

TAKSTSYSTEM 2012

– VEJLEDNING



Udgivet af:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: sum@sum.dk

Hjemmeside: www.sum.dk

Design: 1508 A/S

Foto: Scanpix

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk

Oplag: 3.000

ISBN-nr. (trykt version): 978-87-7601-329-5

ISBN-nr. (netversion): 978-87-7601-330-1

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-schultzgrafisk.dk

Hjemmeside: www.rosendahls-schultzgrafisk.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. Private sygehuse	9
2.1.2. Personer uden bopæl i Danmark	10
2.1.2.1. Muligheder for refusion af behandlingsudgifter	10
2.1.2.2. Beregning af afregningen for personer uden bopæl i Danmark	11
2.2. Sondring mellem behandlingsniveauer.....	11
2.3. Generelle afregningsregler	12
2.3.1. Betalingsforpligtelsen	12
2.3.2. Fravær under indlæggelse	13
2.3.3. Afgrænsning af ambulante besøg	13
2.3.4. Sengedagstakster	13
2.3.5. Raske ledsagere og nyfødte	14
2.3.6. Overgangsregler ved årsskifte	14
2.3.7. Pris- og lønregulering for takstsystem 2012	14
2.4. Lønsumsafgift	15
3. Behandlinger udført på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau	17
3.1. Patienter behandlet på somatiske afdelinger.....	17
3.1.1. Afregning af stationære patienter.....	18
3.1.1.1. DRG-takster	18
3.1.1.2. Afdelings- og sygehusudskrivelser.....	18
3.1.1.3. Trimpunkt	19
3.1.1.4. Særydelser for stationære patienter.....	19
3.1.2. Afregning af gråzonepatienter.....	19
3.1.2.1. Gråzonetakster	19
3.1.2.2. Særydelser for gråzonepatienter.....	20
3.1.3. Afregning af ambulante patienter.....	20
3.1.3.1. Takstgrupper for ambulante patienter.....	20
3.1.3.2. Besøgsgrupper	22

3.1.3.3. Diagnosegrupper	23
3.1.3.4. Proceduregrupper	24
3.1.3.5. Sammedagspakker	24
3.1.3.6. Ambulante substitutionstakster	24
3.1.3.7. Assistancer	25
3.1.3.8. Ambulant besøg under stationær indlæggelse	25
3.1.3.9. Ambulante ydelser på indlæggelses- og udskrivnings- dagen for stationære kontakter	25
3.1.4. Afregning af genoptræningsydelser	26
3.1.5. Afgrænsning af specialer	26
3.1.6. Enhedspris for billediagnostiske ydelser	27
3.2. Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger	27
4. Behandlinger udført på højt specialiseret funktionsniveau	29
4.1. Betaling	29
4.2. Takstberegning	29
5. Andre takstregler	32
5.1. Betaling for færdigbehandlede patienter	32
5.2. Udbetaling af lommepenge	32
6. Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.	32
Bilag 1. DRG-systemet	33
B1.1. Omkostningsdatabasen	33
B1.1.1. Omkostningsberegninger for stationære patienter	34
B1.1.2. Omkostningsberegninger for ambulante patienter	34
B1.2. Takstberegning	35
B1.2.1. Beregning af DRG-takster	35
B1.2.2. Beregning af DAGS-takster	36
B1.2.3. Beregning af gråzonetakster	37
B1.2.4. Niveaustjustering	38
B1.3. Tilordning af DRG- og DAGS-grupper	38
B1.3.1. Diagnoseegenskaber (tabel DG1)	41
B1.3.2. Procedureegenskaber (tabel DRGTPT)	41
B1.3.3. Tillægskodeegenskaber (tabel TILL)	41
B1.3.4. Komplikationer (tabel KOMPAT og KOMPLEX)	41
B1.3.5. Tildeling af DRG-gruppe (tabel DRGLOGIK)	42
B1.4. Sygehusoversigt	43

Bilag 2. Ændringer i grupperingslogikken	48
B2.1. Ændringer fra 2011 til 2012	48
B2.2. Planlagte og foreslåede ændringer til 2013.....	56
Bilag 3. DRG-takster for stationære patienter og gråzonepatienter	58
Bilag 4. Ambulante takster	111
B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2012	111
B4.2. Særydelsesliste	119
Bilag 5. Takster for genoptræningsydelser.....	120
Bilag 6. Procedure for oprettelse af budgettakster for nye behandlinger	122
Bilag 7. Finansieringen af sundhedsvæsenet	123
B7.1. Finansieringsmodellen	123
B7.2. Bloktilskud	123
B7.3. Statslig aktivitetspulje	125
B7.4. Kommunal (med)finansiering	125
B7.5. Mellemregional afregning.....	127
B7.6. Det fælles datagrundlag for afregning	128
Bilag 8. Regelgrundlag.....	130
B8.1. Takstbekendtgørelsen	130
B8.2. Sygehusbekendtgørelsen.....	134

1. Indledning

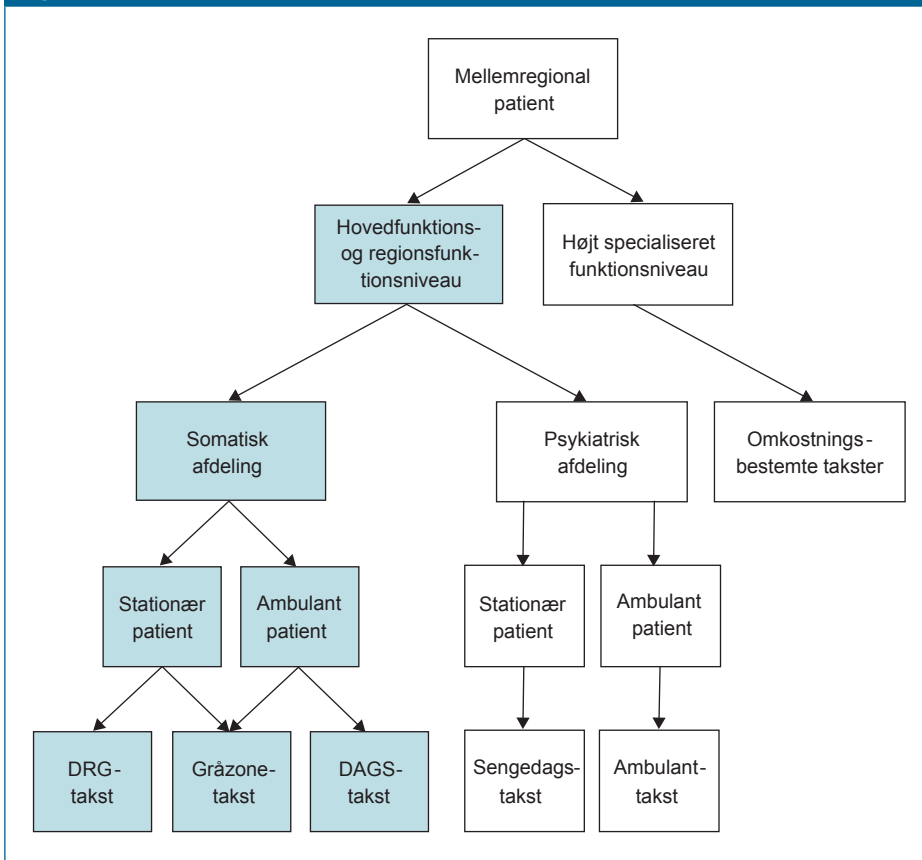
1.1. Vejledningens formål og baggrund

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

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

Figur 1 viser den overordnede takststruktur, der anvendes i den mellemregionale afregning. Ved behandling på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau på somatiske afdelinger tages der udgangspunkt i landsdækkende diagnoserelaterede takster, der er fastsat ud fra DRG-systemet, dvs. DRG-takster for stationære patienter (indlagte patienter), DAGS-takster for ambulante patienter, og gråzone-takster for gråzonepatienter, der kan behandles i såvel stationært som ambulant regi. Psykiatriske patienter, der behandles på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, skal derimod afregnes med landsdækkende sengedags- og besøgstakster, mens såvel somatiske som psykiatriske patienter, der behandles på højt specialiseret funktionsniveau afregnes til lokalt fastsatte takster, der tager udgangspunkt i omkostningerne ved behandlingerne på det enkelte sygehus, hvor behandlingen har fundet sted.

Figur 1. Takststrukturen



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

1.2. Vejledningens opbygning

Takstvejledningen for 2012 er bygget op omkring den overordnede takststruktur i Takstbekendtgørelsen og gennemgår således afregningsreglerne for alle behandlingsniveauer og patientgrupper, som er gældende i 2012. 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 2012 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 2011 til 2012, samt forslåede ændringer til 2013 er listet i bilag 2. I bilag 3 til 5 findes oversigter over hhv. DRG- og gråzonetaksterne, DAGS-taksterne og genoptræningstaksterne for 2012, 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. 62 af 20. januar 2010 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 markedsført 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) eller en person, der alene modtager tysk pension (registreret i kommunen med blanket E121)
- opholder sig i Danmark, f.eks. på ferie eller studieophold og har ret til behandling, som ud fra et medicinsk synspunkt bliver nødvendig under opholdet, idet der tages hensyn til ydelsernes art og opholdets forventede varighed (dokumenteres ved et EU-sygesikringskort). Nødvendig behandling er behandling, som kan forhindre, at personen er nødt til at tage hjem før planlagt.
- er pensioneret grænsearbejder og senest arbejdede i Danmark, og som ønsker at "fortsætte en påbegyndt behandling i Danmark" (dokumenteres ved en blanket S3)
- er henvist til behandling i Danmark (dokumenteres ved blanket E112/S2).

Der henvises til ministeriets "Vejledning om koordinering af sundhedsydelser og visse sociale ydelser for borgere, der rejser mellem EU-landene", jf. regler i EF-forordning 883/2004 om koordinering af sociale sikringsordninger, og "Vejledning om EF-regler m.m. om social sikring, Sygehjælp" om EF-forordning 1408/71 om social sikring af personer, som rejser mellem staterne¹.

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

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.

2.2. Sondring mellem behandlingsniveauer²

Som beskrevet i kapitel 1 foreskriver Takstbekendtgørelsen, at der ved mellemregional afregning af sygehusbehandlinger skal anvendes forskellige afregningsregler for be-

2 Sundhedsstyrelsens 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 ansøgningsrunde 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 udført på basisniveau og behandling udført på Lands- og Landsdelsniveau, som gjaldt i "Bekendtgørelse om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen" af 10. januar 2006. Dvs. at behandlinger 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.

handlinger udført på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau og behandlinger udført 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.

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

2.3. Generelle afregningsregler

2.3.1. Betalingsforpligtelsen

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

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

2.3.2. Fravær under indlæggelse

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

2.3.3. Afgrænsning af ambulante besøg

En ambulant patient er en patient, der er indskrevet i et ambulatorium. Ved et ambulant besøg forstås en ambulant patients fremmøde på sygehuset i det aktuelle ambulante forløb. Særsomt fremmøde på en serviceafdeling (f.eks. røntgen eller laboratorium) regnes dog ikke som et ambulant besøg.

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

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

2.3.4. Sengetidstakster

Når betaling for indlagte patienter beregnes pr. sengetid, medregnes udskrivningsdagen ikke i antallet af sengetid, 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 nyt-året.

For afregning af mellemregionale patienter, der påbegynder en indlæggelse i 2011 og udskrives/afsluttes i 2012, gælder, at det er afregningstidspunktet, der er afgørende. Når der afregnes efter sygehusudskrivinger, er det datoen for sygehusudskrivingen, der afgør takståret. En somatisk patient, der er indlagt henover årsskiftet 2011/2012 og udskrives i 2012, afregnes således til 2012-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 2011 til 3. januar 2012, afregnes således med 2 sengedage, opgjort i takstsystem 2011, og 2 sengedage, opgjort i takstsystem 2012.

2.3.7. Pris- og lønregulering for takstsystem 2012

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 2012 er P/L-faktoren for 2012 sat til 2,0 pct., svarende til Finansministeriets P/L-faktor for 2012 opgjort juni 2011. 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	P/L 2012
P/L-faktor anvendt i Økonomiaftalen	2,0 pct.
P/L-faktor anvendt i beregningen af DRG- og DAGS-taksterne	2,0 pct.

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

Takster	P/L-faktor
Langliggertakst/Færdigbehandlede/Hospice Lofter i kommunal medfinansiering Besøgs- og sengedagtakster på det psykiatriske område Fritvalgsrammer for privatsygehuse Genoptræning Særydelser Lommepege (beløb til personlige fornødenheder til personer, der ikke oppebærer pension eller anden indkomst under længere- varende indlæggelser)	Den i Økonomi- aftalen 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 markedsmæssigt salg af ydelser mod vederlag, jf. lov om afgift af lønsum m.v. Ved markedsmæssigt 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 2012 til takstsystem 2012 kan hentes på www.sum.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 udført på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau

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

3.1. Patienter behandlet på somatiske afdelinger

Takstsystemet opdeler somatiske patienter, der behandles på hovedfunktions- eller regionfunktionsniveau, 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 til-læg til ovenstående takster, kan der afregnes takster for genoptræningsydelser, som er udført i forbindelse med behandlingen. Afregningen af genoptræningsydelserne er be-skrevet i afsnit 3.1.4.

Taksterne afspejler de beregnede, direkte udgifter til behandling af hhv. stationære pa-tienter, 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 2012 pris- og lønniveau.

Antallet af DRG- og DAGS-grupper samt behandlinger der beregnes efter gråzonetak-ster 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 takstårene 2000-2012

Takstår	Gruppering	DRG	Gråzone	DAGS	Samme dags- 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

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 1.871 kr. pr. sengedag (2012 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 pa-

tient 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 udskrivning genindlægges på samme afdeling (dog ikke samme dag), anses indlæggelsen ligeledes som et selvstændigt sygehusforløb.

3.1.1.3. Trimpunkt

Trimpunktet er det maksimale antal sengedage, der dækkes af DRG-taksten. Hvis en sygehusudskrivning strækker sig ud over trimpunktet, afregnes der i tillæg til DRG-taksten 1.871 kr. (2012 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 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 1.871 kr. (2012 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 2012 findes 178 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 178 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, og der afregnes ikke særskilt for jordemoderbesøg.

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 2012 er vist nedenfor.

Besøgsgrupper

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

Diagnosegrupper

- Medfødte stofskiftesygdomme
- Kraniofaciale misdannelser
- Andrologisk udredning
- Pubertets- og vækstforstyrrelser
- Sjældne handicap
- 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

- Anæstesilogi
- 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

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 substitutionstakster og sammedags-pakker 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 PG10O, Neonaltal hørescreening eller PG17I, Klinisk fysiologi/nuklearmedicin gruppe I.

Grundtaksten for ambulante besøg er på hhv. 954 kr. for patienter i alderen fra og med 7 år og op efter, 1.338 kr. for patienter i alderen 0 til 6 år og 1.588 kr. for besøg med anamnese- eller journaloptagelse (2012 pris- og lønniveau). Til gruppen 'Besøg med anamnese- eller journaloptagelse' grupperes besøg med procedurekoderne ZZ0150 eller ZZ0150A.

Et skadestuebesøg udløser en takst på 763 kr. (2012 pris- og lønniveau). 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 166 kr. (2012 pris- og lønniveau). 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 476 kr. (2012 pris- og lønniveau). 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 2.384 kr. i 2012. Afregning af grundtaksten for hjemmebesøg kan udelukkende ske, hvis besøget grupperes til en af de tre substitutions-takstgrupper for hjemmebesøg, dvs. ST01A, 'Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg', ST01B, 'Geriatrici, flere behandlere, hjemmebesøg' eller ST01C, 'Geriatrici, en behandler, hjemmebesøg'.

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 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 sygehuset udfører undersøgelser eller behandling på patienten i patientens hjem. Telemedicinske ydelser, som sker *mellem sygehuse*, eksempelvis evaluering af fremmed billedmateriale, betragtes som assistancer og forventes håndteret ved aftaler mellem regionerne og sygehuse.

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 besøgstakst. Såfremt en assistance kan grupperes til flere DAGS-grupper, vil der blive afregnet for den dyreste. Der kan afregnes flere assistancer pr. dag, men kun en pr. kontakt.

Når assistancen gives til en ambulant kontakt, er det et krav, at assistancen til den ambulante kontakt skal finde sted på en anden dag end besøget på den rekvirerende afdeling (stamafdelingen), medmindre ydelsen er rekvireret fra et andet sygehus.

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

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

3.1.3.8. 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.

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.

Genoptræningsydelse 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 2012, er samlet i bilag 5.

