletransplantation, pat. mindst 18 år	399.269	58	30
2629		Allogen stamcelletransplantation, pat. 0-17 år	1.567.554	75	67
2630		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. mindst 18 år	137.553	25	10
2631		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. 0-17 år	138.346	4	2
2632		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, multipel sklerose eller autoimmun tilstand	548.362	58	.
2633		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	204.681	40	22
2634		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. 0-17 år	166.260	120	27
2635		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år	88.750	6	2
2636		Basis svampebehandling, pat. 0-17 år	25.151	1	2

Uden for MDC-grupper (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2637		Større operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	110.669	17	7
2638		Mindre operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	32.471	4	2
2639		Svulster uden specifik behandling, pat. 0-17 år	16.748	1	2
2640		Kontrolundersøgelse efter behandling for ondartet svulst, pat. 0-17 år	13.406	1	1
2641		Observation pga. mistanke om ondartet svulst, pat. 0-17 år	24.552	1	1
2642		Observation pga mistanke om fysisk overgreb, pat. 0-17 år	23.307	4	2
2643	*	Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år	2.277	1	.
2644		Multipatologi og svær funktionsnedsættelse	78.175	29	12
2645		Multipatologi og moderat funktionsnedsættelse	67.684	24	11
2646		Multipatologi og let funktionsnedsættelse	57.832	20	9
2647		Plastikkirurgisk dækning af større overfladedefekter	209.185	75	31
2648		Plastikkirurgisk dækning af tryksår hos rygmarvsskadede	310.390	127	48
2649		Rekonstruktion med stilkede lapper	133.169	26	12
2650		Rekonstruktion med frie vaskulariserede lapper	188.693	28	12
2651		Mindre plastikkirurgiske rekonstruktioner	69.206	16	6
2652		Respiratorbehandling ved langvarig kronisk respirationsinsufficiens	432.095	109	35
2653		Specialiseret palliativ indsats	79.682	32	11
2654		Udvidet epilepsikirurgi med mapping	656.873	19	8

Uden for MDC-grupper (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2015
2655		Udvidet epilepsikirurgi	325.458	2
2656		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, nyttilskadekommen	252.931	164
2657		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, komplikationsindlæggelse	146.401	67
2658		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, vurdering/kort forløb	25.642	5
2659		Hjernerød i henhold til Sundhedsloven	41.177	6

Onkologiske behandlingsgrupper					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2701	*	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling	112.589	42	13
2702		Strålebehandling, kompleks, 3-4 fraktioner	31.217	12	5
2703	*	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner	6.291	1	1
2704	*	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion	4.105	4	2
2705		Strålebehandling, konventionel, mindst 5 fraktioner	67.993	30	14
2706		Strålebehandling, konventionel, 3-4 fraktioner	23.652	24	9
2707	*	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner	5.079	10	6
2708	*	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion	3.489	4	2
2709		Isotoperapi	23.288	5	3
2710	*	Stereotaksi	17.193	22	8
2711		Brachyterapi	32.127	4	2
2712	*	Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	10.673	15	5
2713	*	Stråleplanlægning, kompleks	8.523	16	5
2714	*	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	10.428	18	6
2715	*	Stråleplanlægning, konventionel	7.857	4	2
2716		Særlig kompleks kemobehandling	85.610	31	11
2717		Kemoterapi, højdosis	33.092	5	3

Onkologiske behandlingsgrupper					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2015
2718		Kemoterapi, kompleks med antistofbehandling	34.642	1	1
2719	*	Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)	24.755	4	2
2720		Kemoterapi, kompleks	17.362	1	2
2721		Kemoterapi, basis med antistofbehandling	24.351	1	1
2722	*	Kemoterapi, basis, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	21.320	1	1
2723	*	Kemoterapi, basis med anvendelse af elektrotransfer	30.079	4	2
2724		Kemoterapi, basis	9.658	4	2
2725		Biologiske modificerende stoffer	50.187	4	3
2726		Antistofbehandling	15.936	1	1

Bilag 4. Ambulante takster

B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2017

Ambulante akutgrupper¹⁴

Gruppe	Tekst	Takst
AA01A	Traume	407
AA01B	Lette akut-ambulante besøg	287
AA01C	Småskader	483
AA01D	Ikke besøg (afregnes ikke)	0
AA01E	Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning	552

Takster for besøgsgrupper mv.

Gruppe	Tekst	Takst
BG50A	Ambulant besøg, pat. mindst 7 år	672
BG50B	Ambulant besøg, pat. 0-6 år	1.309
BG50C	Ambulant besøg, med journaloptagelse	1.361
BG50D	Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg	1.881
BG50E	Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg, jordemoder	860
BG50F	Ambulant substitutionstakst, telemedicin	335
BG50G	Telefon- og email konsultation, samt skriftlig kommunikation ved prøvesvar	130

Takster for diagnosegrupper (ekskl. ambulant besøg)

Gruppe	Tekst	Takst
DG30A	Medfødte stofskiftesygdomme	3.692
DG30B	Kraniofaciale misdannelser	2.465
DG30C	Pubertetsforstyrrelser, komplicerede	1.945
DG30D	Sjældne handikap	3.333
DG30E	Vækstforstyrrelser, komplicerede	1.817
DG30F	Endokrinologi, sjældne sygdomme	1.464
DG30G	Endokrinologi	710
DG30H	Respirationsinsufficiens, kronisk	2.399
DG30I	Palliativ indsats, specialiseret	3.170
DG30J	HIV-infektion	2.456
DG30K	Tilstand med transplanteret væv - hæmatologi	3.729
DG30L	Cancer	1.219

¹⁴ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for AA01A, AA01C, AA01D og AA01E.

