



TAKSTSYSTEM

- Vejledning



2013

Udgivet af:
Statens Serum Institut
Artillerivej 5
2300 København S.
Telefon: 32 68 32 68
Telefax: 32 68 38 68
E-post: ssi@ssi.dk
Hjemmeside: www.ssi.dk

Design: 1508 A/S
Foto: Scanpix
Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk
Oplag: 1.500
ISBN-nr. (trykt version): 978-87-89148-65-6
ISBN-nr. (netversion): 978-87-89148-61-8

Publikationen kan bestilles eller afhentes hos:
Rosendahls – Schultz Distribution
Herstedvang 10,
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Telefax: 43 63 19 69
E-mail: Distribution@rosendahls.dk
Hjemmeside: www.rosendahls.dk

Indhold

1. INDLEDNING.....	6
1.1. VEJLEDNINGENS FORMÅL OG BAGGRUND	6
1.2. VEJLEDNINGENS OPBYGNING	7
2. GENERELLE BESTEMMELSER.....	9
2.1. TAKSTBEKENDTGØRELSENS DÆKNINGSOMRÅDE	9
2.1.1. <i>Private sygehuse</i>	9
2.1.2. <i>Personer uden bopæl i Danmark</i>	10
2.1.2.1. <i>Muligheder for refusion af behandlingsudgifter</i>	10
2.1.2.2. <i>Beregning af afregningen for personer uden bopæl i Danmark</i> .	11
2.2. SONDRING MELLEM BEHANDLINGSNIVEAUER	12
2.3. GENERELLE AFREGNINGSREGLER	13
2.3.1. <i>Betalingsforpligtelsen</i>	13
2.3.2. <i>Fravær under indlæggelse</i>	13
2.3.3. <i>Afgrænsning af ambulante besøg</i>	13
2.3.4. <i>Sengedagstakster</i>	14
2.3.5. <i>Raske ledsagere og nyfødte</i>	14
2.3.6. <i>Overgangsregler ved årsskifte</i>	14
2.3.7. <i>Pris- og lønregulering for takstsystem 2013</i>	15
2.4. LØNSUMSAFGIFT	15
3. BEHANDLINGER PÅ HOVEDFUNKTIONS- ELLER REGIONSFUNKTIONSNIVEAU	17
3.1. PATIENTER BEHANDLET PÅ SOMATISKE AFDELINGER.....	17
3.1.1. <i>Afregning af stationære patienter</i>	18
3.1.1.1. <i>DRG-takster</i>	18
3.1.1.2. <i>Afdelings- og sygehusudskrivninger</i>	18
3.1.1.3. <i>Trimpunkt</i>	19
3.1.1.4. <i>Særydelser for stationære patienter</i>	19
3.1.2. <i>Afregning af gråzonepatienter</i>	19
3.1.2.1. <i>Gråzonetakster</i>	19
3.1.2.2. <i>Særydelser for gråzonepatienter</i>	20
3.1.3. <i>Afregning af ambulante patienter</i>	20
3.1.3.1. <i>Takstgrupper for ambulante patienter</i>	20
3.1.3.2. <i>Besøgsgrupper</i>	23
3.1.3.3. <i>Diagnosegrupper</i>	24
3.1.3.4. <i>Proceduregrupper</i>	24
3.1.3.5. <i>Sammedagspakker</i>	24
3.1.3.6. <i>Ambulante substitutionstakster</i>	24
3.1.3.7. <i>Assistancer</i>	25
3.1.3.8. <i>Ambulant besøg under stationær indlæggelse</i>	25

3.1.3.9. Ambulante ydelser på indlæggelses- og udskrivningsdagen for stationære kontakter	26
3.1.4. Afregning af genoptræningsydelser	26
3.1.5. Afgrænsning af specialer	26
3.2. PATIENTER BEHANDLET PÅ PSYKIATRISKE AFDELINGER	27
4. BEHANDLINGER PÅ HØJT SPECIALISERET FUNKTIONSNIVEAU	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. FRITVALGSRAMMER TIL PRIVATE SYGEHUSE MV.	33
BILAG 1. DRG-SYSTEMET	34
B1.1. OMKOSTNINGSDATABASEN	34
B1.1.1. Omkostningsberegninger for stationære patienter	35
B1.1.2. Omkostningsberegninger for ambulante patienter	35
B1.2. TAKSTBEREGNING	36
B1.2.1. Beregning af DRG-takster	36
B1.2.2. Beregning af DAGS-takster	38
B1.2.3. Beregning af gråzonetakster	38
B1.2.4. Niveaujustering	39
B1.3. TILORDNING AF DRG- OG DAGS-GRUPPER	39
B1.3.1. Diagnoseegenskaber (tabel DG1)	41
B1.3.2. Procedureegenskaber (tabel DRGTPT)	42
B1.3.3. Tillægskodeegenskaber (tabel TILL)	43
B1.3.4. Komplikationer (tabel KOMPAT og KOMPLEX)	43
B1.3.5. Tildeling af DRG-gruppe (tabel DRGLOGIK)	43
B1.4. SYGEHUSOVERSIGT	45
BILAG 2. ÆNDRINGER I GRUPPERINGSLOGIKKEN	48
B2.1. ÆNDRINGER FRA 2012 TIL 2013	48
BILAG 3. DRG-TAKSTER FOR STATIONÆRE PATIENTER OG GRÅZONEPATIENTER	57
BILAG 4. AMBULANTE TAKSTER	110
B4.1. DAGS-TAKSTER FOR AMBULANTE PATIENTER 2013	110
B4.2. SÆRYDELSESLISTE	117
BILAG 5. TAKSTER FOR GENOPTRÆNINGSYDELSESR	118
BILAG 6. PROCEDURE FOR OPRETTELSE AF BUDGETTAKSTER FOR NYE BEHANDLINGER	120

BILAG 7. FINANSIERINGEN AF SUNDHEDSVÆSENET	122
B7.1. FINANSIERINGSMODELLEN.....	122
B7.3. STATSLOG AKTIVITETSPULJE	124
B7.4. KOMMUNAL (MED)FINANSIERING.....	124
B7.5. MELLEMREGIONAL AFREGNING	126
B7.6. DET FÆLLES DATAGRUNDLAG FOR AFREGNING.....	127
BILAG 8. REGELGRUNDLAG	129
B8.1. TAKSTBEKENDTGØRELSEN	129
B8.2. SYGEHUSBKENDTGØRELSEN	133

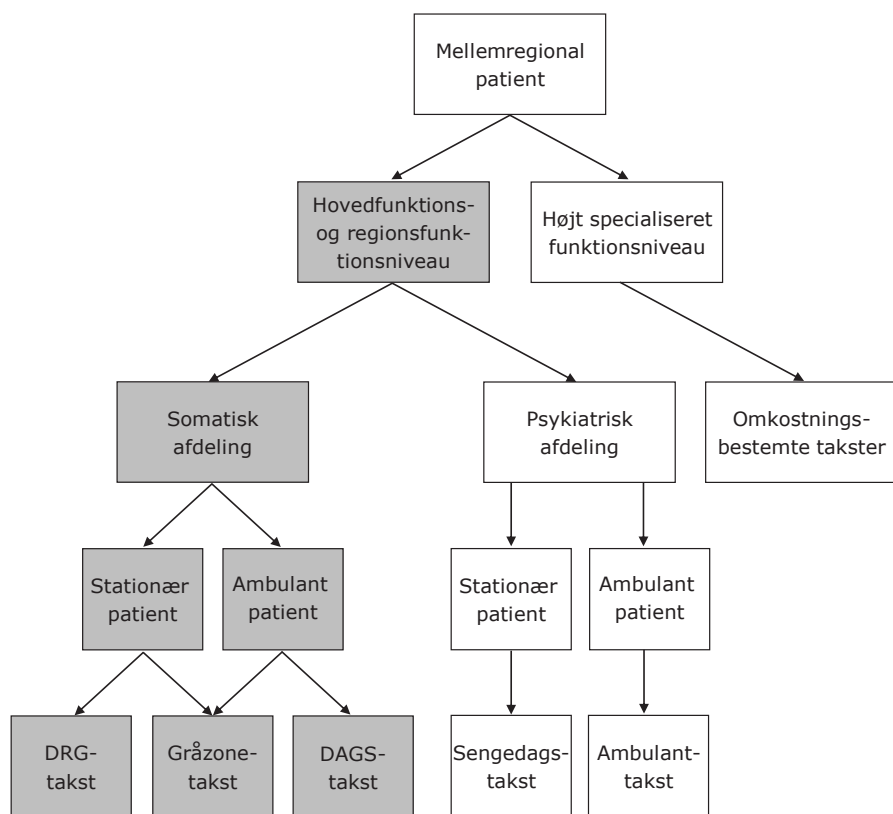
1. Indledning

1.1. Vejledningens formål og baggrund

Denne vejledning giver en samlet beskrivelse af afregningsregler og takster, som regionerne skal anvende i forbindelse med afregningen af patienter, der bliver behandlet i en anden region end bopæls- eller opholdsregionen (mellemregionale patienter). Den del af afregningsreglerne, som anvendes i den mellemregionale afregning af patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, benyttes desuden ved opgørelsen af den kommunale medfinansiering og fordelingen af den statslige aktivitetspulje, samt til udregningen af regionernes bloktilskud. Vejledningen henvender sig således til alle personer i regioner og kommuner, der arbejder med finansieringen af regionerne.

De overordnede afregningsprincipper er fastsat i bekendtgørelse nr. 1355 af 6. december 2010 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen (Takstbekendtgørelsen). I bekendtgørelsen bestemmes, at patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau som udgangspunkt skal afregnes med takster, der fastsættes og udmeldes af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, mens afregningen af patienter behandlet på højt specialiseret funktionsniveau skal afregnes med takster, der fastsættes decentralt efter forskrifter i bekendtgørelsen.

Figur 1 viser den overordnede takststruktur, der anvendes i den mellemregionale afregning. Ved behandling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau på somatiske afdelinger tages der udgangspunkt i landsdækkende diagnoserelaterede takster, der er fastsat ud fra DRG-systemet, dvs. DRG-takster for stationære patienter (indlagte patienter), DAGS-takster for ambulante patienter, og gråzone-takster for gråzonepatienter, der kan behandles i såvel stationært som ambulant regi. Psykiatriske patienter, der behandles på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, skal derimod afregnes med landsdækkende sengedags- og besøgs-takster, 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 2013 er bygget op omkring den overordnede takststruktur i Takstbekendtgørelsen og gennemgår således afregningsreglerne for alle behandlingsniveauer og patientgrupper, som er gældende i 2013. 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 2013 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 2012 til 2013, samt forslåede ændringer til 2014 er listet i bilag 2. I bilag 3 til 5 findes oversigter over hhv. DRG- og gråzonetaksterne, DAGS-taksterne og genoptræningstaksterne for 2013, 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 markedsrettet 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 ydelseernes 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.

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.

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

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.

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.

² Sundhedsstyrelsen nye specialespecifikke specialevejledninger fra 2010 og 2011 erstatter den tidligere specialevejledning "Vejledning vedr. specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet 2001". For specialfunktioner, der er godkendt af Sundhedsstyrelsen i 2010, er de nye vejledninger trådt i kraft pr. 1. januar 2011, med mindre andet fremgår af Sundhedsstyrelsens godkendelser eller anden skriftlig tilkendegivelse fra styrelsen. For specialfunktionerne der er godkendt i den opsamlende an søgningsrunde i 2011, træder de nye vejledninger i kraft pr. 1. januar 2012, med mindre andet fremgår af Sundhedsstyrelsens godkendelser eller anden skriftlig tilkendegivelse fra styrelsen. Indtil de nye specialevejledninger træder i kraft på de enkelte afdelinger, afregnes patienterne på disse afdelinger efter den hidtidige skelnen mellem behandling på basisniveau og behandling på Lands- og Landsdelsniveau, som gjaldt i "Bekendtgørelse om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen" af 10. januar 2006. Dvs. en behandling der udføres på basisniveau afregnes efter samme regler som behandlinger, der udføres på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, mens behandlinger der udføres på lands- og landsdelsniveau afregnes efter samme regler, som behandlinger der udføres på højt specialiseret funktionsniveau.

Eventuelle tvivlsspørgsmål om behandlingsniveau må afklares konkret mellem parterne. Sundhedsstyrelsen kan i enkelte tilfælde på grundlag af specialevejledningen 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 tilflytningsstidspunktet. Hvor der afregnes med sengedagstakster, betaler tilflytningsregionen som hovedregel fra tilflytningsstidspunktet. 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. Særsålt 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. 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 2012 og udskrives/afsluttes i 2013, gælder, at det er afregningstidspunktet, der er afgørende. Når der afregnes efter sygehusudskrivinger er datoen for sygehusudskrivingen, der afgør takståret. En somatisk patient, der er indlagt henover årsskiftet 2012/2013 og udskrives i 2013, afregnes således til 2013-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 2012 til 3. januar 2013, afregnes således med 2 sengedage, opgjort i takstsystem 2012, og 3 sengedage, opgjort i takstsystem 2013.

2.3.7. Pris- og lønregulering for takstsystem 2013

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 2013 er P/L-faktoren for 2013 sat til 1,4 pct., svarende til Finansministeriets P/L-faktor for 2013 opgjort juni 2012. 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 2012
P/L-faktor anvendt i Økonomiaftalen	1,4 pct.
P/L-faktor anvendt i beregningen af DRG- og DAGS-taksterne	1,4 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 Lommepenge (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-markedsmæssige forpligtelser er undtaget fra lønsumsafgift, da det er en del af de interne ressourceallokeringer i det offentlige sundhedssystem og således ikke et markedsmæssigt salg af ydelser mod vederlag. Afgiftssatsen for offentlige virksomheder er på 5,33 pct. af den del af afgiftsgrundlaget, der udgøres af virksomhedens lønsum, jf. Bekendtgørelse af lov om afgift af lønsum m.v. - nr. 466 af 22. maj 2006.

Da gældende Takstbekendtgørelse specificerer DRG-takster for mellemregionale patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, er der beregnet lønsumsandelev på alle takstelementer i det samlede DRG-system. Med gældende afgiftssats er der derefter beregnet lønsumsafgifter på DRG- og DAGS-grupper, genoptræningsgrupper og langliggertaksten. Lønsumstakster og lønsumsafgifter gældende fra 1. januar 2013 til takstsystem 2013 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

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 2000-2013

Takstår	Gruppering	DRG	Gråzone	DAGS	Sammedags-pakker	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

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 1.897 kr. pr. sengedag (2013 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 2.

DRG-taksterne for alle 717 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 afdelingsudskrivinger, 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 sygehusudskrivinger. Dette gælder også, selvom det overflyttende sygehus ikke behandler men straks viderevisiterer til et andet (mere specialiseret) sygehus. Hvis en patient efter udskriving genindlægges på samme afdeling (dog ikke samme dag), anses indlæggelsen ligeledes som et selvstændigt sygehusforløb.

