



Takstsystem

Vejledning



2015



Udgiver: Sundhedsdokumentation, Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning

Ansvarlig institution: Statens Serum Institut

Design: Statens Serum Institut

Copyright: Statens Serum Institut

Version: 2015-5

Versionsdato: 17.02.2015

Format: PDF

Ændringer/rettelser i Takstvejledningen.

I forhold til version (2015-1) er der følgende justeringer og ændringer:

- **Side 14**

I anden paragraf på side 14 var der anført et forkert antal sengedage. Teksten: *"[...] og 3 sengedage, opgjort i takstsystem 2015"* er ændret til *"[...] og 2 sengedage, opgjort i takstsystem 2015."*

- **Side 28**

Psykiatri sengedagstaksten er rettet fra kr. 3.517 til kr. 3.518.

- **Side 64:**

I tabellen *"MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)"* manglede DRG gruppe 0537, denne gruppe er nu indsat i tabellen.

- **Side 108:**

I fodnote 18 i version 2015-1 var der anført forkert PG12 gruppe. Fodnoten er blevet ændret fra PG12O til PG12P.

- **Side 108:**

PG12A, PG12B og PG13C var listet dobbelt i tabellen, dubletterne er fjernet.

- **Side 118:**

Der var forkerte PG12-gruppenumre anført i Fodnote 25. PG12J Antistof er ændret til PG12B Antistof behandling, PG12K Brachyterapi er ændret til PG12C Brachyterapi og PG12U Botulinumtoksininjektion er ændret til PG12M Botulinumtoksin, injektion

Indhold

1. Indledning	6
1.1 Vejledningens formål og baggrund	6
1.2 Vejledningens opbygning	7
2. Generelle bestemmelser	9
2.1. Takstbekendtgørelsens dækningsområde	9
2.1.1 Private sygehuse	9
2.1.2. Personer uden bopæl i Danmark	10
2.1.2.1. Muligheder for refusion af behandlingsudgifter	10
2.1.2.2. Beregning af afregningen for personer uden bopæl i Danmark	11
2.2. Sondring mellem behandlingsniveauer	11
2.3. Generelle afregningsregler	12
2.3.1. Betalingsforpligtelsen	12
2.3.2. Fravær under indlæggelse	12
2.3.3. Afgrænsning af ambulante besøg	13
2.3.4. Sengedagstakster	13
2.3.5. Raske ledsagere og nyfødte	13
2.3.6. Overgangsregler ved årsskifte	13
2.3.7. Pris- og lønregulering for takstsystem 2015	14
2.4. Lønsumsafgift	15
3. Behandlinger på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau	16
3.1. Patienter behandlet på somatiske afdelinger	16
3.1.1. Afregning af stationære patienter	17
3.1.1.1. DRG-takster	17
3.1.1.2. Afdelings- og sygehusudskrivinger	17
3.1.1.3. Timpunkt	18
3.1.1.4. Særydelser for stationære patienter	18
3.1.2. Afregning af gråzonepatienter	19
3.1.2.1. Gråzonetakster	19
3.1.2.2. Særydelser for gråzonepatienter	19
3.1.3. Afregning af ambulante patienter	19
3.1.3.1. Takstgrupper for ambulante patienter	20
3.1.3.2. Afregning for akutte ambulante skadekontakter i 2015	22
3.1.3.3. Besøgsgrupper	23
3.1.3.4. Diagnosegrupper	24
3.1.3.5. Proceduregrupper	24
3.1.3.6. Sammedagspakker	24

3.1.3.7. Ambulante substitutionstakster	24
3.1.3.8. Afregning af ambulante besøg inden indlæggelse	25
3.1.3.9. Assistancer.....	25
3.1.3.10. Ambulant besøg under stationær indlæggelse	26
3.1.3.11. Ambulante ydelser på indlæggelses- og udskrivningsdagen for stationære kontakter	26
3.1.4. Afregning af genoptræningsydelser	26
3.1.5. Afgrænsning af specialer	27
3.2. Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger	28
4. Behandlinger på højt specialiseret funktionsniveau	29
4.1. Betaling	29
4.2. Takstberegning	29
5. Andre takstregler	32
5.1. Betaling for færdigbehandlede patienter.....	32
5.2. Udbetaling af lommepenge	32
6. Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.	33
Bilag 1. DRG-systemet.....	34
B1.1. Omkostningsdatabasen	34
B1.1.1. Omkostningsberegninger for stationære patienter.....	35
B1.1.2. Omkostningsberegninger for ambulante patienter.....	35
B1.2. Takstberegning	36
B1.2.1. Beregning af DRG-takster	36
B1.2.2. Beregning af DAGS-takster	37
B1.2.3. Beregning af gråzonetakster	38
B1.2.4. Niveaujustering	39
B1.3. Tilordning af DRG- og DAGS-grupper	39
B1.3.1. Diagnoseegenskaber (tabel DG1).....	41
B1.3.2. Procedureegenskaber (tabel DRGTPT)	42
B1.3.3. Tillægskodeegenskaber (tabel TILL)	42
B1.3.5. Tildeling af DRG-gruppe (tabel DRGLOGIK)	42
B1.4. Sygehusoversigt	43
Bilag 2. Ændringer i grupperingslogikken.....	47
B2.1. Ændringer fra 2014 til 2015.....	47
Bilag 3. DRG-takster for stationære patienter og gråzonepatienter.....	53
Bilag 4. Ambulante takster	105
B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2015	105
B4.2. Særydelsesliste.....	118
Bilag 5. Takster for genoptræningsydelser	119
Bilag 6. Procedure for oprettelse af budgettakster for nye behandlinger	121

Bilag 7. Finansieringen af sundhedsvæsenet	122
B7.1. Finansieringsmodellen.....	122
B7.2. Bloktilskud	123
B7.3. Statslig aktivitetspulje	124
B7.4. Kommunal (med)finansiering	124
B7.5. Mellemregional afregning	125
B7.6. Det fælles datagrundlag for afregning	126
Bilag 8. Regelgrundlag	128
B8.1. Takstbekendtgørelsen	128
B8.2. Sygehusbekendtgørelsen.....	133

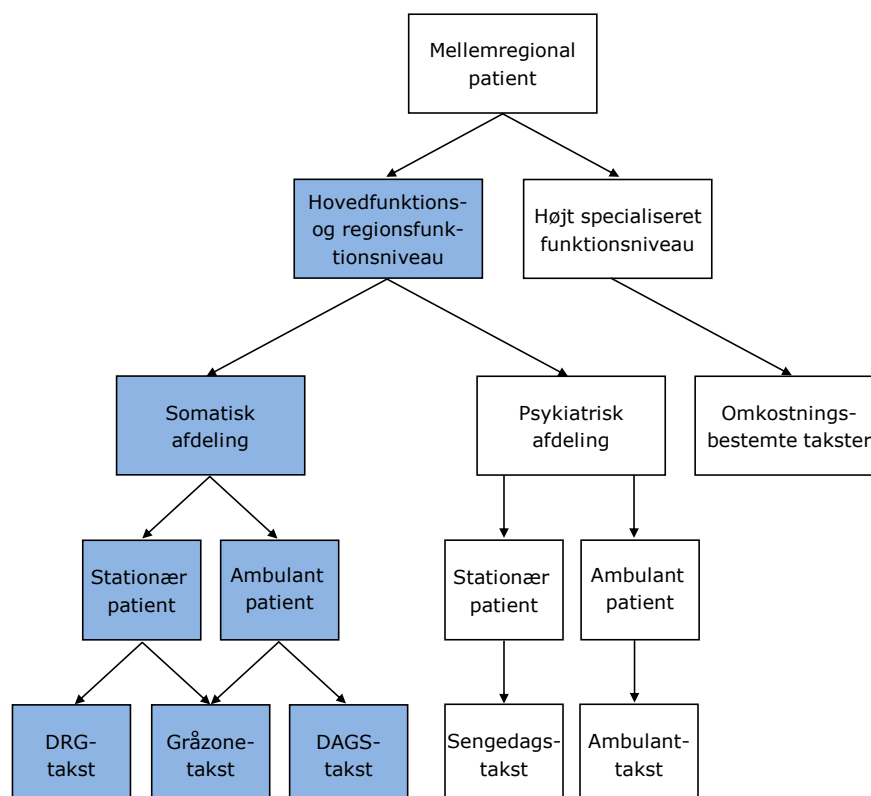
1. Indledning

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 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 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 2015 er bygget op omkring den overordnede takststruktur i Takstbekendtgørelsen og gennemgår således afregningsreglerne for alle behandlingsniveauer og patientgrupper, som er gældende i 2015. 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 2015 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 2014 til 2015 er listet i bilag 2. I bilag 3 til 5 findes oversigter over hhv. DRG- og gråzonetaksterne, DAGS-taksterne og genoptræningstaksterne for 2015, 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. 958 af 29. august 2014 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 markedsfølsomt salg af sygehusydelse.

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 ministeriets "Vejledning om koordinering af sundhedsydelser og visse sociale ydelser for borgere, der rejser mellem EU-landene", 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 Patientombuddets 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 en 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. Særsomt fremmøde på en serviceafdeling (f.eks. røntgen eller laboratorium) regnes ikke som et ambulant besøg.

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 2014 og

udskrives/afsluttes i 2015, 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 2014/2015 og udskrives i 2015, afregnes således til 2015-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 2014 til 3. januar 2015, afregnes således med 2 sengedage, opgjort i takstsystem 2014, og 2 sengedage, opgjort i takstsystem 2015.

2.3.7. Pris- og lønregulering for takstsystem 2015

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 skønnede justeringsfaktor for pris- og lønudviklingen på sundhedsområdet ekskl. medicintilskud.

I Økonomiaftalen for 2015 er P/L-faktoren for 2015 sat til 1,7 pct., svarende til Finansministeriets P/L-faktor for 2015 opgjort juni 2014. 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 2015
P/L-faktor anvendt i Økonomiaftalen	1,7 pct.
P/L-faktor anvendt i beregningen af DRG- og DAGS-taksterne	1,7 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) 1,7 pct.
Lofter i kommunal medfinansiering	
Besøgs- og sengedagstakster på det psykiatriske område	
Fritvalgsrammer for privatsygehuse	
Genoptræning	
Særydelser	
Lommepenge	
(beløb til personlige fornødenheder til personer, der ikke oppebærer pension eller anden indkomst under længerevarende indlæggelser)	
De tilrettede driftsudgifter (f.eks. sygehusregnskaber fra tidligere år)	

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. Med gældende afgiftssats er der derefter beregnet lønsumsafgifter på DRG- og DAGS-grupper, genoptræningsgrupper og langliggertaksten. Lønsumstakster og lønsumsafgifter gældende fra 1. januar 2015 til takstsystem 2015 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 tjenstemandspension, 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 2015 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 2000-2015

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	195	49	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 1.951 kr. pr. sengedag (2015 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 2.

DRG-taksterne for alle 740 DRG-grupper er gengivet i bilag 3 sammen med de tilhørende takster, trimpunkter og gennemsnitlige liggetider.

3.1.1.2. Afdelings- og sygehusudskrivinger

En sygehusudskrivning defineres som en udskrivning fra et sygehus, uden at der samme dag sker en indlæggelse på en anden afdeling på det samme sygehus. Hvis der derimod sker en

udskrivning fra en afdeling efterfulgt af en indlæggelse på en anden afdeling på samme sygehus den samme dag, er der tale om en afdelingsudskrivning. En sygehusudskrivning kan således bestå af flere afdelingsudskrivninger, hvis den pågældende patient har været overflyttet mellem flere afdelinger på sygehuset inden den endelige sygehusudskrivning. I dette tilfælde beregnes en DRG-værdi for hver enkelt afdelingsudskrivning, og sygehusudskrivningen afregnes som den største af afdelingsudskrivningernes DRG-værdier.

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

3.1.1.3. Trimpunkt

Trimpunktet er det maksimale antal sengedage, der dækkes af DRG-taksten. Hvis en sygehusudskrivning strækker sig ud over trimpunktet, afregnes der i tillæg til DRG-taksten 1.951 kr. (2015 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. For hjemmefødsler vil besøget dog gruppere til substitutionstaksten selvom gråzonegruppen er dyrere.

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.

Eventuelle for- 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 1.951 kr. (2015 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 2014 findes 209 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 209 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 så 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 er udtømmende og 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 fem kategorier af takstgrupper, nemlig besøgsgrupper, diagnosegrupper, proceduregrupper, ambulante substitutionstakster og sammedagspakker. Takstgrupperne i det ambulante takstsystem for 2015 er vist nedenfor.

Besøgsgrupper

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

Diagnosegrupper

- Medfødte stofskiftesygdomme
- Kraniofaciale misdannelser
- Pubertets- og vækstforstyrrelser
- Sjældne handikap
- Endokrinologi
- Respirationsinsufficiens i 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
- Hjerter-, 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

Sammedagspakker

- Anæstesiologi
- Allergologi
- Gastroenterologi
- Mammadiagnostik
- Øre-næse-hals
- Høreapparat
- Svimmelhed
- Ryglidelser
- Graviditet
- Radiologi
- Kardiologi
- Cystoskopi
- Endokrinologi
- Gigt
- Blodprop
- Øjenundersøgelser
- Klinisk Genetik
- Komplex somatisk tværfaglig udredning
- 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
- Akut ambulante
- Proceduretakster for gråzoner

3.1.3.2. Afregning for akutte ambulante skadekontakter i 2015

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 ambulant forløb
 - ved viderevisitering til andet afsnit
 - ved indlæggelse i normeret seng
 - når patienten går hjem fra afsnittet
- Indførelse af 'akutte ambulante' – indskrivningsmåde
- Indførelse af Udskrivningstime (UDTIME) - varighed
- Dato for besøg (DTOBES) gøres fakultativ for akutte ambulante

Fra 2015 indføres 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 ambulante' markeringen og aktionsdiagnose.

Der er oprettet 4 dedikerede grupper for de akut ambulante kontakter der hovedsagligt har skadeskarakter. Grupperingsrækkefølgen for akut ambulante kontakter er anderledes i 2015 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 proceduregrupperne PG10O, Neonatal hørescreening eller PG17I, Klinisk fysiologi/nuklearmedicin gruppe I, de akut ambulante grupper PG08H-K, PG12P, SP08D, ST01I, ST01J, ST01L

Grundtaksten i 2015 for ambulante besøg er på hhv. 767 kr. for patienter i alderen 7 år og op efter, 1.495 kr. for patienter i alderen 0 til 6 år og 1.554 kr. for besøg med anamnese- eller journaloptagelse. Til gruppen 'Ambulant besøg med journaloptagelse' grupperes besøg med procedurekoderne ZZ0150 journaloptagelse.

Telefon- eller e-mailkonsultation eller skriftlig kommunikation ved prøvesvar udløser en takst på 149 kr. i 2015. 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 383 kr. i 2015. Afregning af den telemedicinske grundtakst kan udelukkende ske, hvis mindst én ydelse er tillægskodet med ZPW00900 (Telemedicinsk ydelse) og der er tale om pacemakerkontrol, lunge-funktionsundersøgelse eller telemedicinsk type 2 diabetes kontrol.

Grundtaksten for hjemmebesøg er 2.147 kr. i 2015. 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 982 kr. i 2015. 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 inden indlæggelse

Fra 2015 indføres afregning af resursetunge procedurer udført på ambulante besøg, der finder sted umiddelbart før en indlæggelse. Det betyder, at såfremt der er fundet et ambulant besøg sted på samme dag som en efterfølgende indlæggelse, 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 "Før Indlæggelse".

For ambulante besøg, der finder sted umiddelbart før en indlæggelse og 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 indlæggelse for besøg, der opfylder ét af følgende krav:

1. Besøget grupperer til en proceduregruppe, substitutionsgruppe eller en sammedagspakke-gruppe ved gruppering med den ambulante grouper. Besøget afregnes med taksten ekskl. besøg.
2. Besøget grupperer til en besøgsgruppe eller diagnosegruppe med den ambulante grouper, men grupperer til en gråzonegruppe i MDC 02, 03, 08, 13, eller 27, når den grupperes med den stationære grouper. Besøget afregnes med en særlig gråzone-proceduretakster og DAGS navnet ender på "_FI" for "Før Indlæggelse".