Takster for diagnosegrupper (ekskl. ambulant besøg) (fortsat)

Gruppe	Tekst	Takst
DG30M	Neurologi	1.489
DG30N	Spiseforstyrrelser	470
DG30O	Alkohol- og stofmisbrug	1.514
DG30P	Somatoforme tilstande	1.716
DG30Q	Ryglidelser, komplicerede	1.925
DG30R	Reumatologi	958
DG30S	Audiologi	208
DG30T	Smertetilstande, kroniske, komplicerede	1.127
DG30U	Smertetilstande, kroniske, ukomplicerede	939

Takster for proceduregrupper (ekskl. ambulant besøg)**01: Hudsistem**

Gruppe	Tekst	Takst
PG01A	Plastikkirurgisk rekonstruktion	10.962
PG01B	Hudoperation, kompliceret	6.045
PG01C	Hudoperation, ukompliceret	2.320
PG01D	Biopsi og væskeudsugning, overfladisk	2.432
PG01E	MR-vejledt nålebiopsi	3.983
PG01F	Stereotaktisk anlæggelse af coil i mamma	5.026
PG01G	Ultralydsvejledt anlæggelse af coil i mamma	1.279
PG01H	Stereotaktisk grovnålsbiopsi af bryst	1.576
PG01I	Stereotaktisk vakuum-grovnålsbiopsi af bryst	3.904
PG01J	Nålebiopsi med ultralyd, overfladisk	1.991
PG01K	Nålebiopsi uden ultralyd, overfladisk	1.659
PG01L	Sutur og sårbehandling	2.570
PG01M	Excision og biopsi, ukompliceret	4.511
PG01N	Incision og punktur	1.737
PG01O	Dermatologisk procedure	2.033

02: Muskelsystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG02A	Anlæggelse af skinne, individuelt fremstillet bandage	2.280
PG02B	Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket reposition	1.161
PG02C	Procedure i muskel el. skelet, kompliceret	6.466
PG02D	Procedure i muskel el. skelet, ukompliceret	5.358
PG02E	Bevægelseslaboratorieundersøgelse	1.341

03: Åndedrætssystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG03A	Luftvejsendoskopi, kompliceret	7.519
PG03B	Væskeudtømmelse fra pleura	2.473
PG03C	Hyberbar iltbehandling	2.627

04: Hjerter-, kar- og lymfesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG04A	Operation på kar el. lymfesystem	2.841
PG04B	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem med ultralyd	2.961
PG04C	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem uden ultralyd	2.486
PG04D	Udskiftning af cardioverter-defibrillator (ICD)	82.880
PG04E	Kardiologisk undersøgelse, kompliceret	2.021
PG04F	Kardiologisk undersøgelse, udvidet	1.372
PG04G	Kardiologisk undersøgelse, almindelig	1.137

05: Fordøjelsessystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG05A	Indsættelse af metalstents og kapselenteroskopi	11.706
PG05B	Koloskopi, sigmoidoskopi, ERCP el. endoskopi i nedre mavetarmregion, kompliceret	6.103
PG05C	Koloskopi, sigmoidoskopi el. endoskopi i nedre mavetarmregion, ukompliceret	4.426
PG05D	Brokoperation	6.955
PG05E	Operation i anus el. rectum	5.493
PG05F	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	3.717
PG05G	Rektoskopi	2.648

06: Urinveje

Gruppe	Tekst	Takst
PG06A	Forberedelse til nyretransplantation, plasmaferese med immunadsorption	26.330
PG06B	Cystoskopi, kompliceret, el. urinrørsoperationer el. punktur af prostata	4.638
PG06C	Cystoskopi, ukompliceret el. mindre urologisk operation	3.015
PG06D	Stenknusning ved trykbølge (ESWL)	5.078
PG06E	Instillation af cytostatikum i blæren	668
PG06F	Indlæggelse af kateter el. anden ukompliceret procedure i urinveje	927

7: Mandlige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG07A	Sædoprensning	59.745
PG07B	Sterilisation el. anden operation på mandlige kønsorganer	5.114
PG07C	Andrologisk udredning, endokrin	1.618
PG07D	Gynækomastisk udredning, pat. mindst 15 år	474

08: Kvindelige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG08A	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller med vævstypebestemmelse	68.832
PG08B	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller	31.602
PG08C	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI ved kompliceret infektion	18.460
PG08D	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI, ægudtagning el. ægoplægning	2.268
PG08E	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi, flerfoldsgraviditet	13.849
PG08F	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi	6.924
PG08G	Svangrekontrol, bariatrisk opereret kvinde	698
PG08H ¹⁵	Jordemoderkonsultation, akut, graviditet	683
PG08I ¹⁵	Jordemoderkonsultation, udvidet	609
PG08J ¹⁵	Jordemoderkonsultation, basis	528
PG08K ¹⁵	Særlige ydelser i forbindelse med graviditet incl. fødselsforberedelse	697
PG08L	Opfølgning på kontakt med kvinde/barn i kombination med tværfaglig/tværsektoriel inds	1.744
PG08M	Særligt ressourcekrævende svangrekontrol ved rusmiddelproblematik	2.396

09: Nervesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG09A	Fjernelse el. behandling af nerve	8.437
PG09B	Neurorehabilitering og rygmarvsskader	3.925
PG09C	Kontrol af medicinpumpe	1.391

10: Øre, næse og hals

Gruppe	Tekst	Takst
PG10A	Procedure på kæbe	11.137
PG10B	Påsætning af kunstig ansigtsdel	7.840
PG10C	Tandbehandling, svær	3.728
PG10D	Tandbehandling, middel	2.270
PG10E	Tandbehandling, let	1.069
PG10F	Procedure på øre, næse el. hals, kompliceret	2.423
PG10G	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	1.414
PG10H	Rhinoskopier	3.583
PG10I	Faryngoskopier	2.796
PG10J	Laryngoskopier	2.174
PG10K	Cochleart implantat	587
PG10L	Audiologisk udredning, diagnostiske procedurer, pat. 0-2 år	1.843
PG10M	Audiologisk udredning, øvrige, pat. mindst 90 dage	1.431
PG10N	Audiometri	1.486
PG10O ¹⁶	Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage	483

¹⁵ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG08H, PG08I, PG08J og PG08K.