3.1.1.3. Trimpunkt

Trimpunktet er det maksimale antal sengedage, der dækkes af DRG-taksten. Hvis en sygehusudskriving strækker sig ud over trimpunktet, afregnes der i tillæg til DRG-taksten 1.897 kr. (2013 pris- og lønniveau) pr. sengedag ud over trimpunktet, jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 2.

For hver DRG-gruppe er der beregnet et trimpunkt på baggrund af indlæggelses- og udskrivningsdatoerne i Landspatientregisteret. Trimpunktet defineres som tredje kvartil af liggetiden plus 1,5 gange forskellen mellem første og tredje kvartil af liggetiden for hver DRG-gruppe.

3.1.1.4. Særydelser for stationære patienter

Der kan ikke afregnes særskilt for 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 1.897 kr. (2013 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 2013 findes 201 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 201 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 besøgsgrupper, diagnosegrupper, proceduregrupper, ambulante substitutionstakster og sammedagspakker. Takstgrupperne i det ambulante takstsystem for 2013 er vist nedenfor.

Besøgsgrupper

- Ambulant besøg
- Skadestue
- Telefon- og e-mailkonsultation
- Ambulant substitution, telemedicin
- Ambulant substitution, hjemmebesøg
- Ambulant substitution, hjemmebesøg, jordemoder

Diagnosegrupper

- Medfødte stofskiftesygdomme
- Kraniofaciale misdannelser
- Andrologisk udredning
- Pubertets- og vækstforstyrrelser
- Sjældne handikap
- Endokrinologi
- Respirationsinsufficiens, kronisk
- Palliativ indsats
- HIV-infektion
- Tilstand med transplanteret væv – hæmatologi
- Cancer
- Neurologi
- Spiseforstyrrelser
- Alkohol- og stofmisbrug
- Somatoforme tilstande
- Ryglidelser
- Reumatologi
- Audiologi
- Smertetilstande

Proceduregrupper

- Hudsystem
- Muskelsystem
- Åndedrætsystem
- Hjerte-, kar- og lymfesystem
- Fordøjelsessystem
- Urinveje
- Mandlige kønsorganer
- Kvindelige kønsorganer
- Nervesystem
- Øre, næse og hals
- Medicinsk behandling
- Diverse behandlinger
- Diverse undersøgelser og procedurer
- Radiologiske procedurer
- Arbejdsmedicin
- Klinisk genetik
- Klinisk fysiologi/nuklearmedicin
- Klinisk neurofysiologi

Sammedagspakker

- Anæstesiologi
- Allergologi
- Gastroenterologi
- Mammadiagnostik
- Øre-næse-hals
- Høreapparat
- Svimmelhed
- Ryglidelser
- Graviditet
- Ultralyd
- Cystoskopi
- Endokrinologi
- Gigt
- Blodprop i hjernen
- Øjenundersøgelser

Ambulante substitutionstakster

- Pacemakerkontrol, telemedicin
- Lungefunktionsundersøgelse
- AK-behandling
- Palliativ indsats, hjemmebesøg
- Geriatri, hjemmebesøg, en eller flere behandlere
- Fødsel, hjemme

3.1.3.2. 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 substitutions-takster 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 procegrupperne PG100, Neonatal hørescreening eller PG171, Klinisk fysiologi/nuklearmedicin gruppe I.

Grundtaksten i 2013 for ambulante besøg er på hhv. 864 kr. for patienter i alderen fra og med 7 år og op efter, 1.297 kr. for patienter i alderen 0 til 6 år og 1.535 kr. for besøg med anamnese- eller journaloptagelse. Til gruppen 'Ambulant besøg med journaloptagelse' grupperes besøg med procedurekoderne ZZ0150 journal-optagelse.

Et skadestuebesøg udløser en takst på 739 kr. i 2013. Der kan ikke opkræves for eventuelle procedurer i tilknytning til et skadestuebesøg. Fører skadestuebesøget til indlæggelse samme dag, på samme sygehusenhed, kan der ikke afregnes for skadestuebesøget.

Telefon- eller e-mailkonsultation eller skriftlig kommunikation ved prøvesvar udløser en takst på 160 kr. i 2013. 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 433 kr. i 2013. Afregning af den telemedicinske grundtakst kan udelukkende ske, hvis mindst én ydelse er tillægskodet med ZPW00900 (Telemedicinsk ydelse). og der er tale om pacemakerkontrol, lungefunktionsundersøgelse eller AK-behandling.

Grundtaksten for hjemmebesøg er 2311 kr. i 2013. 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 1.058 kr. i 2013. 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'.

3.1.3.3. 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.

3.1.3.4. 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.

3.1.3.5. 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.

3.1.3.6. 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 sy-

gehuset 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.

3.1.3.7. 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 besøgstakt. 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 rekvirende 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.

3.1.3.8. 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.

3.1.3.9. 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 2013 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- /substituti- onsgrupper og samme- dagspakker	Gråzone- DRG	Ambulant genop- træning
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 2013, som er tilgængelige på www.sum.dk.

Ved beregning af betaling for psykiatriske patienter udgør sengedagstaksten 3.421 kr. (2013 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 1.712 kr. (2013 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, 18 Dermato-venerologi, 20 Neurologi, 22 Onkologi, 30 Kirurgi, 31 Karkirurgi, 32 Kir. gastroenterologi, 33 Plastikkirurgi, 34 Thoraxkirurgi, 35 Urologi, 38 Gynækologi og obstetrik, 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 takssystemet mellem somatiske skadestuer og psykiatriske skadestuer. Den psykiatriske skadestuetakst udgør 1.712 kr. pr. besøg, mens den somatiske skadestuetakst er på 739 kr. pr. besøg (begge beløb i 2013 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 nyopførte bygninger, påbegyndes afskrivningen året efter ibrugtagning.

I henhold til Takstbekendtgørelsens § 14 medregnes 15 pct. af de faktiske lønudgifter som arbejdsgivers pensionsbyrde for medarbejdere, der ikke er pensionsforsikrede. Det vil som hovedregel sige medarbejdere med tjenestemandsansættelse, der under ansættelsen erhverver ret til tjenestemandspension fra arbejdsgiver, uden at der løbende foretages pensionsindbetalinger.

Endvidere fradrages indtægter fra behandlinger af patienter fra andre regioner, som er udført på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, og de sengedage, som disse patienter repræsenterer, holdes uden for takstberegningen. Som hidtil fordres der således ikke en 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 2013 udgør med den anførte pris- og lønregulering maksimalt 1.897 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 1.362 kr. pr. måned for 2013 (2013 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.

	2013 P/L-niveau
Sankt Lukas Hospice.....	16,5
Diakonissestiftelsens Hospice	16,5
Sct. Maria Hospice	16,5
OASIS	17,9
RCT-København	18,9
RCT-Jylland	13,0
Epilepsihospitalet i Dianalund ⁸	76,9
Sclerosehospitalet i Haslev og Ry	68,3
Polio-, Trafik- og Ulykkesskadedes Fysiurgiske Ambulatorium	29,5
Center for sundhed og træning i Middelfart	12,8
Center for sundhed og træning i Århus	14,5
Center for sundhed og træning i Skælskør.....	19,7
RehabiliteringsCenter for Muskelsvind	21,2
Vejle fjord	15,3
Center for Hjerneskade	8,6
Øfaldt Centrene.....	16,6

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 2013.

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

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 vægtningssystemer. Disse vægtningssystemer er lavet på baggrund af, hvor tidskrævende de enkelte procedurer er.

Der er til taksterne for 2013 anvendt ambulante, specialespecifikke vægtningssystemer indenfor følgende specialer:

- Anæstesiologi

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

- Arbejdsmedicin
- Dermato- venerologi
- Gynækologi og obstetrik
- Hæmatologi
- Intern Medicin
- Kardiologi
- 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

Skadestuetaksten er ligeledes omkostningsbestemt som en del af DAGS-systemet, men er ikke beregnet ved hjælp af specialespecifikke vægte.

B1.2. Takstberegning

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

B1.2.1. Beregning af DRG-takster

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

1. DRG-gruppering af afdelingsudskrivinger
2. Beregning af omkostninger pr. kontakt på afdelingsniveau (inkl. omkostningstrunkering)
3. Dannelse af sygehusforløb
4. Beregning af omkostninger pr. sygehusforløb (inkl. omkostningstrunkering)

5. Beregning af DRG-takster som simple gennemsnit af omkostningerne for sygehusforløbene i hver DRG-gruppe

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

I andet trin trunkeres de laveste og højeste omkostninger i de enkelte DRG-grupper, således at yderpunkter ikke får uforholdsmæssig stor betydning for takstberegningen, hvorefter omkostningerne pr. 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 afdelingsudskrivingerne sammen til ét forløb for den enkelte patient, og forløbet tildeles den af afdelingsudskrivingernes DRG-grupper, der jf. trin to har den højeste gennemsnitsomkostninger. Alle omkostningerne fra alle afdelingsudskrivingerne bliver så tilknyttet denne gruppe, hvorved den samlede omkostning for sygehusudskrivingen fremkommer.

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

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

B1.2.2. Beregning af DAGS-takster

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

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

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

I andet trin DAGS-grupperes kontakterne i omkostningsdatabasen. I tilfælde, hvor den samme patient har haft flere besøg den samme dag på samme sygehus og overafdeling, sammenlægges omkostningerne til ét 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 omkostningsstrukturen vurderes enkeltvis med henblik på at kvalitetssikre taksterne.

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

B1.2.3. Beregning af gråzonetakster

Gråzonepatienter er patienter, der både kan behandles ambulant og ved indlæggelse, og som tildeles en fælles takst, gråzonetaksten, uanset i hvilket regi behandlingen finder sted. 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.

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 udvælgtes det besøg med størst omkostning.

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.

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 2013 skal således tilpasses de tilrettede driftsudgifter for 2011 fremskrevet til 2013 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 2013 er de ambulante takster nedjusteret med 4,5 procent, mens de stationære takster er opjusteret med 4,4 procent. For at opnå de tilrettede driftsudgifter er taksterne herefter niveaujusteret med 0,1 procent. Hermed er det endelige takstniveau for takstsystem 2013 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 selvskaber.

¹¹ Gråzonetakstberegningen sker efter følgende formel:

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

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 indeles 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 ¹² . Til hver diagnosekode er der knyttet en række egenskaber.
DRGTPT	Indeholder alle procedurekoder, som har betydning i DRG-systemet. Til hver procedurekode er knyttet en række egenskaber.

¹² ICD10 klassifikationen vedligeholdes af National Sundheds-it (NSI), Statens Serum Institut. Nærmere information herom kan fås på <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/TerminologiOgKlassifikationer/SKS.aspx>.

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. Komplikationsegenskaber 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 diagnossens MDC (se pkt. 2 nedenfor).

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

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

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

Ad. 3. Aktionsdiagnoseegenskaber til aktionsdiagnosen Der knyttes en eller flere aktionsdiagnoseegenskaber på patientrecorden. Aktionsdiagnoseegenskaben anvendes i DRG-logikken til tildeling af DRG, der ligger uden for aktionsdiagnosens MDC-gruppe. Den har kun betydning i forbindelse med få DRG-grupper, og forholdsvis få diagnoser har en aktionsdiagnoseegenskab. Aktionsdiagnoseegenskaben har formen <tal><tal>P<tal><tal>.

Ad. 4. Bidiagnoseegenskaber til bidiagnoser

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

Ad. 5. Procedureegenskaber til aktions- og bidiagnoser

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

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 KOMPAT 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 KOMPAT 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 717 DRG-grupper i DkDRG 2013. At der er flere regler end DRG-grupper skyldes, at flere regler kan pege på den samme DRG-gruppe.

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

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

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

B1.4. Sygehusoversigt

De foreliggende DRG/DAGS-takster bygger på den patientrelaterede omkostningsdatabase med ca. 2,3 mio. stationære kontakter og 18,6 mio. ambulante besøg i 2009 og 2010 fra de sygehuse, der er angivet i tabel B2.

Tabel B2. Oversigt over sygehusenheder, der har bidraget med fordelingsregnskaber til omkostningsdatabasen for takstår 2013.

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabsenhed
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, Hørsholm	
		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). Sygehusoversigt

Region Syddan- mark	OUH	OUH, Odense	OUH
		OUH, Svendborg	
		OUH, Faaborg	
		OUH, Nyborg	
		OUH, Ringe	
		OUH, Ærø	
Region Syddanmark (fortsat)	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). Sygehusoversigt

Region Midtjylland	Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Regionshospitalet Horsens Regionshospitalet Brædstrup	Regionshospitalet Horsens og Brædstrup
	Hospitalsenheden Vest	Hospitalsenheden Vest, Herning	Hospitalsenheden Vest
		Hospitalsenheden Vest, Holstebro	
		Hospitalsenheden Vest, Tårn	
		Hospitalsenheden Vest, Ringkøbing	
		Hospitalsenheden Vest, Lemvig	
	Regionshospitalet Silkeborg	Regionshospitalet Silkeborg	Regionshospitalet Silkeborg
	Regionshospitalet Hammel Neurocenter	Regionshospitalet Hammel Neurocenter	
	Århus Universitets hospital, Århus	Århus Sygehus	Århus Universitets-hospital, Århus
		Århus Amtssygehus	
	Samsø Syge- og Sundhedshus	Samsø Syge- og Sundhedshus	
	Regionshospitalet Randers og Grenaa	Regionshospitalet Randers	Regionshospitalet Randers og Grenaa
		Regionshospitalet Grenaa	
	Århus Universitets-hospital, Skejby	Århus Universitetshospital, Skejby	Århus Universitets-hospital, Skejby
	Regionshospitalet Viborg og Skive	Regionshospitalet Viborg	Regionshospitalet Viborg og Skive
		Regionshospitalet Skive	
Region Nordjylland	Sygehus Thy - Mors	Sygehus Thy - Mors	Region Nordjylland
	Aalborg Sygehus	Aalborg Sygehus	
	Sygehus Vendsyssel	Sygehus Vendsyssel	
	Sygehus Himmerland	Sygehus Himmerland	
	Ortopædkirurgien i Nordjylland	Ortopædkirurgien i Nordjylland	
	Anæsthesisektoren i Nordjylland	Anæsthesisektoren Nordjylland	

Bilag 2. Ændringer i grupperingslogikken

B2.1. Ændringer fra 2012 til 2013

Ændringerne i grupperingslogikken for DkDRG og DAGS fra 2012 til 2013 er beskrevet i tabel B3 og B4 nedenfor. Dokumentation på kodeniveau kan findes på www.drg.dk under "Gruppering".

I Takstsystem 2013 er der i alt 717 DRG-grupper, hvoraf 201 er gråzoner. Endvidere er der 225 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker og substitutionstakster. Dette skal ses i forhold til Takstsystem 2012, der havde 717 DRG-grupper, hvoraf 178 var gråzonegrupper. Takstsystem 2012 havde endvidere 211 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker og telemedicin.