Gråzoneproceduretaksterne er samlet i bilag B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2015

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.

Når assistancen gives til en ambulant kontakt, 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.

3.1.3.11. Ambulante ydelser på indlæggelses- og udskrivningsdagen for stationære kontakter

Der henvises til afsnit 3.1.3.8 Afregning af ambulante besøg inden indlæggelse.

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 2015, 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.

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

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.

⁶ 00 Blandet medicin og kirurgi, 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 Afdelinger, som ikke lader sig klassificere.

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. immunologi, 63 Klinisk mikrobiologi, 65 Patologisk anatomi, 67 Klinisk farmakologi

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 pågår et udviklingsarbejde på området, og der er udarbejdet vejledende DRG- og DAGS-takster for psykiatrien for 2015, som er tilgængelige på www.drg.dk.

Ved beregning af betaling for psykiatriske patienter udgør sengedagstaksten 3.518 kr. (2015 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 overførelstidspunktet som udskrivningstidspunkt fra den somatiske afdeling.

For psykiatriske patienter udgør taksten for ambulant behandling 1.760 kr. (2015 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 4 og § 7.

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 ambulanttakster 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 ambulanttakster. 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 ny opførte 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 2015 udgør med den anførte pris- og lønregulering maksimalt 1.951 kr.

5.2. Udbetaling af lommepenge

I henhold til Sundhedslovens § 91 fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse 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 sundhed og forebyggelse fastsætter beløbets størrelse.

Beløbets størrelse er senest fastsat i Bekendtgørelse nr. 958f 29. august 2014 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 Sundhedsstyrelsen - nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Taksten er 1.400 kr. pr. måned for 2015 (2015 pris- og lønniveau).

6. Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.

I henhold til § 235, stk. 4 i Sundhedsloven fastsætter ministeren for sundhed og forebyggelse 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.

De økonomiske rammer er senest fastsat i bekendtgørelse nr. 618 af 6. juni 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.

	2015 P/L-niveau
Sankt Lukas Hospice	17,0
Diakonissestiftelsens Hospice	17,0
Sct. Maria Hospice	17,0
OASIS	18,4
RCT-København	19,4
RCT-Jylland	13,3
Epilepsihospitalet i Dianalund... ..	79,0
Sclerosehospitalet i Haslev og Ry	70,3
Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium	30,3
Center for sundhed og træning i Middelfart	13,1
Center for sundhed og træning i Århus	14,9
Center for sundhed og træning i Skælskør	20,2
RehabiliteringsCenter for Muskelsvind	21,8
Vejlefjord	15,8
Center for Hjerneskade	8,8
Øfeldt Centrene	17,3

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 Statens Serums Instituts patientrelaterede 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.

Tabel B1 illustrerer udbygningen af omkostningsdatabasen siden 2000. Tabel B2, bagerst i dette kapitel, giver en komplet fortegnelse over de sygehusenheder, der har bidraget med fordelingsregnskaber til omkostningsdatabasen for takstår 2015.

Tabel B1. Oversigt over indholdet i omkostningsdatabasen¹⁰

Takstår	Antal kontakter der er dækket af basen		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 ¹¹	2.324.966	18.952.138	86	73
2015	2.494.953	22.783.373	91	84

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. 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.

B1.1.2. Omkostningsberegninger for ambulante patienter

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

¹⁰ Fra 2007 indgå to regnskabsår. Når alle sygehuse indberetter for begge år øges dækningsgraden.

¹¹ Antallet af kontakter der er dækket af basen for 2014 er dannet på baggrund af en tilrettet version af omkostningsdatabasen

Der er til taksterne for 2015 anvendt ambulante, specialespecifikke vægtningssystemer 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

Den akut ambulante skadekontakt 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. Dannelselse 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 afdelingsudskrivningerne 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. afdelingsudskrivning 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 afdelingsudskrivning er blevet tilknyttet en DRG-gruppe. Ved dannelsen af sygehusforløb i trin tre kobles afdelingsudskrivningerne sammen til ét forløb for den enkelte patient, og forløbet tildeles den af afdelingsudskrivningernes DRG-grupper, der jf. trin to har den højeste gennemsnitsomkostninger. Alle omkostningerne fra alle afdelingsudskrivningerne bliver så tilknyttet denne gruppe, hvorved den samlede omkostning for sygehusudskrivningen fremkommer.

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

I trin 5 beregnes DRG-taksterne som simple gennemsnit af omkostningerne ved sygehusudskrivningerne 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 besøg¹².

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. Omkostningstrunkeringen for DAGS-grupper med mere end 20 observationer trunkeres ved 1 og 99 pct. fraktilerne. Omkostningstrimningen for DAGS-grupper med op til 20 observationer trunkeres ved 5 og 95 pct. fraktilerne. Herefter beregnes gennemsnit for de enkelte DAGS-grupper, og omkostnings-strukturen 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. Gråzone-taksten ligger derfor i intervallet mellem gennemsnitsomkostningerne for de ambulante patienter, som DRG-grupperes til en gråzone og gennemsnitsomkostningerne for de stationære patienter i samme gruppe.

I praksis beregnes taksterne for de enkelte gråzone grupper ved, at de samlede udgifter ved de ambulante besøg, hvor proceduren er foretaget, lægges sammen med de samlede udgifter til behandling af de stationære patienter i DRG-gruppen, og denne sum deles herefter med det samlede antal behandlinger¹³. Antal gråzonegrupper tilpasses løbende.

¹² Udvalgelse 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.

¹³ Gråzonetakstberegningen sker efter følgende formel:

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

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. Niveaujustering

DRG-systemet er et tilnærmet nul-sums-spil, hvor der hverken tilføres eller fjernes værdi i DRG-systemet. Produktionsværdien af de beregnede DRG- og DAGS-takster tilpasses de tilrettede driftsudgifter. Fra 2014 foretages der dog en særlig ny korrektion vedr. kommunal medfinansiering, der medfører, at nul-sums-spillet ikke længere er fuldstændig intakt.

Niveaujusteringen foretages i to trin: Trin et er den traditionelle justering ift. niveauet for de samlede tilrettede driftsudgifter (der skal sikre nul-sums-spillet), mens trin to skal sikre, at værdien for den kommunale medfinansiering er den samme før og efter høringen af taksterne.

I trin et niveaujusteres produktionsværdien ift. de samlede tilrettede driftsudgifter, gennem justering af de beregnede DRG- og DAGS-takster. De offentlige sygehuses samlede produktionsværdi beregnet med takstsystem 2015 er således tilpasses de samlede tilrettede driftsudgifter for offentlige sygehuse for 2013 fremskrevet til 2015 P/L-niveau.

Trin to er indført, da beregningen af taksterne er blevet fremrykket for at imødekomme ønsket om, at der ved indgåelse af Økonomiaftalen mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening er et retvisende grundlag for den kommunale medfinansiering. Dette betyder, at værdien af den kommunale medfinansiering, beregnet på de foreløbige DRG- og DAGS-takster fra perioden før høringen af taksterne, fastholdes ved genberegning af taksterne efter implementering af eventuelle høringssvar. I takstsystemet for 2015 er taksterne justeret både før og efter høring. Efter høring blev taksterne justeret i forhold til værdien af den kommunale medfinansiering ved indgåelse af Økonomiaftalen.

Særligt for taksterne til 2015 gør det sig gældende, at taksterne har været beregnet af to omgange, da der var fejl i justeringsniveauet i første takstberegning.

Hermed er det endelige takstniveau for takstsystem 2015 fastlagt.

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 ¹⁴ .
DRGTPT	Indeholder alle procedurekoder, som har betydning i DRG-systemet. Til hver procedurekode er knyttet en række egenskaber.
TILL	Indeholder alle de koder, der – hvis kodet som tillægskode – kan have indflydelse på grupperingen. Til hver kode er knyttet en eller flere egenskaber.

¹⁴ ICD10 klassifikationen vedligeholdes af National Sundheds-it (NSI), Statens Serum Institut. Nærmere information herom kan fås på: <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/TerminologiOgKlassifikationer/SKS.aspx>

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.

B1.3.5. Tildeling af DRG-gruppe (tabel DRGLOGIK)

DRG-logikken er en tabel, der indeholder cirka 3.500 regler for gruppering til DRG-grupperne. Der er 740 DRG-grupper i DkDRG 2015. 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 variablen 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 den patientrelaterede omkostningsdatabase med ca. 2,5 mio. stationære kontakter og 22,8 mio. ambulante besøg i 2012 og 2013 fra de sygehuse, der er angivet i tabel B2.

Tabel B2. Oversigt over sygehusenheder, der har bidraget med fordelingsregnskaber til omkostningsdatabasen for takstår 2015.

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabs-enhed
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	Rigshospitalet	Rigshospitalet
	Amager og Hvidovre Hospitaler	Amager Hospital	Amager og Hvidovre Hospitaler
		Hvidovre Hospital	
	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Bispebjerg Hospital	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler
		Frederiksberg Hospital	
	Gentofte Hospital	Gentofte Hospital	Gentofte Hospital
	Glostrup Hospital	Glostrup Hospital	Glostrup Hospital
	Herlev Hospital	Herlev Hospital	Herlev Hospital
	Hospitalet i Nordsjælland	Hospitalet i Nordsjælland, Hillerød	Hospitalet i Nordsjælland
		Hospitalet i Nordsjælland, Frederikssund	
		Hospitalet 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	
	Regionshospitalet Randers	Regionshospitalet Randers	Regionshospitalet Randers
		Grenaa Sundhedshus	
	Hospitalsenhed Midt	Regionshospitalet Viborg	Hospitalsenhed Midt
		Regionshospitalet Skive	
		Regionshospitalet Hammel Neurocenter	
		Regionshospitalet Silkeborg	
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 2014 til 2015

Ændringerne i grupperingslogikken for DkDRG og DAGS fra 2014 til 2015 er beskrevet i tabel B3 og B4 nedenfor. Dokumentation på kodeniveau kan findes på www.drg.dk under "Gruppering".

I Takstsystem 2015 er der i alt 740 DRG-grupper, hvoraf 209 er gråzoner. Endvidere er der 256 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker og substitutionstakster. Dette skal ses i forhold til Takstsystem 2014, der havde 731 DRG-grupper, hvoraf 204 var gråzonegrupper. Takstsystem 2014 havde endvidere 250 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker og telemedicin.

Tabel B3. Grupperingslogikken for DkDRG i 2015 i forhold til 2014

MDC	DRG i 2015	Beskrivelse af ændring
Flere MDC'er		Ændringer: DD471, DD471B, DD473, DD459, DD474, DD474A-C og DD460-469 indplaceres på lige fod med diagnose DC931, Kronisk myelomonocytær leukæmi, CMML.
	0327, 0609 0610, 0617 0621, 0622 0631, 0635 0639, 0644 0705, 0722	Diagnoser for underernæring, DE40*-DE47*, indplaceres på lige fod med overernæring, dvs. diagnoserne tilføjes egenskab 06K32.
01	0120	Ændringer: Tillægskodekravet for lægemidlet MB01AD02 (01T01) er fjernet fra gruppen.
02	0219	Nye grupper: Grå stær operationer med toriske linser
	0208, 0209	Ændringer: Til takst 2014 blev KCKD05C/D fjernet fra DRG-logikken, hvorfor regler med egenskab 02S032K fjernes fra logikken.
03	0304	Nye grupper: Operationer på hoved og hals, kategori 1-3, m. robot
05	0527	Nye grupper: Dobbelt endovaskulær behandling m. stent
	0543, 0554	Ændringer: Reglerne til disse grupper med egenskab '05S55' er byttet rundt i hierakiet.
06	0601, 0609, 0610, 0611	Ændringer: De to procedurer KKCH33 og KKCH34, fjernes fra egenskaben 06S04+.
	0626	Koden KJAE30 tilføjes egenskab 06S05, der peger på 0626.
07	0710	Nye grupper: Ikke kirurgiske indgreb på bugspytkirtel, ved ondartet sygdom
	0706	Ændringer: Der oprettes en ny regel til gruppen med udvidelse af procedurekoder, der også udføres ambulant. DRG0706 er en gråzone. Procedurekoderne er tilføjet ny egenskab 07S03B.
	0703, 0706	Koderne KPCT20, KTJJ00, KTJA10, KTJA10A og KTJA10B flyttes fra DRG 0706 til 0703, dvs. koderne flyttes fra egenskab 07S03A til 07S12.
08	0801	Ændringer: Ny regel til DRG0801: Særlig a-diagnose (egenskab 08P01_) kombineret med Bageste spondylodese med fiksation (KNAG71-KNAG76) samt ZBB1E antal bevægeselementer, 6 eller flere.
09	0918	Nye grupper: Behandling af pilonidalcyster
	0913, 0916	Ændringer: Procedurekrav udvides, så KHAD25, KHAD30, KHAD35 og KHAD40 tilføjes til egenskab 09S44.

Tabel B3 (fortsat).

MDC	DRG i 2015	Beskrivelse af ændring
11		Nye grupper:
	1110	Kombinerede operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom
		Ændringer:
	1124, 1119	KKCV22 flyttes fra egenskab 11S56 til 11S60, der peger på DRG1124.
	1126	Koden tilføjes egenskab 11S01, der peger på 1126.
13		Ændringer:
	1302, 1303, 1304, 1305	KPJD43 tilføjes egenskab 13S01A, som har betydning i DRG 1302, 1303, 1304, 1305.
	1310	Regel med egenskab 14S02A Komplicerede intrauterine indgreb, som pegede på DRG1310 er blevet slettet.
	1311	Regel med egenskaber 14P01, 14S02A og 14K03 er rykket til nyoprettet gruppe DRG1402.
	1307-1311, 1314	KLCC11 er ændret, så procedurekoden grupperer på samme måde som KLCD01.
14		Nye grupper:
	1402	Komplicerede intrauterine indgreb under graviditeten. Regel fra DRG1311 (2014) er rykket ned.
		Ændringer:
	1402	DO430, DO430C og DO361A er tilføjet egenskab 14K03.
	MDC14	Logikken er ændret, så epidural angivet som procedurekode har betydning i de relevante grupper, i stedet som tillægskode. Dette er ændret allerede i år 2014.
	MDC14	Logikken er ændret så den nedre grænse på svangerskabslængden sættes til DU16D0.
15		Ændringer:
	1517	DZ763B tilføjes egenskab 15M02, som peger på DRG1517.
16		Ændringer:
	1602	Ny regel til DRG1602: Diagnose DG50* og én af procedurekoderne KUJF02, KUJF02A, KUJF05, KUJF05A, KUJF82, KUJF85 (ny egenskab 16S02A).
17		Ændringer:
	1705	Der er tilføjet en ny regel til DRG1705 med egenskaber 17P10, 17S04 og 17X10.
21		Ny gråzonegruppe:
	2109	Traumemodtagelse er omdannet til gråzone.
26		Nye grupper:
	2632	Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, multipel sklerose eller autoimmun tilstand
		Ny gråzonegruppe:
	2608	Intensiv neurorehabilitering, kontrolindlæggelse er omdannet til gråzone.
		Ændringer:
	2648, 2649, 2650	KYQH25 Koden flyttes fra egenskab 00S06 til 00S07.
27		Nye grupper:
	2723	Kemoterapi, basis med anvendelse af elektrotransfer. Gruppen er en gråzonegruppe
		Ændringer:
	2716	Ny regel tilføjet gruppen, og gruppen ændrer navn til "Særlig kompleks kemobehandling"

Tabel B4. Grupperingslogikken for DAGS i 2015 i forhold til 2014

DAGS 2015	
Generelt	
	Ændringer:
Raske Nyfødte	Der oprettes en ny gruppe i det ambulante til håndtering af de raske nyfødte.
Besøgsgrupper	
	Ændringer:
BG50E	Alle typer af jordemoderkonsultationer kombineret med AAF6 Hjemmebesøg grupperes til Besøgsgruppen BG50F Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg, jordemoder. Koderne BKUA21*, BKUA22*, BKUA27*, BKUA28B, BKUA37 kombineret med AAF6 er indplaceret i BG50F.
	Lukkede grupper:
BG50D	Akut ambulant skadekontakt
	Nye grupper:
AA01A	Traume
AA01B	Mindre kir skader
AA01C	Småskader
AA01E	Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning
Diagnosegrupper	
	Ændringer:
DG30G	DO244D og DO244E er indplaceret i DG30G.
Proceduregrupper	
Hudsystem	
	Ændringer:
PG01C	KQBA40A er indplaceret i PG01C.
PG01L	BNPA6 indplaceres i PG01L sutur og sårbehandling.
Kvindelige kønsorganer	
	Ændringer:
PG08F	KMAA00A og KMAA00B er indplaceret i PG08F og SP13C.
PG08I	BKUA35 eller BKUA36 kombineret med BKUA21* er indplaceret i PG08I.
Medicinsk behandling	
	Ændringer:
PG11	Der er tilføjet krav om tillægskodning af medicinindgivning til alle relevante grupper i PG11, med undtagelse af enkelte regler.
PG11	Der er tilføjet procedurekoder fra PG12B, PG12C, PG12D og PG12E (DAGS2014) til relevante PG11-grupper.
PG11D	KCKD05C er flyttet op i hierakiet, og er indplaceret i PG11E.

