

TAKSTSYSTEM 2011

– VEJLEDNING



Udgivet af:

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotholmsgade 10-12

1216 København K

Telefon: 33 92 33 60

Telefax: 33 93 15 63

E-post: im@im.dk

Hjemmeside: www.im.dk

Design: 1508 A/S

Foto: Age/Scanpix

Tryk: Rosendahls - Schultz Grafisk

Oplag: 3.000 stk.

ISBN-nr. (trykt version): 978-87-7601-304-2

ISBN-nr. (net version): 978-87-7601-305-9

Indhold

1.	Indledning	6
1.1.	Ændringer i forhold til 2010	8
1.2.	Planlagte og foreslåede ændringer til 2012	13
1.3.	Vejledningens opbygning	14
2.	Generelle bestemmelser	15
2.1.	Takstbekendtgørelsens dækningsområde	15
2.1.1.	Private sygehuse	15
2.1.2.	Personer uden bopæl i Danmark	15
2.2.	Betaling	16
2.2.1.	Raske ledsagere og nyfødte	16
2.2.2.	Fravær under indlæggelse	16
2.2.3.	Ambulante besøg og ydelser	16
2.2.3.1.	Afgrænsning af ambulante besøg	16
2.2.3.2.	Afgrænsning af hjemmebesøg	17
2.2.3.3.	Afgrænsning af telefon- og e-mailkonsultationer	17
2.2.3.4.	Afgrænsning af telemedicinske ydelser	17
2.2.3.5.	Afregning af ambulante besøg, hjemmebesøg og ydelser	17
2.2.3.6.	Afregning af genoptræningsydelser	18
2.3.	Sondring mellem behandlingsniveauer	18
2.4.	Overgangsregler ved årsskifte	19
2.5.	Lønsumsafgift	20
2.6.	Pris- og lønregulering for takstsystem 2011	20
3.	Behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau	22
3.1.	Patienter behandlet på somatiske afdelinger	22
3.1.1.	Takster for stationære patienter	23
3.1.1.1.	Afdelings- og sygehusudskrivning	23
3.1.1.2.	Trimpunkt	24
3.1.1.3.	Særydelser	24
3.1.1.4.	Betaling efter akutfasen for personer uden ret til vederlagsfrit sygehusbehandling	25
3.1.1.5.	Betaling for patienter fra andre EU/EØS-lande og Schweiz	25
3.1.2.	Takster for gråzonepatienter	26
3.1.2.1.	Særydelser	26

3.1.2.2.	Flere gråzonetakster	27
3.1.3.	Takster for ambulante patienter	27
3.1.3.1.	Ambulante substitutionstakster i 2011	30
3.1.3.2.	Ambulante besøgstakster	31
3.1.3.3.	Assistancer	31
3.1.3.4.	Ambulant besøg under stationær indlæggelse	32
3.1.3.5.	Ambulante ydelser på indlæggelses- og udskrivningsdagen for stationære kontakter	32
3.1.4.	Genoptræningsydelser	32
3.1.5.	Afgrænsning af specialer	33
3.1.6.	Enhedspris for billediagnostiske ydelser	34
3.2.	Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger	34
4.	Behandling på højt specialiseret niveau	35
4.1.	Betaling	35
4.2.	Takstberegning for behandlinger på højt specialiseret funktionsniveau	36
5.	Andre takstregler	38
5.1.	Betaling for færdigbehandlede patienter	38
5.2.	Udbetaling af lommepege	38
6.	Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.	39
6.1.	Pris- og lønregulering af fritvalgsrammer til private specialsygehuse m.v.	39
Bilag 1.	DRG-takster for stationære patienter og gråzonepatienter	40
Bilag 1.1.	DRG-takster for stationære patienter 2011	46
Bilag 2.	Ambulante takster, DAGS	97
Bilag 2.1.	DAGS-takster for ambulante patienter 2011	99
Bilag 2.2.	Særydelsesliste	108
Bilag 3.	Takster for genoptræningsydelser	109
Bilag 3.1.	Takster for stationær genoptræning 2011	109
Bilag 3.2.	Takster for ambulat genoptræning 2011	110
Bilag 3.3.	Mellemkommunal afregning for genoptræningsydelser	110
Bilag 4.	Procedure for oprettelse af budgettakster for nye behandlinger	111

Bilag 5. Fra patientdata til afregning	112
Bilag 5.1. Beregning af takster for 2011	112
5.1.1. DRG-takster for stationære patienter	112
5.1.2. Beregning af DAGS-takster	114
5.1.3. Niveaujustering	114
Bilag 5.2. Tilordning af DRG-grupper	115
5.2.1. Diagnoseegenskaber (tabel DG1)	116
5.2.2. Procedureegenskaber (tabel DRGTPT)	117
5.2.3. Tillægskodeegenskaber (tabel TILL)	118
5.2.4. Komplikationer (tabel KOMPAT og KOMPLEX)	118
5.2.5. Tildeling af DRG (tabel DRGLOGIK)	119
Bilag 5.3. DRG-afregningssystem	119
5.3.1. Data flow i den mellemregionale afregning	121
5.3.2. Mellemregional afregning i CSC	121
5.3.2.1. Bestilling af afregning	121
5.3.2.2. Forberedelse af afregning	121
5.3.3. Regulering	122
5.3.4. Afregningsgrundlag og statistik	122
5.3.5. Statistisk bearbejdelse af afregninger	123
Bilag 6. Regelgrundlag	124
Bilag 6.1. Takstbekendtgørelse	124
Bilag 6.2. Sygehusbekendtgørelsen	129

1. Indledning

DRG-systemet indgår som et centralt redskab til måling af produktionsværdien på sygehuse og opgørelse af de afregnings- og betalingsstrømme, der er etableret på sygehusområdet mv. efter implementeringen af finansieringsreformen den 1. januar 2007. DRG står for Diagnose Relaterede Grupper.

DRG-systemet anvendes bl.a. til:

- Bloktilskudsberegning
- Statslige aktivitetspuljer
- Kommunal (med)finansiering
- Takststyring på sygehuse og sygehusafdelinger
- Dannelsen af beslutningsgrundlag for aftaletakster på private sygehuse
- Produktivitetmålinger
- Afregning af aktivitet på tværs af regioner

Herudover benyttes takstsystemet til afregning af sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen og i produktivitetmålinger.

Det primære formål med nærværende publikation er, at samle takstregler for afregning af patienter behandlet på sygehuse uden for bopælsregionen, med henblik på at lette det praktiske arbejde med afregning af betaling for mellemregionale patienter. Herudover er formålet, at oplyse om de gældende takster, ændringer i grupperingslogikken samt generelle retningslinjer i forbindelse med afregning og andre sundhedsøkonomiske problemstillinger.

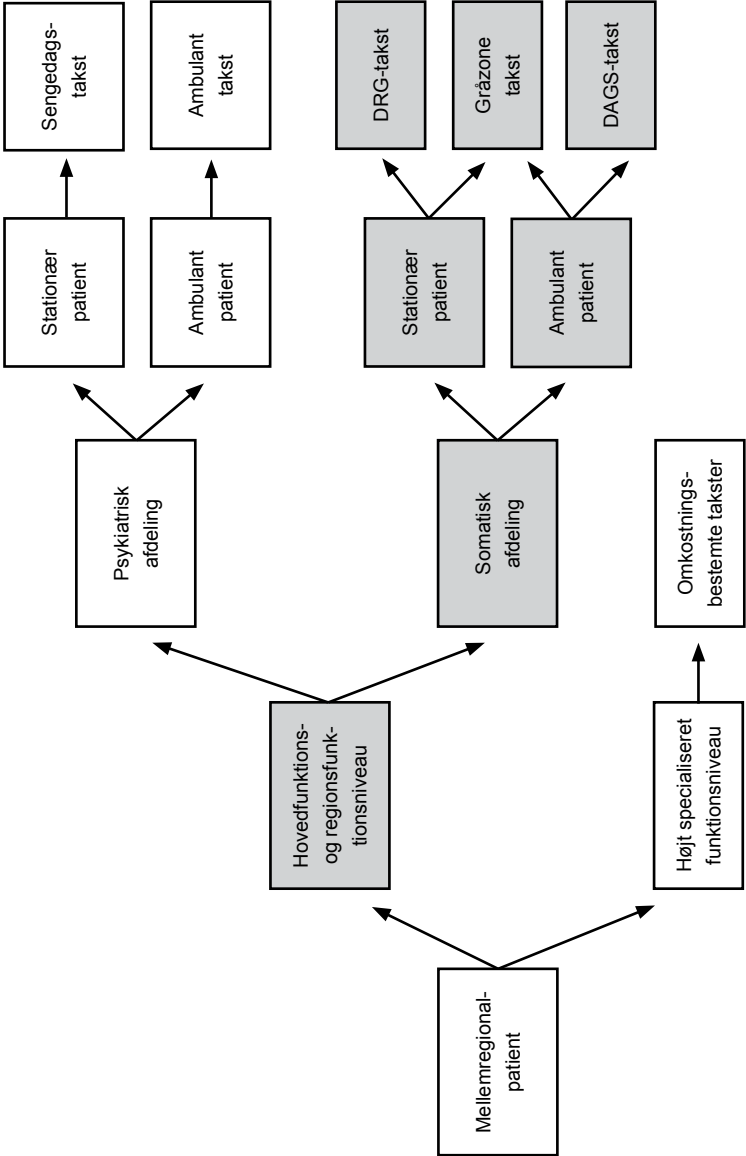
Regelgrundlaget for de forskellige takstsystemer i form af den gældende Takstbekendtgørelse (Bekendtgørelse nr. 1355 af 6. december 2010 om regioners betaling for sygehusbehandling ved en regions sygehusvæsen) og den gældende Sygehusbekendtgørelse (Bekendtgørelse nr. 62 af 20. januar 2010 om ret til sygehusbehandling m.v.) findes i bilag 6.

Figur 1 illustrerer principperne i takstafregningen og viser, hvilke takster de forskellige mellemregionale patientgrupper takstafregnes efter.

Spørgsmål vedrørende Takstbekendtgørelsens og Sygehusbekendtgørelsens regler bedes rettet til Indenrigs- og Sundhedsministeriets Sygehuspolitiske Center, mens spørgs-

mål vedrørende selve DRG-taksterne besvares af Sundhedsøkonomisk Center i Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Figur 1. Oversigt over takstafregningsprincipper for de forskellige mellemregionale patientgrupper



1.1. Ændringer i forhold til 2010

Ændringerne i grupperingslogikken for DkDRG og DAGS i forhold til 2010 er beskrevet i tabellen nedenfor. Dokumentation på kodeniveau kan findes på www.drg.dk under "Gruppering".

I Takstsystem 2011 er der i alt 674 DRG-grupper, hvoraf 144 er gråzoner. Endvidere er der 201 DAGS-grupper inkl. sammdagspakker og ambulans substitution. Dette skal ses i forhold til Takstsystem 2010, der havde 648 DRG-grupper, heraf er 137 gråzonegrupper. Takstsystem 2010 havde endvidere 161 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker. Se tabel 7, side 23.

I denne publikation benyttes DRG-/DAGS-grupperne for 2011, medmindre andet er anført.

Tabel 1. Grupperingslogikken for DkDRG 2011 i forhold til 2010

MDC	DRG2011	
02	0206	Nye grupper: Dobbelt-operation: Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse mm., u. generel anæstesi
	0209	Dobbelt operationer: Øjenlægsoperationer, skeleoperationer, mm., u. generel anæstesi
	0212	Dobbelt operationer: Div. mindre kirurgiske indgreb mm. u. generel anæstesi
03	0330	Nye grupper: DRG 0330 (fra 2010) er splittet i: Observation for ondartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år
	0331	Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år
	0332	Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. 0-17 år
	0324-0326	Ændring: Influenza med påvist influenzavirus A (DJ091, -A og -B) grupperes til 0324-0326, Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion
04	0442	Ændring: Observation pga. mistanke om tuberkulose (DZ030) er flyttet til DRG 0442, hvis procedurekravet til DRG 0442 er opfyldt. Ellers grupperes DZ030 til DRG 0445
05	0505	Ændring: Grupperingsrækkefølgen er ændret, så der grupperes til DRG 0505 før DRG 2645 og DRG 2646, hvis der er foretaget plastikkirurgi ved en sternuminfektion

Tabel 1. Grupperingslogikken for DkDRG 2011 i forhold til 2010 (fortsat)

MDC	DRG2011	
06	0629	Ny gruppe: Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år
	0650	Ændring: Grupperingsrækkefølgen er ændret, så der grupperes til DRG 0650 før DRG 2301
07	0723	Ændring: Grupperingsrækkefølgen er ændret, så der grupperes til DRG 0723 før DRG 2301
08		Lukkede grupper (DRG2010): DRG 0875 og DRG 0877
09	0914+0918	Ændring: Operationer for tumorer i ryg og hals (KNAR*) er flyttet fra DRG 0918 til DRG 0914
10	1006	Nye grupper: DRG 1006 (fra 2010) er splittet i:
	1007	Operationer på skjoldbruskkirtelen, ondartet sygdom, kompliceret
	1008	Operationer på skjoldbruskkirtelen, godartet sygdom, kompliceret
11	1101	Nye grupper: Nyretransplantation, kompliceret
	1106	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot
	1108	Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom, m. robot
13	1302	Nye grupper: Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot
	1307	Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år
	1309	Ændringer: DRG 1307 er ændret til gråzone-gruppe
	1310	Komplicerende intrauterine indgreb er flyttet fra DRG 1408 til DRG 1310
	1310+1313	Procedurer fra DRG 1313 udført med morcellator (KZXF86) flyttes til DRG 1310
	1312+1313	Incontinentia urinae, andre specificerede former (DN394) og Incontinentia urinae uden specifikation (DR329) er flyttet til DRG 1312 og DRG 1313
14		Lukket gruppe (DRG2010): DRG 1409
	1409	Ny gruppe: Komplikationer under svangerskab eller barselsperiode
	1408	Ændring: Komplicerende intrauterine indgreb er flyttet fra DRG 1408 til DRG 1310

Tabel 1. Grupperingslogikken for DkDRG 2011 i forhold til 2010 (fortsat)

MDC	DRG2011	
15		Nye grupper:
		DRG 1501 (fra 2010) er splittet i:
	1501	Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, meget komplicerede
	1502	Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, moderat komplicerede
	1503	Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, ukomplicerede
		Ændringer:
1511	Grupperingskrav til DRG 1511 er blevet lempet, så ECMO-behandling alene kan medføre gruppering til gruppen.	
1515	Grupperingskravet er ændret, så der kun grupperes til gruppen, hvis Immaturitas (DP072) eller Praematuritas (DP073) er registreret som aktionsdiagnose	
17	1718	Ny gruppe: Operationer ved svulster i lymfatisk og bloddannende væv mm., pat. 0-17 år
18	1814	Ændring: Screening for andre infektiøse og parasitære sygdomme (DZ118) flyttes fra DRG 2306 til DRG 1814
23	2306	Ændring: Behov for specialiseret palliativ indsats (DZ515S) er flyttet til DRG 2306, hvis kravet til DRG 2651 ikke er opfyldt
26		Nye grupper:
		Der operettes en række nye grupper til børn med cancer – uanset cancer-type:
	2629	Allogen stamcelletransplantation, pat. 0-17 år
	2631	Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. 0-17 år
	2633	Kemoterapi, højdosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. 0-17 år
	2634	Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år
	2635	Basis svampebehandling, pat. 0-17 år
	2636	Større operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år
	2637	Mindre operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år
	2638	Svulster uden specifik behandling, pat. 0-17 år
	2639	Kontrolundersøgelse efter behandling for ondartet svulst, pat. 0-17 år
	2640	Observation pga. mistanke om ondartet svulst, pat. 0-17 år
	2641	Observation pga. mistanke om fysisk overgreb, pat. 0-17 år
	2616	Ændringer: Procedurer i forbindelse med kardial pacemakerbehandling (BFCA) er fjernet fra DRG 2616
27	2714	Ny gruppe: Kemoterapi, med komplicerende aktionsdiagnose
		Ændringer:
	2701	Patienter i alderen 0-17 år i kemoterapi eller strålebehandling grupperes alle til MDC 27 uanset cancer-type. DRG 2701 er blevet en gråzonegruppe
	2721	Anden cytostatisk behandling (BWH4) er flyttet, så den grupperes til DRG 2721

Tabel 2. Grupperingslogikken i DAGS 2011 i forhold til 2010

DAGS2011	
Besøgsgrupper	
BG50C BG50F	Nye grupper: Ambulant besøg, med anamnese- eller journaloptagelse Ambulant substitutionstakst, telemedicin
BG50E	Ændringer: Brevsvar til patient (BVAC1) og Brevsvar vedrørende konkret undersøgelse (BVAC10) er tilføjet BG50E
Diagnosegrupper	
DG30A DG30B DG30E	Nye grupper: Medfødte stofskiftesygdomme Kraniofaciale misdannelser Sjældne handikap
DG30M	Ændringer: Tilstand med transplanteret knoglemarv (DZ948C) og Tilstand med transplanteret knoglemarv, autolog (DZ948C2) tilføjes gruppen
DG30S	Aktionsdiagnoser for inflammatoriske ryglidelser er tilføjet DG30S
Proceduregrupper	
PG01E PG01F	Nye grupper: Nålebiopsi med ultralyd, overfladisk Nålebiopsi uden ultralyd, overfladisk
PG04B PG04C	Nye grupper: Nålebiopsi på kar el. lymfesystem med ultralyd Nålebiopsi på kar el. lymfesystem uden ultralyd
PG07C	Ny gruppe: Gynækomastisk udredning, pat. mindst 17 år
PG10K	Lukket gruppe (DAGS2010): DAGS PG10M Ændring: Cochleart implantat, kontrol, PG10K (DAGS2010) og Cochleart implantat, indstilling og justering PG10L (DAGS2010) er lagt sammen til PG10K
PG11A -PG11J	Flyttede grupper: Grupperne i PG11 (fra 2010) er flyttet til PG13 Nye grupper: Der oprettes ti nye grupper for medicinsk behandling. Indtil videre grupperes behandlinger med en række cytostatika og antistoffer til disse grupper. Specifikke koder for kemokure og antistof-behandlinger er flyttet fra PG12 til PG11, medens mere generelle koder fortsat grupperes til PG12. Det er tanken, at alle medicinske behandlinger skal flyttes fra PG12 til PG11 efterhånden, som der oprettes specifikke koder for behandlingerne. Gruppering til grupperne i PG11 forudsætter, at behandlingskoden tillægskodes med kode for medicingivning (BWAA, BWAA3* eller BWAA6*)

Tabel 2. Grupperingslogikken i DAGS 2011 i forhold til 2010 (fortsat)

DAGS2011	
Proceduregrupper (fortsat)	
PG12M PG12N	Nye grupper: Kontrol ved hjemme-hæmodialyse Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse
PG12S	Ændringer: Injektion af botulinum registreret med ATC-kode er tilføjet PG12S
PG13	Flyttede grupper: Grupperne i PG11 (DAGS2010) er flyttet her til PG13
PG14G PG14G-I PG14I	Ny gruppe: UL-scanning, meget kompliceret, flerfoldsvangerskab Ændringer: Scanning af flerfoldsvangerskab er flyttet en komplicationsgrad op, så ledes: - UL-scanning, meget kompl. + flerfold grupperer til PG14G - UL-scanning, kompl + flerfold grupperer til PG14H - UL-scanning, ukompliceret + flerfold grupperer til PG14I UL-undersøgelse af lever (UXUD70) og Elastiometrisk måling af lever (UXUD70A) er tilføjet PG14I
PG18	Ændring: Der er tilføjet nye regler, så to procedurer fra PG18A grupperes til PG18B, og to procedurer fra PG18B grupperes til PG18C
Ambulant substitution	
ST01A ST01B ST01C	Nye grupper: Pacemaker-kontrol, telemedicin Lungefunktionsundersøgelse, telemedicin Lungefunktionsundersøgelse, m. reversibilitetstest, telemedicin
Sammedagspakker	
SP01C SP01D SP01G SP01H SP01I SP01J SP01K SP01L SP01S SP01U SP01V SP01W SP01X SP01B	Nye sammedagspakker: Lungesygdomme, udredning Atrieflimren Fostermisdannelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve UL, flere procedurer, meget kompl. + kompl. UL, flere procedurer, meget kompl. + ukompl. UL, flere procedurer, kompl. + ukompl. Cystoskopi med flowundersøgelse og ultralyd Cystoskopi med flowundersøgelse Rygmarvsskader Tværfaglig artritinformation Endokrinologisk statuspakke Besøg hos nefrolog og endokrinolog, pat. i dialyse Besøg hos nefrolog og endokrinolog Ændringer: Der er tilføjet flere koder til SP01B

1.2. Planlagte og foreslåede ændringer til 2012

Forslag til ændringer i grupperingsnøglerne for 2012 skal indleveres senest 1. februar 2011. Dog er fristen 1. marts 2011 for forslag, som har konkrete angivelser af, hvordan specifikt angivet koder bør grupperes.