Tabel B3. Grupperingslogikken for DkDRG i 2013 i forhold til 2012

MDC	DRG i 2013	
FI.	0105+0106	Grupperingsnøglen indeholder en automatisk funktion, der afgør, om en bidiagnose eller en procedure virker komplicerende. Funktionen er anvendt ved flere split m/u komplicerende bidiagnoser. Denne automatiske funktion erstattes med konkrete lister af bidiagnoser og procedurer, der medfører gruppering til de komplicerede grupper.
MDC'er	0420+0421	
	0878+0879	
	0917+0918	
	1009+1010	
	1313+1314	
	1714+1715	
	2001+2002	
	2102+2103	
	2104+2105	
	2107+2108	
	2109+2111	
	2303+2304	
02	0214+0224	To regler for observation for øjensygdomme peger på DRG 0214 Større operationer på hornhinde og sclera men burde pege på DRG 0224 Øvrige indlæggelser eller besøg ved øjensygdomme. Dette er rettet til 2013.
03	0312 0313	Ny gruppe: DRG 0312 Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled er til 2013 delt op i to grupper for henholdsvis frakturkirurgi (0312) og rekonstruktionskirurgi (0313)
05	0526 0506+0507+0508 0509+0510+0511 0512+0513+0401 2614 0513+0516+0517 0520+0521+0522 0523+2615 0514+2613 0529 0525+0529	Ny gruppe: Nyrearterieablation Ændringer: Der ændres i hierarkiet omkring MDC 05, således 2614 rykkes op over 0506, 0508-0513 i henhold til 2012 taksten. For at sikre der fortsat grupperes til 0507 og 0401 (kun med MDC 05 diagnose) flyttes disse op i hierarkiet, således de ligger over 2614 men også 0506 samt 0508-0513 Der ændres i hierarkiet omkring MDC05, således 2615 rykkes op i hierarkiet, så der grupperes hertil før til 0517, 0513, 0522 og 0523. Samtidigt rykkes 0516 op i hierarkiet for at sikre der grupperes hertil inden 2615, mens 0517 og 0513 rykkes ned i hierarkiet, således der grupperes til 2615 inden disse grupper. 2613 flyttes op over 0514, i forhold til 2012 taksten. Koderne KPBL99, KPBM10, KPBM30A, KPBM99, KPBU70, KPBU81, KPBU83, KPBU87, KPBU88, KPBU89, KPBU99 indplaces i DRG 0529 Koderne KPBL10, KPBL10A, KPBM20A, KPBM10A, KPBL20A flyttes fra 0525 til 0529

Tabel B3. Grupperingslogikken for DkDRG i 2013 i forhold til 2012 (fortsat)

MDC	DRG i 2013	
05	0533+0537+0541 0544+0548+0551 0556+0560 0533+0534+0535 0537+0538+0539 0541+0542+0544 0545+0546+0548 0549+0551+0552 0553+0556+0557 0558+0560+0561 0562	Koden BMFL38A indplaceres i proceduregruppe A Grupperne gøres til gråzone
07	0701 0703	Ændringer: Koderne ZZ0999, KJJB10, KJJB20 og KJJB71 flyttes til 0701 Koden KJJA43 flyttes til 0703
08	0809	Ændringer: Der tilføjes krav om at, når patienten har nekrotiserende fasciitis skal der samtidigt være udført en af følgende procedurer KQAE12, KQBE12, KQCE12, KQDE12, KQXE12
09	0906 0901 0901, 0906 0901, 0902, 0903 0902 0902 0903 0904 0905 0913, 0914	Lukkede grupper (DkDRG 2012): DRG 0906 og DRG 0907 lukkes og lægges sammen til en ny gruppe: DRG 0906 Nye grupper Enkeltsidig mammaoperation med onkoplastik Ændringer: Navn ændres til Mastektomi med rekonstruktion med stilket lap og dobbeltsidig mastektomi med rekonstruktion med protese Regler med egenskab 09S18 slettes som krav til DRG 0901, da disse skal pege på 0906 Koderne KHAE00, KHAE05 og KHAE10 slettes som krav til gruppen Navnet ændres til Segmentresektion af bryst med onkoplastisk rekonstruktion og eller kontralateral korrektion og enkeltsidig mastektomi med rekonstruktion med protese Koderne KHAE20, KQBEJ70 slettes fra egenskaben 09S20 der peger på 0902 Navnet ændres til Stor mammakirurgisk operation Navnet ændres til Mellemstor mammakirurgisk operation Navnet ændres til Lille mammakirurgisk operation Der rykkes rundt på hierarkiet, således der grupperes til DRG 0914 og 0915 før 1010

Tabel B3. Grupperingslogikken for DkDRG i 2013 i forhold til 2012 (fortsat)

MDC	DRG i 2013	
11		Lukkede grupper (DkDRG 2012): DRG 1122 og 1123 lukkes og lægges sammen til en ny gruppe: DRG 1122
		Ny gruppe: Operationer gennem urinrør på nedre urinveje
	1122	Ændringer:
	1113	Koden KKED80 flyttes til DRG 1113
	1117	Koden KKB70 flyttes til DRG 1117
	1122	Koden KKDD32 tilføjes til DRG 1122
	1124	Koden KKBV12 flyttes til DRG 1124
	1124	Koden KUKB15 tilføjes DRG 1124
12		Lukkede grupper (DkDRG 2012): DRG 1201 og 1205 lukkes
		Nye grupper:
	1201	Operationer på penis, kompliceret, m. ondartet sygdom
	1202	Operationer på penis, kompliceret, u. ondartet sygdom
	1203	Operationer på penis, ukompliceret
		Ændringer
	1205+1206	Koden KKFH01 tilføjes til DRG 1205-1206
14		Ændringer:
	1401	Gruppen ændres fra at være gråzone gruppe til at være stationær gruppe
	1433+1434	Grupperne gøres til gråzoner for at håndtere at man fra 1. januar 2013 kan registrere ambulante fødsler.
21		Lukkede grupper (DkDRG 2012): DRG 2109, 2110, 2111 og 2112 lukkes
		Nye grupper:
	2109	Traumemodtagelse
	2110	Traume
	2111	Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger
26		Ændringer:
	2613+2614	Koden BFFA60A tilføjes tællekoden til grupperne.

Tabel B4. Grupperingslogikken for DAGS i 2013 i forhold til 2012**DAGS 2013****Besøgsgrupper****Nye grupper:**

BG50F Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg, jordemoder

Ændringer:

BG50C Anamneseoptagelse (ZZ0150A) fjernes fra gruppen.

BG50G AK-behandling (ZZ3130) fjernes fra gruppen. Der oprettes i stedet en selvstændig telemedicinsk gruppe for AK-behandling.

Diagnosegrupper**Ændringer:**

DG30L Karcinoidt syndrom (DE340) flyttes til gruppen.

DG30R Muskelspændinger (DM626*) fjernes fra gruppen

Proceduregrupper**Ændringer:**

PG03B laparocentese specificeres som Ascitiespunktur (KTJA10A) og terapeutisk ascites tømning (KTJA10B) eller ikke specificeres (KTJA10) indplaceres i gruppen

Ny gruppe:

PG04D Udskiftning af cardioverter-defibrillator (ICD)

Ændringer:

PG04A Koderne BJFZ40A, BMBZ51A, BMBZ51B og BMBZ51D indplaceres i gruppen.

PG04F Der oprettes en tælleregul således to gange PG04G peger på gruppen.

Ændringer:

PG06B Gruppen omdøbes til Cystoskopi, kompliceret, el. urinrørsoperationer el. punktur af prostata

PG06B Koderne KKB00, KKBV07, KKCB00, KKCD30 slettes fra gruppen

PG06B Koden KUKC15 indplaceres i gruppen

PG06B Koderne KUKB15, KTKE00, KTKE05, KTKE10 flyttes til gruppen.

PG06C Gruppen omdøbes til Cystoskopi, ukompliceret el. mindre urologisk operation

PG06C Koden KKBV12 flyttes til gruppen.

Ændringer:

PG07B Gruppen omdøbes til Sterilisation el. anden operation på mandlige kønsorganer

PG07B Koderne KTKF00, KTKF05, KTKF10, KTKF20, KTKF25 flyttes til gruppen.

PG07B Koderne KKGD05, KKGH00, KKGH20, KKGH30, KKGF00, KKGA00, KKGA96, KKGD10, KKGW96 tilføjes gruppen.

Nye grupper:

PG08E Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi, flerfoldsgraviditet

PG08G Jordemoderkonsultation, akut, graviditet

PG08H Jordemoderkonsultation, udvidet

PG08I Jordemoderkonsultation, basis

PG08J Særlige ydelser i forbindelse med graviditet incl. fødselsforberedelse

Ændringer:

PG08F Gruppens navn ændres til Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi

Tabel B4. Grupperingslogikken for DAGS i 2013 i forhold til 2012 (fortsat)
DAGS 2013

Ændringer	
PG10E	Tværfaglig kæbekirurgisk konference med patient til stede (ZZ0190B) indplaceres i gruppen.
PG10F	Koder vedrørende Pædagogiske interventioner vedrørende tand- og mundpleje (BEK*) slettes fra gruppen.
PG10F	Vestibulærundersøgelse (ZZ7094) indplaceres i gruppen
PG11	Der er lavet en revision af PG11 således de enkelte behandlinger i PG11 grupperes til PG11A-PG11J. Grupperingslogikken i PG17 er konstrueret således, at hvis der udføres flere behandlinger på samme dag, kan besøget blive grupperet til en dyrere gruppe, end de enkelte procedurer hver især grupperes til.
PG11	Koden for Medicingivning (BWAA) fjernes fra tillægskodekravet til grupperne i PG11.
PG11B	Behandling med plexirafor (BOHE30) indplaceres i gruppen
PG11D	Behandling med Ofatumumab (BOHJ11B) indplaceres i gruppen
PG11G	Behandling med azacitidin (BWHA256) indplaceres i gruppen
PG11H	Behandling med capsaicin (BAHY60) indplaceres i gruppen
PG11I	Behandling med COPP (BWHA156) indplaceres i gruppen
Ny gruppe:	
PG12I	Svampebehandling, kompleks
Ændringer:	
PG12B/C	Behandling med højdosis cystostatika (BWHA3) indplaceres gruppe.
PG12E	Behandling med azathioprin (BWHB83) fjernes fra gruppen.
PG12H	Behandlingskoder for octreotid (BBHF51) og lanreotid (BBHF52) tilføjes gruppen.
PG12K	Implantation af radioaktive seeds i prostata (KKEV30) og kryoelementer i prostata (KKEV32) fjernes fra gruppen
PG12U	Gruppens navn ændres til Immunmodulerende behandling
PG12U	Behandling med tacrolimus (BOHJ21) og mycophenolat (BOHJ22) indplaceres i gruppen.
Ændringer:	
PG13D	Der tilføjes et ekstra krav om behandlingskoder til gruppen under overskriften Geriatrisk behandling.
PG13L	Koderne KJAK10, KJAK11, KJAK13, KJAK14 tilføjes gruppen.
PG13N	Podning (ZZ7120) fjernes fra gruppen
Ændringer:	
PG14J	Op-ned scanning (UXUD86DA) fjernes fra gruppen.
Ændringer	
PG18B/C	To procedurer fra PG18B udført på samme dag løftes til PG18C

Tabel B4. Grupperingslogikken for DAGS i 2013 i forhold til 2012 (fortsat)

Sammedagspakker

Nye sammedagspakker:

SP08A	Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation med UL-scanning, meget kompl.
SP08B	Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation, med UL, kompl. el. ukompl.
SP08C	Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation
SP10F	Svimmelhed, udredning
Ændringer:	
SP12B	Svangerskab, fødsel eller barsel med gestationel diabetes (DO244) tilføjes gruppen

Ambulant substitution

Lukkede grupper (DAGS 2012)

Grupperne ST01B og ST01C lukkes.

Nye grupper:

ST01A	Fødsel, hjemme
ST01C	Geriatrici, udredning, hjemmebesøg
ST01D	Geriatrici, behandling, hjemmebesøg
ST01H	AK-behandling, telemedicin

B2.2. Planlagte og foreslåede ændringer til 2014

Fristen for forslag til ændringer i grupperingsnøglerne for 2014 var 1. november 2012. Fristen for forslag til ændringer i grupperingsnøglerne for 2015 er 1. november 2013.

En række ændringer af grupperingsnøglerne for DkDRG og DAGS er planlagt eller foreslået til 2014. 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 2014.

Tabel B5. Planlagte og foreslåede ændringer for DkDRG til 2014

MDC	DRG i 2012	
01		Der er foreslået en gruppe for behandling af Hortons Hovedpine
02		Der er indkommet en række forslag fra selskabet til tilpasning af MDC 02.
03		Der er foreslået en opdeling af grupperne på m./u. robotkirurgi
07	0701/0703/0706	Der foreslås rykket rundt på koder mellem grupperne
09	0913/0914	Der er stillet forslag til en forfinelse af grupperne
10	1002	Der er stillet forslag om at opdele gruppen på med og uden robotkirurgi.
11		Der er stillet forslag om to nye grupper i relation til nyre-bugspytkirtelopererede
13	1310-1311 1313-1314	Der er stillet forslag om at dele grupperne op i med og uden robotoperation
15		Der er stillet forslag om at spædbørn med lav fødselsvægt der hjerteopereres også kan gruppere til hjertegrupperne og intensiv grupperne.

Tabel B6. Planlagte og foreslåede ændringer for DAGS til 2014

Proceduregrupper	
	Det er foreslået at oprette særlige grupper for familieambulatorier, mammaradiologisk og klinisk genetik.
Sammedagspakker	
	Der er til 2014 særligt fokus på sammedagspakker
Ambulant substitution	
	Der er til 2014 særligt fokus på at oprette grupper for telemedicin

Tabel B7. Fælles akut modtagelse (FAM)

DkDRG og DAGS

Fra 2014 indføres der nye registreringsprincipper for Fælles akut modtagelser. Patienter i fælles akut modtagelser kan fra 1. januar 2014 registreres som en akut ambulant kontakt i op til fire dage eller som en akut stationær kontakt, afhængigt af den lokale organisering på hospitalet.

Der arbejdes på at finde en model, der tager højde for den forskellige organisering og dermed registreringspraksis hvor de samme patienter kan registreres ambulant eller stationært.