3.1.5. Afgrænsning af specialer

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

Tabel 4. Afregning af takstgrupper opdelt på speciale				
	Ambulant besøgs-/ diagnose-gruppe	Procedure-/ substitutions-grupper 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

4 00 Blandet medicin og kirurgi, 01 Intern Medicin, 02 Geriatri, 03 Hepatologi, 04 Hæmatologi, 05 Infekti-
ons-
medicin, 06 Kardiologi, 07 Med. allergologi, 08 Med. endokrinologi, 09 Med. gastroenterologi, 10 Med. lun-
gesygdomme, 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 Gynæko-
logi og
obstetrik, 40 Neurokirurgi, 42 Ortopædisk kirurgi, 44 Oftalmologi, 46 Oto-, rhino-, laryngologi, 48 Hospitalso-
dontology, 80 Pædiatri, 84 Anæstesiologi, 86 Arbejdsmedicin, 90 Almen medicin, 91 Sam-fundsmedicin, 99
Afdelinger, som ikke lader sig klassificere.

5 61 Klinisk fysiologi og nuclearmedicin, 66 Diagnostisk radiologi. 64 Klinisk neurofysiologi og 68 Klinisk gene-
tik.

6 98 Fysio- og ergoterapi.

7 60 Klinisk biokemi, 62 Klinisk. immunologi, 63 Klinisk mikrobiologi, 65 Patologisk anatomi, 67 Klinisk farma-
kologi.

3.1.6. Enhedspris for billediagnostiske ydelser

Enhedsprisen for billediagnostiske ydelser for 2012 er fastsat på baggrund af de radiologiske procedureraktakster. Enhedsprisen for en radiologisk ydelse i 2012 udgør 610 kr.

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 2012, som er tilgængelige på www.sum.dk.

Ved beregning af betaling for psykiatriske patienter udgør sengedagstaksten 3.374 kr. (2012 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 mellemregional somatisk patient, der behandles på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau, overføres til permanent psykiatrisk behandling, anses overførelsestidspunktet som udskrivningstidspunkt fra den somatiske afdeling.

For psykiatriske patienter udgør taksten for ambulant behandling 1.688 kr. (2012 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 4, 3. pkt. og § 7.

Der skelnes i takstsystemet mellem somatiske skadestuer og psykiatriske skadestuer. Den psykiatriske skadestuetakst udgør 1.688 kr. pr. besøg, mens den somatiske skadestuetakst er på 763 kr. pr. besøg (begge beløb i 2012 pris- og lønniveau).

4. Behandlinger udført 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 sengedagtakster, 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 bloktilskudene til regionerne.

Sengedagsbetalingen for 2012 udgør med den anførte pris- og lønregulering maksimalt 1.871 kr.

5.2. Udbetaling af lømmepenge

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. 62 af 10. januar 2010 om ret til sygehusbehandling m.v., jf. § 31, 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 vil med den nævnte regulering være 1.354 kr. pr. måned for 2012 (2012 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. 1299 af 15. december 2008 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.	
	2012 P/L-niveau
Sankt Lukas Hospice	16,3
Diakonissestiftelsens Hospice	16,3
Sct. Maria Hospice	16,3
OASIS	17,7
RCT i København	18,6
RCT i Jylland	12,8
Epilepsihospitalet i Dianalund	75,8
Sclerosehospitalet i Haslev og Ry	67,4
PTU's RehabiliteringsCenter	29,1
Center for sundhed og træning i Middelfart	12,6
Center for sundhed og træning i Århus	14,3
Center for sundhed og træning i Skælskør	19,4
RehabiliteringsCenter for muskelsvind	20,9
Vejlefjord	15,1
Center for Hjerneskade	8,5

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 2012.

Tabel B1. Oversigt over indholdet i omkostningsdatabasen⁸

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

B1.1.1. Omkostningsberegninger for stationære patienter

Omkostningerne ved det enkelte patientforløb kan opdeles i en sengedagsafhængig komponent og en ydelseskompontent. Ydelseskompontenten 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.

8 Fra 2007 indgår to regnskabsår. Derfor er dækningsgraden faldet. Når alle sygehuse indberetter for begge år øges dækningsgraden.

Der er til taksterne for 2012 anvendt ambulante, specialespecifikke vægtningssystemer indenfor følgende specialer:

- Anæstesiologi
- Dermato- venerologi
- Gynækologi og obstetrik
- Hæmatologi
- Intern Medicin
- Kir. gastroenterologi
- Klinisk fysiologi og nuklearmedicin
- Med. Allergologi
- Med. endokrinologi
- Med. Lungesygdomme
- Nefrologi
- Neurologi
- 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 afdelingsudskrivelser
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 uholdsmæssig stor betydning for takstberegningen, hvorefter omkostningerne pr. afdelingsudskriving i de enkelte DRG-grupper udregnes. Den gennemsnitlige omkostning er beregnet inklusiv eventuelle særydelser, ambulante assistancer i forbindelse med indlæggelsen, særlige undersøgelser m.v.

Omkostningstrunkeringen sker ved at DRG-grupper med mere end 20 observationer trunkeres ved 1 og 99 pct. fraktilerne, således at værdier over 99 pct. fraktilen erstattes med 99 pct. fraktilen, og værdier under 1 pct. fraktilen erstattes med 1 pct. fraktilen. DRG-grupper med op til 20 observationer trunkeres tilsvarende ved 5 og 95 pct. fraktilerne.

I de tilfælde, hvor en patient undervejs i indlæggelsesforløbet har skiftet afdeling på samme sygehus, er patienten i omkostningsdatabasen blevet registreret en gang for hvert afdelingsforløb, og hvert afdelingsudskriving er blevet tilknyttet en DRG-gruppe. Ved dannelsen af sygehusforløb i trin tre kobles afdelingsudskrivingerne sammen til ét forløb for den enkelte patient, og forløbet tildeles den af afdelingsudskrivingernes DRG-grupper, der jf. trin to har de 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. sygehusudskriving beregnes.

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 besøg⁹.

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.

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 behandlinger¹⁰. 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 behandlin-

⁹ Udvalgelse af hvilken DAGS-gruppe der medgår i beregningen sker ved følgende prioritering: 1. Gråzoner, 2. Procedurergrupper, 3. Diagnosegrupper, 4. Besøgsgrupper. I tilfælde af ens prioritering udvælges det besøg med størst omkostning.

¹⁰ Gråzonetakstberegningen sker efter følgende formel:

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

gen oftest er dyrere at udføre stationært. Dette vil ofte være tilfældet i nyoprettede grå-zonegrupper.

B1.2.4. Niveaustjustering

DRG-systemet er et nulsumsspil, der hverken tilføjer eller fjerner værdi i sygehusvæsenet. De beregnede DRG- og DAGS-takster skal derfor tilpasses de tilrettede driftsudgifter. Produktionsværdien for takstsystem 2012 skal således tilpasses de tilrettede driftsudgifter for 2010 fremskrevet til 2012 P/L-niveau.

Justeringsniveauet for takstsystem 2012 er beregnet til 0,994. Dvs. at taksterne på det ambulante og stationære område nedjusteres med 0,6 procent, således at den forventede produktionsværdi for takstsystem 2012 er lig med de tilrettede driftsudgifter. Hermed er det endelige takstniveau for takstsystem 2012 fastlagt.

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

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

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

Følgende oplysninger anvendes som input til grouperen:

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

Al information nødvendig for gruppering af en patientrecord (en stationær kontakt eller et ambulant besøg) er indeholdt i en række tabeller kaldet *egenskabstabeller*. DRG-grouperen tildeler hver patientrecord en DRG-gruppe på baggrund af opslag i disse tabeller.

Tildelingen kan inddeles i to trin. Først knyttes en række hjælpevariable kaldet *egenskaber* til patientrecorden. I næste trin sammenholdes patientrecorden samt de tilknyttede egenskaber med reglerne i *DRG-logikken*, hvorved DRG-gruppen bestemmes. Nedenfor ses en oversigt over egenskabstabellerne, og dernæst gennemgås de enkelte tabellers indhold.

DG1	Indeholder alle diagnosekoder i den danske ICD10-klassifikation ¹¹ . 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.
TILL	Indeholder alle de koder, der – hvis kodet som tillægskode – kan have indflydelse på grupperingen. Til hver kode er knyttet en eller flere egenskaber.
KOMPKAT	Indeholder komplikationsegenskaber og inkluderingskriterier.
KOMPLEX	Indeholder komplikationsegenskaber og undtagelser.
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 diagnosens MDC (se pkt. 3 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>.

11 ICD10 klassifikationen vedligeholdes af Sundhedsstyrelsen. Nærmere information herom kan fås på http://medinfo.dk/sks/brows.php?s_nod=4820.

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. Komplikationskategorier

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. Procedure-egenskaber 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

Til procedurerne kan knyttes egenskaber, der angiver, om proceduren i sig selv gør et patientforløb kompliceret. Dette kan i givet fald afgøre, om patientrecorden grupperes til en *kompliceret* eller en *ukompliceret* DRG. I DkDRG 2012 har 437 procedurer en komplicerende egenskab.

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*, og DRG-systemet anvender to forskellige metoder til at afgøre, om behandlingen er kompliceret. I nogle grupper anvendes de ovenfor beskrevne diagnose-, bidiagnose- og procedure-egenskaber, mens der for andre grupper anvendes nedenstående princip:

I alt 4.332 diagnoser har tilknyttet en komplikationsegenskab, som knyttes til patientrecorden, hvis diagnosen er kodet som bidiagnose. Der er to typer komplikationsegenskaber:

1. *Inklusionsegenskaber* (på formen <tal><tal>I<tal><tal>)
2. *Eksklusionsegenskaber* (på formen <tal><tal>C<tal><tal>)

En diagnose kan kun have én af de to typer egenskaber.

Inklusionsegenskaber er i udgangspunktet *inaktive*. For at virke komplicerende skal de aktiveres af en egenskab fra en anden diagnose. Hvilke diagnose-egenskaber, der aktiverer inklusionsegenskaberne, fremgår af tabellen KOMPAT.

Et eksempel: Af tabellen DG1 fremgår det, at diagnosen DJ041 har komplikationsegenskaben 03I01. I tabellen KOMPKAT står komplikations-egenskab 03I01 med inkluderingskravet 04X02. Diagnosen DJ041 er altså kun komplicerende, hvis der samtidig er kodet en diagnose med diagnoseegenskaben 04X02. DG1-tabellen viser hvilke diagnoser, der har denne egenskab.

Bidiagnoser med eksklusionsegenskaber virker komplicerende, med mindre aktionsdiagnosen står på eksklusionslisten for egenskaben. Eksklusionslisten findes i tabel KOMPLEX (bidiagnoser med komplikationsegenskaben 00C00 virker dog altid komplicerende).

Et eksempel: Aftabellen DG1 fremgår det, at diagnosen DA150 har komplikationsegenskaben 04C02. I tabellen KOMPLEX findes koden DA151 på eksklusionslisten for 04C02. Diagnosen DA150 virker altså ikke komplicerende, hvis DA151 er aktionsdiagnose.

Årsagen til systemet med eksklusionsegenskaber er, at en bidiagnose, der ligger tæt op ad en aktionsdiagnose, ikke må virke komplicerende, ligesom en gentagelse af aktionsdiagnosen som bidiagnose heller ikke må virke komplicerende.

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 2012. At der er flere regler end DRG-grupper skyldes, at flere regler kan pege på den samme DRG-gruppe.

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

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

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

B1.4. Sygehusoversigt

De foreliggende DRG/DAGS-takster bygger på den patientrelaterede omkostningsdatabase med ca. 2,3 mio. stationære kontakter og 18,5 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 2012

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	

Tabel B2. Oversigt over sygehusenheder, der har bidraget med fordelingsregnskaber til omkostningsdatabasen for takstår 2012 (fortsat)

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabsenhed
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. Oversigt over sygehusenheder, der har bidraget med fordelingsregnskaber til omkostningsdatabasen for takstår 2012 (fortsat)

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

Tabel B2. Oversigt over sygehusenheder, der har bidraget med fordelingsregnskaber til omkostningsdatabasen for takstår 2012 (fortsat)

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabsenhed
Region Midtjylland	Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Regionshospitalet Horsens	Regionshospitalet Horsens og Brædstrup
		Regionshospitalet Brædstrup	
	Hospitalsenheden Vest	Hospitalsenheden Vest, Herning	Hospitalsenheden Vest
		Hospitalsenheden Vest, Holstebro	
		Hospitalsenheden Vest, Tarm	
		Hospitalsenheden Vest, Ringkøbing	
		Hospitalsenheden Vest, Lemvig	
	Regionshospitalet Silkeborg	Regionshospitalet Silkeborg	Regionshospitalet Silkeborg
	Regionshospitalet Hammel Neurocenter	Regionshospitalet Hammel Neurocenter	
	Århus 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 Universitets-hospital, Skejby	Århus Universitets-hospital, Skejby
	Regionshospitalet Viborg og Skive	Regionshospitalet Viborg	Regionshospitalet Viborg og Skive
		Regionshospitalet Skive	

Tabel B2. Oversigt over sygehusenheder, der har bidraget med fordelingsregnskaber til omkostningsdatabasen for takstår 2012 (fortsat)

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabsenhed
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 2011 til 2012

Ændringerne i grupperingslogikken for dkDRG og DAGS fra 2011 til 2012 er beskrevet i tabel B3 og B4 nedenfor. Dokumentation på kodeniveau kan findes på www.drg.dk under "Gruppering".

I Takstsystem 2012 er der i alt 717 DRG-grupper, hvoraf 178 er gråzoner. Endvidere er der 211 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker og substitutionstakster. Dette skal ses i forhold til Takstsystem 2011, der havde 674 DRG-grupper, hvoraf 144 var gråzonegrupper. Takstsystem 2011 havde endvidere 198 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker og telemedicin.

Tabel B3. Grupperingslogikken for dkDRG i 2012 i forhold til 2011

MDC	DRG i 2012	
01		Lukkede grupper (dkDRG 2011): DRG 0110 og DRG 0111 er lukket og lagt sammen til én gruppe DRG 0127 Nye grupper:
	0110	Svulster i nervesystemet, pat. mindst 18 år
		Ændringer:
	0107+0114+	Grupperingsrækkefølgen er ændret således, at der grupperes
	0123	til disse grupper før rene diagnosegrupper
	0115	Grupperingskravet til gruppen er blevet ændret, så det kun er spec. vaskulær hjernelidelse, undt. TIA, der medfører gruppering til gruppen.
	0123	Patienter med MDC 19 diagnose eller med specifikke diagnoser fra MDC 04 kan ved anvendelse af video-EEG grupperes til gruppen
	0124	Amaurosis fugax (DG453) er flyttet til DRG 0124
	0126+0127	Diagnoser inden for Parasomni (DG475*) er flyttet til DRG 0126 og DRG 0127
	0126+0127 mf.	Diagnoser inden for Insomnia (DG470*), Hypersomnia (DG471*) og forstyrret søvnrytme (DG472*) er flyttet til MDC 01

Tabel B3. Grupperingslogikken for dkDRG i 2012 i forhold til 2011 (fortsat)

MDC	DRG i 2012	
02		Der er gennemført en total revidering af grupperne i MDC 02
03	0304	Ny gruppe: Operationer på hoved og hals, kategori 1
	0304	Ændringer: Procedurer fra DRG 0305 kombineret med maligne diagnoser fra MDC 03 er flyttet til DRG 0304
	0305	Procedurer fra DRG 0306 kombineret med maligne diagnoser fra MDC 03 er flyttet til DRG 0305
04	0408	Ændring: Gruppen er gjort til gråzonegruppe
05	0509	Ny gruppe: Perkutan indsættelse af mitralclip
	0526+0527	Ændringer: Grupperne er gjort til gråzonegrupper
	0528	Glomerulære sygdomme (DN00-DN08*), Tubulointerstitiale nyresygdomme (DN10-DN16*), Nyreinsufficiens (DN17-DN19*), Sukkersyge, insulinkrævende med nyrekomplikation (DE102), Sukkersyge, ikke insulinkrævende med nyrekomplikation (DE112) og Ren polycysticus, adult type (DQ612) er tilføjet diagnosekravet til gruppen
06	0608	Flyttet gruppe: DRG 0629 Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år (2011) er flyttet til DRG 2641 (2012)
	0602	Ny gruppe: Større operationer på tarm m. robot
	0605-0607	Ændringer: Dissektion eller rejsning af aksial lap på kroppen (KYQH05) er tilføjet kravet til gruppen Colon irritabile u diarrhoe (DK589) og Colitis spastica uden diarrhoe (DK589A) er tilføjet diagnosekravet til grupperne
07	0706	Ændringer: Gruppen gøres til gråzone
	0704-0706	Obs. pga. mistanke om ondartet svulst i galdegang (DZ031L)
	+0723-0724	er flyttet til MDC 07

Tabel B3. Grupperingslogikken for dkDRG i 2012 i forhold til 2011 (fortsat)