En række ændringer af grupperingsnøglerne for DkDRG og DAGS er planlagt eller foreslået til 2012. Indtil redaktionens slutning er der tale om de i tabel 3 og 4 foreslåede ændringer.

Tabel 3. Planlagte og foreslåede ændringer for DkDRG til 2012

MDC	DRG2011	
02		Der er iværksat en omfattende revision, der skal medføre en helt ny gruppering i MDC 02
03 m.fl.		Der er iværksat en revision af grupper tilhørende det odontologiske speciale, der skal medføre en mere tidssvarende gruppering inden for specialet
11	1120	Der er foreslået en ny gruppe for operationer med implantat
14		Der er iværksat en omfattende revision, der skal medføre en helt ny gruppering i MDC 14
17	1708	Det er foreslået at ændre gruppen til almindelig DRG gruppe, da det er overflødigt 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 4. Planlagte og foreslåede ændringer for DAGS til 2012

Diagnosegrupper	Det er foreslået at oprette ny(e) gruppe(r) for socialpædiatri
Proceduregrupper	Det er foreslået at oprette en gruppe for indvandrermedicin med tværfaglig udredning. Der er foreslået oprettet en gruppe for simulationstest.
Sammedagspakker	Der er stillet forslag om en sammedagspakke for udredning af dyb venetrombose. Det planlægges at oprette flere sammedagspakker.
Ambulant substitution	Det forventes, at der vil blive oprettet flere grupper for ambulant substitution indenfor de næste år

1.3. Vejledningens opbygning

I afsnit 2 beskrives de generelle regler vedrørende betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen. Selve takstsystemet for mellemregionale hovedfunktions- og regionsfunktionspatienter beskrives i afsnit 3, herunder betaling for henholdsvis somatiske stationære og ambulante patienter. Reglerne for afregning af patienter behandlet på højt specialiseret funktionsniveau beskrives i afsnit 4. I afsnit 5 beskrives andre takstregler, og endelig omhandler afsnit 6 fritvalgsrammer til private sygehuse.

Vejledningen indeholder seks bilag:

Bilag 1 giver en kort beskrivelse af DkDRG-systemet. Herudover indeholder bilag 1 en liste over DRG-takster for stationære patienter og gråzonepatienter gældende pr. 1. januar 2011.

Bilag 2 beskriver DAGS-grupperingen. Herudover indeholder bilag 2 en liste over DAGS-takster for ambulante patienter og ambulante særydelser gældende pr. 1. januar 2011.

Bilag 3 beskriver grupperingen for genoptræningsydelser og indeholder desuden en oversigt over ambulante og stationære takster for genoptræningsydelser. I bilag 3.3 findes en oversigt over forslag til takster for mellemkommunal afregning af genoptræningsydelser.

Bilag 4 beskriver proceduren for oprettelse af budgettakster til håndtering af nye behandlinger i takstsystemet.

Bilag 5 indeholder dokumentation for den anvendte metode ved beregning af takster for stationære og ambulante patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau samt den anvendte metode ved gruppering af patientforløb til DRG-grupper. Ligeledes beskrives det system, som håndterer den praktiske afregning mellem regionerne af mellemregionale hovedfunktions- og regionsfunktionspatienter.

Bilag 6 indeholder Takstbekendtgørelsen og Sygehusbekendtgørelsen, som er regelgrundlaget for det samlede takstsystem.

2. Generelle bestemmelser

Den 1. januar 2011 trådte en ny bekendtgørelse om regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen i kraft.

2.1. Takstbekendtgørelsens dækningsområde

Bekendtgørelsen omfatter alene regioners betaling for sygehusbehandling ved en anden regions sygehusvæsen.

2.1.1. Private sygehuse

Betaling i forbindelse med regioners benyttelse af private sygehuse, herunder de private specialsygehuse, hvortil der er frit sygehusvalg efter Sundhedslovens § 79, er ikke reguleret i bekendtgørelsen. Private sygehuse fastsætter selv deres takster for behandling.

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 § 75, stk. 4.

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

2.1.2. Personer uden bopæl i Danmark

Takstbekendtgørelsens regler vedrørende beregning af betaling finder endvidere anvendelse i forbindelse med betaling for sygehusbehandling af personer uden bopæl her i landet i tilfælde, hvor disse ikke har ret til vederlagsfri behandling. 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 tilfælde af, at 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.

2.2. Betaling

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.

Flytter en patient under en behandling, vil den nye bopælsregion have betalingsforpligtelsen fra tilflytningstidspunktet. Hvor der afregnes med sengedagstakster, betaler tilflytningsregionen som hovedregel fra tilflytningstidspunktet. For patienter indlagt på afdelinger, hvor der afregnes med forløbstakster, herunder DRG-takster, vil det mest praktiske være, at fraflytningsregionen (bopæl ved indlæggelse) betaler for hele forløbet. Ved meget lange indlæggelser vil det dog være rimeligt, at de to regioner aftaler en deling af betalingen. Betaling efter Takstbekendtgørelsens § 1 afregnes månedsvis bagud, jf. § 2.

2.2.1. Raske ledsagere og nyfødte

Der skal ikke afregnes for raske ledsagere og raske nyfødte, som ikke modtager behandling, jf. Takstbekendtgørelsens § 4.

2.2.2. Fravær under indlæggelse

Uanset om der afregnes pr. sengedag eller pr. udskrivning, anses en indlæggelse ikke for ophørt eller afbrudt, såfremt det enkelte fravær ikke strækker sig over mere end tre døgn, jf. Takstbekendtgørelsens § 5, stk. 2. Patienten skal i givet fald ikke registreres som udskrevet og genindlagt. Det enkelte fravær kan 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.

2.2.3. Ambulante besøg og ydelser

2.2.3.1. Afgrænsning af ambulant besøg

En ambulant patient er en patient, der er indskrevet i et ambulatorium og med ambulatoriet som stamafdeling modtager undersøgelse/behandling (ambulante ydelser) på sygehuset¹. Ved et ambulant besøg forstås en ambulants patients fremmøde på sygehuset i det aktuelle ambulante forløb. Særskilt fremmøde på en serviceafdeling (f.eks. røntgen eller laboratorium) regnes dog ikke for et ambulant besøg.

I det tilfælde, hvor en indlagt patient modtager ydelse 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. Tilsva-

¹ Jf. Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2011, Sundhedsstyrelsen, 2010

rende kan en patient principielt ikke være ambulant indskrevet flere steder samtidig for den samme lidelse.

En stationær patient kan derimod godt modtage ambulant behandling ved et aftalt ambulant besøg for en anden lidelse end den, som betinger indlæggelsen. Tilsvarende kan en ambulant patient godt have ambulante besøg i flere ambulante forløb – ved flere sygdomme – også på samme dato.

2.2.3.2. Afgrænsning af hjemmebesøg

Ved et hjemmebesøg forstås en klinisk persons besøg i patientens hjem². Hjemmebesøg inkluderer dog andet sted (f.eks. institution, plejehjem, hospice), hvor patienten bor eller skal bo i fremtiden. Hjemmebesøg indberettes med en besøgsdato samt en obligatorisk procedurekode, AAF6 *Hjemmebesøg*.

2.2.3.3. Afgrænsning af telefon- og e-mailkonsultationer

Ved en telefon- eller e-mailkonsultation forstås en klinisk telefonsamtale eller e-mailkorrespondance med en patient som led i behandling eller kontrol af sygdom. En telefonkonsultation kan registreres som en ydelse (uden besøg) med koden, BVAA33A *Telefonkonsultation*³. På samme måde registreres e-mailkonsultation med koden BVAA33B *E-mail konsultation*⁴.

2.2.3.4. Afgrænsning af telemedicinske ydelser

Ved telemedicinske ydelser forstås digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand⁵. Telemedicinske ydelser registreres ved at tillægskode ydelsen med ZPW00900 *Telemedicinsk ydelse*.

2.2.3.5. Afregning af ambulante besøg, hjemmebesøg og ydelser

Der kan afregnes for et ambulant besøg på en klinisk afdeling pr. kontakt pr. dag. Såfremt en ambulant patient har flere forskellige patientkontakter (jf. definition i *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter*), kan der afregnes for flere besøg pr. dag. Der kan endvidere afregnes for ydelser fra følgende kliniske serviceafdelinger: Diagnostisk radiologi (røntgen), klinisk fysiologisk/nuklearmedicinsk afdeling, klinisk neurofysiologisk afdeling og klinisk genetisk afdeling. Afregning kan forekomme, når der i tilslutning til ydelsen har været en læge involveret. Det er således ikke tilstrækkeligt, at en læge,

2 Se note 1.

3 Se note 1.

4 Se note 1.

5 Se note 1.

herunder en privat praktiserende læge, har henvist en patient til en af de kliniske serviceafdelinger.

Hjemmebesøg afregnes efter samme retningslinjer som ambulante besøg.

En telefon- eller e-mailkonsultation samt skriftlig kommunikation ved prøvesvar kan kun afregnes, hvis det er den pågældende patients eneste kontakt til vedkommende sygehus den pågældende dag. Der kan for den enkelte patient på det pågældende sygehus således kun afregnes for én telefon- eller e-mailkonsultation eller skriftlig kommunikation ved prøvesvar pr. dag.

2.2.3.6. Afregning af genoptræningsydelser

For patienter, der har modtaget genoptræningsydelser, kan disse afregnes som et tillæg til DRG-/DAGS-taksten. Der kan afregnes for genoptræningsydelser for både ambulante og stationære patienter på det somatiske område. Genoptræningsydelserne afregnes uanset hvilken afdeling og/eller faggruppe, der står for ydelsen. Der er således ikke krav om, at der i tilslutning til ydelsen har været en læge involveret. Principper for afregning af genoptræningsydelserne findes desuden i afsnit 3.1.4.

2.3. Sondring mellem behandlingsniveauer

Reglerne vedrørende beregning af betaling er forskellige afhængig af, om patienten modtager behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau eller på højt specialiseret funktionsniveau. På hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau er reglerne endvidere forskellige afhængig af, om der er tale om behandling på en somatisk afdeling eller på en psykiatrisk afdeling.

Takststrukturen forudsætter således, at det er muligt at sondre mellem mellemregionale patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau og mellemregionale patienter på højt specialiseret funktionsniveau .

Patienter på en afdeling, som ikke i henhold til Sundhedsstyrelsens Vejledning⁶ vedrørende specialeplanlægning og specialfunktioner i sygehusvæsenet varetager en specialfunktion, er pr. definition behandlet på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau, og behandling afregnes efter reglerne i Takstbekendtgørelsens § 10.

Patienter på en afdeling, som i henhold til Sundhedsstyrelsens Vejledning vedrørende specialeplanlægning og specialfunktioner i sygehusvæsenet varetager en specialfunkti-

⁶ Specialfunktioner omfatter højt specialiserede funktioner og regionsfunktioner.

on, kan enten modtage behandling på hovedfunktions- og 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- og 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- og regionsfunktionsniveau til behandling på højt specialiseret funktionsniveau. I disse tilfælde afregnes patienten efter takster for behandling på højt specialiserede funktionsniveau.

Takststrukturen forudsætter endvidere, at der sondres mellem behandling på somatiske og psykiatriske afdelinger på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau. Ved afgørelsen af om en patient afregnes efter DRG-takster på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau eller efter de særlige takster vedrørende psykiatriske patienter, er det afgørende, hvor patienten behandles. En psykiatrisk patient behandlet på en somatisk afdeling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau afregnes således efter DRG-takst.

Eventuelle tvivsspørgsmål om behandlingsniveau må afklares konkret mellem parterne. Sundhedsstyrelsen kan i enkelte tilfælde på grundlag af specialevejledningen vejlede med hensyn til afklaringen af, om en patient er hovedfunktions- og regionsfunktionspatient eller en patient ved en højt specialiseret afdeling.

2.4. Overgangsregler ved årsskifte

Afregning efter det takstsystem og de takster, der beskrives i denne vejledning, trådte i kraft 1. januar 2011. Særligt i forbindelse med opkrævning efter forløbstakster, herunder DRG-takster for indlagte patienter, opstår spørgsmålet om, hvilken takst der er gældende ved indlæggelser, som strækker sig over nytåret.

For afregning af mellemregionale patienter, der påbegynder en indlæggelse i 2010 og udskrives/afsluttes i 2011, gælder, at det er afregningstidspunktet, der er afgørende. En patient, der er indlagt henover årsskiftet 2010/2011 og udskrives i 2011, afregnes således til 2011-takster.

2.5. 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 markeds-mæssigt salg af ydelser indenfor 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-markeds-mæssige forpligtelser er undtaget fra lønsumsafgift, da det er en del af de interne ressourceallokeringer i det offentlige sundhedssystem og således ikke et markeds-mæssigt salg af ydelser mod vederlag. Jf. loven (Bekendtgørelse af lov om afgift af lønsum m.v. - nr. 466 af 22. maj 2006) er afgiftssatsen for offentlige virksomheder på 5,33 pct. af den del af afgiftsgrundlaget, der udgøres af virksomhedens lønsum.

Da gældende Takstbekendtgørelse specificerer DRG-takster for mellemregionale patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau, er der beregnet lønsumsandele på alle takstelementer i det samlede DRG-system. Med gældende afgiftssats er der derefter beregnet lønsumsafgifter. Der er beregnet afgifter på DRG- og DAGS-grupper, genoptræningsgrupper og langliggertaksten. Lønsumstakster og -afgifter gældende fra 1. januar 2011 til Takstsystem 2011 kan hentes på www.drg.dk.

2.6. Pris- og lønregulering for takstsystem 2011

Formålet med dette afsnit er at skabe klarhed over hvilken pris- og lønregulering på sundhedsområdet (excl. medicintilskud) – herefter P/L, der anvendes til brug for takstberegning og -regulering.

Der er to justeringsfaktorer, der vil blive anvendt til området. Det drejer sig om:

- Finansministeriets seneste P/L excl. medicintilskud
- Den i Økonomiaftalen fastsatte P/L faktor til regulering af bloktilskuddet til regionerne excl. medicintilskud.

Tabel 5. Pris- og lønudviklingsfaktor

Justeringsfaktor	P/L 2011
Finansministeriets pris- og lønudvikling på sundhedsområdet (excl. medicintilskud) ⁷	0,80 pct.
Den i Økonomiaftalen fastsatte P/L faktor (ekcl. medicintilskud)	0,80 pct.

7 Ved brug af prisindeks anvendes Finansministeriet indeks 1993=100

Pris- og lønreguleringen for årlige takstfremskrivninger låses fast én gang årligt, når P/L-faktoren fra den endelige Økonomiaftale er kendt. Ved Økonomiaftalens indgåelse vil der være overensstemmelse med Finansministeriets seneste P/L-faktor og den i Økonomiaftalen fastsatte P/L. Takster, der fremskrives til det følgende år, anvender den i Økonomiaftalen fastsatte P/L-faktor (excl. medicintilskud).

Når udgifter fra tidligere år fremskrives, fx opjustering af sygehusenes regnskabsoplysninger, anvendes de(n) seneste P/L-faktor(er) (excl. medicinskud), der er udmeldt af Finansministeriet for de(t) gældende år.

Tabel 6. P/L-faktor for takster

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

Fremgangsmåde for justering

Fremgangsmåden for P/L-justering af takster er som følger:

Foregående års udmeldte takst justeres med P/L-faktor eller indeks og afrundes til et helt tal. Dette er den takst, der udmeldes.

For andre områder, hvor der ønskes en prisfremskrivning, anvendes seneste udmeldte pris- og lønudviklingsfaktor på sundhedsområdet (excl. medicintilskud) eller indeks fra Finansministeriet for perioden.

3. Behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau

3.1. Patienter behandlet på somatiske afdelinger

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

1. Stationære patienter
2. Gråzonepatienter, hvor taksten er ens, uanset om behandlingen udføres ambulante eller under indlæggelse
3. Ambulante patienter

I de tre følgende afsnit gennemgås principperne for tildeling af takster til de enkelte patientkategorier hver for sig. Desuden gennemgås principperne for tildeling af takster på genoptræningsområdet. Taksterne afspejler de beregnede, direkte udgifter til behandling af somatiske stationære-, gråzone-, ambulante- og genoptræningspatienter. Der er således ikke inkluderet udgifter til eksempelvis tjenestemandspension, forrentning og afskrivning. De takster og andre beløbsangivelser, der er gengivet i teksten samt i bilag 1, 2 og 3, er alle anført i 2011 pris- og lønniveau.

Antallet af DRG-grupper ændrer sig fra år til år. Tabel 7 viser antallet af grupper og dermed antal takster for hvert af de angivne takstår.

Tabel 7. Oversigt over antal grupper for hhv. DRG, gråzone og DAGS samt sammedagspakker for takstårerne 2000-2011

Takstår	Gruppering	DRG	Gråzone	DAGS	Sammedagspakker	Ambulant substitution
2000	NordDRG	495	29	8		
2001	NordDRG	495	29	10		
2002	DkDRG	561	40	48		
2003	DkDRG	565	40	55		
2004	DkDRG	588	45	84		
2005	DkDRG	589	72	86		
2006	DkDRG	599	75	93		
2007	DkDRG	583	96	122	3	
2008	DkDRG	598	98	130	3	
2009	DkDRG	604	104	134	3	
2010	DkDRG	648	137	150	11	
2011	DKDRG	674	144	171	24	3

3.1.1. Takster for stationære patienter

Betaling for stationære somatiske patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau beregnes pr. sygehusudskrivning og sker ud fra beregnede 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 1.834 kr. pr. sengedag (2011 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 2.

DRG-taksterne er gengivet i bilag 1 til denne vejledning. Der er 674 DRG-grupper med tilhørende takster, trimpunkter og gennemsnitlige liggetider, jf. tabel 7.