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 2011
0101		Instrumenteret stabilisering af hvirvelsøjle ved sygdomme i nervesystemet	196.087	25	11
0102		Rygmarvsoperationer	79.476	17	9
0103		Carotiskirurgi	45.321	8	4
0104	*	<i>Indgreb på karpaltunnel</i>	6.587	1	1
0105		Operationer på hjernenner, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, m. kompl. bidrag.	91.694	21	6
0106		Operationer på hjernenner, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, u. kompl. bidrag.	38.947	6	3
0107		Behandling med højdosis immunglobulin ved sygdom i nervesystemet	58.109	6	3
0108		Medicinske sygdomme i nervesystemet med dialyse	134.308	38	17
0109		Medicinske sygdomme i nervesystemet med plasmaferese	36.421	4	4
0110		Svulster i nervesystemet, pat. mindst 18 år	44.711	21	7
0111		Sygdomme og skader på rygmarven	34.058	64	19
0112		Infektion i nervesystemet ekskl. virus meningit	64.693	26	8
0113		Sygdomme i hjernenner og perifere nerver	24.351	6	3
0114		Trombolysebehandling af akut apopleksi	90.203	4	2
0115		Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne	41.679	14	5
0116		Degenerative sygdomme i nervesystemet	29.832	11	4

MDC-gruppe 01: Sygdomme i nervesystemet (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0117		Dissemineret sklerose og cerebellar ataxi	30.117	9	4
0118		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. under 1 år	27.210	11	4
0119		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. 1-17 år	13.611	2	2
0120		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. mindst 18 år	17.445	4	3
0121		Hovedtraumer ekskl. hjernerystelse	35.009	11	4
0122		Hjernerystelse	9.123	1	1
0123		Video-EEG døgnmonitorering	56.337	4	2
0124		Forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne og okklusion af præcerebrale arterier	19.248	6	2
0125		Feberkrampe, pat. 0-17 år	8.271	1	1
0126		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. mindst 18 år	26.669	9	4
0127		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. 0-17 år	13.907	2	2
0128		Andre uspecifikke sygdomme i nervesystemet	23.835	9	3
0129		Observation for sygdom i nervesystemet	15.248	4	2

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sangedage	Gns. liggetid 2011
0201	*	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	42.049	5	-
0202	*	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	24.797	2	2
0203	*	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer	34.501	10	3
0204	*	Dobbelt-operationer, øjenmuskler, hornhinde og sklera	17.789	2	2
0205	*	Hornhindetransplantation	24.797	8	4
0206	*	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	36.118	2	-
0207	*	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	20.484	4	2
0208	*	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, m. generel anæstesi	17.249	4	-
0209	*	Store operationer, øjenlåg, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi	13.351	4	2
0210	*	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, m. generel anæstesi	11.177	1	-
0211	*	Store operationer, øjenhule, øjenmuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi	5.931	1	1
0212	*	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	16.172	2	1
0213	*	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	8.086	4	2
0214	*	Større operationer, hornhinde og sklera	7.007	9	3

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0215	*	Større operationer, øvrige, m. generel anæstesi	10.782	2	-
0216	*	Større operationer, øvrige, u. generel anæstesi	4.851	4	2
0217	*	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, m. generel anæstesi	10.241	4	-
0218	*	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi	4.313	4	2
0219	*	Grå stær operationer, m. generel anæstesi	9.739	4	-
0220	*	Grå stær operationer, u. generel anæstesi	4.529	4	1
0221	*	Mindre operationer, øvrige, m. generel anæstesi	8.625	4	-
0222	*	Mindre operationer, øvrige, u. generel anæstesi	3.235	1	1
0223	*	Laserbehandling	1.941	4	2
0224	*	Øvrige indlæggelser eller besøg ved øjensygdomme	1.294	4	2

MDC-gruppe 03: Øre-, næse, hals, og kæbesygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0301		Indsættelse af cochleart implantat, dobbeltsidigt	462.329	5	2
0302		Indsættelse af cochleart implantat, enkelsidigt	245.00	4	2
0303		Tracheostomi ved mundhule- og halssygdomme	121.318	31	16
0304		Operationer på hoved og hals, kategori 1	69.427	16	6
0305		Operationer på hoved og hals, kategori 2	51.049	14	5
0306		Operationer på hoved og hals, kategori 3	26.720	6	2
0307	*	<i>Operationer på hoved og hals, kategori 4</i>	12.498	1	1
0308		Større kæbeoperationer	57.620	2	2
0309		Kæbeledsalloplastik	130.758	4	2
0310		Operation for læbe-ganespalte og choanal atresi	42.988	11	5
0311		Kombinerede rekonstruktive operationer på over- og underkæbe	58.901	7	3
0312		Frakturkirurgi på kæbe eller kæbeled	43.461	6	2
0313		Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled	43.596	4	2
0314	*	<i>Operationer på øre, kategori 1</i>	22.835	1	1
0315	*	<i>Operationer på øre, kategori 2</i>	13.757	1	1
0316	*	<i>Operationer på næse, kategori 1</i>	17.148	1	1
0317	*	<i>Operationer på næse, kategori 2</i>	7.773	1	1
0318	*	<i>Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber</i>	14.906	4	2
0319		Operationer på spytkirtler	25.510	4	1

MDC-gruppe 03: Øre-, næse, hals, og kæbesygdomme (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0320	*	<i>Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer</i>	10.800	4	2
0321		Endoskopier af luftveje og spiserør	16.950	2	2
0322		Andre operationer på øre, næse, mund og hals	18.379	4	2
0323		Ondartede sygdomme i øre, næse, mund og hals inkl. strube, pat. mindst 18 år	26.253	6	3
0324		Svimmelhed	14.326	4	2
0325		Næseblødning	11.952	4	2
0326		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	18.775	9	3
0327		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	12.343	4	2
0328		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. 0-17 år	7.584	1	1
0329	*	<i>Luftrørskatar</i>	6.067	1	1
0330	*	<i>Næsetraume og næsedeformitet</i>	1.632	1	1
0331		Andre sygdomme i øre, næse, mund og hals	11.494	2	2
0332		Observation for ondartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	19.538	2	2
0333		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år	14.248	1	1
0334		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. 0-17 år	8.716	1	1
0335	*	<i>Tand- og mundhulesygdomme, ekskl. tandudtrækning</i>	2.165	4	2

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0401		Særligt store thoraxoperationer	304.466	43	14
0402		Større thoraxoperationer	100.118	14	7
0403		Torakoskopi	52.699	10	5
0404		Respiratorbehandling ved sygdomme i luftvejene	194.816	22	8
0405		NIV-behandling ved sygdomme i luftvejene	56.889	22	7
0406		Tilstand med transplanteret lunge med bronkoskopi	74.042	7	4
0407		Tilstand med transplanteret lunge uden bronkoskopi	26.687	3	3
0408	*	<i>Andre operationer på luftveje</i>	37.146	6	4
0409		Kompleks søvnudredning	25.427	1	1
0410	*	<i>Simpel søvnudredning</i>	1.350	2	1
0411		Søvnapnø	19.417	1	1
0412		Medicinske sygdomme i åndedrætsorganerne med dialyse	78.833	23	9
0413		Tuberkulose uden operation	50.432	31	9
0414		Lungeemboli	41.897	22	7
0415		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. mindst 65 år	43.831	21	8
0416		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. 0-64 år	41.231	19	6
0417		Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. rigid bronkoskopi, pat. mindst 18 år	22.027	3	3

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sangedage	Gns. liggetid 2011
0418	*	<i>Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. fleksibel bronkoskopi, pat. mindst 18 år</i>	34.791	3	3
0419		Svulster i luftveje, behandling uden komplikationer, pat. mindst 18 år	36.698	19	6
0420		Større thoraxskader, m. kompl. bidiag.	46.829	15	5
0421		Større thoraxskader, u. kompl. bidiag.	27.209	9	3
0422		Pleuritis exsudativa	28.972	14	5
0423		Lungeødem og respirationssvigt	33.162	16	6
0424		Obstruktive lungesygdomme, pat. mindst 60 år	26.637	14	4
0425		Obstruktive lungesygdomme, pat. 0-59 år	18.728	9	3
0426		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år, hæmatologiske patienter	54.008	14	7
0427		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år	37.150	16	7
0428		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år, hæmatologiske patienter	51.144	15	5
0429		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år	25.038	11	4
0430		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, m. kompl. bidiag.	28.543	9	3
0431		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, u. kompl. bidiag.	15.829	6	2
0432		Interstitielle lungesygdomme, udredning	43.311	6	5
0433		Interstitielle lungesygdomme	19.974	6	3
0434		Pneumothorax, m. kompl. bidiag.	45.906	18	7
0435		Pneumothorax, u. kompl. bidiag.	28.813	11	4
0436		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år, med højdosis immunglobulin behandling	57.585	4	13

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0437		Bronkit og astma, pat. 18-59 år, med højdosis immunglobulin behandling	29.212	1	1
0438		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år	19.864	9	3
0439		Bronkit og astma, pat. 0-17 år, komplicerede	29.660	12	4
0440		Bronkit og astma, pat. 0-59 år	11.368	4	2
0441		Symptomer fra luftveje	15.589	4	2
0442		Andre sygdomme i luftveje, udredning	28.806	4	2
0443		Andre sygdomme i luftveje	21.712	9	3
0444		Cystisk fibrose	37.199	9	4
0445		Observation for sygdom i åndedrætsorganerne	14.361	2	2

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0501		Indsættelse af mekanisk hjerte	1.630.877	65	32
0502		Hjertetransplantation	571.207	55	26
0503		Hjerteoperation med dialyse	721.773	61	26
0504		Hjerteoperation med implantation af ICD	425.233	47	19
0505		Sternuminfektion	458.313	80	-
0506		Medfødte hjertesygdomme med hjerteoperation	185.054	18	8
0507		Kombinerede hjerteoperationer	279.696	22	12
0508		Hjerteklap-operation, m. stentklap	268.966	15	10
0509		Perkutan indsættelse af mitralclip	231.564	12	6
0510		Hjerteklap-operation	227.085	20	11
0511		By-pass-operation	206.297	14	9
0512		Reoperationer efter hjerteoperation	259.825	42	20
0513		Andre hjerteoperationer	104.505	21	7
0514		Implantation af ICD med udvidelse af koronararterie	261.985	29	11
0515		Implantation af ICD	254.374	7	4
0516		Endovaskulær stentgraft	172.665	11	5
0517		Amputationer, m. cirkulationssvigt, ekskl. arme, hænder og tæer	119.985	50	19
0518		Amputationer, m. cirkulationssvigt, arme, hænder og tæer	51.942	25	8

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0519		Mindre operationer på kredsløbsorganerne	83.036	25	8
0520		Central karkirurgi med mors	60.454	2	2
0521		Større central karkirurgi	232.439	19	10
0522		Central karkirurgi	122.772	16	9
0523		Større perifer karkirurgi	110.197	19	10
0524		Perifer karkirurgi	64.519	11	5
0525		Mindre perifer karkirurgi	49.706	11	4
0526		Nyrearterieablation	59.366	2	1
0527	*	Endovaskulær behandling m. stent	55.130	1	-
0528	*	Endovaskulær behandling u. stent	46.294	4	2
0529	*	Anlæggelse af dialysefistel	16.306	4	12
0530	*	Varicebehandling, kompliceret	18.451	4	1
0531	*	Varicebehandling, ukompliceret	11.670	1	1
0532		Andre kredsløbsoperationer	84.277	24	8
0533	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. C	111.408	10	4
0534	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. B	57.590	6	2
0535	*	Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. A	24.137	11	4
0536		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation	19.451	11	4
0537	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. C	113.432	13	6

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0538	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. B	49.102	6	2
0539	*	Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. A	19.406	9	3
0540		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation	13.168	4	2
0541	*	Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C	49.153	1	1
0542	*	Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. A	10.599	1	1
0543		Stabil iskæmisk hjertesygdom/brystsmerter	10.969	2	2
0544	*	Hjertesvigt, herunder kardiogen shock, proceduregrp. C	147.002	9	4
0545	*	Hjertesvigt, herunder kardiogen shock, proceduregrp. B	80.136	10	5
0546	*	Hjertesvigt, herunder kardiogen shock, proceduregrp. A	24.703	6	3
0547		Hjertesvigt og shock	32.768	19	6
0548	*	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. B og/eller C	75.977	12	5
0549	*	Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. A	15.701	4	2
0550		Erhvervede hjerteklapsygdomme	25.400	14	4
0551	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. C	78.079	7	3
0552	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. B	53.955	4	2
0553	*	Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. A	47.678	9	3
0554		Medfødte hjertesygdomme	20.162	2	2
0555		Hjertearytmi og synkope, m. særlig ablation og computermapping	100.817	5	3

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0556	*	<i>Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C</i>	91.670	11	4
0557	*	<i>Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B</i>	60.222	6	3
0558	*	<i>Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. A</i>	17.457	6	3
0559		Hjertearytmi og synkope	13.035	4	2
0560	*	<i>Andre hjertesygdomme, proceduregrp. C</i>	90.686	17	7
0561	*	<i>Andre hjertesygdomme, proceduregrp. B</i>	39.871	4	2
0562	*	<i>Andre hjertesygdomme, proceduregrp. A</i>	14.709	2	2
0563		Andre hjertesygdomme	12.658	2	2
0564		Endocarditis	92.222	51	14
0565		Årebetændelse i de dybe vener	15.996	4	3
0566		Hypertension	15.331	6	2
0567		Perifer karsygdom	22.040	4	3
0568		Andre kredsløbsdiagnoser	13.365	37	11
0569		Rehabilitering efter hjertetilfælde	27.184	12	5
0570		Observation for sygdom i kredsløbsorganerne	8.861	1	1

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0601		Fistler til mave-tarmkanalen	163.488	78	26
0602		Bækkeneksenteration	189.921	32	15
0603		Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år	200.024	23	14
0604		Operation for multiple kræftknuder i bughinde, m. opvarmet kemoterapi, pat. mindst 18 år	220.511	17	15
0605		Sakral nervestimulation	111.141	6	2
0606		Operation på stimulationsystemer i nervesystemet	54.268	4	2
0607		Perkutan nerveevaluering	52.559	5	2
0608		Større operationer på tarm m. robot	132.380	28	-
0609		Større operationer på tyndtarm og tyktarm m. kompl. bidiag.	125.161	30	12
0610		Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.	104.507	25	12
0611		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning m. cancer	114.787	20	10
0612		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning u. cancer	93.172	18	8
0613		Operationer for sammenvoksninger i bughulen	75.102	21	8
0614		Øvrige indgreb på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. mindst 18 år	46.103	14	5
0615		Operationer på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. 0-17 år	27.088	4	3
0616		Fjernelse af blindtarm, kompliceret	34.596	10	4