¹⁶ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG10O Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage

11: Medicinsk behandling

Gruppe	Tekst	Takst
PG11A	Medicin-behandling, grp. 1	58.625
PG11B	Medicin-behandling, grp. 2	43.085
PG11C	Medicin-behandling, grp. 3	25.774
PG11D	Medicin-behandling, grp. 4	12.572
PG11E	Medicin-behandling, grp. 5	9.616
PG11F	Medicin-behandling, grp. 6	6.540
PG11G	Medicin-behandling, grp. 7	4.071
PG11H	Medicin-behandling, grp. 8	2.308
PG11I	Medicin-behandling, grp. 9	1.154
PG11J	Medicin-behandling, grp. 10	519

12: Diverse behandlinger

Gruppe	Tekst	Takst
PG12A	Konditionering til minitransplantation	19.331
PG12B	Antistof, behandling	13.948
PG12C	Brachyterapi	28.801
PG12D	Transfusion af plasma og/eller behandlet blod	3.802
PG12E	Transfusion af blod, øvrig	3.300
PG12F	Plasmaferese	7.583
PG12G	Kontrol ved hjemme-hæmodialyse	21.773
PG12H	Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse	20.484
PG12I	Peritonealdialyse, m. oplæring	7.008
PG12J	Peritonealdialyse	1.695
PG12K	Dialyse, øvrige	1.946
PG12L	Insulinpumpe, behandling	1.728
PG12M	Botulinumtoksin, injektion	3.632
PG12N	Immunmodulerende behandling	4.887
PG12O	Udlevering af CPAP-apparatur	3.559
PG12P ¹⁷	Kontrol eller justering af CPAP-behandling	1.804

¹⁷ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG12P Kontrol eller justering af CPAP-behandling

13: Diverse procedurer og undersøgelser

Gruppe	Tekst	Takst
PG13A	Udtagning af knoglemarv til diagnostisk undersøgelse	11.408
PG13B	Laparoskopi, diverse procedurer	14.925
PG13C	Geriatrici, udredning	3.387
PG13D	Geriatrici, behandling	2.519
PG13E	Allergologisk undersøgelse/behandling, kompliceret	2.516
PG13F	Allergologisk undersøgelse/behandling, ukompliceret	1.297
PG13G	Diættejledning	833
PG13H	Neuropsykologisk undersøgelse, udvidet	1.755
PG13I	Hjælpeprocedure, ukompliceret	788
PG13J	Urodynamisk undersøgelse, udvidet	1.431
PG13K	Urodynamisk undersøgelse, almindelig	1.077
PG13L	Anlæggelse af peritonealdialysekateter	6.103
PG13M	Endokrinologisk procedure, kompliceret	1.510
PG13N	Øjenundersøgelse, større	591
PG13O	Øjenundersøgelse, mindre	438
PG13P	Immundefekt	17.202
PG13Q	Kronisk viral hepatitis B/C, vurdering af komplikationer	3.523

14: Radiologiske procedurer

Gruppe	Tekst	Takst
PG14A	MR-scanning, kompliceret, m. generel anæstesi	10.094
PG14B	MR-scanning, kompliceret	3.281
PG14C	MR-scanning, ukompliceret	2.323
PG14D	MR-scanning, ukompliceret, m. generel anæstesi	4.684
PG14E	CT-scanning af hjertet med angiografi	3.050
PG14F	CT-scanning, kompliceret	2.033
PG14G	CT-scanning, ukompliceret, el. osteodensitometri	1.076
PG14H	UL-scanning, meget kompliceret, flerfoldsvangerskab	5.788
PG14I	UL-scanning, meget kompliceret	1.958
PG14J	UL-scanning, kompliceret	1.239
PG14K	UL-scanning, ukompliceret	521
PG14L	Angiografi	6.521
PG14M	Mammografi, kompliceret	1.565
PG14N	Mammografi, ukompliceret	656
PG14O	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, kompliceret	1.037
PG14P	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, ukompliceret	607
PG14Q	Røntgenundersøgelse (alm), kompliceret	736
PG14R	Røntgenundersøgelse (alm), ukompliceret	500

15: Arbejdsmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG15A	Arbejdsmedicin grp. 1	10.557
PG15B	Arbejdsmedicin grp. 2	18.011

16: Klinisk genetik

Gruppe	Tekst	Takst
PG16A	Genetisk risikovurdering og rådgivning med gentagen udredning og samtale	4.917
PG16B	Genetisk risikovurdering og rådgivning med udredning	3.155
PG16C	Genetisk risikovurdering og rådgivning	2.155
PG16D	Stamtræsoptegnelse	3.389

17: Klinisk fysiologi/nuklearmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG17A	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. A	21.158
PG17B	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. B	11.836
PG17C	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. C	9.038
PG17D	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. D	6.236
PG17E	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. E	5.268
PG17F	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. F	2.631
PG17G	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. G	1.760
PG17H	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. H	1.410
PG17I ¹⁸	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I	152

18: Klinisk neurofysiologi

Gruppe	Tekst	Takst
PG18A	Klinisk neurofysiologi grp. 1	1.598
PG18B	Klinisk neurofysiologi grp. 2	3.416
PG18C	Klinisk neurofysiologi grp. 3	4.135

19: Børn med prænatal rusmiddelproblematik

Gruppe	Tekst	Takst
PG19A	Barn under 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik	3.123
PG19B	Barn over 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik	2.138

¹⁸ Der kan udelukkende opkræves procedretakst for PG17I Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I

Ambulante substitutionstakster

Gruppe	Tekst	Takst
ST01A	Fødsel, hjemme	19.848
ST01B	Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg	4.702
ST01C	Geriatrici, udredning, hjemmebesøg	3.387
ST01D	Geriatrici, behandling, hjemmebesøg	2.519
ST01E	Gravid med rusmiddelproblematik, hjemme- og udebesøg	652
ST01F	Lungefunktionsundersøgelse, m. reversibilitetstest, telemedicin	1.760
ST01G	Lungefunktionsundersøgelse, telemedicin	1.410
ST01H	Pacemaker-kontrol, telemedicin	1.137
ST01I ¹⁹	AK-behandling, telemedicin	213
ST01J ¹⁹	Telemedicinsk sårsvurdering	232
ST01K	Telemedicinsk type 2 diabeteskontrol	965
ST01L ¹⁹	Telemedicinsk kontrol af CPAP udstyr	397