3.1.1.1. Afdelings- og sygehusudskrivning

Afregningsenheden for mellemregionale patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau er en sygehusudskrivning, der defineres som en udskrivning fra et sygehus, uden der samme dag sker indlæggelse på en anden afdeling på det samme sygehus.

Hvis der sker en udskrivning fra en afdeling fulgt af en indlæggelse på en anden afdeling på samme sygehus den samme dag, er der tale om en afdelingsudskrivning. En sygehusudskrivning kan således bestå af flere afdelingsudskrivinger, hvis den pågældende patient har været overflyttet mellem flere afdelinger på sygehuset inden den endelige sygehusudskrivning. Der beregnes en DRG-værdi for hver enkelt afdelingsudskrivning. Sygehusudskrivningen afregnes som DRG-værdien af den dyreste af afdelingsudskriv-

ningerne. For nærmere information henvises til Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside, www.im.dk.

Overflyttes en patient mellem to sygehuse vil det give anledning til to sygehusudskrivinger, også selvom det overflyttende sygehus ikke behandler, men straks viderevisiterer til et andet (mere specialiseret) sygehus.

Hvis en patient efter udskriving genindlægges på samme afdeling (dog ikke samme dag), anses indlæggelsen som et selvstændigt sygehusforløb, og der afregnes ligeledes for to sygehusudskrivinger.

Patienter kan forlade sygehusafdelingen i enkelte døgn eller dele heraf, uden at behandlingsforløbet afbrydes. Fraværet må ikke oversige tre døgn jf. Takstbekendtgørelsens § 5, stk. 2. I forbindelse med højtidsperioder som jul, nytår og påske kan fraværsperioden strække sig over mere end tre døgn. I fraværsperioden skal patienten ikke registreres som udskrevet og genindlagt.

Eventuelle forudgående og efterfølgende ambulante forløb relateret til en sygehusindlæggelse indgår ikke i det stationære forløb og afregnes særskilt.

3.1.1.2. Trimpunkt

Begrebet trimpunkt er centralt for DRG-taksterne. Trimpunktet er det maksimale antal sengedage, der dækkes af DRG-taksten.

For en patient, der er indlagt ud over trimpunktet (langligger), afregnes der ud over DRG-taksten for den pågældende DRG-gruppe endvidere 1.834 kr. (2011 pris- og lønniveau) pr. sengedag for den periode, som patientforløbet varer ud over trimpunktet, jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 2.

Der er beregnet et trimpunkt for hver DRG-gruppe 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.

3.1.1.3. Særydelser

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 særydelse. Den i bilag 2.2 anførte ambulante særydelsesliste gælder ikke

for stationære patienter eller for gråzonepatienter, men udelukkende for patienter, der afregnes i henhold til det ambulante takstsystem.

3.1.1.4. Betaling efter akutfasen for personer uden ret til vederlagsfrit sygehusbehandling

Personer uden ret til vederlagsfri sygehusbehandling har ved akut tilskadekomst/sygdom ret til vederlagsfri behandling i akutfasen. Efter akutfasen kan regionen opkræve betaling for eventuel videre behandling, jf. Sygehusbekendtgørelsen § 6, stk. 3.

Ved anvendelse af DRG-takster, hvor der for stationære patienter afregnes pr. sygehusudskrivning, opstår der et afregningsteknisk problem i forbindelse med, at patienten skal betale for en del af indlæggelsen, såfremt patienten vælger at blive færdigbehandlet på afdelingen.

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.

3.1.1.5. Betaling for patienter fra andre EU/EØS-lande og Schweiz

Regioner og kommuner kan i visse tilfælde kræve udgifter til sundhedsydelser og visse sociale ydelser, der gives 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.

Det 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 E 106) eller en person, der alene modtager tysk pension (registreret i kommunen med blanket E 121)
- opholder sig i Danmark, fx 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)
- er pensioneret grænsearbejder og senest arbejdede i Danmark, og som ønsker at "fortsætte en påbegyndt behandling i Danmark" (dokumenteres ved en blanket S 3)
- er henvist til behandling i Danmark (dokumenteres ved blanket E 112/S 2).

Der henvises til Indenrigs- og Sundhedsministeriets "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 staterne⁸.

Der opkræves kun betaling for behandling af sikrede fra andre EU/EØS-stater og Schweiz, hvis Danmark ikke har indgået en aftale om at undlade mellemstatslig afregning af behandlingsudgifter. Der henvises herom til Patientombuddets elektroniske indberetningssystem, e125.

Ved afregning anvendes som udgangspunkt DRG-takster, hvor der for stationære patienter afregnes pr. sygehusudskrivning. En række af disse patienter fra andre EU/EØS-lande og Schweiz er indlagt under ét døgn, idet de overføres til hjemlandet eller selv ønsker at forlade sygehuset. Disse patienter, hvor indlæggelsen beregnes til en sengedag, afregnes efter den ambulante del af takstsystemet (DAGS-takster), idet disse patienter formodes at modtage den væsentligste del af behandlingen andetsteds. Ved indlæggelser af mere end en sengedags længde anvendes DRG-taksten.

3.1.2. Takster for gråzonepatienter

En gråzonepatient afregnes i henhold til Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 6. Hvis der er fastsat en gråzone takst for en given DRG-gruppe, afregnes det ambulante besøg eller det stationære forløb til gråzone taksten, uanset om behandlingen foregår ambulant eller under indlæggelse. Eventuelle for- eller efter-ambulante besøg afregnes med ambulant takst. Foregår en gråzonebehandling i stationært regi, og strækker det konkrete forløb sig ud over trimpunktet, afregnes der 1.834 kr. (2011 pris- og lønniveau) pr. sengedag for de sengedage, der ligger ud over trimpunktet for gråzone DRG-gruppen.

DRG-taksten for en gråzonepatient ligger i intervallet mellem det, det koster at udføre indgrebet/behandlingen ambulant og den tilsvarende omkostning ved at udføre samme behandling i stationært regi.

I 2011 findes 144 DRG-grupper, der betegnes som gråzone DRG-grupper. Disse DRG-grupper er markeret med kursiv og stjerne i bilag 1.1.

3.1.2.1. Særydelser

Der kan ikke opkræves betaling for særydelser i forbindelse med ambulant behandling af patienter, der efterfølgende grupperes i en af de 144 gråzone DRG-grupper. Årsagen er, at særydelserne er indregnet i de stationære DRG-takster.

⁸ De omtalte blanketter og EU-sygesikringskort anvendes ikke mellem de nordiske lande, bortset fra S3 og E 112/S2.

3.1.2.2. Flere gråzonetakster

Der kan afregnes flere gråzonetakster pr. person pr. dag, men kun én pr. kontakt pr. dag. Grupperes en patient eksempelvis til flere gråzonegrupper på én dag, afregnes med gråzonetakst for hvert af de gråzone-grupperede besøg, dog kun for ét besøg på hver klinisk afdeling pr. dag.

3.1.3. Takster for ambulante patienter

Ambulante patienter afregnes pr. besøg, og der kan afregnes for flere besøg samme dag, jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 4, men kun for ét besøg pr. kontakt. Der kan dog kun afregnes besøgstakst på kliniske afdelinger jf. afsnit 3.1.5.

Det ambulante takstsystem er inddelt i flere trin. Et ambulant besøg grupperes efter det ambulante takstsystem med henblik på at afdække mulige ambulante takstgrupper. Der er tale om besøgsgrupper, diagnosegrupper, proceduregrupper, ambulante substitutionsgrupper og sammedagspakker. Den ambulante takst findes som den højeste af taksterne i de mulige takstgrupper.

Inden gruppering efter det ambulante takstssystem grupperes efter DkDRG-systemet for at undersøge, om patienten kan grupperes til en gråzonegruppe. Er det tilfældet, vil patienten blive kategoriseret som gråzonepatient, hvis gråzonetaksten er højere end den tilsvarende ambulante takst.

Såfremt der ikke er tale om en gråzonepatient, afregnes der efter en af nedenstående takstgrupper⁹:

Besøgsgrupper

- Ambulant besøg
- Skadestue
- Telefon- og e-mailkonsultation
- Ambulant substitution

Diagnosegrupper

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

9 Diagnose- og procedurekoderne bag takstgrupperne er nærmere defineret på Visual DRG: visualdrg.im.dk

- 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

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

Proceduregrupper, ambulant substitution

- Pacemakerkontrol, telemedicin
- Lungefunktionsundersøgelse
- AK-behandling

Sammedagspakker

- Anæstesiologi
- Allergologi
- Gastroenterologi
- Mammadiagnostik
- Øre, næse, og hals
- Høreapparat
- Svimmelhed
- Ryglidelser
- Graviditet
- Ultralyd
- Cystoskopi
- Endokrinologi
- Gigt

En proceduretakst dækker alene omkostninger i forbindelse med proceduren, hvilket også gør sig gældende for sammedagspakkerne. Taksten for diagnosegrupperne dækker omkostninger specifikke for den pågældende patientgruppe. Det vil sige, at der herudover kan afregnes for et ambulant besøg svarende til 1.185 kr. for patienter i alderen fra og med 7 år, og 1.686 kr. for patienter i alderen 0-6 år og 1.930 kr. for besøg med anamnese- eller journaloptagelse (2011 pris- og lønniveau). Takstgrupperne findes i bilag 2.1.

Et ambulant besøg med anamnese- eller journaloptagelse takseres med 1.930 kr. (2011 pris- og lønniveau). Til gruppen grupperes besøg med procedurekoderne ZZ0150, ZZ0150A eller ZZ0150E.

Et skadestuebesøg udløser en takst på 911 kr. (2011 pris- og lønniveau). Der kan ikke i tilknytning til skadestuebesøget opkræves for eventuelle procedurer. Fører skadestuebesøget til indlæggelse, kan der ikke afregnes for skadestuebesøget. Endelig kan der kun afregnes for ét skadestuebesøg pr. kontakt pr. dag.

Telefon- eller e-mailkonsultation samt skriftlig kommunikation ved prøvesvar udløser en takst på 171 kr. (2011 pris- og lønniveau). Der kan kun afregnes for én telefon- eller e-mailkonsultation eller skriftlig kommunikation ved prøvesvar pr. kontakt pr. dag. Der kan desuden ikke afregnes for en telefon- eller e-mailkonsultation eller skriftlig kommunikation ved prøvesvar, hvis der er registreret et besøg på kontakten samme dag. Til gruppen grupperes besøg med procedurekoderne BVAA33A, BVAA33B, BVAC1 og BVAC10.

3.1.3.1. Ambulante substitutionstakster i 2011

I DAGS 2011 er der oprettet ambulante substitutionstakster for telemedicin inden for tre behandlingsområder:

- Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
- Pacemaker, herunder ICD
- Blodfortyndende behandling (AK)

Taksterne dækker efterfølgende kontrol af undersøgelser udført af patienten selv uden for sygehuset og analyse på sygehuset uden patientens fremmøde.

Definition af ambulante substitutionstakster

Ambulante substitutionstakster defineres som takster for ydelser, der erstatter (substituerer) ambulante besøg på sygehuset. Eksempler:

- Patienten undersøger sig selv eller aflæser måleapparatur hjemme med efterfølgende korrespondance med læge eller sygeplejerske på sygehuset (telemedicin mellem patient og sygehus).
- Personale fra sygehuset udfører undersøgelser eller behandling på patienten i patientens hjem (hjemmebesøg).

Telemedicinske ydelser, som sker *mellem sygehuse* (for eksempel evaluering af fremmed billedmateriale), betragtes som assistancer og forventes indtil videre håndteret ved aftaler mellem regionerne og sygehusene.

Taksering af ydelserne

De nye ambulante substitutionstakster omfatter således *telemedicinske ydelser mellem patient og sygehus*, og den telemedicinske konsultation indplaceres i DAGS-systemet med en grundtakst, der dækker grundomkostningen ved konsultationen. Selve ydelsen grupperes til de eksisterende proceduregrupper, hvorved afregningsstrukturen i DAGS er bevaret (besøgstakst + proceduretakst). Hvis proceduren ikke er placeret i en proceduregruppe, afregnes alene den telemedicinske grundtakst.

Ydelser dækket af de ambulante substitutionstakster

Afgrænsningen af ydelserne, der dækkes af de ambulante substitutionstakster inden for de tre behandlingsområder, er sket i samarbejde mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Århus Universitetshospital, Odense Universitetshospital og Rigshospitalet.

Nogle af ydelserne grupperes til proceduregrupper i DAGS 2011. Hvis de udføres telemedicinsk, vil disse ydelser blive takseret med den telemedicinske grundtakst plus taksten for proceduregruppen.

Hvis ydelserne ikke grupperes til en proceduregruppe, vil ydelsen alene blive afregnet med den telemedicinske grundtakst.

Ydelserne tillægskodes med ZPW00900 *Telemedicinsk ydelse* jf. vejledningen i Fællesindhold for basisregistrering. *Afregning af den telemedicinske grundtakst kan kun ske, hvis mindst én ydelse er tillægskodet med ZPW00900.*

3.1.3.2. *Ambulante besøgstakster*

Besøg der ikke er omfattet af diagnosetakster, proceduretakster, substitutionstakster eller sammedagspakker, og som ikke er et skadestuebesøg, udløser en besøgstakst på hhv. 1.185 kr. for patienter i alderen fra og med 7 år, 1.686 kr. for patienter i alderen 0-6 år og 1.930 kr. for besøg med anamnese- eller journaloptagelse (2011 pris- og lønniveau). Hvis der i forbindelse med det ambulante besøg udelukkende er registreret genoptræningsydelser, kan der ikke afregnes for det ambulante besøg.

Der kan i ovenstående takstgrupper opkræves særskilt takst for de ambulante særydelser, som patienten har fået i forbindelse med det ambulante besøg, jf. Takstbekendtgørelsens § 8. Særydelseslisten er gengivet i bilag 2.2. Listen er udtømmende og udmeldes årligt med virkning fra 1. januar, jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 5.

Der kan ikke afregnes særskilt for jordemoderbesøg.

3.1.3.3. *Assistancer*

Der kan afregnes for ambulante ydelser på kliniske afdelinger, hvor ydelsen er ydet som en assistance. Afregning af assistancydelser sker efter DAGS-taksten uden tillæg af ambulante besøgstakst. Såfremt en assistance kan grupperes til flere DAGS-grupper, vil der blive afregnet for den dyreste. Dog er det et krav, at en assistance til en ambulante kontakt skal finde sted på en anden dag end besøget på den rekvirerende afdeling (stamafdelingen), medmindre ydelsen er rekvireret fra et andet sygehus eller fra praksissektoren. Der kan afregnes flere assistancer pr. dag, men kun en pr. kontakt.

I forbindelse med stationære kontakter afregnes ambulante ydelser fra kliniske serviceafdelinger normalt 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.

Undtaget herfra er nedenstående fire kliniske afdelinger, hvor ydelsen ikke kan tilknyttes et sygehusforløb.

Afregning for klinisk fysiologi og nuklearmedicin, diagnostisk radiologi, klinisk neurofysiologi og klinisk genetik er dog betinget af, at der i tilslutning til ydelsen har været en læge involveret. Det er ikke tilstrækkeligt, at en læge, herunder en privat praktiserende læge, har henvist en patient til en af de fire kliniske serviceafdelinger.

Undtagelsen gælder således kun ydelser fra følgende fire kliniske serviceafdelinger:

- Klinisk fysiologi og nuklearmedicin (61)
- Diagnostisk radiologi (røntgen) (66)
- Klinisk neurofysiologi (64)
- Klinisk genetik (68)

3.1.3.4. 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, jf. afsnit 2.2.3.1. I eventuelle tvivlstilfælde beror afgørelsen, af hvorvidt der er tale om en anden lidelse, på en lægefaglig vurdering.

3.1.3.5. 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. 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 i visse tilfælde ikke kan afregnes for et ambulante besøg i kombination med genoptræningsydelser. Det sker, når et ambulante besøg kun indeholder koder fra fysio- og ergoterapeut kodekatalogerne. Her vil besøget alene udløse en genoptræningstakst og ingen besøgstakst.

Genoptræningsydelserne er bredt defineret ud fra procedurekoderne og ikke ud fra, 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).

For en oversigt over fysio- og ergoterapeut kodekataloget henvises der til fysio- og ergoterapeuternes hjemmeside: www.fysio.dk.

3.1.5. Afgrænsning af specialer

For ambulante patienter følger afgrænsningen definitionen af et ambulante besøg i *Fællesindhold – for basisregistrering af sygehuspatienter*. Et ambulante besøg afregnes som udgangspunkt altid inklusiv den ambulante besøgstakst.

Undtaget herfra er imidlertid en række kliniske tværgående specialer. Disse afregnes enten udelukkende til proceduretakst eller takseres ikke. Nedenstående tabel viser en oversigt over de specialer, hvor der kan afregnes for besøgs-, diagnose-, procedure- eller gråzonegrupper.

Tabel 8. Afregning af specialer og ambulante takster

	Kan afregne for ambulante besøgs-/ diagnosegruppe	Kan afregne for gråzone-DRG	Kan afregne for procedure	Kan afregne for ambulante genoptræning
Klinisk speciale ¹⁰	Ja	Ja	Ja	Ja
Tværgående speciale ¹¹	Nej	Ja	Ja	Ja
Fysio- og ergoterapi ¹²	Nej	Nej	Nej	Ja
Andre specialer ¹³	Nej	Nej	Nej	Nej

10 00 Blandet medicin og kirurgi, 01 Intern Medicin, 02 Geriatri, 03 Hepatologi, 04 Hæmatologi, 05 Infektionsmedicin, 06 Kardiologi, 07 Med. allergologi, 08 Med. endokrinologi, 09 Med. gastroenterologi, 10 Med. lungesygdomme, 11 Nefrologi, 12 Reumatologi, 18 Dermato-venerologi, 20 Neurologi, 22 Onkologi, 30 Kirurgi, 31 Karkirurgi, 32 Kir. gastroenterologi, 33 Plastikkirurgi, 34 Thorax-kirurgi, 35 Urologi, 38 Gynækologi og obstetrik, 40 Neurokirurgi, 42 Ortopædisk kirurgi, 44 Oftalmologi, 46 Oto-, rhino-, laryngologi, 48 Hospitalsondologi, 80 Pædiatri, 84 Anæstesiologi, 86 Arbejdsmedicin, 90 Almen medicin, 91 Sam-fundsmedicin, 99 Afdelinger, som ikke lader sig klassificere.

11 61 Klinisk fysiologi og nuclearmedicin, 66 Diagnostisk radiologi. 64 Klinisk neurofysiologi og 68 Klinisk genetik

12 98 Fysio- og ergoterapi.

13 60 Klinisk biokemi, 62 Klinisk immunologi, 63 Klinisk mikrobiologi, 65 Pato-logisk anatomi, 67 Klinisk farmakologi

3.1.6. Enhedspris for billeddiagnostiske ydelser

Pointsystemet, som anvendes ved beregningen af takster for billeddiagnostiske ydelser i 2011, bygger på omkostningsanalyser af seks radiologiske afdelinger.

Pointsystemet fastsætter point for koder i "Klassifikation af radiologiske procedurer", og ved hjælp af en beregnet enhedspris pr. point kan takster for billeddiagnostiske ydelser beregnes som point gange enhedspris.

Enhedsprisen for en radiologisk ydelse i 2011 udgør 624 kr.