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Gråzone Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0617		Fjernelse af blindtarm, ukompliceret	22.247	4	2
0618		Mindre operationer på tyndtarm og tyktarm	28.051	11	5
0619		Større operationer på anus og kunstige tarmåbninger	25.816	4	2
0620		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	37.857	7	4
0621		Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidiag.	20.843	4	2
0622		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.	36.762	7	4
0623	*	<i>Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidiag.</i>	8.783	4	2
0624	*	<i>Incisionel og andre hernier, laparoskopiske</i>	30.252	6	3
0625	*	<i>Umbilical, linea og alba hernier, laparoskopiske</i>	20.425	4	2
0626	*	<i>Ingvinal- og femoralhernier, laparoskopiske</i>	15.338	1	1
0627	*	<i>Større hernier, åben operation</i>	27.809	9	3
0628	*	<i>Mindre hernier, åben operation</i>	16.303	4	2
0629	*	<i>Perianale indgreb og operationer for sacralcyste</i>	21.184	4	2
0630		Andre operationer på fordøjelsesorganer m. kompl. bidiag.	55.404	11	5
0631		Andre operationer på fordøjelsesorganer u. kompl. bidiag.	42.239	9	4
0632		Medicinske sygdomme i fordøjelsesorganerne med dialyse	84.555	33	11
0633		Korttarmsyndrom	52.801	24	8

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0634		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne m. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	35.304	19	6
0635		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne u. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	27.391	9	4
0636		Mavesår, komplicerede	35.426	11	4
0637		Mavesår, ukomplicerede	22.898	9	4
0638		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	25.491	9	3
0639		Passagehindring i mavetarmkanal	24.362	9	4
0640		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	19.941	6	3
0641		Inflammatoriske tarmsygdomme	21.449	9	3
0642		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. 0-17 år	13.518	1	1
0643		Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	19.522	6	3
0644		Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	14.783	4	2
0645		Gastroenteritis infectiosa, pat. 0-17 år	8.962	1	1
0646		Betændelse i spiserør, mave og tarm i øvrigt, pat. 0-17 år	10.774	2	2
0647		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, pat. mindst 18 år	17.717	4	2
0648		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, ekskl. svulster, pat. 0-17 år	13.602	2	2
0649		Fødevareallergi	9.053	1	1
0650		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, m. endoskopi	24.442	9	3
0651		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, u. endoskopi	11.474	2	2

MDC-gruppe 07: Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal senedage	Gns. liggetid 2011
0701		Bugspytkirtel- og leveroperationer samt udredning for levertransplantati- on	156.562	23	11
0702		Dialyse, respiratorbehandling og/eller plasmaferease	233.810	43	16
0703		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, med ondar- tet svulst, pat. mindst 18 år	60.611	15	6
0704		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, uden ondar- tet svulst	39.323	14	5
0705		Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomy m. kompl. bidiag.	49.815	17	7
0706	*	<i>Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomy u. kompl. bidiag.</i>	45.233	17	6
0707		Fjernelse af galdeblære, åben kirurgi	63.092	13	6
0708	*	<i>Fjernelse af galdeblære, laparoskopi</i>	22.840	4	2
0709		Andre operationer på lever, galdeveje og bugspytkirtel	53.467	20	8
0710		Tilstand med transplanteret lever	65.076	14	5
0711		Kronisk leversygdom med hepatisk encephalopati og/eller hepatorenalt syndrom	51.867	22	8
0712		Kronisk leversygdom med gastrointestinal blødning og/eller ascites	24.239	9	4
0713		Kronisk leversygdom med andre, alkoholiske komplikationer	33.506	16	5
0714		Kronisk leversygdom uden komplikationer	22.811	11	4
0715		Akut infektiøs eller toksisk leversygdom	32.012	14	5
0716		Paracetamolforgiftning uden leverpåvirkning	15.129	4	2

MDC-gruppe 07: Sygdomme i lever, galdeveje og bugspytkirtel

(fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0717		Ondartet sygdomme i lever, galeveje og bugspytkirtel, pat. mindst 18 år	32.777	14	5
0718		Neoplasi (benign) eller cyster, pat. mindst 18 år	19.138	4	2
0719		Metabolisk leversygdom	16.476	2	2
0720		Sygdomme i bugspytkirtel, ekskl. ondartede sygdomme	30.352	12	5
0721		Komplicerede sygdomme i galdeveje	21.767	11	3
0722		Sygdomme i galdeveje, u. kompl. bidiag.	15.976	6	3
0723		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel m. endosko- pi	41.360	10	5
0724		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel u. endoskopi	20.040	6	3

MDC-gruppe 08: Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0801	*	Spondylodese, for+bag el. for int. fikst, m. særlig a-diag	231.676	32	14
0802	*	Spondylodese, for+bag, el. bag m. særlig a-diag	139.543	14	7
0803	*	Spondylodese, med fiksat	126.506	14	7
0804	*	Spondylodese, uden fiksat, og reoperationer	94.590	13	6
0805	*	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik	56.204	9	4
0806	*	Dekompression	53.861	6	3
0807	*	Diskusprolaps	35.013	6	2
0808	*	Perifer nerveoperation	7.272	2	2
0809	*	Infektionskirurgi, ryg/hals og underkstremitet, store led	146.351	53	22
0810	*	Infektionskirurgi, overkstremitet, store led, og ankel/fod	77.782	36	11
0811	*	Infektionskirurgi, håndled/hånd	46.695	12	5
0812	*	Amputation, ekskl. fingre og tæer	106.043	44	15
0813	*	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år	152.007	20	11
0814	*	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	60.106	15	7
0815	*	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	18.943	7	2
0816	*	Alloplastik, dobbelt, store led	105.557	8	5
0817	*	Alloplastik, dobbelt, hånd/fod	52.704	2	1
0818	*	Alloplastik, større revision, underkstremitet, store led	112.233	21	9

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0819	*	Alloplastik, ryg/hals	47.011	6	3
0820	*	Alloplastik, overekstremitet, store led	68.594	10	4
0821	*	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led	75.295	10	4
0822	*	Alloplastik, hånd/fod	20.010	2	2
0823	*	Frakturkirurgi, ryg/hals	93.270	18	9
0824	*	Frakturkirurgi, skulder/overarm	45.737	9	3
0825	*	Frakturkirurgi, albue/underarm	35.388	6	2
0826	*	Frakturkirurgi, håndled	31.043	6	2
0827	*	Frakturkirurgi, hånd	25.235	4	2
0828	*	Frakturkirurgi, eksterm fiksat, underekstremitet ekskl. fod	97.701	33	12
0829	*	Frakturkirurgi, intern fiksat, hofte	68.756	22	8
0830	*	Frakturkirurgi, intern fiksat, lår	85.652	23	9
0831	*	Frakturkirurgi, intern fiksat, knæ/underben	59.879	15	6
0832	*	Frakturkirurgi, intern fiksat, ankel	47.686	10	4
0833	*	Frakturkirurgi, fod	32.166	6	3
0834	*	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led	21.553	1	1
0835	*	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led	38.378	9	4
0836	*	Reposition, øvrige	17.546	2	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0837	*	Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ	32.316	4	1
0838	*	Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	19.584	4	2
0839	*	Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår	61.690	11	5
0840	*	Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	30.292	6	2
0841	*	Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig	35.037	6	3
0842	*	Rekonstruktion, overekstremitet, store led	20.577	1	1
0843	*	Rekonstruktion, underekstremitet, store led	15.444	1	1
0844	*	Rekonstruktion, hånd/fod	13.733	2	2
0845	*	Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	32.055	6	3
0846	*	Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led	67.077	13	8
0847	*	Artrodese, hånd/fod	17.688	4	2
0848	*	Artrodese, ankel	29.258	9	4
0849	*	Fjernelse af fikationsudstyr, implantat mm., ryg/hals	38.396	7	3
0850	*	Fjernelse af fikationsudstyr, implantat mm., hofte/lår	28.493	4	3
0851	*	Fjernelse af fikationsudstyr, implantat mm., øvrige	8.874	2	2
0852	*	Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	15.133	1	1
0853	*	Endoskopi/artroskopi, hofte	19.600	1	1
0854	*	Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	17.753	4	4

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0855	*	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	10.582	1	1
0856	*	Endoskopi/artroskopi, øvrige	10.598	1	1
0857	*	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	10.336	1	1
0858	*	Sene, muskel, fascie, øvrige	19.396	4	2
0859	*	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	8.954	1	1
0860	*	Mindre knogleoperationer, øvrige	15.830	4	2
0861	*	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	7.698	2	2
0862	*	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	19.210	2	2
0863	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	53.769	11	6
0864	*	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	22.609	4	2
0865	*	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	11.771	4	2
0866	*	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	31.815	11	5
0867	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	14.510	4	3
0868		Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med plasmaferese	153.158	43	23
0869		Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med dialyse	202.058	57	16
0870		Konservativt behandlet brud i bækken og lår	29.631	14	5
0871		Konservativt behandlet patologisk fraktur	23.361	9	4
0872		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. mindst 18 år	14.870	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0873		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. 0-17 år	9.239	1	1
0874		Kompliceret behandling af inflammatorisk reumatisk sygdom	56.569	2	2
0875		Deformerende rygsygdomme	23.510	9	3
0876		Slidgigt i hofte eller knæ	12.882	4	2
0877		Infektioner i led og knogler	57.139	30	10
0878		Inflammatoriske artrittr, pat. mindst 16 år, med komplikationer	45.265	17	7
0879		Inflammatoriske artrittr, pat. mindst 16 år, uden komplikationer	24.552	14	4
0880		Inflammatoriske artrittr, pat. 0-15 år	12.486	2	2
0881		Generaliserede bindevævssygdomme	33.142	16	6
0882		Infektioner i muskler og bløddele	36.921	16	6
0883		Degenerative rygsygdomme og andre ryglidelser	18.486	6	3
0884		Reumatologiske sygdomme i bløddele	10.359	2	2
0885		Medicinske sygdomme i ryggen	21.847	9	4
0886		Øvrige sygdomme i knogler og led	13.115	2	2
0887		Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	22.724	9	3
0888		Andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	18.774	6	3
0889		Observation eller udredning for andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	14.972	2	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
0901		Mastektomi med rekonstruktion med stillet lap og dobbeltsidig mastektomi med protese	66.250	13	7
0902	*	Segmentresektion af bryst med onkoplastisk rekonstruktion og/el. kontra-lateral korrektion og enkeltsidig	43.428	4	2
0903	*	Stor mammakirurgisk operation	35.911	4	2
0904	*	Mellemstor mammakirurgisk operation	23.490	4	2
0905	*	Lille mammakirurgisk operation	13.845	1	1
0906		Enkeltsidig mammaoperation med onkoplastik	53.146	4	2
0907		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stillet muskellap, dobbelt	138.107	16	-
0908		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stillet muskellap, enkelt	93.913	20	-
0909		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, dobbelt	62.509	12	6
0910		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, enkelt	52.493	17	6
0911		Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse	41.487	11	7
0912		Hudtransplantation og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse	28.337	4	3
0913		Body lift efter stort vægttab	134.767	9	-
0914		Plastikkirurgi efter stort vægttab	43.124	4	2
0915		Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma	35.666	9	3

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sangedage	Gns. liggetid 2011
0916		Andre operationer på hud, underhud og mamma, m. kompl. bidiag.	70.778	26	10
0917		Andre operationer på hud, underhud og mamma, u. kompl. bidiag.	27.860	4	3
0918		Medicinske sygdomme i hud, underhud og mamma med dialyse	85.386	28	13
0919		Moderat hudsygdom m. kompl. bidiag. el. svær hudsygdom	42.124	19	6
0920		Lettere hudsygdom m. kompl. bidiag.	27.908	9	4
0921		Lettere eller moderat hudsygdom, u. kompl. bidiag.	16.641	2	2
0922		Infektioner i hud og underhud, pat. mindst 18 år	24.800	9	3
0923		Infektioner i hud og underhud, pat. 0-17 år	17.209	4	2
0924		Kroniske sår i huden	37.900	9	4
0925		Hudtraumer	17.409	4	3
0926		Mammacancer	26.204	6	3
0927		Observation for sygdom i hud, underhud eller mamma	16.325	2	2

MDC-gruppe 10: Endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Triompkt. antal sangedage	Gns. liggetid 2011
1001		Amputationer af underekstremiteter, m. stofskiftesygdom	130.242	46	18
1002		Operationer på binyrer og hypofyse	90.991	12	6
1003		Hudtransplantation og sårrevision ved stofskiftesygdomme	96.182	16	10
1004		Operationer for adipositas	45.283	4	2
1005		Operationer på biskjoldbruskkirtelen	34.047	4	2
1006		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ondartet sygdom, kompliceret	54.419	8	4
1007		Operationer på skjoldbruskkirtelen, godartet sygdom, kompliceret	42.881	7	3
1008		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ukompliceret	25.900	4	2
1009		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, m. kompl. bidiag.	87.678	22	12
1010		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.	42.330	6	2
1011		Struma og stofskiftesygdomme	18.393	4	3
1012		Knoglemetaboliske- og kalksygdomme	35.004	21	6
1013		Diabetes mellitus	24.751	14	4
1014		Ernærings- og diverse metaboliske sygdomme	27.064	6	3
1015		Hypofyse-, binyre-, gonade- og andre endokrine sygdomme	18.234	6	3
1016		Andre ernærings- og stofskiftesygdomme	23.636	11	4
1017		Medicinske endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme med dialyse	91.302	20	9
1018		Observation for endokrine sygdomme	9.442	1	1

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1101		Nyretransplantation, kompliceret	542.665	46	23
1102		Nyretransplantation	192.905	32	17
1103		Cystektomi, m. robot, m. ondartet sygdom	222.675	41	-
1104		Større blæreoperationer, m. ondartet sygdom	182.496	22	13
1105		Større blæreoperationer, m. godartet sygdom	119.314	23	10
1106		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	105.333	7	-
1107		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	74.577	11	5
1108		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom, m. robot	94.514	5	-
1109		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	54.536	17	7
1110		Prostatektomi, m. robot, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	106.162	4	-
1111		Åbne operationer på prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	65.401	9	3
1112	*	Større operationer i retroperitoneum/det lille bækken	40.154	6	3
1113		Åbne operationer på prostata, godartet sygdom	44.051	22	7
1114		Operation for hypospadi	48.181	7	4
1115	*	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum og blåt lys	28.635	4	-
1116	*	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum eller blåt lys	23.906	4	2

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1117		Mindre operationer på blære	41.971	15	6
1118	*	Operationer på urinrør, pat. 0-15 år	35.704	6	3
1119	*	Operationer på urinrør, pat. mindst 16 år	36.552	6	2
1120	*	Operationer gennem urinrør på øvre urinveje	24.329	6	2
1121	*	Operationer gennem urinrør på prostata	23.590	6	3
1122	*	Operationer gennem urinrør på nedre urinveje	19.551	4	2
1123	*	Cystoskopi, m. blåt lys	14.621	4	-
1124	*	Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation	5.016	4	2
1125		Andre operationer på nyrer og urinveje	45.362	16	6
1126		Akutte medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	172.518	46	17
1127		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	65.041	21	7
1128		Akutte medicinske nyresygdomme uden dialyse og uden plasmaferese	42.441	20	7
1129		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme uden dialyse	25.835	11	4
1130		Truende afstødning af transplanteret nyre	57.025	15	6
1131		Svulster i nyre og urinveje, med ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	23.821	9	4
1132		Svulster i nyre og urinvej, uden ondartet sygdom	16.409	4	2
1133		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-1 år, komplicerede	28.543	10	4
1134		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-15 år, øvrige	16.606	6	2

