



Takstsystem

Vejledning



2014



Udgiver: Sundhedsdokumentation, Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning

Ansvarlig institution: Statens Serum Institut

Design: Statens Serum Institut

Copyright: Statens Serum Institut

Version: 3

Versionsdato: 02.12.2014

Format: PDF

Indhold

1. Indledning	5
1.1 Vejledningens formål og baggrund	5
1.2 Vejledningens opbygning	6
2. Generelle bestemmelser	8
2.1. Takstbekendtgørelsens dækningsområde	8
2.1.1 Private sygehuse	8
2.1.2. Personer uden bopæl i Danmark	9
2.1.2.1. Muligheder for refusion af behandlingsudgifter	9
2.1.2.2. Beregning af afregningen for personer uden bopæl i Danmark	10
2.2. Sondring mellem behandlingsniveauer	10
2.3. Generelle afregningsregler	11
2.3.1. Betalingsforpligtelsen	11
2.3.2. Fravær under indlæggelse	12
2.3.3. Afgrænsning af ambulante besøg	12
2.3.4. Sengedagstakster	12
2.3.5. Raske ledsagere og nyfødte	12
2.3.6. Overgangsregler ved årsskifte	13
2.3.7. Pris- og lønregulering for takstsystem 2014	13
2.4. Lønsumsafgift	14
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 sygehusudskrivninger	17
3.1.1.3. Trimpunkt	18
3.1.1.4. Særydelser for stationære patienter	18
3.1.2. Afregning af gråzonepatienter	18
3.1.2.1. Gråzonetakster	18
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 2014	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. Assistancer.....	24
3.1.3.9. Ambulant besøg under stationær indlæggelse.....	25
3.1.3.10. Ambulante ydelser på indlæggelses- og udskrivningsdagen for stationære kontakter	25
3.1.4. Afregning af genoptræningsydelser	25
3.1.5. Afgrænsning af specialer	26
3.2. Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger	27
4. Behandlinger på højt specialiseret funktionsniveau	29
4.1. Betaling	29
4.2. Takstberegning	30
5. Andre takstregler	32
5.1. Betaling for færdigbehandlede patienter.....	32
5.2. Udbetaling af lommepenge	32
6. Fritvalsrammer 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	40
B1.3.1. Diagnoseegenskaber (tabel DG1).....	41
B1.3.2. Procedureegenskaber (tabel DRGTPT)	42
B1.3.3. Tillægskodeegenskaber (tabel TILL)	43
B1.3.5. Tildeling af DRG-gruppe (tabel DRGLOGIK)	43
B1.4. Sygehusoversigt	43
Bilag 2. Ændringer i grupperingslogikken.....	47
B2.1. Ændringer fra 2013 til 2014.....	47
Bilag 3. DRG-takster for stationære patienter og gråzonepatienter.....	56
Bilag 4. Ambulante takster	109
B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2014	109
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	132

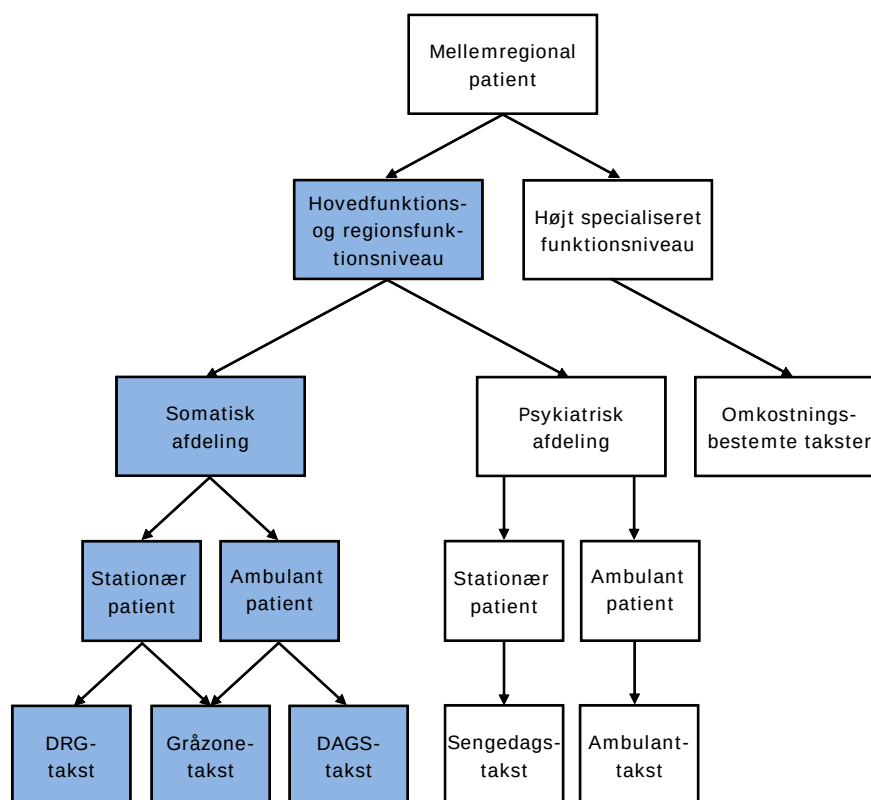
1. Indledning

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 2014 er bygget op omkring den overordnede takststruktur i Takstbekendtgørelsen og gennemgår således afregningsreglerne for alle behandlingsniveauer og patientgrupper, som er gældende i 2014. Hovedvægten er imidlertid lagt på afregningsreglerne for patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, samt de her anvendte takster, da det er disse komponenter, der danner grundlaget for dannelse af det fælles datagrundlag for afregning i sygehusvæsenet.

Kapitel 2 beskriver generelle bestemmelser i Takstbekendtgørelsen, som ikke afhænger af behandlingsniveauet eller patienttypen. I kapitel 3 gennemgås afregningsreglerne for patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, og i kapitel 4 gennemgås afregningsreglerne for patienter behandlet på højt specialiseret funktionsniveau. Kapitel 5

beskriver takstregler, der ikke vedrører Takstbekendtgørelsen, og kapitel 6 omhandler fritvalgsrammerne for private sygehuse mv.

Takstvejledningen for 2014 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 2013 til 2014, samt forslåede ændringer til 2015 er listet i bilag 2. I bilag 3 til 5 findes oversigter over hhv. DRG- og gråzonetaksterne, DAGS-taksterne og genoptræningstaksterne for 2014, 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. 1439 af 23. december 2012 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 sygehusydelser.

2.1. Takstbekendtgørelsens dækningsområde

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

2.1.1 Private sygehuse

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

Privatejede sygehuse, klinikker m.v. i Danmark og sygehuse m.v. i udlandet, som ønsker at indgå aftale om behandling af patienter efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg, indgår aftale herom med regionerne i forening, jf. Sundhedslovens § 87, stk. 5.

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 § 6–8 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 § 6, 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 nye 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. 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 månedsvis bagud, jf. Takstbekendtgørelsens § 2.

Flytter en patient under en behandling, vil den nye bopælsregion have betalingsforpligtelsen fra tilflytningstidspunktet. Hvor der afregnes med sengedagtakster, 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 dog 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.

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 2013 og udskrives/afsluttes i 2014, 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 2013/2014 og udskrives i 2014, afregnes således til 2014-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 2013 til 3. januar 2014, afregnes således med 2 sengedage, opgjort i takstsystem 2013, og 3 sengedage, opgjort i takstsystem 2014.

2.3.7. Pris- og lønregulering for takstsystem 2014

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 2014 er P/L-faktoren for 2014 sat til 1,1 pct., svarende til Finansministeriets P/L-faktor for 2014 opgjort juni 2013. 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 2014
P/L-faktor anvendt i Økonomiaftalen	1,1 pct.
P/L-faktor anvendt i beregningen af DRG- og DAGS-taksterne	1,1 pct.

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

Takster	P/L-faktor
Langliggertakst/Færdigbehandlede/Hospice Lofter i kommunal medfinansiering Besøgs- og sengedagstakster på det psykiatriske område Fritvalgsrammer for privatsygehuse Genoptræning Særydelser Lommepege (beløb til personlige fornødenheder til personer, der ikke oppebærer pension eller anden indkomst under længerevarende indlæggelser)	Den i Økonomiaftalen fastsatte P/L-faktor (ekskl. medicintilskud).
De tilrettede driftsudgifter (f.eks. sygehusregnskaber fra tidligere år)	Finansministeriets seneste P/L (ekskl. medicintilskud)

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 lønsumsandel 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 2014 til takstsystem 2014 kan hentes på www.drg.dk.

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

3. Behandlinger på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau

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

3.1. Patienter behandlet på somatiske afdelinger

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

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

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

Taksterne afspejler de beregnede, direkte udgifter til behandling af hhv. stationære patienter, gråzonepatienter, ambulante patienter og til udførelse af genoptræningsydelser. Der er således ikke inkluderet udgifter til eksempelvis tjenestemandspension, forrentning og afskrivning. Takster og beløbsangivelser, der er gengivet i teksten samt i bilag 3, 4 og 5 er anført i 2013 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.

Tabel 3. Oversigt over antal grupper for hhv. DRG, gråzone og DAGS samt sammedagspakker for takstårene 2000-2014

Takstår	Gruppering	DRG	Gråzone	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

3.1.1. Afregning af stationære patienter

3.1.1.1. DRG-takster

Afregning af 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 1.918 kr. pr. sengedag (2014 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 2.

DRG-taksterne for alle 731 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.

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 1.918 kr. (2014 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 særydelser 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.

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 1.918 kr. (2014 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 204 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 204 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.

Udover 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 takster for 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 besøgsgupper, diagnosegrupper, proceduregrupper, ambulante substitutionstakster og sammedagspakker. Takstgrupperne i det ambulante takstsystem for 2014 er vist nedenfor.

Besøgsgupper

- Ambulant besøg
- Akut ambulant skadekontakt
- Telefon- og e-mailkonsultation
- Ambulant substitution, telemedicin
- Ambulant substitution, hjemmebesøg
- Ambulant substitution, hjemmebesøg, jordemoder

Diagnosegrupper

- Medfødte stofskiftesygdomme
- Kraniofaciale misdannelser
- Pubertets- og vækstforstyrrelser
- Sjældne handikap
- Vækstforstyrrelser
- Endokrinologi
- HIV-infektion
- Tilstand med transplanteret væv - hæmatologi
- Cancer
- Neurologi
- Spiseforstyrrelser
- Alkohol- og stofmisbrug
- Somatoforme tilstande
- Ryglidelser, komplicerede
- Reumatologi
- Audiologi
- Smertetilstande

Proceduregrupper

- Hudsysteem
- 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

Sammedagspakker

- Anæstesiologi
- Allergologi
- Gastroenterologi
- Mammadiagnostik
- Øre-næse-hals
- Høreapparat
- Svimmelhed
- Ryglidelser
- Graviditet
- Radiologi
- Kardiologi
- Cystoskopi
- Endokrinologi
- Gigt
- Blodprop i hjernen
- Øjenundersøgelser
- Klinisk Genetik
- Komplex tværfaglig udredning

Ambulante substitutionstakster

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

3.1.3.2. Afregning for akutte ambulante skadekontakter i 2014

Fra 2014 indføres der 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 2014 indføres en ny model for afregning af de akutte ambulante kontakter, hvor der ikke længere afregnes skadestuebesøg, men i stedet afregnes akutte ambulante skadeskontakter på baggrund af 'akut ambulante' markeringen og aktionsdiagnose.

Alle akutte ambulante kontakter med aktionsdiagnose i kapitel DS* og DT* (evt. samt DZ039), betragtes som akut ambulante skadepatienter og afregnes med taksten for akut ambulante skadekontakt (BG50D) såfremt de ikke er umiddelbart efterfulgt af en stationær kontakt. Alle øvrige akut ambulante kontakter grupperes til DAGS- eller gråzone grupper.

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.

Grundtaksten i 2014 for ambulante besøg er på hhv. 820 kr. for patienter i alderen fra og med 7 år og op efter, 1.289 kr. for patienter i alderen 0 til 6 år og 1.525 kr. for besøg med anamnese- eller journaloptagelse. Til gruppen 'Ambulant besøg med journaloptagelse' grupperes besøg med procedurekoderne ZZ0150 journaloptagelse.

En akut ambulant skadekontakt udløser en takst på 735 kr. i 2014. Der kan ikke opkræves for eventuelle procedurer i tilknytning til en akut ambulant skadekontakt. Fører den akut ambulante skadekontakt til indlæggelse samme dag, på samme sygehusenhed, kan der ikke afregnes for den akut ambulante skadekontakt.

Telefon- eller e-mailkonsultation eller skriftlig kommunikation ved prøvesvar udløser en takst på 159 kr. i 2014. 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 429 kr. i 2014. 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 AK-behandling.

Grundtaksten for hjemmebesøg er 2.296 kr. i 2014. Afregning af grundtaksten for hjemmebesøg kan udelukkende ske, hvis besøget grupperes til en af de tre substitutionstakstgrupper for hjemmebesøg, dvs. grupperne der betegnes STxxx.

Grundtaksten for hjemmebesøg, jordemoder er 1.051 kr. i 2014. Til gruppen grupperes besøg hvor følgende procedurekoder er registreret: AAF6 (Hjemmebesøg) plus BKUA21B, BKUA21B1, BKUA27B, 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. 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.

3.1.3.9. 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.

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

Ambulante ydelser afregnes ikke, såfremt de udføres på indlæggelses- eller udskrivningsdagen for en stationær kontakt på samme sygehus. Dette skyldes, at de ambulante ydelser i disse tilfælde betragtes, som en del af den stationære kontakt.

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 kodekatalogerne³. 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 2014 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.

³ Kodekataloget til indberetning af ergoterapeutiske og fysioterapeutiske ydelser til Sundhedsstyrelsen kan findes på fysioterapeuternes hjemmeside: www.fysio.dk eller ergoterapeuternes hjemmeside: www.etf.dk.

Tabel 4. Afregning af specialer og ambulante takster.

	Ambulant besøgs- /diagnose-gruppe	Procedure- /substitutions- grupper og samme- dagspakker	Gråzone-DRG	Ambulant genoptræning
Klinisk speciale ⁴	Ja	Ja	Ja	Ja
Tværgående speciale ⁵	Nej	Ja	Ja	Ja
Fysio- og ergoterapi ⁶	Nej	Nej	Nej	Ja
Andre specialer ⁷	Nej	Nej	Nej	Nej

3.2. Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger

Psykiatriske patienter afregnes ikke efter DRG-systemet. Hovedprincippet for afregning af psykiatriske patienter er, at stationære patienter afregnes med en sengedagstakst, mens ambulante besøg afregnes med en besøgstakst. Der pågår et udviklingsarbejde på området, og der er udarbejdet vejledende DRG- og DAGS-takster for psykiatrien for 2014, som er tilgængelige på www.drg.dk.

Ved beregning af betaling for psykiatriske patienter udgør sengedagstaksten 3.459 kr. (2014 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 3. En mellemregional psykiatrisk patient, der overføres til og behandles på en somatisk afdeling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, udløser en DRG-takst for den somatiske indlæggelse. Hvis en somatisk mellemregional patient, der behandles på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, overføres til permanent psykiatrisk behandling, anses overførselstidspunktet som udskrivningstidspunkt fra den somatiske afdeling.

For psykiatriske patienter udgør taksten for ambulant behandling 1.731 kr. (2014 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 4, 3. pkt. og § 7.

⁴ 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.

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

⁶ 98 Fysio- og ergoterapi.

⁷ 60 Klinisk biokemi, 62 Klinisk. immunologi, 63 Klinisk mikrobiologi, 65 Patologisk anatomi, 67 Klinisk farmakologi

Der skelnes i takstsystemet mellem somatiske skadestuer og psykiatriske skadestuer. Den psykiatriske skadestuetakst udgør 1.731 kr. pr. besøg, mens den somatiske skadestuetakst er på 734 kr. pr. besøg (begge beløb i 2014 pris- og lønniveau).

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 sontring af, om egne patienter modtager behandling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, eller om egne patienter modtager behandling på højt specialiseret funktionsniveau.

5. Andre takstregler

5.1. Betaling for færdigbehandlede patienter

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

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

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

Sengedagsbetalingen for 2014 udgør med den anførte pris- og lønregulering maksimalt 1.918 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. 1439 af 23. december 2012 om ret til sygehusbehandling m.v., jf. § 33, 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 1.377 kr. pr. måned for 2014 (2014 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, indenfor 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. 1388 af 28. december 2011 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.