MDC	DRG i 2012	
	0723	Obs. pga. mistanke om ondartet svulst i lever (DZ031E) og Obs. pga. mistanke om ondartet svulst i pancreas (DZ031F) er tilføjet diagnosekrav til gruppen
08	0878-0880	Ændringer: Inflammatoriske polyartritter (DM05-DM14*) er tilføjet diagno- sekravet til grupperne Reumatoid lungesygdom (DM051*) er flyttet fra MDC 04 til MDC 08
09	0906 0907 0914 0915 0902+0903 0917	Nye grupper: Onkoplastisk mammakirurgi med replacement Onkoplastisk mammakirurgi med displacement og/eller reduktion Body lift efter stort vægttab Plastikkirurgi efter stort vægttab Ændringer: Grupperne er gjort til gråzonegrupper Krav om inderlårspistik (KQDJ05A) eller Udvidet mastopeksi med autolog augmentation (KHAD40B) kombineret med vægttab på BMI >15 enheder (ZDW63C) er tilføjet gruppen
10	1006-1007	Ændringer: Lobektomi og resektion af kontralaterale lap af intratorakal skjoldbruskkirtel (KBAA50A) er flyttet til procedurekravet for grupperne
11	1111 1115+1116+ 1118-1121+ 1124 1120	Ændringer: Implantation af guldseeds i prostata (KKEV31) er fjernet fra gruppen Grupperne er gjort til gråzonegrupper Transluminal endoskopisk skiftning af ureterstent (KKBV05) er flyttet til gruppen

Tabel B3. Grupperingslogikken for dkDRG i 2012 i forhold til 2011 (fortsat)

MDC	DRG i 2012	
	1123	Destruktion af patologisk væv i urinrør (KKDD30), Uretroskopisk excision af valvula urethrae (KKDD52), Fjernelse af fremmedlegeme fra urinrør (KKDE20), Meatoplastik på urinrør (KKDH10), Uretroskopisk indsættelse af stent i urinrør (KKDV02) og Intern uretrotomi (KKDV10) er flyttet fra DRG 1119 til DRG 1123
	1125	Der er oprettet en indgang til gruppen med diagnosekrav om kontrolundersøgelse
12		Ændringer:
	1202	Neoplasma malignum prostatae (DC619) er tilføjet diagnosekravet til gruppen
	1202+1205	Grupperne er gjort til gråzonegrupper
	1203-1206	Ønske om kirurgisk refertilisering (DZ310), kodet på en mand, er tilføjet til grupperne
	1203-1206+1209	Contusio scroti (DS302D) og Fractura penis (DS302P) er flyttet fra MDC13 til MDC12
	1204	Vasoplastik efter tidligere sterilisation (DZ310B) er tilføjet diagnosekravet til gruppen
	1209	Contusio genitalium externorum (DS302), kodet på en mand, er tilføjet til gruppen
13		Ny gruppe:
	1304	Meget komplicerede gynækologiske indgreb m. robot
		Ændringer:
	1301	Spontane aborter (DO03*) efter uge 13 er tilføjet gruppen Der er tilføjet krav om, at provokeret abort skal være sket efter uge 13
	1301+1306-1309	Grupperne er gjort til gråzonegrupper
	1302+1303	Tarmresektioner (KJFB) og Resektioner på endetarm (KJGB) er tilføjet procedurekravet til grupperne
	1302-1305	Supracolisk omentektomi (KJAL30B) er tilføjet procedurekravet til grupperne
	1315-1318	Anden operation på Glandula Bartholini (KLFF96) er flyttet fra DRG 1302-1305 til grupperne
	1304-1305	Tarmresektioner (KJFB)/Resektioner på endetarm (KJGB) i kombination med endometriose (DN80*) er tilføjet grupperne

Tabel B3. Grupperingslogikken for dkDRG i 2012 i forhold til 2011 (fortsat)

MDC	DRG i 2012	
	1305	Laparskopiske operationer af endometriose er flyttet fra DRG 1314 til DRG 1305
	1307-1314	Familieanamnese m ondartet svulst i bryst (DZ803), Familieanamnese m ondartet svulst i kønsorganer (DZ804), Familieanamnese med kendt genetisk defekt (DZ848A*) eller Anamnese m ondartet svulst i kønsorganer (DZ854) i kombination med specifikke procedurer er tilføjet MDC 13
	1312	Grupperingsrækkefølgen er ændret, så der grupperes til DRG 1312 før DRG 1313
	1316	Grupperingsrækkefølgen er ændret, så der grupperes til DRG 1316 før DRG 1317
14		Der er foretaget en total revidering af grupperne i MDC 14
17	1704+1705	Ændringer: Behandling med amphotericin B (BPHG00) er flyttet fra DRG 1706/1707 til DRG 1704/1705
	1708	Gruppen er ikke længere en gråzonegruppe
22	2202	Ny gruppe: Forbrænding med exposure behandling
26		Lukket gruppe (dkDRG 2011): DRG 2606
	2641	Flyttet gruppe: DRG 0629 Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år (2011) er flyttet til DRG 2641 (2012)
	2608	Ændringer: Reglen fra den lukkede gruppe, DRG 2606 (DKDRG 2011) tilføjes gruppen. Gruppen har ændret navn til Intensiv neurorehabilitering, kontrolindlæggelse
	2642-2643	Krav om multimorbiditet er afgrænset til diagnosekapitel 1-14 Grupperingskravet er ændret, så der skal være både terapeutisk behandling og tværfagligt samarbejde
27	2712	Nye grupper: Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)

Tabel B3. Grupperingslogikken for dkDRG i 2012 i forhold til 2011 (fortsat)

MDC	DRG i 2012	
	2714	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)
	2719	Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi)
		Ændringer:
	2722	Gruppen er gjort til gråzonegruppe

Tabel B4. Grupperingslogikken for DAGS i 2012 i forhold til 2011

DAGS 2012	
Besøgsgrupper	
	Nye grupper:
BG50E	Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg
	Ændringer:
BG50A	Alkoholanamnese (ZZ0150E) fjernes fra gruppen.
BG50F	Blodprøvetagning (ZZ4299) fjernes fra gruppen
Diagnosegrupper	
	Flyttede grupper (DAGS 2011):
DG30C	Andrologisk udredning, komplet er flyttet til PG07C (DAGS2012) og skifter navn til: Andrologisk og hypogonadisme udredning, komplet
DG30J	Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg er flyttet til ST01A (DAGS2012)
	Ændringer:
DG30M	Hypersomnia (DG471*), Forstyrret søvnrytme (DG472*), Parasomni (DG475*), Søvnrelateret bevægelsesygdom (DG476*), Menstruationsrelateret hypersomni (DG478B) og Amaurosis fugax (DG453) er tilføjet gruppen
DG30R	Torticollis (DM436) er flyttet fra DG30M til DG30R Osteoporose med patologisk fraktur (DM80*) er tilføjet gruppen
Proceduregrupper	
	Ændringer:
PG07B	Resektion af testis (KKFD00), Unilateral resection af vas deferens (KKFD43), Resektion af varicocele testis (KKFD56), Destruktion af patologisk væv på penis (KKGD10), Anden resection af penis (KKGD96) og Laserbehandling af hud i genitalområdet (KQBA40A) er flyttet fra PG06B til PG07B

Tabel B4. Grupperingslogikken for DAGS i 2012 i forhold til 2011 (fortsat)

DAGS 2012	
PG07C	Kombinationen af Nedsat funktion af testikler (DE291*) og UL-undersøgelse af scrotum (UXUD95) er tilføjet gruppen
PG07D	Alderskrav er ændret fra mindst 17 år til mindst 15 år
	Lukket gruppe (DAGS 2011): DAGS PG09D
PG10A	Ændringer: Krav om kombinationen af en komplicerende aktionsdiagnose plus procedure fra PG10C er tilføjet gruppen
PG10C	Kombinationen af en komplicerende aktionsdiagnose plus procedure fra PG10D er tilføjet gruppen
	Intermaxillær fiksation (BEOG*) er flyttet fra PG10E til PG10C
PG10D	En række procedurer er flyttet fra PG10E til PG10D
	Ændringer:
PG11C	Behandling med ustekinumab (BOHJ18B3) er flyttet fra PG12B til PG11C
PG11F	Punktur af corpus vitreum med injektion af angiostatisk lægemiddel (KCKD05B) er tilføjet gruppen
PG11H	Punktur af corpus vitreum med injektion af lægemiddel (KCKD05) er tilføjet gruppen
PG11I	Behandling med bisfosfonat (BWHB40) er flyttet fra PG12H til PG11I
	Ny gruppe:
PG12L	Transfusion af blod, øvrig
	Ændringer:
PG12D/E	Behandling med azathioprin (BWHB83) er flyttet fra PG12H til PG12D/E
PG12H	Behandling med beta-interferon (BWHB11) er tilføjet gruppen
PG12J	Implantation af guldseeds i prostata (KKEV31) er tilføjet gruppen
	Nye grupper:
PG13G	Diætvejledning
PG13N	Øjenundersøgelse, større
PG13O	Øjenundersøgelse, mindre
	Ændringer:
PG13C/D	Krav om multimorbiditet er afgrænset til diagnosekapitel 1-14 Faldpatient (DR297) tilføjes reglen om multimorbiditet
PG13L	Skift af peritonealdialysekateter (BJFZ46) og Omlægning af peritonealdialysekateter (BJFZ49) er tilføjet gruppen

Tabel B4. Grupperingslogikken for DAGS i 2012 i forhold til 2011 (fortsat)

DAGS 2012	
	Ændringer:
PG14E	Kombination af to procedurer fra PG14F er tilføjet gruppen
PG17	Ændringer: Der er foretaget en total revidering af grupperne i PG17 De enkelte procedurer i PG17 grupperes til PG17A-PG17I. Grupperingslogikken i PG17 er konstrueret således, at hvis der udføres flere procedurer på samme dag, kan besøget blive grupperet til en dyrere gruppe, end de enkelte procedurer hver især grupperes til.
PG18A/B	Ændringer: To procedurer fra PG18A udført på samme dag løftes til PG18B
Sammedagspakker	
SP01R	Lukket sammedagspakke (DAGS 2011): Svimmelhed, udredning
	Nye sammedagspakker:
SP04B	Blodprop i hjernen, udredning
SP13E	Injektion, angiostatisk lægemiddel, m. øjenundersøgelse
SP13F	Injektion, øvrige lægemidler, m. øjenundersøgelse
SP13G	Laserbehandling, m. øjenundersøgelse
SP13H	Øjenundersøgelser, flere større
SP13I	Øjenundersøgelser, større + mindre
SP13J	Øjenundersøgelser, flere mindre
	Ændringer: Alle sammedagspakker er omnummereret således, at de i stedet for SP01 refererer til den relevante proceduregruppe, eks. svarer SP04 til at procedurerne hører til PG04: Åndedrætsbesvær
SP04D	Ekkokardiografi, abnorm (DR931A) er tilføjet som krav til bidiagnose
SP10A	Kombinationen af to procedurer fra PG10C er tilføjet pakken
SP10B	Kombinationen af en procedure fra PG10C plus en procedure fra PG10D er tilføjet pakken
SP10C	Kombinationen af to procedurer fra PG10D er tilføjet pakken
SP10E/D	Kombinationen af en procedure inden for høreapparatbehandling (BDDA*) og en procedure inden for instruktion af høreapparatbruger (BDKA*) tæller som to koder

Tabel B4. Grupperingslogikken for DAGS i 2012 i forhold til 2011 (fortsat)

DAGS 2012	
SP12B	Insulinpumpebehandling (BBHF02) er tilføjet pakken
SP12C	Dialyse ved kronisk nyresygdom (BJFD2) og peritonealdialyse (BJFD21-25, BJFD27) er tilføjet pakken
SP13B	Der er tilføjet tre nye regler til pakken: Kombinationen af tre procedurer fra PG13F Kombinationen af to procedurer fra PG13F plus specifikke koder inden for lungefunktionsundersøgelse Kombinationen af to procedurer fra PG13F plus to procedurer fra PG13E
Ambulant substitution	
	Flyttet gruppe:
ST01A	DG30J Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg (DAGS 2011) er flyttet til ST01A (DAGS 2012)
	Nye grupper:
ST01B	Geriatrici, flere behandlere, hjemmebesøg
ST01C	Geriatrici, en behandler, hjemmebesøg

B2.2. Planlagte og foreslåede ændringer til 2013

Fristen for forslag til ændringer i grupperingsnøglerne for 2013 var 1. december 2011. Fristen for forslag til ændringer i grupperingsnøglerne for 2014 er 1. december 2012.

En række ændringer af grupperingsnøglerne for dkDRG og DAGS er planlagt eller foreslået til 2013. Indtil redaktionens slutning er der tale om de i tabel B5 og B6 foreslåede ændringer.

Tabel B5. Planlagte og foreslåede ændringer for DkDRG til 2013

MDC	DRG i 2012	
01 m.fl.		Komplikationssplittet, der hidtil har været indbygget implicit i DRG logikken, gøres eksplicit før større gennemsigthed.
03		Der er iværksat en revision af grupper tilhørende det odontologiske speciale, der skal medføre en mere tidssvarende gruppering inden for specialet

Tabel B5. Planlagte og foreslåede ændringer for DkDRG til 2013 (fortsat)

05	0505 0507 0532 m.fl.	Der er foreslået en ny gruppe for maze operationer Det er foreslået en ny gruppe for hjerteklapoperationer i kombination med maze. Det er foreslået en gennemgang af koderne til DRG 0532 m.fl. for relevans for grupperingen.
07	0701+0703+ 0704	Det er foreslået at flytte operationskoder fra DRG 0701 til DRG 0703/0704 for klinisk meningsfuldhed.
08		Det er foreslået at oprette en ny gruppe for avancerede rekonstruktioner af hånd
11		Der er iværksat en revision, der skal medføre en mere retvisende gruppering i MDC 11
14	1401	1401 opdeles således, at tunge indlæggelser i graviditeten fanges bedre.
17	1708	Det er foreslået at ændre gruppen til en almindelig DRG-gruppe, da det er overflødigt, at den er gråzone efter de nye ambulante medicingrupper er oprettet
22		Der er foreslået en gruppe for 2. gradsforbrændinger, hvor der ikke er foretaget operation
26	2602	Der arbejdes løbende på at flytte udskrivninger fra DRG 2602 til klinisk mere meningsfulde grupper

Tabel B6. Planlagte og foreslåede ændringer for DAGS til 2013

Proceduregrupper	
	Det er foreslået at oprette grupper for jordemoderkonsultationer og hjemmefødsler. Der er foreslået en gruppe for indvandrermedicin med tværfaglig udredning. Der er foreslået en gruppe for netværksmøde.
Sammedagspakker	
	Der er stillet forslag om en sammedagspakke for udredning af dyb venetrombose. Der er stillet forslag om en sammedagspakke for tværspecial/faglig behandling inden for det obstetriske område. Det planlægges at oprette flere sammedagspakker.