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1135		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. mindst 16 år	23.934	11	4
1136		Sten i urinveje	11.785	1	1
1137		Symptomer fra nyrer og urinveje, abnorme fund	10.567	2	2
1138		Sygdomme i prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	22.813	11	4
1139		Sygdomme i prostata, godartet sygdom	12.147	6	2
1140	*	<i>Urinvejsforsnævring</i>	2.433	2	2
1141	*	<i>Incision på/og laser behandling af prostata</i>	15.014	4	2
1142		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. mindst 16 år	16.500	4	2
1143		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. 0-15 år	14.041	1	1
1144	*	<i>Andre symptomer fra nyrer og urinveje</i>	3.324	4	2
1145		Observation for nyre- eller urinvejssygdomme	11.365	2	2

MDC-gruppe 12: Sygdomme i mandlige kønsorganer

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1201		Operationer på penis, kompliceret, m. ondartet sygdom	61 990	12	5
1202	*	Operationer på penis, kompliceret, u. ondartet sygdom	23.637	4	2
1203	*	Operationer på penis, ukompliceret	8.072	1	1
1204	*	Operationer på scrotalindhold, m. ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	21.000	4	2
1205	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. 0-15 år	20.948	1	1
1206	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. mindst 16 år	11.458	4	2
1207	*	Andre operationer på mandlige kønsorganer	10.477	11	4
1208	*	Ondartede sygdomme på mandlige kønsorganer	2.332	2	2
1209	*	Betændelse i mandlige kønsorganer	4.265	2	2
1210	*	Andre sygdomme el. mistanke om sygdom i mandlige kønsorganer	1.719	1	1

MDC-gruppe 13: Sygdomme i kvindelige kønsorganer

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1301	*	<i>Aborter efter 13 uger</i>	18.860	4	2
1302		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	106.447	10	-
1303		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, u. robot	69.001	13	6
1304		Meget komplicerede gynækologiske indgreb, m. robot	77.470	4	-
1305		Meget komplicerede gynækologiske indgreb, u. robot	42.509	6	3
1306	*	<i>Komplicerede gynækologiske indgreb</i>	36.780	5	2
1307	*	<i>Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidrag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år</i>	62.042	10	4
1308	*	<i>Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år</i>	95.624	7	-
1309	*	<i>Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år</i>	63.650	12	5
1310	*	<i>Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidrag.</i>	37.834	6	3
1311	*	<i>Standard gynækologisk indgreb</i>	36.049	6	3
1312	*	<i>Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år</i>	22.527	4	2
1313	*	<i>Enklere gynækologiske indgreb, m. kompl. bidrag.</i>	16.954	4	1
1314	*	<i>Enklere gynækologiske indgreb</i>	12.947	1	1

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1315	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidrag, ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	19.100	4	3
1316	*	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	15.659	2	2
1317	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidrag.	6.595	1	1
1318	*	Mindre gynækologiske indgreb	5.284	1	1
1319	*	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom	1.958	2	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1401		Indlæggelse i graviditeten	10.819	2	2
1402	*	<i>Intrauterine indgreb under graviditeten</i>	7.654	1	1
1403		Indlæggelse i graviditeten, fødsel før 28 uger	48.737	26	2
1404		Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	60.842	26	12
1405		Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, flegangsfødende	60.050	33	12
1406		Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	43.674	16	8
1407		Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, flegangsfødende	42.071	16	8
1408		Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	37.256	9	5
1409		Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, flegangsfødende	33.937	8	4
1410		Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit, m. akut kejsersnit	30.372	7	4
1411		Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	31.515	8	5
1412		Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, flegangsfødende	31.111	7	4
1413		Planlagt kejsersnit, førstegangsfødende	24.747	7	4
1414		Planlagt kejsersnit, flegangsfødende	22.576	5	3
1415		Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit	22.139	6	3
1416		Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, førstegangsfødende	39.719	16	8
1417		Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, flegangsfødende	36.645	12	5

**MDC-gruppe 14: Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab
(fortsat)**

Gruppe	Gråzone	Gråzone Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1418		Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	33.566	16	7
1419		Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	25.941	9	4
1420		Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	29.972	10	5
1421		Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	23.742	6	3
1422		Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, førstegangsfødende	30.011	8	4
1423		Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, flergangsfødende	24.667	6	2
1424		Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, førstegangsfødende	27.246	7	4
1425		Vaginal fødsel, m. instrumentel forløsning, flergangsfødende	24.167	6	2
1426		Igangsatt vaginal fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	30.169	8	-
1427		Igangsatt vaginal fødsel, m. epidural, flergangsfødende	24.476	6	-
1428		Igangsatt vaginal fødsel, førstegangsfødende	27.792	7	4
1429		Igangsatt vaginal fødsel, flergangsfødende	22.558	4	2
1430		Spontan fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	25.592	7	-
1431		Spontan fødsel, m. epidural, flergangsfødende	21.142	4	-
1432	*	<i>Spontan fødsel, førstegangsfødende</i>	23.253	5	3
1433	*	<i>Spontan fødsel, flergangsfødende</i>	18.790	1	1
1434		Indlæggelser i barselsperioden	17.017	6	3

MDC-gruppe 15: Sygdomme i perinatalperioden

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal senedage	Gns. liggetid 2011
1501		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, meget komplicerede	68.608	1	1
1502		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, moderat komplicerede	16.101	1	1
1503		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, ukomplicerede	7.803	1	1
1504		Mistanke om sygdomme i perinatalperioden	22.450	9	3
1505		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, meget komplicerede	500.446	163	47
1506		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, moderat komplicerede	277.026	142	41
1507		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, ukomplicerede	152.465	132	32
1508		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, meget komplicerede	256.549	96	28
1509		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, moderat komplicerede	160.863	78	25
1510		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, ukomplicerede	69.939	38	13
1511		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, m. ECMO-behandling	376.376	22	11
1512		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, meget komplicerede	173.522	37	18
1513		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, moderat komplicerede	39.635	17	6
1514		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, ukomplicerede	18.808	9	3
1515		Immaturitas/Praematuritas, pat. 28-120 dage	157.721	77	19
1516		Nyfødt med mindre problemer	10.762	6	2
1517		Raske nyfødt	-	0	-
1518		Andre sygdomme i perinatalperioden	23.968	4	3

MDC-gruppe 16: Sygdomme i blod og bloddannende organer

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1601		Fjernelse af milt	89.334	14	7
1602		Andre operationer ved sygdomme i blod eller bloddannende organer	26.593	4	2
1603		Antistofbehandling af sygdomme i blod og bloddannende organer	65.160	24	10
1604		Immunmodulerende behandling	65.619	9	4
1605	*	<i>Afareser</i>	11.080	2	2
1606		Ideopatiske knoglemarvsaplasier	30.440	3	3
1607		Sekundære og uspecifikke knoglemarvsaplasier	37.980	16	5
1608		Granulo- og trombocytopeni	45.886	15	6
1609		Hæmoglobinopati	11.687	1	1
1610		Hæmolytiske anæmier og anæmier forårsaget af enzymatiske forstyrrelser m.m.	28.103	14	4
1611		Trombotisk trombocytopeniske purpura	81.831	11	4
1612		Immunoglobulin mangel	12.741	3	3
1613		Svær immundefekt og aflejringssygdomme	23.545	10	4
1614		Koagulationsforstyrrelser	15.560	2	2
1615		Øvrige sygdomme i blod og bloddannende organer	17.963	6	3
1616		Mangelanæmier	51.893	28	11
1617		Observation for sygdom i blod og bloddannende organer	15.252	2	2

MDC-gruppe 17: Svulster i lymfatisk og bloddannende væv

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1701	*	<i>Mini-knoglemarvstransplantation</i>	454.906	52	25
1702		Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	132.375	41	13
1703		Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	73.145	18	8
1704		Kompleks svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi	273.071	62	17
1705		Kompleks svampebehandling	154.363	44	6
1706		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. mindst 18 år	121.095	47	15
1707		Basis svampebehandling, pat. mindst 18 år	78.820	27	8
1708		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, type 2	162.800	4	2
1709		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	46.460	16	6
1710		Biologisk modificerende stoffer på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	49.142	16	5
1711		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	66.583	15	6
1712		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	26.965	6	3
1713		Større operationer ved lymfom og leukæmi, pat. mindst 18 år	69.738	18	8
1714		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidrag.	163.983	41	12

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1715		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	54.101	14	6
1716		Større operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	59.625	15	6
1717		Mindre operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	32.410	6	3
1718		Operationer ved svulster i lymfatisk og bloddannende væv mm., pat. 0-17 år	54.439	11	5
1719		Svulster med aferesebehandling	35.895	9	3
1720		Malign hæmatologisk sygdom uden specifik behandling, pat. mindst 18 år	36.030	9	4
1721		Diagnostik ved ondartede sygdomme, pat. mindst 18 år	26.821	9	4
1722		Andre knoglemarvssygdomme	20.965	4	3
1723		Observation pga mistanke om malign hæmatologisk sygdom, pat. mindst 18 år	21.132	2	2

MDC-gruppe 18: Infektionssygdomme og parasitære sygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1801		Operationer ved infektioner eller parasitære sygdomme	85.944	28	10
1802		Infektionssygdomme eller parasitære sygdomme med dialyse	198.716	34	13
1803		Sepsis med hæmatologisk kompl. bidiag.	73.644	22	9
1804		Septisk chok	52.246	21	6
1805		Sepsis	43.789	18	8
1806		Postoperative og posttraumatiske infektioner, m. kompl. faktorer	32.882	16	6
1807		Postoperative og posttraumatiske infektioner, u. kompl. faktorer	25.587	11	4
1808		Feber af ukendt årsag, med biopsi og/eller scopi	62.549	24	9
1809		Feber af ukendt årsag, pat. mindst 18 år, uden biopsi og/eller scopi	25.501	9	3
1810		Virussygdomme, pat. mindst 18 år, m. kompl. faktorer	21.200	9	3
1811		Virussygdomme, pat. mindst 18 år, u. kompl. faktorer	15.959	4	2
1812		Virussygdomme og feber af ukendt årsag, pat. 0-17 år	8.864	1	1
1813		Andre infektioner eller parasitære sygdomme	33.391	19	6
1814		Observation for infektion eller parasitær sygdom	12.945	2	2

MDC-gruppe 19: Psykiatriske sygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
1901		Operationer på patienter hvor sindslidelse er hoveddiagnose	53.090	9	4
1902		Akutte tilpasningsvanskeligheder og psykosomatiske forstyrrelser	13.283	2	2
1903		Depressive neuroser	21.288	6	3
1904		Ikke-depressive neuroser	20.183	6	3
1905		Personlighedsforstyrrelser og adfærdsproblemer	38.465	16	8
1906		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. mindst 18 år	38.824	21	7
1907		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. 0-17 år	14.485	2	2
1908		Psykosser	18.749	4	2
1909		Sindslidelser hos børn	34.690	9	4
1910		Andre psykiske forstyrrelser	13.987	4	3
1911		Observation for en psykiatrisk sygdom	14.774	6	3

MDC-gruppe 20: Misbrug

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
2001		Alkohol- eller stofmisbrug eller afhængighed og afgiftning etc., m. kompl. bidiag.	15.346	4	2
2002		Alkohol- eller stofmisbrug eller afgiftning etc., u. kompl. bidiag.	9.941	2	2

MDC-gruppe 21: Ulykkestilfælde og forgiftninger

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
2101		Allergiske og allergi lignende reaktioner	8.975	1	1
2102		Komplikationer ved behandling, m. kompl. bidiag.	38.700	11	5
2103		Komplikationer ved behandling, u. kompl. bidiag.	18.294	4	2
2104		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.	18.067	4	2
2105		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, øvrige	10.292	1	1
2106		Sårbehandling efter skade	29.872	36	11
2107		Andre operationer efter skade, m. kompl. bidiag.	132.111	31	11
2108		Andre operationer efter skade, u. kompl. bidiag.	53.719	11	5
2109		Traumemodtagelse	20.560	4	-
2110		Traume	15.259	2	2
2111		Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger	12.484	2	2
2112		Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning	8.177	1	1
2113		Replantation	41.760	9	6

MDC-gruppe 22: Forbrændinger

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
2201		Forbrændinger, overført til anden akut enhed	51.218	6	3
2202		Forbrænding med exposure behandling	59.298	22	11
2203		Omfattende forbrænding uden operativ behandling	74.187	35	9
2204		Mindre omfattende forbrænding med sårrevision eller anden operation	106.589	46	15
2205	*	<i>Mindre omfattende forbrænding uden operativ behandling</i>	5.297	21	5

MDC-gruppe 23: Øvrige

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
2301		Operationer ved anden kontakårsag til sundhedsvæsenet	34.570	6	3
2302		Rehabilitering	83.856	41	17
2303		Symptomer og fund, m. kompl. bidiag.	30.693	16	5
2304		Symptomer og fund, u. kompl. bidiag.	13.558	2	2
2305		Efterbehandling	11.020	1	1
2306		Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	5.427	2	2

MDC-gruppe 24: Signifikant multitraume

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
2401		Kranieoperation ved svært multitraume	470.603	55	20
2402		Påsætning af lemmer, hofte- og lårbensoperation ved svært multitraume	227.426	30	15
2403		Andre operationer ved svært multitraume	256.106	38	14
2404		Andet svært multitraume	78.098	19	6

MDC-gruppe 25: HIV-infektion

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
2501		HIV med betydelig HIV relateret sygdom	61.974	25	8
2502		HIV med eller uden bidiagnose	39.246	16	6

Uden for MDC-grupper

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sangedage	Gns. liggetid 2011
2601		Større operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	41.129	11	5
2602		Ikke grupperbar pga. manglende oplysninger	5.427	4	2
2603		Mindre operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen	24.296	11	5
2604		Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, almindeligt forløb	767.490	184	84
2605		Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, afklaringsforløb	311.865	120	40
2606		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, almindeligt forløb	531.016	141	69
2607		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, afklarings- og/eller udslusningsforløb	96.930	91	28
2608		Intensiv neurorehabilitering, kontrolindlæggelse	9.569	1	1
2609		Neurorehabilitering	126.141	51	20
2610		Levertransplantation	917.256	56	29
2611		Lungetransplantation	655.130	48	30
2612		Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt	763.678	82	33
2613		Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer	450.534	67	25
2614		Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ	279.585	43	18
2615		Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer	233.893	43	17
2616		Neurokirurgi for epilepsi med elektrokortikografi	174.615	9	8
2617		Neurokirurgi for parkinson, dystoni og epilepsi	203.394	21	10