	2014 P/L-niveau
Sankt Lukas Hospice	16,7
Diakonissestiftelsens Hospice.....	16,7
Sct. Maria Hospice	16,7
OASIS	18,1
RCT-København	19,1
RCT-Jylland	13,1
Epilepsihospitalet i Dianalund ⁸ ...	77,7
Sclerosehospitalet i Haslev og Ry	69,1
Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium	29,8
Center for sundhed og træning i Middelfart	12,9
Center for sundhed og træning i Århus	14,7
Center for sundhed og træning i Skælskør.....	19,9
RehabiliteringsCenter for Muskelsvind	21,4
Vejlefjord	15,5
Center for Hjerneskade	8,7
Øfeldt Centrene.....	17,0

⁸ Regionernes pligt til at yde vederlagsfri behandling ved Epilepsihospitalet Dianalund udgør ud over den fastsatte årlige økonomiske ramme. 25 mio. kr. i 2012 og 15 mio. kr. i 2013.

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 ministeriets 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 ressourcetræk 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 2014.

Tabel B1. Oversigt over indholdet i omkostningsdatabasen⁹

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	2.069.242	16.898.672	86	73

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.

⁹ Fra 2007 indgå to regnskabsår. Når alle sygehuse indberetter for begge år øges dækningsgraden.

Der er til taksterne for 2014 anvendt ambulante, specialespecifikke vægtningsystemer indenfor 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 afdelingsudskrivninger
2. Beregning af omkostninger pr. kontakt på afdelingsniveau (inkl. omkostnings-trunkering)

3. Dannelse af sygehusforløb
4. Beregning af omkostninger pr. sygehusforløb (inkl. omkostningstrunkering)
5. Beregning af DRG-takster som simple gennemsnit af omkostningerne for sygehusforløbene i hver DRG-gruppe

I første trin grupperes 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 grupperes 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 besøg¹⁰.

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 behandlinger¹¹. Antal gråzonegrupper tilpasses løbende.

¹⁰ Udvælgelse af hvilken DAGS-gruppe der medgår i beregningen sker ved følgende prioritering: 1. Gråzoner, 2. Proceduregrupper, 3. Diagnosegrupper, 4. Besøgsgrupper. I tilfælde af ens prioritering udvælges det besøg med størst omkostning.

¹¹ 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 nulsumsspil, der hverken tilfører eller fjerner værdi i sygehusvæsenet. De beregnede DRG- og DAGS-takster skal derfor tilpasses de tilrettede driftsudgifter. Produktionsværdien for takstsystem 2014 skal således tilpasses de tilrettede driftsudgifter for 2012 fremskrevet til 2014 P/L-niveau.

De tilrettede driftsudgifterne er opdelt med henholdsvis 39,55 og 60,45 procent til det ambulante og stationære område. For at produktionsværdien for de ambulante og stationære takster tilpasses de tilrettede driftsudgifter, op- eller nedjusteres taksterne således, at den ovenstående procentfordeling opnås.

I takstsystemet 2014 er taksterne justeret både før og efter høring. Før høring blev de ambulante takster nedjusteret med 1 procent, mens de stationære takster blev opjusteret med 7,9 procent. For at nå niveauet af de tilrettede driftsudgifter er taksterne herefter niveaujusteret med 0,9 procent. Efter høring blev taksterne justeret i forhold til den kommunale medfinansiering. Princippet for niveaujusteringen af taksterne efter høring er, at produktionsværdien af den kommunale medfinansiering skal holdes konstant i forhold til værdien af den kommunale medfinansiering med taksterne før høring. Formålet med fremrykningen af beregningen af taksterne har været, at der ved indgåelse af Økonomiaftalen for 2014, er et retvisende grundlag for den kommunale medfinansiering. Beregningerne der blev anvendt til datamaterialet i forbindelse med Økonomiaftalen tog udgangspunkt i de foreløbige takster for 2014. Efter høringen er taksterne blevet tilpasset høringssvarene, og justeringen blev foretaget i forhold til værdien af den kommunale medfinansiering med taksterne før høring. I den kommunale medfinansiering indgår der lofter for afregningen pr. indlæggelse og besøg. Justeringen bliver af den grund marginal anderledes, end hvis justeringen blev foretaget på den samlede produktionsværdi.

Taksterne efter høring blev justeret således, at den kommunale medfinansiering holdes konstant i forhold til de niveaujusterede takster før høring. Den kommunale medfinansiering udgør for stationære udskrivinger 34 pct. af taksten, dog højest 14.221 kr. pr. udskriving. For ambulante kontakter udgør den kommunale medfinansiering 34 pct., med et loft på 1.403 kr. For ambulante kontakter, der grupperes til gråzonegrupperne er loftet 14.221 kr. Alle beløb er angivet i 2013 P/L. Efter høring blev de ambulante takster nedjusteret med 1,7 procent,

mens de stationære takster blev opjusteret med 7,9 procent. Eftersom efter-høring taksterne udelukkende er justeret i forhold til før-høringstaksternes kommunale medfinansieringsværdi, er der ingen fælles niveaujustering.

Hermed er det endelige takstniveau for takstsystem 2014 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

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 ¹² .
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.
DRGLOGIK	Indeholder cirka 3.200 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
6. Komplikationegenskaber til 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

¹² ICD10 klassifikationen vedligeholdes af National Sundheds-it (NSI), Statens Serum Institut. Nærmere information herom kan fås på:

<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundhedsit/TerminologiOgKlassifikationer/SKS.aspx>.

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.

Ad. 6. Komplikationsegenskaber

Se afsnittet 'Komplikationer' nedenfor.

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
4. Komplikationsegenskaber

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.

Ad. 4. Komplikationsegenskaber

Se afsnittet 'Komplikationer' nedenfor.

B1.3.3. Tillægskodeegenskaber (tabel TILL)

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

B1.3.4. Komplikationer (tabel KOMPkat og KOMPlex)

I nogle DRG-grupper afhænger grupperingen af, om behandlingen er kompliceret eller ukompliceret. Til og med takstsystem 2012 er denne opdeling sket ved en implicit funktion, på baggrund af egenskaber tildelt diagnose og procedure i tabellerne KOMPkat og KOMPlex.

Fra 2013 er funktionen gjort eksplicit, således information om en procedure eller diagnose virker komplicerende ved en given behandling kan findes i DG1 og DRGTPT tabellen.

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

DRG-logikken er en tabel, der indeholder cirka 3.200 regler for gruppering til DRG-grupperne. Der er 731 DRG-grupper i DkDRG 2014. At der er flere regler end DRG-grupper skyldes, at flere regler kan pege på den samme DRG-gruppe.

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

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

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

B1.4. Sygehusoversigt

De foreliggende DRG/DAGS-takster bygger på den patientrelaterede omkostningsdatabase med ca. 2,1 mio. stationære kontakter og 16,9 mio. ambulante besøg i 2011 og 2012 fra de sygehuse, der er angivet i tabel B2.

Tabel B2. Oversigt over sygehusenheder, der har bidraget med fordelingsregnskaber til omkostningsdatabasen for takstår 2014.

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabs-enhed
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	Rigshospitalet	Rigshospitalet
	Bispebjerg Hospital	Bispebjerg Hospital	Bispebjerg Hospital
	Hvidovre Hospital	Hvidovre Hospital	Hvidovre Hospital
	Amager Hospital	Amager Hospital	Amager Hospital
	Frederiksberg Hospital	Frederiksberg Hospital	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, Helsingør	
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	Region Sjællands Sygehusvæsen, Holbæk	Sygehus Nord
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Kalundborg	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Roskilde	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Faxe	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Køge	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Næstved	Sygehus Syd
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Slagelse	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Ringsted	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Nykøbing F.	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Nakskov	

Tabel B2(fortsat).

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabs-enhed
Region Syddanmark	OUH	OUH, Odense	OUH
		OUH, Svendborg	
		OUH, Faaborg	
		OUH, Ringe	
		OUH, 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	Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Regionshospitalet Horsens	Hospitalsenheden Horsens
		Regionshospitalet Brædstrup	
	Hospitalsenheden Vest	Hospitalsenheden Vest, Herning	Hospitalsenheden Vest
		Hospitalsenheden Vest, Holstebro	
		Hospitalsenheden Vest, Tarm	
		Hospitalsenheden Vest, Ringkøbing	
		Hospitalsenheden Vest, Lemvig	
	Regionshospitalet Silkeborg	Regionshospitalet Silkeborg	Regionshospitalet Silkeborg
	Regionshospitalet Hammel Neurocenter	Regionshospitalet Hammel Neurocenter	
	Århus Universitetshospital, Århus	Århus Sygehus	Århus Universitetshospital
		Århus Amtssygehus	
		Århus Universitetshospital, Skejby	
	Samsø Syge- og Sundhedshus	Samsø Syge- og Sundhedshus	Regionshospitalet Randers
	Regionshospitalet Randers og Grenaa	Regionshospitalet Randers	
		Regionshospitalet Grenaa	Hospitalsenhed Midt
	Regionshospitalet Viborg og Skive	Regionshospitalet Viborg	
		Regionshospitalet Skive	Region Nordjylland
Region Nordjylland	Sygehus Thy - Mors	Sygehus Thy - Mors	
	Aalborg Sygehus	Aalborg Sygehus	
	Sygehus Vendsyssel	Sygehus Vendsyssel	
	Sygehus Himmerland	Sygehus Himmerland	
	Ortopædkirugien i Nordjylland	Ortopædkirugien i Nordjylland	
	Anæsthesisektoren i Nordjylland	Anæsthesisektoren i Nordjylland	

Bilag 2. Ændringer i grupperingslogikken

B2.1. Ændringer fra 2013 til 2014

Ændringerne i grupperingslogikken for DkDRG og DAGS fra 2013 til 2014 er beskrevet i tabel B3 og B4 nedenfor. Dokumentation på kodeniveau kan findes på www.drg.dk under "Gruppering".

I Takstsystem 2014 er der i alt 731 DRG-grupper, hvoraf 204 er gråzoner. Endvidere er der 250 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker og substitutionstakster. Dette skal ses i forhold til Takstsystem 2013, der havde 717 DRG-grupper, hvoraf 201 var gråzonegrupper. Takstsystem 2013 havde endvidere 225 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker og telemedicin.

Tabel B3. Grupperingslogikken for DkDRG i 2014 i forhold til 2013

MDC	DRG i 2014	Beskrivelse af ændring
01		Ny gruppe:
	0101	Neurologisk stimulering med implantat.
		Nye grupper:
	0108	Epilepsi, udredning, mentalt retarderet, m. fast vagt
	0109	Epilepsi, udredning, mentalt retarderet
	0110	Epilepsi, udredning, m. EEG-døgmonitorering
	0111	Epilepsi, udredning, m. central overvågning
	0112	Epilepsi eller dissociative kramper, udredning og behandling
	0131	Epilepsikirurgi, udredning eller efterbehandling
	0132	Epilepsikirurgi, kontrol
	0133	Ketogen diæt, udredning eller igangsætning
		Ny gråzonegruppe:
	0134	Ketogen diæt, kontrol
02		Ændringer:
	0206-0209 0221+0222	KCKD05, KCKD05B og KCKD05C er fjernet fra reglerne i MDC02.
	0221+0222	Egenskab 02S02B Øjenlåg, middelstore er flyttet fra DRG0221/0222 til DRG0217/0218.
	0217+0218	ZZ7020 Klinisk øjenundersøgelse i universel anæstesi er tilføjet til DRG0221.
03		Ændringer:
	0304-0307	KENB00C fjernes fra DRG0306/0307 og tilføjes DRG 0304/0305
	0315+0322	KDCA25 indplaceres i DRG0315.
	MDC03 2614+2615	Regel til DRG2614 i MDC03 flyttes over regel til DRG0302. Regel til DRG2615 i MDC03 flyttes over regel til DRG0303.
04		Ændringer:
	MDC04 2614+2615	Reglen for DRG0404 og DRG0402 flyttes under reglerne til DRG2614/2615.
	0417	Gruppen gøres til gråzone
05		Ændringer:
	2615	DRG2615 flyttes over reglerne til DRG0516, DRG0520, DRG0521 og DRG0513.
	0535, 0539, 0542, 0546, 0549, 0553, 0558 og 0562	Underkoderne til BFCA6 indplaceres på ligefod med BFCA6 i egenskab 05S55
06		Ny gruppe:
	0603	Større indgreb på spiserør og mavesæk, m. robot.
		Ændringer:
	MDC06+0701	Der oprettes en regel i MDC 06 til DRG 0701, der er en spejling af DRG 0701 med eneste ændret krav at det skal være en MDC 06 diagnose. Den nye regel indplaceres under DRG 0601-0604.
	0604+0605	Der tilføjes krav om, at aktionsdiagnosen skal være fra MDC06.
	0607	KAEA45 er indplaceret i 0607
	0622	Gruppen gøres til gråzone
	0621-0624	KJFG40H, KJFG40J, KJFG40K, KJFG41, KJFG41A, KJGC30, KJHC00, KJHC10 og KJGD00 flyttes til 0621/0623 i forbindelse med at 0622 gøres til gråzone.
	0648+0649	DZ931, DZ932, DZ933, DZ934, DZ980, DZ980A og DZ980B tilføjes egenskaben 06M42+ Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne I, der peger på DRG0648 og DRG0649.

Tabel B3 (fortsat).

MDC	DRG i 2014	Beskrivelse af ændring
07		Ændringer:
	0703	Reglerne, der ligger i MDC07, for DRG0703 rykkes over reglerne til DRG0708 og DRG0709.
	0703+0706	En række koder flyttes fra DRG0703 til DRG0706.
	0703	"Mindst 18 år" fjernes fra navnet på gruppen.
	0701+0706	En række koder flyttes fra egenskab 07S03+, der peger på DRG0706. Derved flyttes koderne også fra DRG0705, da egenskab 07S03+ plus krav om specifik bidiagnose peger på DRG0705. Koderne flyttes til egenskab 07S01+, der peger på DRG0701.
	0703-0706	En række koder flyttes fra egenskab 07S03+, der peger på DRG0706. Derved flyttes koderne også fra DRG0705, da egenskab 07S03+ plus krav om specifik bidiagnose peger på DRG0705. Koderne flyttes til egenskab 07S12, der peger på DRG0703 (med krav om ondartet sygdom).
	0701+0702 2614+2615	DRG0702 flyttes under reglerne til DRG2614 samt DRG2615. Da reglen til DRG0701 ligger under DRG0702, så rykkes også DRG0701 under DRG2614/2615 og er fortsat under DRG0702.
08		Ændringer:
	MDC08 2614+2615	Regel til DRG2614 og DRG2615 i MDC08 flyttes op lige under reglen til DRG2613 i MDC08.
	0861	DM720+BLNJ36 indplaceres som KNDT19 Brisement forcé på håndled eller led i hånd, der grupperes til DRG0861
	0853+0866	De komplicerede artroskopiske procedurer på hofte flyttes fra DRG0853 Endoskopi/artroskopi, hofte til DRG0866 Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led.
09		Ændringer:
	MDC09 2614+2615	Regel til DRG2614 og DRG2615 i MDC09 flyttes op lige under reglen til DRG2613 i MDC09.
	0913-0914 1010	DE658A tilføjes på ligefod med DE689.
10	MDC10 2614+2615	Ændringer: Regel til DRG2614 og DRG2615 i MDC10 flyttes op lige under reglen til DRG2613 i MDC10.
11		Ændringer:
	MDC11 2614+2615	Regel til DRG2614 og DRG2615 i MDC11 flyttes op lige under reglen til DRG2613 i MDC11.
	1103	Ny gruppe: Der oprettes en gruppe for kombineret nyre- og bugspytkirteltransplantation.
13		Nye grupper:
	1310	Standard gynækologisk indgreb, m. robot
	1311	Standard gynækologisk indgreb - sammenlægning af 1310 og 1311 (takst 2013)
	1313	Enklere gynækologiske indgreb, m. robot
	1314	Enklere gynækologiske indgreb - sammenlægning af 1313 og 1314 (takst 2013)
	1307-1308	Ændringer: Der rykkes rundt på reglerne, så der grupperes til DRG 1308 før der grupperes til DRG 1307. Reglerne til DRG 1308 er rykket op over reglerne til DRG 1307, hvilket vil sige at reglerne til DRG 1308 også er rykket op over reglerne til DRG 1310 og 1311, da reglerne til disse lå mellem reglerne til 1307 og 1308.

Tabel B3 (fortsat).