Tabel B4 (fortsat).

DAGS 2015	
Diverse behandlinger	
Lukkede grupper (DAGS2014):	
PG12	PG12B, PG12C, PG12D (DAGS2014) er lukket. Procedurerne er indført til relevante PG11-grupper.
Diverse procedurer og undersøgelser	
Ændringer:	
PG13C	ZZ5104 er indplaceret i PG13C og ST01C.
PG13C	Kombinationen ZZ0150D og ZZ1500 eller ZZ1500A er indplaceret i PG13C og ST01C.
PG13F	ZZ4391 er indplaceret i PG13F og SP13B.
PG13G	ZZ4390 er indplaceret i PG13G.
Nye grupper:	
PG13E	Epidural trykmåling
Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab	
Ændringer:	
PG14A	Regel med anæstesikoder (NAAC*) som procedurekrav tilføjet.
PG14D	Regel med anæstesikoder (NAAC*) som procedurekrav tilføjet.
Klinisk fysiologi/nuklearmedicin	
Ændringer:	
PG17A	ZZ4141 og ZZ4142 er indplaceret i PG17A.
PG17D	WHBPDRBXX er indplaceret i PG17D.
PG17F	Følgende koder er flyttet op i hierakiet til PG17F: WTFRNJLXX, WTGRNJLXX, WTHRNJLXX, WTIRNJLXX, WTJRNJLXX, WMAMPXYXX, WCBMPXYXX.
PG17G	Følgende koder er flyttet op i hierakiet til PG17G: WNCGTCJXX, WLHMAXXXX, WCBPCPYXX, WRACPXYXX, WAHCSXYXX, WMBCSXYXX, WMFCSXYXX, WMMCSXYXX, WQACSXYXX, WRACSXYXX.
PG17H	ZZ1006 og ZZ1007 er rykket op i hierakiet. Koderne er flyttet fra PG17I og er indplaceret i PG17H.
Klinisk neurofysiologi	
Ændringer:	
PG18A	ZZ5104 er fjernet fra gruppen.
Sammedagspakker	
Sammedagspakke: Muskelsystem	
Nye grupper:	
SP02C	Sammedagspakke: Håndkirurgisk dagkirurgi

Tabel B4 (fortsat).

DAGS 2015	
Sammedagspakke: Hjerter-, Kar- og lymfesystem	
Ændringer:	
SP04B	Underkoder til BQFS0 er indplaceret i sammedagspakken.
Sammedagspakke: Urinveje	
Lukkede grupper (DAGS2014):	
SP06B	Sammedagspakke: Cystoskopi med flowundersøgelse og ultralyd
SP06C	Sammedagspakke: Cystoskopi med flowundersøgelse
Nye grupper:	
SP06B	Sammedagspakke: Prostatakræft-udredning med LUTS-udredning
SP06C	Sammedagspakke: LUTS-udredning med cystoskopi eller UL af prostata
Sammedagspakke: Kvindelige kønsorganer	
Nye grupper:	
SP08D	Sammedagspakke: Flere jordemoderkonsultationer
Sammedagspakke: Nervesystem	
Nye grupper:	
SP09A	Sammedagspakke: Epilepsiudredning
Sammedagspakke: Diverse behandlinger	
Nye grupper:	
SP12E	Sammedagspakke: Tværfaglig smertebehandling kroniske smertepatienter
Sammedagspakke: Diverse procedurer og undersøgelser	
Ændringer:	
SP13C	KMAA00A og KMAA00B er indplaceret i PG08F og SP13C.
PG13F	ZZ4391 er indplaceret i PG13F og SP13B.
Substitutionstakstgrupper	
Ude- og hjemmebesøg	
Ændringer:	
ST01C	ZZ5104 er indplaceret i PG13C og ST01C.
ST01C	Kombinationen ZZ0150D og ZZ1500 eller ZZ1500A er indplaceret i PG13C og ST01C.

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 2013
0101		Neurologisk stimulering med implantat	245.474	4	2
0102		Instrumenteret stabilisering af hvirvelsøjle ved sygdomme i nervesystemet	153.985	20	10
0103		Rygmarvsoperationer	78.592	13	6
0104		<i>Carotiskirurgi</i>	57.670	8	4
0105	*	Indgreb på karpaltunnel	5.147	1	1
0106		Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, m. kompl. bidiag.	96.542	14	5
0107		Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, u. kompl. bidiag.	41.998	6	2
0108		Epilepsi, udredning, mentalt retarderet, m. fast vagt	150.175	90	.
0109		Epilepsi, udredning, mentalt retarderet	150.175	90	.
0110		Epilepsi, udredning, m. EEG-døgnmonitorering	59.317	25	.
0111		Epilepsi, udredning, m. central overvågning	59.317	25	.
0112		Epilepsi eller dissociative kramper, udredning og behandling	59.317	20	.
0113		Behandling med højdosis immunglobulin ved sygdom i nervesystemet	61.182	9	4
0114		Medicinske sygdomme i nervesystemet med dialyse	140.992	49	14
0115		Medicinske sygdomme i nervesystemet med plasmaferese	38.347	6	4
0116		Svulster i nervesystemet, pat. mindst 18 år	40.442	19	6
0117		Sygdomme og skader på rygmarven	37.622	11	6
0118		Infektion i nervesystemet ekskl. virus meningit	54.927	24	7
0119		Sygdomme i hjernenerver og perifere nerver	21.609	6	3
0120		Trombolysebehandling af akut apopleksi	57.906	6	3
0121		Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne	34.251	11	5

MDC-gruppe 01: Sygdomme i nervesystemet (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0122		Degenerative sygdomme i nervesystemet	26.419	11	4
0123		Dissemineret sklerose og cerebellar ataxi	27.266	11	4
0124		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. under 1 år	25.916	6	3
0125		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. 1-17 år	13.123	1	2
0126		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. mindst 18 år	16.544	4	2
0127		Hovedtraumer ekskl. hjernerystelse	29.394	9	4
0128		Hjernerystelse	8.194	1	1
0129		Video-EEG døgnmonitorering	59.317	4	2
0130		Forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne og okklusion af præcerebrale arterier	17.435	4	2
0131		Epilepsikirurgi, udredning eller efterbehandling	17.874	10	.
0132		Epilepsikirurgi, kontrol	19.998	4	.
0133		Ketogen diæt, udredning eller igangsætning	95.399	20	14
0134	*	Ketogen diæt, kontrol	115.404	2	.
0135		Feberkræmper, pat. 0-17 år	7.793	1	1
0136		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. mindst 18 år	22.941	6	3
0137		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. 0-17 år	12.481	1	2
0138		Andre uspecifikke sygdomme i nervesystemet	19.232	9	3
0139		Observation for sygdom i nervesystemet	13.749	4	2

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0201	*	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	44.271	4	2
0202	*	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	19.394	3	2
0203	*	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer	14.552	9	3
0204	*	<i>Dobbelt-operationer, øjenmuskler, hornhinde og sklera</i>	18.730	1	1
0205	*	Hornhindetransplantation	22.719	6	4
0206	*	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	38.027	4	3
0207	*	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	13.391	6	3
0208	*	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, m. generel anæstesi	20.161	4	1
0209	*	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi	14.057	6	2
0210	*	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, m. generel anæstesi	11.768	1	1
0211	*	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi	8.392	1	1
0212	*	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	11.312	4	2
0213	*	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	5.621	4	2
0214	*	Større operationer, hornhinde og sclera	5.260	6	2

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimptk antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0215	*	Større operationer, øvrige, m. generel anæstesi	11.351	1	1
0216	*	Større operationer, øvrige, u. generel anæstesi	4.650	1	1
0217	*	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	8.940	4	2
0218	*	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	4.041	4	3
0219	*	Grå stær operationer med toriske linser	5.857	1	1
0220	*	Grå stær operationer, m. generel anæstesi	10.253	1	1
0221	*	Grå stær operationer, u. generel anæstesi	4.769	1	1
0222	*	Mindre operationer, øvrige, m. generel anæstesi	5.059	1	1
0223	*	Mindre operationer, øvrige, u. generel anæstesi	3.017	1	1
0224	*	Laserbehandling	2.740	4	1
0225	*	Øvrige indlæggelser eller besøg ved øjensygdomme	1.362	1	2

MDC-gruppe 03: Øre-, næse-, hals- og kæbesygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0301		Indsættelse af cochleart implantat, dobbeltsidigt	473.396	4	2
0302		Indsættelse af cochleart implantat, enkeltsidigt	240.098	4	2
0303		Tracheostomi ved mundhule- og halssygdomme	110.219	35	15
0304		Operationer på hoved og hals, kategori 1-3, m. robot	99.342	21	7
0305		Operationer på hoved og hals, kategori 1	71.213	18	7
0306		Operationer på hoved og hals, kategori 2	50.993	19	7
0307		Operationer på hoved og hals, kategori 3	23.124	4	2
0308	*	Operationer på hoved og hals, kategori 4	11.593	1	1
0309		Større kæbeoperationer	60.667	10	4
0310		Kæbeledsalloplastik	137.671	4	2
0311		Operation for læbe-ganespalte og choanal atresi	75.436	13	5
0312		Kombinerede rekonstruktive operationer på over- og underkæbe	54.647	9	2
0313		Frakturkirurgi på kæbe eller kæbeled	41.342	4	2
0314		Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled	34.868	4	2
0315	*	Operationer på øre, kategori 1	21.838	1	1
0316	*	Operationer på øre, kategori 2	12.799	1	1
0317	*	Operationer på næse, kategori 1	15.292	1	1
0318	*	Operationer på næse, kategori 2	6.736	1	1
0319	*	Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber	12.722	4	2

MDC-gruppe 03: Øre-, næse-, hals- og kæbesygdomme (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0320		Operationer på spytkirtler	25.435	1	2
0321	*	Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer	10.112	4	2
0322		Endoskopier af luftveje og spiserør	12.715	1	1
0323		Andre operationer på øre, næse, mund og hals	18.343	4	2
0324		Ondartede sygdomme i øre, næse, mund og hals inkl. strube, pat. mindst 18 år	18.984	6	3
0325		Svimmelhed	10.963	1	2
0326		Næseblødning	10.706	4	2
0327		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	21.608	11	4
0328		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	11.746	4	2
0329		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. 0-17 år	7.273	1	1
0330	*	Luftrørskatar	5.669	1	1
0331	*	Næsetraume og næsedeformitet	1.302	1	1
0332		Andre sygdomme i øre, næse, mund og hals	9.660	1	1
0333		Observation for ondartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	16.480	1	2
0334		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	8.946	1	1
0335		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. 0-17 år	7.529	1	1
0336	*	Tand- og mundhulesygdomme, ekskl. tandudtrækning	2.193	4	2

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0401		Særligt store thoraxoperationer	320.564	42	12
0402		Større thoraxoperationer	105.411	12	7
0403		Torakoskopi	58.068	10	4
0404		Respiratorbehandling ved sygdomme i luftvejene	205.111	21	7
0405		NIV-behandling ved sygdomme i luftvejene	50.229	20	6
0406		Tilstand med transplanteret lunge med bronkoskopi	40.053	6	4
0407		Tilstand med transplanteret lunge uden bronkoskopi	24.018	1	3
0408	*	Andre operationer på luftveje	36.652	9	5
0409		Kompleks søvnudredning	21.151	1	1
0410	*	Simpel søvnudredning	2.965	1	4
0411		Søvnapnø	17.184	1	1
0412		Medicinske sygdomme i åndedrætsorganerne med dialyse	100.816	26	10
0413		Tuberkulose uden operation	51.266	30	8
0414		Lungeemboli	36.147	17	6
0415		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. mindst 65 år	43.242	23	8
0416		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. 0-64 år	42.159	22	7
0417	*	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. rigid bronkoskopi, pat. mindst 18 år	9.783	1	3

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0418	*	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. fleksibel bronkoskopi, pat. mindst 18 år	19.401	4	3
0419		Svulster i luftveje, behandling uden komplikationer, pat. mindst 18 år	33.841	16	5
0420		Større thoraxskader, m. kompl. bidiag.	40.524	18	6
0421		Større thoraxskader, u. kompl. bidiag.	27.478	14	4
0422		Pleuritis exsudativa	27.845	14	4
0423		Lungeødem og respirationssvigt	32.498	16	5
0424		Obstruktive lungesygdomme, pat. mindst 60 år	24.474	14	4
0425		Obstruktive lungesygdomme, pat. 0-59 år	17.288	6	3
0426		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år, hæmatologiske patienter	54.384	17	8
0427		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år	33.751	16	6
0428		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år, hæmatologiske patienter	48.061	17	5
0429		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år	23.328	11	4
0430		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, m. kompl. bidiag.	26.317	9	3
0431		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, u. kompl. bidiag.	14.925	6	2
0432		Interstitielle lungesygdomme, udredning	35.110	4	4
0433		Interstitielle lungesygdomme	21.263	6	3
0434		Pneumothorax, m. kompl. bidiag.	43.176	22	8
0435		Pneumothorax, u. kompl. bidiag.	26.491	11	4
0436		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år, med højdosis immunglobulin behandling	60.630	1	3

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0437		Bronkit og astma, pat. 18-59 år, med højdosis immunglobulin behandling	30.756	1	4
0438		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år	17.454	9	2
0439		Bronkit og astma, pat. 0-17 år, komplicerede	28.059	10	2
0440		Bronkit og astma, pat. 0-59 år	10.703	1	2
0441		Symptomer fra luftveje	13.370	4	3
0442		Andre sygdomme i luftveje, udredning	23.615	1	3
0443		Andre sygdomme i luftveje	20.035	6	2
0444		Cystisk fibrose	39.166	4	4
0445		Observation for sygdom i åndedrætsorganerne	13.838	1	2

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0501		Indsættelse af mekanisk hjerte	2.320.461	159	55
0502		Hjertetransplantation	601.409	42	22
0503		Hjerteoperation med dialyse	630.748	74	26
0504		Hjerteoperation med implantation af ICD	447.718	38	15
0505		Sternuminfektion	482.547	17	30
0506		Medfødte hjertesygdomme med hjerteoperation	182.134	13	8
0507		Kombinerede hjerteoperationer	294.485	20	11
0508		Hjerteklap-operation, m. stentklap	226.110	11	8
0509		Perkutan indsættelse af mitralclip	243.809	13	6
0510		Hjerteklap-operation	161.707	19	11
0511		By-pass-operation	217.205	16	9
0512		Reoperationer efter hjerteoperation	177.481	28	13
0513		Andre hjerteoperationer	89.626	14	5
0514		Implantation af ICD med udvidelse af koronararterie	275.839	18	9
0515		Implantation af ICD	267.824	9	4
0516		Endovaskulær stentgraft	181.794	8	5
0517		Amputationer, m. cirkulationssvigt, ekskl. arme, hænder og tæer	122.822	40	16
0518		Amputationer, m. cirkulationssvigt, arme, hænder og tæer	65.337	22	8