Uden for MDC-grupper (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
2618		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, kompliceret	188.847	11	4
2619		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, moderat kompliceret	68.566	6	4
2620		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, ukompliceret	61.117	4	3
2621		Kraniekirurgi og kranioplastik, kompliceret	108.856	17	7
2622		Vaskulærkirurgi, kompliceret	238.275	26	9
2623		Kranie- og vaskulærkirurgi, ukompliceret	128.940	14	8
2624		Traumekirurgi	140.323	15	7
2625		Hydrocephalus	108.861	17	7
2626		Spinalkirurgi	548.351	76	35
2627		Allogen stamcelletransplantation, pat. mindst 18 år	530.949	68	39
2628		Allogen stamcelletransplantation, pat. 0-17 år	1.321.634	59	45
2629		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. mindst 18 år	133.003	26	12
2630		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. 0-17 år	186.772	14	7
2631		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	167.471	39	22
2632		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. 0-17 år	151.592	52	26
2633		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år	80.921	6	3
2634		Basis svampebehandling, pat. 0-17 år	25.780	2	2
2635		Større operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	100.577	16	8
2636		Mindre operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år	34.140	4	2

Uden for MDC-grupper (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2011
2637		Svulster uden specifik behandling, pat. 0-17 år	16.562	2	2
2638		Kontrolundersøgelse efter behandling for ondartet svulst, pat. 0-17 år	14.360	1	1
2639		Observation pga. mistanke om ondartet svulst, pat. 0-17 år	22.387	2	2
2640		Observation pga mistanke om fysisk overgreb, pat. 0-17 år	21.251	2	2
2641	*	<i>Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år</i>	2.191	1	1
2642		Multipatologi og svær funktionsnedsættelse	110.559	59	22
2643		Multipatologi og moderat funktionsnedsættelse	106.430	44	18
2644		Multipatologi og let funktionsnedsættelse	86.231	35	15
2645		Plastikkirurgisk dækning af større overfladedefekter	190.732	91	-
2646		Plastikkirurgisk dækning af tryksår hos rygmarvsskadede	196.497	44	22
2647		Rekonstruktion med stilkede lapper	148.455	52	18
2648		Rekonstruktion med frie vaskulariserede lapper	196.034	28	13
2649		Mindre plastikkirurgiske rekonstruktioner	60.154	31	12
2650		Respiratorbehandling ved langvarig kronisk respirationsinsufficiens	393.974	47	30
2651		Specialiseret palliativ indsats	106.924	36	11
2652		Udvidet epilepsikirurgi med mapping	598.922	20	-
2653		Udvidet epilepsikirurgi	296.746	16	8
2654		Behandling af rygmarvsskadedet, højt specialiseret, central enhed, nyttilskadekommen	402.740	174	-

Uden for MDC-grupper (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sen- gedage	Gns. ligge- tid 2011
2655		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, kompli- kationsindlæggelse	180.612	64	32
2656		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, vurde- ring/kort forløb	17.192	2	1
2657		Hjernerød i henhold til Sundhedsloven	37.732	2	1

Onkologiske behandlingsgrupper

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sangedage	Gns. liggetid 2011
2701	*	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling	102.656	49	15
2702		Strålebehandling, kompleks, 3-4 fraktioner	28.377	7	4
2703	*	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner	6.030	6	2
2704	*	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion	3.744	1	1
2705		Strålebehandling, konventionel, mindst 5 fraktioner	61.654	28	12
2706		Strålebehandling, konventionel, 3-4 fraktioner	21.565	19	8
2707	*	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner	4.631	7	4
2708	*	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion	2.381	4	3
2709		Isototerapi	50.266	3	3
2710	*	Stereotaksi	15.676	45	13
2711		Brachyterapi	29.292	2	2
2712	*	Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	10.198	14	5
2713	*	Stråleplanlægning, kompleks	9.189	11	4
2714	*	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	10.075	10	4
2715	*	Stråleplanlægning, konventionel	6.768	7	3
2716		Kemoterapi, med komplicerende aktionsdiagnose	106.297	34	13
2717		Kemoterapi, højdosis	34.908	5	3

Onkologiske behandlingsgrupper

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sangedage	Gns. liggetid 2011
2718		Kemoterapi, kompleks med antistofbehandling	31.586	1	1
2719	*	<i>Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)</i>	22.570	6	4
2720		Kemoterapi, kompleks	17.342	2	2
2721		Kemoterapi, basis med antistofbehandling	23.792	1	1
2722	*	<i>Kemoterapi, basis, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)</i>	19.439	1	1
2723		Kemoterapi, basis	8.807	4	2
2724		Biologiske modificerende stoffer	38.876	11	3
2725		Antistofbehandling	12.755	1	1

Bilag 4. Ambulante takster

B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2013

Takster for besøgsgrupeer mv.

Gruppe	Tekst	Takst
BG50A	Ambulant besøg, pat. mindst 7 år	864
BG50B	Ambulant besøg, pat. 0-6 år	1.297
BG50C	Ambulant besøg, med journaloptagelse	1.535
BG50D	Skadestue	739
BG50E	Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg	2.311
BG50F	Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg, jordemoder	1.058
BG50G	Ambulant substitutionstakst, telemedicin	433
BG50H	Telefon- og e-mail-konsultation, samt skriftlig kommunikation ved prøvesvar	160

Takster for diagnosegrupper (ekskl. ambulant besøg)

Gruppe	Tekst	Takst
DG30A	Medfødte stofskiftesygdomme	7.735
DG30B	Kraniofaciale misdannelser	7.156
DG30C	Pubertetsforstyrrelser, komplicerede	1.835
DG30D	Sjældne handikap	2.035
DG30E	Vækstforstyrrelser, komplicerede	4.814
DG30F	Endokrinologi, sjældne sygdomme	2.801
DG30G	Endokrinologi	737
DG30H	Respirationsinsufficiens, kronisk	3.200
DG30I	Palliativ indsats, specialiseret	2.860
DG30J	HIV-infektion	5.849
DG30K	Tilstand med transplanteret væv - hæmatologi	4.890
DG30L	Cancer	1.148
DG30M	Neurologi	1.638
DG30N	Spiseforstyrrelser	768
DG30O	Alkohol- og stofmisbrug	1.200
DG30P	Somatoforme tilstande	240
DG30Q	Ryglidelser, komplicerede	2.879
DG30R	Reumatologi	1.144
DG30S	Audiologi	301
DG30T	Smertetilstande, kroniske, komplicerede	1.328
DG30U	Smertetilstande, kroniske, ukomplicerede	931

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

Gruppe	Tekst	Takst
PG01A	Plastikkirurgisk rekonstruktion	12.557
PG01B	Hudoperation, kompliceret	5.522
PG01C	Hudoperation, ukompliceret	2.051
PG01D	Biopsi og væskeudsugning, overfladisk	2.090
PG01E	Nålebiopsi med ultralyd, overfladisk	2.094
PG01F	Nålebiopsi uden ultralyd, overfladisk	1.501
PG01G	Sutur og sårbehandling	2.529
PG01H	Excision og biopsi, ukompliceret	2.158
PG01I	Incision og punktur	1.523
PG01J	Dermatologisk procedure	1.743

02: Muskelsystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG02A	Anlæggelse af skinne, individuelt fremstillet bandage	25.772
PG02B	Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket re-position	1.689
PG02C	Procedure i muskel el. skelet, kompliceret	9.917
PG02D	Procedure i muskel el. skelet, ukompliceret	3.656
PG02E	Bevægelseslaboratorieundersøgelse	2.297

03: Åndedrætssystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG03A	Luftvejsendoskopi, kompliceret	7.574
PG03B	Væskeudtømmelse fra pleura	2.847
PG03C	Hyberbar iltbehandling	610

04: Hjerte-, kar- og lymfesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG04A	Operation på kar el. lymfesystem	3.615
PG04B	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem med ultralyd	3.597
PG04C	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem uden ultralyd	3.003
PG04D	Udskiftning af cardioverter-defibrillator (ICD)	101.888
PG04E	Kardiologisk proceduregruppe A-C	2.167
PG04F	Kardiologisk undersøgelse, kompliceret	1.693
PG04G	Kardiologisk undersøgelse, udvidet	1.205
PG04H	Kardiologisk undersøgelse, almindelig	1.040

05: Fordøjelsessystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG05A	Indsættelse af metalstents og kapselenteroskopi	14.392
PG05B	Koloskopi, sigmoidoskopi, ERCP el. endoskopi i nedre mave-tarmregion, kompliceret	3.785
PG05C	Koloskopi, sigmoidoskopi el. endoskopi i nedre mavetarmregion, ukompliceret	3.280
PG05D	Brokoperation	7.691
PG05E	Operation i anus el. rectum	3.772

PG05F	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	2.815
PG05G	Rektoskopi	719

06: Urinveje

Gruppe	Tekst	Takst
PG06A	Forberedelse til nyretransplantation, plasmaferese med immun-adsorption	32.368
PG06B	Cystoskopi, kompliceret, el. urinrørsoperationer el. punktur af prostata	5.404
PG06C	Cystoskopi, ukompliceret, el. mindre urologisk operation	2.336
PG06D	Stenknusning ved trykbølge (ESWL)	5.392
PG06E	Instillation af cytotstatikum i blæren	911
PG06F	Indlæggelse af kateter el. anden ukompliceret procedure i urinveje	784

07: Mandlige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG07A	Sædoprensning	49.628
PG07B	Sterilisation el. anden operation på mandlige kønsorganer	5.237
PG07C	Andrologisk og hypogonadisme udredning, komplet	1.851
PG07D	Gynækomastisk udredning, pat. mindst 15 år	1.689

08: Kvindelige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG08A	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller med vævstypebestemmelse	84.620
PG08B	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller	24.014
PG08C	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI ved kompliceret infektion	22.694
PG08D	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI, ægudtagning el. ægoplægning	2.789
PG08E	Fostervandsprøve el. moderkagebiopsi, flerfoldsgraviditet	17.024
PG08F	Fostervandsprøve og moderkagebiopsi	8.513
PG08G ¹³	Jordemoderkonsultation, akut, graviditet	621
PG08H	Jordemoderkonsultation, udvidet	476
PG08I	Jordemoderkonsultation, basis	330
PG08J	Særlige ydelser i forbindelse med graviditet incl. fødselsforberedelse	330

09: Nervesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG09A	Fjernelse el. behandling af nerve	7.154
PG09B	Neurorehabilitering og rygmarvsskader	3.936
PG09C	Kontrol af baklofenpumpe	2.712

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

10: Øre, næse og hals

Gruppe	Tekst	Takst
PG10A	Procedure på kæbe	12.546
PG10B	Påsætning af kunstig ansigtsdel	9.636
PG10C	Tandbehandling, svær	6.986
PG10D	Tandbehandling, middel	5.142
PG10E	Tandbehandling, let	2.884
PG10F	Procedure på øre, næse el. hals, kompliceret	3.216
PG10G	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	1.763
PG10H	Rhinoskopier	3.237
PG10I	Faryngoskopier	1.754
PG10J	Laryngoskopier	1.999
PG10K	Cochleart implantat	2.307
PG10L	Audiologisk udredning, diagnostiske procedurer, pat. 0-2 år	10.807
PG10M	Audiologisk udredning, øvrige, pat. mindst 90 dage	2.931
PG10N	Audiometri	1.396
PG10O ¹⁴	Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage	379

11: Medicinsk behandling

Gruppe	Tekst	Takst
PG11A	Medicin-behandling, grp. 1	101.205
PG11B	Medicin-behandling, grp. 2	52.967
PG11C	Medicin-behandling, grp. 3	31.686
PG11D	Medicin-behandling, grp. 4	18.917
PG11E	Medicin-behandling, grp. 5	11.823
PG11F	Medicin-behandling, grp. 6	8.040
PG11G	Medicin-behandling, grp. 7	5.203
PG11H	Medicin-behandling, grp. 8	2.838
PG11I	Medicin-behandling, grp. 9	1.420
PG11J	Medicin-behandling, grp. 10	638

12: Diverse behandlinger

Gruppe	Tekst	Takst
PG12A	Kemoterapi, højdosis	31.064
PG12B	Kemoterapi, kompliceret og antistofbehandling	28.026
PG12C	Kemoterapi, kompliceret	14.977
PG12D	Kemoterapi, basis og antistofbehandling	20.898
PG12E	Kemoterapi, basis	7.191
PG12F	Konditionering til minitransplantation	23.766
PG12G	Isotoperapi	45.110
PG12H	Biologisk modificerende stof	34.693
PG12I	Svampebehandling, kompleks	18.422
PG12J	Antistof, behandling	10.802
PG12K	Brachyterapi	25.928
PG12L	Transfusion af plasma og/eller behandlet blod	5.534
PG12M	Transfusion af blod, øvrig	2.747
PG12N	Plasmaferese	9.322

¹⁴ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG10O, Neonatal hørescreening

PG12O	Kontrol ved hjemme-hæmodialyse	26.767
PG12P	Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse	25.182
PG12Q	Peritonealdialyse, m. oplæring	4.987
PG12R	Peritonealdialyse	2.014
PG12S	Dialyse, øvrige	2.537
PG12T	Insulinpumpe, behandling	4.241
PG12U	Botulinumtoksin, injektion	4.192
PG12V	Immunmodulerende behandling	6.010

13: Diverse procedurer og undersøgelser

Gruppe	Tekst	Takst
PG13A	Udtagning af knoglemarv til diagnostisk undersøgelse	7.774
PG13B	Laparoskopi, diverse procedurer	3.847
PG13C	Geriatrici, udredning	3.769
PG13D	Geriatrici, behandling	1.796
PG13E	Allergologisk undersøgelse/behandling, kompliceret	4.650
PG13F	Allergologisk undersøgelse/behandling, ukompliceret	967
PG13G	Diættevejledning	544
PG13H	Neuropsykologisk undersøgelse, udvidet	2.626
PG13I	Hjælpeprocedure, ukompliceret	1.187
PG13J	Urodynamisk undersøgelse, udvidet	2.712
PG13K	Urodynamisk undersøgelse, almindelig	1.251
PG13L	Anlæggelse af peritonealdialysekateter	926
PG13M	Endokrinologisk procedure, kompliceret	1.787
PG13N	Øjenundersøgelse, større	988
PG13O	Øjenundersøgelse, mindre	461

14: Radiologiske procedurer

Gruppe	Tekst	Takst
PG14A	MR-scanning, kompliceret, m. generel anæstesi	9.762
PG14B	MR-scanning, kompliceret	3.840
PG14C	MR-scanning, ukompliceret	2.882
PG14D	CT-scanning af hjertet med angiografi	3.212
PG14E	CT-scanning, kompliceret	2.142
PG14F	CT-scanning, ukompliceret, el. osteodensitometri	1.184
PG14G	UL-scanning, meget kompliceret, flerfoldsvangerskab	5.916
PG14H	UL-scanning, meget kompliceret	2.084
PG14I	UL-scanning, kompliceret	1.365
PG14J	UL-scanning, ukompliceret	647
PG14K	Angiografi	8.284
PG14L ¹⁵	Mammografi, kompliceret	1.277
PG14M	Mammografi, ukompliceret	367
PG14N	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, kompliceret	1.416
PG14O	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, ukompliceret	984
PG14P	Røntgenundersøgelse (alm), kompliceret	941
PG14Q	Røntgenundersøgelse (alm), ukompliceret	567

¹⁵ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG14L Mammografi, kompliceret og PG14 Mammografi, ukompliceret.