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 2010
0101		Instrumenteret stabilisering af hvirvelsøjle ved sygdomme i nervesystemet.....	192.070	24	11
0102		Rygmarvsoperationer	80.766	16	7
0103		Carotiskirurgi	47.197	8	4
0104	*	<i>Indgreb på karpaltunnel</i>	7.826	1	1
0105		Operationer på hjernenerven, periferer nerver og nervesystem i øvrigt, m. kompl. bidrag	78.826	21	9
0106		Operationer på hjernenerven, periferer nerver og nervesystem i øvrigt, u. kompl. bidrag	33.968	6	2
0107		Behandling med højdosis immunglobulin ved sygdom i nervesystemet	59.373	6	3
0108		Medicinske sygdomme i nervesystemet med dialyse.....	135.929	28	9
0109		Medicinske sygdomme i nervesystemet med plasmaferese	42.975	3	3
0110		Svulster i nervesystemet, pat. mindst 18 år	41.717	24	7
0111		Sygdomme og skader på rygmarven.....	32.127	6	4
0112		Infektion i nervesystemet ekskl. virus meningit	61.702	29	9
0113		Sygdomme i hjernenerven og periferer nerver.....	23.286	6	3
0114		Trombolysebehandling af akut apopleksi	85.090	9	3
0115		Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utiltrækkelig blodforsyning til hjerne.....	39.586	16	6
0116		Degenerative sygdomme i nervesystemet	28.368	14	5

MDC-gruppe 01: Sygdomme i nervesystemet (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0117		Dissemineret sklerose og cerebellar ataxiv.....	28.510	11	5
0118		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. under 1 år.....	25.440	9	3
0119		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. 1-17 år.....	13.461	2	2
0120		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. mindst 18 år.....	16.613	4	2
0121		Hovedtraumer ekskl. hjernerystelse.....	34.261	11	4
0122		Hjernerystelse.....	9.547	1	1
0123		Video-EEG døgnmonitorering	53.143	4	2
0124		Forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne og okklusion af præcerebrale arterier	18.069	6	3
0125		Feberkræmper, pat. 0-17 år.....	8.442	1	1
0126		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. mindst 18 år.....	25.295	9	4
0127		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. 0-17 år	13.847	2	2
0128		Andre uspecifikke sygdomme i nervesystemet	22.408	9	4
0129		Observation for sygdom i nervesystemet	14.975	4	2

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0201	*	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi.....	39.664	5	3
0202	*	Kombinerede operationer på nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi.....	23.392	4	2
0203	*	Kombinerede operationer ved perforerende øjentraumer.....	32.545	14	4
0204	*	Dobbelt-operationer, øjennemuskler, hornhinde og sklera.....	16.780	1	1
0205	*	Hornhindetransplantation.....	23.392	8	4
0206	*	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi.....	34.070	2	2
0207	*	Store operationer, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi.....	19.323	6	2
0208	*	Store operationer, øjenlag, øjenæble og forreste øjenkammer mm, m. generel anæstesi.....	16.272	4	2
0209	*	Store operationer, øjenlag, øjenæble og forreste øjenkammer mm, u. generel anæstesi.....	12.313	4	2
0210	*	Store operationer, øjenhule, øjennemuskler, konjunktiva og linse, m. generel anæstesi.....	11.188	1	1
0211	*	Store operationer, øjenhule, øjennemuskler, konjunktiva og linse, u. generel anæstesi.....	5.594	1	1
0212	*	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, m. generel anæstesi.....	15.255	4	2
0213	*	Større operationer, tåreveje, øjenæble, nethinde, årehinde og glaslegeme, u. generel anæstesi.....	7.627	4	2
0214	*	Større operationer, hornhinde og sclera.....	6.610	2	2

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0215	*	Større operationer, øvrige, m. generel anæstesi.....	10.170	2	2
0216	*	Større operationer, øvrige, u. generel anæstesi.....	4.576	4	2
0217	*	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, m. generel anæstesi.....	9.661	4	2
0218	*	Mindre operationer, øjenlåg, øjenmuskler, konjunktiva, nethinde og glaslegeme, u. generel anæstesi.....	4.068	6	3
0219	*	Grå stær operationer, m. generel anæstesi.....	8.645	4	2
0220	*	Grå stær operationer, u. generel anæstesi.....	4.271	4	1
0221	*	Mindre operationer, øvrige, m. generel anæstesi.....	8.136	4	2
0222	*	Mindre operationer, øvrige, u. generel anæstesi.....	3.051	4	1
0223	*	Laserbehandling.....	1.831	4	2
0224	*	Øvrige indlæggelser eller besøg ved øjensygdomme.....	1.220	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0301		Indsættelse af cochleart implantat, dobbeltsidigt.....	436.118	5	3
0302		Indsættelse af cochleart implantat, enkelttsidigt.....	231.109	2	2
0303		Tracheostomi ved mundhule- og halssygdomme.....	115.407	41	16
0304		Operationer på hoved og hals, kategori 1.....	65.673	16	7
0305		Operationer på hoved og hals, kategori 2.....	49.246	15	7
0306		Operationer på hoved og hals, kategori 3.....	25.822	6	2
0307	*	Operationer på hoved og hals, kategori 4.....	12.546	1	1
0308		Større kæbeoperationer.....	56.833	7	3
0309		Kæbeledsalloplastik.....	105.895	4	2
0310		Operation for læbe-ganespalte og choanal atresi.....	41.022	11	5
0311		Kombinerede rekonstruktive operationer på over- og underkæbe.....	46.114	7	3
0312		Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled.....	33.844	6	2
0313	*	Operationer på øre, kategori 1.....	23.085	4	2
0314	*	Operationer på øre, kategori 2.....	14.613	2	2
0315	*	Operationer på næse, kategori 1.....	16.956	1	1
0316	*	Operationer på næse, kategori 2.....	8.635	2	2
0317	*	Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber.....	13.810	4	2
0318		Operationer på spytkirtler.....	25.262	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0319	*	<i>Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer.....</i>	10.254	4	2
0320		Endoskopier af luftveje og spiserør.....	15.876	1	1
0321		Andre operationer på øre, næse, mund og hals.....	18.009	4	2
0322		Ondartede sygdomme i øre, næse, mund og hals inkl. strube, pat. mindst 18 år	24.265	11	4
0323		Svimmelhed.....	13.649	4	2
0324		Næseblødning.....	12.002	4	2
0325		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidrag.....	17.672	6	3
0326		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidrag.....	11.821	4	2
0327		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. 0-17 år.....	7.741	1	1
0328	*	<i>Luftrørskatar.....</i>	5.981	1	1
0329	*	<i>Næsetraume og næsedeformitet.....</i>	1.570	1	1
0330		Andre sygdomme i øre, næse, mund og hals.....	11.500	2	2
0331		Observation for ondartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år.....	18.698	4	2
0332		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år.....	13.707	4	2
0333		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. 0-17 år.....	9.097	1	1
0334	*	<i>Tand- og mundhulesygdomme, ekskl. tandudtrækning.....</i>	2.088	4	2

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0401		Særligt store thoraxoperationer	287.204	57	18
0402		Større thoraxoperationer	101.403	14	7
0403		Torakoskopi	51.893	10	5
0404		Respiratorbehandling ved sygdomme i luftvejene	186.624	25	9
0405		NIV-behandling ved sygdomme i luftvejene	53.249	22	7
0406		Tilstand med transplanteret lunge med bronkoskopi	71.053	7	5
0407		Tilstand med transplanteret lunge uden bronkoskopi	25.355	3	3
0408	*	Andre operationer på luftveje	36.255	9	5
0409		Kompleks søvnudredning	24.114	1	1
0410	*	Simple søvnudredning	1.273	1	-
0411		Søvnapnø	18.859	4	2
0412		Medicinske sygdomme i åndedrætsorganerne med dialyse	75.503	24	11
0413		Tuberkulose uden operation	46.992	32	10
0414		Lungeemboli	39.716	22	7
0415		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. mindst 65 år	41.855	21	8
0416		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. 0-64 år	37.652	21	6
0417		Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. rigid bronkoskopi, pat. mindst 18 år	23.257	3	3

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0418	*	<i>Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. fleksibel bronkoskopi, pat. mindst 18 år</i>	32.819	3	3
0419		Svulster i luftveje, behandling uden komplikationer, pat. mindst 18 år	34.533	19	6
0420		Større thoraxskader, m. kompl. bidiag.	48.155	20	7
0421		Større thoraxskader, u. kompl. bidiag.	25.453	11	4
0422		Pleuritis exsudativa	27.716	14	5
0423		Lungeødem og respirationssvigt	31.596	16	6
0424		Obstruktive lungesygdomme, pat. mindst 60 år	25.164	14	5
0425		Obstruktive lungesygdomme, pat. 0-59 år	17.544	9	3
0426		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år, hæmatologiske patienter	51.565	18	7
0427		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år	35.364	18	7
0428		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år, hæmatologiske patienter	49.216	17	6
0429		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år	23.582	11	4
0430		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, m. kompl. bidiag.	25.552	11	4
0431		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, u. kompl. bidiag.	15.463	6	2
0432		Interstitielle lungesygdomme, udredning	38.372	6	5
0433		Interstitielle lungesygdomme	19.077	6	3
0434		Pneumothorax, m. kompl. bidiag.	48.599	21	7
0435		Pneumothorax, u. kompl. bidiag.	34.768	11	4
0436		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år, med høj dosis immunglobulin behandling....	54.282	4	8

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0437		Bronkit og astma, pat. 18-59 år, med højdosis immunglobulin behandling	27.783	1	1
0438		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år.....	18.428	9	3
0439		Bronkit og astma, pat. 0-17 år, komplicerede	30.014	12	4
0440		Bronkit og astma, pat. 0-59 år	11.284	4	2
0441		Symptomer fra luftveje.....	14.948	4	2
0442		Andre sygdomme i luftveje, udredningv	27.539	4	2
0443		Andre sygdomme i luftveje	21.208	9	3
0444		Cystisk fibrose	33.582	11	4
0445		Observation for sygdom i åndedrætsorganerne	13.810	2	2

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0501		Indsættelse af mekanisk hjerte.....	1.578.783	94	47
0502		Hjertetransplantation	499.033	43	31
0503		Hjerteoperation med dialyse.....	673.242	75	27
0504		Hjerteoperation med implantation af ICD	416.545	30	15
0505		Sternuminfektion.....	432.376	80	-
0506		Medfødte hjertesygdomme med hjerteoperation.....	184.330	14	8
0507		Kombinerede hjerteoperationer	268.977	22	12
0508		Hjerteklap-operation, m. stentklap.....	253.717	17	10
0509		Perkutan indsættelse af mitralclip.....	222.153	17	
0510		Hjerteklap-operation	215.008	20	12
0511		By-pass-operation	194.601	19	9
0512		Reoperationer efter hjerteoperation.....	250.197	20	12
0513		Andre hjerteoperationer.....	119.967	23	9
0514		Implantation af ICD med udvidelse af koronarartere	272.965	30	11
0515		Implantation af ICD	239.952	9	4
0516		Endovaskulær stentgraft.....	168.110	11	6
0517		Amputationer, m. cirkulationssvigt, ekskl. arme, hænder og tæer.....	113.182	48	19
0518		Amputationer, m. cirkulationssvigt, arme, hænder og tæer.....	48.998	25	8

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0519		Mindre operationer på kredsløbsorganerne	79.573	25	9
0520		Central karkirurgi med mors	84.609	1	1
0521		Større central karkirurgi	241.619	27	14
0522		Central karkirurgi	127.109	16	9
0523		Større perifer karkirurgi	110.263	26	12
0524		Perifer karkirurgi	68.095	13	5
0525		Mindre perifer karkirurgi	50.516	11	4
0526	*	Endovaskulær behandling m. stent	51.191	1	1
0527	*	Endovaskulær behandling u. stent	43.670	4	2
0528	*	Anlæggelse af dialysefistel	17.356	4	1
0529	*	Varicebehandling, kompliceret	17.405	4	1
0530	*	Varicebehandling, ukompliceret	11.480	1	1
0531		Andre kredsløbsoperationer	74.479	24	8
0532		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. C	108.768	10	4
0533		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. B	57.556	6	2
0534		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. A	23.698	9	3
0535		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation	20.169	11	4
0536		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. C	107.969	12	4
0537		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. B	51.075	6	2
0538		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. A	19.319	9	3

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0539		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation.....	12.733	4	2
0540		Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C.....	50.859	1	1
0541		Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. A.....	11.184	1	1
0542		Stabil iskæmisk hjertesygdom/brystmerter.....	14.776	4	2
0543		Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. C.....	143.228	9	4
0544		Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. B.....	77.280	9	4
0545		Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. A.....	23.260	6	3
0546		Hjertesvigt og shock.....	31.292	19	6
0547		Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. B og/eller C.....	81.564	14	5
0548		Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. A.....	16.417	4	2
0549		Erhvervede hjerteklapsygdomme.....	25.062	14	5
0550		Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. C.....	73.715	7	3
0551		Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. B.....	50.605	7	3
0552		Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. A.....	46.622	9	2
0553		Medfødte hjertesygdomme.....	19.220	4	2
0554		Hjertearytmi og synkope, m. særlig ablation og computermapping.....	95.101	5	3
0555		Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C.....	86.472	12	5
0556		Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B.....	56.809	6	3
0557		Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. A.....	22.954	6	3
0558		Hjertearytmi og synkope.....	12.926	4	2

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0559		Andre hjertesygdomme, proceduregrp. C	93.133	20	7
0560		Andre hjertesygdomme, proceduregrp. B.....	44.192	4	2
0561		Andre hjertesygdomme, proceduregrp. A.....	17.008	2	2
0562		Andre hjertesygdomme	11.885	2	2
0563		Endocarditis	87.444	59	15
0564		Årebetændelse i de dybe vener.....	15.271	6	3
0565		Hypertension	14.477	6	3
0566		Perifer karsygdom	23.887	4	3
0567		Andre kredsløbsdiagnoser.....	12.606	22	9
0568		Rehabilitering efter hjertetilfælde.....	25.787	12	5
0569		Observation for sygdom i kredsløbsorganerne.....	8.837	1	1

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0601		Fistler til mave-tarmkanalen	154.219	42	20
0602		Bækkeneksenteration.....	181.631	22	15
0603		Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år	196.028	29	15
0604		Operation for multiple kræftknuder i bughinde, m. opvarmet kemoterapi, pat. mindst 18 år	208.009	32	16
0605		Sakral nervesstimulation	104.841	5	3
0606		Operation på stimulationsystemer i nervesystemet.....	51.191	4	2
0607		Perkutan nerveevaluering.....	49.579	5	3
0608		Større operationer på tarm m. robot.....	123.503	28	9
0609		Større operationer på tyndtarm og tyktarm m. kompl. bidiag.	121.297	29	13
0610		Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.	102.217	28	12
0611		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning m. cancer.....	114.433	22	11
0612		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning u. cancer.....	92.534	22	9
0613		Operationer for sammenvoksninger i bughulen.....	75.412	23	10
0614		Øvrige indgreb på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. mindst 18 år	45.276	14	5
0615		Operationer på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. 0-17 år	26.017	4	2
0616		Fjernelse af blindtarm, kompliceret.....	33.864	10	4

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0617		Fjernelse af blindtarm, ukompliceret.....	21.207	4	2
0618		Mindre operationer på tyndtarm og tyktarm.....	26.461	11	4
0619		Større operationer på anus og kunstige tarmåbninger.....	24.353	4	2
0620		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidrag.....	36.556	7	5
0621		Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. bidrag.....	20.470	4	2
0622		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidrag.....	34.677	7	5
0623	*	<i>Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. bidrag.....</i>	8.807	4	2
0624	*	<i>Incisionel og andre hernier, laparoskopiske.....</i>	30.376	6	3
0625	*	<i>Umbilical, linea og alba hernier, laparoskopiske.....</i>	22.158	4	2
0626	*	<i>Ingvinal- og femoralhernier, laparoskopiske.....</i>	14.468	1	1
0627	*	<i>Større hernier, åben operation.....</i>	30.191	9	3
0628	*	<i>Mindre hernier, åben operation.....</i>	15.379	4	2
0629	*	<i>Perianale indgreb og operationer for sacralcyste.....</i>	17.316	4	2
0630		Andre operationer på fordøjelsesorganer m. kompl. bidrag.....	53.604	19	7
0631		Andre operationer på fordøjelsesorganer u. kompl. bidrag.....	41.173	14	5
0632		Medicinske sygdomme i fordøjelsesorganerne med dialyse.....	80.078	21	8
0633		Kortarmsyndrom.....	50.574	21	7

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0634		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne m. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år.....	33.635	17	6
0635		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne u. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år.....	25.971	9	4
0636		Mavesår, komplicerede.....	34.722	16	6
0637		Mavesår, ukomplicerede.....	22.065	9	4
0638		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.....	25.021	9	4
0639		Passagehindring i mavetarmkanal.....	23.719	9	4
0640		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.....	19.512	6	3
0641		Inflammatoriske tarmsygdomme.....	20.138	11	4
0642		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. 0-17 år.....	13.491	2	2
0643		Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag. .	18.745	9	3
0644		Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.....	14.254	4	2
0645		Gastroenteritis infectiosa, pat. 0-17 år.....	9.324	1	1
0646		Betændelse i spiserør, mave og tarm i øvrigt, pat. 0-17 år.....	10.516	2	2
0647		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, pat. mindst 18 år.....	16.757	4	3
0648		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, ekskl. svulster, pat. 0-17 år.....	13.603	2	2
0649		Fødevareallergi.....	9.158	1	1
0650		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, m. endoskopi.....	24.002	9	3
0651		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, u. endoskopi.....	11.233	2	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0701		Bugspytkirtel- og leveroperationer samt udredning for levertransplantation	147.685	26	12
0702		Dialyse, respiratorbehandling og/eller plasmafærese.....	215.589	38	13
0703		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, med ondartet svulst, pat. mindst 18 år.....	59.190	20	7
0704		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, uden ondartet svulst	39.128	16	6
0705		Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomy m. kompl. biilag.....	48.622	20	7
0706	*	<i>Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomy u. kompl. biilag.</i>	42.668	19	6
0707		Fjernelse af galdeblære, åben kirurgi.....	66.126	14	7
0708	*	<i>Fjernelse af galdeblære, laparoskopl.</i>	23.443	4	2
0709		Andre operationer på lever, galdeveje og bugspytkirtel.....	50.107	15	7
0710		Tilstand med transplanteret lever	61.306	11	5
0711		Kronisk leversygdom med hepatisk encephalopati og/eller hepatorenalt syndrom.....	51.234	27	9
0712		Kronisk leversygdom med gastrointestinal blødning og/eller ascites	23.120	9	4
0713		Kronisk leversygdom med andre, alkoholiske komplikationer	31.512	16	6
0714		Kronisk leversygdom uden komplikationer.....	21.500	11	4
0715		Akut infektøs eller toksisk leversygdom.....	31.101	14	5
0716		Paracetamolforgiftning uden leverpåvirkning	14.282	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0717		Ondartet sygdomme i lever, galeveje og bugspytkirtel, pat. mindst 18 år	31.287	16	5
0718		Neoplasi (benign) eller cyster, pat. mindst 18 år	18.334	4	2
0719		Metabolisk leversygdom	15.543	2	2
0720		Sygdomme i bugspytkirtel, ekskl. ondartede sygdomme	28.706	15	5
0721		Komplicerede sygdomme i galdeveje	21.155	11	4
0722		Sygdomme i galdeveje, u. kompl. bidiag	15.340	6	3
0723		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel m. endoskopi	38.685	24	6
0724		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel u. endoskopi	19.134	6	3