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0518		Amputationer, m. cirkulationssvigt, arme, hænder og tæer	65.337	22	8
0519		Mindre operationer på kredsløbsorganerne	75.203	26	1
0520		Central karkirurgi med mors	53.992	1	11
0521		Større central karkirurgi	244.729	21	9
0522		Central karkirurgi	115.153	16	12
0523		Større perifer karkirurgi	108.759	21	5
0524		Perifer karkirurgi	71.669	11	4
0525		Mindre perifer karkirurgi	56.098	11	1
0526		Nyrearterieablation	42.548	4	.
0527		Dobbelt endovaskulær behandling m. stent	56.318	4	2
0528	*	Endovaskulær behandling m. stent	50.863	4	2
0529	*	Endovaskulær behandling u. stent	44.331	4	1
0530	*	Anlæggelse af dialysefistel	23.455	1	8
0531	*	Varicebehandling, kompliceret	19.427	4	1
0532	*	Varicebehandling, ukompliceret	9.256	1	7
0533		Andre kredsløbsoperationer	67.242	21	4
0534	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. C	117.298	7	2
0535	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. B	60.634	6	4
0536	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. A	23.085	10	8
0537		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation	19.085	9	3

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Gns. liggetid
				antal sengedage 2013
0538	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. C	119.430	12
0539	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. B	51.698	6
0540	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. A	17.920	9
0541		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation	11.773	4
0542	*	Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	51.752	1
0543	*	Stabil iskæmisk hjertesygdom eller medfødte hjertesygdomme, pat mindst 15 år, proceduregrp. A	11.160	1
0544		Stabil iskæmisk hjertesygdom/brystsmerter	9.757	1
0545	*	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. C	121.951	14
0546	*	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. B	84.373	11
0547	*	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. A	26.010	11
0548		Hjertesvigt og shock	29.704	16
0549	*	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. B og/eller C	79.995	6
0550	*	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. A	16.531	1
0551		Erhvervede hjerteklapsygdomme	21.974	11
0552	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. C	82.206	4
0553	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. B	57.850	4
0554	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. A	50.198	2
0555		Medfødte hjertesygdomme	21.228	1

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0556		Hjertearytmi og synkope, m. særlig ablation og computermapping	106.147	2	2
0557	*	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C	70.178	9	4
0558	*	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B	63.406	9	3
0559	*	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. A	18.380	4	2
0560		Hjertearytmi og synkope	11.998	4	2
0561	*	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. C	95.481	15	5
0562	*	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. B	41.979	4	3
0563	*	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. A	15.487	1	2
0564		Andre hjertesygdomme	12.025	1	2
0565		Endocarditis	80.586	61	14
0566		Årebetændelse i de dybe vener	13.024	1	2
0567		Hypertension	12.624	4	2
0568		Perifer karsygdom	26.982	4	2
0569		Andre kredsløbsdiagnoser	14.072	36	11
0570		Rehabilitering efter hjertetilfælde	26.403	11	5
0571		Observation for sygdom i kredsløbsorganerne	7.360	1	1

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0601		Fistler til mave-tarmkanalen	174.885	43	19
0602		Bækkeneksenteration	213.582	28	14
0603		Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år, m. robot	245.924	23	.
0604		Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år	202.947	22	14
0605		Operation for multiple kræftknuder i bughinde, m. opvarmet kemoterapi, pat. mindst 18 år	236.613	20	18
0606		Sakral nervestimulation	95.261	9	2
0607		Operation på stimulationsystemer i nervesystemet	57.137	4	2
0608		Perkutan nerveevaluering	55.338	9	3
0609		Større operationer på tarm m. robot	102.553	18	9
0610		Større operationer på tyndtarm og tyktarm m. kompl. bidiag.	110.313	28	11
0611		Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.	84.489	24	10
0612		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning m. cancer	101.640	19	10
0613		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning u. cancer	78.708	19	8
0614		Operationer for sammenvoksninger i bughulen	56.584	21	8
0615		Øvrige indgreb på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. mindst 18 år	43.500	14	5
0616		Operationer på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. 0-17 år	19.899	1	2

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0617		Fjernelse af blindtarm, kompliceret	31.796	11	4
0618		Fjernelse af blindtarm, ukompliceret	20.265	4	2
0619		Mindre operationer på tyndtarm og tyktarm	31.098	9	4
0620		Større operationer på anus og kunstige tarmåbninger	27.181	4	2
0621		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	39.693	10	4
0622	*	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	17.315	4	2
0623		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	29.973	9	4
0624	*	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	8.003	1	2
0625	*	Incisionel og andre hernier, laparoskopiske	26.713	6	3
0626	*	Umbilical, linea og alba hernier, laparoskopiske	17.268	4	2
0627	*	Ingvinal- og femoralhernier, laparoskopiske	18.029	1	1
0628	*	Større hernier, åben operation	32.721	14	4
0629	*	Mindre hernier, åben operation	13.132	1	2
0630	*	Perianale indgreb og operationer for sacralcyste	12.592	4	2
0631		Andre operationer på fordøjelsesorganer m. kompl. bidiag.	38.669	9	4
0632		Andre operationer på fordøjelsesorganer u. kompl. bidiag.	33.083	9	4
0633		Medicinske sygdomme i fordøjelsesorganerne med dialyse	64.505	21	8

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2013
0634		Korttarmsyndrom	48.072	26
0635		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne m. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	34.323	16
0636		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne u. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	22.909	9
0637		Mavesår, komplicerede	34.335	14
0638		Mavesår, ukomplicerede	19.629	9
0639		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	22.910	9
0640		Passagehindring i mavetarmkanal	23.908	9
0641		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	16.628	6
0642		Inflammatoriske tarmsygdomme	18.684	9
0643		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. 0-17 år	11.010	1
0644		Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	16.984	6
0645		Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	12.326	4
0646		Gastroenteritis infectiosa, pat. 0-17 år	8.571	1
0647		Betændelse i spiserør, mave og tarm i øvrigt, pat. 0-17 år	9.721	1
0648		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, pat. mindst 18 år	15.700	4
0649		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, ekskl. svulster, pat. 0-17 år	11.026	1
0650		Fødevareallergi	7.802	1
0651		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, m. endoskopi	21.656	6
0652		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, u. endoskopi	10.396	1

MDC-gruppe 07: Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0701		Bugspytkirtel- og leveroperationer samt udredning for levertransplantation	103.484	25	11
0702		Dialyse, respiratorbehandling og/eller plasmaferese	133.576	32	10
0703		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, med ondartet svulst	53.246	16	6
0704		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, uden ondartet svulst	35.036	16	6
0705		Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi m. kompl. bidiag.	46.872	21	7
0706	*	Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi u. kompl. bidiag.	37.047	16	6
0707		Fjernelse af galdeblære, åben kirurgi	54.236	13	7
0708	*	Fjernelse af galdeblære, laparoskopi	21.125	6	2
0709		Andre operationer på lever, galdeveje og bugspytkirtel	48.837	16	7
0710		Ikke kirurgiske indgreb på bugspytkirtel, ved ondartet sygdom	87.716	5	.
0711		Tilstand med transplanteret lever	68.067	14	5
0712		Kronisk leversygdom med hepatisk encephalopati og/eller hepatorenalt syndrom	46.422	22	8
0713		Kronisk leversygdom med gastrointestinal blødning og/eller ascites	21.655	9	3
0714		Kronisk leversygdom med andre, alkoholiske komplikationer	32.751	16	7
0715		Kronisk leversygdom uden komplikationer	22.041	11	4
0716		Akut infektiøs eller toksisk leversygdom	29.386	14	5

MDC-gruppe 07: Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0717		Paracetamolforgiftning uden leverpåvirkning	12.726	4	1
0718		Ondartet sygdomme i lever, galeveje og bugspytkirtel, pat. mindst 18 år	28.922	11	4
0719		Neoplasi (benign) eller cyster, pat. mindst 18 år	16.763	4	2
0720		Metabolisk leversygdom	7.155	1	1
0721		Sygdomme i bugspytkirtel, ekskl. ondartede sygdomme	29.032	12	5
0722		Komplicerede sygdomme i galdeveje	20.878	9	3
0723		Sygdomme i galdeveje, u. kompl. bidiag.	13.851	6	2
0724		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel m. endoskopi	32.705	9	4
0725		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel u. endoskopi	15.608	6	3

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0801	*	Spondylodese, for+bag el. for int. fiks, m. særlig a-diag	279.025	33	17
0802	*	Spondylodese, for+bag, el. bag m. særlig a-diag	139.696	14	7
0803	*	Spondylodese, med fiksation	133.195	14	7
0804	*	Spondylodese, uden fiksation, og reoperationer	76.932	12	6
0805	*	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik	49.005	6	3
0806	*	Dekompression	53.455	9	3
0807	*	Diskusprolaps	32.140	4	2
0808	*	Perifer nerveoperation	6.852	1	1
0809	*	Infektionskirurgi, ryg/hals og underekstremitet, store led	144.934	51	22
0810	*	Infektionskirurgi, overekstremitet, store led, og ankel/fod	78.375	34	13
0811	*	Infektionskirurgi, håndled/hånd	50.960	17	6
0812	*	Amputation, ekskl. fingre og tæer	82.121	35	12
0813	*	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år	164.672	20	12
0814	*	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	76.590	17	7
0815	*	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	21.012	6	2
0816	*	Alloplastik, dobbelt, store led	91.108	8	5
0817	*	Alloplastik, dobbelt, hånd/fod	60.875	1	1
0818	*	Alloplastik, større revision, underekstremitet, store led	108.732	18	8

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0819	*	Alloplastik, ryg/hals	40.681	9	3
0820	*	Alloplastik, overekstremitet, store led	70.513	10	4
0821	*	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led	71.688	7	4
0822	*	Alloplastik, hånd/fod	25.268	1	1
0823	*	Frakturkirurgi, ryg/hals	85.496	13	6
0824	*	Frakturkirurgi, skulder/overarm	42.746	9	3
0825	*	Frakturkirurgi, albue/underarm	32.003	6	2
0826	*	Frakturkirurgi, håndled	30.533	4	2
0827	*	Frakturkirurgi, hånd	25.411	4	2
0828	*	Frakturkirurgi, ekstern fiksation, underekstremitet ekskl. fod	87.969	28	11
0829	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, hoftenær	68.655	19	8
0830	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, lår	78.728	22	9
0831	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, knæ/underben	54.670	15	5
0832	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, ankel	42.960	10	4
0833	*	Frakturkirurgi, fod	29.379	6	3
0834	*	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led	18.213	1	1
0835	*	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led	36.791	11	4
0836	*	Reposition, øvrige	24.142	1	2

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0837	*	Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ	41.630	1	2
0838	*	Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	18.517	4	2
0839	*	Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår	61.458	10	4
0840	*	Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	24.719	6	2
0841	*	Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig	34.335	4	2
0842	*	Rekonstruktion, overekstremitet, store led	21.666	1	1
0843	*	Rekonstruktion, underekstremitet, store led	14.338	1	1
0844	*	Rekonstruktion, hånd/fod	16.508	1	1
0845	*	Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	32.828	6	3
0846	*	Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led	70.623	15	5
0847	*	Artrodese, hånd/fod	18.270	1	2
0848	*	Artrodese, ankel	30.804	9	3
0849	*	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., ryg/hals	65.138	6	3
0850	*	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., hofte/lår	28.427	4	2
0851	*	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., øvrige	8.251	1	2
0852	*	Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	12.630	1	1
0853	*	Endoskopi/artroskopi, hofte	25.469	1	2
0854	*	Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	21.237	4	3

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0855	*	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	10.705	1	1
0856	*	Endoskopi/artroskopi, øvrige	10.209	1	1
0857	*	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	8.970	1	1
0858	*	Sene, muskel, fascie, øvrige	18.794	1	2
0859	*	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	8.419	1	1
0860	*	Mindre knogleoperationer, øvrige	18.483	4	2
0861	*	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	6.271	1	2
0862	*	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	17.696	1	2
0863	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	51.500	9	5
0864	*	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	19.024	4	2
0865	*	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	13.907	4	2
0866	*	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	33.119	9	4
0867	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	14.864	4	2
0868		Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med plasmaferese	138.700	42	17
0869		Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med dialyse	212.741	56	17
0870		Konservativt behandlet brud i bækken og lår	28.373	14	5
0871		Konservativt behandlet patologisk fraktur	19.582	4	3
0872		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. mindst 18 år	15.335	6	2

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0873		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. 0-17 år	9.001	1	1
0874		Kompliceret behandling af inflammatorisk reumatisk sygdom	59.561	1	2
0875		Deformerende rygsygdomme	23.477	9	4
0876		Slidgigt i hofte eller knæ	10.983	1	2
0877		Infektioner i led og knogler	57.749	35	11
0878		Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, med komplikationer	40.186	20	7
0879		Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, uden komplikationer	25.033	11	4
0880		Inflammatoriske artritter, pat. 0-15 år	9.430	1	1
0881		Generaliserede bindevævssygdomme	38.396	16	6
0882		Infektioner i muskler og bløddele	35.799	16	5
0883		Degenerative rygsygdomme og andre ryglidelser	16.343	6	3
0884		Reumatologiske sygdomme i bløddele	9.490	1	2
0885		Medicinske sygdomme i ryggen	21.561	9	3
0886		Øvrige sygdomme i knogler og led	11.612	1	2
0887		Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	22.328	9	3
0888		Andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	20.998	9	3
0889		Observation eller udredning for andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	14.982	1	2

MDC-gruppe 09: Sygdomme i hud, underhud og mamma					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0901		Mastektomi med rekonstruktion med stilket lap og dobbeltsidig mastektomi med protese	86.893	20	8
0902	*	Segmentresektion af bryst med onkoplastisk rekonstruktion og/el. kontralateral korrektion og enkeltsidig mastektomi med protese	45.551	4	2
0903	*	Stor mammakirurgisk operation	35.300	4	2
0904	*	Mellemstor mammakirurgisk operation	22.518	1	2
0905	*	Lille mammakirurgisk operation	13.281	1	1
0906		Enkeltsidig mammaoperation med onkoplastik	39.262	1	1
0907		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stilket muskellap, dobbelt	183.195	16	.
0908		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stilket muskellap, enkelt	91.598	18	7
0909		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, dobbelt	65.814	21	5
0910		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, enkelt	55.269	14	4
0911		Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse	40.983	10	5
0912		Hudtransplantation og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse	28.420	4	3
0913		Body lift efter stort væggtab	94.755	12	4
0914		Plastikkirurgi efter stort væggtab	51.859	11	3
0915		Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	41.172	6	3

MDC-gruppe 09: Sygdomme i hud, underhud og mamma (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
0916		Andre operationer på hud, underhud og mamma, m. kompl. bidiag.	56.188	24	8
0917		Andre operationer på hud, underhud og mamma, u. kompl. bidiag.	27.737	4	3
0918	*	Behandling af pilonidalcyster	12.821	1	1
0919		Medicinske sygdomme i hud, underhud og mamma med dialyse	73.240	23	9
0920		Moderat hudsygdom m. kompl. bidiag. el. svær hudsygdom	43.443	16	5
0921		Lettere hudsygdom m. kompl. bidiag.	25.207	9	4
0922		Lettere eller moderat hudsygdom, u. kompl. bidiag.	15.239	1	2
0923		Infektioner i hud og underhud, pat. mindst 18 år	22.538	9	3
0924		Infektioner i hud og underhud, pat. 0-17 år	14.216	4	2
0925		Kroniske sår i huden	40.733	24	7
0926		Hudtraumer	16.878	4	2
0927		Mammacancer	24.066	9	4
0928		Observation for sygdom i hud, underhud eller mamma	13.255	1	2