MDC	DRG i 2014	Beskrivelse af ændring
14	1426, 1427, 1430 og 1431	Ændringer: Regler med epidural som procedurekode tilføjes grupperne.
	0503, 0506 2612-2614	Der oprettes regler til de pågældende grupper med krav om DRG 1512 skal være opfyldt samt reglerne til de enkelte af de nævnte grupper.
15	1506-1507, 1509, 1513, 2614-2615	Ændringer: Regler til DRG 2614 rykkes op lige under regler til DRG 2613, hvilket vil sige, at reglerne rykkes over regler til DRG 1506, 1507, 1509 og 1513. Reglerne til DRG 2615 rykkes op over reglerne til DRG 1506, hvilket vil sige, at reglerne rykkes over reglerne til DRG 1507, 1509 og 1513.
16	MDC16 2614+2615	Ændringer: Regel til DRG2614 og DRG2615 i MDC10 flyttes op lige under reglen til DRG2613 i MDC16.
17	MDC17 2614+2615	Ændringer: Regel til DRG2614 i MDC17 flyttes op lige under reglen til DRG2613 i MDC17. Reglen til DRG2615 flyttes op lige under regel til DRG1704.
18	MDC18 2614+2615	Ændringer: Regel til DRG2614 og DRG2615 i MDC18 flyttes op lige under reglen til DRG2613 i MDC18.
19	1902 1903	Nye grupper: Epilepsi eller psykogene non-epileptiske anfald, m. gruppeterapi Psykogene non-epileptiske anfald, m. psykoterapi, pat. 0-14 år
22	MDC22 2614+2615	Ændringer: Regel til DRG2614 og DRG2615 i MDC22 flyttes op lige under reglen til DRG2613 i MDC22.
23	2302	Ændringer: Der oprettes en ekstra regel til gruppen på baggrund af oprettelsen af de nye epilepsi-grupper.
24	2402	Nye gruppe: Specifikke operationer ved svært multitraume - sammenlægning af DRG2402 og 2403 (takst 2013)
26	2609	Ændringer: Der oprettes ekstra regler til gruppen på baggrund af oprettelsen af de nye epilepsi-grupper.
	2616-2618	KAEA30 indplaceres, så den grupperer til DRG2616, 2617 og 2618.
	2652	DR119 tilføjes på lige fod med DR119B/C, hvilket vil sige, at koden tilføjes til den interne kode pal5sym, der ligger i egenskaben 27X43.
	2627	Ny gruppe: Allogen stamcelletransplantation med navlesnorsprodukt.
27	2711	Ændringer: KKEV30 fra kravet til DRG 2711.
	2716	WTDRNLXXX og WTDRNY3XX indplaceres i DRG2716 "Kemoterapi med komplicerende aktionsdiagnose"

Tabel B4. Grupperingslogikken for DAGS i 2014 i forhold til 2013

DAGS 2014	
Besøgsgrupper	
BG50D	Ændringer: Der indføres en ny variabel i grupperingslogikken, INDM, der angiver om patienten er akut eller planlagt. Akut ambulante med aktionsdiagnose inden for DS*, DT* eller DZ039 grupperes til BG50D Akut ambulant skadekontakt.
Diagnosegrupper	
DG30L	Ændringer: De kronisk myeloide sygdomme betegnes nu i henhold til WHO-klassifikationen som cancersygdomme, derfor tilføjes disse DG30L
Proceduregrupper	
Hudsystem	
PG01C	Ændringer: BNPA92 og BNPA93 indplaceres i PG01C.
PG01O	ZZ5250A er blevet indplaceret i gruppen
PG01E	Nye grupper: MR-vejledt nålebiopsi
PG01F	Stereotaktisk anlæggelse af coil i mamma
PG01G	Ultralydsvejledt anlæggelse af coil i mamma
PG01H	Stereotaktisk grovnålsbiopsi af bryst
PG01I	Stereotaktisk vakuum-grovnålsbiopsi af bryst
Muskelsystem	
PG02B	Ændringer: DM720+BLXCA indplaceres i DAGS som BLHN0* Terapeutisk steroidinjektion i led og bløddede, der grupperes til PG02B Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket reposition.
Kvindelige kønsorganer	
PG08G	Nye grupper: Svangrekontrol, bariatrisk opereret kvinde
PG08M	Opfølgning på kontakt med kvinde/barn i kombination med tværfaglig/tværasektoriel indsats
PG08L	Særligt ressourcekrævende svangrekontrol ved rusmiddelproblematik
Medicinsk Behandling	
PG11	Ændringer: BWAA tilføjes egenskaben 99T5500
PG11	Procedurer fra PG12A-E (takst 2013) er tilføjet grupperen i PG11
PG11C	BOHJ27 tilføjes gruppen
PG11E	BOHJ26 tilføjes gruppen
Diverse Behandlinger	
Lukkede grupper: (takst 2013)	
Grupperne PG12A-PG12E lukkes og behandlingerne tilføjes PG11	
Nye grupper:	
PG12R	Udlevering af CPAP-apparatur
PG12S	Kontrol eller justering af CPAP-behandling
PG12G	Ændringer: BOQC01 "Behandling med leukocytdepleteret (filtreret) puljet trombocyt koncentrat" indplaceres i gruppen
PG12H	BOQA00 "Blodtransfusion op til 1 liter" tilføjes gruppen

Tabel B4 (fortsat).

DAGS 2014	
Diverse procedurer og undersøgelser	
	Ændringer:
PG13M	ZZ2004C, ZZ2006, ZZ2031, ZZ2035, ZZ2056 og ZZ2042 tilføjes gruppen
PG13N-O SP13I	ZZ7031 samt undergrupperne A og B flyttes til PG13O Øjenus., mindre.
PG13N SP13I	KTCG30 indplaceres så den kan gruppere til PG13N Øjenundersøgelser større og SP13I
	Nye grupper:
PG13P	Immundefekt
PG13Q	Kronisk viral hepatitis B/C, vurdering af komplikationer
Radiologiske undersøgelser	
	Ny gruppe:
PG14D	MR-scanning, ukompliceret, m. generel anæstesi
	Ændringer:
PG14A, PG14B	Kode UXMD62 tilføjes i MR-scanning, kompliceret
PG14F, PG14G	UXRE80, UXRE85, UXRF80, UXRG80, UXRE82, UXRF82, UXRF83, UXRG81, UXRG82 og UXRG82A flyttes til PG14G
PG14F	Kombinationen af UXRE80, UXRE82 og UXRE85 tilføjes til PG14F CT-scanning, kompliceret.
PG14K PG14J	UXUC40 og UXUC10 flyttes fra PG14K UL-scanning, ukompliceret til PG14J UL-scanning, kompliceret.
Klinisk Genetik	
	Ændringer:
PG16B	ZZ4248 tilføjes gruppen
Klinisk neurofysiologi	
	Ændringer:
PG18C	ZZ1483-ZZ1487 tilføjes gruppen
PG18B	Kombinationen af UCGG00 ENG/EMG almen og UXUF* Ultralyd-undersøgelser af overekstremitet eller UXUG* Ultralyd-undersøgelser af underekstremitet (* angiver at alle underkoder er med) tilføjes gruppen
PG18C	Kombinationen af UCGG01 ENG/EMG speciel (< 2 timer) og UXUF* Ultralyd-undersøgelser af overekstremitet eller UXUG* Ultralyd-undersøgelser af underekstremitet (* angiver at alle underkoder er med) tilføjes gruppen
Barns trivsel	
	Nye grupper:
PG19A	Barn under 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik
PG19B	Barn over 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik

Tabel B4 (fortsat).

DAGS 2014	
Sammedagspakker	
Sammedagspakke: Hjerter-, Kar- og lymfesystem	
	Nye grupper:
SP04C	Sammedagspakke: Lille Cardiologisk sammedagsudredningspakke
SP04D	Sammedagspakke: Mellem Cardiologisk sammedagsudredningspakke
SP04E	Sammedagspakke: Stor Cardiologisk sammedagsudredningspakke
Sammedagspakke: Urinveje	
	Ny gruppe:
SP06A	Sammedagspakke: Cystoskopisk og CT-urografiske undersøgelser
Sammedagspakke: Radiologiske procedurer	
	Nye grupper:
SP14A	Sammedagspakke: MR-scanning + CT-scanning
SP14B	Sammedagspakke: MR-scanning + UL
SP14C	Sammedagspakke: CT-scanning + røntgenundersøgelse
SP14G	Sammedagspakke: UL, flere ukompl. Procedurer
	Ændringer:
SP14E	UXUD86DB kan i kombination med UXUD86B ikke længere udløse SP14E.
Sammedagspakke: Klinisk genetik	
	Nye grupper:
SP16A	Sammedagspakke: Større Klinisk genetisk udredning/undersøgelse m. stamtræ
SP16B	Sammedagspakke: Klinisk genetisk udredning, omfattende, med svar.
Sammedagspakke: Tværgående udredning	
	Ny gruppe:
SP20A	Sammedagspakke: Komplex somatisk sygdom med behov for tværfaglig psykisk og social udredning og støtte
Substitutionstakstgrupper	
Telemedicinske ydelser	
	Ændringer:
ST01A	DR119 tilføjes på lige fod med DR119B - tilføjet den interne kode pal5sym
	Nye grupper:
ST01J	Telemedicinsk sårvurdering
ST01K	Telemedicinsk type 2 diabeteskontrol
ST01L	Telemedicinsk kontrol af CPAP udstyr
Ude- og hjemmebesøg	
	Nye grupper:
ST01E	Gravid med rusmiddelproblematik, hjemme- og udebesøg

B2.2. Planlagte og foreslåede ændringer til 2015

Fristen for forslag til ændringer i grupperingsnøglerne for 2015 var 1. november 2013. Fristen for forslag til ændringer i grupperingsnøglerne for 2016 er 1. november 2014.

En række ændringer af grupperingsnøglerne for DkDRG og DAGS er planlagt eller foreslået til 2015. Indtil redaktionens slutning er der tale om de i tabel B5, B6 og B7 foreslåede ændringer. I skrivende stund er indkomne forslag ikke vurderet og prioriteret endnu. Det er således ikke alle de oplistede forslag, der vil blive gennemført til grupperingslogikken for 2015.

Tabel B5. Planlagte og foreslåede ændringer for DkDRG til 2015

MDC	DRG i 2014	
06	0601,0609,0610,0611	Der er foreslået fjernelse af visse procedurekoder
07	0703/0706	Der foreslås at rykke rundt på koder mellem grupperne
09	0912,0915,0917,0922,0923	Der er stillet forslag om omdannelse af grupperne til gråzoner
11	1118,1123,1125	Der foreslås flytning og tilføjelse af koder
13	1311	Der foreslås tilføjelse af diagnoser til gruppen
14		Det foreslås, at den nedre grænse for svangerskabslængde ændres til 16+0 (uger)
16	1602	Der foreslås tilføjelse af procedurekoder til gruppen
26	2608	Gruppen omdannes til gråzone

Tabel B6. Planlagte og foreslåede ændringer for DAGS til 2015

Proceduregrupper	Der er stillet forslag om at PG12H-J samt PG12V flyttes til PG11 Medicinsk behandling, hvor der er krav om medicingivning.
Sammedagspakker	Der er til 2015 særligt fokus på sammedagspakker. Det urologiske sammedagspakkesystem revideres. Der er desuden stillet forslag om oprettelse af nye sammedagspakker inden for bl.a. tværfaglig smertebehandling, epilepsiudredning, demensudredning, udredning af stemmelidelser, One Stop Dagkirurgi og jordemoderkonsultation i forbindelse med andre undersøgelser.
Ambulant substitution	Der er til 2015 særligt fokus på at oprette grupper for telemedicin. Der er modtaget forslag om oprettelse af nye telemedicinske grupper inden for mave-tarm-sygdomme, AK-behandling og i forbindelse med vurdering af billedmateriale.
Ambulante procedurer umiddelbart inden indlæggelse	Der arbejdes fortsat frem mod afregning af ambulante procedurer umiddelbart inden indlæggelse. Det forventes indført fra år 2015.

Tabel B7. Fælles akut modtagelse (FAM)

DAGS

Fra 2015 indføres en ny afregningsmodel for akutte ambulante kontakter, FAM-model. Akutte ambulante patienter grupperes først til gråzoner, proceduregrupper og sammedagspakker, før der grupperes videre til FAM-modellen og efterfølgende til DAGS. Derudover kan hverken substitutionstakstgrupper eller telefonkonsultationer gruppere til FAM-modellen.

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 2012
0101		Neurologisk stimulering med implantat	254.438	5	
0102		Instrumenteret stabilisering af hvirvelsøjle ved sygdomme i nervesystemet	213.994	20	9
0103		Rygmarvsoperationer	86.734	13	8
0104		<i>Carotiskirurgi</i>	43.804	8	4
0105	*	Indgreb på karpaltunnel	6.057	1	
0106		Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, m. kompl. bidiag.	100.068	24	2
0107		Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, u. kompl. bidiag.	38.341	6	0
0108		Epilepsi, udredning, mentalt retarderet, m. fast vagt	155.660	90	
0109		Epilepsi, udredning, mentalt retarderet	155.660	90	
0110		Epilepsi, udredning, m. EEG-døgnmonitorering	61.482	25	
0111		Epilepsi, udredning, m. central overvågning	61.482	25	
0112		Epilepsi eller dissociative kramper, udredning og behandling	61.482	20	
0113		Behandling med højdosis immunglobulin ved sygdom i nervesystemet	63.416	6	3
0114		Medicinske sygdomme i nervesystemet med dialyse	85.010	27	10
0115		Medicinske sygdomme i nervesystemet med plasmaferese	39.747	6	4
0116		Svulster i nervesystemet, pat. mindst 18 år	53.673	21	7
0117		Sygdomme og skader på rygmarven	24.763	6	4
0118		Infektion i nervesystemet ekskl. virus meningit	70.601	26	8
0119		Sygdomme i hjernenerver og perifere nerver	24.401	6	3
0120		Trombolysebehandling af akut apopleksi	98.441	6	3
0121		Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne	39.826	14	5

MDC-gruppe 01: Sygdomme i nervesystemet (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0122		Degenerative sygdomme i nervesystemet	28.852	9	4
0123		Dissemineret sklerose og cerebellar ataxi	23.180	11	4
0124		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. under 1 år	21.164	6	4
0125		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. 1-17 år	12.008	1	2
0126		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. mindst 18 år	17.673	4	2
0127		Hovedtraumer ekskl. hjernerystelse	34.418	9	4
0128		Hjernerystelse	9.257	1	1
0129		Video-EEG døgnmonitorering	61.482	4	2
0130		Forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne og okklusion af præcerebrale arterier	19.200	6	2
0131		Epilepsikirurgi, udredning eller efterbehandling	18.526	10	
0132		Epilepsikirurgi, kontrol	20.728	4	
0133		Ketogen diæt, udredning eller igangsætning	79.168	20	9
0134	*	Ketogen diæt, kontrol	119.618	2	
0135		Feberkræmp, pat. 0-17 år	7.973	1	1
0136		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. mindst 18 år	26.449	9	4
0137		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. 0-17 år	11.836	1	2
0138		Andre uspecifikke sygdomme i nervesystemet	21.770	6	3
0139		Observation for sygdom i nervesystemet	13.383	4	2

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0201	*	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	45.889	2	2
0202	*	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	21.278	6	2
0203	*	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer	37.652	11	3
0204	*	<i>Dobbelt-operationer, øjenmuskler, hornhinde og sklera</i>	19.414	1	1
0205	*	Hornhindetransplantation	30.453	6	4
0206	*	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	39.416	4	2
0207	*	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	18.747	6	3
0208	*	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, m. generel anæstesi	20.897	4	2
0209	*	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi	14.570	4	2
0210	*	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, m. generel anæstesi	12.198	1	1
0211	*	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi	8.698	2	1
0212	*	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	12.705	4	2
0213	*	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	7.239	4	2
0214	*	Større operationer, hornhinde og sclera	7.647	6	3

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0215	*	Større operationer, øvrige, m. generel anæstesi	11.767	1	2
0216	*	Større operationer, øvrige, u. generel anæstesi	4.237	4	2
0217	*	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	7.895	4	2
0218	*	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	3.889	4	2
0219	*	Grå stær operationer, m. generel anæstesi	10.628	4	1
0220	*	Grå stær operationer, u. generel anæstesi	4.943	1	1
0221	*	Mindre operationer, øvrige, m. generel anæstesi	9.413	1	2
0222	*	Mindre operationer, øvrige, u. generel anæstesi	2.907	4	2
0223	*	Laserbehandling	2.804	4	2
0224	*	Øvrige indlæggelser eller besøg ved øjensygdomme	1.412	4	2