3.2. Patienter behandlet på psykiatriske afdelinger

Psykiatriske patienter afregnes ikke efter DRG-takstsystemet. Det vil sige, at hovedprincippet for afregning af psykiatriske patienter fortsat er sengedagstakster og ambulante takster. Der pågår dog et udviklingsarbejde på området, og der er udarbejdet vejledende psykiatritakster for 2011 (disse er tilgængelige på www.im.dk).

Ved beregning af betaling for psykiatriske patienter udgør sengedagstaksten 3.308 kr. (2011 pris- og lønniveau), jf. Takstbekendtgørelsens § 10, stk. 3.

En mellemregional psykiatrisk patient (eventuelt midlertidigt), som overføres til og behandles på en somatisk afdeling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau, udløser en DRG-takst for den somatiske indlæggelse. Hvis en somatisk mellemregional patient behandlet på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau overføres permanent til psykiatrisk behandling, anses overførelstidspunktet som udskrivningstidspunkt fra den somatiske afdeling.

For psykiatriske patienter udgør taksten for ambulante behandling 1.655 kr. (2011 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 1.655 kr. pr. besøg, mens den somatiske skadestuetakst er på 911 kr. pr. besøg (begge beløb i 2011 pris- og lønniveau).

4. Behandling på højt specialiseret niveau

Sundhedsstyrelsen har vedtaget en ny specialeplan, der ændrer patientbehandling på lands- og landsdelsniveau til behandling på højt specialiseret funktionsniveau. Reglerne for afregning af disse patienter er uændrede i forhold til 2010. Takstbekendtgørelsen indeholder en beskrivelse af, hvordan taksterne skal beregnes. 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.

Takstprincipperne er de samme, uanset om den højt specialiserede behandling af patienterne foretages på somatiske eller på psykiatriske afdelinger. Ligeledes er takstprincipperne de samme for ambulante og stationære patienter, der behandles på højt specialiseret funktionsniveau.

4.1. Betaling

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

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

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

4.2. Takstberegning for behandlinger på højt specialiseret funktionsniveau

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:

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 for behandling på højt specialiseret funktionsniveau. 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 i praksis som hovedregel sige medarbejdere med tjenstemandsansættelse, der under ansættelsen erhverver ret til tjenstemandspension fra arbejdsgiver, uden at der løbende foretages pensionsindbetalinger.

Endvidere fradrages indtægter for hovedfunktions- og regionsfunktionspatienter fra andre regioner. De sengedage, som disse hovedfunktions- og regionsfunktionspatienter repræsenterer, holdes uden for takstberegningen. Som hidtil fordres der således ikke en sondring af, hvorvidt egne patienter modtager behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret funktionsniveau.

5. Andre takstregler

5.1. Betaling for færdigbehandlede patienter

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

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

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

Sengedagsbetalingen for 2011 udgør med den anførte pris- og lønregulering maksimalt 1.834 kr.

5.2. Udbetaling af lommepenge

I henhold til Sundhedslovens § 91 fastsætter Indenrigs- og Sundhedsministeren 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. Indenrigs- og Sundhedsministeren 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 Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Taksten vil med den nævnte regulering være 1.327 kr. pr. måned for 2011 (2011 pris- og lønniveau).

6. Fritvalgsrammer til private sygehuse mv.

6.1. Pris- og lønregulering af fritvalgsrammer til private specialsygehuse m.v.

I henhold til § 235, stk. 4 i Sundhedsloven fastsætter Indenrigs- og Sundhedsministeren 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. Pris- og lønreguleringsprocenten fra 2010 til 2011 niveau er 0,8 pct. De pris- og lønregulerede rammer udgør herefter følgende:

Tabel 9. Den årlige økonomiske ramme for vederlagsfri behandling på de private specialsygehuse i mio. kr.

	2011 P/L niveau
Sankt Lukas Hospice	16,0
Diakonissestiftelsens Hospice	16,0
Sct. Maria Hospice	16,0
OASIS	17,4
RCT-København	18,2
RCT-Jylland	12,5
Epilepsihospitalet i Dianalund...	74,3
Sclerosehospitalerne i Haslev og Ry	66,1
Polio-, Trafik- og Ulykkeskadedes Fysiurgiske Ambulatorium	28,5
Center for sundhed og træning i Middelfart	12,4
Center for sundhed og træning i Århus	14,0
Center for sundhed og træning i Skælskør	19,0
Institut for Muskelsvind	20,5
Vejlefjord	14,8
Center for Hjerneskade	8,3

Bilag 1. DRG-takster for stationære patienter og gråzonepatienter

DRG-taksterne, der skal anvendes til afregning af somatiske patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau pr. 1. januar 2011, er trykt i dette bilag.

Patientforløb grupperes i DkDRG-systemet for år 2011 efter grupperingsnøglen 'DkDRG version 2011'. De stationære patienter grupperes til 674 DRG-grupper mod 648 grupper i 2010. Heraf er 144 gråzonegrupper mod 137 grupper i 2010. Se tabel 7, side 23.

I DkDRG-systemet er både beskrivelsen af aktiviteten og omkostninger ved behandling af somatiske patienter udarbejdet på baggrund af praksis på danske sygehuse. Grupperingslogikken er valideret af de lægevidenskabelige selskaber, og omkostningsberegningerne er baseret på opgørelser fra danske sygehuse.

Grupperingsnøgle

DkDRG-systemet er oprindeligt udarbejdet på baggrund af den nordiske NordDRG-grupperingsnøgle. For at sikre, at DRG-grupperne er klinisk meningsfulde og ressourcehomogene i forhold til dansk klinisk praksis, sker der løbende en validering på baggrund af anbefalinger fra de lægevidenskabelige selskaber.

I DRG-systemet sker tildelingen af en DRG-gruppe på baggrund af den information, der findes i de enkelte sygehuses patientadministrative systemer, og som løbende indberettes til Landspatientregisteret (LPR). Grupperingen sker som hovedregel på grundlag af oplysninger om diagnoser, eventuelle kirurgiske- og/eller behandlingsprocedurer, køn, alder og udskrivningsmåde. I DkDRG-systemet grupperes også på baggrund af oplysninger om behandlinger, som eksempelvis respiratorbehandling, generel anæstesi og dialyse. Der anvendes et firecifret nummereringssystem, hvor de to første cifre angiver MDC-gruppen (Major Diagnostic Category), mens de to sidste cifre angiver DRG-nummeret indenfor den pågældende MDC-gruppe. DRG-grupperne under de enkelte MDC-gruppe er så vidt muligt placeret således, at de tungeste grupper står først.

Gråzonetakster

Gråzone DRG-grupper er karakteriseret ved, at taksten for disse er ens, uanset om behandlingen foregår ambulant eller stationært.

I eksempelvis MDC 08, Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv, er alle de kirurgiske grupper gråzone-grupper. Store dele af operationerne udføres i dag ikke ambulant. Det afspejler sig i taksterne, ved at disse er forholdsvis høje, da de hovedsagligt er bestemt ud fra de stationære omkostninger.

Da gråzonepatienter pr. definition kan behandles enten ambulant eller stationært, må gråzone DRG-taksten fremstå som en pris imellem den ambulante takst og den stationære takst i den pågældende DRG-gruppe. I praksis beregnes taksterne for de enkelte gråzone DRG-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. Denne sum deles herefter med det samlede antal behandlinger¹⁴. Gruppen af gråzone DRG-grupper tilpasses og revideres løbende.

I bilag 1.1 er gråzone DRG-grupperne anført i kursiv og markeret med en stjerne.

Omkostningsberegninger

DRG-taksterne gældende for år 2011 er beregnet på baggrund af fordelingsregnskaber fra alle danske, offentlige sygehuse (Bornholms Hospital undtaget) fra 2008 og 2009. DRG-taksterne er beregnet på grundlag af fordelingsregnskaber på de enkelte sygehuse. Fordelingsregnskaberne og aktivitets- og ydelsesdata kobles og samles i den såkaldte patientrelaterede omkostningsdatabase.

Beregning af DRG-takster for stationære patienter er nærmere beskrevet i bilag 5.1.

¹⁴ Gråzonetakstberegningen sker efter følgende formel:

$$\text{Gråzonetakst} = \frac{[\text{antal amb. besøg} * \text{amb. takst}] + [\text{antal sygehusforløb} * \text{DRG-takst}]}{\text{Antal amb. besøg} + \text{antal sygehusforløb}}$$

Tabel 10. Oversigt over indholdet i omkostningsdatabasen

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 ¹⁵	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

I omkostningsdatabasen fastsættes udgifterne ved patientrelaterede behandlingsydelser således, at den enkelte patients ressourcetræk på sygehuset kan forklares. Omkostningerne ved det enkelte patientforløb kan opdeles i en sengedagsafhængig komponent og en ydelseskompont.

Ydelseskomponten svarer til den andel af omkostningerne, der kan henføres til de enkelte patientforløb via ydelsesregistreringerne.

Den sengedagsafhængige komponent af forløbsprisen beregnes som en gennemsnitlig sengedagstakst på den givne afdeling. Det enkelte patientforløb får dermed fastsat den sengedagsafhængige komponent af forløbsprisen ved antallet af sengedage gange den gennemsnitlige sengedagstakst for den givne afdeling.

Der er herefter beregnet en gennemsnitlig udskrivningsomkostning for udskrevne patienter (inden for trimpunktet af liggetiden) i hver af DRG-grupperne. Den gennemsnitlige omkostning er beregnet inklusiv eventuelle særydelser, ambulante assistancer i forbindelse med indlæggelsen, særlige undersøgelser m.v. Det betyder, at der ikke kan afregnes særskilt for disse ydelser ud over DRG-taksten.

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

De beregnede DRG-takster er eksklusive tjenestemandspensioner, forrentning og afskrivning. DRG-taksten er den samme, uanset om der er tale om et akut eller et elektivt forløb.

De foreliggende DRG-takster bygger på den patientrelaterede omkostningsdatabase med cirka 2,06 mio. stationære kontakter i 2008 og 2009 fra følgende sygehuse:

Table 11. Sygehusoversigt

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	
	Hospitalerne i Nordsjælland	Hospitalerne i Nordsjælland	Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	Hospitalerne i Nordsjælland
			Hospitalerne i Nordsjælland, Frederikssund	
Hospitalerne i Nordsjælland, Hørsholm				
Hospitalerne i Nordsjælland, Helsingør				
Region Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen	Region Sjællands Sygehusvæsen, Holbæk	Sygehus Nord	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Kalundborg		
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Roskilde		
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Faxe		
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Køge		

Table 11. Hospital overview (continued)

Region	Organisatorisk enhed	Fysisk enhed	Fordelingsregnskabsenhed
Region Sjælland (fortsat)	Region Sjællands Sygehusvæsen	Region Sjællands Sygehusvæsen, Næstved	Sygehus Syd
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Slagelse	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Ringsted	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Nykøbing F.	
		Region Sjællands Sygehusvæsen, Nakskov	
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 11. Sygehusoversigt (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 Universitetshospital, Skejby	Århus Universitets-hospital, Skejby	
Regionshospitalet Viborg og Skive	Regionshospitalet Viborg	Regionshospitalet Viborg og Skive	
	Regionshospitalet Skive		
Region Nordjylland	Sygehus Thy - Mors	Sygehus Thy - Mors	Region Nordjylland
	Aalborg Sygehus	Aalborg Sygehus	
	Sygehus Vendsyssel	Sygehus Vendsyssel	
	Sygehus Himmerland	Sygehus Himmerland	
	Ortopædkirurgien i Nordjylland	Ortopædkirurgien i Nordjylland	
	Anæsthesisektoren Nordjylland	Anæsthesisektoren Nordjylland	

Bilag 1.1. DRG-takster for stationære patienter 2011

DRG-takster for stationære patienter er angivet i nedenstående tabeller. DRG-gruppen er anført i første kolonne og de første to cifre i gruppen refererer til den overordnede MDC-gruppe (Major Disease Groups), som 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 grupperingen samt nummereringen og navngivningen af grupperne. Det er derfor ikke givet, at den enkelte DRG-gruppe i 2010 er den samme som i 2011.

Gråzone-grupper er markeret med en stjerne i anden kolonne i tabellen.

MDC-gruppe 01: Sygdomme i nervesystemet

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
0101		Instrumenteret stabilisering af hvirvelsøjle ved sygdomme i nervesystemet.....	188.588	28	12
0102		Rygmarvsoperationer.....	74.345	13	6
0103		Carotiskirurgi.....	45.433	8	5
0104	*	<i>Indgreb på karpaltunnel</i>	7.544	1	1
0105		Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, m. kompl. biidiag.....	73.177	17	8
0106		Operationer på hjernenerver, perifere nerver og nervesystem i øvrigt, u. kompl. biidiag.....	37.886	6	3
0107		Behandling med højdosis immunglobulin ved sygdom i nervesystemet.....	68.175	6	3
0108		Medicinske sygdomme i nervesystemet med dialyse.....	99.958	36	11
0109		Medicinske sygdomme i nervesystemet med plasmaferese.....	32.314	4	4
0110		Svulster i nervesystemet, m. kompl. biidiag., pat. mindst 18 år.....	49.116	27	9
0111		Svulster i nervesystemet, u. kompl. biidiag., pat. mindst 18 år.....	41.614	21	7
0112		Sygdomme og skader på rygmarven.....	30.970	10	5
0113		Infektion i nervesystemet ekskl. virus meningit.....	61.334	30	9
0114		Sygdomme i hjernenerver og perifere nerver.....	24.052	9	4
0115		Trombolysebehandling af akut apopleksi.....	82.025	7	3
0116		Specifikke karsygdomme i hjernen ekskl. forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne.....	36.158	16	6

MDC-gruppe 01: Sygdomme i nervesystemet (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0117		Degenerative sygdomme i nervesystemet	27.748	14	5
0118		Dissemineret sklerose og cerebellar ataxi	25.612	9	4
0119		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. under 1 år	28.517	9	4
0120		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. 1-17 år	13.415	2	2
0121		Anfaldssygdomme og hovedpine, pat. mindst 18 år	16.710	4	3
0122		Hovedtraumer ekskl. hjernerystelse	37.008	14	5
0123		Hjernerystelse	9.561	1	1
0124		Video-EEG døgnmonitorering	47.373	6	2
0125		Forbigående utilstrækkelig blodforsyning til hjerne og okklusion af præcerebrale arterier	16.787	6	3
0126		Feberkrampe, pat. 0-17 år	8.208	1	1
0127		Parasomnier	20.557	2	1
0128		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. mindst 18 år	24.053	9	4
0129		Andre specifikke sygdomme i nervesystemet, pat. 0-17 år	14.687	2	2
0130		Andre uspecifikke sygdomme i nervesystemet	20.289	9	4
0131		Observation for sygdom i nervesystemet	15.151	4	2

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0201	*	Operationer på nethinde og/el. glaslegeme, samt operation for perforerende øjentraumer mm. m. generel anæstesi.....	26.055	5	3
0202	*	Operationer på nethinde og/el. glaslegeme, samt operation for perforerende øjentraumer mm. u. generel anæstesi.....	15.650	4	2
0203	*	Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anlæggelse af radioaktiv plaques, tårevejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større plastikkirurgiske indgreb med frit transplantat, PDT-behand, m. generel anæstesi	32.815	4	1
0204	*	Hornhindetransplantation, fjernelse af øje med implantat, anlæggelse af radioaktiv plaques, tårevejsoperationer, kirurgi i øjenhulen, større plastikkirurgiske indgreb med frit transplantat, PDT-behand, u. generel anæstesi	15.903	9	3
0205	*	Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. m. generel anæstesi.....	13.539	4	2
0206	*	Dobbelt-operation; Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. u. generel anæstesi.....	10.398	4	2
0207	*	Grå stær operation; sekundær implantat af kunstlinse; udskiftning af kunstlinse; kirurgiske behandling af efterstær; fjernelse af forreste glaslegeme mm. u. generel anæstesi.....	5.241	4	1
0208	*	Øjenlågoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. m. generel anæstesi.....	13.030	1	1

MDC-gruppe 02: Øjensygdomme (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripmkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0209	*	Dobbelt operationer: Øjnlågsoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi.....	11.881	1	1
0210	*	Øjnlågsoperationer, skeleoperationer, filtrerende operationer for grøn stær, fjernelse af øjet uden implantat mm. u. generel anæstesi.....	5.988	1	1
0211	*	Laserbehandling, div. mindre kirurgiske indgreb, apparaturkrævende specialundersøgelser mm. m. generel anæstesi.....	13.484	2	2
0212	*	Dobbelt operationer: Div. mindre kirurgiske indgreb mm. u. generel anæstesi....	3.991	10	3
0213	*	Div. mindre kirurgiske indgreb, laserbehandling, apparaturkrævende specialundersøgelser mm. u. generel anæstesi.....	2.012	6	3
0214	*	Øvrige kliniske undersøgelser og behandlinger af medicinsk/neurologiske øjensygdomme og øjenskader.....	1.662	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0301		Indsættelse af cochleart implantat, dobbeltsidigt.....	404.642	7	3
0302		Indsættelse af cochleart implantat, enkelttsidigt.....	226.994	2	2
0303		Tracheostomi ved mundhule- og halsygdomme	92.751	32	15
0304		Operationer på hoved og hals, kategori 1	48.247	15	5
0305		Operationer på hoved og hals, kategori 2	26.957	6	4
0306	*	Operationer på hoved og hals, kategori 3	11.384	1	1
0307		Større kæbeoperationer	50.552	5	3
0308		Kæbeledsalloplastik.....	84.235	7	3
0309		Operation for læbe-ganespalte og choanal atresi	41.888	12	5
0310		Kombinerede rekonstruktive operationer på over- og underkæbe	47.226	5	3
0311		Rekonstruktive operationer på kæbe eller kæbeled	32.625	6	2
0312	*	Operationer på øre, kategori 1	20.661	4	2
0313	*	Operationer på øre, kategori 2	12.400	1	1
0314	*	Operationer på næse, kategori 1.....	14.046	4	2
0315	*	Operationer på næse, kategori 2.....	7.936	1	1
0316	*	Mindre rekonstruktive operationer i mundhule og kæber	11.228	4	2
0317		Operationer på spytkirtler.....	21.085	4	2
0318	*	Dentoalveolære operationer og slimhindeoperationer.....	8.990	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0319		Endoskopier af luftveje og spiserør	13.837	1	1
0320		Andre operationer på øre, næse, mund og hals.....	16.402	4	2
0321		Ondartede sygdomme i øre, næse, mund og hals inkl. strube, pat. mindst 18 år	22.427	11	4
0322		Svimmelhed.....	14.028	6	3
0323		Næseblødning	13.150	4	2
0324		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidrag.....	16.715	6	3
0325		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidrag.....	11.288	4	2
0326		Mellemørebetændelse og øvre luftvejsinfektion, pat. 0-17 år.....	7.866	1	1
0327	*	<i>Luftrørskatar</i>	5.992	1	1
0328	*	<i>Næsetraume og næsedeformitet</i>	1.688	1	1
0329		Andre sygdomme i øre, næse, mund og hals.....	12.036	2	2
0330		Observation for ondartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år.....	17.356	2	2
0331		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. mindst 18 år.....	11.903	4	2
0332		Observation for godartet sygdom i øre, næse eller hals, pat. 0-17 år.....	8.654	1	1
0333	*	<i>Tand- og mundhulesygdomme, ekskl. tandudtrækning</i>	2.421	4	2