MDC-gruppe 10: Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1001		Amputationer af underekstremiteter, m. stofskiftesygdom	111.352	42	16
1002		Operationer på binyrer og hypofyse	76.916	15	6
1003		Hudtransplantation og sårrevision ved stofskiftesygdomme	105.507	52	17
1004		Operationer for adipositas	47.677	4	2
1005		Operationer på skjoldbruskkirtelen	27.207	4	2
1006		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ondartet sygdom, kompliceret	58.199	12	5
1007		Operationer på skjoldbruskkirtelen, godartet sygdom, kompliceret	35.413	6	3
1008		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ukompliceret	23.991	4	1
1009		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, m. kompl. bidiag.	82.895	16	7
1010		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	42.835	6	3
1011		Struma og stofskiftesygdomme	15.319	4	2
1012		Knoglemetaboliske- og kalksygdomme	30.093	16	6
1013		Diabetes mellitus	22.165	11	4
1014		Ernærings- og diverse metaboliske sygdomme	22.470	6	3
1015		Hypofyse-, binyre-, gonade- og andre endokrine sygdomme	16.166	4	3
1016		Andre ernærings- og stofskiftesygdomme	20.261	9	3
1017		Medicinske endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme med dialyse	96.130	22	8
1018		Observation for endokrine sygdomme	8.801	1	1

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1101		Nyretransplantation, kompliceret	519.051	37	18
1102		Nyretransplantation	250.197	24	12
1103		Kombineret nyre- og bugspytkirteltransplantation	493.112	46	.
1104		Cystektomi, m. robot, m. ondartet sygdom	155.685	26	13
1105		Større blæreoperationer, m. ondartet sygdom	108.882	18	13
1106		Større blæreoperationer, m. godartet sygdom	95.521	15	9
1107		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	96.995	10	4
1108		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	75.269	11	6
1109		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom, m. robot	73.228	7	4
1110		Kombinerede operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	90.991	12	5
1111		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	51.780	17	7
1112		Prostatektomi, m. robot, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	93.001	4	2
1113		Åbne operationer på prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	66.518	9	3
1114	*	Større operationer i retroperitoneum/det lille bækken	44.880	4	3
1115		Åbne operationer på prostata, godartet sygdom	44.167	12	5
1116		Operation for hypospadi	42.927	6	3

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1117	*	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum og blå lys	19.913	4	1
1118	*	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum eller blå lys	19.686	4	2
1119		Mindre operationer på blære	36.480	6	4
1120	*	Operationer på urinrør, pat. 0-15 år	24.572	4	2
1121	*	Operationer på urinrør, pat. mindst 16 år	36.882	6	2
1122	*	Operationer gennem urinrør på øvre urinveje	24.531	4	2
1123	*	Operationer gennem urinrør på prostata	25.344	4	2
1124	*	Operationer gennem urinrør på nedre urinveje	18.833	4	2
1125	*	Cystoskopi, m. blå lys	13.618	1	1
1126	*	Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation	4.752	4	2
1127		Andre operationer på nyrer og urinveje	46.098	16	6
1128		Akutte medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	115.117	46	19
1129		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	46.115	19	7
1130		Akutte medicinske nyresygdomme uden dialyse og uden plasmaferese	38.737	20	7
1131		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme uden dialyse	24.517	11	4
1132		Truende afstødning af transplanteret nyre	45.666	14	5
1133		Svulster i nyre og urinveje, med ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	23.697	11	4
1134		Svulster i nyre og urinvej, uden ondartet sygdom	14.441	4	2

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1135		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-1 år, komplicerede	24.836	10	4
1136		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-15 år, øvrige	14.856	6	2
1137		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. mindst 16 år	21.128	11	4
1138		Sten i urinveje	10.045	1	1
1139		Symptomer fra nyrer og urinveje, abnorme fund	10.542	1	2
1140		Sygdomme i prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	23.454	11	4
1141		Sygdomme i prostata, godartet sygdom	13.097	6	2
1142	*	Urinvejsforsnævring	1.834	1	1
1143	*	Incision på/og laser behandling af prostata	17.175	1	2
1144		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. mindst 16 år	13.225	1	2
1145		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. 0-15 år	9.778	1	2
1146	*	Andre symptomer fra nyrer og urinveje	2.648	4	2
1147		Observation for nyre- eller urinvejssygdomme	10.577	1	2

MDC-gruppe 12: Sygdomme i mandlige kønsorganer					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1201		Operationer på penis, kompliceret, m. ondartet sygdom	73.781	10	4
1202	*	Operationer på penis, kompliceret, u. ondartet sygdom	17.739	4	2
1203	*	Operationer på penis, ukompliceret	9.212	1	1
1204	*	Operationer på scrotalindhold, m. ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	24.649	1	2
1205	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. 0-15 år	22.145	1	1
1206	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. mindst 16 år	9.661	1	2
1207	*	Andre operationer på mandlige kønsorganer	18.232	6	3
1208	*	Ondartede sygdomme på mandlige kønsorganer	2.259	6	2
1209	*	Betændelse i mandlige kønsorganer	3.818	1	2
1210	*	Andre sygdomme el. mistanke om sygdom i mandlige kønsorganer	1.672	1	1

MDC-gruppe 13: Sygdomme i kvindelige kønsorganer					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1301	*	Aborter efter 13 uger	16.015	4	2
1302		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	98.269	6	3
1303		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, u. robot	78.799	13	6
1304		Meget komplicerede gynækologiske indgreb, m. robot	63.342	9	2
1305		Meget komplicerede gynækologiske indgreb, u. robot	34.649	4	2
1306	*	Komplicerede gynækologiske indgreb	33.146	4	2
1307	*	Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	57.539	12	5
1308	*	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år	74.739	6	2
1309	*	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år	51.255	10	4
1310	*	Standard gynækologisk indgreb, m. robot	60.744	4	2
1311	*	Standard gynækologisk indgreb	31.846	6	2
1312	*	Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	16.981	4	2
1313	*	Enklere gynækologiske indgreb, m. robot	40.932	4	2
1314	*	Enklere gynækologiske indgreb	12.624	1	1
1315	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	15.057	4	3
1316	*	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	11.784	1	2
1317	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag.	5.829	1	1
1318	*	Mindre gynækologiske indgreb	4.648	1	1
1319	*	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom	1.871	1	2

MDC-gruppe 14: Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1401		Indlæggelser i graviditeten	9.607	4	2
1402		Komplicerede intrauterine indgreb under graviditeten	8.526	4	2
1403	*	Intrauterine indgreb under graviditeten	6.971	1	1
1404		Indlæggelse i graviditeten, fødsel før 28 uger	37.007	7	3
1405		Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	66.371	24	11
1406		Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	62.497	28	11
1407		Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	46.707	16	8
1408		Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	44.459	11	6
1409		Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	41.137	11	5
1410		Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	39.554	8	5
1411		Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit, m. akut kejsersnit	34.630	7	3
1412		Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	36.318	8	4
1413		Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	35.306	7	4
1414		Planlagt kejsersnit, førstegangsfødende	24.969	7	4
1415		Planlagt kejsersnit, flergangsfødende	22.042	5	3
1416		Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit	26.216	6	3
1417		Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, førstegangsfødende	39.887	13	6

MDC-gruppe 14: Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1418		Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, flergangsfødende	36.699	12	5
1419		Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	35.218	14	7
1420		Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	28.447	10	4
1421		Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	30.528	10	4
1422		Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	24.793	6	2
1423		Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, førstegangsfødende	33.215	6	4
1424		Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, flergangsfødende	29.527	6	2
1425		Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, førstegangsfødende	28.220	7	3
1426		Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, flergangsfødende	27.365	4	2
1427		Igangsæt vaginal fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	31.764	6	4
1428		Igangsæt vaginal fødsel, m. epidural, flergangsfødende	25.770	6	2
1429		Igangsæt vaginal fødsel, førstegangsfødende	21.750	7	3
1430		Igangsæt vaginal fødsel, flergangsfødende	19.532	4	2
1431		Spontan fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	26.552	7	3
1432		Spontan fødsel, m. epidural, flergangsfødende	23.917	4	2
1433	*	Spontan fødsel, førstegangsfødende	25.098	5	3
1434	*	Spontan fødsel, flergangsfødende	22.187	1	1
1435		Indlæggelser i barselsperioden	13.472	6	2

MDC-gruppe 15: Sygdomme i perinatalperioden					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1501		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, meget komplicerede	83.339	1	1
1502		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, moderat komplicerede	22.691	1	1
1503		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, ukomplicerede	13.522	1	1
1504		Mistanke om sygdomme i perinatalperioden	21.384	9	3
1505		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, meget komplicerede	390.879	163	47
1506		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, moderat komplicerede	309.220	141	45
1507		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, ukomplicerede	137.735	46	25
1508		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, meget komplicerede	234.410	99	31
1509		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, moderat komplicerede	162.400	77	24
1510		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, ukomplicerede	64.553	29	10
1511		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, m. ECMO-behandling	396.277	24	13
1512		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, meget komplicerede	106.813	31	13
1513		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, moderat komplicerede	40.818	15	6
1514		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, ukomplicerede	14.455	9	3
1515		Immaturitas/Praematuritas, pat. 28-120 dage	120.006	75	19
1516		Nyfødte med mindre problemer	9.786	6	2
1517		Raske nyfødte	0	0	.
1518		Andre sygdomme i perinatalperioden	16.786	4	3

MDC-gruppe 16: Sygdomme i blod og bloddannende organer					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1601		Fjernelse af milt	72.429	13	6
1602		Andre operationer ved sygdomme i blod eller bloddannende organer	23.629	1	2
1603		Antistofbehandling af sygdomme i blod og bloddannende organer	75.020	25	9
1604		Immunmodulerende behandling	88.200	9	4
1605	*	Afareser	14.295	1	2
1606		Ideopatiske knoglemarvsaplasier	18.112	1	2
1607		Sekundære og uspecifikke knoglemarvsaplasier	33.793	16	5
1608		Granulo- og trombocytopeni	44.824	17	6
1609		Hæmoglobinopati	12.526	1	1
1610		Hæmolystiske anæmier og anæmier forårsaget af enzymatiske forstyrrelser m.m.	25.138	6	3
1611		Trombotisk trombocytopeniske purpura	60.784	24	7
1612		Immunglobulin mangel	19.384	4	3
1613		Svær immundefekt og aflejrings sygdomme	41.177	11	7
1614		Koagulationsforstyrrelser	11.836	1	2
1615		Øvrige sygdomme i blod og bloddannende organer	16.154	4	3
1616		Mangelanæmier	62.018	23	9
1617		Observation for sygdom i blod og bloddannende organer	15.656	1	2

MDC-gruppe 17: Svulster i lymfatisk og bloddannende væv					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1701	*	Mini-knoglemarvstransplantation	421.137	35	21
1702		Højddosis kemoterapi u. stamcellestøtte m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	109.638	26	11
1703		Højddosis kemoterapi u. stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	64.013	13	6
1704		Kompleks svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi	287.510	49	14
1705		Kompleks svampebehandling	162.525	19	7
1706		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. mindst 18 år	90.099	32	12
1707		Basis svampebehandling, pat. mindst 18 år	69.127	27	9
1708		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, type 2	171.409	1	21
1709		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	68.811	16	6
1710		Biologisk modificerende stoffer på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	70.899	19	6
1711		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	59.179	10	5
1712		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	33.507	9	3
1713		Større operationer ved lymfom og leukæmi, pat. mindst 18 år	67.535	18	7
1714		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	115.335	51	13

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1715		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	51.260	19	6
1716		Større operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	58.649	15	6
1717		Mindre operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	34.669	6	3
1718		Operationer ved svulster i lymfatisk og bloddannende væv mm., pat. 0-17 år	49.932	6	4
1719		Svulster med aferesebehandling	26.268	6	3
1720		Malign hæmatologisk sygdom uden specifik behandling, pat. mindst 18 år	30.849	9	4
1721		Diagnostik ved ondartede sygdomme, pat. mindst 18 år	21.375	6	3
1722		Andre knoglemarvssygdomme	16.934	4	3
1723		Observation pga mistanke om malign hæmatologisk sygdom, pat. mindst 18 år	17.183	4	3

MDC-gruppe 18: Infektionssygdomme og parasitære sygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1801		Operationer ved infektioner eller parasitære sygdomme	76.933	31	10
1802		Infektionssygdomme eller parasitære sygdomme med dialyse	102.724	27	13
1803		Sepsis med hæmatologisk kompl. bidiag.	70.781	22	8
1804		Septisk chok	55.372	21	7
1805		Sepsis	42.239	18	7
1806		Postoperative og posttraumatiske infektioner, m. kompl. faktorer	33.858	16	6
1807		Postoperative og posttraumatiske infektioner, u. kompl. faktorer	24.161	11	4
1808		Feber af ukendt årsag, med biopsi og/eller scopi	52.128	21	8
1809		Feber af ukendt årsag, pat. mindst 18 år, uden biopsi og/eller scopi	20.957	9	3
1810		Virussygdomme, pat. mindst 18 år, m. kompl. faktorer	19.547	9	3
1811		Virussygdomme, pat. mindst 18 år, u. kompl. faktorer	15.876	4	2
1812		Virussygdomme og feber af ukendt årsag, pat. 0-17 år	8.134	1	1
1813		Andre infektioner eller parasitære sygdomme	32.014	16	6
1814		Observation for infektion eller parasitær sygdom	10.947	1	2

MDC-gruppe 19: Psykiatriske sygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
1901		Operationer på patienter hvor sindslidelse er hoveddiagnose	44.227	14	5
1902		Epilepsi eller psykogene non-epileptiske anfald, m. gruppeterapi	55.050	20	.
1903		Psykogene non-epileptiske anfald, m. psykoterapi, pat. 0-14 år	129.617	20	.
1904		Akutte tilpasningsvanskeligheder og psykosomatiske forstyrrelser	13.986	1	2
1905		Depressive neuroser	11.209	4	3
1906		Ikke-depressive neuroser	19.531	9	3
1907		Personlighedsforstyrrelser og adfærdsproblemer	32.057	21	9
1908		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. mindst 18 år	27.751	16	6
1909		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. 0-17 år	13.638	1	2
1910		Psykosser	19.740	1	2
1911		Sindslidelser hos børn	21.131	9	4
1912		Andre psykiske forstyrrelser	12.283	4	2
1913		Observation for en psykiatrisk sygdom	16.639	6	3

MDC-gruppe 20: Misbrug					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
2001		Alkohol- eller stofmisbrug eller afhængighed og afgiftning etc., m. kompl. bidiag.	13.648	4	2
2002		Alkohol- eller stofmisbrug eller afgiftning etc., u. kompl. bidiag.	9.157	1	1

MDC-gruppe 21: Ulykkestilfælde og forgiftninger					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
2101		Allergiske og allergi lignende reaktioner	8.503	1	1
2102		Komplikationer ved behandling, m. kompl. bidiag.	36.429	11	4
2103		Komplikationer ved behandling, u. kompl. bidiag.	15.703	4	2
2104		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	16.876	4	2
2105		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, øvrige	9.000	1	1
2106		Sårbehandling efter skade	31.452	24	6
2107		Andre operationer efter skade, m. kompl. bidiag.	109.269	32	11
2108		Andre operationer efter skade, u. kompl. bidiag.	49.629	14	5
2109	*	Traumemodtagelse	13.155	1	1
2110		Traume	13.787	1	1
2111		Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger	11.412	1	2
2112		Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning	7.504	1	1
2113		Replantation	103.178	15	8

MDC-gruppe 22: Forbrændinger					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
2201		Forbrændinger, overført til anden akut enhed	29.157	4	3
2202		Forbrænding med exposure behandling	90.898	20	10
2203		Omfattende forbrænding uden operativ behandling	78.109	9	4
2204		Mindre omfattende forbrænding med sårrevision eller anden operation	112.225	48	14
2205	*	Mindre omfattende forbrænding uden operativ behandling	4.410	11	4