MDC-gruppe 03: Øre-, næse, hals, og kæbesygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 20112
0301		Indsættelse af cochleart implantat, dobbeltsidigt	504.551	4	2
0302		Indsættelse af cochleart implantat, enkeltsidigt	267.374	4	3
0303		Tracheostomi ved mundhule- og halssygdomme	106.091	31	13
0304		<i>Operationer på hoved og hals, kategori 1</i>	66.000	18	7
0305		Operationer på hoved og hals, kategori 2	44.975	14	6
0306		Operationer på hoved og hals, kategori 3	25.725	4	2
0307	*	Operationer på hoved og hals, kategori 4	11.974	1	1
0308		Større kæbeoperationer	62.882	10	4
0309		Kæbeledsalloplastik	142.699	4	2
0310		Operation for læbe-ganespalte og choanal atresi	46.914	11	5
0311		Kombinerede rekonstruktive operationer på over- og underkæbe	51.018	7	3
0312		Frakturkirurgi på kæbe eller kæbeled	48.889	6	2
0313		Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled	39.362	4	2
0314	*	Operationer på øre, kategori 1	26.097	1	1
0315	*	Operationer på øre, kategori 2	13.460	1	1
0316	*	Operationer på næse, kategori 1	17.509	1	1
0317	*	Operationer på næse, kategori 2	6.558	1	1
0318	*	Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber	14.233	4	2
0319		Operationer på spytkirtler	25.139	1	1

MDC-gruppe 03: Øre-, næse, hals, og kæbesygdomme (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0320	*	Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer	11.093	4	2
0321		Endoskopier af luftveje og spiserør	15.690	1	2
0322		Andre operationer på øre, næse, mund og hals	19.403	4	2
0323		Ondartede sygdomme i øre, næse, mund og hals inkl. strube, pat. mindst 18 år	27.446	4	3
0324		Svimmelhed	13.347	4	2
0325		Næseblødning	12.824	4	2
0326		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	15.782	4	2
0327		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	12.717	4	2
0328		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. 0-17 år	7.553	1	1
0329	*	Luftrørskatar	5.875	1	1
0330	*	Næsetraume og næsedeformitet	1.453	1	1
0331		Andre sygdomme i øre, næse, mund og hals	14.171	1	2
0332		Observation for ondartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	20.370	1	2
0333		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	16.911	1	2
0334		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. 0-17 år	7.287	1	1
0335	*	Tand- og mundhulesygdomme, ekskl. tandudtrækning	2.610	4	2

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0401		Særligt store thoraxoperationer	332.271	41	14
0402		Større thoraxoperationer	109.261	14	7
0403		Torakoskopi	57.512	10	4
0404		Respiratorbehandling ved sygdomme i luftvejene	212.607	21	8
0405		NIV-behandling ved sygdomme i luftvejene	50.023	20	7
0406		Tilstand med transplanteret lunge med bronkoskopi	80.804	5	4
0407		Tilstand med transplanteret lunge uden bronkoskopi	21.914	1	3
0408	*	Andre operationer på luftveje	39.113	6	4
0409		Kompleks søvnudredning	27.749	1	1
0410	*	Simple søvnudredning	3.783	1	2
0411		Søvnapnø	11.757	1	1
0412		Medicinske sygdomme i åndedrætsorganerne med dialyse	86.032	23	9
0413		Tuberkulose uden operation	46.722	32	10
0414		Lungeemboli	39.244	20	7
0415		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. mindst 65 år	44.604	21	8
0416		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. 0-64 år	31.711	21	7
0417	*	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. rigid bronkoskopi, pat. mindst 18 år	24.039	1	3

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0418	*	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. fleksibel bronkoskopi, pat. mindst 18 år	37.968	4	3
0419		Svulster i luftveje, behandling uden komplikationer, pat. mindst 18 år	37.377	19	6
0420		Større thoraxskader, m. kompl. bidiag.	36.719	15	5
0421		Større thoraxskader, u. kompl. bidiag.	25.506	11	4
0422		Pleuritis exsudativa	28.480	14	4
0423		Lungeødem og respirationssvigt	34.569	16	5
0424		Obstruktive lungesygdomme, pat. mindst 60 år	25.272	14	4
0425		Obstruktive lungesygdomme, pat. 0-59 år	17.589	6	3
0426		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år, hæmatologiske patienter	58.940	16	7
0427		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år	33.822	16	6
0428		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år, hæmatologiske patienter	33.555	16	6
0429		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år	22.844	11	4
0430		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, m. kompl. bidiag.	23.854	9	4
0431		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, u. kompl. bidiag.	13.260	6	2
0432		Interstitielle lungesygdomme, udredning	32.649	6	4
0433		Interstitielle lungesygdomme	23.481	9	3
0434		Pneumothorax, m. kompl. bidiag.	43.913	21	7
0435		Pneumothorax, u. kompl. bidiag.	27.879	11	4
0436		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år, med højdosis immunglobulin behandling	62.844	1	1

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0437		Bronkit og astma, pat. 18-59 år, med højdosis immunglobulin behandling	31.880	1	1
0438		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år	18.288	6	3
0439		Bronkit og astma, pat. 0-17 år, komplicerede	23.528	11	4
0440		Bronkit og astma, pat. 0-59 år	10.602	4	2
0441		Symptomer fra luftveje	15.163	4	2
0442		Andre sygdomme i luftveje, udredning	29.718	4	3
0443		Andre sygdomme i luftveje	21.219	6	3
0444		Cystisk fibrose	40.596	6	4
0445		Observation for sygdom i åndedrætsorganerne	14.219	1	2

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0501		Indsættelse af mekanisk hjerte	1.779.815	98	42
0502		Hjertetransplantation	623.372	32	23
0503		Hjerteoperation med dialyse	787.688	73	27
0504		<i>Hjerteoperation med implantation af ICD</i>	<i>464.067</i>	29	16
0505		Sternuminfektion	500.168	17	17
0506		Medfødte hjertesygdomme med hjerteoperation	201.954	16	9
0507		Kombinerede hjerteoperationer	305.239	22	12
0508		Hjerteklap-operation, m. stentklap	293.529	16	9
0509		Perkutan indsættelse af mitralclip	252.711	10	6
0510		Hjerteklap-operation	247.823	17	11
0511		By-pass-operation	225.137	16	9
0512		Reoperationer efter hjerteoperation	283.553	21	10
0513		Andre hjerteoperationer	101.444	20	8
0514		Implantation af ICD med udvidelse af koronararterie	285.911	23	10
0515		Implantation af ICD	277.604	9	4
0516		Endovaskulær stentgraft	188.433	10	5
0517		Amputationer, m. cirkulationssvigt, ekskl. arme, hænder og tæer	116.933	43	18
0518		Amputationer, m. cirkulationssvigt, arme, hænder og tæer	67.723	25	8

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0519		Mindre operationer på kredsløbsorganerne	74.053	26	9
0520		Central karkirurgi med mors	65.975	4	2
0521		Større central karkirurgi	253.666	24	10
0522		Central karkirurgi	109.341	16	9
0523		Større perifer karkirurgi	120.261	24	11
0524		Perifer karkirurgi	60.368	11	5
0525		Mindre perifer karkirurgi	49.474	9	4
0526		Nyrearterieablation	64.788	1	1
0527	*	Endovaskulær behandling m. stent	60.165	1	1
0528	*	Endovaskulær behandling u. stent	50.522	4	2
0529	*	Anlæggelse af dialysefistel	26.252	1	2
0530	*	Varicebehandling, kompliceret	20.136	4	2
0531	*	Varicebehandling, ukompliceret	9.594	1	1
0532		Andre kredsløbsoperationer	74.197	22	8
0533	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. C	121.582	7	3
0534	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. B	62.849	6	2
0535	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. A	26.341	14	4
0536		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation	21.227	9	3
0537	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. C	123.791	15	5

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0538	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. B	53.586	6	3
0539	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. A	21.178	11	3
0540		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation	14.371	4	2
0541	*	Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	53.642	1	1
0542	*	Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. A	11.567	1	1
0543		Stabil iskæmisk hjertesygdom/brystsmerter	11.971	1	2
0544	*	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. C	160.427	11	6
0545	*	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. B	87.454	11	5
0546	*	Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. A	26.959	11	4
0547		Hjertesvigt og shock	35.761	16	6
0548	*	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. B og/eller C	82.916	11	4
0549	*	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. A	17.135	4	2
0550		Erhvervede hjerteklapsygdomme	27.720	14	4
0551	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. C	85.209	4	2
0552	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. B	58.882	4	2
0553	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. A	52.032	6	2
0554		Medfødte hjertesygdomme	22.003	1	2
0555		Hjertearytmi og synkope, m. særlig ablation og computermapping	110.024	5	3

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0556	*	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C	100.042	11	5
0557	*	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B	65.722	6	3
0558	*	Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. A	19.051	4	3
0559		Hjertearytmi og synkope	14.225	4	2
0560	*	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. C	98.968	22	8
0561	*	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. B	43.512	6	3
0562	*	Andre hjertesygdomme, proceduregrp. A	16.052	1	2
0563		Andre hjertesygdomme	13.814	1	2
0564		Endocarditis	100.644	54	13
0565		Årebetændelse i de dybe vener	17.457	4	2
0566		Hypertension	16.731	4	2
0567		Perifer karsygdom	24.053	4	2
0568		Andre kredsløbsdiagnoser	14.586	30	8
0569		Rehabilitering efter hjertetilfælde	29.667	12	5
0570		Observation for sygdom i kredsløbsorganerne	9.670	1	1

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0601		Fistler til mave-tarmkanalen	178.418	65	30
0602		Bækkeneksenteration	207.265	29	15
0603		Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år, m. robot	254.905	23	
0604		Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år	218.291	23	14
0605		Operation for multiple kræftknuder i bughinde, m. opvarmet kemoterapi, pat. mindst 18 år	240.649	22	17
0606		Sakral nervestimulation	121.291	9	2
0607		Operation på stimulationsystemer i nervesystemet	59.224	9	3
0608		Perkutan nerveevaluering	57.359	9	2
0609		Større operationer på tarm m. robot	144.469	20	9
0610		Større operationer på tyndtarm og tyktarm m. kompl. bidiag.	136.591	28	12
0611		Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.	114.051	24	10
0612		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning m. cancer	125.270	21	11
0613		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning u. cancer	81.126	19	9
0614		Operationer for sammenvoksninger i bughulen	81.961	21	8
0615		Øvrige indgreb på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. mindst 18 år	41.888	14	5
0616		Operationer på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. 0-17 år	28.835	1	2

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0617		Fjernelse af blindtarm, kompliceret	31.712	11	4
0618		Fjernelse af blindtarm, ukompliceret	21.449	6	2
0619		Mindre operationer på tyndtarm og tyktarm	30.748	11	4
0620		Større operationer på anus og kunstige tarmåbninger	28.174	4	2
0621		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	41.214	10	5
0622	*	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	14.055	4	2
0623		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	34.160	9	4
0624	*	Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	8.429	1	2
0625	*	Incisionel og andre hernier, laparoskopiske	28.693	6	3
0626	*	Umbilical, linea og alba hernier, laparoskopiske	18.652	4	2
0627	*	Ingvinal- og femoralhernier, laparoskopiske	17.939	1	1
0628	*	Større hernier, åben operation	28.497	11	4
0629	*	Mindre hernier, åben operation	12.534	1	2
0630	*	Perianale indgreb og operationer for sacralcyste	13.212	4	2
0631		Andre operationer på fordøjelsesorganer m. kompl. bidiag.	39.055	14	5
0632		Andre operationer på fordøjelsesorganer u. kompl. bidiag.	32.222	11	4
0633		Medicinske sygdomme i fordøjelsesorganerne med dialyse	92.277	21	8

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2012
0634		Korttarmsyndrom	45.323	24
0635		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne m. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	38.786	19
0636		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne u. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	25.155	9
0637		Mavesår, komplicerede	31.414	14
0638		Mavesår, ukomplicerede	19.072	9
0639		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	27.819	9
0640		Passagehindring i mavetarmkanal	24.759	11
0641		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	18.036	6
0642		Inflammatoriske tarmsygdomme	23.408	9
0643		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. 0-17 år	11.979	1
0644		Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	18.068	6
0645		Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	13.709	4
0646		Gastroenteritis infectiosa, pat. 0-17 år	8.471	1
0647		Betændelse i spiserør, mave og tarm i øvrigt, pat. 0-17 år	9.848	1
0648		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, pat. mindst 18 år	16.207	4
0649		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, ekskl. svulster, pat. 0-17 år	11.973	1
0650		Fødevareallergi	8.243	1
0651		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, m. endoskopi	23.439	6
0652		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, u. endoskopi	10.412	1

MDC-gruppe 07: Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2012
0701		Bugspytkirtel- og leveroperationer samt udredning for levertransplantation	122.935	23
0702		Dialyse, respiratorbehandling og/eller plasmaferese	255.162	42
0703		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, med ondartet svulst	55.190	12
0704		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, uden ondartet svulst	35.009	14
0705		Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi m. kompl. bidiag.	54.364	21
0706	*	Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomi u. kompl. bidiag.	49.364	19
0707		Fjernelse af galdeblære, åben kirurgi	68.854	13
0708	*	Fjernelse af galdeblære, laparoskopi	20.893	6
0709		Andre operationer på lever, galdeveje og bugspytkirtel	47.582	17
0710		Tilstand med transplanteret lever	60.541	16
0711		Kronisk leversygdom med hepatisk encephalopati og/eller hepatorenalt syndrom	44.927	25
0712		Kronisk leversygdom med gastrointestinal blødning og/eller ascites	24.024	11
0713		Kronisk leversygdom med andre, alkoholiske komplikationer	32.067	16
0714		Kronisk leversygdom uden komplikationer	22.035	11
0715		Akut infektiøs eller toksisk leversygdom	29..353	14
0716		Paracetamolforgiftning uden leverpåvirkning	14.905	4

MDC-gruppe 07: Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0717		Ondartet sygdomme i lever, galeveje og bugspytkirtel, pat. mindst 18 år	35.250	14	5
0718		Neoplasi (benign) eller cyster, pat. mindst 18 år	20.206	4	2
0719		Metabolisk leversygdom	6.962	1	2
0720		Sygdomme i bugspytkirtel, ekskl. ondartede sygdomme	29.304	15	5
0721		Komplicerede sygdomme i galdeveje	21.525	11	4
0722		Sygdomme i galdeveje, u. kompl. bidiag.	14.832	6	2
0723		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel m. endoskopi	29.273	9	4
0724		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel u. endoskopi	15.975	4	2

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0801	*	Spondylodese, for+bag el. for int. fiks, m. særlig a-diag	255.914	27	13
0802	*	Spondylodese, for+bag, el. bag m. særlig a-diag	138.970	14	7
0803	*	Spondylodese, med fiksation	138.059	14	7
0804	*	Spondylodese, uden fiksation, og reoperationer	103.228	12	6
0805	*	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik	61.337	6	3
0806	*	Dekompression	48.107	6	3
0807	*	Diskusprolaps	28.900	6	2
0808	*	Perifer nerveoperation	8.109	1	2
0809	*	Infektionskirurgi, ryg/hals og underekstremitet, store led	131.937	60	23
0810	*	Infektionskirurgi, overekstremitet, store led, og ankel/fod	68.102	34	12
0811	*	Infektionskirurgi, håndled/hånd	44.665	12	6
0812	*	Amputation, ekskl. fingre og tæer	92.587	33	12
0813	*	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år	165.889	28	14
0814	*	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	65.595	15	6
0815	*	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	18.883	6	2
0816	*	Alloplastik, dobbelt, store led	115.197	8	5
0817	*	Alloplastik, dobbelt, hånd/fod	57.517	2	1
0818	*	Alloplastik, større revision, underekstremitet, store led	122.483	18	8