Sammedagspakker²⁰

Gruppe	Tekst	Takst
SP02A	Sammedagspakke: Rygmarvsskader	4.692
SP02B	Sammedagspakke: Ryglidelser	2.017
SP02C	Sammedagspakke: Håndkirurgisk dagkirurgi	7.731
SP03A	Sammedagspakke: Lungesygdomme, udredning	3.130
SP04A	Sammedagspakke: Blodprop i hjernen, udredning	5.073
SP04B	Sammedagspakke: Lille Cardiologisk sammedagsudredningspakke	3.999
SP04C	Sammedagspakke: Mellem Cardiologisk sammedagsudredningspakke	5.997
SP04D	Sammedagspakke: Stor Cardiologisk sammedagsudredningspakke	9.596
SP05A	Sammedagspakke: Gastroskopi og koloskopi/sigmoideoskopi	5.239
SP06A	Sammedagspakke: Cystoskopisk og CT-urografiske undersøgelse	6.456
SP06B	Sammedagspakke: Prostatakræft-udredning med LUTS-udredning	6.117
SP06C	Sammedagspakke: LUTS-udredning med cystoskopi eller UL af prostata	5.290
SP08A	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation med UL-scanning, meget kompl.	2.486
SP08B	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation, med UL, kompl. el. ukompl.	1.409
SP08C	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation	906
SP08D ²¹	Sammedagspakke: Flere jordemoderkonsultationer	1.366
SP09A	Sammedagspakke: Epilepsiudredning	11.346

¹⁹ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for ST01I, ST01J og ST01L.

²⁰ Takster for sammedagspakker er eksklusiv et ambulant besøg.

²¹ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for SP08D Sammedagspakke: Flere jordemoderkonsultationer.

Sammedagspakker (fortsat)

Gruppe	Tekst	Takst
SP10A	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl.	6.260
SP10B	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl. + ukompl.	5.250
SP10C	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, ukompl.	4.241
SP10D	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. mindst 18 år	1.026
SP10E	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. 0-17 år	1.792
SP10F	Sammedagspakke: Svimmelhed, udredning	7.754
SP12A	Sammedagspakke: Tværfaglig artritinformation	2.873
SP12B	Sammedagspakke: Endokrinologisk statuspakke	4.753
SP12C	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog, pat. i dialyse	3.328
SP12D	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog	1.382
SP12E	Sammedagspakke: Tværfaglig smertebehandling kroniske smertepatienter	3.588
SP13A	Sammedagspakke: Anæstesiologisk, allergologisk, miljø- og arbejdsmedicinsk udredning	11.572
SP13B	Sammedagspakke: Allergologiske procedurer/behandlinger	5.102
SP13C	Sammedagspakke: Fostermisdannelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve	8.882
SP13D	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning	3.027
SP13E	Sammedagspakke: Injektion, angiostatisk lægemiddel, m. øjenundersøgelse	7.055
SP13F	Sammedagspakke: Injektion, øvrige lægemidler, m. øjenundersøgelse	2.587
SP13G	Sammedagspakke: Laserbehandling, m. øjenundersøgelse	2.455
SP13H	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere større	1.479
SP13I	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, større + mindre	1.109
SP13J	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere mindre	740
SP14A	Sammedagspakke: MR-scanning + CT-scanning	4.357
SP14B	Sammedagspakke: MR-scanning + UL	4.401
SP14C	Sammedagspakke: CT-scanning + røntgenundersøgelse	2.172
SP14D	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + kompl.	3.197
SP14E	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + ukompl.	2.479
SP14F	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, kompl. + ukompl.	1.760
SP14G	Sammedagspakke: UL, flere ukompl. Procedurer	1.042
SP16A	Sammedagspakke: Større Klinisk genetisk udredning/undersøgelse m. stamtræ	10.424
SP16B	Sammedagspakke: Klinisk genetisk udredning, omfattende, med svar.	10.195

Gråzoneprocedure

Gruppe	Tekst	Takst
GR0201_F	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	13.690
GR0202_F	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	13.464
GR0203_F	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer	9.476
GR0204_F	Dobbelt-operationer, øjenmuskler, hornhinde og sklera	3.620
GR0205_F	Hornhindetransplantation	19.835
GR0206_F	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	13.744
GR0207_F	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	9.479
GR0208_F	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, m. generel anæstesi	7.582
GR0209_F	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi	6.992
GR0210_F	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, m. generel anæstesi	9.133
GR0211_F	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi	3.745
GR0212_F	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	6.581
GR0213_F	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	5.135
GR0214_F	Større operationer, hornhinde og sclera	3.848
GR0215_F	Større operationer, øvrige, m. generel anæstesi	7.206
GR0216_F	Større operationer, øvrige, u. generel anæstesi	3.565
GR0217_F	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	5.136
GR0218_F	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	4.007
GR0219_F	Grå stær operationer med toriske linser	2.160
GR0220_F	Grå stær operationer, m. generel anæstesi	2.337
GR0221_F	Grå stær operationer, u. generel anæstesi	2.458
GR0222_F	Mindre operationer, øvrige, m. generel anæstesi	3.217
GR0223_F	Mindre operationer, øvrige, u. generel anæstesi	4.000
GR0224_F	Laserbehandling	4.313
GR0225_F	Øvrige indlæggelser eller besøg ved øjensygdomme	1.454
GR0308_F	Operationer på hoved og hals, kategori 4	4.985
GR0315_F	Operationer på øre, kategori 1	11.436
GR0316_F	Operationer på øre, kategori 2	4.356
GR0317_F	Operationer på næse, kategori 1	10.249
GR0318_F	Operationer på næse, kategori 2	3.698
GR0319_F	Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber	1.959
GR0321_F	Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer	4.006
GR0330_F	Luftrørskatar	1.043
GR0331_F	Næsetraume og næsedeformitet	589
GR0336_F	Tand- og mundhulesygdomme, ekskl. tandudtrækning	1.318
GR0801_F	Spondylodese, for+bag el. for int. fiks, m. særlig a-diag	243.170
GR0802_F	Spondylodese, for+bag, el. bag m. særlig a-diag	93.033
GR0803_F	Spondylodese, med fiksation	42.583
GR0804_F	Spondylodese, uden fiksation, og reoperationer	58.803
GR0805_F	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik	20.569