MDC-gruppe 23: Øvrige					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
2301		Operationer ved anden kontaktårsag til sundhedsvæsenet	32.740	6	3
2302		Rehabilitering	75.885	42	15
2303		Symptomer og fund, m. kompl. bidiag.	24.934	14	4
2304		Symptomer og fund, u. kompl. bidiag.	10.116	1	2
2305		Efterbehandling	11.198	1	1
2306		Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	5.713	1	2

MDC-gruppe 24: Signifikant multitraume					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
2401		Kranieoperation ved svært multitraume	495.486	51	16
2402		Specifikke operationer ved svært multitraume	186.043	33	14
2403		Andet svært multitraume	52.356	19	5

MDC-gruppe 25: HIV-infektion					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
2501		HIV med betydelig HIV relateret sygdom	65.251	19	7
2502		HIV med eller uden bidiagnose	41.321	11	5

Uden for MDC-grupper					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
2601		Større operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	20.646	14	5
2602		Ikke gruppérbar pga. manglende oplysninger	5.713	4	2
2603		Mindre operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	20.316	11	4
2604		Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, almindeligt forløb	777.399	174	75
2605		Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, afklaringsforløb	261.121	50	17
2606		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, almindeligt forløb	374.214	112	56
2607		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, afklarings- og/eller udslusningsforløb	117.678	43	17
2608	*	Intensiv neurorehabilitering, kontrolindlæggelse	9.811	1	1
2609		Neurorehabilitering	110.324	50	18
2610		Levertransplantation	965.755	56	30
2611		Lungetransplantation	625.168	80	42
2612		Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt	609.370	77	30
2613		Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer	480.008	65	25
2614		Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ	283.953	48	19
2615		Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer	276.086	51	20
2616		Neurokirurgi for epilepsi med elektrokortikografi	183.848	13	.
2617		Neurokirurgi for parkinson, dystoni og epilepsi	214.148	19	6

Uden for MDC-grupper (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2013
2618		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, kompliceret	198.832	15
2619		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, moderat kompliceret	72.191	4
2620		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, ukompliceret	64.348	1
2621		Kraniekirurgi og kranioplastik, kompliceret	114.612	12
2622		Vaskulærkirurgi, kompliceret	250.873	27
2623		Kranie- og vaskulærkirurgi, ukompliceret	113.683	16
2624		Traumekirurgi	147.743	15
2625		Hydrocephalus	114.618	15
2626		Spinalkirurgi	577.344	81
2627		Allogen stamcelletransplantation med navlesnorsprodukt	1.579.313	113
2628		Allogen stamcelletransplantation, pat. mindst 18 år	559.023	58
2629		Allogen stamcelletransplantation, pat. 0-17 år	1.391.515	135
2630		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. mindst 18 år	140.035	25
2631		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. 0-17 år	196.646	11
2632		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, multipel sklerose eller autoimmun tilstand	526.421	58
2633		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	174.623	37
2634		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. 0-17 år	159.607	49
2635		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år	85.199	6
2636		Basis svampebehandling, pat. 0-17 år	25.028	4

Uden for MDC-grupper (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
2637		Større operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	117.757	20	7
2638		Mindre operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	31.667	4	2
2639		Svulster uden specifik behandling, pat. 0-17 år	16.592	1	2
2640		Kontrolundersøgelse efter behandling for ondartet svulst, pat. 0-17 år	11.752	1	1
2641		Observation pga. mistanke om ondartet svulst, pat. 0-17 år	23.570	1	1
2642		Observation pga mistanke om fysisk overgreb, pat. 0-17 år	22.374	1	1
2643	*	Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år	1.825	1	1
2644		Multipatologi og svær funktionsnedsættelse	94.942	40	16
2645		Multipatologi og moderat funktionsnedsættelse	81.518	31	14
2646		Multipatologi og let funktionsnedsættelse	71.840	27	13
2647		Plastikkirurgisk dækning af større overfladedefekter	200.816	71	28
2648		Plastikkirurgisk dækning af tryksår hos rygmarvsskadede	251.348	51	43
2649		Rekonstruktion med stilkede lapper	138.038	34	14
2650		Rekonstruktion med frie vaskulariserede lapper	156.217	29	11
2651		Mindre plastikkirurgiske rekonstruktioner	66.324	17	7
2652		Respiratorbehandling ved langvarig kronisk respirationsinsufficiens	414.806	49	25
2653		Specialiseret palliativ indsats	95.730	33	11
2654		Udvidet epilepsikirurgi med mapping	630.590	29	11

Uden for MDC-grupper (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Gns.liggetid
			antal sengedage	2013
2655		Udvidet epilepsikirurgi	312.436	.
2656		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, nyttilskadekommen	296.043	59
2657		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, komplikationsindlæggelse	132.638	25
2658		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, vurdering/kort forløb	12.591	2
2659		Hjernedød i henhold til Sundhedsloven	36.336	3

Onkologiske behandlingsgrupper					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
2701	*	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling	108.084	47	15
2702		Strålebehandling, kompleks, 3-4 fraktioner	29.967	10	5
2703	*	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner	6.040	1	1
2704	*	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion	3.941	1	2
2705		Strålebehandling, konventionel, mindst 5 fraktioner	65.273	32	11
2706		Strålebehandling, konventionel, 3-4 fraktioner	22.705	18	7
2707	*	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner	4.876	6	3
2708	*	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion	3.556	9	3
2709		Isotoperapi	26.231	3	3
2710	*	Stereotaksi	16.506	30	10
2711		Brachyterapi	30.842	4	2
2712	*	Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	8.794	9	4
2713	*	Stråleplanlægning, kompleks	8.712	11	4
2714	*	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	10.011	22	6
2715	*	Stråleplanlægning, konventionel	7.230	4	2
2716		Særlig kompleks kemobehandling	83.118	28	11
2717		Kemoterapi, højdosis	31.769	5	3

Onkologiske behandlingsgrupper (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2013
2718		Kemoterapi, kompleks med antistofbehandling	33.256	1	2
2719	*	Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)	23.764	6	2
2720		Kemoterapi, kompleks	16.330	1	2
2721		Kemoterapi, basis med antistofbehandling	20.649	1	2
2722	*	Kemoterapi, basis, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	20.467	1	2
2723	*	Kemoterapi, basis med anvendelse af elektrotransfer	28.875	2	.
2724		Kemoterapi, basis	9.271	4	2
2725		Biologiske modificerende stoffer	48.180	11	4
2726		Antistofbehandling	13.429	1	2

Bilag 4. Ambulante takster

B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2015

Ambulante akutgrupper¹⁵

Gruppe	Tekst	Takst
AA01A	Traume	465
AA01B	Mindre kir skader	115
AA01C	Småskader	551
AA01D	Ikke besøg (afregnes ikke)	0
AA01E	Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning	631

Takster for besøgsgrupper mv.

Gruppe	Tekst	Takst
BG50A	Ambulant besøg, pat. mindst 7 år	767
BG50B	Ambulant besøg, pat. 0-6 år	1.495
BG50C	Ambulant besøg, med journaloptagelse	1.554
BG50D	Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg	2.147
BG50E	Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg, jordemoder	982
BG50F	Ambulant substitutionstakst, telemedicin	383
BG50G	Telefon- og email konsultation, samt skriftlig kommunikation ved prøvesvar	149

Takster for diagnosegrupper (ekskl. ambulant besøg)

Gruppe	Tekst	Takst
DG30A	Medfødte stofskiftesygdomme	7.182
DG30B	Kraniofaciale misdannelser	6.645
DG30C	Pubertetsforstyrrelser, komplicerede	1.114
DG30D	Sjældne handikap	1.890
DG30E	Vækstforstyrrelser, komplicerede	4.470
DG30F	Endokrinologi, sjældne sygdomme	2.600
DG30G	Endokrinologi	618
DG30H	Respirationsinsufficiens, kronisk	2.661
DG30I	Palliativ indsats, specialiseret	3.080
DG30J	HIV-infektion	2.804
DG30K	Tilstand med transplanteret væv - hæmatologi	2.301
DG30L	Cancer	1.011

¹⁵ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for AA01A, AA01B, AA01C, AA01D og AA01E.

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

Gruppe	Tekst	Takst
DG30M	Neurologi	1.320
DG30N	Spiseforstyrrelser	593
DG30O	Alkohol- og stofmisbrug	872
DG30P	Somatoforme tilstande	1.060
DG30Q	Ryglidelser, komplicerede	1.796
DG30R	Reumatologi	915
DG30S	Audiologi	279
DG30T	Smertetilstande, kroniske, komplicerede	1.233
DG30U	Smertetilstande, kroniske, ukomplicerede	864

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

Gruppe	Tekst	Takst
PG01A	Plastikkirurgisk rekonstruktion	22.765
PG01B	Hudoperation, kompliceret	4.382
PG01C	Hudoperation, ukompliceret	1.210
PG01D	Biopsi og væskeudsugning, overfladisk	2.473
PG01E	MR-vejledt nålebiopsi	4.677
PG01F	Stereotaktisk anlæggelse af coil i mamma	5.738
PG01G	Ultralydsvejledt anlæggelse af coil i mamma	2.137
PG01H	Stereotaktisk grovnålsbiopsi af bryst	1.856
PG01I	Stereotaktisk vakuum-grovnålsbiopsi af bryst	4.456
PG01J	Nålebiopsi med ultralyd, overfladisk	2.909
PG01K	Nålebiopsi uden ultralyd, overfladisk	2.300
PG01L	Sutur og sårbehandling	3.362
PG01M	Excision og biopsi, ukompliceret	2.004
PG01N	Incision og punktur	1.473
PG01O	Dermatologisk procedure	1.452

02: Muskelsystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG02A	Anlæggelse af skinne, individuelt fremstillet bandage	23.932
PG02B	Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket reposition	1.568
PG02C	Procedure i muskel el. skelet, kompliceret	8.038
PG02D	Procedure i muskel el. skelet, ukompliceret	4.156
PG02E	Bevægelseslaboratorieundersøgelse	2.132

03: Åndedrætssystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG03A	Luftvejsendoskopi, kompliceret	8.096
PG03B	Væskeudtømmelse fra pleura	2.372
PG03C	Hyberbar iltbehandling	2.359

04: Hjerte-, kar- og lymfesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG04A	Operation på kar el. lymfesystem	2.704
PG04B	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem med ultralyd	3.390
PG04C	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem uden ultralyd	2.789
PG04D	Udskiftning af cardioverter-defibrillator (ICD)	94.608
PG04E	Kardiologisk proceduregruppe A-C	2.502
PG04F	Kardiologisk undersøgelse, kompliceret	1.969
PG04G	Kardiologisk undersøgelse, udvidet	1.257
PG04H	Kardiologisk undersøgelse, almindelig	966

05: Fordøjelsessystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG05A	Indsættelse af metalstents og kapselenteroskopi	13.363
PG05B	Koloskopi, sigmoidoskopi, ERCP el. endoskopi i nedre mavetarmregion, kompliceret	6.098
PG05C	Koloskopi, sigmoidoskopi el. endoskopi i nedre mavetarmregion, ukompliceret	4.052
PG05D	Brokoperation	6.503
PG05E	Operation i anus el. rectum	5.708
PG05F	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	3.342
PG05G	Rektoskopi	2.143

06: Urinveje

Gruppe	Tekst	Takst
PG06A	Forberedelse til nyretransplantation, plasmaferese med immunadsorption	30.054
PG06B	Cystoskopi, kompliceret, el. urinrørsoperationer el. punktur af prostata	5.552
PG06C	Cystoskopi, ukompliceret el. mindre urologisk operation	2.688
PG06D	Stenknusning ved trykbølge (ESWL)	5.566
PG06E	Instillation af cytostatikum i blæren	826
PG06F	Indlæggelse af kateter el. anden ukompliceret procedure i urinveje	840

7: Mandlige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG07A	Sædoprensning	41.309
PG07B	Sterilisation el. anden operation på mandlige kønsorganer	5.751
PG07C	Andrologisk og hypogonadisme udredning, komplet	902
PG07D	Gynækomastisk udredning, pat. mindst 15 år	518

08: Kvindelige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG08A	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller med vævstypebestemmelse	78.574
PG08B	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller	22.299
PG08C	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI ved kompliceret infektion	21.073
PG08D	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI, ægudtagning el. ægoplægning	2.590
PG08E	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi, flerfoldsgraviditet	15.810
PG08F	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi	7.904
PG08G	Svangrekontrol, bariatrisk opereret kvinde	808
PG08H ¹⁶	Jordemoderkonsultation, akut, graviditet	1.195
PG08I ¹⁶	Jordemoderkonsultation, udvidet	613
PG08J ¹⁶	Jordemoderkonsultation, basis	373
PG08K ¹⁶	Særlige ydelser i forbindelse med graviditet incl. fødselsforberedelse	307
PG08L	Opfølgning på kontakt med kvinde/barn i kombination med tværfaglig/tværsektoriel inds	2.210
PG08M	Særligt ressourcekrævende svangrekontrol ved rusmiddelproblematik	2.736

09: Nervesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG09A	Fjernelse el. behandling af nerve	7.510
PG09B	Neurorehabilitering og rygmarvsskader	3.383
PG09C	Kontrol af medicinpumpe	1.770

10: Øre, næse og hals

Gruppe	Tekst	Takst
PG10A	Procedure på kæbe	12.712
PG10B	Påsætning af kunstig ansigtsdel	8.949
PG10C	Tandbehandling, svær	4.255
PG10D	Tandbehandling, middel	3.128
PG10E	Tandbehandling, let	1.220
PG10F	Procedure på øre, næse el. hals, kompliceret	2.839
PG10G	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	1.309
PG10H	Rhinoskopier	3.396
PG10I	Faryngoskopier	3.265
PG10J	Laryngoskopier	1.711
PG10K	Cochleart implantat	1.083
PG10L	Audiologisk udredning, diagnostiske procedurer, pat. 0-2 år	6.501
PG10M	Audiologisk udredning, øvrige, pat. mindst 90 dage	2.174
PG10N	Audiometri	1.328
PG10O ¹⁷	Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage	503

¹⁶ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG08H, PG08I, PG08J og PG08K.