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0819	*	Alloplastik, ryg/hals	44.707	9	3
0820	*	Alloplastik, overekstremitet, store led	74.858	10	4
0821	*	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led	82.171	7	4
0822	*	Alloplastik, hånd/fod	22.159	1	2
0823	*	Frakturkirurgi, ryg/hals	75.998	18	7
0824	*	Frakturkirurgi, skulder/overarm	44.144	9	3
0825	*	Frakturkirurgi, albue/underarm	34.194	6	2
0826	*	Frakturkirurgi, håndled	31.513	4	2
0827	*	Frakturkirurgi, hånd	23.840	4	2
0828	*	Frakturkirurgi, ekstern fiksation, underekstremitet ekskl. fod	106.623	29	13
0829	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, hoftenær	70.443	19	8
0830	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, lår	77.044	20	9
0831	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, knæ/underben	53.637	15	5
0832	*	Frakturkirurgi, intern fiksation, ankel	42.549	10	4
0833	*	Frakturkirurgi, fod	29.084	6	3
0834	*	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led	23.521	1	1
0835	*	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led	34.552	14	4
0836	*	Reposition, øvrige	23.534	1	2

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0837	*	Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ	35.267	4	1
0838	*	Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	19.844	4	2
0839	*	Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår	67.324	11	5
0840	*	Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	24.809	6	2
0841	*	Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig	34.011	4	2
0842	*	Rekonstruktion, overekstremitet, store led	22.456	1	1
0843	*	Rekonstruktion, underekstremitet, store led	15.313	1	2
0844	*	Rekonstruktion, hånd/fod	16.268	1	1
0845	*	Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	34.642	6	3
0846	*	Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led	73.203	15	6
0847	*	Artrodese, hånd/fod	17.220	4	2
0848	*	Artrodese, ankel	31.930	9	3
0849	*	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., ryg/hals	38.948	7	3
0850	*	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., hofte/lår	26.621	4	3
0851	*	Fjernelse af fiksationsudstyr, implantat mm., øvrige	9.540	1	2
0852	*	Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	16.515	1	1
0853	*	Endoskopi/artroskopi, hofte	26.192	1	1
0854	*	Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	18.775	4	4

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0855	*	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	12.258	1	1
0856	*	Endoskopi/artroskopi, øvrige	11.854	1	1
0857	*	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	10.201	1	1
0858	*	Sene, muskel, fascie, øvrige	18.936	1	2
0859	*	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	10.287	1	1
0860	*	Mindre knogleoperationer, øvrige	17.295	4	2
0861	*	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	7.091	1	2
0862	*	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	16.829	4	3
0863	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	58.679	9	5
0864	*	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	20.762	4	2
0865	*	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	12.222	4	2
0866	*	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	32.895	9	5
0867	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	15.264	4	2
0868		Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med plasmaferese	129.751	51	21
0869		Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med dialyse	220.511	48	15
0870		Konservativt behandlet brud i bækken og lår	28.305	14	5
0871		Konservativt behandlet patologisk fraktur	32.229	6	4
0872		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. mindst 18 år	14.202	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0873		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. 0-17 år	8.098	1	1
0874		Kompliceret behandling af inflammatorisk reumatisk sygdom	61.735	1	2
0875		Deformerende rygsygdomme	22.785	9	4
0876		Slidgigt i hofte eller knæ	13.295	1	2
0877		Infektioner i led og knogler	51.157	34	10
0878		Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, med komplikationer	36.996	17	7
0879		Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, uden komplikationer	25.919	11	4
0880		Inflammatoriske artritter, pat. 0-15 år	9.880	1	1
0881		Generaliserede bindevævssygdomme	33.587	16	6
0882		Infektioner i muskler og bløddele	33.591	16	6
0883		Degenerative rygsygdomme og andre ryglidelser	18.355	6	3
0884		Reumatologiske sygdomme i bløddele	10.805	1	2
0885		Medicinske sygdomme i ryggen	21.629	9	3
0886		Øvrige sygdomme i knogler og led	12.775	1	2
0887		Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	19.319	9	3
0888		Andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	17.523	6	3
0889		Observation eller udredning for andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	12.346	1	2

MDC-gruppe 09: Sygdomme i hud, underhud og mamma

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0901		Mastektomi med rekonstruktion med stilket lap og dobbeltsidig mastektomi med protese	74.654	19	9
0902	*	Segmentresektion af bryst med onkoplastisk rekonstruktion og/el. kontralateral korrektion og enkeltsidig	47.708	4	2
0903	*	Stor mammakirurgisk operation	36.062	4	2
0904	*	Mellemstor mammakirurgisk operation	22.028	4	2
0905	*	Lille mammakirurgisk operation	13.782	1	1
0906		Enkeltsidig mammaoperation med onkoplastik	47.445	4	2
0907		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stilket muskellap, dobbelt	150.719	16	
0908		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stilket muskellap, enkelt	102.490	10	10
0909		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, dobbelt	68.218	14	5
0910		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, enkelt	57.287	16	5
0911		Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse	45.276	9	4
0912		Hudtransplantation og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse	24.787	4	2
0913		Body lift efter stort væggtab	147.074	14	4
0914		Plastikkirurgi efter stort væggtab	47.062	8	3
0915		Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	32.681	9	3

MDC-gruppe 09: Sygdomme i hud, underhud og mamma (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
0916		Andre operationer på hud, underhud og mamma, m. kompl. bidiag.	77.242	19	8
0917		Andre operationer på hud, underhud og mamma, u. kompl. bidiag.	25.143	4	2
0918		Medicinske sygdomme i hud, underhud og mamma med dialyse	99.312	23	8
0919		Moderat hudsygdom m. kompl. bidiag. el. svær hudsygdom	32.854	19	6
0920		Lettere hudsygdom m. kompl. bidiag.	24.722	9	4
0921		Lettere eller moderat hudsygdom, u. kompl. bidiag.	14.235	1	2
0922		Infektioner i hud og underhud, pat. mindst 18 år	21.384	9	3
0923		Infektioner i hud og underhud, pat. 0-17 år	13.516	4	2
0924		Kroniske sår i huden	23.292	19	6
0925		Hudtraumer	16.013	4	2
0926		Mammacancer	23.184	9	3
0927		Observation for sygdom i hud, underhud eller mamma	12.464	1	2

MDC-gruppe 10: Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1001		Amputationer af underekstremiteter, m. stofskiftesygdom	142.136	47	18
1002		Operationer på binyrer og hypofyse	70.018	15	6
1003		Hudtransplantation og sårrevision ved stofskiftesygdomme	104.966	51	16
1004		Operationer for adipositas	49.418	4	2
1005		Operationer på biskjoldbruskkirtelen	37.156	4	2
1006		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ondartet sygdom, kompliceret	52.547	10	4
1007		Operationer på skjoldbruskkirtelen, godartet sygdom, kompliceret	35.015	6	3
1008		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ukompliceret	23.203	4	2
1009		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, m. kompl. bidiag.	91.823	21	12
1010		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	42.586	6	3
1011		Struma og stofskiftesygdomme	19.245	6	3
1012		Knoglemetaboliske- og kalksygdomme	33.946	19	6
1013		Diabetes mellitus	23.784	11	4
1014		Ernærings- og diverse metaboliske sygdomme	27.818	6	3
1015		Hypofyse-, binyre-, gonade- og andre endokrine sygdomme	20.518	6	3
1016		Andre ernærings- og stofskiftesygdomme	21.431	11	4
1017		Medicinske endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme med dialyse	99.640	25	7
1018		Observation for endokrine sygdomme	8.532	1	1

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2012
1101		Nyretransplantation, kompliceret	592.223	39
1102		Nyretransplantation	210.522	29
1103		Kombineret nyre- og bugspytkirteltransplantation	511.119	46
1104		Cystektomi, m. robot, m. ondartet sygdom	211.323	18
1105		Større blæreoperationer, m. ondartet sygdom	183.050	21
1106		Større blæreoperationer, m. godartet sygdom	123.185	16
1107		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	111.760	10
1108		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	84.372	12
1109		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom, m. robot	102.895	7
1110		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	57.733	17
1111		Prostatektomi, m. robot, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	102.708	5
1112		Åbne operationer på prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	72.055	7
1113	*	Større operationer i retroperitoneum/det lille bækken	47.465	4
1114		Åbne operationer på prostata, godartet sygdom	52.164	20
1115		Operation for hypospadi	44.495	7
1116	*	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum og blå lys	31.250	4

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2012
1117	*	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum eller blåt lys	21.465	4
1118		Mindre operationer på blære	47.511	14
1119	*	Operationer på urinrør, pat. 0-15 år	33.488	6
1120	*	Operationer på urinrør, pat. mindst 16 år	44.944	6
1121	*	Operationer gennem urinrør på øvre urinveje	26.170	4
1122	*	Operationer gennem urinrør på prostata	26.176	4
1123	*	Operationer gennem urinrør på nedre urinveje	20.344	4
1124	*	Cystoskopi, m. blåt lys	14.504	1
1125	*	Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation	5.041	4
1126		Andre operationer på nyrer og urinveje	44.607	16
1127		Akutte medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	134.522	46
1128		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	48.569	19
1129		Akutte medicinske nyresygdomme uden dialyse og uden plasmaferese	44.798	20
1130		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme uden dialyse	26.469	11
1131		Truende afstødning af transplanteret nyre	50.308	19
1132		Svulster i nyre og urinveje, med ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	27.500	11
1133		Svulster i nyre og urinvej, uden ondartet sygdom	17.360	4
1134		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-1 år, komplicerede	31.150	8

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1135		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-15 år, øvrige	18.123	6	2
1136		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. mindst 16 år	22.268	11	4
1137		Sten i urinveje	11.960	1	1
1138		Symptomer fra nyrer og urinveje, abnorme fund	10.539	1	2
1139		Sygdomme i prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	25.377	11	4
1140		Sygdomme i prostata, godartet sygdom	14.453	6	2
1141	*	Urinvejsforsnævring	2.260	1	1
1142	*	Incision på/og laser behandling af prostata	17.324	1	1
1143		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. mindst 16 år	15.996	4	2
1144		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. 0-15 år	7.620	1	1
1145	*	Andre symptomer fra nyrer og urinveje	3.299	4	2
1146		Observation for nyre- eller urinvejssygdomme	10.633	1	2

MDC-gruppe 12: Sygdomme i mandlige kønsorganer					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1201		Operationer på penis, kompliceret, m. ondartet sygdom	67.651	7	4
1202	*	Operationer på penis, kompliceret, u. ondartet sygdom	25.796	4	2
1203	*	Operationer på penis, ukompliceret	9.126	1	1
1204	*	Operationer på scrotalindhold, m. ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	25.549	4	2
1205	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. 0-15 år	22.861	1	1
1206	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. mindst 16 år	10.672	1	2
1207	*	Andre operationer på mandlige kønsorganer	17.018	4	3
1208	*	Ondartede sygdomme på mandlige kønsorganer	2.367	1	2
1209	*	Betændelse i mandlige kønsorganer	4.180	4	2
1210	*	Andre sygdomme el. mistanke om sygdom i mandlige kønsorganer	1.893	1	1

MDC-gruppe 13: Sygdomme i kvindelige kønsorganer

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1301	*	Aborter efter 13 uger	16.001	4	2
1302		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	116.168	5	3
1303		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, u. robot	76.221	13	6
1304		Meget komplicerede gynækologiske indgreb, m. robot	84.545	2	2
1305		Meget komplicerede gynækologiske indgreb, u. robot	39.349	6	2
1306	*	Komplicerede gynækologiske indgreb	34.356	4	2
1307	*	Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	55.413	10	4
1308	*	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år	104.357	6	2
1309	*	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år	54.026	10	5
1310	*	Standard gynækologisk indgreb, m. robot	64.152	4	2
1311	*	Standard gynækologisk indgreb	39.341	6	2
1312	*	Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	17.928	4	2
1313	*	Enklere gynækologiske indgreb, m. robot	38.548	4	2
1314	*	Enklere gynækologiske indgreb	14.129	1	1

MDC-gruppe 13: Sygdomme i kvindelige kønsorganer (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1315	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	20.844	4	2
1316	*	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	11.563	1	2
1317	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidiag.	6.795	1	1
1318	*	Mindre gynækologiske indgreb	5.248	1	1
1319	*	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom	2.116	1	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1401		Indlæggelser i graviditeten	9.212	4	2
1402	*	Intrauterine indgreb under graviditeten	9.054	2	1
1403		Indlæggelse i graviditeten, fødsel før 28 uger	53.188	27	8
1404		Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	57.326	23	11
1405		Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	56.138	20	7
1406		Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	47.662	16	7
1407		Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	44.545	13	6
1408		Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	38.301	9	5
1409		Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	35.427	8	4
1410		Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit, m. akut kejsersnit	32.757	7	4
1411		Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	34.994	8	4
1412		Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, flergangsfødende	32.250	7	4
1413		Planlagt kejsersnit, førstegangsfødende	25.732	7	4
1414		Planlagt kejsersnit, flergangsfødende	21.404	5	3
1415		Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit	24.380	6	3
1416		Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, førstegangsfødende	43.346	16	7
1417		Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, flergangsfødende	39.992	12	5

MDC-gruppe 14: Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1418		Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	36.631	10	5
1419		Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	28.310	4	2
1420		Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	28.936	10	4
1421		Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	23.322	6	2
1422		Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, førstegangsfødende	30.955	8	4
1423		Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, flergangsfødende	27.271	6	2
1424		Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, førstegangsfødende	26.963	7	3
1425		Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, flergangsfødende	24.318	6	2
1426		Igangsatt vaginal fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	32.924	7	3
1427		Igangsatt vaginal fødsel, m. epidural, flergangsfødende	26.711	4	2
1428		Igangsatt vaginal fødsel, førstegangsfødende	27.032	7	4
1429		Igangsatt vaginal fødsel, flergangsfødende	22.951	4	2
1430		Spontan fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	27.929	5	3
1431		Spontan fødsel, m. epidural, flergangsfødende	23.073	1	1
1432	*	Spontan fødsel, førstegangsfødende	24.163	5	3
1433	*	Spontan fødsel, flergangsfødende	20.734	1	1
1434		Indlæggelser i barselsperioden	13.800	6	3

MDC-gruppe 15: Sygdomme i perinatalperioden					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1501		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, meget komplicerede	86.382	1	2
1502		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, moderat komplicerede	23.519	4	2
1503		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, ukomplicerede	14.015	1	1
1504		Mistanke om sygdomme i perinatalperioden	24.500	9	3
1505		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, meget komplicerede	546.149	174	47
1506		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, moderat komplicerede	299.817	134	36
1507		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, ukomplicerede	166.389	46	16
1508		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, meget komplicerede	279.978	97	27
1509		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, moderat komplicerede	175.554	74	24
1510		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, ukomplicerede	76.326	29	10
1511		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, m. ECMO-behandling	410.748	24	13
1512		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, meget komplicerede	189.369	24	11
1513		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, moderat komplicerede	43.255	15	6
1514		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, ukomplicerede	14.018	9	3
1515		Immaturitas/Praematuritas, pat. 28-120 dage	100.066	61	17
1516		Nyfødte med mindre problemer	8.838	6	2
1517		Raske nyfødte	0	1	1
1518		Andre sygdomme i perinatalperioden	17.370	4	3

MDC-gruppe 16: Sygdomme i blod og bloddannende organer					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1601		Fjernelse af milt	85.161	13	6
1602		Andre operationer ved sygdomme i blod eller bloddannende organer	22.887	1	2
1603		Antistofbehandling af sygdomme i blod og bloddannende organer	82.164	29	8
1604		Immunmodulerende behandling	71.612	16	5
1605	*	Afaeser	14.817	1	2
1606		Ideopatiske knoglemarvsaplasier	18.673	1	2
1607		Sekundære og uspecifikke knoglemarvsaplasier	34.346	16	5
1608		Granulo- og trombocytopeni	40.543	15	6
1609		Hæmoglobinopati	8.736	1	2
1610		Hæmolystiske anæmier og anæmier forårsaget af enzymatiske forstyrrelser m.m.	26.250	9	3
1611		Trombotisk trombocytopeniske purpura	48.880	11	5
1612		Immunglobulin mangel	15.114	1	2
1613		Svær immundefekt og aflejrings sygdomme	29.887	6	4
1614		Koagulationsforstyrrelser	12.001	1	2
1615		Øvrige sygdomme i blod og bloddannende organer	17.780	6	3
1616		Mangelanæmier	64.700	28	11
1617		Observation for sygdom i blod og bloddannende organer	17.763	1	2

MDC-gruppe 17: Svulster i lymfatisk og bloddannende væv					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1701	*	Mini-knoglemarvstransplantation	49.6450	48	24
1702		Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	144.464	20	9
1703		Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	70.508	17	8
1704		Kompleks svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi	298.009	47	13
1705		Kompleks svampebehandling	168.460	16	6
1706		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. mindst 18 år	90.238	34	12
1707		Basis svampebehandling, pat. mindst 18 år	70.841	31	10
1708		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, type 2	177.668	1	1
1709		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	46.267	16	5
1710		Biologisk modificerende stoffer på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	58.052	16	6
1711		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	65.053	12	6
1712		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	34.731	6	3
1713		Større operationer ved lymfom og leukæmi, pat. mindst 18 år	53.981	18	7
1714		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	108.706	41	12