Gråzoneprocedure (fortsat)		
Gruppe	Tekst	Takst
GR0806_F	Dekompression	24.380
GR0807_F	Diskusprolaps	15.210
GR0808_F	Perifer nerveoperation	6.712
GR0809_F	Infektionskirurgi, ryg/hals og underekstremitet, store led	12.324
GR0810_F	Infektionskirurgi, overekstremitet, store led, og ankel/fod	6.042
GR0811_F	Infektionskirurgi, håndled/hånd	8.712
GR0812_F	Amputation, ekskl. fingre og tæer	7.794
GR0813_F	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år	126.635
GR0814_F	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	33.846
GR0815_F	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	14.590
GR0816_F	Alloplastik, dobbelt, store led	37.120
GR0817_F	Alloplastik, dobbelt, hånd/fod	62.113
GR0818_F	Alloplastik, større revision, underekstremitet, store led	28.163
GR0819_F	Alloplastik, ryg/hals	2.706
GR0820_F	Alloplastik, overekstremitet, store led	5.863
GR0821_F	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led	17.416
GR0822_F	Alloplastik, hånd/fod	10.892
GR0823_F	Frakturkirurgi, ryg/hals	7.387
GR0824_F	Frakturkirurgi, skulder/overarm	22.618
GR0825_F	Frakturkirurgi, albue/underarm	20.881
GR0826_F	Frakturkirurgi, håndled	16.760
GR0827_F	Frakturkirurgi, hånd	10.701
GR0828_F	Frakturkirurgi, ekstern fiksation, underekstremitet ekskl. fod	15.535
GR0829_F	Frakturkirurgi, intern fiksation, hoftenær	12.338
GR0830_F	Frakturkirurgi, intern fiksation, lår	2.362
GR0831_F	Frakturkirurgi, intern fiksation, knæ/underben	16.264
GR0832_F	Frakturkirurgi, intern fiksation, ankel	20.247
GR0833_F	Frakturkirurgi, fod	12.802
GR0834_F	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led	1.468
GR0835_F	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led	1.431
GR0836_F	Reposition, øvrige	1.583
GR0837_F	Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ	10.082
GR0838_F	Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	12.887
GR0839_F	Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår	32.089
GR0840_F	Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	20.443
GR0841_F	Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig	26.519
GR0842_F	Rekonstruktion, overekstremitet, store led	11.527
GR0843_F	Rekonstruktion, underekstremitet, store led	16.717
GR0844_F	Rekonstruktion, hånd/fod	11.259
GR0845_F	Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	20.590
GR0846_F	Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led	21.254
GR0847_F	Artrodese, hånd/fod	13.106

Gråzoneprocedure (fortsat)		
Gruppe	Tekst	Takst
GR0848_F	Artrodese, ankel	11.947
GR0849_F	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., ryg/hals	11.187
GR0850_F	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., hofte/lår	17.385
GR0851_F	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., øvrige	6.291
GR0852_F	Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	10.060
GR0853_F	Endoskopi/artroskopi, hofte	27.312
GR0854_F	Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	11.052
GR0855_F	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	8.626
GR0856_F	Endoskopi/artroskopi, øvrige	11.820
GR0857_F	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	5.278
GR0858_F	Sene, muskel, fascie, øvrige	12.389
GR0859_F	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	8.601
GR0860_F	Mindre knogleoperationer, øvrige	12.789
GR0861_F	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	3.250
GR0862_F	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	2.483
GR0863_F	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	11.124
GR0864_F	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	13.398
GR0865_F	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	7.454
GR0866_F	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	19.396
GR0867_F	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	8.434
GR1301_F	Aborter efter 13 uger	1.692
GR1306_F	Komplicerede gynækologiske indgreb	6.694
GR1307_F	Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	13.428
GR1308_F	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år	13.385
GR1309_F	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år	13.385
GR1310_F	Standard gynækologisk indgreb, m. robot	10.281
GR1311_F	Standard gynækologisk indgreb	13.597
GR1312_F	Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	5.263
GR1313_F	Enklere gynækologiske indgreb, m. robot	15.681
GR1314_F	Enklere gynækologiske indgreb	6.309
GR1315_F	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	2.996
GR1316_F	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	2.595
GR1317_F	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag.	3.344
GR1318_F	Mindre gynækologiske indgreb	2.547
GR1319_F	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom	801
GR2701_F	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling	5.480
GR2703_F	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner	2.611
GR2704_F	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion	1.501
GR2707_F	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner	4.295
GR2708_F	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion	2.514
GR2710_F	Stereotaksi	2.809

Gråzoneprocedure (fortsat)

Gruppe	Tekst	Takst
GR2712_F	Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	7.128
GR2713_F	Stråleplanlægning, kompleks	6.766
GR2714_F	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	8.987
GR2715_F	Stråleplanlægning, konventionel	6.009
GR2719_F	Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)	4.210
GR2722_F	Kemoterapi, basis, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	2.137
GR2723_F	Kemoterapi, basis med anvendelse af elektrotransfer	21.651

MG90-grupperne: Grupper der ikke afregnes

Gruppe	Tekst
MG90A	Besøg, som ikke afregnes pga. udmåde 7 (aflyst besøg).
MG90B	Records fra specialer, som ikke afregnes eller ikke kan afregnes, da procedure ikke er takstbærende.
MG90C	Assistancer fra specialer, som ikke afregnes eller ikke kan afregnes, da procedure ikke er takstbærende.
MG90D	Flere besøg pr. patient pr. dag pr. afdeling, som ikke afregnes.
MG90E	Besøg, som ikke afregnes idet der afregnes for genoptræning.
MG90G	Besøg som ikke afregnes, fordi de ligger umiddelbart før/efter indlæggelse.
MG90H	Telemedicinsk ydelse der ikke afregnes.
MG90I	Ambulante fødsler, som ikke skal afregnes, idet afregningen følger moderen.
MG90J	Henvisning til pakkeforløb start uden fremmøde - skal ikke afregnes.