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0801	*	Spondylodese, for+bag el. for int. fiks, m. særlig a-diag	236.793	41	15
0802	*	Spondylodese, for+bag, el. bag m. særlig a-diag	140.239	17	8
0803	*	Spondylodese, med fiksatión.....	124.556	17	7
0804	*	Spondylodese, uden fiksatión, og reoperationer	93.758	14	6
0805	*	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik	57.743	9	4
0806	*	Dekompression.....	43.401	9	3
0807	*	Diskusprolaps.....	37.915	6	3
0808	*	Perifer nerveoperation.....	10.735	2	2
0809	*	Infektionskirurgi, ryg/hals og underkøstremitet, store led	119.791	60	24
0810	*	Infektionskirurgi, overkøstremitet, store led, og ankel/fod	72.236	39	13
0811	*	Infektionskirurgi, hændled/hånd.....	33.773	15	5
0812	*	Amputation, ekskl. fingre og tæer.....	89.010	34	15
0813	*	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år	145.324	38	15
0814	*	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	55.323	15	6
0815	*	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år	17.390	4	2
0816	*	Alloplastik, dobbelt, store led.....	104.629	8	4
0817	*	Alloplastik, dobbelt, hånd/fod.....	49.521	4	2
0818	*	Alloplastik, større revision, underkøstremitet, store led	98.774	22	9

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0819	*	Alloplastik, ryg/hals.....	47.728	7	3
0820	*	Alloplastik, overekstremitet, store led.....	61.437	12	5
0821	*	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led.....	65.014	8	5
0822	*	Alloplastik, hånd/fod.....	19.845	1	1
0823	*	Frakturkirurgi, ryg/hals	98.979	14	7
0824	*	Frakturkirurgi, skulder/overarm.....	40.210	9	3
0825	*	Frakturkirurgi, albue/underarm.....	30.057	6	3
0826	*	Frakturkirurgi, håndled.....	23.833	6	2
0827	*	Frakturkirurgi, hånd.....	17.149	4	2
0828	*	Frakturkirurgi, ekstern fiksat, underekstremitet ekskl. fod.....	88.395	32	12
0829	*	Frakturkirurgi, intern fiksat, hofte nær.....	61.624	22	8
0830	*	Frakturkirurgi, intern fiksat, lår.....	77.489	23	10
0831	*	Frakturkirurgi, intern fiksat, knæ/underben.....	54.331	13	6
0832	*	Frakturkirurgi, intern fiksat, ankel.....	39.024	10	4
0833	*	Frakturkirurgi, fod.....	27.990	9	4
0834	*	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led.....	15.708	1	1
0835	*	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led.....	32.130	14	4
0836	*	Reposition, øvrige.....	17.392	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Gråzone	Tekst	Takst	Triompkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0837	*		Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ.....	32.032	4	2
0838	*		Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	22.173	6	2
0839	*		Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår.....	50.949	13	5
0840	*		Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	31.018	6	2
0841	*		Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig.....	29.972	6	3
0842	*		Rekonstruktion, overekstremitet, store led	17.840	1	1
0843	*		Rekonstruktion, underekstremitet, store led	19.894	2	2
0844	*		Rekonstruktion, hånd/fod.....	13.153	1	1
0845	*		Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	32.315	6	3
0846	*		Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led.....	65.791	30	11
0847	*		Artrodese, hånd/fod	17.102	2	2
0848	*		Artrodese, ankel	28.604	11	4
0849	*		Fjernelse af fikationsudstyr, implantat mm., ryg/hals.....	38.059	10	4
0850	*		Fjernelse af fikationsudstyr, implantat mm., hofte/lår.....	24.263	4	3
0851	*		Fjernelse af fikationsudstyr, implantat mm., øvrige.....	9.182	1	1
0852	*		Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	14.935	1	1
0853	*		Endoskopi/artroskopi, hofte.....	23.656	1	1
0854	*		Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	16.180	3	3

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0855	*	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	10.224	1	1
0856	*	Endoskopi/artroskopi, øvrige	12.526	2	2
0857	*	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	10.562	1	1
0858	*	Sene, muskel, fascie, øvrige	16.995	4	2
0859	*	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	10.138	1	1
0860	*	Mindre knogleoperationer, øvrige	15.916	4	2
0861	*	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	9.479	2	2
0862	*	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	16.152	6	3
0863	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	58.019	14	6
0864	*	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	22.402	6	3
0865	*	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	12.429	4	2
0866	*	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	28.823	14	5
0867	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	15.580	4	2
0868		Medicinske sygdomme i muskel-skeletersystemet og bindevæv med plasmaferese	151.811	43	19
0869		Medicinske sygdomme i muskel-skeletersystemet og bindevæv med dialyse	200.281	46	17
0870		Konservativt behandlet brud i bækken og lår	29.694	16	5
0871		Konservativt behandlet patologisk fraktur	23.214	9	4
0872		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. mindst 18 år	15.759	6	3

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0873		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. 0-17 år	9.156	1	1
0874		Kompliceret behandling af inflammatorisk reumatisk sygdom	56.072	2	2
0875		Deformerende rygsygdomme	23.335	9	4
0876		Slidgigt i hofte eller knæ	12.696	4	2
0877		Infektioner i led og knogler	57.583	36	11
0878		Inflammatoriske artrittr, pat. mindst 16 år, med komplikationer	43.599	25	8
0879		Inflammatoriske artrittr, pat. mindst 16 år, uden komplikationer	23.919	14	4
0880		Inflammatoriske artrittr, pat. 0-15 år	13.149	2	2
0881		Generaliserede bindevævssygdomme	33.048	16	6
0882		Infektioner i muskler og bløddel	35.727	14	5
0883		Degenerative rygsygdomme og andre ryglidelser	18.255	9	3
0884		Reumatologiske sygdomme i bløddel	10.608	2	2
0885		Medicinske sygdomme i ryggen	22.182	11	4
0886		Øvrige sygdomme i knogler og led	13.177	2	2
0887		Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	23.397	11	4
0888		Andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	17.696	6	3
0889		Observation eller udredning for andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	16.386	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0901		Mammakirurgi I.....	66.222	14	7
0902	*	Mammakirurgi II.....	41.345	6	2
0903	*	Mammakirurgi III.....	35.725	4	2
0904	*	Mammakirurgi IV.....	20.135	4	2
0905	*	Mammakirurgi V.....	13.578	1	1
0906		Onkoplastisk mammakirurgi med replacement.....	54.087	4	2
0907		Onkoplastisk mammakirurgi med displacement og/eller reduktion.....	54.732	4	2
0908		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stilket muskellap, dobbelt.....	130.277	16	8
0909		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stilket muskellap, enkelt.....	88.588	20	10
0910		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, dobbelt.....	61.198	11	7
0911		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, enkelt.....	51.359	18	7
0912		Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse.....	33.438	9	5
0913		Hudtransplantation og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse.....	26.541	4	3
0914		Body lift efter stort vægttab.....	127.126	9	-
0915		Plastikkirurgi efter stort vægttab.....	40.680	9	-
0916		Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma.....	33.415	9	4
0917		Andre operationer på hud, underhud og mamma, m. kompl. bidiag.	60.614	31	10

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
0918		Andre operationer på hud, underhud og mamma, u. kompl. bidiag.	25.740	6	3
0919		Medicinske sygdomme i hud, underhud og mamma med dialyse.....	83.198	21	8
0920		Moderat hudsygdom m. kompl. bidiag. el. svær hudsygdom.....	39.861	19	6
0921		Lettere hudsygdom m. kompl. bidiag.....	25.951	11	4
0922		Lettere eller moderat hudsygdom, u. kompl. bidiag.....	17.319	4	2
0923		Infektioner i hud og underhud, pat. mindst 18 år.....	21.736	9	4
0924		Infektioner i hud og underhud, pat. 0-17 år.....	15.831	6	2
0925		Kroniske sår i huden.....	34.325	16	5
0926		Hudtraumer.....	17.295	4	2
0927		Mammacancer.....	24.612	9	3
0928		Observation for sygdom i hud, underhud eller mamma.....	16.257	2	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1001		Amputationer af underekstremiteter, m. stofskiftesygdom.....	107.202	53	20
1002		Operationer på binyrer og hypofyse.....	88.357	16	8
1003		Hudtransplantation og sårrevision ved stofskiftesygdomme	92.375	45	19
1004		Operationer for adipositas	42.715	7	3
1005		Operationer på biskjoldbruskkirtelen	34.161	4	2
1006		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ondartet sygdom, kompliceret.....	53.901	12	5
1007		Operationer på skjoldbruskkirtelen, godartet sygdom, kompliceret.....	42.630	7	3
1008		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ukompliceret.....	26.223	4	2
1009		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, m. kompl. bidiag.....	82.706	20	9
1010		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.....	43.613	6	3
1011		Struma og stofskiftesygdomme	17.395	6	3
1012		Knoglemetaboliske- og kalksygdomme	33.801	21	7
1013		Diabetes mellitus	23.527	14	4
1014		Ernærings- og diverse metaboliske sygdomme	26.204	6	3
1015		Hypofyse-, binyre-, gonade- og andre endokrine sygdomme.....	17.511	6	3
1016		Andre ernærings- og stofskiftesygdomme	22.735	11	4
1017		Medicinske endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme med dialyse	86.125	22	7
1018		Observation for endokrine sygdomme.....	9.581	1	1

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1101		Nyretransplantation, kompliceret.....	511.899	33	-
1102		Nyretransplantation	180.722	33	16
1103		Cystektomi, m. robot, m. ondartet sygdom.....	207.605	41	21
1104		Større blæreoperationer, m. ondartet sygdom.....	173.110	19	13
1105		Større blæreoperationer, m. godartet sygdom.....	111.704	19	8
1106		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	99.361	7	3
1107		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	72.574	13	6
1108		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom, m. robot.....	89.155	5	3
1109		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom	53.505	17	7
1110		Prostatektomi, m. robot, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år.....	100.143	4	2
1111		Åbne operationer på prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	64.548	10	4
1112	*	Større operationer i retroperitoneum/det lille bækken.....	39.167	6	3
1113		Åbne operationer på prostata, godartet sygdom	41.753	17	6
1114		Operation for hypospadi.....	44.802	17	5
1115	*	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum og blåt lys.....	27.012	4	2
1116	*	Operation på blære, kompliceret, m. cytostatikum eller blåt lys.....	22.551	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1117		Mindre operationer på blære	41.998	17	6
1118	*	Operationer på urinrør, pat. 0-15 år	33.037	9	3
1119	*	Operationer på urinrør, pat. mindst 16 år	36.255	6	2
1120	*	Operationer gennem urinrør på øvre urinveje	20.509	6	3
1121	*	Operationer gennem urinrør på prostata	24.584	6	3
1122	*	Operationer gennem urinrør på blære	18.228	6	2
1123	*	Operationer gennem urinrør på urinrør	16.935	6	2
1124	*	Cystoskopi, m. blåt lys	12.822	4	2
1125	*	Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation	4.597	6	3
1126		Andre operationer på nyrer og urinveje	43.619	16	6
1127		Akutte medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	159.550	47	19
1128		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	61.104	24	8
1129		Akutte medicinske nyresygdomme uden dialyse og uden plasmaferese	40.179	21	7
1130		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme uden dialyse	23.285	11	4
1131		Truende afstødning af transplanteret nyre	51.021	20	6
1132		Svulster i nyre og urinveje, med ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	22.412	9	4
1133		Svulster i nyre og urinvej, uden ondartet sygdom	15.918	6	3
1134		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-1 år, komplicerede	27.136	8	5
1135		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-15 år, øvrige	16.015	9	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1136		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. mindst 16 år	22.729	14	4
1137		Sten i urinveje	11.019	2	2
1138		Symptomer fra nyrer og urinveje, abnorme fund	9.784	2	2
1139		Sygdomme i prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	22.230	11	4
1140		Sygdomme i prostata, godartet sygdom	11.508	4	2
1141	*	<i>Urinvejsforsnævring</i>	2.450	2	2
1142	*	<i>Incision på/og laser behandling af prostata</i>	16.698	4	2
1143		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. mindst 16 år	16.274	4	2
1144		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. 0-15 år	13.724	2	2
1145	*	<i>Andre symptomer fra nyrer og urinveje</i>	3.355	4	2
1146		Observation for nyre- eller urinvejssygdomme	11.396	2	2

MDC-gruppe 12: Sygdomme i mandlige kønsorganer

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1201		Operationer på penis, med ondartet sygdom.....	48.592	11	4
1202	*	Operationer på scrotalindhold, m. ondartet sygdom, pat. mindst 18 år.....	21.430	4	3
1203	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. 0-15 år.....	20.429	1	1
1204	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. mindst 16 år.....	8.526	2	2
1205	*	Operationer på penis, uden ondartet sygdom.....	11.814	2	2
1206	*	Andre operationer på mandlige kønsorganer.....	9.883	2	2
1207	*	Ondartede sygdomme på mandlige kønsorganer.....	2.186	4	2
1208	*	Betændelse i mandlige kønsorganer.....	4.001	2	2
1209	*	Andre sygdomme el. mistanke om sygdom i mandlige kønsorganer.....	1.645	1	1

MDC-gruppe 13: Sygdomme i kvindelige kønsorganer

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1301	*	Aborter efter 13 uger	19.151	2	1
1302		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	100.412	10	4
1303		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, u. robot	65.089	12	7
1304		Meget komplicerede gynækologiske indgreb, m. robot	73.077	4	2
1305		Meget komplicerede gynækologiske indgreb, u. robot	42.734	9	3
1306	*	Komplicerede gynækologiske indgreb	35.546	5	3
1307	*	Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidrag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	60.040	11	5
1308	*	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år	96.566	7	3
1309	*	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år	59.833	11	5
1310	*	Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidrag	38.962	7	3
1311	*	Standard gynækologisk indgreb	35.201	7	3
1312	*	Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	22.341	5	3
1313	*	Enklere gynækologiske indgreb, m. kompl. bidrag	17.353	4	2
1314	*	Enklere gynækologiske indgreb	13.362	1	1

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1315	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidrag. ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år.....	17.686	4	4
1316	*	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år.....	14.798	4	3
1317	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidrag.	7.082	1	1
1318	*	Mindre gynækologiske indgreb.....	5.435	1	1
1319	*	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom.....	1.871	2	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1401	*	Kompikationer i graviditeten	1.939	4	2
1402	*	Intrauterine indgreb under graviditeten.....	18.396	2	2
1403		Indlæggelse i graviditeten, fødsel før 28 uger	53.304	26	8
1404		Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	47.896	28	11
1405		Meget kompliceret graviditet, m. akut kejsersnit, flegangsfødende.....	45.000	33	13
1406		Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	41.794	16	7
1407		Kompliceret graviditet eller medicinsk sygdom hos moder, m. akut kejsersnit, flegangsfødende.....	40.549	13	6
1408		Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	37.053	11	5
1409		Igangsæt fødsel, m. akut kejsersnit, flegangsfødende	32.297	8	4
1410		Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit, m. akut kejsersnit.....	28.370	7	3
1411		Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, førstegangsfødende	30.706	8	4
1412		Spontan begyndende fødsel, m. akut kejsersnit, flegangsfødende.....	29.219	7	4
1413		Planlagt kejsersnit, førstegangsfødende	24.340	10	4
1414		Planlagt kejsersnit, flegangsfødende	21.065	7	3
1415		Planlagt vaginal fødsel, tidligere kejsersnit.....	23.932	6	3
1416		Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, førstegangsfødende.....	36.771	13	6
1417		Flerfold eller planlagt vaginal UK fødsel, flegangsfødende	34.713	12	5