MDC-gruppe 17: Svulster i lymfatisk og bloddannende væv (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1715		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	53.132	16	6
1716		Større operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	58.816	15	6
1717		Mindre operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	29.064	6	3
1718		Operationer ved svulster i lymfatisk og bloddannende væv mm., pat. 0-17 år	35.537	9	3
1719		Svulster med aferesebehandling	28.742	9	3
1720		Malign hæmatologisk sygdom uden specifik behandling, pat. mindst 18 år	35.180	9	4
1721		Diagnostik ved ondartede sygdomme, pat. mindst 18 år	25.736	9	4
1722		Andre knoglemarvssygdomme	26.374	4	3
1723		Observation pga mistanke om malign hæmatologisk sygdom, pat. mindst 18 år	23.062	4	2

MDC-gruppe 18: Infektionssygdomme og parasitære sygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1801		Operationer ved infektioner eller parasitære sygdomme	93.793	28	10
1802		Infektionssygdomme eller parasitære sygdomme med dialyse	96.109	29	13
1803		Sepsis med hæmatologisk kompl. bidiag.	58.727	22	9
1804		Septisk chok	50.661	21	7
1805		Sepsis	41.975	18	7
1806		Postoperative og posttraumatiske infektioner, m. kompl. faktorer	33.647	16	6
1807		Postoperative og posttraumatiske infektioner, u. kompl. faktorer	22.981	11	4
1808		Feber af ukendt årsag, med biopsi og/eller scopi	49.463	23	8
1809		Feber af ukendt årsag, pat. mindst 18 år, uden biopsi og/eller scopi	23.357	9	3
1810		Virussygdomme, pat. mindst 18 år, m. kompl. faktorer	19.034	9	3
1811		Virussygdomme, pat. mindst 18 år, u. kompl. faktorer	15.031	4	2
1812		Virussygdomme og feber af ukendt årsag, pat. 0-17 år	8.194	1	1
1813		Andre infektioner eller parasitære sygdomme	30.257	16	6
1814		Observation for infektion eller parasitær sygdom	10.614	4	2

MDC-gruppe 19: Psykiatriske sygdomme					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
1901		Operationer på patienter hvor sindslidelse er hoveddiagnose	40.422	19	7
1902		Epilepsi eller psykogene non-epileptiske anfald, m. gruppeterapi	57.061	20	
1903		Psykogene non-epileptiske anfald, m. psykoterapi, pat. 0-14 år	134.350	20	
1904		Akutte tilpasningsvanskeligheder og psykosomatiske forstyrrelser	14.496	1	2
1905		Depressive neuroser	11.581	4	3
1906		Ikke-depressive neuroser	22.026	9	4
1907		Personlighedsforstyrrelser og adfærdsproblemer	23.587	16	7
1908		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. mindst 18 år	33.339	19	6
1909		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. 0-17 år	13.715	1	2
1910		Psykosser	20.461	1	2
1911		Sindslidelser hos børn	18.011	6	4
1912		Andre psykiske forstyrrelser	11.441	4	2
1913		Observation for en psykiatrisk sygdom	16.453	6	3

MDC-gruppe 20: Misbrug

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
2001		Alkohol- eller stofmisbrug eller afhængighed og afgiftning etc., m. kompl. bidiag.	14.279	4	2
2002		Alkohol- eller stofmisbrug eller afgiftning etc., u. kompl. bidiag.	10.302	1	1

MDC-gruppe 21: Ulykkestilfælde og forgiftninger					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
2101		Allergiske og allergi lignende reaktioner	9.427	1	1
2102		Komplikationer ved behandling, m. kompl. bidiag.	35.858	11	5
2103		Komplikationer ved behandling, u. kompl. bidiag.	16.845	4	2
2104		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	19.117	4	2
2105		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, øvrige	10.518	1	1
2106		Sårbehandling efter skade	32.600	16	9
2107		Andre operationer efter skade, m. kompl. bidiag.	119.314	31	14
2108		Andre operationer efter skade, u. kompl. bidiag.	43.365	11	4
2109		Traumemodtagelse	22.438	1	2
2110		Traume	13.781	1	2
2111		Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger	11.712	1	2
2112		Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning	8.273	1	1
2113		Replantation	29.479	12	6

MDC-gruppe 22: Forbrændinger					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
2201		Forbrændinger, overført til anden akut enhed	55.895	4	4
2202		Forbrænding med exposure behandling	94.218	20	11
2203		Omfattende forbrænding uden operativ behandling	80.962	6	3
2204		Mindre omfattende forbrænding med sårrevision eller anden operation	116.323	45	14
2205	*	Mindre omfattende forbrænding uden operativ behandling	4.572	9	4

MDC-gruppe 23: Øvrige					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
2301		Operationer ved anden kontaktårsag til sundhedsvæsenet	29.497	6	3
2302		Rehabilitering	91.514	42	16
2303		Symptomer og fund, m. kompl. bidiag.	26.744	14	4
2304		Symptomer og fund, u. kompl. bidiag.	12.188	1	2
2305		Efterbehandling	12.800	1	1
2306		Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	5.923	1	2

MDC-gruppe 24: Signifikant multitraume					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
2401		Kranieoperation ved svært multitraume	513.580	41	18
2402		Specifikke operationer ved svært multitraume	248.195	33	13
2403		Andet svært multitraume	85.230	19	6

MDC-gruppe 25: HIV-infektion

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
2501		HIV med betydelig HIV relateret sygdom	67.634	17	6
2502		HIV med eller uden bidiagnose	42.830	11	4

Uden for MDC-grupper					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
2601		Større operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	21.400	11	5
2602		Ikke gruppérbar pga. manglende oplysninger	5.923	4	2
2603		Mindre operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	21.058	9	5
2604		Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, almindeligt forløb	837.580	147	68
2605		Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, afklaringsforløb	340.346	50	24
2606		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, almindeligt forløb	413.234	125	61
2607		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, afklarings- og/eller udslusningsforløb	114.309	49	19
2608		Intensiv neurorehabilitering, kontrolindlæggelse	10.117	1	1
2609		Neurorehabilitering	137.661	53	20
2610		Levertransplantation	1.001.023	29	21
2611		Lungetransplantation	714.959	92	45
2612		Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt	833.420	64	28
2613		Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer	491.679	65	25
2614		Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ	305.118	46	19
2615		Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer	248.326	46	19
2616		Neurokirurgi for epilepsi med elektrokortikografi	190.562	13	7
2617		Neurokirurgi for parkinson, dystoni og epilepsi	221.969	11	7

Uden for MDC-grupper (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage
				Gns. liggetid 2012
2618		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, kompliceret	206.093	12
2619		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, moderat kompliceret	74.828	6
2620		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, ukompliceret	66.698	4
2621		Kraniekirurgi og kranioplastik, kompliceret	118.797	12
2622		Vaskulærkirurgi, kompliceret	260.035	30
2623		Kranie- og vaskulærkirurgi, ukompliceret	140.715	16
2624		Traumekirurgi	153.138	12
2625		Hydrocephalus	118.803	15
2626		Spinalkirurgi	598.429	66
2627		Allogen stamcelletransplantation med navlesnorsprodukt	1.636.986	113
2628		Allogen stamcelletransplantation, pat. mindst 18 år	579.437	50
2629		Allogen stamcelletransplantation, pat. 0-17 år	1.442.331	76
2630		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. mindst 18 år	145.149	27
2631		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. 0-17 år	203.829	22
2632		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	140.848	36
2633		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. 0-17 år	165.436	37
2634		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år	88.311	6
2635		Basis svampebehandling, pat. 0-17 år	28.134	1
2636		Større operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	103.751	20

Uden for MDC-grupper (fortsat)					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
2637		Mindre operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	37.258	4	2
2638		Svulster uden specifik behandling, pat. 0-17 år	15.261	1	2
2639		Kontrolundersøgelse efter behandling for ondartet svulst, pat. 0-17 år	12.330	1	1
2640		Observation pga. mistanke om ondartet svulst, pat. 0-17 år	24.431	1	2
2641		Observation pga mistanke om fysisk overgreb, pat. 0-17 år	23.192	1	1
2642	*	Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år	2.285	1	1
2643		Multipatologi og svær funktionsnedsættelse	120.656	48	19
2644		Multipatologi og moderat funktionsnedsættelse	116.150	41	17
2645		Multipatologi og let funktionsnedsættelse	80.375	35	14
2646		Plastikkirurgisk dækning af større overfladedefekter	208.150	95	34
2647		Plastikkirurgisk dækning af tryksår hos rygmarvsskadede	214.442	51	29
2648		Rekonstruktion med stilkede lapper	146.898	48	16
2649		Rekonstruktion med frie vaskulariserede lapper	213.937	24	11
2650		Mindre plastikkirurgiske rekonstruktioner	77.764	25	11
2651		Respiratorbehandling ved langvarig kronisk respirationsinsufficiens	429.953	29	21
2652		Specialiseret palliativ indsats	116.689	33	11
2653		Udvidet epilepsikirurgi med mapping	653.618	20	
2654		Udvidet epilepsikirurgi	323.846	11	9

Uden for MDC-grupper (fortsat)				
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage
				Gns.liggetid 2012
2655		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, nytilskadekommen	439.520	217
2656		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, komplikationsindlæggelse	197.106	81
2657		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, vurdering/kort forløb	15.592	6
2658		Hjernerød i henhold til Sundhedsloven	41.178	16

Onkologiske behandlingsgrupper					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
2701	*	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling	112.031	50	17
2702		Strålebehandling, kompleks, 3-4 fraktioner	31.062	10	4
2703	*	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner	6.259	4	2
2704	*	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion	4.086	1	2
2705		Strålebehandling, konventionel, mindst 5 fraktioner	67.657	27	13
2706		Strålebehandling, konventionel, 3-4 fraktioner	23.534	23	8
2707	*	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner	5.054	10	4
2708	*	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion	3.686	14	4
2709		Isotoperapi	27.189	6	3
2710	*	Stereotaksi	17.108	20	6
2711		Brachyterapi	31.967	2	2
2712	*	Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	9.115	16	5
2713	*	Stråleplanlægning, kompleks	9.030	14	4
2714	*	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	10.377	21	5
2715	*	Stråleplanlægning, konventionel	7.495	6	4
2716		Kemoterapi, med komplicerende aktionsdiagnose	116.004	27	10
2717		Kemoterapi, højdosis	26.386	6	3

Onkologiske behandlingsgrupper					
Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2012
2718		Kemoterapi, kompleks med antistofbehandling	34.471	1	2
2719	*	Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)	24.631	11	5
2720		Kemoterapi, kompleks	16.926	4	2
2721		Kemoterapi, basis med antistofbehandling	21.403	1	2
2722	*	Kemoterapi, basis, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	21.214	1	2
2723		Kemoterapi, basis	9.611	4	2
2724		Biologiske modificerende stoffer	42.426	11	4
2725		Antistofbehandling	13.920	1	2

Bilag 4. Ambulante takster

B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2014

Takster for besøgsgrupper mv.

Gruppe	Tekst	Takst
BG50A	Ambulant besøg, pat. mindst 7 år	820
BG50B	Ambulant besøg, pat. 0-6 år	1.289
BG50C	Ambulant besøg, med journaloptagelse	1.525
BG50D	Akut ambulant skadekontakt	734
BG50E	Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg	2.296
BG50F	Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg, jordemoder	1.051
BG50G	Ambulant substitutionstakst, telemedicin	429
BG50H	Telefon- og email konsultation, samt skriftlig kommunikation ved prøvesvar	159

Takster for diagnosegrupper (ekskl. ambulant besøg)

Gruppe	Tekst	Takst
DG30A	Medfødte stofskiftesygdomme	7.685
DG30B	Kraniofaciale misdannelser	7.110
DG30C	Pubertetsforstyrrelser, komplicerede	1.191
DG30D	Sjældne handikap	2.022
DG30E	Vækstforstyrrelser, komplicerede	4.783
DG30F	Endokrinologi, sjældne sygdomme	2.783
DG30G	Endokrinologi	585
DG30H	Respirationsinsufficiens, kronisk	4.416
DG30I	Palliativ indsats, specialiseret	2.415
DG30J	HIV-infektion	2.058
DG30K	Tilstand med transplanteret væv - hæmatologi	4.859
DG30L	Cancer	1.233
DG30M	Neurologi	1.627
DG30N	Spiseforstyrrelser	610
DG30O	Alkohol- og stofmisbrug	1.356
DG30P	Somatoforme tilstande	238
DG30Q	Ryglidelser, komplicerede	2.861
DG30R	Reumatologi	1.154
DG30S	Audiologi	299
DG30T	Smertetilstande, kroniske, komplicerede	1.319
DG30U	Smertetilstande, kroniske, ukomplicerede	925

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

Gruppe	Tekst	Takst
PG01A	Plastikkirurgisk rekonstruktion	24.360
PG01B	Hudoperation, kompliceret	6.231
PG01C	Hudoperation, ukompliceret	1.858
PG01D	Biopsi og væskeudsugning, overfladisk	2.077
PG01E	MR-vejledt nålebiopsi	3.977
PG01F	Stereotaktisk anlæggelse af coil i mamma	6.140
PG01G	Ultralydsvejledt anlæggelse af coil i mamma	2.285
PG01H	Stereotaktisk grovnålsbiopsi af bryst	1.987
PG01I	Stereotaktisk vakuum-grovnålsbiopsi af bryst	4.769
PG01J	Nålebiopsi med ultralyd, overfladisk	2.025
PG01K	Nålebiopsi uden ultralyd, overfladisk	1.382
PG01L	Sutur og sårbehandling	2.715
PG01M	Excision og biopsi, ukompliceret	2.144
PG01N	Incision og punktur	1.591
PG01O	Dermatologisk procedure	1.732

02: Muskelsystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG02A	Anlæggelse af skinne, individuelt fremstillet bandage	25.607
PG02B	Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket reposition	1.678
PG02C	Procedure i muskel el. skelet, kompliceret	9.853
PG02D	Procedure i muskel el. skelet, ukompliceret	3.633
PG02E	Bevægelseslaboratorieundersøgelse	2.282

03: Åndedrætssystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG03A	Luftvejsendoskopi, kompliceret	8.377
PG03B	Væskeudtømmelse fra pleura	2.657
PG03C	Hyberbar iltbehandling	2.523

04: Hjerter-, kar- og lymfesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG04A	Operation på kar el. lymfesystem	3.594
PG04B	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem med ultralyd	3.627
PG04C	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem uden ultralyd	2.984
PG04D	Udskiftning af cardioverter-defibrillator (ICD)	101.234
PG04E	Kardiologisk proceduregruppe A-C	2.153
PG04F	Kardiologisk undersøgelse, kompliceret	1.863

PG04G	Kardiologisk undersøgelse, udvidet	1.197
PG04H	Kardiologisk undersøgelse, almindelig	1.033

05: Fordøjelsessystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG05A	Indsættelse af metalstents og kapselenteroskopi	14.300
PG05B	Koloskopi, sigmoidoskopi, ERCP el. endoskopi i nedre mavetarmregion, kompliceret	3.761
PG05C	Koloskopi, sigmoidoskopi el. endoskopi i nedre mavetarmregion, ukompliceret	3.636
PG05D	Brokoperation	5.337
PG05E	Operation i anus el. rectum	5.738
PG05F	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	3.028
PG05G	Rektoskopi	714

06: Urinveje

Gruppe	Tekst	Takst
PG06A	Forberedelse til nyretransplantation, plasmaferese med immunadsorption	32.160
PG06B	Cystoskopi, kompliceret, el. urinrørsoperationer el. punktur af prostata	5.369
PG06C	Cystoskopi, ukompliceret el. mindre urologisk operation	2.321
PG06D	Stenknusning ved trykbølge (ESWL)	5.357
PG06E	Instillation af cytostatikum i blæren	1.045
PG06F	Indlæggelse af kateter el. anden ukompliceret procedure i urinveje	779

7: Mandlige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG07A	Sædoprensning	44.202
PG07B	Sterilisation el. anden operation på mandlige kønsorganer	4.539
PG07C	Andrologisk og hypogonadisme udredning, komplet	1.328
PG07D	Gynækomastisk udredning, pat. mindst 15 år	1.243

08: Kvindelige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG08A	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller med vævstypebestemmelse	84.077
PG08B	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller	23.860
PG08C	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI ved kompliceret infektion	22.548
PG08D	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI, ægudtagning el. ægoplægning	2.771
PG08E	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi, flerfoldsgraviditet	16.917
PG08F	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi	8.458
PG08G	Svangrekontrol, bariatrisk opereret kvinde	864

PG08H ¹³	Jordemoderkonsultation, akut, graviditet	984
PG08I13	Jordemoderkonsultation, udvidet	656
PG08J13	Jordemoderkonsultation, basis	328
PG08K ¹³	Særlige ydelser i forbindelse med graviditet inkl. fødselsforberedelse	328
PG08L	Opfølgning på kontakt med kvinde/barn i kombination med tværfaglig/tværsektoriel indsats	2.365
PG08M	Særligt ressourcekrævende svangrekontrol ved rusmiddelproblematik	2.927

09: Nervesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG09A	Fjernelse el. behandling af nerve	5.965
PG09B	Neurorehabilitering og rygmarsvsskader	2.862
PG09C	Kontrol af medicinpumpe	2.660

10: Øre, næse og hals

Gruppe	Tekst	Takst
PG10A	Procedure på kæbe	13.602
PG10B	Påsætning af kunstig ansigtsdel	9.574
PG10C	Tandbehandling, svær	6.941
PG10D	Tandbehandling, middel	5.109
PG10E	Tandbehandling, let	1.997
PG10F	Procedure på øre, næse el. hals, kompliceret	3.582
PG10G	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	1.363
PG10H	Rhinoskopier	3.542
PG10I	Faryngoskopier	1.743
PG10J	Laryngoskopier	1.887
PG10K	Cochleart implantat	2.292
PG10L	Audiologisk udredning, diagnostiske procedurer, pat. 0-2 år	10.738
PG10M	Audiologisk udredning, øvrige, pat. mindst 90 dage	2.912
PG10N	Audiometri	1.058
PG10O ¹⁴	Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage	377

11: Medicinsk behandling

Gruppe	Tekst	Takst
PG11A	Medicin-behandling, grp. 1	100.555
PG11B	Medicin-behandling, grp. 2	52.627
PG11C	Medicin-behandling, grp. 3	31.483
PG11D	Medicin-behandling, grp. 4	18.796
PG11E	Medicin-behandling, grp. 5	11.747

¹³ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG08G, PG08H, PG08I, PG08J og PG.