B4.2. Særydelsesliste

Ydelsestype

Gruppe	Tekst	Takst
SYD01	Behandlingshjælpemidler for mere end 853 kr. ²²	Kostpris
SYD02	Høreapparater ²³	Kostpris
SYD03	Medicin for mere end 853 kr. pr. dag ²⁴⁻²⁵	Kostpris

²² Det vil eksempelvis sige korset, karkirurgiske stents og implantater m.v. Overstiger den samlede kostpris 853 kr., kan det fulde beløb opkræves. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat.

²³ Der ydes støtte til høreapparater i henhold til regler i Sundhedsloven.

²⁴ For patienter grupperet til DAGS-grupperne i PG11 Medicinsk behandling samt grupperne PG12B Antistof, behandling, PG12C Brachyterapi, PG12G Kontrol ved hjemme-hæmodialyse, PG12H Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse, PG12M Botulinumtoksin, injektion og PG12N Immunmodulerende behandling kan der ikke opkræves for særydelser for medicin. Det samme gælder for patienter, hvor den producerende afdeling har speciale 61 (klinisk fysiologi og nuklearmedicin), 64 (klinisk neurofysiologi), 66 (diagnostisk radiologi), 68 (klinisk genetik), 86 (arbejdsmedicin) eller 98 (fysio- og ergoterapi).

²⁵ Udlevering af medicin til ikke-indlagte 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 853 kr., kan det fulde beløb opkræves til kostpris. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat.

Bilag 5. Takster for genoptræningsydelser

Dette bilag indeholder takster til afregning af genoptræning for somatiske patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau. Taksterne er gældende pr. 1. januar 2017.

De stationære genoptræningspatienter grupperes til fem proceduregrupper, og de ambulante genoptræningspatienter grupperes til tre proceduregrupper. Reglerne for opkrævning af de stationære og ambulante takster er nærmere beskrevet i afsnit 3.1.4.

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.

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

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

Takster for stationær genoptræning 2017

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1S	Genoptræningsgruppe 1, stationær	914
GEN2S	Genoptræningsgruppe 2, stationær	1.936
GEN3S	Genoptræningsgruppe 3, stationær	3.738
GEN4S	Genoptræningsgruppe 4, stationær	5.166
GEN5S	Genoptræningsgruppe 5, stationær	13.232

Takster for ambulant genoptræning 2017

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	780
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	1.041
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.681

Takster til mellemkommunal afregning for genoptræningsydelser 2017

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	698
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	932
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.506

Bilag 6. 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- eller DAGS-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 i Sundhedsministeriet. 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 Regioner²⁶.

²⁶ 'Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2017', Finansministeriet.

Bilag 7. Finansieringen 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.

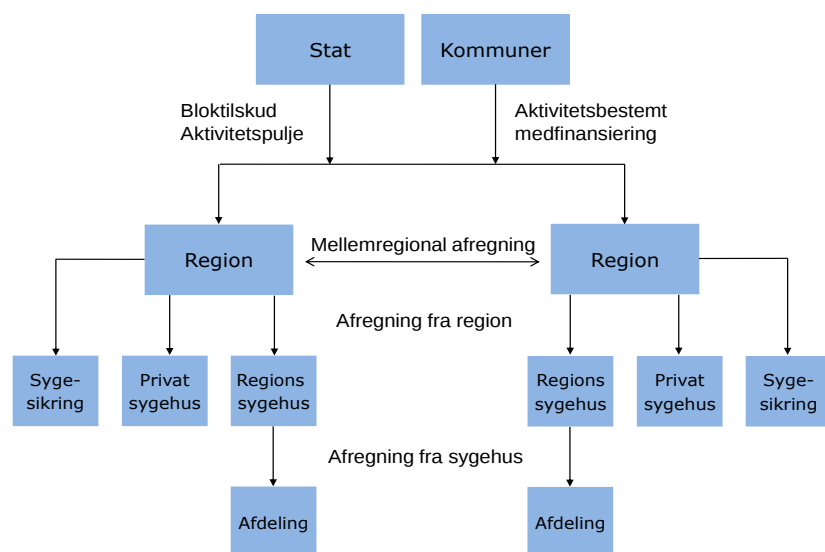
B7.1. Finansieringsmodellen

De økonomiske rammer for regionernes løsning af opgaver på sundhedsområdet fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner. For 2017 udgør regionernes samlede ramme til sundhedsområdet lidt over 112 mia. kr.

Sundhedsvæsenet finansieres gennem tre typer tilskud, jf. figur B1. Staten bidrager med et generelt bloktilskud og et aktivitetsafhængigt tilskud via den statslige aktivitetspulje, mens kommunerne yder aktivitetsafhængig medfinansiering. Bloktilskuddet fra staten udgør i 2017 80,8 pct. af den samlede finansiering af sundhedsområdet, midlerne i den statslige aktivitetsafhængige pulje udgør 1,2 pct. og den kommunale medfinansiering 17,9 pct. De resterende 0,1 pct. finansieres gennem lån og puljer²⁷.

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

²⁷ Kilde: 'Generelle tilskud til regionerne 2017', Social- og Indenrigsministeriet

Figur B1: Finansiering og afregning i sundhedsvæsenet

B7.2. Bloktilskud

Statens bloktilskud til regionerne fordeles mellem regionerne ud fra bestemmelserne i Bekendtgørelse nr. 823 af 23. juni 2016 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2017.

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 udgiftsbehov. I 2017 udgør basisbeløbene til regionerne 0,4 pct. af det samlede bloktilskud for sundhedsområdet, de aldersbestemte udgiftsbehov 77,2 pct. og de socioøkonomiske udgiftsbehov 22,4 pct.²⁸

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.²⁹

²⁸ Kilde: 'Generelle tilskud til regionerne 2017', Social- og Indenrigsministeriet

²⁹ Yderligere oplysninger om opgørelsen af regionernes bloktilskud kan findes i Bekendtgørelse om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2017.

B7.3. 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 2017 udgør den samlede aktivitetspulje i alt 1,36 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. Aktivitetsåret bliver afsluttet i marts måned det efterfølgende år, hvorefter Sundhedsdatastyrelsen udarbejder en endelig årsopgørelse.