¹⁷ 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	66.920
PG11B	Medicin-behandling, grp. 2	49.182
PG11C	Medicin-behandling, grp. 3	29.422
PG11D	Medicin-behandling, grp. 4	14.352
PG11E	Medicin-behandling, grp. 5	10.977
PG11F	Medicin-behandling, grp. 6	7.465
PG11G	Medicin-behandling, grp. 7	4.646
PG11H	Medicin-behandling, grp. 8	2.635
PG11I	Medicin-behandling, grp. 9	1.318
PG11J	Medicin-behandling, grp. 10	592

12: Diverse behandlinger

Gruppe	Tekst	Takst
PG12A	Konditionering til minitransplantation	22.067
PG12B	Antistof, behandling	11.085
PG12C	Brachyterapi	26.450
PG12D	Transfusion af plasma og/eller behandlet blod	4.449
PG12E	Transfusion af blod, øvrig	2.478
PG12F	Plasmaferese	8.656
PG12G	Kontrol ved hjemme-hæmodialyse	24.854
PG12H	Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse	23.383
PG12I	Peritonealdialyse, m. oplæring	8.000
PG12J	Peritonealdialyse	1.935
PG12K	Dialyse, øvrige	2.031
PG12L	Insulinpumpe, behandling	4.938
PG12M	Botulinumtoksin, injektion	4.479
PG12N	Immunmodulerende behandling	5.580
PG12O	Udlevering af CPAP-apparatur	4.062
PG12P ¹⁸	Kontrol eller justering af CPAP-behandling	538

¹⁸ 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	8.013
PG13B	Laparoskopi, diverse procedurer	7.638
PG13C	Geriatrici, udredning	2.476
PG13D	Geriatrici, behandling	2.020
PG13E	Epidural trykmåling	11.735
PG13F	Allergologisk undersøgelse/behandling, kompliceret	3.849
PG13G	Allergologisk undersøgelse/behandling, ukompliceret	970
PG13H	Diættevejledning	649
PG13I	Neuropsykologisk undersøgelse, udvidet	2.002
PG13J	Hjælpeprocedure, ukompliceret	707
PG13K	Urodynamisk undersøgelse, udvidet	2.110
PG13L	Urodynamisk undersøgelse, almindelig	1.028
PG13M	Anlæggelse af peritonealdialysekateter	6.966
PG13N	Endokrinologisk procedure, kompliceret	1.669
PG13O	Øjenundersøgelse, større	917
PG13P	Øjenundersøgelse, mindre	429
PG13Q	Immundefekt	18.575
PG13R	Kronisk viral hepatitis B/C, vurdering af komplikationer	1.872

14: Radiologiske procedurer

Gruppe	Tekst	Takst
PG14A	MR-scanning, kompliceret, m. generel anæstesi	9.832
PG14B	MR-scanning, kompliceret	3.296
PG14C	MR-scanning, ukompliceret	2.378
PG14D	MR-scanning, ukompliceret, m. generel anæstesi	4.641
PG14E	CT-scanning af hjertet med angiografi	2.865
PG14F	CT-scanning, kompliceret	1.909
PG14G	CT-scanning, ukompliceret, el. osteodensitometri	991
PG14H	UL-scanning, meget kompliceret, flerfoldsvangerskab	5.646
PG14I	UL-scanning, meget kompliceret	1.972
PG14J	UL-scanning, kompliceret	1.284
PG14K	UL-scanning, ukompliceret	594
PG14L	Angiografi	6.318
PG14M	Mammografi, kompliceret	1.406
PG14N	Mammografi, ukompliceret	534
PG14O	Gennemlysningundersøgelse, urografi og flebografi, kompliceret	1.094
PG14P	Gennemlysningundersøgelse, urografi og flebografi, ukompliceret	682
PG14Q	Røntgenundersøgelse (alm), kompliceret	820
PG14R	Røntgenundersøgelse (alm), ukompliceret	485

15: Arbejdsmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG15A	Arbejdsmedicin grp. 1	6.332
PG15B	Arbejdsmedicin grp. 2	6.587
PG15C	Arbejdsmedicin grp. 3	7.904

16: Klinisk genetik

Gruppe	Tekst	Takst
PG16A	Genetisk risikovurdering og rådgivning med gentagen udredning og samtale	5.280
PG16B	Genetisk risikovurdering og rådgivning med udredning	4.084
PG16C	Genetisk risikovurdering og rådgivning	3.812
PG16D	Stamtræsoptegnelse	5.601

17: Klinisk fysiologi/nuklearmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG17A	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. A	24.152
PG17B	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. B	13.511
PG17C	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. C	10.317
PG17D	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. D	7.118
PG17E	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. E	5.262
PG17F	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. F	3.498
PG17G	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. G	1.851
PG17H	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. H	1.480
PG17I ¹⁹	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I	173

18: Klinisk neurofysiologi

Gruppe	Tekst	Takst
PG18A	Klinisk neurofysiologi grp. 1	2.430
PG18B	Klinisk neurofysiologi grp. 2	3.768
PG18C	Klinisk neurofysiologi grp. 3	4.721

19: Børn med prænatal rusmiddelproblematik

Gruppe	Tekst	Takst
PG19A	Barn under 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik	5.352
PG19B	Barn over 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik	6.135

¹⁹ Der kan udelukkende opkræves procedretakst for PG17I Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I

Ambulante substitutionstakster

Gruppe	Tekst	Takst
ST01A	Fødsel, hjemme	21.935
ST01B	Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg	5.368
ST01C	Geriatrici, udredning, hjemmebesøg	2.476
ST01D	Geriatrici, behandling, hjemmebesøg	2.020
ST01E	Gravid med rusmiddelproblematik, hjemme- og udebesøg	743
ST01F	Lungefunktionsundersøgelse, m. reversibilitetstest, telemedicin	1.851
ST01G	Lungefunktionsundersøgelse, telemedicin	1.480
ST01H	Pacemaker-kontrol, telemedicin	966
ST01I ²⁰	AK-behandling, telemedicin	242
ST01J ²⁰	Telemedicinsk sårsvurdering	265
ST01K	Telemedicinsk type 2 diabeteskontrol	1.102
ST01L ²⁰	Telemedicinsk kontrol af CPAP udstyr	455

Sammedagspakker²¹

Gruppe	Tekst	Takst
SP02A	Sammedagspakke: Rygmarvsskader	4.161
SP02B	Sammedagspakke: Ryglidelser	2.302
SP02C	Sammedagspakke: Håndkirurgisk dagkirurgi	8.824
SP03A	Sammedagspakke: Lungesygdomme, udredning	3.981
SP04A	Sammedagspakke: Atrieflimren	3.325
SP04B	Sammedagspakke: Blodprop i hjernen, udredning	4.746
SP04C	Sammedagspakke: Lille Cardiologisk sammedagsudredningspakke	4.564
SP04D	Sammedagspakke: Mellem Cardiologisk sammedagsudredningspakke	6.846
SP04E	Sammedagspakke: Stor Cardiologisk sammedagsudredningspakke	10.953
SP05A	Sammedagspakke: Gastroskopi og koloskopi/sigmoideoskopi	4.235
SP06A	Sammedagspakke: Cystoskopisk og CT-urografiske undersøgelse	7.369
SP06B	Sammedagspakke: Prostatakræft-udredning med LUTS-udredning	6.983
SP06C	Sammedagspakke: LUTS-udredning med cystoskopi eller UL af prostata	6.037
SP08A	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation med UL-scanning, meget kompl	2.342
SP08B	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation, med UL, kompl. el. ukompl.	1.308
SP08C	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation	1.034
SP08D ²²	Sammedagspakke: Flere jordemoderkonsultationer	2.390
SP09A	Sammedagspakke: Epilepsiudredning	12.951

²⁰ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for ST01I, ST01J og ST01L.

²¹ Takster for sammedagspakker er eksklusiv et ambulant besøg.

²² 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.	8.294
SP10B	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl. + ukompl.	5.457
SP10C	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, ukompl.	3.928
SP10D	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. mindst 18 år	1.171
SP10E	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. 0-17 år	2.046
SP10F	Sammedagspakke: Svimmelhed, udredning	8.851
SP12A	Sammedagspakke: Tværfaglig artritinformation	2.744
SP12B	Sammedagspakke: Endokrinologisk statuspakke	5.714
SP12C	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog, pat. i dialyse	3.414
SP12D	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog	1.385
SP12E	Sammedagspakke: Tværfaglig smertebehandling kroniske smertepatienter	4.096
SP13A	Sammedagspakke: Anæstesiologisk-allergologisk udredning	13.209
SP13B	Sammedagspakke: Allergologiske procedurer/behandlinger	5.824
SP13C	Sammedagspakke: Foster misdannelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve	9.877
SP13D	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning	3.455
SP13E	Sammedagspakke: Injektion, angiostatisk lægemiddel, m. øjenundersøgelse	7.597
SP13F	Sammedagspakke: Injektion, øvrige lægemidler, m. øjenundersøgelse	2.953
SP13G	Sammedagspakke: Laserbehandling, m. øjenundersøgelse	1.773
SP13H	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere større	1.688
SP13I	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, større + mindre	1.264
SP13J	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere mindre	845
SP14A	Sammedagspakke: MR-scanning + CT-scanning	4.747
SP14B	Sammedagspakke: MR-scanning + UL	4.465
SP14C	Sammedagspakke: CT-scanning + røntgenundersøgelse	2.103
SP14D	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + kompl.	3.255
SP14E	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + ukompl.	2.566
SP14F	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, kompl. + ukompl.	1.878
SP14G	Sammedagspakke: UL, flere ukompl. Procedurer	1.189
SP16A	Sammedagspakke: Større Klinisk genetisk udredning/undersøgelse m. stamtræ	11.899
SP16B	Sammedagspakke: Klinisk genetisk udredning, omfattende, med svar.	11.637
SP20A	Sammedagspakke: Komplex somatisk sygdom med behov for tværfaglig psykisk og social u	2.975

Gråzoneprocedure

Gruppe	Tekst	Takst
GR0201_F	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	12.759
GR0202_F	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	16.203
GR0203_F	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer	7.919
GR0204_F	Dobbelt-operationer, øjenmuskler, hornhinde og sklera	382
GR0205_F	Hornhindetransplantation	15.072
GR0206_F	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	9.870
GR0207_F	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	10.731
GR0208_F	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, m. generel anæstesi	1.471
GR0209_F	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi	4.042
GR0210_F	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, m. generel anæstesi	2.644
GR0211_F	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi	2.028
GR0212_F	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	1.882
GR0213_F	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	3.616
GR0214_F	Større operationer, hornhinde og sclera	1.409
GR0215_F	Større operationer, øvrige, m. generel anæstesi	1.446
GR0216_F	Større operationer, øvrige, u. generel anæstesi	3.059
GR0217_F	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	2.883
GR0218_F	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	2.684
GR0219_F	Grå stær operationer med toriske linser	3.152
GR0220_F	Grå stær operationer, m. generel anæstesi	1.613
GR0221_F	Grå stær operationer, u. generel anæstesi	2.643
GR0222_F	Mindre operationer, øvrige, m. generel anæstesi	2.065
GR0223_F	Mindre operationer, øvrige, u. generel anæstesi	1.879
GR0224_F	Laserbehandling	1.662
GR0225_F	Øvrige indlæggelser eller besøg ved øjensygdomme	1.029
GR0308_F	Operationer på hoved og hals, kategori 4	4.004
GR0315_F	Operationer på øre, kategori 1	23.236
GR0316_F	Operationer på øre, kategori 2	6.490
GR0317_F	Operationer på næse, kategori 1	7.854
GR0318_F	Operationer på næse, kategori 2	3.220
GR0319_F	Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber	6.671
GR0321_F	Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer	6.641
GR0330_F	Luftrørskatar	855
GR0331_F	Næsetraume og næsedeformitet	304
GR0336_F	Tand- og mundhulesygdomme, ekskl. tandudtrækning	1.018
GR0801_F	Spondylodese, for+bag el. for int. fiks, m. særlig a-diag	277.582
GR0802_F	Spondylodese, for+bag, el. bag m. særlig a-diag	39.298
GR0803_F	Spondylodese, med fiksation	27.067
GR0804_F	Spondylodese, uden fiksation, og reoperationer	67.125
GR0805_F	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik	6.084
GR0806_F	Dekompression	24.574

Gråzoneprocedure (fortsat)

Gruppe	Tekst	Takst
GR0807_F	Diskusprolaps	6.325
GR0808_F	Perifer nerveoperation	3.543
GR0809_F	Infektionskirurgi, ryg/hals og underekstremitet, store led	13.561
GR0810_F	Infektionskirurgi, overekstremitet, store led, og ankel/fod	4.778
GR0811_F	Infektionskirurgi, håndled/hånd	18.263
GR0812_F	Amputation, ekskl. fingre og tæer	15.109
GR0813_F	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år	144.555
GR0814_F	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	20.198
GR0815_F	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	10.490
GR0816_F	Alloplastik, dobbelt, store led	79.637
GR0817_F	Alloplastik, dobbelt, hånd/fod	5.371
GR0818_F	Alloplastik, større revision, underekstremitet, store led	23.615
GR0819_F	Alloplastik, ryg/hals	35.135
GR0820_F	Alloplastik, overekstremitet, store led	20.441
GR0821_F	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led	23.490
GR0822_F	Alloplastik, hånd/fod	16.051
GR0823_F	Frakturkirurgi, ryg/hals	8.432
GR0824_F	Frakturkirurgi, skulder/overarm	20.317
GR0825_F	Frakturkirurgi, albue/underarm	15.349
GR0826_F	Frakturkirurgi, håndled	15.777
GR0827_F	Frakturkirurgi, hånd	14.720
GR0828_F	Frakturkirurgi, ekstern fiksation, underekstremitet ekskl. fod	4.017
GR0829_F	Frakturkirurgi, intern fiksation, hoftenær	24.546
GR0830_F	Frakturkirurgi, intern fiksation, lår	12.863
GR0831_F	Frakturkirurgi, intern fiksation, knæ/underben	15.128
GR0832_F	Frakturkirurgi, intern fiksation, ankel	26.226
GR0833_F	Frakturkirurgi, fod	12.975
GR0834_F	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led	9.016
GR0835_F	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led	13.270
GR0836_F	Reposition, øvrige	7.617
GR0837_F	Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ	36.024
GR0838_F	Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	10.999
GR0839_F	Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår	42.085
GR0840_F	Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	14.912
GR0841_F	Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig	22.596
GR0842_F	Rekonstruktion, overekstremitet, store led	9.243
GR0843_F	Rekonstruktion, underekstremitet, store led	9.887
GR0844_F	Rekonstruktion, hånd/fod	10.052
GR0845_F	Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	15.129
GR0846_F	Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led	9.617
GR0847_F	Artrodese, hånd/fod	13.523
GR0848_F	Artrodese, ankel	8.920
GR0849_F	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., ryg/hals	19.489
GR0850_F	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., hofte/lår	19.513

Gråzoneprocedure (fortsat)		
Gruppe	Tekst	Takst
GR0851_F	Fjernelse af fikurationsudstyr, implantat mm., øvrige	4.796
GR0852_F	Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	9.256
GR0853_F	Endoskopi/artroskopi, hofte	14.971
GR0854_F	Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	14.248
GR0855_F	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	7.711
GR0856_F	Endoskopi/artroskopi, øvrige	6.812
GR0857_F	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	5.023
GR0858_F	Sene, muskel, fascie, øvrige	11.050
GR0859_F	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	5.410
GR0860_F	Mindre knogleoperationer, øvrige	10.926
GR0861_F	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	2.836
GR0862_F	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	7.314
GR0863_F	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	8.275
GR0864_F	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	10.935
GR0865_F	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	6.102
GR0866_F	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	17.414
GR0867_F	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	6.642
GR1301_F	Aborter efter 13 uger	1.294
GR1306_F	Komplicerede gynækologiske indgreb	10.365
GR1307_F	Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	50.011
GR1308_F	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år	2.059
GR1309_F	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år	9.233
GR1310_F	Standard gynækologisk indgreb, m. robot	8.778
GR1311_F	Standard gynækologisk indgreb	8.914
GR1312_F	Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	7.298
GR1313_F	Enklere gynækologiske indgreb, m. robot	17.900
GR1314_F	Enklere gynækologiske indgreb	6.115
GR1315_F	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	2.854
GR1316_F	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	2.816
GR1317_F	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag.	2.577
GR1318_F	Mindre gynækologiske indgreb	2.217
GR1319_F	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom	732
GR2701_F	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling	6.257
GR2703_F	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner	2.980
GR2704_F	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion	1.714
GR2707_F	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner	4.902
GR2708_F	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion	3.126
GR2710_F	Stereotaksi	3.555
GR2712_F	Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	4.814
GR2713_F	Stråleplanlægning, kompleks	5.917

Gråzoneprocedure (fortsat)

Gruppe	Tekst	Takst
GR2714_F	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	10.044
GR2715_F	Stråleplanlægning, konventionel	5.730
GR2719_F	Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)	5.658
GR2722_F	Kemoterapi, basis, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	3.119
GR2723_F	Kemoterapi, basis med anvendelse af elektrotransfer	24.715

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:	Henvi sning til pakkeforløb start uden fremmøde - skal ikke afregnes.

B4.2. Særydelsesliste

Ydelsestype		
Gruppe	Tekst	Takst
SYD01	Behandlingshjælpemidler for mere end 827 kr. ²³	Kostpris
SYD02	Høreapparater ²⁴	Kostpris
SYD03	Medicin for mere end 827 kr. pr. dag ²⁵⁻²⁶	Kostpris

²³ Det vil eksempelvis sige korset, karkirurgiske stents og implantater m.v. Overstiger den samlede kostpris 827 kr., kan det fulde beløb opkræves. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat.

²⁴ Der ydes støtte til høreapparater i henhold til regler i Sundhedsloven.

²⁵ For patienter grupperet til DAGS-grupperne i PG11 Medicinsk behandling samt grupperne PG12B Antistof, behandling, PG12C Brachyterapi og PG12M Botulinumtoksin, injektion 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).