¹⁴ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG10O, Neonatal hørescreening

PG11F	Medicin-behandling, grp. 6	7.988
PG11G	Medicin-behandling, grp. 7	5.170
PG11H	Medicin-behandling, grp. 8	2.820
PG11I	Medicin-behandling, grp. 9	1.411
PG11J	Medicin-behandling, grp. 10	634

12: Diverse behandlinger

Gruppe	Tekst	Takst
PG12A	Konditionering til minitransplantation	23.613
PG12B	Isotoperapi	23.896
PG12C	Biologisk modificerende stof	37.768
PG12D	Svampebehandling, kompleks	18.304
PG12E	Antistof, behandling	11.815
PG12F	Brachyterapi	28.246
PG12G	Transfusion af plasma og/eller behandlet blod	3.966
PG12H	Transfusion af blod, øvrig	3.320
PG12I	Plasmaferese	9.262
PG12J	Kontrol ved hjemme-hæmodialyse	26.595
PG12K	Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse	25.020
PG12L	Peritonealdialyse, m. oplæring	8.030
PG12M	Peritonealdialyse	1.918
PG12N	Dialyse, øvrige	2.486
PG12O	Insulinpumpe, behandling	4.214
PG12P	Botulinumtoksin, injektion	4.528
PG12Q	Immunmodulerende behandling	5.971
PG12R	Udlevering af CPAP-apparatur	4.347
PG12S ¹⁵	Kontrol eller justering af CPAP-behandling	487

13: Diverse procedurer og undersøgelser

Gruppe	Tekst	Takst
PG13A	Udtagning af knoglemarv til diagnostisk undersøgelse	8.011
PG13B	Laparoskopi, diverse procedurer	3.822
PG13C	Geriatrici, udredning	3.745
PG13D	Geriatrici, behandling	1.893
PG13E	Allergologisk undersøgelse/behandling, kompliceret	4.620
PG13F	Allergologisk undersøgelse/behandling, ukompliceret	961
PG13G	Diættevejledning	541
PG13H	Neuropsykologisk undersøgelse, udvidet	2.609

¹⁵ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG12S, Kontrol eller justering af CPAP-behandling

PG13I	Hjælpeprocedure, ukompliceret	1.179
PG13J	Urodynamisk undersøgelse, udvidet	2.197
PG13K	Urodynamisk undersøgelse, almindelig	1.067
PG13L	Anlæggelse af peritonealdialysekateter	920
PG13M	Endokrinologisk procedure, kompliceret	1.520
PG13N	Øjenundersøgelse, større	982
PG13O	Øjenundersøgelse, mindre	458
PG13P	Immundefekt	18.878
PG13Q	Kronisk viral hepatitis B/C, vurdering af komplikationer	2.002

14: Radiologiske procedurer

Gruppe	Tekst	Takst
PG14A	MR-scanning, kompliceret, m. generel anæstesi	10.657
PG14B	MR-scanning, kompliceret	3.588
PG14C	MR-scanning, ukompliceret	2.595
PG14D	MR-scanning, ukompliceret, m. generel anæstesi	5.043
PG14E	CT-scanning af hjertet med angiografi	3.062
PG14F	CT-scanning, kompliceret	2.042
PG14G	CT-scanning, ukompliceret, el. osteodensitometri	1.048
PG14H	UL-scanning, meget kompliceret, flerfoldsvangerskab	6.108
PG14I	UL-scanning, meget kompliceret	2.133
PG14J	UL-scanning, kompliceret	1.388
PG14K	UL-scanning, ukompliceret	643
PG14L	Angiografi	6.944
PG14M ¹⁶	Mammografi, kompliceret	1.324
PG14N ¹⁶	Mammografi, ukompliceret	380
PG14O	Gennemlysningundersøgelse, urografi og flebografi, kompliceret	1.223
PG14P	Gennemlysningundersøgelse, urografi og flebografi, ukompliceret	776
PG14Q	Røntgenundersøgelse (alm), kompliceret	819
PG14R	Røntgenundersøgelse (alm), ukompliceret	519

15: Arbejdsmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG15A	Arbejdsmedicin grp. 1	9.328
PG15B	Arbejdsmedicin grp. 2	15.568
PG15C	Arbejdsmedicin grp. 3	18.648

16: Klinisk genetik

¹⁶ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG14M Mammografi, kompliceret og PG14N Mammografi, ukompliceret.

Gruppe	Tekst	Takst
PG16A	Genetisk risikovurdering og rådgivning med gentagen udredning og samtale	5.649
PG16B	Genetisk risikovurdering og rådgivning med udredning	4.369
PG16C	Genetisk risikovurdering og rådgivning	4.079
PG16D	Stamtræsoptegnelse	5.993

17: Klinisk fysiologi/nuklearmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG17A	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. A	25.843
PG17B	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. B	14.458
PG17C	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. C	11.039
PG17D	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. D	7.616
PG17E	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. E	5.631
PG17F	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. F	3.742
PG17G	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. G	1.981
PG17H	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. H	1.584
PG17I ¹⁷	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I	186

18: Klinisk neurofysiologi

Gruppe	Tekst	Takst
PG18A	Klinisk neurofysiologi grp. 1	2.600
PG18B	Klinisk neurofysiologi grp. 2	4.032
PG18C	Klinisk neurofysiologi grp. 3	5.052

19: Børn med prænatal rusmiddelproblematik

Gruppe	Tekst	Takst
PG19A	Barn under 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik	5.727
PG19B	Barn over 2 ½ år med prænatal rusmiddelproblematik	6.564

Telemedicinske ydelser

Gruppe	Tekst	Takst
ST01A	Fødsel, hjemme	17.826
ST01B	Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg	5.744
ST01C	Geriatrici, udredning, hjemmebesøg	3.745
ST01D	Geriatrici, behandling, hjemmebesøg	1.894
ST01E	Gravid med rusmiddelproblematik, hjemme- og udebesøg	795
ST01F	Lungefunktionsundersøgelse, m. reversibilitetstest, telemedicin	1.981

¹⁷ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG17L, Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I.

ST01G	Lungefunktionsundersøgelse, telemedicin	1.584
ST01H	Pacemaker-kontrol, telemedicin	1.033
ST01I ¹⁸	AK-behandling, telemedicin	260
ST01J ¹⁸	Telemedicinsk sårvurdering	283
ST01K	Telemedicinsk type 2 diabeteskontrol	1.180
ST01L ¹⁸	Telemedicinsk kontrol af CPAP udstyr	487

Sammedagspakker¹⁹

Gruppe	Tekst	Takst
SP02A	Sammedagspakke: Rygmarvsskader	4.530
SP02B	Sammedagspakke: Ryglidelser	2.505
SP03A	Sammedagspakke: Lungesygdomme, udredning	4.260
SP04A	Sammedagspakke: Atrieflimren	2.972
SP04B	Sammedagspakke: Blodprop i hjernen, udredning	5.166
SP04C	Sammedagspakke: Lille Cardiologisk sammedagsudredningspakke	4.968
SP04D	Sammedagspakke: Mellem Cardiologisk sammedagsudredningspakke	7.452
SP04E	Sammedagspakke: Stor Cardiologisk sammedagsudredningspakke	11.923
SP05A	Sammedagspakke: Gastroskopi og koloskopi/sigmoideoskopi	4.610
SP06A	Sammedagspakke: Cystoskopisk og CT-urografiske undersøgelse	7.949
SP06B	Sammedagspakke: Cystoskopi med flowundersøgelse og ultralyd	6.287
SP06C	Sammedagspakke: Cystoskopi med flowundersøgelse	5.637
SP08A	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation med UL-scanning, meget kompl.	2.461
SP08B	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation, med UL, kompl. el. ukompl.	1.343
SP08C	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation	1.126
SP10A	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl.	8.527
SP10B	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl. + ukompl.	6.307
SP10C	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, ukompl.	4.088
SP10D	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. mindst 18 år	1.274
SP10E	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. 0-17 år	2.227
SP10F	Sammedagspakke: Svimmelhed, udredning	9.634
SP12A	Sammedagspakke: Tværfaglig artritinformation	3.462
SP12B	Sammedagspakke: Endokrinologisk statuspakke	5.004
SP12C	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog, pat. i dialyse	3.929
SP12D	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog	1.443
SP13A	Sammedagspakke: Anæstesiologisk-allergologisk udredning	14.378
SP13B	Sammedagspakke: Allergologiske procedurer/behandlinger	6.340

¹⁸ ST01I, ST01J og ST01L bliver ikke tillagt den telemedicinske besøgsgruppetakst

¹⁹ Takster for sammedagspakker er eksklusiv et ambulant besøg.

SP13C	Sammedagspakke: Foster misdannelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve	10.592
SP13D	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning	3.761
SP13E	Sammedagspakke: Injektion, angiostatisk lægemiddel, m. øjenundersøgelse	8.269

Sammedagspakker(fortsat)

Gruppe	Tekst	Takst
SP13F	Sammedagspakke: Injektion, øvrige lægemidler, m. øjenundersøgelse	3.215
SP13G	Sammedagspakke: Laserbehandling, m. øjenundersøgelse	1.930
SP13H	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere større	1.838
SP13I	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, større + mindre	1.377
SP13J	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere mindre	919
SP14A	Sammedagspakke: MR-scanning + CT-scanning	4.636
SP14B	Sammedagspakke: MR-scanning + UL	4.852
SP14C	Sammedagspakke: CT-scanning + røntgenundersøgelse	2.213
SP13G	Sammedagspakke: Laserbehandling, m. øjenundersøgelse	1.930
SP14D	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + kompl.	3.521
SP14E	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + ukompl.	2.776
SP14F	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, kompl. + ukompl.	2.031
SP14G	Sammedagspakke: UL, flere ukompl. Procedurer	1.286
SP16A	Sammedagspakke: Større Klinisk genetisk udredning/undersøgelse m. stamtræ	12.953
SP16B	Sammedagspakke: Klinisk genetisk udredning, omfattende, med svar.	12.668
SP20A	Sammedagspakke: Komplex somatisk sygdom med behov for tværfaglig psykisk og social udredning og støtte	3.239

MG90-grupperne: Grupper der ikke afregnes

Gruppe	Tekst
MG90A	Besøg, som ikke afregnes pga. udmåde 7 (aflyst besøg).
MG90B	Records fra specialer, som ikke afregnes eller ikke kan afregnes, da procedure ikke er takstbærende.
MG90C	Assistancer fra specialer, som ikke afregnes eller ikke kan afregnes, da procedure ikke er takstbærende.
MG90D	Flere besøg pr. patient pr. dag pr. afdeling, som ikke afregnes.
MG90E	Besøg, som ikke afregnes idet der afregnes for genoptræning.
MG90G	Besøg som ikke afregnes, fordi de ligger umiddelbart før/efter indlæggelse.

MG90H:	Telemedicinsk ydelse der ikke afregnes.
MG90I:	Ambulante fødsler, som ikke skal afregnes, idet afregningen følger moderen.
MG90J:	Henvisning til pakkeforløb start uden fremmøde - skal ikke afregnes.

B4.2. Særydelsesliste

Ydelsestype

Gruppe	Tekst	Takst
SYD01	Behandlingshjælpemidler for mere end 802 kr. ²⁰	Kostpris
SYD02	Høreapparater ²¹	Kostpris
SYD03	Medicin for mere end 802 kr. pr. dag ²²⁻²³	Kostpris

²⁰ Det vil eksempelvis sige korset, karkirurgiske stents og implantater m.v. Overstiger den samlede kostpris 802 kr., kan det fulde beløb opkræves. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat.

²¹ Der ydes støtte til høreapparater i henhold til regler i den sociale lovgivning.

²² For patienter grupperet til DAGS-grupperne i PG11 Medicinsk behandling samt grupperne PG12A Kemoterapi, højdosis, PG12B Kemoterapi, kompliceret og antistofbehandling, PG12C Kemoterapi, kompliceret, PG12D, Kemoterapi, basis og antistofbehandling, PG12E, Kemoterapi, basis, PG12H Biologisk modificerende stof, PG12J Antistof, PG12K Brachyterapi og PG12U Botulinumtoksininjektion 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).

²³ Udlivering 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 802 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 2014.

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 2014

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1S	Genoptræningsgruppe 1, stationær	871
GEN2S	Genoptræningsgruppe 2, stationær	1847
GEN3S	Genoptræningsgruppe 3, stationær	3564
GEN4S	Genoptræningsgruppe 4, stationær	4926
GEN5S	Genoptræningsgruppe 5, stationær	12.617

Takster for ambulant genoptræning 2014

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	743
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	993
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1603

Takster til mellemkommunal afregning for genoptræningsydelser 2014

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	666
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	889
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1436

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 Regioner²⁴.

²⁴ 'Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2014'

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.

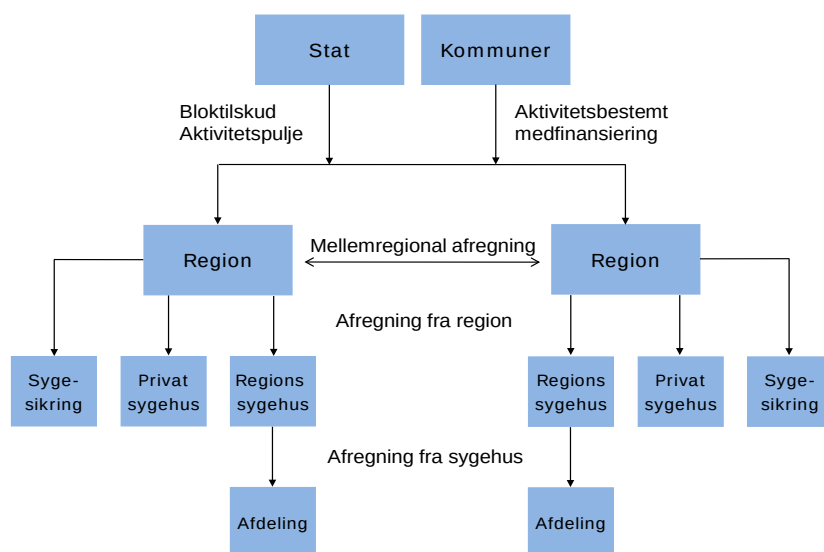
B7.1. Finansieringsmodellen

De økonomiske rammer for regionernes løsning af opgaver på sundhedsområdet fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner. For 2014 udgør regionernes samlede ramme til sundhedsområdet 106 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 2014 79,5 pct. af den samlede finansiering af sundhedsområdet, midlerne i den statslige aktivitetsafhængige pulje udgør 1,2 pct. og den kommunale medfinansiering 18,2 pct. De resterende 1,1 pct. finansieres gennem lån og puljer²⁵.