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1418		Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende	34.176	17	6
1419		Meget kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende	28.073	10	5
1420		Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, førstegangsfødende.....	29.029	10	5
1421		Kompliceret graviditet, m. vaginal fødsel, flergangsfødende.....	22.716	6	3
1422		Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, førstegangsfødende.....	29.684	10	4
1423		Postpartum blødning over 1000 ml eller sphincterruptur, flergangsfødende	24.606	6	2
1424		Vaginal fødsel, m. instrumental forløsning, førstegangsfødende	28.591	7	3
1425		Vaginal fødsel, m. instrumental forløsning, flergangsfødende.....	24.248	6	2
1426		Igangsatt vaginal fødsel, m. epidural, førstegangsfødende.....	30.118	8	4
1427		Igangsatt vaginal fødsel, m. epidural, flergangsfødende.....	24.258	6	2
1428		Igangsatt vaginal fødsel, førstegangsfødende	28.276	7	4
1429		Igangsatt vaginal fødsel, flergangsfødende.....	22.340	4	2
1430		Spontan fødsel, m. epidural, førstegangsfødende	25.801	7	3
1431		Spontan fødsel, m. epidural, flergangsfødende.....	21.113	4	2
1432		Spontan fødsel, førstegangsfødende	23.951	5	3
1433		Spontan fødsel, flergangsfødende	19.162	1	1
1434		Indlæggelser i barselsperioden	16.451	6	3

MDC-gruppe 15: Sygdomme i perinatalperioden

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1501		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, meget komplicerede.....	96.449	2	2
1502		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, moderat komplicerede.....	20.641	2	2
1503		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, ukomplicerede.....	8.381	1	1
1504		Mistanke om sygdomme i perinatalperioden.....	20.947	9	3
1505		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, meget komplicerede....	477.865	155	53
1506		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, moderat komplicerede	259.387	121	39
1507		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, ukomplicerede.....	143.821	79	21
1508		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, meget komplicerede	243.243	93	29
1509		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, moderat komplicerede	154.355	70	24
1510		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, ukomplicerede	65.398	32	11
1511		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, m. ECMO-behandling	332.102	32	16
1512		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, meget komplicerede	163.684	35	15
1513		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, moderat komplicerede	37.940	15	6
1514		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, ukomplicerede	16.843	9	3
1515		Immaturitas/Praematuritas, pat. 28-120 dage	152.923	103	25
1516		Nyfødte med mindre problemer	11.294	6	2
1517		Raske nyfødte	-	0	-
1518		Andre sygdomme i perinatalperioden.....	23.631	6	4

MDC-gruppe 16: Sygdomme i blod og bloddannende organer

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1601		Fjernelse af milt	83.887	12	8
1602		Andre operationer ved sygdomme i blod eller bloddannende organer	25.855	4	2
1603		Antistofbehandling af sygdomme i blod og bloddannende organer	55.017	16	6
1604		Immunmodulerende behandling	61.899	32	14
1605	*	<i>Afaeser</i>	10.319	1	1
1606		Ideopatiske knoglemarvsaplasier	30.977	4	3
1607		Sekundære og uspecifikke knoglemarvsaplasier	35.417	19	6
1608		Granulo- og trombocytopeni	43.344	17	6
1609		Hæmoglobinopati	12.489	1	1
1610		Hæmolytiske anæmier og anæmier forårsaget af enzymatiske forstyrrelser m.m.	26.269	11	4
1611		Trombotisk trombocytopeniske purpura	78.714	19	7
1612		Immunglobulin mangel	12.478	2	2
1613		Svær immundefekt og aflejringssygdomme	25.766	4	3
1614		Koagulationsforstyrrelser	15.490	2	2
1615		Øvrige sygdomme i blod og bloddannende organer	17.482	6	3
1616		Mangelanæmier	49.168	23	9
1617		Observation for sygdom i blod og bloddannende organer	14.388	4	2

MDC-gruppe 17: Svulster i lymfatisk og bloddannende væv

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimptk. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1701	*	<i>Mini-knoglemarvstransplantation.</i>	429.115	46	24
1702		Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	124.247	57	14
1703		Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte, pat. mindst 18 år	68.748	14	8
1704		Kompleks svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi.....	256.783	87	29
1705		Kompleks svampebehandling.....	141.498	44	15
1706		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. mindst 18 år	113.525	54	16
1707		Basis svampebehandling, pat. mindst 18 år.....	73.825	28	10
1708		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, type 2.....	153.570	2	1
1709		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	43.103	14	6
1710		Biologisk modificerende stoffer på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år.....	46.222	14	5
1711		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år.....	61.463	12	6
1712		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år	25.304	9	3
1713		Større operationer ved lymfom og leukæmi, pat. mindst 18 år.....	67.907	22	8
1714		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, m. kompl. biilag.	153.817	42	13

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1715		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.	50.050	14	5
1716		Større operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	58.148	15	5
1717		Mindre operationer ved knoglemarvssygdomme m.m., pat. mindst 18 år	31.362	9	4
1718		Operationer ved svulster i lymfatisk og bloddannende væv mm., pat. 0-17 år	53.567	11	4
1719		Svulster med afereesebehandling	33.947	9	3
1720		Malign hæmatologisk sygdom uden specifik behandling, pat. mindst 18 år	33.475	9	4
1721		Diagnostik ved ondartede sygdomme, pat. mindst 18 år	25.572	11	4
1722		Andre knoglemarvssygdomme	19.787	4	3
1723		Observation pga mistanke om malign hæmatologisk sygdom, pat. mindst 18 år	20.942	6	3

MDC-gruppe 18: Infektionssygdomme og parasitære sygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1801		Operationer ved infektioner eller parasitære sygdomme.....	80.931	31	11
1802		Infektionssygdomme eller parasitære sygdomme med dialyse.....	184.116	38	15
1803		Sepsis med hæmatologisk kompl. bidiag.....	69.676	22	9
1804		Septisk chok	52.705	19	8
1805		Sepsis.....	41.613	18	7
1806		Postoperative og posttraumatiske infektioner, m. kompl. faktorer	31.470	16	6
1807		Postoperative og posttraumatiske infektioner, u. kompl. faktorer	23.949	11	4
1808		Feber af ukendt årsag, med biopsi og/eller scopi.....	58.153	24	9
1809		Feber af ukendt årsag, pat. mindst 18 år, uden biopsi og/eller scopi	23.967	11	4
1810		Virus sygdomme, pat. mindst 18 år, m. kompl. faktorer	19.474	11	4
1811		Virus sygdomme, pat. mindst 18 år, u. kompl. faktorer	15.147	6	2
1812		Virus sygdomme og feber af ukendt årsag, pat. 0-17 år	9.106	1	1
1813		Andre infektioner eller parasitære sygdomme.....	31.883	19	6
1814		Observation for infektion eller parasitær sygdom	12.830	4	2

MDC-gruppe 19: Psykiatriske sygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
1901		Operationer på patienter hvor sindslidelse er hoveddiagnose	49.377	17	7
1902		Akutte tilpasningsvanskeligheder og psykosomatiske forstyrrelser.....	12.986	4	2
1903		Depressive neuroser	19.508	7	3
1904		Ikke-depressive neuroser	19.742	6	3
1905		Personlighedsforstyrrelser og adfærdsproblemer	36.320	14	6
1906		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. mindst 18 år.....	37.299	24	7
1907		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. 0-17 år	14.262	2	2
1908		Psykosser.....	17.685	4	2
1909		Sindslidelser hos børn	32.723	9	5
1910		Andre psykiske forstyrrelser	13.964	4	2
1911		Observation for en psykiatrisk sygdom.....	15.214	4	2

MDC-gruppe 20: Misbrug

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2001		Alkohol- eller stofmisbrug eller afhængighed og afgiftning etc., m. kompl. bidrag.	14.549	4	3
2002		Alkohol- eller stofmisbrug eller afgiftning etc., u. kompl. bidrag.....	9.597	2	2

MDC-gruppe 21: Ulykkestilfælde og forgiftninger

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2101		Allergiske og allergi lignende reaktioner.....	8.700	1	1
2102		Komplikationer ved behandling, m. kompl. bidlag.....	36.692	11	5
2103		Komplikationer ved behandling, u. kompl. bidlag.....	17.693	4	3
2104		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidlag.....	16.853	4	2
2105		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, øvrige.....	9.864	1	1
2106		Sårbehandling efter skade.....	28.179	29	18
2107		Andre operationer efter skade, m. kompl. bidlag.....	124.621	31	11
2108		Andre operationer efter skade, u. kompl. bidlag.....	50.673	14	5
2109		Traume, m. kompl. bidlag.....	18.378	4	2
2110		Traume, u. kompl. bidlag.....	14.161	2	2
2111		Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger, m. kompl. bidlag.....	16.642	4	2
2112		Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger, u. kompl. bidlag.....	12.750	2	2
2113		Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning.....	8.488	1	1
2114		Replantation.....	43.839	10	6

MDC-gruppe 22: Forbrændinger

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimptk. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2201		Forbrændinger, overført til anden akut enhed	65.425	17	4
2202		Forbrænding med exposure behandling.....	55.936	35	-
2203		Omfattende forbrænding uden operativ behandling	60.506	35	16
2204		Mindre omfattende forbrænding med sårrevision eller anden operation.....	103.608	48	14
2205	*	<i>Mindre omfattende forbrænding uden operativ behandling.....</i>	5.025	19	5

MDC-gruppe 23: Øvrige

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2301		Operationer ved anden kontakårsag til sundhedsvæsenet	33.354	6	3
2302		Rehabilitering.....	79.102	41	16
2303		Symptomer og fund, m. kompl. bidiag.	29.183	16	5
2304		Symptomer og fund, u. kompl. bidiag.	12.831	2	2
2305		Efterbehandling	11.143	2	2
2306		Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	5.119	2	2

MDC-gruppe 24: Signifikant multitraume

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2401		Kranieoperation ved svært multitraume.....	437.990	43	15
2402		Påsætning af lemmer, hofte- og lårbensoperation ved svært multitraume	214.532	33	12
2403		Andre operationer ved svært multitraume	241.568	33	12
2404		Andet svært multitraume	80.892	21	8

MDC-gruppe 25: HIV-infektion

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2501		HIV med betydelig HIV relateret sygdom	59.583	20	8
2502		HIV med eller uden bidiagnose	37.333	14	5

Uden for MDC-grupper

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2601		Større operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen.....	36.931	7	4
2602		Ikke gruppérbar pga. manglende oplysninger	5.119	4	2
2603		Mindre operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen.....	22.919	9	4
2604		Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, almindeligt forløb	726.784	186	77
2605		Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed, afklaringsforløb	268.232	100	34
2606		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, almindeligt forløb	500.910	140	69
2607		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, afklarings- og/eller udslusningsforløb.....	91.637	47	15
2608		Intensiv neurorehabilitering, kontrolindlæggelse.....	8.552	1	1
2609		Neurorehabilitering	118.989	58	22
2610		Levertransplantation.....	865.253	58	26
2611		Lungetransplantation	604.200	60	31
2612		Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt.....	666.562	92	31
2613		Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer	422.501	65	25
2614		Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ	257.056	43	18
2615		Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer	215.323	41	16
2616		Neurokirurgi for epilepsi med elektrokortikografi.....	179.618	12	6
2617		Neurokirurgi for parkinson, dystoni og epilepsi.....	199.767	23	8

Uden for MDC-grupper (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2618		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, kompliceret.....	178.141	9	3
2619		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, moderat kompliceret.....	64.445	11	4
2620		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, ukompliceret.....	55.352	4	2
2621		Kraniekirurgi og kranioplastik, kompliceret.....	108.767	17	8
2622		Vaskulærkirurgi, kompliceret.....	201.911	33	11
2623		Kranie- og vaskulærkirurgi, ukompliceret.....	118.787	17	9
2624		Traumekirurgi.....	132.368	15	7
2625		Hydrocephalus.....	100.963	20	7
2626		Spinalkirurgi.....	544.543	245	62
2627		Allogen stamcelletransplantation, pat. mindst 18 år.....	487.853	78	37
2628		Allogen stamcelletransplantation, pat. 0-17 år.....	1.246.705	142	59
2629		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. mindst 18 år.....	127.439	37	12
2630		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. 0-17 år.....	211.756	16	7
2631		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. mindst 18 år.....	159.495	34	21
2632		Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. 0-17 år.....	155.691	35	27
2633		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år.....	76.333	11	5
2634		Basis svampebehandling, pat. 0-17 år.....	24.318	2	2
2635		Større operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år.....	97.033	20	7
2636		Mindre operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år.....	31.145	4	2

Uden for MDC-grupper (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2637		Svulster uden specifik behandling, pat. 0-17 år.....	18.767	2	2
2638		Kontrolundersøgelse efter behandling for ondartet svulst, pat. 0-17 år.....	14.164	1	1
2639		Observation pga. mistanke om ondartet svulst, pat. 0-17 år.....	23.747	2	2
2640		Observation pga mistanke om fysisk overgreb, pat. 0-17 år.....	20.047	6	3
2641	*	<i>Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år.....</i>	<i>2.067</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
2642		Multipatologi og svær funktionsnedsættelse	103.575	63	24
2643		Multipatologi og moderat funktionsnedsættelse	101.319	53	21
2644		Multipatologi og let funktionsnedsættelse.....	84.618	42	17
2645		Plastikkirurgisk dækning af større overfladedefekter.....	179.919	91	29
2646		Plastikkirurgisk dækning af tryksår hos rygmarvsskadede.....	182.806	92	44
2647		Rekonstruktion med stilkede lapper	140.727	55	19
2648		Rekonstruktion med frie vaskulariserede lapper	184.919	24	12
2649		Mindre plastikkirurgiske rekonstruktioner	54.563	22	8
2650		Respiratorbehandling ved langvarig kronisk respirationsinsufficiens	371.638	28	28
2651		Specialiseret palliativ indsats.....	100.467	48	14
2652		Udvidet epilepsikirurgi med mapping.....	564.966	20	-
2653		Udvidet epilepsikirurgi	276.954	20	10
2654		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, nytliskadekommen.....	342.833	174	70

Uden for MDC-grupper (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2655		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, komplikations- indlæggelse	186.181	83	29
2656		Behandling af rygmarvsskadet, højt specialiseret, central enhed, vurdering/kort forløb	16.864	2	2
2657		Hjernedød i henhold til Sundhedsloven	34.855	2	1

Onkologiske behandlingsgrupper

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2701	*	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling.....	96.836	54	15
2702		Strålebehandling, kompleks, 3-4 fraktioner.....	26.669	7	4
2703	*	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner.....	6.017	4	2
2704	*	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion.....	3.465	1	1
2705		Strålebehandling, konventionel, mindst 5 fraktioner.....	58.158	25	11
2706		Strålebehandling, konventionel, 3-4 fraktioner.....	20.342	21	8
2707	*	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner.....	4.368	7	3
2708	*	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion.....	2.246	9	3
2709		Isotoperapi.....	46.872	6	4
2710	*	Stereotaksi.....	15.877	9	5
2711		Brachyterapi.....	27.519	2	2
2712	*	Stråleplanlægning, kompleks, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi).....	10.348	16	4
2713	*	Stråleplanlægning, kompleks.....	8.668	9	4
2714	*	Stråleplanlægning, konventionel, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi).....	9.504	17	5
2715	*	Stråleplanlægning, konventionel.....	6.385	4	4
2716		Kemoterapi, med komplicerende aktionsdiagnose.....	99.124	30	12
2717		Kemoterapi, højdosis.....	33.132	5	3

Onkologiske behandlingsgrupper

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2010
2718		Kemoterapi, kompleks med antistofbehandling	29.796	1	1
2719	*	Kemoterapi, kompleks, med strålebehandling (ekskl. stereotaksi).....	21.290	2	2
2720		Kemoterapi, kompleks.....	16.391	2	2
2721		Kemoterapi, basis med antistofbehandling.....	21.876	1	1
2722	*	Kemoterapi, basis, med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi)	18.337	1	1
2723		Kemoterapi, basis.....	8.307	4	2
2724		Biologiske modificerende stoffer.....	36.672	11	4
2725		Antistofbehandling	12.032	1	1

Bilag 4. Ambulante takster

B4.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2012

Takster for besøgsgrupper mv.