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripmkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0401		Særligt store thoraxoperationer	276.863	49	17
0402		Større thoraxoperationer	106.663	17	8
0403		Torakoskopi	71.013	11	6
0404		Respiratorbehandling ved sygdomme i luftvejene.....	174.353	29	9
0405		NIV-behandling ved sygdomme i luftvejene	56.867	23	8
0406		Tilstand med transplanteret lunge med bronkoskopi.....	71.811	10	6
0407		Tilstand med transplanteret lunge uden bronkoskopi.....	20.622	3	3
0408		Andre operationer på luftveje	40.617	9	5
0409		Kompleks søvnuddredning	21.201	4	2
0410	*	<i>Simple søvnuddredning</i>	4.817	22	11
0411		Søvnapnø	14.940	4	2
0412		Medicinske sygdomme i åndedrætsorganerne med dialyse	59.912	23	10
0413		Tuberkulose uden operation	43.483	29	9
0414		Lungeemboli.....	38.434	22	7
0415		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. mindst 65 år	41.426	23	8
0416		Infektioner og betændelse i luftveje, pat. 0-64 år	39.498	24	7
0417		Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. rigid bronkoskopi, pat. mindst 18 år	45.955	4	4

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0418	*	Svulster og mistanke om svulster i luftveje, m. fleksibel bronkoskopi, pat. mindst 18 år.....	31.637	4	3
0419		Svulster i luftveje, behandling uden komplikationer, pat. mindst 18 år.....	33.798	19	6
0420		Større thoraxkader, m. kompl. bidiag.....	48.766	18	7
0421		Større thoraxkader, u. kompl. bidiag.....	23.370	9	3
0422		Pleuritis exsudativa.....	26.216	14	5
0423		Lungeødem og respirationssvigt.....	32.105	16	5
0424		Obstruktive lungesygdomme, pat. mindst 60 år.....	24.652	16	5
0425		Obstruktive lungesygdomme, pat. 0-59 år.....	17.568	9	3
0426		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år, hæmatologiske patienter.....	57.102	18	7
0427		Lungebetændelse og pleurit, pat. mindst 60 år.....	34.009	18	7
0428		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år, hæmatologiske patienter.....	48.877	15	5
0429		Lungebetændelse og pleurit, pat. 18-59 år.....	23.413	14	4
0430		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, m. kompl. bidiag.....	26.230	11	4
0431		Lungebetændelse og pleurit, pat. 0-17 år, u. kompl. bidiag.....	16.564	6	2
0432		Interstitielle lungesygdomme, udredning.....	33.811	6	5
0433		Interstitielle lungesygdomme.....	16.258	6	3
0434		Pneumothorax, m. kompl. bidiag.....	41.440	18	7
0435		Pneumothorax, u. kompl. bidiag.....	27.779	14	5

MDC-gruppe 04: Sygdomme i åndedrætsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
0436		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år, med høj dosis immunglobulin behandling,....	24.435	4	2
0437		Bronkit og astma, pat. 18-59 år, med høj dosis immunglobulin behandling	27.865	4	2
0438		Bronkit og astma, pat. mindst 60 år	18.321	11	4
0439		Bronkit og astma, pat. 0-17 år, komplicerede	31.855	12	5
0440		Bronkit og astma, pat. 0-59 år	11.143	4	2
0441		Symptomer fra luftveje.....	15.008	6	3
0442		Andre sygdomme i luftveje, udredning	24.629	4	2
0443		Andre sygdomme i luftveje	21.417	11	4
0444		Cystisk fibrose	33.413	21	5
0445		Observation for sygdom i åndedrætsorganerne	11.549	2	2

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0501		Indsættelse af mekanisk hjerte.....	1.455.166	124	62
0502		Hjertetransplantation	573.443	66	27
0503		Hjerteoperation med dialyse.....	626.951	64	27
0504		Hjerteoperation med implantation af ICD	527.456	30	15
0505		Sternuminfektion.....	419.034	80	40
0506		Medfødte hjertesygdomme med hjerteoperation.....	190.550	16	9
0507		Kombinerede hjerteoperationer	231.896	22	11
0508		Hjerteklap-operation, m. stentklap.....	263.539	20	10
0509		Hjerteklap-operation	200.151	20	11
0510		By-pass-operation	162.995	16	9
0511		Reoperationer efter hjerteoperation.....	239.714	27	15
0512		Andre hjerteoperationer.....	137.239	27	9
0513		Implantation af ICD med udvidelse af koronararterie	376.755	28	11
0514		Implantation af ICD	231.312	7	4
0515		Endovaskulær stentgraft.....	152.696	11	6
0516		Amputationer, m. cirkulationssvigt, ekskl. arme, hænder og tæer.....	111.798	53	20
0517		Amputationer, m. cirkulationssvigt, arme, hænder og tæer	50.686	23	8
0518		Mindre operationer på kredsløbsorganerne	73.878	26	9

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0519		Central karkirurgi med mors	90.812	4	2
0520		Større central karkirurgi	222.937	24	13
0521		Central karkirurgi	121.643	19	10
0522		Større perifer karkirurgi.....	100.001	22	11
0523		Perifer karkirurgi	62.589	13	6
0524		Mindre perifer karkirurgi.....	48.131	11	4
0525		Endovaskulær behandling m. stent	49.347	1	1
0526		Endovaskulær behandling u. stent	42.097	4	2
0527	*	Anlæggelse af dialysefistel	17.383	4	1
0528	*	Varicebehandling, kompliceret	16.778	4	1
0529	*	Varicebehandling, ukompliceret	11.067	4	1
0530		Andre kredsløbsoperationer	74.042	22	8
0531		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. C	105.427	9	3
0532		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. B	63.733	6	2
0533		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation, proceduregrp. A.....	24.654	11	4
0534		Akut myokardieinfarkt med ST-segment elevation	20.369	11	4
0535		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. C.....	119.827	6	3
0536		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. B	58.354	6	2
0537		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation, proceduregrp. A	18.740	9	3

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0538		Akut koronarsyndrom uden ST-segment elevation.....	13.103	4	2
0539		Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. B og/eller C.....	60.170	4	2
0540		Stabil iskæmisk hjertesygdom, proceduregrp. A.....	11.910	2	2
0541		Stabil iskæmisk hjertesygdom/brystsmerter.....	11.866	4	2
0542		Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. C.....	114.954	9	4
0543		Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. B.....	74.346	11	5
0544		Hjertesvigt, herunder kardiogent shock, proceduregrp. A.....	25.213	9	3
0545		Hjertesvigt og shock.....	30.520	17	6
0546		Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. B og/eller C.....	77.621	20	7
0547		Erhvervede hjerteklapsygdomme, proceduregrp. A.....	15.522	4	2
0548		Erhvervede hjerteklapsygdomme.....	24.160	14	5
0549		Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. C.....	77.830	7	3
0550		Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. B.....	49.566	3	3
0551		Medfødte hjertesygdomme, proceduregrp. A.....	36.773	6	2
0552		Medfødte hjertesygdomme.....	21.429	4	3
0553		Hjertearytmi og synkope, m. særlig ablation og computermapping.....	91.676	5	3
0554		Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. C.....	83.358	7	4
0555		Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. B.....	52.137	6	3
0556		Hjertearytmi og synkope, proceduregrp. A.....	20.676	6	3
0557		Hjertearytmi og synkope.....	12.919	4	2

MDC-gruppe 05: Sygdomme i kredsløbsorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0558		Andre hjertesygdomme, proceduregrp. C	83.815	17	6
0559		Andre hjertesygdomme, proceduregrp. B.....	47.505	4	3
0560		Andre hjertesygdomme, proceduregrp. A.....	16.396	2	2
0561		Andre hjertesygdomme	11.812	4	2
0562		Endocarditis.....	83.070	69	17
0563		Årebetændelse i de dybe vener.....	15.802	6	3
0564		Hypertension	14.392	6	3
0565		Perifer karsygdom	22.200	6	3
0566		Andre kredsløbsdiagnoser.....	12.152	32	12
0567		Rehabilitering efter hjertetilfælde.....	27.284	12	5
0568		Observation for sygdom i kredsløbsorganerne.....	8.935	1	1

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0601		Fistler til mave-tarmkanalen	148.666	86	35
0602		Bækkensenteration	190.542	31	18
0603		Større indgreb på spiserør og mavesæk, pat. mindst 18 år	197.653	29	15
0604		Operation for multiple kræftknuder i bughinde, m. opvarmet kemoterapi, pat. mindst 18 år	200.520	48	24
0605		Sakral nervestimulation	101.066	8	3
0606		Operation på stimulationsystemer i nervesystemet.....	49.347	6	3
0607		Perkutan nerveevaluering	47.793	5	3
0608		Større operationer på tyndtarm og tyktarm m. kompl. bidiag.	119.286	29	13
0609		Større operationer på tyndtarm og tyktarm u. kompl. bidiag.	97.069	28	12
0610		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning m. cancer.....	106.566	25	12
0611		Større operationer på endetarm og endetarmsåbning u. cancer.....	85.332	23	10
0612		Operationer for sammenvoksninger i bughulen.....	76.959	25	10
0613		Øvrige indgreb på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. mindst 18 år	44.295	16	6
0614		Operationer på spiserør, mavesæk og tolvfingertarm, pat. 0-17 år	27.575	2	2
0615		Fjernelse af blindtarm, kompliceret.....	31.941	8	4
0616		Fjernelse af blindtarm, ukompliceret.....	20.443	4	2

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
0617		Mindre operationer på tyndtarm og tyktarm.....	25.509	9	4
0618		Større operationer på anus og kunstige tarmåbninger.....	23.476	4	2
0619		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. biidiag.....	36.096	10	6
0620		Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, m. kompl. biidiag.....	20.749	4	3
0621		Mellem operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. biidiag.....	33.428	10	6
0622	*	<i>Mindre operationer på anus, kunstige tarmåbninger og endetarm, u. kompl. biidiag.....</i>	7.693	4	2
0623	*	<i>Incisionel og andre hernier, laparoskopiske.....</i>	29.982	9	3
0624	*	<i>Umbilical, linea og alba hernier, laparoskopiske.....</i>	21.159	4	2
0625	*	<i>Ingvinal- og femoralhernier, laparoskopiske.....</i>	13.947	4	1
0626	*	<i>Større hernier, åben operation.....</i>	31.141	9	3
0627	*	<i>Mindre hernier, åben operation.....</i>	13.456	4	2
0628	*	<i>Perianale indgreb og operationer for sacralcyste.....</i>	20.237	4	2
0629		Fotokolposkopisk anogenital undersøgelse, pat. 0-16 år.....	1.964	4	
0630		Andre operationer på fordøjelsesorganer m. kompl. biidiag.....	52.730	16	6
0631		Andre operationer på fordøjelsesorganer u. kompl. biidiag.....	42.600	14	5
0632		Medicinske sygdomme i fordøjelsesorganerne med dialyse.....	89.233	23	9
0633		Korttarmsyndrom.....	57.340	29	10

MDC-gruppe 06: Sygdomme i fordøjelsesorganerne (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0634		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne m. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	35.246	16	6
0635		Ondartede sygdomme i fordøjelsesorganerne u. kompl. bidiag., pat. mindst 18 år	26.336	11	4
0636		Mavesår, komplicerede.....	33.470	14	5
0637		Mavesår, ukomplicerede.....	20.733	11	4
0638		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag.....	24.015	11	4
0639		Passagehindring i mavetarmkanal.....	24.935	11	4
0640		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.....	19.546	9	3
0641		Inflammatoriske tarmsygdomme.....	20.974	11	4
0642		Blødning fra mave-tarmkanal, pat. 0-17 år.....	13.798	2	2
0643		Betændelse i spiserør, mave og tarm m.v., pat. mindst 18 år, m. kompl. bidiag. .	18.352	9	3
0644		Malabsorption og betændelse i spiserør, mave og tarm, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidiag.....	13.820	4	2
0645		Gastroenteritis infectiosa, pat. 0-17 år.....	9.439	1	1
0646		Betændelse i spiserør, mave og tarm i øvrigt, pat. 0-17 år.....	10.466	2	2
0647		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, pat. mindst 18 år.....	18.662	6	3
0648		Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne, ekskl. svulster, pat. 0-17 år.....	14.671	4	2
0649		Fødevarerallergi.....	8.883	1	1
0650		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, m. endoskopi.....	24.756	9	4
0651		Observation for sygdom i fordøjelsesorganerne, u. endoskopi.....	10.470	2	2

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

Gruppe	Gråzone	Gråzone Tekst	Takst	Tripmkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0701		Bugspytkirtel- og leveroperationer samt udredning for levertransplantation	152.560	28	12
0702		Dialyse, respiratorbehandling og/eller plasmaterese.....	229.843	46	15
0703		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, med ondartet svulst, pat. mindst 18 år.....	61.033	20	7
0704		Diagnostiske og terapeutiske indgreb på lever og galdeveje, uden ondartet svulst.....	36.995	16	6
0705		Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomy m. kompl. bidrag.....	46.610	22	8
0706		Operationer på galdeveje ekskl. cholecystectomy u. kompl. bidrag.....	41.561	17	7
0707		Fjernelse af galdeblære, åben kirurgi.....	58.513	14	7
0708	*	<i>Fjernelse af galdeblære, laparoskopi</i>	22.643	4	2
0709		Andre operationer på lever, galdeveje og bugspytkirtel.....	50.794	20	8
0710		Tilstand med transplanteret lever.....	65.644	16	5
0711		Kronisk leversygdom med hepatisk encephalopati og/eller hepatorenalt syndrom.....	51.266	30	10
0712		Kronisk leversygdom med gastrointestinal blødning og/eller ascites.....	22.772	9	4
0713		Kronisk leversygdom med andre, alkoholiske komplikationer.....	31.918	19	6
0714		Kronisk leversygdom uden komplikationer.....	22.208	11	4
0715		Akut infektøs eller toksisk leversygdom.....	23.515	14	4
0716		Paracetamolforgiftning uden leverpåvirkning.....	13.354	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0717		Ondartet sygdomme i lever, galeveje og bugspytkirtel, pat. mindst 18 år	31.345	16	6
0718		Neoplasi (benign) eller cyster, pat. mindst 18 år	17.442	4	2
0719		Metabolisk leversygdom	14.983	4	2
0720		Sygdomme i bugspytkirtel, ekskl. ondartede sygdomme	26.485	15	5
0721		Komplicerede sygdomme i galdeveje	21.518	11	4
0722		Sygdomme i galdeveje, u. kompl. bidiag	15.615	6	3
0723		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel m. endoskopi	30.537	14	5
0724		Observation for sygdom i lever, galdeveje eller bugspytkirtel u. endoskopi	18.095	6	3

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripmkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
0801	*	Spondylodese, for+bag el. for int. fiks, m. særlig a-diag	220.204	21	11
0802	*	Spondylodese, for+bag, el. bag m. særlig a-diag	145.072	15	8
0803	*	Spondylodese, med fiksaton.....	132.939	15	8
0804	*	Spondylodese, uden fiksaton, og reoperationer.....	97.437	14	7
0805	*	Spondylodese, simpel, og vertebroplastik.....	56.004	10	5
0806	*	Dekompression.....	43.323	10	4
0807	*	Diskusprolaps	39.155	9	3
0808	*	Perifer nerveoperation	17.892	2	2
0809	*	Infektionskirurgi, ryg/hals og underekstremitet, store led	127.687	60	24
0810	*	Infektionskirurgi, overekstremitet, store led, og ankel/fod	65.625	38	14
0811	*	Infektionskirurgi, håndled/hånd.....	32.768	12	5
0812	*	Amputation, ekskl. fingre og tæer.....	105.196	52	17
0813	*	Svulst, ondartet, m. implantat, pat. mindst 18 år.....	134.453	27	12
0814	*	Svulst, ondartet, u. implantat, pat. mindst 18 år.....	51.225	20	7
0815	*	Svulst, godartet, u. implantat, pat. mindst 18 år.....	14.906	6	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0816	*	Alloplastik, dobbelt, store led.....	100.861	13	7
0817	*	Alloplastik, dobbelt, hånd/fod.....	55.208	6	2
0818	*	Alloplastik, større revision, underekstremitet, store led.....	103.303	24	11
0819	*	Alloplastik, ryg/hals.....	47.145	7	3
0820	*	Alloplastik, overekstremitet, store led.....	63.768	11	5
0821	*	Alloplastik, primær el. mindre revision, underekstremitet, store led.....	68.758	11	5
0822	*	Alloplastik, hånd/fod.....	19.130	2	2
0823	*	Frakturkirurgi, ryg/hals.....	103.280	14	6
0824	*	Frakturkirurgi, skulder/overarm.....	39.519	11	4
0825	*	Frakturkirurgi, albue/underarm.....	28.372	6	2
0826	*	Frakturkirurgi, håndled.....	24.184	6	2
0827	*	Frakturkirurgi, hånd.....	17.452	4	2
0828	*	Frakturkirurgi, ekstern fiksaton, underekstremitet ekskl. fod.....	88.558	30	12
0829	*	Frakturkirurgi, intern fiksaton, hofteænder.....	59.824	22	9
0830	*	Frakturkirurgi, intern fiksaton, lår.....	71.110	23	10
0831	*	Frakturkirurgi, intern fiksaton, knæ/underben.....	53.373	16	6
0832	*	Frakturkirurgi, intern fiksaton, ankel.....	37.288	10	4
0833	*	Frakturkirurgi, fod.....	25.377	6	3

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
0834	*	Reposition, fraktur, overekstremitet, store led	16.330	1	1
0835	*	Reposition, fraktur, underekstremitet, store led	34.586	11	5
0836	*	Reposition, øvrige.....	16.958	4	2
0837	*	Rekonstruktion, avanceret, m. allograft, knæ.....	30.879	4	2
0838	*	Rekonstruktion, avanceret, overekstremitet, store led	23.464	6	2
0839	*	Rekonstruktion, avanceret, hofte/lår.....	51.537	13	6
0840	*	Rekonstruktion, avanceret, ankel/fod	31.168	9	3
0841	*	Rekonstruktion, avanceret, underekstremitet, øvrig	31.338	9	3
0842	*	Rekonstruktion, overekstremitet, store led	17.355	1	1
0843	*	Rekonstruktion, underekstremitet, store led	19.126	2	2
0844	*	Rekonstruktion, hånd/fod.....	14.160	1	1
0845	*	Pseudoartrose el. artrodese, overekstremitet, store led	28.039	6	2
0846	*	Pseudoartrose el. artrodese, underekstremitet, store led.....	53.426	17	7
0847	*	Artrodese, hånd/fod	17.780	4	2
0848	*	Artrodese, ankel	31.574	14	5
0849	*	Fjernelse af fikationsudstyr, implantat mm., ryg/hals.....	36.445	7	4
0850	*	Fjernelse af fikationsudstyr, implantat mm., hofte/lår.....	23.508	4	3
0851	*	Fjernelse af fikationsudstyr, implantat mm., øvrige.....	7.663	2	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0852	*	Endoskopi/artroskopi, skulder/overarm	16.283	1	1
0853	*	Endoskopi/artroskopi, hofte	20.457	1	1
0854	*	Endoskopi/artroskopi, kompl., knæ/underben	17.039	4	3
0855	*	Endoskopi/artroskopi, ukompl., knæ/underben	10.604	1	1
0856	*	Endoskopi/artroskopi, øvrige	12.722	1	1
0857	*	Sene, muskel, fascie, hånd/fod	11.419	1	1
0858	*	Sene, muskel, fascie, øvrige	16.890	4	2
0859	*	Mindre knogleoperationer, hånd/fod	10.534	1	1
0860	*	Mindre knogleoperationer, øvrige	15.899	4	2
0861	*	Mindre kirurgiske procedurer, håndled/hånd	9.221	2	2
0862	*	Mindre kirurgiske procedurer, ankel/fod	14.681	14	5
0863	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ryg/hals	49.332	19	7
0864	*	Øvrige kirurgiske procedurer, overekstremitet, store led	21.255	6	3
0865	*	Øvrige kirurgiske procedurer, håndled/hånd	12.914	4	2
0866	*	Øvrige kirurgiske procedurer, underekstremitet, store led	27.663	14	5
0867	*	Øvrige kirurgiske procedurer, ankel/fod	18.367	6	3
0868		Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med plasmate- rese	146.344	53	21
0869		Medicinske sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv med dialyse	193.069	52	19
0870		Konservativt behandlet brud i bækken og lår	32.223	16	6