²⁶ 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 827 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 2015.

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 særskilt 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 2015

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1S	Genoptræningsgruppe 1, stationær	866
GEN2S	Genoptræningsgruppe 2, stationær	1.878
GEN3S	Genoptræningsgruppe 3, stationær	3.625
GEN4S	Genoptræningsgruppe 4, stationær	5.010
GEN5S	Genoptræningsgruppe 5, stationær	12.831

Takster for ambulant genoptræning 2015

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	756
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	1.010
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.630

Takster til mellemkommunal afregning for genoptræningsydelser 2015

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	677
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	904
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.460

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 Sundhedsøkonomisk Center i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Det forudsættes, at der er taget udgangspunkt i en mini-MTV.

Sundhedsøkonomisk Center 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. Økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner²⁷.

²⁷ 'Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2015'

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 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 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.

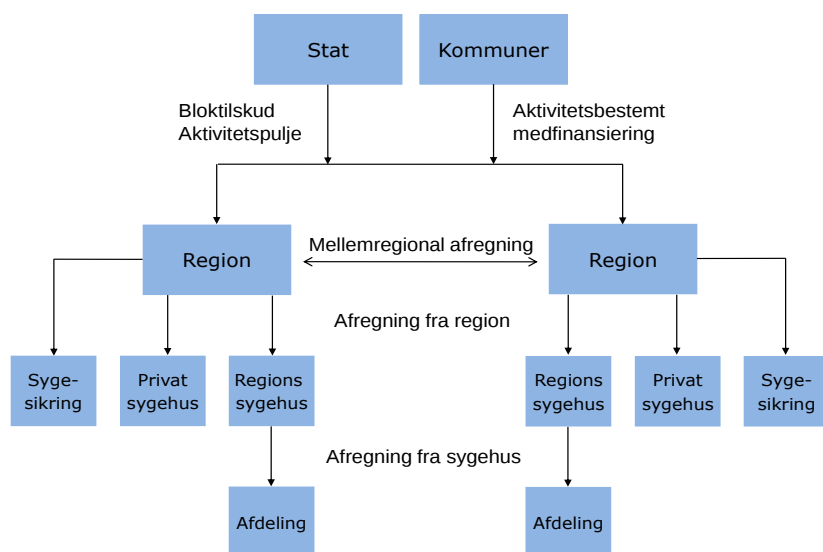
B7.1. Finansieringsmodellen

De økonomiske rammer for regionernes løsning af opgaver på sundhedsområdet fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner. For 2015 udgør regionernes samlede ramme til sundhedsområdet 108 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 2015 80,4 pct. af den samlede finansiering af sundhedsområdet, midlerne i den statslige aktivitetsafhængige pulje udgør 1,2 pct. og den kommunale medfinansiering 18,4pct. De resterende 0,1 pct. finansieres gennem lån og puljer²⁸.

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.

²⁸ Kilde: 'Generelle tilskud til regionerne 2015', Økonomi- 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. 706 af 23. juni 2014 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2015.

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 2015 udgør basisbeløbene til regionerne 0,5 pct. af det samlede bloktilskud for sundhedsområdet, de aldersbestemte udgiftsbehov 77,1 pct. og de socioøkonomiske udgiftsbehov 22,4 pct.²⁹

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.³⁰

²⁹ Kilde: 'Generelle tilskud til regionerne 2015', Økonomi- og Indenrigsministeriet

³⁰ Yderligere oplysninger om opgørelsen af regionernes bloktilskud kan findes Bekendtgørelse om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2015.

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 aktivitet på private sygehuse.

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

Den samlede pulje fastsættes i økonomaftalen 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 2015 udgør den samlede aktivitetspulje i alt 1,32 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 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, mens Statens Serum Institut foretager månedlige opgørelser af regionernes aktivitet. Aktivitetsåret bliver afsluttet i marts måned det efterfølgende år, hvor efter Statens Serum Institut 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" §13, §14 og §14a som er udmøntet i "Cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet". Fuldfinansieringsdelen følger af sundhedslovens §§ 238 og 251.

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 14.621 kr. (2015 pris- og lønniveau) pr. indlæggelse. Der er fra 2012 ikke ændret på den kommunale medfinansiering for genoptræning under indlæggelse, psykiatri og aktiviteten i primærsektoren udover 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.

Der er ikke foretaget ændringer i fuldfinansieringordningen.

Både medfinansierings- og fuldfinansieringsdelen administreres af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, men Statens Serum Institut foretager månedlige beregninger af de enkelte kommuners bidrag til regionerne. Aktivitetsåret bliver afsluttet i marts måned det efterfølgende år, hvor Statens Serum Institut 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 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 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 Statens Serum Institut, CSC og regionerne. Statens Serum Instituts 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).

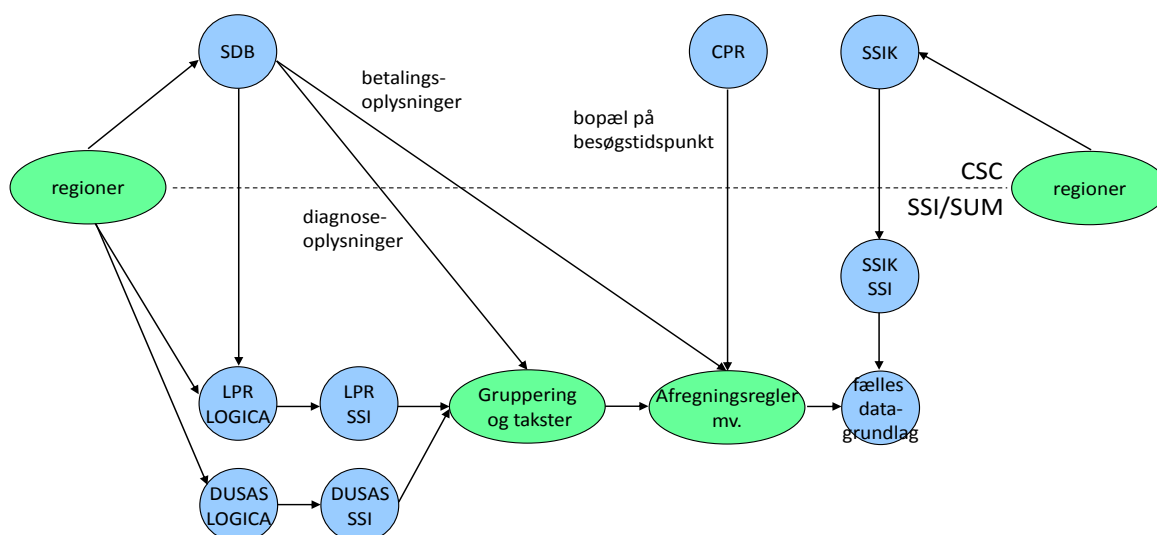
Patientoplysningerne fra de danske sygehuse overføres til National Sundhedsdokumentation på Statens Serum Institut fra sygehusenes patientadministrative systemer (PAS), enten via Sundhedsdatabanken (SDB) eller direkte til LPR. Patientoplysninger vedrørende behandlinger foretaget i udlandet overføres 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 CSC, der validerer og videresender data til National Sundhedsdokumentation på Statens Serum Institut.

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. 958 af 29. august 2014 om ret til sygehusbehandling m.v.³¹

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. 5, § 89, stk. 5, § 89 a, stk. 2, § 90, stk. 3, § 91, § 195, § 225, stk. 1, § 235, stk. 3 og 4, og § 265 i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, som ændret ved lov nr. 1388 af 28. december 2011, lov nr. 1401 af 23. december 2012, lov nr. 1638 af 26. december 2013, og lov nr. 743 af 25. juni 2014, og efter forhandling med justitsministeren og ministeren for børn, ligestilling, integration og sociale forhold, samt i medfør af § 4 i lov nr. 1396 af 21. december 2005 om retspsykiatrisk behandling m.v. 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

³¹ 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.

Personer, der har bopæl her i landet

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

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

Personer, der ikke har bopæl her i landet

§ 5. Personer, der ikke har bopæl her i landet, har ret til akut sygehusbehandling m.v. i opholdsregionen i tilfælde af ulykke, pludseligt opstået sygdom og fødsel eller forværring af kronisk sygdom m.v. Behandlingen m.v. ydes på samme vilkår som til personer med bopæl her i landet.

Stk. 2. Regionsrådet i opholdsregionen yder herudover sygehusbehandling m.v., når det under de foreliggende omstændigheder ikke skønnes rimeligt at henvise personen til behandling i hjemlandet, herunder Færøerne og Grønland, eller personen ikke tåler at blive flyttet til et sygehus i hjemlandet, herunder Færøerne og Grønland, jf. dog § 16.

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

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

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

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

- 1) reglerne i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 883/2004 af 29. april 2004 om koordinering af de sociale sikringsordninger med senere ændringer, eller Det Blandede

EØS-udvalgs afgørelse nr. 76/2011 af 1. juli 2011 om ændring af bilag VI (social sikring) og protokol 37 til EØS-aftalen, eller

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

Stk. 2. Behandling i medfør af stk. 1 omfatter ikke adgang til organer med henblik på organtransplantationer.

Stk. 3. Regionsrådet kan kræve dokumentation for, at den behandlingssøgende er omfattet af stk. 1.

Stk. 4. For behandling, der ydes efter stk. 1, opkræver regionsrådet betaling efter reglerne i § 50.

Stk. 5. 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. 6. 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) Udsendt personale ved diplomatiske og konsulære repræsentationer her i landet, hvis ret hertil følger af internationale bestemmelser, og deres familiemedlemmer.
- 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) patienten efter reglerne i § 13, stk. 1 og 2, kan tilbydes en diagnostisk undersøgelse inden for 1 måned,
- 3) patienten efter reglerne i § 14 kan tilbydes udredning inden for 1 måned, jf. dog § 54, stk. 2,
- 4) patienten efter reglerne i § 19, stk. 1 og 2, kan tilbydes behandling inden for 1 eller 2 måneder,
- 5) retten til at vælge sygehus efter reglerne i § 13, § 15, stk. 1-3, og § 19,
- 6) sygehuset tilbyder at henviſe patienten til privatejede sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller sygehuse m.v. i udlandet, som regionsrådene i forening har indgået aftale med (aftalesygehuse),

7) 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,

8) at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal diagnostiske undersøgelser, udredninger og behandlinger, der foretages på sygehuse omfattet af nr. 7, og

9) at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter reglerne i § 13, § 15, stk. 1-3, § 19 og sundhedslovens § 82 a.

Stk. 2. 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. 4.

Stk. 3. 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.

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 aftalesygehus, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde den diagnostiske undersøgelse ved sine sygehuse eller 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 sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med, inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. 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. 3. En plan i medfør af stk. 2 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. 2 mindst indeholde oplysninger om indholdet i den næste undersøgelse i udredningsforløbet samt tid og sted for denne.

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

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

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

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

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

§ 16. En sygehusafdeling kan afvise fritvalgspatienter, jf. §§ 13 og 15, af kapacitetsmæssige årsager, herunder hvis afdelingen har væsentligt længere ventetider til den

pågældende behandling end andre afdelinger, og hvis væsentlige hensyn til andre patienter ellers vil blive tilsidesat.

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

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

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

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

§ 17. For personer, der er optaget i kriminalforsorgens institutioner, eller som opholder sig i en institution i henhold til retsplejeloven, straffeloven eller et farlighedsdekret efter kapitel 11 i lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, kan retten til at vælge sygehus i henhold til § 13, stk. 1 og 2, 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 straffuldbyrdelseslovens § 78 overføres til psykiatrisk sygehus samt personer, der prøveløslades eller benådes på vilkår om anbringelse eller behandling på psykiatrisk sygehus.

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

§ 19. Personer, der er henvist til sygehusbehandling og udredt, kan vælge at blive behandlet på et af de sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller i udlandet, som regionsrådene i forening har indgået aftale med herom (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke inden for 2 måneder, jf. dog stk. 2, 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. Når personen er henvist til behandling af alvorlig sygdom er fristen, jf. stk. 1, dog 1 måned.

Stk. 3. Regionsrådet i bopælsregionen træffer afgørelse om, hvorvidt en sygdom er alvorlig, jf. stk. 2, ud fra følgende hensyn, og såfremt der ikke er udsigt til spontan bedring:

1) Hvorvidt udsigten til væsentlig bedring eller helbredelse forringes betydeligt ved udsættelse af behandlingen med yderligere 1 måned.

2) Hvorvidt tilstanden er ledsaget af daglige og stærke smerter med behov for stærk smertestillende medicin, og der er udsigt til, at behandling kan lindre eller fjerne smerterne i væsentlig grad, eller tilstanden er ledsaget af daglig svær og psykisk forpinthed, og der er udsigt til, at behandling kan lindre eller fjerne symptomerne i væsentlig grad. Ved svær psykisk forpinthed forstås en tilstand, hvor patienten er præget af fortvivlelse, angst eller uro som følge af en grundlæggende psykisk lidelse.

3) Hvorvidt der er daglige svære funktionsnedsættelser, hvor der er udsigt til, at behandling kan bedre eller normalisere funktionsnedsættelsen i væsentlig grad. I vurderingen af funktionsnedsættelsen kan følgende bl.a. indgå: Manglende mulighed for at bevare beskæftigelse, udføre almindelige og nødvendige personlige gøremål i dagligdagen, personlig hygiejne, fødeindtagelse, forflytning m.v.

Stk. 4. 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. 5. Regionssygehuset skal henvise personer til det aftalesygehus, de anmoder om, når betingelserne efter stk. 1-2 og 4 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 og 2, 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 og 2, 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, og behandling, jf. § 19, stk. 1 og 2, må udsættes på grund af personens helbredstilstand eller efter personens ønske.

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

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

§ 22. Retten til at vælge en behandling eller diagnostisk undersøgelse på et aftalesygehus efter § 13, stk. 1 og 2, og § 19, stk. 1 og 2, 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, § 19, stk. 1, og bekendtgørelse om indgåelse af behandlingsaftaler efter de udvidede fritvalgsordninger m.v.

§ 24. For behandling af personer med livstruende kræftsygdomme m.v. gælder reglerne i denne bekendtgørelse samt reglerne i bekendtgørelse om behandling af personer med livstruende kræftsygdomme m.v.

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 sundhedsydelsers 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 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 kommunen, der har udstedt det særlige sundhedskort til den sikrede, er beliggende.

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 kommunen, der har udstedt grænsearbejderens særlige sundhedskort, er beliggende.

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 1.362 kr. pr. måned (2013 pris- og lønniveau). Beløbet pris- og lønreguleres én gang om året og udmeldes af Sundhedsstyrelsen.

§ 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 kommunen, der har udstedt det særlige sundhedskort til den sikrede, er beliggende, 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 kommunen, der har udstedt grænsearbejderens særlige sundhedskort, er beliggende, 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. § 51.

§ 52. I aftaler mellem en statslig myndighed og et regionsråd om benyttelse af regionens sygehusvæsen kan der med ministeren for sundhed og forebyggelses 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. september 2014, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. For personer, der er henvist til psykiatrisk udredning på sygehus før den 1. september 2015, i medfør af § 14, er fristen 2 måneder.

Stk. 3. 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. 4. For ansøgninger om refusion af udgifter til behandling i andre EU/EØS-lande i medfør af stk. 3, finder §§ 39 og 41 anvendelse.

Stk. 5. Bekendtgørelse nr. 422 af 8. maj 2007 om journalføring af afslag på frit sygehusvalg for psykiatriske patienter, bekendtgørelse nr. 787 af 16. juli 2008 om udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge, herunder om henvisningsproceduren og dokumentationskrav til aftalesygehuse m.v., bekendtgørelse nr. 1542 af 27. december 2009 om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne, herunder om henvisningsproceduren og dokumentationskrav til aftalesygehuse m.v. og bekendtgørelse nr. 1661 af 27. december 2013 om ret til sygehusbehandling m.v. ophæves.