B7.4. Kommunal (med)finansiering

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 ydelser i 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 af 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 mellem stat, regioner".

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 behandlingens pris inden for rammerne af et medfinansieringsloft for den enkelte behandling. Der er dog ikke noget loft for genoptræning under indlæggelse i somatikken, ambulant psykiatri og i hele praksissektoren bortset fra speciallæger.

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

I perioden 2007-2011 var kommunernes betaling opdelt i et fast beløb pr. indbygger (grundbidraget) og et variabelt beløb opgjort efter borgernes faktiske forbrug af sundhedsydelser.

Fra 2012 er grundbidraget fjernet og erstattet af en højere variabel del. Med den nuværende ordning udgør den kommunale medfinansiering eksempelvis for indlagte somatiske patienter 34 pct. af DRG-taksten, dog maksimalt 15.078 kr. (2017 pris- og lønniveau) pr. indlæggelse. Der er fra 2012 ikke ændret på den kommunale medfinansiering for genoptræning under indlæggelse, psykiatri og aktiviteten i primærsektoren ud over aktivitet i speciallægepraksis.

Ændringen er gennemført for at øge kommunernes incitament til at mindske antallet af indlæggelser, besøg på ambulatorier og behandling i praksissektoren. I den nye ordning er der ligeledes indført et regionsspecifikt maksimum for, hvor stor den kommunale medfinansiering kan være. Hvis den kommunale medfinansiering overstiger dette maksimum fortsætter betalingen fra kommunerne, og det overskydende beløb opsamles af staten. Det herved indbetalte beløb betales tilbage til kommunerne under visse forudsætninger, jf. lov om regionernes finansiering § 14a, stk.3.

Fra og med 2017 baseres den kommunale medfinansiering på regionsudskrivninger i stedet for sygehusudskrivninger. 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.

Hertil kommer, at de regionsspecifikke lofter for regionernes indtægter jf. ovenfor sænkes, mens disse lofter bibeholdes for så vidt angår kommunernes betalinger. Det sker for at imødegå uheldige incitamentsvirkninger for regionerne. Provenuet som opstår som følge af forskellen mellem det regionale og det kommunale loft anvendes til finansiering af de øgede regionale bloktilskud. Når det regionsspecifikke loft for kommunernes betalinger, tilbagebetales som hidtil jf. ovenfor.

For fuldfinansieringsordningen sker der ligeledes ændringer fra og med 2017 for så vidt angår færdigbehandlede somatiske patienter. Betalinger til regionerne fortsætter som hidtil, men denne suppleres med en betaling til staten. For de første to færdigbehandlingsdage svarer denne betaling til betalingen til regionen, men fra og med dag tre fordobles denne betaling. Det sker for at øge kommunernes fokus på hjemtagelse af færdigbehandlede patienter.

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.

B7.5. Mellemregional afregning

Når patienter behandles i en anden region end bopæls- eller opholdsregionen, kan den region, der yder sygehusbehandlingen, i henhold til Sundhedsloven, opkræve betaling herfor. Hvilken betaling, der kan opkræves, er bestemt i bekendtgørelse nr. 1355 af 6. december 2010 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen (Takstbekendtgørelsen).

Som beskrevet i kapitel 1, skelnes der i Takstbekendtgørelsen 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 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. En arbejdsdeling der især kendetegner forholdet mellem Region Sjælland og Region Hovedstaden, hvor Region Hovedstaden varetager størstedelen af den højt specialiserede behandling af borgere fra Region Sjælland. 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, CSC og regionerne. Sundhedsministeriets rolle er at levere DRG-grupperede afregningsdata til CSC's afregningssystem, mens CSC 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 CSC og regionerne.

B7.6. Det fælles datagrundlag for afregning

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

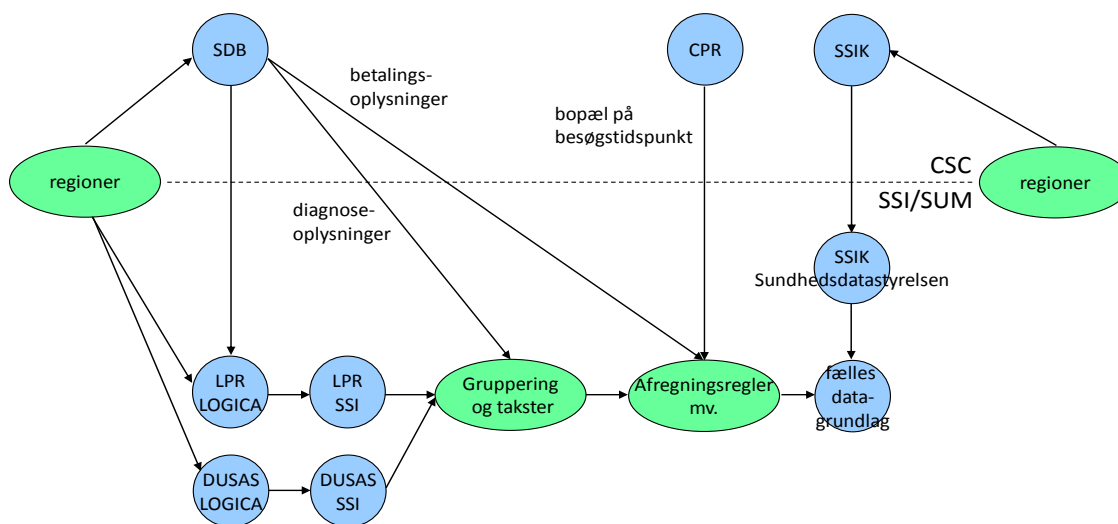
Dannelsen af det fælles datagrundlag er illustreret i figur B2. Udgangspunktet for afregningsgrundlaget er oplysninger om sygehusaktiviteten fra hhv. Landspatientregistret (LPR) og Registret over danske patienter behandlet på udenlandske sygehuse og aktivitet i speciallægepraksis (DUSAS) samt oplysninger 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-/DAGS-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.