Gruppe	Tekst	Takst
BG50A	Ambulant besøg, pat. mindst 7 år	954
BG50B	Ambulant besøg, pat. 0-6 år	1.338
BG50C	Ambulant besøg, med anamnese- eller journaloptagelse	1.584
BG50D	Skadestue	763
BG50E	Ambulant substitutionstakst, hjemmebesøg	2.384
BG50F	Ambulant substitutionstakst, telemedicin	476
BG50G	Telefon- og e-mail-konsultation, samt skriftlig kommunikation ved prøvesvar	166

Takster for diagnosegrupper (ekskl. ambulant besøg)

Gruppe	Tekst	Takst
DG30A	Medfødte stofskiftesygdomme	7.978
DG30B	Kraniofaciale misdannelser	7.380
DG30C	Pubertetsforstyrrelser, komplicerede	1.746
DG30D	Sjældne handikap	1.994
DG30E	Vækstforstyrrelser, komplicerede	4.785
DG30F	Endokrinologi, sjældne sygdomme	2.889
DG30G	Endokrinologi	645
DG30H	Respirationsinsufficiens, kronisk	1.671
DG30I	Palliativ indsats, specialiseret	2.779
DG30J	HIV-infektion	5.475
DG30K	Tilstand med transplanteret væv - hæmatologi	4.537
DG30L	Cancer	1.186
DG30M	Neurologi	1.592
DG30N	Spiseforstyrrelser	845
DG30O	Alkohol- og stofmisbrug	869
DG30P	Somatoforme tilstande	248
DG30Q	Ryglidelser, komplicerede	2.969
DG30R	Reumatologi	898

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

Gruppe	Tekst	Takst
DG30S	Audiologi	311
DG30T	Smertetilstande, kroniske, komplicerede	1.051
DG30U	Smertetilstande, kroniske, ukomplicerede	821

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

Gruppe	Tekst	Takst
PG01A	Plastikkirurgisk rekonstruktion	11.941
PG01B	Hudoperation, kompliceret	5.777
PG01C	Hudoperation, ukompliceret	2.091
PG01D	Biopsi og væskeudsugning, overfladisk	2.155
PG01E	Nålebiopsi med ultralyd, overfladisk	1.824
PG01F	Nålebiopsi uden ultralyd, overfladisk	1.303
PG01G	Sutur og sårbehandling	2.256
PG01H	Excision og biopsi, ukompliceret	2.226
PG01I	Incision og punktur	1.203
PG01J	Dermatologisk procedure	1.449

02: Muskelsyste

Gruppe	Tekst	Takst
PG02A	Anlæggelse af skinne, individuelt fremstillet bandage	26.580
PG02B	Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket reposition	1.743
PG02C	Procedure i muskel el. skelet, kompliceret	7.346
PG02D	Procedure i muskel el. skelet, ukompliceret	3.772
PG02E	Bevægelseslaboratorieundersøgelse	2.369

03: Åndedrætssyste

Gruppe	Tekst	Takst
PG03A	Luftvejsendoskopi, kompliceret	6.890
PG03B	Væskeudtømmelse fra pleura	2.937
PG03C	Hyberbar iltbehandling	492

04: Hjerter-, kar- og lymfesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG04A	Operation på kar el. lymfesystem	3.902
PG04B	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem med ultralyd	3.467
PG04C	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem uden ultralyd	2.947
PG04D	Kardiologisk proceduregruppe A-C	2.393
PG04E	Kardiologisk undersøgelse, kompliceret	1.532
PG04F	Kardiologisk undersøgelse, udvidet	1.242
PG04G	Kardiologisk undersøgelse, almindelig	1.072

05: Fordøjelsessystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG05A	Indsættelse af metalstents og kapselenteroskopi	14.843
PG05B	Koloskopi, sigmoidoskopi, ERCP el. endoskopi i nedre mavetarmregion, kompliceret	4.280
PG05C	Koloskopi, sigmoidoskopi el. endoskopi i nedre mavetarmregion, ukompliceret	3.252
PG05D	Brokoperation	8.490
PG05E	Operation i anus el. rectum	3.518
PG05F	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	2.722
PG05G	Rektoskopi	742

06: Urinveje

Gruppe	Tekst	Takst
PG06A	Forberedelse til nyretransplantation, plasmaferese med immunadsorption	33.383
PG06B	Cystoskopi el. urinrørsoperation, kompliceret	4.735
PG06C	Cystoskopi, ukompliceret	2.417
PG06D	Stenknusning ved trykbølge (ESWL)	3.564
PG06E	Instillation af cytostatikum i blæren	744
PG06F	Indlæggelse af kateter el. anden ukompliceret procedure i urinveje	661

07: Mandlige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG07A	Sædoprensning	16.372
PG07B	Sterilisation el. anden operation på mandlige kønsorganer	5.167
PG07C	Andrologisk og hypogonadisme udredning, komplet	5.489
PG07D	Gynækomastisk udredning, pat. mindst 15 år	4.206

08: Kvindelige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG08A	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller med vævstypebestemmelse	87.275
PG08B	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller	24.767
PG08C	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI ved kompliceret infektion	26.223
PG08D	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI, ægudtagning el. ægoplægning	2.876
PG08E	Fostervandsprøve og moderkagebiopsi	8.779

09: Nervesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG09A	Fjernelse el. behandling af nerve	7.245
PG09B	Neurorehabilitering og rygmærskader	3.408
PG09C	Kontrol af baklofenpumpe	2.035

10: Øre, næse og hals

Gruppe	Tekst	Takst
PG10A	Procedure på kæbe	12.907
PG10B	Påsætning af kunstig ansigtsdel	9.938
PG10C	Tandbehandling, svær	7.206
PG10D	Tandbehandling, middel	5.303
PG10E	Tandbehandling, let	2.963
PG10F	Procedure på øre, næse el. hals, kompliceret	3.543
PG10G	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	1.894
PG10H	Rhinoskopier	3.349
PG10I	Faryngoskopier	1.809
PG10J	Laryngoskopier	1.923
PG10K	Cochleart implantat	2.380
PG10L	Audiologisk udredning, diagnostiske procedurer, pat. 0-2 år	11.146
PG10M	Audiologisk udredning, øvrige, pat. mindst 90 dage	3.024
PG10N	Audiometri	1.212
PG10O ¹²	Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage	391

12 Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG10O, Neonatal hørescreening

11: Medicinsk behandling

Gruppe	Tekst	Takst
PG11A	Medicin-behandling, grp. 1	104.379
PG11B	Medicin-behandling, grp. 2	54.628
PG11C	Medicin-behandling, grp. 3	32.680
PG11D	Medicin-behandling, grp. 4	19.510
PG11E	Medicin-behandling, grp. 5	12.194
PG11F	Medicin-behandling, grp. 6	8.292
PG11G	Medicin-behandling, grp. 7	5.366
PG11H	Medicin-behandling, grp. 8	2.927
PG11I	Medicin-behandling, grp. 9	1.464
PG11J	Medicin-behandling, grp. 10	658

12: Diverse behandlinger

Gruppe	Tekst	Takst
PG12A	Kemoterapi, højdosis	30.130
PG12B	Kemoterapi, kompliceret og antistofbehandling	27.000
PG12C	Kemoterapi, kompliceret	14.344
PG12D	Kemoterapi, basis og antistofbehandling	19.462
PG12E	Kemoterapi, basis	6.851
PG12F	Konditionering til minitransplantation	24.511
PG12G	Isotoperapi	43.013
PG12H	Biologisk modificerende stof	33.449
PG12I	Antistof, behandling	10.344
PG12J	Brachyterapi	24.865
PG12K	Transfusion af plasma og/eller behandlet blod	5.325
PG12L	Transfusion af blod, øvrig	2.516
PG12M	Plasmaferese	8.860
PG12N	Kontrol ved hjemme-hæmodialyse	27.606
PG12O	Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse	25.972
PG12P	Peritonealdialyse, m. oplæring	2.663
PG12Q	Peritonealdialyse	1.423
PG12R	Dialyse, øvrige	2.296
PG12S	Insulinpumpe, behandling	4.374
PG12T	Botulinumtoksin, injektion	3.977
PG12U	Ciclosporin, behandling	6.198

13: Diverse procedurer og undersøgelser

Gruppe	Tekst	Takst
PG13A	Udtagning af knoglemarv til diagnostisk undersøgelse	6.876
PG13B	Laparoskopi, diverse procedurer	3.967
PG13C	Geriatrici, udredning	3.887
PG13D	Geriatrici, behandling	1.852
PG13E	Allergologisk undersøgelse/behandling, kompliceret	5.820
PG13F	Allergologisk undersøgelse/behandling, ukompliceret	1.318
PG13G	Diættevejledning	423
PG13H	Neuropsykologisk undersøgelse, udvidet	2.851
PG13I	Hjælpeprocedure, ukompliceret	1.019
PG13J	Urodynamisk undersøgelse, udvidet	2.344
PG13K	Urodynamisk undersøgelse, almindelig	1.083
PG13L	Anlæggelse af peritonealdialysekateter	955
PG13M	Endokrinologisk procedure, kompliceret	1.520
PG13N	Øjenundersøgelse, større	1.119
PG13O	Øjenundersøgelse, mindre	476

14: Radiologiske procedurer

Gruppe	Tekst	Takst
PG14A	MR-scanning, kompliceret, m. generel anæstesi	9.558
PG14B	MR-scanning, kompliceret	3.827
PG14C	MR-scanning, ukompliceret	2.805
PG14D	CT-scanning af hjertet med angiografi	7.718
PG14E	CT-scanning, kompliceret	2.317
PG14F	CT-scanning, ukompliceret, el. osteodensitometri	1.389
PG14G	UL-scanning, meget kompliceret, flerfoldsvangerskab	5.796
PG14H	UL-scanning, meget kompliceret	3.437
PG14I	UL-scanning, kompliceret	951
PG14J	UL-scanning, ukompliceret	675
PG14K	Angiografi	5.756
PG14L	Mammografi, kompliceret	1.340
PG14M	Mammografi, ukompliceret	414
PG14N	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, kompliceret	1.733
PG14O	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, ukompliceret	1.438
PG14P	Røntgenundersøgelse (alm), kompliceret	1.044
PG14Q	Røntgenundersøgelse (alm), ukompliceret	627

15: Arbejdsmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG15A	Arbejdsmedicin grp. 1	9.682
PG15B	Arbejdsmedicin grp. 2	16.161
PG15C	Arbejdsmedicin grp. 3	19.356

16: Klinisk genetik

Gruppe	Tekst	Takst
PG16A	Genetisk risikovurdering og rådgivning med gentagen udredning og samtale	5.864
PG16B	Genetisk risikovurdering og rådgivning med udredning	4.443
PG16C	Genetisk risikovurdering og rådgivning	4.023
PG16D	Stamtræsoptegnelse	6.349

17: Klinisk fysiologi/nuklearmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG17A	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. A	26.826
PG17B	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. B	15.008
PG17C	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. C	11.459
PG17D	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. D	7.905
PG17E	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. E	5.845
PG17F	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. F	3.884
PG17G	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. G	2.056
PG17H	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. H	1.644
PG17I ¹³	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I	193

18: Klinisk neurofysiologi

Gruppe	Tekst	Takst
PG18A	Klinisk neurofysiologi grp. 1	2.699
PG18B	Klinisk neurofysiologi grp. 2	4.185
PG18C	Klinisk neurofysiologi grp. 3	5.245

13 Der kan udelukkende opkræves proceduretakst for PG17I, Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. I.

Telemedicinske ydelser

Gruppe	Tekst	Takst
ST01A	Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg	5.963
ST01B	Geriatrici, flere behandlere, hjemmebesøg	2.049
ST01C	Geriatrici, en behandler, hjemmebesøg	1.064
ST01D	Lungefunktionsundersøgelse, m. reversibilitetstest, telemedicin	2.056
ST01E	Lungefunktionsundersøgelse, telemedicin	1.644
ST01F	Pacemaker-kontrol, telemedicin	880

Sammedagspakker¹⁴

Gruppe	Tekst	Takst
SP02A	Sammedagspakke: Rygmarvsskader	4.702
SP02B	Sammedagspakke: Ryglidelser	2.600
SP03A	Sammedagspakke: Lungesygdomme, udredning	4.511
SP04A	Sammedagspakke: Atrieflimren	3.438
SP04B	Sammedagspakke: Blodprop i hjernen, udredning	5.361
SP05A	Sammedagspakke: Gastroskopi og koloskopi/sigmoideoskopi	4.785
SP06A	Sammedagspakke: Cystoskopi med flowundersøgelse og ultralyd	6.527
SP06B	Sammedagspakke: Cystoskopi med flowundersøgelse	5.852
SP10A	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl.	8.980
SP10B	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, kompl. + ukompl.	7.332
SP10C	Sammedagspakke: Øre-næse-hals samt tandbehandling, flere procedurer, ukompl.	5.683
SP10D	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. mindst 18 år	1.322
SP10E	Sammedagspakke: Høreapparatsbehandling, pat. 0-17 år	2.312
SP12A	Sammedagspakke: Tværfaglig artritinformation	1.938
SP12B	Sammedagspakke: Endokrinologisk statuspakke	8.306
SP12C	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog, pat. i dialyse	3.880
SP12D	Sammedagspakke: Besøg hos nefrolog og endokrinolog	1.584
SP13A	Sammedagspakke: Anæstesiologisk-allergologisk udredning	14.925
SP13B	Sammedagspakke: Allergologiske procedurer/behandling	6.582
SP13C	Sammedagspakke: Foster misdannelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve	12.216
SP13D	Sammedagspakke: Mammadiagnostik udredning	3.904

¹⁴ Takster for sammedagspakker er eksklusiv er ambulant besøg.

Sammedagspakker¹⁴ (fortsat)

Gruppe	Tekst	Takst
SP13E	Sammedagspakke: Injektion, angiostatisk lægemiddel, m. øjenundersøgelse	8.583
SP13F	Sammedagspakke: Injektion, øvrige lægemidler, m. øjenundersøgelse	3.337
SP13G	Sammedagspakke: Laserbehandling, m. øjenundersøgelse	2.003
SP13H	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere større	1.907
SP13I	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, større + mindre	1.430
SP13J	Sammedagspakke: Øjenundersøgelser, flere mindre	954
SP14A	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + kompl.	9.233
SP14B	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, meget kompl. + ukompl.	6.746
SP14C	Sammedagspakke: UL, flere procedurer, kompl. + ukompl.	4.387

B4.2. Særydelsesliste**Ydelsestype**

Gruppe	Tekst	Takst
SYD01	Behandlingshjælpermidler for mere end 793 kr. ¹⁵	Kostpris
SYD02	Høreapparater ¹⁶	Kostpris
SYD03	Medicin for mere end 793 kr. pr. dag ¹⁷⁻¹⁸	Kostpris

15 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.

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

17 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, PG12I Antistof, PG12J Brachyterapi og PG12S Botulinumtoksin-injektion kan der ikke opkræves for særydelser for medicin. Det samme gælder for patienter, hvor den producerende afdeling har speciale 61 (klinisk fysiologi og nuklearmedicin), 64 (klinisk neurofysiologi), 66 (diagnostisk radiologi), 68 (klinisk genetik), 86 (arbejdsmedicin) eller 98 (fysio- og ergoterapi).

18 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 2012.

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

Beskrivelsen af aktiviteten og omkostningerne ved genoptræning af somatiske patienter er udarbejdet på baggrund af praksis på danske sygehuse. Grupperingslogikken er valideret af de deltagende faglige organisationer, og omkostningsberegningerne er baseret på opgørelser fra danske sygehuse.

De ambulante genoptræningstakster er vejledende og kan anvendes ved afregning mellem regioner og kommuner.

Der beregnes særskilt ambulante genoptræningstakster med henblik på mellemkommunal afregning. Disse takster er baseret på de ambulante genoptræningstakster 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 2012

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1S	Genoptræningsgruppe 1, stationær	850
GEN2S	Genoptræningsgruppe 2, stationær	1.802
GEN3S	Genoptræningsgruppe 3, stationær	3.476
GEN4S	Genoptræningsgruppe 4, stationær	4.805
GEN5S	Genoptræningsgruppe 5, stationær	12.308

Takster for ambulant genoptræning 2012

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	725
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	968
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.564

Takster til mellemkommunal afregning for genoptræningsydelser 2012

Gruppe	Gruppens navn	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	650
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	867
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.400

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. Økonomaftalen mellem regeringen og Danske Regioner¹⁹.

19 'Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2012'.

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 2012 udgør regionernes samlede ramme til sundhedsområdet 103,4 mia. kr.

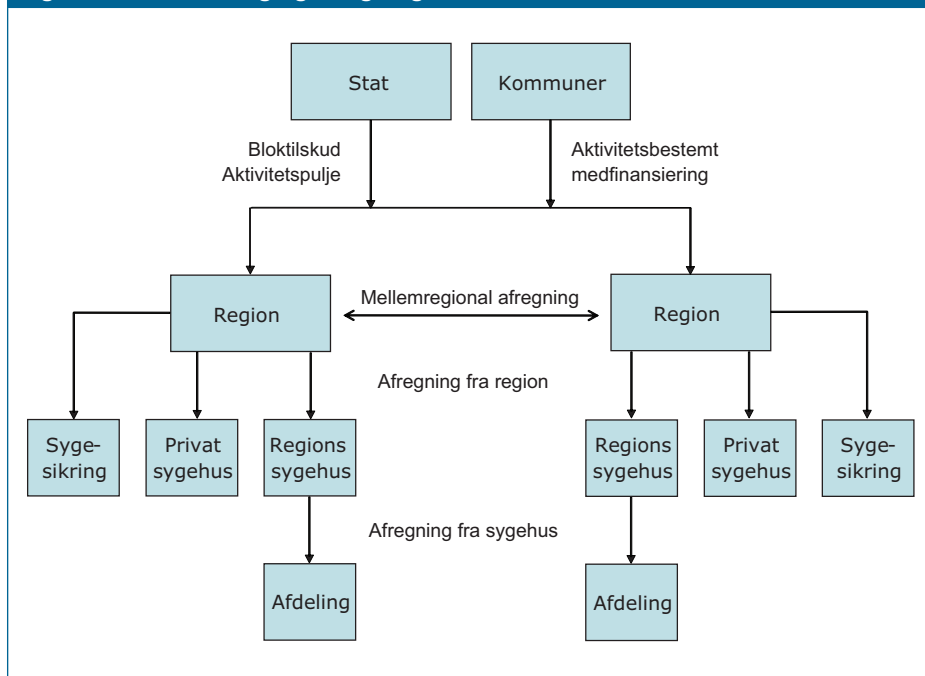
Sundhedsvæsenet finansieres gennem tre typer tilskud, jf. figur B1. Staten bidrager med et generelt bloktilskud og et aktivitetsafhængigt tilskud via den statslige aktivitetspulje, mens kommunerne yder aktivitetsafhængig medfinansiering. Bloktilskuddet fra staten udgør i 2012 78,7 pct. af den samlede finansiering af sundhedsområdet, de statslige aktivitetsmidler udgør 2,6 pct. og den kommunale medfinansiering 18,3 pct. De resterende 0,4 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.