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.

²⁵ Kilde: 'Generelle tilskud til regionerne 2014', 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. 840 af 28. juni 2013 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2014.

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 2014 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.²⁶

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.²⁷

²⁶ Kilde: 'Generelle tilskud til regionerne 2014', Økonomi- og Indenrigsministeriet

²⁷ Yderligere oplysninger om opgørelsen af regionernes bloktilskud kan findes i Bekendtgørelse om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2014.

B7.3. Statslig aktivitetspulje

Aktivitetspuljen blev indført i 2001 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 økonomiaftalen og fordeles i udgangspunktet mellem regionerne efter samme fordelingsnøgle som bloktilskuddet. Midlerne udbetales a conto til regionerne i begyndelsen af januar. 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 2014 udgør den samlede aktivitetspulje i alt 1,3 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 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 incitament 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, 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 14.377 kr. (2014 pris- og lønniveau) pr. indlæggelse. Der er fra 2014 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 kapitel 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).

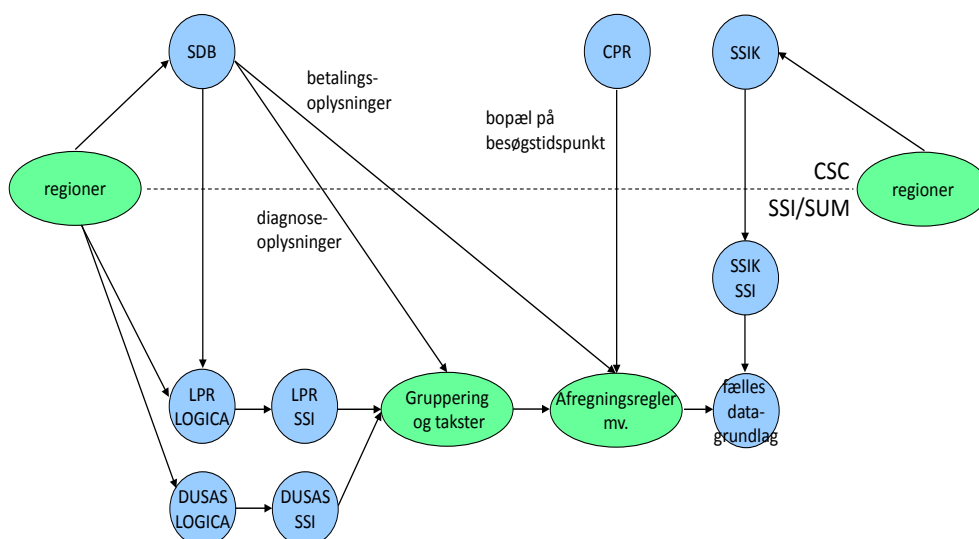
Patientoplysningerne fra de danske sygehuse overføres til National Sundhedsdokumentation på Statens Serum Institut, fra sygehusenes patientadministrative systemer (PAS), enten via Sundhedsdatabanken (SDB) eller direkte til LPR. Patientoplysninger vedrørende behandlinger foretaget i udlandet overføres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

Når Logica har foretaget en fejlsøgning af patientoplysningerne, indlæser National Sundhedsdokumentation på Statens Serum Institut data i LPR samt DUSAS og DRG-/DAGS-grupperer dem 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 ny investeringer 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. Apparatur og inventar, herunder edb-udstyr, afskrives lineært over 10 år, svarende til en årlig afskrivning på 10 pct.

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

I krafttræden

§ 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.

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. 1439 af 23. december 2012 om ret til sygehusbehandling m.v.

I medfør af § 8, stk. 2, § 10, § 11, § 75, stk. 2 og 5, § 76, § 78, stk. 1, § 81, stk. 3 og 4, § 82 a, stk. 3, § 82 b, stk. 3, § 86, stk. 2 og 4, § 87, stk. 5, § 87 d, § 87 h, § 89, stk. 5, § 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 og lov nr. 1401 af 23. december 2012, og efter forhandling med justitsministeren og social- og integrationsministeren, 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 til sygehusbehandling m.v. for personer med bopæl eller midlertidigt ophold her i landet.

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

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 til sygehusbehandling m.v. og personkreds

Personer, der har bopæl her i landet

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

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

Personer, der tager bopæl her i landet (tilflyttere)

§ 5. Personer, der tager bopæl her i landet, har ret til sygehusbehandling m.v. straks ved registreringen i Folkeregisteret, jf. § 1, stk. 3.

Personer, der ikke har bopæl her i landet

§ 6. 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 § 14.

Stk. 3. For behandling, der ydes efter stk. 2, kan regionsrådet opkræve betaling efter reglerne i § 40.

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

§ 7. Ophold af længere varighed end 3 måneder kan, når det efter omstændighederne skønnes rimeligt, ligestilles med bopæl her i landet, uanset at personen har bevaret fast bopæl i udlandet.

§ 8. 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

§ 9. 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.

Kapitel 3

Information

§ 10. 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 § 11, stk. 1 og 2, kan tilbydes en diagnostisk undersøgelse inden for 1 måned,
- 3) patienten efter reglerne i § 12 kan tilbydes udredning inden for 1 måned,
- 4) patienten efter reglerne i § 17, stk. 1 og 2, kan tilbydes behandling inden for 1 eller 2 måneder,
- 5) patienten efter reglerne i sundhedslovens § 87 a, jf. § 87 b, stk. 1 og 2, kan tilbydes undersøgelse inden for 2 måneder og behandling inden for 2 måneder, når patienten er under 19 år og henvist til psykiatrisk undersøgelse eller behandling,
- 6) patienten efter reglerne i sundhedslovens § 87 e, jf. § 87 f, stk. 1, kan tilbydes behandling inden for 2 måneder, når patienten er fyldt 19 år og henvist til psykiatrisk behandling,
- 7) retten til at vælge sygehus efter reglerne i § 11, § 13, stk. 1-3, § 17 og sundhedslovens §§ 87 a og 87 f,
- 8) 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),
- 9) 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. § 13, stk. 2 og 3,
- 10) at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal diagnostiske undersøgelser, udredninger og behandlinger, der foretages på sygehuse omfattet af nr. 8, og
- 11) at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter reglerne i § 11, § 13, stk. 1-3, § 17 og sundhedslovens § 82 a og § 87 a-§ 87 f.

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 § 17, stk. 4.

Stk. 3. De i § 13, 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 § 13, 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 § 13, stk. 1-3.

Kapitel 4

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

§ 11. 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.

§ 12. 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.

Stk. 4. Bestemmelserne i stk. 1-3 omfatter ikke henvisning til psykiatrisk udredning.

§ 13. Personer, der henvises af en læge til sygehusbehandling m.v., kan vælge mellem enhver regions sygehuse, jf. dog §§ 14-16.

Stk. 2. Retten til at vælge behandling efter stk. 1 gælder også følgende private specialsygehuse m.fl.: Sankt Lukas Hospice, Diakonissestiftelsens Hospice, Sct. Maria Hospice Center, rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge OASIS, RCT-Jylland og DIGNITY, Epilepsihospitalet Filadelfia, sclerosehospitalerne i Haslev og Ry, PTU's RehabiliteringsCenter, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejle fjord og Center for Hjerneskade, jf. § 39, 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. § 39, stk. 2, samt Kong Chr. X's Gigthospital i Gråsten.

Stk. 4. Retten til at vælge sygehusbehandling efter stk. 1-3 gælder uanset bopælsregionens behandlingstilbud og kriterier for sygehusbehandling i sit sygehusvæsen, jf. dog § 14 og § 16.

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.

§ 14. En sygehusafdeling kan afvise fritvalgspatienter, jf. §§ 11 og 13, 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. § 13, 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.

§ 15. For personer, der henvises til psykiatrisk behandling, kan retten til at vælge sygehus efter § 13, stk. 1, 1. pkt. begrænses, hvis hensynet til vedkommende taler herfor. Retten til at vælge, hvor en diagnostisk undersøgelse efter § 11, stk. 1 og 2, skal foretages, kan ikke begrænses, jf. dog § 14.

Stk. 2. For en person, 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 i henhold til § 11, stk. 1 og 2, og § 13, stk. 1-3, begrænses af sikkerhedsmæssige hensyn eller af hensyn til retshåndhævelsen. Den myndighed, der meddeler tilladelse til udgang m.v., træffer afgørelse herom.

§ 16. 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.

§ 17. 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 §§ 19 og 20.

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.
- 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.

§ 18. Tidsfristen efter § 11, stk. 1 og 2, regnes fra den dag, sygehuset modtager henvisningen fra personens læge, til den dag, den diagnostiske undersøgelse kan foretages. Tidsfristen efter § 12 regnes fra den dag, sygehuset modtager henvisningen fra personens læge til udredningen kan afsluttes. Tidsfristen efter § 17, stk. 1 og 2, regnes fra den dag, hvor patienten er udredt, jf. § 12. I de tilfælde, hvor patienten ved henvisningen er udredt, regnes fristen efter § 17, 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. § 11, stk. 1 og 2, udredning, jf. § 12, og behandling, jf. § 17, stk. 1 og 2, må udsættes på grund af personens helbredstilstand eller efter personens ønske.

§ 19. Bestemmelserne i §§ 11 og 17 gælder ikke henvisning til organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, herunder refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation og rekreative- og rehabiliteringsophold.

Stk. 2. Bestemmelserne i §§ 11 og 17 gælder heller ikke henvisning til forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling.

Stk. 3. Bestemmelserne i § 11, stk. 1, 2. pkt., og § 17 gælder ikke henvisning til psykiatrisk behandling.

§ 20. Retten til at vælge en behandling eller diagnostisk undersøgelse på et aftalesygehus efter § 11, stk. 1 og 2, og § 17, stk. 1 og 2, bortfalder, hvis ventetiden på dette sygehus overstiger ventetiden på bopælsregionens sygehuse eller et af regionens samarbejdssygehuse.

§ 21. Regionsrådene offentliggør en oversigt over deres samarbejdssygehuse, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2, og over aftalesygehuse, jf. § 11, stk. 1 og 2, § 17, stk. 1, og bekendtgørelse om indgåelse af behandlingsaftaler efter de udvidede fritvalgsordninger m.v.

§ 22. For behandling af psykisk syge personer gælder reglerne i denne bekendtgørelse, jf. dog § 19, stk. 3, samt reglerne i bekendtgørelse om udvidet ret til undersøgelse og behandling for psykisk syge børn og unge, herunder om henvisningsproceduren og dokumentationskrav til aftalesygehuse m.v. og bekendtgørelse om udvidet ret til behandling for psykisk syge voksne, herunder om henvisningsproceduren og dokumentationskrav til aftalesygehuse m.v.

Stk. 2. 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.

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

§ 24. Regionsrådet skal refundere patienters udgifter til behandling på et sygehus i et andet EU- eller EØS-land, hvis regionsrådet ikke kan tilbyde patienten rettidig behandling på egne sygehuse, andre offentlige sygehuse, samarbejdssygehuse eller aftalesygehuse.

Stk. 2. Regionsrådet skal dog kun refundere udgifter til samme behandling eller lignende behandling, som patienten ville være blevet tilbudt i det offentlige sygehusvæsen her i landet.

Stk. 3. 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.

§ 25. Ansøgning om refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU- eller EØS-land efter § 24 skal rettes til regionsrådet i bopælsregionen inden behandlingen.

Stk. 2. 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 § 26, 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. 3. § 32 om journaloplysninger finder tilsvarende anvendelse, når et regionsråd træffer afgørelse om at refundere en patients udgifter til sygehusbehandling efter stk. 2.

Stk. 4. Har patienten ikke fået regionsrådets godkendelse af refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU- eller EØS-land forud for behandlingen, refunderer regionsrådet dog patientens udgifter efter ansøgning, såfremt det efter omstændighederne ikke skønnes rimeligt at afslå refusion.

§ 26. Ved en ansøgning om refusion efter § 25 skal der medfølge følgende oplysninger:

- 1) kopi af lægehenvielse til sygehusbehandling, lægeerklæring eller lignende,
- 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 sygehus af den behandling, som ansøgningen omfatter,
- 4) pristilbud fra det udenlandske sygehus, og
- 5) dato for behandlingen på det udenlandske sygehus.

Stk. 2. For at få udbetalt refusionen, skal patienten 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.

Stk. 3. De i stk. 1 og 2 anførte oplysninger skal foreligge på et sprog, herunder engelsk, tysk eller fransk, som forstås af regionsrådet.

§ 27. 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.

§ 28. Ved henvisning af patienter, der er statsborgere i et EU-land, EØS-land eller Schweiz, og deres familiemedlemmer til behandling på et offentligt sygehus m.v. i et andet EU-land, 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 EF-forordning 883/04 om koordinering af de sociale sikringsordninger, eller efter reglerne i Nordisk Konvention om Social Sikring.

Stk. 2. Ved henvisning til behandling efter §§ 23 og 31 kan regionsrådet udstede EF-blanket S 2 eller EF-blanket E 112.

Stk. 3. Ved henvisning til behandling efter § 27 udsteder Sundhedsstyrelsen EF-blanket S 2, E 112 eller andet kautionsbevis.

§ 29. Der kan ikke henvises til forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling efter bestemmelserne i §§ 23 og 27, jf. §§ 30 og 31.

§ 30. 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.

§ 31. 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 §§ 23, 27 og 30. Panelet kan endvidere rådgive om supplerende undersøgelser og behandlinger på offentlige sygehuse her i landet og om behandling efter §§ 23, 27 og 30.

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

Journaloplysninger

§ 32. 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 §§ 27, 30 og 31 kan gøres betinget af, at personen giver samtykke til, at de i stk. 1 nævnte journaloplysninger m.v. sendes til behandlingsstedet.

Kapitel 7

Ret til beløb til personlige fornødenheder

§ 33. 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.

§ 34. 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 1½ år forud for indlæggelsen.

§ 35. Sygehuset kan ud over de i §§ 33 og 34 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 § 33, stk. 2, nævnte beløb.

Kapitel 8

Kommunalbestyrelsens adgang til at afholde udgifter til sygehusbehandling

§ 36. 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 9

Indberetning

§ 37. 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 10

Finansiering m.v.

§ 38. Regionsrådet i bopælsregionen afholder udgifter ved sygehusbehandling m.v. efter denne bekendtgørelse, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. Regionsrådet i opholdsregionen afholder udgifterne til sygehusbehandling m.v. til patienter, der ikke har bopæl her i landet.

Stk. 3. Staten afholder udgifter til behandling m.v. efter § 27.

§ 39. Regionsrådenes pligt til at yde vederlagsfri behandling i henhold til § 13, 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 § 13, 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.

§ 40. Regionsrådet i en region opkræver betaling for behandling af personer, der ikke har ret til sygehusbehandling m.v., jf. dog stk. 5 og § 6, stk. 4.

Stk. 2. I de tilfælde, hvor der er fastsat takster for disse ydelser i bekendtgørelse om betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen, anvendes disse.

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.

§ 41. Regionsrådet kan stille krav om kaution for betalingens rettidige erlæggelse eller krav om depositum, jf. § 40.

§ 42. 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.

§ 43. En kommunes udgifter til sygdomsbehandling efter § 36 kan ikke dækkes ved forsikring.

Kapitel 11

Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.

§ 44. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2013, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. § 12 træder i kraft den 1. september 2013.

Stk. 3. I perioden fra 1. januar 2013 til 31. august 2013 opgøres tidsfristen efter § 17 således:

- 1) Personer, der er henvist til sygehusbehandling, kan vælge behandling i medfør af § 17, hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden den i § 17, stk. 1 og 2, nævnte frist kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller et af de i § 17, stk. 1, nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter, jf. dog §§ 19 og 20.
- 2) Fristen regnes fra den dato, hvor sygehuset modtager henvisningen. Stk. 4. For patienter henvist før 1. januar 2013 til behandling efter § 17 finder de hidtil gældende regler anvendelse.

Stk. 5. Bekendtgørelse nr. 62 af 20. januar 2010 om ret til sygehusbehandling m.v. ophæves.