Figur B2. Datastrømme ved dannelse af det fælles datagrundlag for afregning

Bilag 8. Regelgrundlag

B8.1. Takstbekendtgørelsen

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

I medfør af § 235, stk. 3, i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, 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 særlige 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. sygehusudskrivning, 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 en sygehusudskrivning indgår alle ydelser på det pågældende sygehus, som er et led i behandlingsforløbet og finder sted under indlæggelsen.

Stk. 3. Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastsætter diagnoserelaterede takster pr. sygehusudskrivning, pr. ambulant besøg m.v. (DRG-takster). Taksterne reguleres årligt med virkning fra 1. januar, og kan i øvrigt reguleres efter behov. Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastsætter for hver diagnosegruppe et maksimalt sengedagstal, som er dækket af taksten (trimpunktet).

§ 7. Betaling for procedurer/ambulante ydelser beregnes pr. ydelse/henvendelse.

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

§ 9. Der kan opkræves forløbstakster for behandlingsforløb.

Behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau

§ 10. Betaling for indlagte somatiske patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau beregnes pr. sygehusudskrivning. Betaling for indlagte psykiatriske patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau beregnes pr. sengedag eller pr. sygehusudskrivning, jf. stk. 3.

Stk. 2. Ved beregning af betaling for somatiske patienter anvendes de i § 6, stk. 3, nævnte DRG-takster. For sengedage ud over trimpunktet betales 1.819 kr. (2010-pris- og lønniveau). Taksten reguleres årligt med virkning fra 1. januar. Der kan opkræves sengedagsbetaling for halve sengedage, såfremt der i det fastsatte trimpunkt indgår halve sengedage.

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

Stk. 4. For ambulante patienter afregnes pr. ydelse/besøg. Der kan afregnes for flere ydelser/besøg samme dag. For somatiske patienter anvendes de i § 6, stk. 3, nævnte DRG-takster. Taksten for ambulant behandling af psykiatriske patienter fastsættes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Taksten reguleres årligt med virkning fra 1. januar.

Stk. 5. For ambulante patienter kan opkræves særydelsestakster for særligt omkostningskrævende behandlingsydelser, implantater, proteser, medicin m.v., som

fastsættes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, jf. dog stk. 6. Listen med takster udmeldes årligt med virkning fra 1. januar.

Stk. 6. For behandlinger, der kan foregå såvel ambulant som under indlæggelse, kan Indenrigs- og Sundhedsministeriet fastsætte særlige takster (gråzonetakster). Hvor der er fastsat en gråzonetakst, afregnes med denne uanset om behandlingen foregår som ambulant ydelse/besøg eller under indlæggelse. For evt. for- eller efterambulante ydelser/besøg afregnes med ambulant takst. Foregår behandlingen under indlæggelse, kan der opkræves betaling for sengedage ud over trimpunktet.

Behandling på højt specialiseret funktionsniveau

§ 11. For behandling af patienter på højt specialiseret funktionsniveau 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 skal svare til 25 pct. af den pågældende regions forbrug ekskl. særydelser hos de pågældende andre regioner i en foregående periode, jf. § 12, stk. 2.

Stk. 3. Betaling efter faktisk forbrug sker i form af sengedagstakster, proceduretakster (operation, røntgen) og ambulanttakster eller i form af forløbstakster. Taksterne reduceres med 25 pct. Endvidere kan særydelser, f.eks. særlige behandlinger, implantater, proteser og speciel medicin, udskilles til særskilt afregning efter kostprisen.

§ 12. Beregning af abonnementsbetaling, sengedagstakster, proceduretakster og ambulanttakster samt forløbstakster sker på basis af afdelingsregnskabet for den enkelte afdeling med udskillelse af eventuelle særydelser, samt med fradrag for betaling for patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau fra andre regioner. Beregningen af takstgrundlaget sker som anført i bilag 1. Beregningen af forløbstakster kan ske på basis af afdelingsregnskaber 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.

§ 13. 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.

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

Ikrafttræden

§ 15. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2011.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 13 af 10. januar 2006 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 6. december 2010

Bertel Haarder

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. - særydelser (kostprisen)

F. - betaling for patienter på hovedfunktions- og
regionsfunktionsniveau fra andre regioner

G. = Mellemtotal

H. + Forrentningsbeløb

I. + Afskrivningsbeløb

J. + Pensionsbyrde

K. = Takstberegningsgrundlaget

B8.2. Sygehusbekendtgørelsen

Bekendtgørelse nr. 1207 af 22. september 2016 om ret til sygehusbehandling m.v.³⁰

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. 3, § 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, og efter forhandling med justitsministeren og social- og indenrigsministeren 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

³⁰ ¹⁾ Bekendtgørelsen indeholder bestemmelser, der 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, nr. L 88, side 45-65.

§ 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 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, Nordisk Konvention om Social Sikring og 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.

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,
- 4) om sygehuset tilbyder at henvise patienten til privatejede sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller sygehuse m.v. i udlandet, som Danske Regioner har indgået aftale med (aftalesygehuse).

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

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

- 1) dato og sted for undersøgelse eller behandling,

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

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

Kapitel 4

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

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

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

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

§ 14. Til personer, der er henvist til udredning på sygehus, yder regionsrådet i bopælsregionen udredning ved regionens egne sygehuse (regionssygehuse) eller et af de sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse), inden for en måned, såfremt det er fagligt muligt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 17. For personer, der er optaget i kriminalforsorgens institutioner, eller som opholder sig i en institution i henhold til retsplejeloven, straffeloven eller et farlighedsdekret efter kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, kan retten til at vælge sygehus i henhold til § 13, stk. 1 og 2, og § 15, stk. 1-3, 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 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned, kan tilbyde både forundersøgelse og behandling ved regionens egne sygehuse (regionssygehuse) eller et af de sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse), jf. dog §§ 21 og 22.

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

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

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

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

§ 21. Bestemmelserne i §§ 13, 14 og 19 gælder ikke henvisning til organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, herunder refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation og rekreative- 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 af 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, og
- 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, og
- 3) oplysninger til brug for udbetalingen.

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

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

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

grænsesarbejderens 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. oktober 2016.

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. 469 af 23. maj 2016 om ret til sygehusbehandling m.v. ophæves.