B7.2. Bloktilskud

Statens bloktilskud til regionerne fordeles mellem regionerne ud fra bestemmelserne i Bekendtgørelse nr. 803 af 28. juni 2011 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2012.

Figur B1. Finansiering og afregning i sundhedsvæsenet



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 2012 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.²⁰

²⁰ Yderligere oplysninger om opgørelsen af regionernes bloktilskud kan findes i publikationen 'Generelle tilskud til regionerne 2012'.

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 2012 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 senge- 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 4.973 kr. (2011 pris- og lønniveau) pr. indlæggelse.

Fra 2011 til 2012 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 14.025 kr. (2012 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, og det overskydende beløb opsamles og betales tilbage i forbindelse med økonomiforhandlingerne.

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 markedsfølsomt salg af varer og tjenesteydelser, der er momsfrataget. Det betyder, at afregningen af mellemregionale patienter behandlet på hovedfunktions- eller regionfunktionsniveau pålægges lønsumsafgift. Ved afregning af højt specialiseret behandling af mellemregionale patienter skal der derimod ikke afholdes lønsumsafgift, da den mellemregionale trafik af disse patienter ikke anses for markedsfølsomt salg af sundhedsydelser, men som et led i sundhedsvæsenets 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 Amtsrådsforeringen, at der skulle dannes et fælles afregningsgrundlag til brug for beregning af bloktilskud, kommunal medfinansiering, mellemregional afregning og fordeling af den statslige aktivitetspulje.

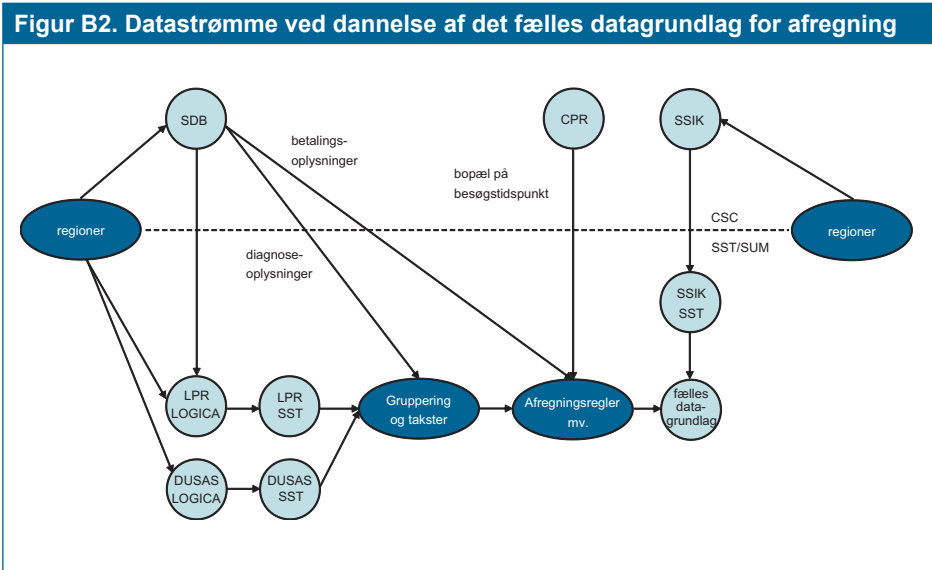
Dannelsen af det fælles datagrundlag er illustreret i figur B2. Udgangspunktet for afregningsgrundlaget er oplysninger om sygehusaktiviteten fra hhv. Landspatientregistret (LPR) og Registret over danske patienter behandlet på udenlandske sygehuse og aktivitet i speciallægepraksis (DUSAS) samt oplysninger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

Patientoplysningerne fra de danske sygehuse overføres til Sundhedsstyrelsen (SST) 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 Sundhedsstyrelsen data i LPR og DUSAS, som Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (SUM) efterfølgende DRG-/DAGS-grupperer. 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 Sundhedsstyrelsen.

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



Bilag 8. Regelgrundlag

B8.1. Takstbekendtgørelsen

Bekendtgørelse 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 senge-dagsbetaling for halve sengedage, såfremt der i det fastsatte trimpunkt indgår halve sengedage.

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

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

Stk. 5. For ambulante patienter kan opkræves særydelsestakster for særligt omkostningskrævende behandlingsydelser, implantater, proteser, medicin m.v., som fastsættes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, jf. dog stk. 6. Listen med takster udmeldes årligt med virkning fra 1. januar.

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

Behandling på højt specialiseret funktionsniveau

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ikrafttræden

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

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

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 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, § 86, stk. 2 og 4, § 87, § 87 d, § 87 h, § 89, stk. 5, § 90, stk. 2, § 91, § 195, § 225, stk. 1, § 235, stk. 3 og 4 og § 265 i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, som ændret ved lov nr. 538 af 17. juni 2008, lov nr. 539 af 17. juni 2008, lov nr. 1064 af 6. november 2008 og lov nr. 1521 af 27. december 2009, samt § 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, diagnostisering, 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

Om 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. 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 regionen opkræve betaling efter reglerne i § 38.

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

Om information

§ 10. Regionsrådet skal senest 8 hverdage efter, at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient, oplyse patienten om:

- 1) dato og sted for undersøgelse eller behandling,
- 2) patienten efter reglerne i § 15, stk. 2, kan tilbydes en diagnostisk undersøgelse inden for 1 måned,
- 3) patienten efter reglerne i § 15, stk. 1, kan tilbydes behandling inden for 1 måned,
- 4) 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,

- 5) 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,
- 6) retten til at vælge sygehus efter reglerne i § 11, stk. 1-3, § 15 og sundhedslovens § 87 a-§ 87 f,
- 7) sygehuset tilbyder at henvise patienten til privatejede sygehuse, klinikker m.v. her i landet eller sygehuse m.v. i udlandet, som regionen har indgået aftale med,
- 8) ventetiden på den diagnostiske undersøgelse eller behandling, som patienten er henvist til, ved regionens egne og andre regioners sygehuse samt ved de private specialsygehuse m.fl., jf. § 11, stk. 2 og 3,
- 9) at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal diagnostiske undersøgelser og behandlinger, der foretages på sygehuse omfattet af nr. 8, og
- 10) at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter reglerne i § 11, stk. 1-3, § 15 og sundhedslovens § 87 a-§ 87 f.

Stk. 2. De i § 11, 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 § 11, 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 § 11, stk. 1-3.

Kapitel 4

Om ret til at vælge sygehus m.v.

§ 11. Personer, der henvises af en læge til sygehusbehandling m.v., kan vælge mellem enhver regions sygehus, jf. dog §§ 12-14. Det samme kan personer, der er henvist til en diagnostisk undersøgelse til brug for alment praktiserende læger, jf. sundhedslovens § 60, og praktiserende speciallæger, jf. sundhedsloven § 64.

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 RCT i København, Epilepsihospitalet i Dianalund, sclerosecentre i Haslev og Ry, PTU's RehabiliteringsCenter, Center for sundhed og træning i Middelfart, Center for sundhed og træning i Århus, Center for sundhed og træning i Skælskør, RehabiliteringsCenter for Muskelsvind, Vejle fjord og Center for Hjerneskade, jf. § 37, 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, jf. § 37, 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 § 12 og § 14.

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.

§ 12. En sygehusafdeling kan afvise fritvalgspatienter, jf. § 11, der har bopæl i en anden region, af kapacitetsmæssige årsager, herunder hvis afdelingen har væsentligt længere ventetider til den pågældende behandling end andre afdelinger, og hvis væsentlige hensyn til patienter fra egen region ellers vil blive tilsidesat.

Stk. 2. En sygehusafdeling med lands- eller landsdelsfunktion (specialfunktion) kan afvise at modtage fritvalgspatienter, jf. § 11, der ikke er lands- eller landsdelspatienter, hvis væsentlige hensyn til lands- eller landsdelspatienter 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 for-

værret sygdom og fødsel, så længe patienten ikke tåler at blive flyttet til et sygehus i bopælsregionen.

§ 13. For personer, der henvises til psykiatrisk behandling, kan retten til at vælge sygehus efter § 11, stk. 1, 1. pkt. begrænses, hvis hensynet til vedkommende taler herfor. Retten til at vælge, hvor en diagnostisk undersøgelse efter § 11, stk. 1, 2. pkt., skal foretages, kan ikke begrænses, jf. dog § 12.

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. 1-3, begrænses af sikkerhedsmæssige hensyn eller af hensyn til retshåndhævelsen. Den myndighed, der meddeler tilladelse til udgang m.v., træffer afgørelse herom.

§ 14. 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 straffuldbyrdeslovens § 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.

§ 15. Personer, der er henvist af en læge til sygehusbehandling, kan vælge at blive undersøgt og 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 bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde både forundersøgelse, herunder diagnostisk undersøgelse, og behandling ved regionens egne sygehuse (regionssygehuse) eller et af de sygehuse, som regionen samarbejder med eller sædvanligvis benytter (samarbejdssygehuse), jf. dog § 17 og § 18.

Stk. 2. Personer, der er henvist af en alment praktiserende læge, jf. sundhedslovens § 60, eller en praktiserende speciallæge, jf. sundhedsloven § 64, til en diagnostisk undersøgelse til brug for lægen, kan vælge at blive undersøgt og behandlet på et aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke inden for 1 måned efter, at henvisningen er modtaget, kan tilbyde den diagnostiske undersøgelse ved sine regionssygehuse eller samarbejdssygehuse.

Stk. 3. 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. 4. Regionssygehuset skal henvise personer til det aftalesygehus, de anmoder om, når betingelserne efter stk. 1-3 er opfyldt.

§ 16. Tidsfristen efter § 15, stk. 1, regnes fra den dag, sygehuset modtager henvisningen fra personens læge til den dag, behandlingen kan iværksættes. Tidsfristen efter § 15, stk. 2, regnes fra den dag, sygehuset modtager henvisningen fra personens læge til den dag, den diagnostiske undersøgelse kan foretages.

Stk. 2. 1 opgørelsen af tidsfristen efter § 15, stk. 1, medregnes ikke perioder, hvor personen gennemgår et forundersøgelsesforløb. Dog medregnes ventetid ud over 2 uger til hver enkelt undersøgelse i tidsfristen.

Stk. 3. 1 opgørelsen af tidsfristen medregnes ikke perioder, hvor behandling, jf. § 15, stk. 1, og diagnostisk undersøgelse, jf. § 15, stk. 2, må udsættes på grund af personens helbredstilstand eller efter personens ønske.

§ 17. Bestemmelsen i § 15 gælder ikke henvisning til organtransplantation, sterilisation, fertilitetsbehandling, herunder refertilisationsbehandling, høreapparatbehandling, kosmetisk behandling, kønsskifteoperation, psykiatrisk behandling og rekreations- og rehabiliteringsophold.

Stk. 2. Bestemmelsen i § 15 gælder heller ikke henvisning til forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling.

§ 18. Retten til at vælge en behandling eller diagnostisk undersøgelse på et aftalesygehus efter § 15, stk. 1-2 bortfalder, hvis ventetiden på dette sygehus overstiger ventetiden på bopælsregionens sygehuse eller et af regionens samarbejdssygehuse.

§ 19. Regionsrådene offentliggør en oversigt over deres samarbejdssygehuse, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2, og over aftalesygehusene, jf. § 15, stk. 1 og bekendtgørelse om indgåelse af behandlingsaftaler efter de udvidede fritvalgsordninger m.v.

§ 20. For behandling af psykisk syge personer gælder reglerne i denne bekendtgørelse, jf. dog § 17, stk. 1, 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

Om ret til behandling i udlandet m.v.

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

§ 22. 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.

§ 23. Ansøgning om refusion af udgifter til sygehusbehandling i et andet EU- eller EØS-land efter § 22 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 § 24, 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. § 30 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.

§ 24. Ved en ansøgning om refusion efter § 23 skal der medfølge følgende oplysninger:

- 1) kopi af lægehenvi sning 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.

§ 25. 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. Henvielsen efter stk. 1 skal forinden forelægges for Sundhedsstyrelsen til godkendelse. Forelæggelsen kan i hastende tilfælde ske mundtligt.

§ 26. 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 bopælsregionen foretage henvisning efter reglerne i EF-forordning 1408/71 om anvendelse af de sociale sikringsordninger på arbejdstagere, selvstændige erhvervsdrivende og deres familiemedlemmer, der flytter inden for Fællesskabet, eller efter reglerne i Nordisk Konvention om Social Sikring.

Stk. 2. Ved henvisning til behandling efter § 21 og § 29 kan regionsrådet udstede EF-blanket E 112.

Stk. 3. Ved henvisning til behandling efter § 25 udsteder Sundhedsstyrelsen EF-blanket E 112 eller andet kautionsbevis.

§ 27. Der kan ikke henvises til forskningsmæssig, eksperimentel eller alternativ behandling efter bestemmelserne i § 21 og § 25, jf. § 28 og § 29.

§ 28. 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 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.

§ 29. 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 § 21, § 25 og § 28. Panelet kan endvidere rådgive om supplerende undersøgelser og behandlinger på offentlige sygehuse her i landet og om behandling efter § 21, § 25 og § 28.

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

§ 30. Når en sygehusafdeling henviser en person til et andet behandlingssted, herunder til et behandlingssted i udlandet, skal afdelingen under iagttagelse af samtykkereglerne i sundhedsloven, jf. § 41, sende relevante oplysninger fra personens journal, herunder eventuelle røntgenbilleder m.v. til behandlingsstedet til brug for behandlingen af personen. Oplysningerne skal om nødvendigt være oversat til et af følgende sprog, engelsk, tysk eller fransk, som forstås på behandlingsstedet.

Stk. 2. En henvisning til et andet behandlingssted eller til et behandlingssted i udlandet efter § 25, § 28 og § 29 kan gøres betinget af, at personen giver samtykke til, at de i stk. 1 nævnte journaloplysninger m.v. sendes til behandlingsstedet.

Kapitel 7

Om ret til beløb til personlige fornødenheder

§ 31. 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 1.281 kr. pr. måned (2009 pris- og lønniveau). Beløbet pris- og lønreguleres én gang om året og udmeldes af Sundhedsstyrelsen.

§ 32. 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.

§ 33. Sygehuset kan ud over de i § 31 og § 32 nævnte tilfælde udbetale et beløb til personlige fornødenheder til indlagte patienter, som har haft eller forventes at få en længe-revarende indlæggelse, og som ikke selv råder over beløb hertil. Beløbet kan ikke overstige det i § 31, stk. 2, nævnte beløb.

Kapitel 8

Om kommunalbestyrelsens adgang til at afholde udgifter til sygehusbehandling

§ 34. 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

§ 35. 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 Sundhedsstyrelsens Landspatientregister. Behandlingsstederne i udlandet skal indberette sådanne oplysninger til det sygehus, som har henvist personen dertil.

Kapitel 10

Finansiering m.v.

§ 36. Bopælsregionen afholder udgifter ved sygehusbehandling m.v. efter denne bekendtgørelse, jf. dog stk. 2 og 3.

Stk. 2. 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 § 25.

§ 37. Regionsrådenes pligt til at yde vederlagsfri behandling i henhold til § 11, 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 § 11, 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.

§ 38. 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.

§ 39. Regionsrådet kan stille krav om kaution for betalingens rettidige erlæggelse eller krav om depositum, jf. § 38.

§ 40. 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.

§ 41. En kommunes udgifter til sygdomsbehandling efter § 34 kan ikke dækkes ved forsikring.

Kapitel 11

Ikrafttrædelsesbestemmelser m.v.

§ 45. Bekendtgørelsen træder i kraft den 22. januar 2010.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 1541 af 27. december 2009 om ret til sygehusbehandling m.v.