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
0871		Konservativt behandlet patologisk fraktur.....	22.778	9	4
0872		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. mindst 18 år	16.644	9	3
0873		Konservativ behandling af brud og ledscred i ekstremiteterne, pat. 0-17 år	8.826	2	2
0874		Kompliceret behandling af inflammatorisk reumatisk sygdom.....	54.053	3	3
0875		Deformerende ryg sygdomme.....	23.389	9	4
0876		Slidgigt i hofte eller knæ.....	13.343	4	2
0877		Infektioner i led og knogler	54.344	35	11
0878		Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, med komplikationer.....	59.004	36	12
0879		Inflammatoriske artritter, pat. mindst 16 år, uden komplikationer	25.477	14	5
0880		Inflammatoriske artritter, pat. 0-15 år.....	11.325	2	2
0881		Generaliserede bindevævssygdomme	32.771	19	6
0882		Infektioner i muskler og bløddele.....	33.271	15	6
0883		Degenerative ryg sygdomme og andre ryglidelser.....	19.088	9	4
0884		Reumatologiske sygdomme i bløddele.....	11.163	2	2
0885		Medicinske sygdomme i ryggen	23.693	11	4
0886		Øvrige sygdomme i knogler og led.....	13.600	4	2
0887		Efterbehandling af sygdomme i skelet, muskler og bindevæv	24.793	14	5
0888		Andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv.....	21.238	11	4
0889		Observation eller udredning for andre sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	16.090	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
0901		Mammakirurgi I.....	69.085	18	6
0902		Mammakirurgi II.....	59.216	6	3
0903		Mammakirurgi III.....	35.416	4	2
0904	*	Mammakirurgi IV.....	17.000	4	2
0905	*	Mammakirurgi V.....	14.152	1	1
0906		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stilket muskellap, dobbelt.....	125.585	14	
0907		Sekundær rekonstruktion af bryst m. stilket muskellap, enkelt.....	85.398	16	
0908		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, dobbelt.....	78.747	14	8
0909		Sekundær rekonstruktion af bryst med protese eller transplantat, enkelt.....	53.756	16	8
0910		Hudtransplantation og/eller revision af hudsår eller betændelse.....	36.258	6	4
0911		Hudtransplantation og/eller revision ekskl. hudsår eller betændelse.....	25.347	4	3
0912		Plastikkirurgiske operationer på hud, underhud og mamma.....	36.281	9	4
0913		Andre operationer på hud, underhud og mamma, m. kompl. bidiag.	59.470	27	10
0914		Andre operationer på hud, underhud og mamma, u. kompl. bidiag.	26.506	6	3
0915		Medicinske sygdomme i hud, underhud og mamma med dialyse.....	138.152	33	12
0916		Moderat hudsygdom m. kompl. bidiag. el. svær hudsygdom.....	38.998	19	6
0917		Lettere hudsygdom m. kompl. bidiag.....	24.497	11	4

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripkt. antal senge dage	Gns. liggetid 2009
0918		Lettere eller moderat hudsygdom, u. kompl. bidrag.....	20.542	4	3
0919		Infektioner i hud og underhud, pat. mindst 18 år.....	21.150	9	4
0920		Infektioner i hud og underhud, pat. 0-17 år.....	16.219	6	2
0921		Kroniske sår i huden.....	42.765	26	8
0922		Hudtraumer.....	16.825	4	3
0923		Mammacancer.....	26.767	11	4
0924		Observation for sygdom i hud, underhud eller mamma.....	15.026	2	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
1001		Amputationer af underkølestremiteter, m. stofskiftesygdom.....	108.672	56	20
1002		Operationer på binyrer og hypofyse.....	77.323	13	8
1003		Hudtransplantation og sårrevision ved stofskiftesygdomme	102.662	62	20
1004		Operationer for adipositas	47.540	6	4
1005		Operationer på skjoldbruskkirtelen	28.211	6	3
1006		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ondartet sygdom, kompliceret.....	46.607	10	4
1007		Operationer på skjoldbruskkirtelen, godartet sygdom, kompliceret.....	37.093	7	4
1008		Operationer på skjoldbruskkirtelen, ukompl.	22.412	4	2
1009		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, m. kompl. bidiag.....	79.727	20	9
1010		Andre operationer ved stofskiftesygdomme, u. kompl. bidiag.....	45.242	6	2
1011		Struma og stofskiftesygdomme	15.438	9	3
1012		Knoglemetaboliske- og kalksygdomme	28.254	19	6
1013		Diabetes mellitus	22.785	14	5
1014		Ernærings- og diverse metaboliske sygdomme	25.565	6	4
1015		Hypofyse-, binyre-, gonade- og andre endokrine sygdomme.....	17.163	4	3
1016		Andre ernærings- og stofskiftesygdomme.....	23.684	14	4
1017		Medicinske endokrine sygdomme, ernærings- og stofskiftesygdomme med dialyse	83.024	22	8
1018		Observation for endokrine sygdomme.....	9.115	1	1

MDC-gruppe 11: Nyre- og urinvejssygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripmkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
1101		Nyretransplantation, kompliceret.....	493.466	30	
1102		Nyretransplantation	186.887	30	17
1103		Cystektomi, m. robot, m. ondartet sygdom.....	190.889	27	
1104		Større blæreoperationer, m. ondartet sygdom.....	167.075	27	14
1105		Større blæreoperationer, m. godartet sygdom.....	128.077	20	9
1106		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot.....	102.034	14	
1107		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	71.643	14	7
1108		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom, m. robot.....	78.462	16	
1109		Operationer på nyre, nyrebækken og urinleder, godartet sygdom.....	42.972	16	6
1110		Prostatektomi, m. robot, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år.....	96.452	10	5
1111		Åbne operationer på prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år.....	60.026	10	4
1112	*	Større operationer i <i>retroperitoneum/det lille bækken</i>	32.859	7	3
1113		Åbne operationer på prostata, godartet sygdom	40.285	15	6
1114		Operation for hypospadi.....	47.710	16	6
1115		Operation på blære, kompliceret, m. cytotstatikum og blåt lys.....	26.040	4	2
1116		Operation på blære, kompliceret, m. cytotstatikum eller blåt lys.....	21.739	4	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
1117		Cystoskopi, m. blåt lys.....	16.033	4	2
1118		Mindre operationer på blære	37.501	12	5
1119		Operationer på urinrør, pat. 0-15 år.....	40.281	9	3
1120		Operationer på urinrør, pat. mindst 16 år	29.659	6	3
1121		Operationer gennem urinrør på øvre urinveje	25.387	6	3
1122		Operationer gennem urinrør på prostata	26.411	9	3
1123	*	Operationer gennem urinrør på blære	17.572	6	3
1124	*	Operationer gennem urinrør på urinrør	15.965	6	2
1125	*	Cystoskopi med eller uden biopsi/koagulation	4.965	6	3
1126		Andre operationer på nyrer og urinveje.....	36.042	11	5
1127		Akutte medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	171.430	48	19
1128		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme med dialyse el. plasmaferese	62.485	21	8
1129		Akutte medicinske nyresygdomme uden dialyse og uden plasmaferese	41.380	24	7
1130		Andre primære eller sekundære medicinske nyresygdomme uden dialyse	20.533	9	4
1131		Truende afstødning af transplanteret nyre	42.746	17	6
1132		Svulster i nyre og urinveje, med ondartet sygdom, pat. mindst 18 år.....	21.881	11	4
1133		Svulster i nyre og urinvej, uden ondartet sygdom	14.072	4	2
1134		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-1 år, komplicerede.....	28.573	11	5
1135		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. 0-15 år, øvrige	16.059	9	3

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
1136		Infektioner i nyrer og urinvej, pat. mindst 16 år	21.630	14	4
1137		Sten i urinveje.....	9.999	4	2
1138		Symptomer fra nyrer og urinveje, abnorme fund.....	11.197	2	2
1139		Sygdomme i prostata, ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	21.653	14	5
1140		Sygdomme i prostata, godartet sygdom.....	10.608	6	2
1141	*	<i>Urinvejsforsnævring</i>	2.258	4	2
1142	*	<i>Incision på/og laser behandling af prostata</i>	15.980	4	2
1143		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. mindst 16 år.....	14.620	6	3
1144		Andre sygdomme i nyrer og urinveje, pat. 0-15 år	11.687	2	2
1145	*	<i>Andre symptomer fra nyrer og urinveje</i>	2.602	4	2
1146		Observation for nyre- eller urinvejssygdomme.....	10.253	2	2

MDC-gruppe 12: Sygdomme i mandlige kønsorganer

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
1201		Operationer på penis, med ondartet sygdom	42.768	12	4
1202		Operationer på scrotalindhold, m. ondartet sygdom, pat. mindst 18 år.....	26.892	4	2
1203	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. 0-15 år	15.136	1	1
1204	*	Operationer på scrotalindhold, u. ondartet sygdom, pat. mindst 16 år.....	8.457	4	2
1205		Operationer på penis, uden ondartet sygdom	25.888	4	2
1206	*	Andre operationer på mandlige kønsorganer.....	9.833	2	2
1207	*	Ondartede sygdomme på mandlige kønsorganer.....	4.106	6	3
1208	*	Betændelse i mandlige kønsorganer.....	3.406	4	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	Tripkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
1301		Provokerede aborter efter 12 uger	16.317	6	2
1302		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, m. robot	101.391	12	
1303		Meget komplicerede gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år, u. robot	66.589	12	6
1304		Meget komplicerede gynækologiske indgreb	38.175	7	3
1305		Komplicerede gynækologiske indgreb	34.266	5	3
1306		Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidrag, ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	57.878	13	6
1307		Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom m. robot, pat. mindst 18 år	78.955	13	
1308		Standard gynækologisk indgreb ved ondartet sygdom u. robot, pat. mindst 18 år	57.679	13	6
1309	*	Standard gynækologisk indgreb, m. kompl. bidrag	36.473	7	3
1310	*	Standard gynækologisk indgreb	33.933	7	3
1311	*	Enklere gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	20.409	6	3
1312	*	Enklere gynækologiske indgreb, m. kompl. bidrag	18.458	4	2
1313	*	Enklere gynækologiske indgreb	12.984	4	2
1314	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidrag, ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	15.659	9	3

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
1315	*	Mindre gynækologiske indgreb ved ondartet sygdom, pat. mindst 18 år	10.406	4	3
1316	*	Mindre gynækologiske indgreb, m. kompl. bidrag.	6.358	2	2
1317	*	Mindre gynækologiske indgreb	5.091	1	1
1318	*	Gynækologiske infektioner, blødningsforstyrrelser eller andre gynækologiske sygdomme eller mistanke herom.....	1.752	2	2

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
1401		Kejsersnit, graviditetskomplikation	33.039	10	5
1402		Kejsersnit, fødselskomplikation, kompliceret graviditet og/eller puerperium	30.424	11	5
1403		Kompliceret vaginal fødsel, kompliceret graviditet og/eller puerperium	27.084	7	4
1404		Ukompliceret vaginal fødsel, kompliceret graviditet og/eller puerperium	22.845	6	2
1405		Kejsersnit, fødselskomplikation normal graviditet og puerperium	27.410	10	4
1406		Kompliceret vaginal fødsel, normal graviditet og puerperium.....	22.519	6	3
1407		Ukompliceret vaginal fødsel, normal graviditet og puerperium.....	19.151	4	2
1408	*	<i>Intrauterine indgreb under graviditet.....</i>	8.822	2	2
1409	*	<i>Kompikationer under svangerskab eller barselsperiode.....</i>	1.539	2	2
1410		Indlæggelse i graviditet eller barselsperiode	11.629	4	2

MDC-gruppe 15: Sygdomme i perinatalperioden

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
1501		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, meget komplicerede.....	49.347	1	1
1502		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, moderat komplicerede.....	14.804	1	1
1503		Død eller overflyttet til anden afdeling inden 2 døgn, ukomplicerede.....	10.856	1	1
1504		Mistanke om sygdomme i perinatalperioden.....	19.936	11	4
1505		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, meget komplicerede....	481.375	159	53
1506		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, moderat komplicerede	299.247	137	40
1507		Børn med fødselsvægt < 1000 gram eller GA < 28 uger, ukomplicerede.....	138.642	62	18
1508		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, meget komplicerede	283.023	114	31
1509		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, moderat komplicerede	153.521	77	26
1510		Børn med fødselsvægt 1000 - 2499 gram, ukomplicerede	68.848	34	12
1511		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, m. ECMO-behandling	350.341	36	18
1512		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, meget komplicerede	171.804	39	16
1513		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, moderat komplicerede	36.880	15	6
1514		Børn med fødselsvægt > 2499 gram, ukomplicerede	17.558	9	3
1515		Immaturitas/Praematuritas, pat. 28-120 dage	127.625	80	22
1516		Nyfødte med mindre problemer	10.887	6	2
1517		Raske nyfødte	0		
1518		Andre sygdomme i perinatalperioden.....	22.185	6	4

MDC-gruppe 16: Sygdomme i blod og bloddannende organer

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
1601		Fjernelse af milt	75.267	17	9
1602		Andre operationer ved sygdomme i blod eller bloddannende organer	22.435	4	2
1603		Antistofbehandling af sygdomme i blod og bloddannende organer	49.439	14	5
1604		Immunmodulerende behandling	59.670	16	7
1605	*	Afæreser	31.270	4	4
1606		Ideopatiske knoglemarvsplasier	18.620	6	4
1607		Sekundære og uspecifikke knoglemarvsplasier	36.644	16	5
1608		Granulo- og trombocytopeni	41.719	15	6
1609		Hæmoglobinopati	7.524	2	2
1610		Hæmolytiske anæmier og anæmier forårsaget af enzymatiske forstyrrelser m.m.	22.211	9	4
1611		Trombotisk trombocytopeniske purpura	75.429	26	7
1612		Immunglobulin mangel	12.623	3	3
1613		Svær immundefekt og aflejringssygdomme	25.738	3	3
1614		Koagulationsforstyrrelser	17.367	4	2
1615		Øvrige sygdomme i blod og bloddannende organer	16.680	6	3
1616		Mangelanæmier	42.203	28	9
1617		Observation for sygdom i blod og bloddannende organer	13.584	2	2

MDC-gruppe 17: Svulster i lymfatisk og bloddannende væv

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
1701	*	Mini-knoglemarvstransplantation.....	413.664	54	27
1702		Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år	133.899	66	17
1703		Højdosis kemoterapi u. stamcellestøtte, pat. mindst 18 år.....	80.184	17	9
1704		Kompleks svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi.....	222.300	76	25
1705		Kompleks svampebehandling.....	122.539	52	18
1706		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. mindst 18 år.....	84.895	55	17
1707		Basis svampebehandling, pat. mindst 18 år.....	61.190	34	12
1708	*	Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, type 2.....	148.040	2	1
1709		Antistofbehandling af svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år.....	36.332	6	4
1710		Biologisk modificerende stoffer på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år.....	41.695	14	5
1711		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv m. antistofbehandling, pat. mindst 18 år.....	59.275	9	5
1712		Kompleks kemoterapi på svulster i lymfatisk og bloddannende væv, pat. mindst 18 år.....	21.799	6	3
1713		Større operationer ved lymfom og leukæmi, pat. mindst 18 år.....	65.078	21	8
1714		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidrag.....	141.635	41	13
1715		Operationer ved lymfom og ikke-akut leukæmi, pat. mindst 18 år, u. kompl. bidrag.....	56.928	14	5

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

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
1716		Større operationer ved knoglemarvsygdomme m.m., pat. mindst 18 år.....	61.950	15	6
1717		Mindre operationer ved knoglemarvsygdomme m.m., pat. mindst 18 år.....	31.920	9	4
1718		Operationer ved svulster i lymfatisk og bloddannende væv mm., pat. 0-17 år....	66.669	11	5
1719		Svulster med aferesebehandling.....	34.939	11	4
1720		Malign hæmatologisk sygdom uden specifik behandling, pat. mindst 18 år.....	34.001	11	4
1721		Diagnostik ved ondartede sygdomme, pat. mindst 18 år	24.283	11	4
1722		Andre knoglemarvsygdomme.....	19.769	4	3
1723		Observation pga. mistanke om malign hæmatologisk sygdom, pat. mindst 18 år	23.989	9	3

MDC-gruppe 18: Infektionssygdomme og parasitære sygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
1801		Operationer ved infektioner eller parasitære sygdomme.....	74.294	28	11
1802		Infektionssygdomme eller parasitære sygdomme med dialyse.....	178.222	33	15
1803		Sepsis med hæmatologisk kompl. bidiag.....	61.150	23	9
1804		Septisk chok.....	40.612	19	7
1805		Sepsis.....	41.643	21	8
1806		Postoperative og posttraumatiske infektioner, m. kompl. faktorer.....	27.382	14	6
1807		Postoperative og posttraumatiske infektioner, u. kompl. faktorer.....	22.304	11	4
1808		Feber af ukendt årsag, med biopsi og/eller scopi.....	59.300	29	10
1809		Feber af ukendt årsag, pat. mindst 18 år, uden biopsi og/eller scopi.....	24.259	11	4
1810		Virussygdomme, pat. mindst 18 år, m. kompl. faktorer.....	17.749	6	3
1811		Virussygdomme, pat. mindst 18 år, u. kompl. faktorer.....	14.056	4	2
1812		Virussygdomme og feber af ukendt årsag, pat. 0-17 år.....	8.790	2	2
1813		Andre infektioner eller parasitære sygdomme.....	31.586	19	6
1814		Observation for infektion eller parasitær sygdom.....	11.202	4	2

MDC-gruppe 19: Psykiatriske sygdomme

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
1901		Operationer på patienter hvor sindslidelse er hoveddiagnose	46.964	19	7
1902		Akutte tilpasningsvanskeligheder og psykosomatiske forstyrrelser.....	13.867	4	2
1903		Depressive neuroser	22.283	9	4
1904		Ikke-depressive neuroser	19.894	9	4
1905		Personlighedsforstyrrelser og adfærdsproblemer	34.873	16	8
1906		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. mindst 18 år.....	33.464	21	7
1907		Organisk betingede sindslidelser og mental retardering, pat. 0-17 år.....	14.565	2	2
1908		Psykosser.....	17.049	4	3
1909		Sindslidelser hos børn	31.544	16	5
1910		Andre psykiske forstyrrelser	15.255	4	2
1911		Observation for en psykiatrisk sygdom.....	16.916	4	3