15: Arbejdsmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG15A	Arbejdsmedicin grp. 1	9.388
PG15B	Arbejdsmedicin grp. 2	15.669
PG15C	Arbejdsmedicin grp. 3	18.768

16: Klinisk genetik

Gruppe	Tekst	Takst
PG16A	Genetisk risikovurdering og rådgivning med gentagen udredning og samtale	5.685
PG16B	Genetisk risikovurdering og rådgivning med udredning	4.397
PG16C	Genetisk risikovurdering og rådgivning	4.105
PG16D	Stamtræsoptegnelse	6.032

17: Klinisk fysiologi/nuklearmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG17A	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. A	26.010
PG17B	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. B	14.551
PG17C	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. C	11.110
PG17D	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. D	7.665
PG17E	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. E	5.667
PG17F	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. F	3.766
PG17G	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. G	1.994
PG17H	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. H	1.594
PG17I ¹⁶	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I	187

18: Klinisk neurofysiologi

Gruppe	Tekst	Takst
PG18A	Klinisk neurofysiologi grp. 1	2.617
PG18B	Klinisk neurofysiologi grp. 2	4.085
PG18C	Klinisk neurofysiologi grp. 3	5.085

Telemedicinske ydelser

Gruppe	Tekst	Takst
ST01A	Fødsel, hjemme	16.130
ST01B	Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg	5.781
ST01C	Geriatrici, udredning, hjemmebesøg	3.769
ST01D	Geriatrici, behandling, hjemmebesøg	1.796
ST01E	Lungefunktionsundersøgelse, m. reversibilitetstest, telemedicin	1.994
ST01F	Lungefunktionsundersøgelse, telemedicin	1.385
ST01G	Pacemaker-kontrol, telemedicin	1.040
ST01H	AK-behandling, telemedicin	262

¹⁶ Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG17L, Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I.

Sammedagspakker¹⁷

Gruppe	Tekst	Takst
SP02A	Sammedagspakke: Rygmarvsskader	4.559
SP02B	Sammedagspakke: Ryglidelser	2.521
SP03A	Sammedagspakke: Lungesygdomme, udredning	4.332
SP04A	Sammedagspakke: Atrieflimren	3.110
SP04B	Sammedagspakke: Blodprop i hjernen, udredning	5.199
SP05A	Sammedagspakke: Gastroskopi og koloskopi/sigmoideoskopi	4.640
SP06A	Sammedagspakke: Cystoskopi med flowundersøgelse og ultralyd	6.328
SP06B	Sammedagspakke: Cystoskopi med flowundersøgelse	5.673
SP08A	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation med UL-scanning, meget kompl.	2.413
SP08B	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation, med UL, kompl. el. ukompl.	1.335
SP08C	Sammedagspakke: Svangrekontrol og Jordemoderkonsultation	330
SP10A	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl.	8.194
SP10B	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl. + ukompl.	6.741
SP10C	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, ukompl.	5.287
SP10D	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. mindst 18 år	1.282
SP10E	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. 0-17 år	2.241
SP10F	Sammedagspakke: Svimmelhed, udredning	9.696
SP12A	Sammedagspakke: Tværfaglig artritinformation	3.429
SP12B	Sammedagspakke: Endokrinologisk statuspakke	5.489
SP12C	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog, pat. i dialyse	4.136
SP12D	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog	1.600
SP13A	Sammedagspakke: Anæstesiologisk-allergologisk udredning	14.471
SP13B	Sammedagspakke: Allergologiske procedurer/behandling	6.381
SP13C	Sammedagspakke: Fostermisdannelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve	10.596
SP13D	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning	3.785
SP13E	Sammedagspakke: Injektion, angiostatisk lægemiddel, m. øjenundersøgelse	8.322
SP13F	Sammedagspakke: Injektion, øvrige lægemidler, m. øjenundersøgelse	3.236
SP13G	Sammedagspakke: Laserbehandling, m. øjenundersøgelse	1.942
SP13H	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere større	1.850
SP13I	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, større + mindre	1.386
SP13J	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere mindre	925
SP14A	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + kompl.	3.449
SP14B	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + ukompl.	2.731
SP14C	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, kompl. + ukompl.	2.012

¹⁷ Takster for sammedagspakker er eksklusiv et ambulant besøg.

B4.2. Særydelsesliste

Ydelsestype

Gruppe	Tekst	Takst
SYD01	Behandlingshjælpemidler for mere end 793 kr. ¹⁸	Kostpris
SYD02	Høreapparater ¹⁹	Kostpris
SYD03	Medicin for mere end 793 kr. pr. dag ²⁰⁻²¹	Kostpris

¹⁸ Det vil eksempelvis sige korset, karkirurgiske stents og implantater m.v. Overstiger den samlede kostpris 793 kr., kan det fulde beløb opkræves. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat.

¹⁹ Der ydes støtte til høreapparater i henhold til regler i den sociale lovgivning.

²⁰ 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).

²¹ Udlevering af medicin til ikke-indlagte patienter til en periode betragtes afregningsteknisk som én udlevering, som derfor relateres til én dag. Overstiger den samlede udgift til udlevering af medicin på denne måde 793 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 2013.

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. Grupperingsloikken 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 fratrukket omkostninger til overhead fra sygehuset, samt omkostninger til forskning og uddannelse af studerende. Videreuddannelse af personale i form af kurser mv. er indregnet i taksterne.

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

Takster for stationær genoptræning 2013

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1S	Genoptræningsgruppe 1, stationær	862
GEN2S	Genoptræningsgruppe 2, stationær	1.827
GEN3S	Genoptræningsgruppe 3, stationær	3.525
GEN4S	Genoptræningsgruppe 4, stationær	4.872
GEN5S	Genoptræningsgruppe 5, stationær	12.480

Takster for ambulant genoptræning 2013

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	735
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	982
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.586

Takster til mellemkommunal afregning for genoptræningsydelser 2013

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	659
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	879
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.420

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 Regioner²².

²² 'Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2013'

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.

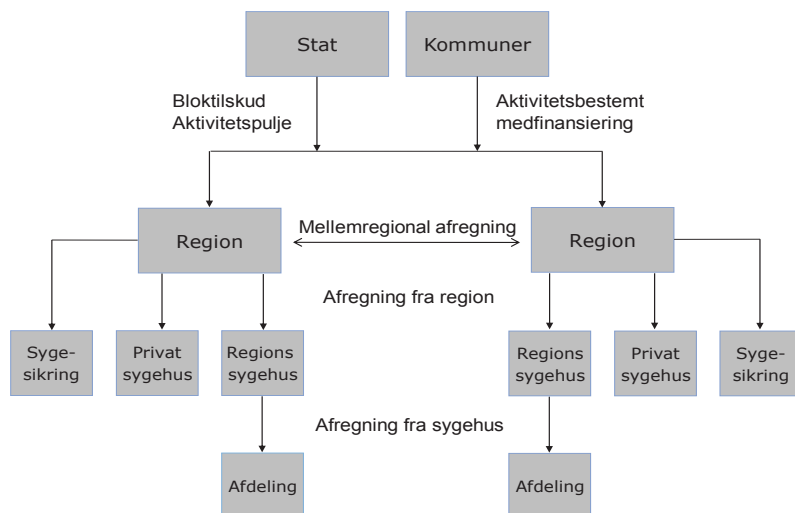
B7.1. Finansieringsmodellen

De økonomiske rammer for regionernes løsning af opgaver på sundhedsområdet fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner. For 2013 udgør regionernes samlede ramme til sundhedsområdet 104,9 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 2013 78,9 pct. af den samlede finansiering af sundhedsområdet, de statslige aktivitetsmidler udgør 2,6 pct. og den kommunale medfinansiering 18,3 pct. De resterende 0,3 pct. finansieres gennem lån og puljer.

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.

Figur B1: Finansiering og afregning i sundhedsvæsenet



B7.2. Bloktilskud

Statens bloktilskud til regionerne fordeles mellem regionerne ud fra bestemmelserne i Bekendtgørelse nr. 720 af 27. juni 2012 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2013.

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 2013 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.

Det aldersbetingede udgiftsbehov opgøres som summen af indbyggere i de enkelte aldersgrupper i regionen ganget med de gennemsnitlige udgifter til sygehus-, sygesikrings- og medicinforbrug pr. dansker i aldersgruppen. Det socioøkonomiske udgiftsbehov i regionen beregnes ud fra antallet af regionens borgere 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.²³

²³ Yderligere oplysninger om opgørelsen af regionernes bloktilskud kan findes i publikationen 'Generelle tilskud til regionerne 2013'.

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 sygehuse 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 2013 udgør den samlede aktivitetspulje i alt 2,7 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. Fuld puljeudnyttelse er afstemt med et regionsspecifikt maksimum for, hvor stor den kommunale medfinansiering kan være, jf. afsnit 7.4.

Ordningen administreres af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, der foretager månedlige opgørelser af regionernes aktivitet. Aktivitetsåret bliver afsluttet i marts måned det efterfølgende år, hvor Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udarbejder en endelig årsopgørelse.

B7.4. Kommunal (med)finansiering

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

Medfinansieringsdelen administreres i medfør af "Lov om regionernes finansiering" §§13-14, 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. For indlagte somatiske patienter udgjorde den variable eksempelvis 30 pct. af DRG-taksten, dog maksimalt 5.143 kr. (2013 pris- og lønniveau) pr. indlæggelse.

Efter 2011 ændres ordningen. I den nye ordning er grundbidraget fjernet og erstattet af en højere variabel del, således at den samlede medfinansiering skønnes at blive nogenlunde uforandret. Med den nye ordning ændres den kommunale medfinansiering eksempelvis for indlagte somatiske patienter til 34 pct. af DRG-taksten, dog maksimalt 14.221 kr. (2013 pris- og lønniveau) pr. indlæggelse. Der er 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, der foretager månedlige beregninger af de enkelte kommuners bidrag til regionerne. Aktivitetsåret bliver afsluttet i marts måned det efterfølgende år, hvor Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 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 markedsmæssigt salg af varer og tjene-

steydelser, der er moms fritaget. 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 markedsmæssigt 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 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, CSC og regionerne. Ministeriets 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 Amdsrådsforeningen, 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.

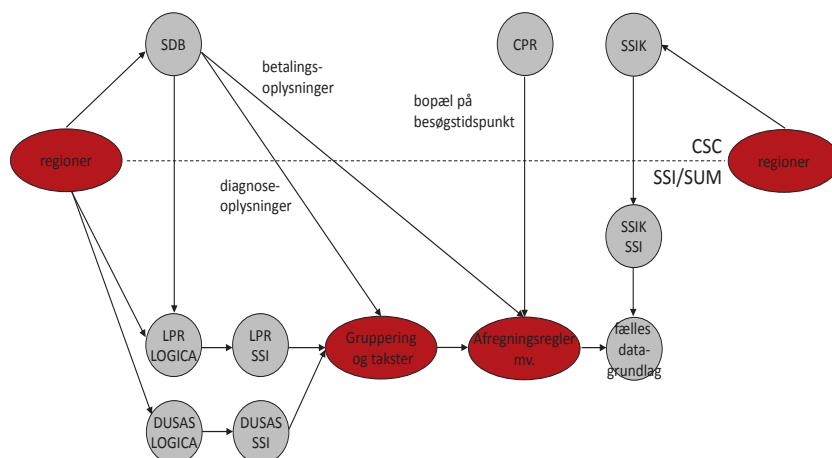
Når Logica har foretaget en fejlsøgning af patientoplysningerne, indlæser National Sundhedsdokumentation på Statens Serum Institut data i LPR samt DUSAS og DRG-/DAGS-grupperer dem efterfølgende. De grupperede data kobles med betalingsoplysninger fra SDB, og ambulante besøg beriges med diagnoseoplysninger

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 trim-punktet.

Behandling på højt specialiseret funktionsniveau

§ 11. For behandling af patienter på højt specialiseret funktionsniveau betales dels et fast abonnement baseret på forbruget i en foregående periode, dels efter det faktiske forbrug i det pågældende år.

Stk. 2. Den faste abonnementsbetaling skal svare til 25 pct. af den pågældende regions forbrug ekskl. særydelser hos de pågældende andre regioner i en foregående periode, jf. § 12, stk. 2.

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

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

Stk. 2. Abonnementsbetaling, sengedagstakster, proceduretakster og ambulanttakster samt forløbstakster beregnes ud fra senest kendte regnskab korrigeret for væsentlige, dokumenterede ændringer i den mellemliggende periode. Ved ibrugtagning af nye behandlingsmetoder og modtagelsen af nye patientkategorier kan der tages udgangspunkt i budgettal. Der foretages en pris- og lønregulering.

§ 13. I beregningen af abonnementsbetaling, sengedagstakster, proceduretakster og ambulanttakster samt forløbstakster indgår forrentning og afskrivning af anlægsudgifter afholdt af regionen. Ved leasing af apparatur indgår leasingbetalingen i driftsregnskabet.

Stk. 2. Statusværdien for bygninger samt apparatur og inventar mv. opgøres som anskaffelsessummen for ibrugtagne anlægsprojekter med tillæg for ibrugtagne forbedringer og fradrag for afhændelser samt afskrivninger. Et anlægsprojekt indgår med afskrivning i takstberegningen året efter ibrugtagningen.

Stk. 3. Der beregnes forrentning af bygninger samt apparatur og inventar, herunder edb-udstyr. Der beregnes ikke forrentning af grundværdier. Forrentningen beregnes på baggrund af statusværdier primo regnskabsåret. Der beregnes forrentning af nyinvesteringer for de måneder af året, hvor nybyggeriet har været i brug. Forrentningsprocenten er den for statsvirksomheder gældende.

Stk. 4. Bygninger afskrives lineært over 30 år, svarende til en årlig afskrivning på 3 1/3 pct. Apparat og inventar, herunder edb-udstyr, afskrives lineært over 10 år, svarende til en årlig afskrivning på 10 pct.

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

Ikrafttræden

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

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

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 sygehus. 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, sclerosehospitalet i Haslev og Ry, PTU's RehabiliteringsCenter, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejlefjord og Center for Hjernesgade, jf. § 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 rekreations- 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 perso-

nens 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.

Statens Serum Institut
Artillerivej 5
2300 København S
Danmark

T 3268 3268
F 3268 3868
@ serum@ssi.dk
w ssi.dk