MDC-gruppe 20: Misbrug

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
2001		Alkohol- eller stofmisbrug eller afhængighed og afgiftning etc., m. kompl. bidrag.	14.587	6	3
2002		Alkohol- eller stofmisbrug eller afgiftning etc., u. kompl. bidrag.....	9.387	2	2

MDC-gruppe 21: Ulykkestilfælde og forgiftninger

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
2101		Allergiske og allergi lignende reaktioner.....	8.640	1	1
2102		Komplikationer ved behandling, m. kompl. bidrag.....	38.256	14	5
2103		Komplikationer ved behandling, u. kompl. bidrag.....	17.523	4	3
2104		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, pat. mindst 18 år, m. kompl. bidrag.....	17.379	4	3
2105		Forgiftning og toksisk virkning af lægemiddel, øvrige.....	10.168	1	1
2106		Sårbehandling efter skade.....	27.165	16	6
2107		Andre operationer efter skade, m. kompl. bidrag.....	127.533	26	11
2108		Andre operationer efter skade, u. kompl. bidrag.....	47.763	16	6
2109		Multitraume, m. kompl. bidrag.....	18.354	2	2
2110		Multitraume, u. kompl. bidrag.....	14.863	2	2
2111		Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger, m. kompl. bidrag.....	15.243	4	2
2112		Andre skader, forgiftning og toksiske virkninger, u. kompl. bidrag.....	13.757	2	2
2113		Observation ved ulykkestilfælde eller forgiftning.....	8.405	1	1
2114		Replantation.....	41.328	16	5

MDC-gruppe 22: Forbrændinger

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
2201		Forbrændinger, overført til anden akut enhed	63.070	14	4
2202		Omfattende forbrænding uden operativ behandling	55.221	46	10
2203		Mindre omfattende forbrænding med sårrevisiion eller anden operation	103.357	46	14
2204	*	<i>Mindre omfattende forbrænding uden operativ behandling.....</i>	4.694	19	5

MDC-gruppe 23: Øvrige

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
2301		Operationer ved anden kontaktsag til sundhedsvæsenet	36.274	9	4
2302		Rehabilitering.....	87.952	39	19
2303		Symptomer og fund, m. kompl. bidiag.....	33.956	19	6
2304		Symptomer og fund, u. kompl. bidiag.....	14.144	4	2
2305		Efterbehandling	11.148	2	2
2306		Andre påvirkninger af sundhedstilstanden	4.935	2	2

MDC-gruppe 24: Signifikant multitraume

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
2401		Kranieoperation ved svært multitraume.....	464.608	48	17
2402		Påsætning af lemmer, hofte- og lårbensoperation ved svært multitraume.....	206.807	42	21
2403		Andre operationer ved svært multitraume.....	238.001	38	16
2404		Andet svært multitraume.....	68.502	21	7

MDC-gruppe 25: HIV infektion

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
2501		HIV med betydelig HIV relateret sygdom	52.880	20	9
2502		HIV med eller uden bidiagnose	32.758	15	6

Uden for MDC-grupper

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trimpkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
2601		Større operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen.....	33.694	17	7
2602		Ikke gruppérbar pga. manglende oplysninger.....	4.935	4	2
2603		Mindre operationer uden sammenhæng med hoveddiagnosen.....	22.094	16	6
2604		Intensiv neurorehabilit. på højt specialiseret central enhed, almindeligt forløb.....	700.614	192	83
2605		Intensiv neurorehabilit. på højt specialiseret central enhed, afklaringsforløb.....	229.116	92	28
2606		Intensiv neurorehabilit. på højt specialiseret central enhed, kontrolindlæggelse..	8.934	1	1
2607		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, almindeligt forløb.....	482.873	152	68
2608		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, afklarings- og/eller udslusningsforløb.....	51.960	37	13
2609		Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed, kontrolindlæggelse.....	7.032	1	
2610		Neurorehabilitering.....	115.708	56	22
2611		Levertransplantation.....	930.275	63	29
2612		Lungetransplantation.....	748.084	94	37
2613		Intensiv gruppe IV: Alvorligt multiorgansvigt.....	642.561	78	30
2614		Intensiv gruppe III: Tiltagende alvorligt organsvigt i flere organer.....	410.728	67	25
2615		Intensiv gruppe II: Tiltagende alvorligt organsvigt i et organ.....	257.895	48	19
2616		Intensiv gruppe I: Simpelt organsvigt i et eller to organer.....	217.086	42	18
2617		Neurokirurgi for epilepsi med elektrokortikografi.....	190.140	21	10
2618		Neurokirurgi for parkinson, dystoni og epilepsi.....	171.424	17	6
2619		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, kompliceret.....	171.726	16	6

Uden for MDC-grupper (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
2620		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, moderat kompliceret.....	39.262	12	6
2621		Funktionel neurokirurgi og perifer nervekirurgi, ukompliceret.....	58.919	4	3
2622		Kraniekirurgi og kranioplastik, kompliceret.....	86.880	16	7
2623		Vaskulærkirurgi, kompliceret.....	258.024	33	12
2624		Kranie- og vaskulærkirurgi, ukompliceret.....	131.297	19	10
2625		Traumekirurgi.....	127.602	15	7
2626		Hydrocephalus.....	104.928	17	6
2627		Spinalkirurgi.....	524.934	102	44
2628		Allogen stamcelletransplantation, pat. mindst 18 år.....	497.120	64	34
2629		Allogen stamcelletransplantation, pat. 0-17 år.....	1.699.033	130	71
2630		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. mindst 18 år.....	116.738	25	9
2631		Tilstand med allogen knoglemarvstransplantation, pat. 0-17 år.....	263.877	22	14
2632		Kemoterapi, høj dosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. mindst 18 år.....	152.282	35	20
2633		Kemoterapi, høj dosis, m. autolog stamcellestøtte, pat. 0-17 år.....	126.761	30	15
2634		Basis svampebehandling m. antistofbehandling el. kemoterapi, pat. 0-17 år.....	73.585	13	7
2635		Basis svampebehandling, pat. 0-17 år.....	23.443	24	9
2636		Større operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år.....	97.919	16	7
2637		Mindre operationer ved øvrige svulster, pat. 0-17 år.....	28.973	4	2
2638		Svulster uden specifik behandling, pat. 0-17 år.....	15.743	2	2
2639		Kontrolundersøgelse efter behandling for ondartet svulst, pat. 0-17 år.....	13.012	2	2

Uden for MDC-grupper (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Trippkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
2640		Observation pga. mistanke om ondartet svulst, pat. 0-17 år.....	20.278	2	2
2641		Observation pga. mistanke om fysisk overgreb, pat. 0-17 år.....	10.649	4	
2642		Multipatologi og svær funktionsnedsættelse	122.640	68	25
2643		Multipatologi og moderat funktionsnedsættelse	104.570	58	22
2644		Multipatologi og let funktionsnedsættelse.....	84.018	43	17
2645		Plastikkirurgisk dækning af større overlådedefekter.....	173.440	83	36
2646		Plastikkirurgisk dækning af tryksår hos rygmarvsskadede.....	199.353	80	40
2647		Rekonstruktion med stilkede lapper	165.520	48	19
2648		Rekonstruktion med frie vaskulariserede lapper	178.261	27	14
2649		Mindre plastikkirurgiske rekonstruktioner.....	74.341	22	9
2650		Respiratorbehandling ved langvarig kronisk respirationsufficiens	358.256	33	33
2651		Specialiseret palliativ indsats.....	98.714	53	16
2652		Udvidet epilepsikirurgi med mapping.....	544.623	68	
2653		Udvidet epilepsikirurgi	347.432	56	
2654		Behandling af rygmarvsskaded, højt specialiseret, central enhed, nytilskadekom- men.....	374.337	200	73
2655		Behandling af rygmarvsskaded, højt specialiseret, central enhed, komplikations- indlæggelse	179.477	92	33
2656		Behandling af rygmarvsskaded, højt specialiseret, central enhed, vurdering/kort forløb	17.406	6	2
2657		Hjemmedød i henhold til Sundhedsloven.....	28.244	4	2

Onkologiske behandlingsgrupper

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripkt. antal sergedage	Gns. liggetid 2009
2701	*	Strålebehandling, kompleks, mindst 5 fraktioner el. helkropsbestråling.....	93.349	57	15
2702		Strålebehandling, kompleks, 3-4 fraktioner.....	36.731	7	4
2703	*	Strålebehandling, kompleks, 2 fraktioner.....	5.132	6	2
2704	*	Strålebehandling, kompleks, 1 fraktion.....	3.042	1	1
2705		Strålebehandling, konventionel, mindst 5 fraktioner.....	56.064	30	13
2706		Strålebehandling, konventionel, 3-4 fraktioner.....	19.609	18	7
2707	*	Strålebehandling, konventionel, 2 fraktioner.....	4.211	9	4
2708	*	Strålebehandling, konventionel, 1 fraktion.....	2.166	6	3
2709		Isototerapi.....	30.104	6	4
2710	*	Stereotaksi.....	19.861	6	3
2711		Brachyterapi.....	10.771	2	2
2712	*	Stråleplanlægning, kompleks.....	8.356	11	5
2713	*	Stråleplanlægning, konventionel.....	6.156	17	5
2714		Kemoterapi, med komplicerende aktionsdiagnose.....	86.852	30	12
2715		Kemoterapi, højdosis.....	68.215	7	3
2716		Kemoterapi, kompleks med antistofbehandling.....	28.723	1	1
2717		Kemoterapi, kompleks.....	16.847	2	2
2718		Kemoterapi, basis med antistofbehandling.....	19.886	4	3
2719		Kemoterapi, basis med strålebehandling, 1-2 fraktioner (ekskl. stereotaksi).....	17.676	1	1

Onkologiske behandlingsgrupper (fortsat)

Gruppe	Gråzone	Tekst	Takst	Tripkt. antal sengedage	Gns. liggetid 2009
2720		Kemoterapi, basis.....	8.008	4	2
2721		Biologiske modificerende stoffer.....	35.351	11	3
2722		Antistofbehandling.....	11.599	1	1

Bilag 2. Ambulante takster, DAGS

Ambulant gruppering

DAGS (Dansk Ambulant Grupperingssystem) bliver brugt til gruppering af ambulante besøg, sammedagspakker, telemedicinske ydelser, telefonkonsultationer og skadestuebesøg. Udover besøgsgrupperne er der i DAGS også proceduregrupper samt diagnosegrupper for udvalgte sygdomsområder. Der er i alt 198 DAGS-grupper inkl. sammedagspakker og substitutionsgrupper i 2011 mod 161 grupper i 2010. Se tabel 7, side 23.

Diagnose- og procedurekoderne, der medfører indplacering i de forskellige DAGS-grupper, er nærmere defineret på Visual DkDRG: visualdrg.im.dk.

Omkostningsberegninger

De ambulante takster for 2011 er beregnet med regnskabsoplysninger fra alle danske sygehuse (Bornholms Hospital undtaget) fra 2008 og 2009. I omkostningsdatabasen fastsættes udgifterne ved patientrelaterede behandlingsydelser, således at den enkelte patients ressourcetræk på sygehuset kan forklares.

Der er beregnet en gennemsnitlig omkostning for ambulante besøg i hver af de ambulante grupper i DAGS-systemet. Omkostningerne for de enkelte besøg er beregnet ud fra de ambulante, specialespecifikke vægtningsystemer. Disse vægtningsystemer er lavet på baggrund af, hvor tidskrævende behandlingen af de enkelte patienter er.

Der er til taksterne for 2011 blevet brugt ambulante, specialespecifikke vægtningsystemer indenfor følgende specialer:

- Dermato- venerologi
- Gynækologi og obstetrik
- Hæmatologi
- Nefrologi
- Neurologi
- Kir. gastroenterologi
- Klinisk fysiologi og nuklearmedicin
- Med. allergologi
- Med. lungesygdomme
- Onkologi

- Oto-, rhino-, laryngologi
- Plastikkirurgi
- Pædiatri
- Reumatologi
- Tand-, mund-, og kæbekirurgi
- Urologi

Den gennemsnitlige omkostning, som udgør taksten for den pågældende DAGS-gruppe, er beregnet eksklusiv eventuelle særydelser for at tage højde for den særskilte afregning for disse ydelser ud over den ambulante takst. Skadestuetaksten er ligeledes omkostningsbestemt som en del af DAGS-systemet, men er ikke beregnet ved hjælp af specialspecifikke vægte.

De beregnede DAGS-takster er eksklusive tjenestemandspensioner, forrentning og afskrivning. Taksten er den samme, uanset om der er tale om et akut eller et elektivt forløb.

De ambulante takster er beregnet på basis af cirka 15,5 mio. ambulante besøg i omkostningsdatabasen for 2008 og 2009. Heraf er cirka 1,8 mio. skadestuebesøg.

Bilag 2.1. DAGS-takster for ambulante patienter 2011

De ambulante takster kan inddeles i fem kategorier: Diverse besøgstakster samt takster for diagnosegrupper, proceduregrupper, substitutionsgrupper og sammedagspakker. Reglerne for opkrævning af ambulante takster er nærmere beskrevet i afsnit 3.1.3.

Takster for diagnosegrupper tillægges den ambulante besøgstakst.

Takster for proceduregrupper samt sammedagspakker tillægges den ambulante besøgstakst, når procedurerne er givet i forbindelse med besøg på en klinisk afdeling og tillægges ikke den ambulante besøgstakst, hvis der ikke har været et besøg.

Substitutionstaksterne sammensættes af en grundtakst (BG50F), der er sat til halvdelen af BG50A *Ambulant besøg, pat. mindst 7 år* samt en af tre proceduretakster specielt for ambulant substitution (ST01A-C). De tre proceduresubstitutionstakster er sat til de tilsvarende tre proceduretakster (PG04G, PG17C og PG17D).

Ved besøg på radiologiske afdelinger, afdelinger for klinisk fysiologi og nuklearmedicin, afdelinger for klinisk neurofysiologi eller afdelinger for klinisk genetik uden samtidigt besøg på en klinisk afdeling kan der alene opkræves proceduretakst.

Der kan endvidere udelukkende opkræves proceduretakst, hvis proceduren grupperes til PG100, *Neonatal hørescreening*, eller PG17A, *Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. 1*.

DAGS-grupperne følger så vidt muligt principperne fra DRG-grupperne: Grupper, der klinisk hører sammen, står sammen, og dyrere grupper står før billigere grupper.

Takster for besøgsgrupper mv.

Gruppe	Tekst	Takst
BG50A	Ambulant besøg, pat. mindst 7 år	1.185
BG50B	Ambulant besøg, pat. 0-6 år	1.686
BG50C	Ambulant besøg, med anamnese- eller journaloptagelse	1.930
BG50D	Skadestue	911
BG50E	Telefon- og e-mailkonsultation, samt skriftlig kommunikation ved prøvesvar	171
BG50F	Ambulant substitutionstakst, telemedicin	593

Takster for diagnosegrupper (ekskl. ambulant besøg)

Gruppe	Tekst	Takst
DG30A	Medfødte stofskiftesygdomme	8.390
DG30B	Kraniofaciale misdannelser	7.761
DG30C	Andrologisk udredning, komplet	5.644
DG30D	Pubertetsforstyrrelser, komplicerede	2.012
DG30E	Sjældne Handikap	1.900
DG30F	Vækstforstyrrelser, komplicerede	1.466
DG30G	Endokrinologi, sjældne sygdomme	2.970
DG30H	Endokrinologi	664
DG30I	Respirationsinsufficiens, kronisk	1.525
DG30J	Palliativ indsats, specialiseret, hjemmebesøg	7.631
DG30K	Palliativ indsats, specialiseret	3.180
DG30L	HIV-infektion	3.478
DG30M	Tilstand med transplanteret væv - hæmatologi	1.397
DG30N	Cancer	1.220
DG30O	Neurologi	1.637
DG30P	Spiseforstyrrelser	869
DG30Q	Alkohol- og stofmisbrug	666
DG30R	Somatoforme tilstande	255
DG30S	Ryglidelser, komplicerede	3.053
DG30T	Reumatologi	847
DG30U	Audiologi	320
DG30V	Smertetilstande, kroniske, komplicerede	1.211
DG30W	Smertetilstande, kroniske, ukomplicerede	845

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

Gruppe	Tekst	Takst
PG01A	Plastikkirurgisk rekonstruktion	6.482
PG01B	Hudoperation, kompliceret	7.612
PG01C	Hudoperation, ukompliceret	1.796
PG01D	Biopsi og væskeudsugning, overfladisk	2.722
PG01E	Nålebiopsi med ultralyd, overfladisk	2.081
PG01F	Nålebiopsi uden ultralyd, overfladisk	1.387
PG01G	Sutur og sårbehandling	2.287
PG01H	Excision og biopsi, ukompliceret	2.288
PG01I	Incision og punktur	1.370
PG01J	Dermatologisk procedure	989

02: Muskelsystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG02A	Anlæggelse af skinne, individuelt fremstillet bandage	27.329
PG02B	Anlæggelse af skinne el. bandage, arthrocentese el. lukket reposition	1.792
PG02C	Procedure i muskel el. skelet, kompliceret	8.903
PG02D	Procedure i muskel el. skelet, ukompliceret	5.699
PG02E	Bevægelseslaboratorieundersøgelse	2.436

03: Åndedrætssystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG03A	Luftvejsendoskopi, kompliceret	6.512
PG03B	Væskeudtømmelse fra pleura	3.019
PG03C	Hyberbar iltbehandling	450

Takster for proceduregrupper (ekskl. ambulant besøg) (fortsat)**04: Hjerte-, kar- og lymfesystem**

Gruppe	Tekst	Takst
PG04A	Operation på kar el. lymfesystem	4.012
PG04B	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem med ultralyd	3.452
PG04C	Nålebiopsi på kar el. lymfesystem uden ultralyd	2.758
PG04D	Kardiologisk proceduregruppe A-C	3.366
PG04E	Kardiologisk undersøgelse, kompliceret	1.576
PG04F	Kardiologisk undersøgelse, udvidet	1.277
PG04G	Kardiologisk undersøgelse, almindelig	825

05: Fordøjelsessystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG05A	Indsættelse af metalstents og kapselenteroskopi	15.262
PG05B	Koloskopi, sigmoidoskopi, ERCP el. endoskopi i nedre mavetarmregion, kompliceret	4.401
PG05C	Koloskopi, sigmoidoskopi el. endoskopi i nedre mavetarmregion, ukompliceret	3.116
PG05D	Brokoperation	10.858
PG05E	Operation i anus el. rectum	4.538
PG05F	Endoskopi el. intubation i øvre mavetarmreg.	2.598
PG05G	Rektoskopi	763

06: Urinveje

Gruppe	Tekst	Takst
PG06A	Forberedelse til nyretransplantation, plasmaferese med immunadsorption	34.324
PG06B	Cystoskopi el. urinrørsoperation, kompliceret	4.429
PG06C	Cystoskopi, ukompliceret	721
PG06D	Stenkusning ved trykbølge (ESWL)	3.744
PG06E	Instillation af cytotstatikum i blæren	677
PG06F	Indlæggelse af kateter el. anden ukompliceret procedure i urinveje	564

07: Mandlige kønsorganer

Gruppe	Tekst	Takst
PG07A	Sædoprensning	16.833
PG07B	Sterilisation el. anden operation på mandlige kønsorganer	4.764
PG07C	Gynækomatisk udredning, pat. mindst 17 år	4.324

Takster for proceduregrupper (ekskl. ambulant besøg) (fortsat)**08: Kvindelige kønsorganer**

Gruppe	Tekst	Takst
PG08A	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller med vævstypebestemmelse	89.737
PG08B	Kunstig befrugtning med anvendelse af PGD på fosterceller	25.465
PG08C	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI ved kompliceret infektion	24.886
PG08D	Kunstig befrugtning ved IVF/ICSI, ægudtagning el. ægoplægning	2.957
PG08E	Fostervandsprøve og moderkagebiopsi	9.027

09: Nervesystem

Gruppe	Tekst	Takst
PG09A	Fjernelse el. behandling af nerve	8.067
PG09B	Neurorehabilitering og rygmarvsskader	3.041
PG09C	Kontrol af baklofenpumpe	2.092
PG09D	Intravenøs neurologisk test	396

10: Øre, næse og hals

Gruppe	Tekst	Takst
PG10A	Procedure på kæbe	10.434
PG10B	Påsætning af kunstig ansigtsdel	10.218
PG10C	Tandbehandling, svær	7.409
PG10D	Tandbehandling, middel	5.453
PG10E	Tandbehandling, let	3.047
PG10F	Procedure på øre, næse el. hals, kompliceret	4.099
PG10G	Procedure på øre, næse el. hals, ukompliceret	2.364
PG10H	Rhinoskopier	2.677
PG10I	Faryngoskopier	1.860
PG10J	Laryngoskopier	1.787
PG10K	Cochleart implantat	2.447
PG10L	Audiologisk udredning, diagnostiske procedurer, pat. 0-2 år	11.460
PG10M	Audiologisk udredning, øvrige, pat. mindst 90 dage	3.109
PG10N	Audiometri	1.246
PG10O ¹⁶	Neonatal hørescreening, automatiserede procedurer, pat. 0-90 dage	402

16 Der kan udelukke opkræves proceduretakster for PG10O, Neonatal hørescreening.

Takster for proceduregrupper (ekskl. ambulant besøg) (fortsat)**11: Medicinsk behandling**

Gruppe	Tekst	Takst
PG11A	Medicin-behandling, grp. 1	107.323
PG11B	Medicin-behandling, grp. 2	56.169
PG11C	Medicin-behandling, grp. 3	33.601
PG11D	Medicin-behandling, grp. 4	20.060
PG11E	Medicin-behandling, grp. 5	12.538
PG11F	Medicin-behandling, grp. 6	8.526
PG11G	Medicin-behandling, grp. 7	5.517
PG11H	Medicin-behandling, grp. 8	3.009
PG11I	Medicin-behandling, grp. 9	1.505
PG11J	Medicin-behandling, grp. 10	677

12: Diverse behandlinger

Gruppe	Tekst	Takst
PG12A	Kemoterapi, højdosis	69.336
PG12B	Kemoterapi, kompliceret og antistofbehandling	29.194
PG12C	Kemoterapi, kompliceret	17.124
PG12D	Kemoterapi, basis og antistofbehandling	20.212
PG12E	Kemoterapi, basis	8.140
PG12F	Konditionering til minitransplantation	25.203
PG12G	Isotoperapi	30.599
PG12H	Biologisk modificerende stof	35.932
PG12I	Antistof, behandling	11.789
PG12J	Brachyterapi	10.948
PG12K	Transfusion af blod og/eller plasma	5.324
PG12L	Plasmaferese	8.796
PG12M	Kontrol ved hjemme-hæmodialyse	28.385
PG12N	Kontrol ved hjemme-peritonealdialyse	26.705
PG12O	Peritonealdialyse, m. oplæring	2.738
PG12P	Peritonealdialyse	1.568
PG12Q	Dialyse, øvrige	2.503
PG12R	Insulinpumpe, behandling	1.302
PG12S	Botulinumtoksin, injektion	4.329
PG12T	Ciclosporin, behandling	718

Takster for proceduregrupper (ekskl. ambulant besøg) (fortsat)**13: Diverse procedurer og undersøgelser**

Gruppe	Tekst	Takst
PG13A	Udtagning af knoglemarv til diagnostisk undersøgelse	6.698
PG13B	Laparoskopi, diverse procedurer	4.079
PG13C	Geriatrici, udredning	3.997
PG13D	Geriatrici, behandling	1.834
PG13E	Allergologisk undersøgelse/behandling, kompliceret	5.984
PG13F	Allergologisk undersøgelse/behandling, ukompliceret	1.355
PG13G	Neuropsykologisk undersøgelse, udvidet	2.931
PG13H	Hjælpeprocedure, ukompliceret	1.903
PG13I	Urodynamisk undersøgelse, udvidet	1.674
PG13J	Urodynamisk undersøgelse, almindelig	941
PG13K	Anlæggelse af p-rør	982
PG13L	Endokrinologisk procedure, kompliceret	1.075

14: Radiologiske procedurer

Gruppe	Tekst	Takst
PG14A	MR-scanning, kompliceret, m. generel anæstesi	9.827
PG14B	MR-scanning, kompliceret	3.935
PG14C	MR-scanning, ukompliceret	2.884
PG14D	CT-scanning af hjertet med angiografi	7.936
PG14E	CT-scanning el. osteodensitometri, kompliceret	2.382
PG14F	CT-scanning el. osteodensitometri, ukompliceret	1.428
PG14G	UL-scanning, meget kompliceret, flerfoldsvangerskab	5.959
PG14H	UL-scanning, meget kompliceret	3.534
PG14I	UL-scanning, kompliceret	977
PG14J	UL-scanning, ukompliceret	694
PG14K	Angiografi	5.918
PG14L	Mammografi, kompliceret	1.377
PG14M	Mammografi, ukompliceret	425
PG14N	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, kompliceret	1.782
PG14O	Gennemlysningsundersøgelse, urografi og flebografi, ukompliceret	1.479
PG14P	Røntgenundersøgelse (alm.), kompliceret	1.074
PG14Q	Røntgenundersøgelse (alm.), ukompliceret	644

Takster for proceduregrupper (ekskl. ambulant besøg) (fortsat)**15: Arbejdsmedicin**

Gruppe	Tekst	Takst
PG15A	Arbejdsmedicin grp. 1	9.955
PG15B	Arbejdsmedicin grp. 2	16.617
PG15C	Arbejdsmedicin grp. 3	19.902

16: Klinisk genetik

Gruppe	Tekst	Takst
PG16A	Genetisk risikovurdering og rådgivning med gentagen udredning og samtale	6.030
PG16B	Genetisk risikovurdering og rådgivning med udredning	4.943
PG16C	Genetisk risikovurdering og rådgivning	3.859
PG16D	Stamtræsoptegelse	2.772

17: Klinisk fysiologi/nuklearmedicin

Gruppe	Tekst	Takst
PG17A ¹⁷	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. 1	279
PG17B	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. 2	865
PG17C	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. 3	1.527
PG17D	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. 4	2.475
PG17E	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. 5	3.898
PG17F	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. 6	5.995
PG17G	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. 7	9.027
PG17H	Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. 8	12.562

18: Klinisk neurofysiologi

Gruppe	Tekst	Takst
PG18A	Klinisk neurofysiologi grp. 1	2.775
PG18B	Klinisk neurofysiologi grp. 2	4.303
PG18C	Klinisk neurofysiologi grp. 3	5.393

17 Der kan udelukkende opkræves proceduretakster for PG17A, Klinisk fysiologi/nuklearmedicin grp. 1.

Takster for proceduregrupper (ekskl. ambulant besøg) (fortsat)**Telemedicinske ydelser**

Gruppe	Tekst	Takst
ST01A	Pacemaker-kontrol, telemedicin	825
ST01B	Lungefunktionsundersøgelse, telemedicin	1.527
ST01C	Lungefunktionsundersøgelse, m. reversibilitetstest, telemedicin	2.475

Sammedagspakker¹⁸

Gruppe	Tekst	Takst
SP01A	Anæstesiologisk-allergologisk udredning	15.346
SP01B	Allergologiske procedurer/behandlinger	6.768
SP01C	Lungesygdomme, udredning	4.148
SP01D	Atrieflimren	4.398
SP01E	Gastroskopi og koloskopi/sigmoideoskopi	4.920
SP01F	Mammadiagnostik udredning	4.014
SP01G	Fostermisdannelse med moderkagebiopsi eller fostervandsprøve	12.561
SP01H	UL, flere procedurer, meget kompl. + kompl.	9.493
SP01I	UL, flere procedurer, meget kompl. + ukompl.	6.935
SP01J	UL, flere procedurer, kompl. + ukompl.	4.510
SP01K	Cystoskopi med flowundersøgelse og ultralyd	6.711
SP01L	Cystoskopi med flowundersøgelse	6.018
SP01M	Øre-næse-hals, flere procedurer, kompl.	8.990
SP01N	Øre-næse-hals, flere procedurer, kompl. + ukompl.	7.973
SP01O	Øre-næse-hals, flere procedurer, ukompl.	6.955
SP01P	Høreapparatsbehandling, pat. mindst 18 år	1.359
SP01Q	Høreapparatsbehandling, pat. 0-17 år	2.377
SP01R	Svimmelhed, udredning	3.577
SP01S	Rygmarvsskader	4.834
SP01T	Ryglidelser	2.673
SP01U	Tværfaglig artritinformation	2.279
SP01V	Endokrinologisk statuspakke	8.540
SP01W	Besøg hos nefrolog og endokrinolog, pat. i dialyse	4.227
SP01X	Besøg hos nefrolog og endokrinolog	1.961

18 Takster for sammedagspakker er eksklusiv et ambulant besøg.

Bilag 2.2. Særydelsesliste

Ydelsestype		
Gruppe	Tekst	Takst
SYD01	Behandlingshjælpemidler for mere end 777 kr. ¹⁹	Kostpris
SYD02	Høreapparater ²⁰	Kostpris
SYD03	Medicin for mere end 777 kr. pr. dag ²¹⁻²²	Kostpris

19 Det vil eksempelvis sige korset, karkirurgiske stents og implantater m.v. Overstiger den samlede kost-pris 777 kr., kan det fulde beløb opkræves. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat.

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

21 For patienter grupperet til DAGS-grupperne i PG11 Medicinsk behandling samt grupperne PG12A Kemoterapi, højdosis, PG12B Kemoterapi, kompliceret og antistofbehandling, PG12C Kemoterapi, komplice-ret, PG12D, Kemoterapi, basis og antistofbehandling, PG12E, Kemoterapi, basis, PG12H Biologisk modifierende stof, PG12I Antistof, PG12J Brachyterapi og PG12S Botulinumtoksin-injektion kan der ikke opkræves for særydelse 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).

22 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 777 kr., kan det fulde beløb opkræves til kostpris. Kostprisen opgøres som faktisk kostpris inkl. evt. rabat.

Bilag 3. Takster for genoptræningsydelse

Taksterne, der skal anvendes til afregning af genoptræning for somatiske stationære og ambulante patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau pr. 1. januar 2011, er trykt i dette bilag.

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, offentlige sygehuse.

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

Såfremt et ambulante besøg kun indeholder koder fra fysio- og ergoterapeut kodekatalogerne, vil besøget udløse en genoptræningstakst og ingen besøgstakst.

Bilag 3.1. Takster for stationær genoptræning 2011

Genoptræning

Gruppe	Tekst	Takst
GEN1S	Genoptræningsgruppe 1, stationær	834
GEN2S	Genoptræningsgruppe 2, stationær	1.767
GEN3S	Genoptræningsgruppe 3, stationær	3.408
GEN4S	Genoptræningsgruppe 4, stationær	4.712
GEN5S	Genoptræningsgruppe 5, stationær	12.068

Bilag 3.2. Takster for ambulant genoptræning 2011

Genoptræning		
Gruppe	Tekst	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	711
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	950
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.533

Bilag 3.3. Mellemkommunal afregning for genoptræningsydelser

Indenrigs- og Sundhedsministeriet beregner takster for afregning af genoptræningsydelser mellem kommunerne. Det skal præciseres, at taksterne er vejledende og beregnet med henblik på mellemkommunal afregning.

De mellemkommunale 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 osv. er indregnet i taksterne.

Genoptræning		
Gruppe	Tekst	Takst
GEN1A	Genoptræningsgruppe 1, ambulant	637
GEN2A	Genoptræningsgruppe 2, ambulant	850
GEN3A	Genoptræningsgruppe 3, ambulant	1.373

Bilag 4. 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 Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Det forudsættes, at der er taget udgangspunkt i en mini-MTV.

Sundhedsøkonomisk Center udarbejder herefter inden seks uger fra modtagelsen af materialet en indstilling til en budgettakst for den godkendte behandling til DRG-udvalget.

Behandlingen, hvortil der ønskes at oprette en budgettakst, skal have et betydeligt økonomisk omfang. Der oprettes generelt ikke budgettakster for behandlinger, der er i protokol (dvs. behandlinger, der endnu ikke er indført som standardbehandling).

Der udmeldes budgettakster én gang årligt - 1. maj til ikrafttrædelse 1. juli - for nye behandlinger m.v. af væsentlig omfang og betydning, jf. Økonomiaftalen mellem Regeringen og Danske Regioner²³.

23 "Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2011"

Bilag 5. Fra patientdata til afregning

Bilag 5 indeholder dokumentation for den anvendte metode ved beregning af DRG-takster samt ved gruppering af patientforløb. Ligeledes beskrives det system, som håndterer afregningen af mellemregionale hovedfunktions- og regionsfunktionspatienter.

Bilag 5.1 er en beskrivelse af den anvendte beregningsmetode ved DkDRG-taksterne for stationære hovedfunktions- og regionsfunktionspatienter og DAGS-taksterne for ambulante hovedfunktions- og regionsfunktionspatienter år 2011. Beregningen af taksterne gennemgås trin for trin.

I bilag 5.2 beskrives, hvordan selve tilordningen af DRG-grupper foregår i DkDRG-systemet. Det er en forholdsvis teknisk beskrivelse udarbejdet med henblik på de personer, der ønsker at gå i dybden med den elektroniske håndtering af patientoplysninger i systemet. I bilag 5.3 beskrives DRG-afregningssystemet, som regionerne i fællesskab har udviklet som grundlag for den mellemregionale afregning.

Bilag 5.1. Beregning af takster for 2011

5.1.1. DRG-takster for stationære patienter

DRG-taksterne er beregnet på grundlag af fordelingsregnskaber på de enkelte sygehuse og ved identifikation af alle de ydelser, der er givet til de enkelte patienter ved en kontakt til sygehuset. Herefter kobles de to kilder, og omkostningerne ved de registrerede ydelser beregnes. På denne baggrund kan DRG-taksterne beregnes.

DRG-taksterne bliver beregnet som simple gennemsnit af omkostningerne i hver DRG-gruppe, hvor de før 2010 blev beregnet som vægte i forhold til kroneværdien. Den nuværende metode er en konsekvens af flere og bedre fordelingsregnskaber, der giver grundlag for en simplere og mere gennemskuelig metode. Dermed er takstberegningemetoden den samme for de stationære og ambulante takster.

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

1. Gruppering af udskrivninger (afdelingsforløb) med DkDRG
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 i hver DRG-gruppe

I første trin grupperes data i omkostningsdatabasen og i Landspatientregisteret efter grupperingslogikken i DkDRG-systemet.

I andet trin beregnes omkostningerne pr. afdelingsudskrivning, og der omkostningstrunkeres. Oplysningerne anvendes ved dannelse af sygehusforløb i tredje trin.

Data omkostningstrunkeres, idet ekstreme værdier erstattes med hhv. 1, 5, 95 eller 99 pct. fraktilen jf. fjerde trin (se nedenfor).

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 afdelingsforløb har fået en DRG-gruppe og omkostninger hertil. Ved dannelsen af sygehusforløb i trin tre kobles disse registreringer sammen til ét forløb for den enkelte patient, og forløbet tildeles den tungeste DRG-gruppe. Alle omkostningerne fra afdelingsforløbene bliver tilknyttet det mest omkostningstunge forløb. Dermed er alle omkostningerne fra alle afdelingsudskrivningerne med.

Omkostningerne pr. sygehusforløb beregnes i fjerde trin, og der foretages en omkostningstrunkering. DRG-grupper med mere end 20 observationer trunkeres ved 1 og 99 pct. fraktilerne, idet værdier over 99 pct. fraktilen erstattes med 99 pct. fraktilen, og værdier under 1 pct. fraktilen erstattes med 1 pct. fraktilen. DRG-grupper med færre end 20 observationer trunkeres tilsvarende ved 5 og 95 pct. fraktilerne.

I trin fem beregnes DRG-taksterne som simple gennemsnit af omkostningerne i hver DRG-gruppe. Herefter gennemgås taksterne manuelt for at sikre så få uhensigtsmæssigheder i takstsystemet samt at imødekomme de kommentarer, der er modtaget fra eksterne samarbejdspartnere.

5.1.2. Beregning af DAGS-takster

DAGS-taksterne udarbejdes ligesom DRG-taksterne på baggrund af fordelingsregnskaber fra de enkelte sygehuse og ved identifikation af de ydelser, der er givet til de enkelte patienter ved en kontakt til sygehuset. De to kilder sammenkøres, og omkostningerne ved de registrerede ydelser beregnes. Herefter beregnes DAGS-taksterne. Beregningen af DAGS-takster for ambulante patienter kan inddeles i tre trin:

1. Oplysninger grupperes med DkDRG
2. Oplysninger grupperes med DAGS
3. Beregning af DAGS-takster (inkl. omkostningstrunkering)

Først grupperes data i omkostningsdatabasen efter grupperingslogikken i DkDRG-systemet for at bestemme ambulante besøg i gråzonegrupperne.

I andet trin grupperes data i omkostningsdatabasen efter grupperingslogikken i DAGS-systemet.

I tredje trin beregnes takster på den enkelte DAGS-gruppe på basis af omkostningstrunkerede data, hvor ekstreme værdier erstattes hhv. 1, 5, 95 eller 99 pct. fraktilen. Omkostningstrunkeringen for DAGS-grupper med mere end 20 observationer trukeres ved 1 og 99 pct. fraktilerne. Omkostningstrunkeringen for DAGS-grupper med færre end 20 observationer trunkeres ved 5 og 95 pct. fraktilerne. Herefter beregnes gennemsnit for de enkelte DAGS-grupper.

5.1.3. Niveaujustering

Da Dansk Casemix-system er baseret på et nulsumsspil, hvor Dansk Casemix-system ikke tilføjer eller fjerner værdi i sygehusvæsenet, skal de beregnede DRG- og DAGS-takster tilpasses de tilrettede driftsudgifter. Det betyder, at produktionsværdien for takstsystem 2011 skal tilpasses de tilrettede driftsudgifter fremskrevet til 2011 P/L-niveau.

Justeringsniveauet for takstsystem 2011 er beregnet til 0,987. Da justeringsfaktoren er mindre end 1, nedjusteres taksterne på det ambulante og stationære område, således at den forventede produktionsværdi for takstsystem 2011 er lig med de tilrettede driftsudgifter. Hermed er det endelige takstniveau for takstsystem 2011 fastlagt.

Bilag 5.2. Tilordning af DRG-grupper

Til DRG-gruppering anvendes en grupperingsnøgle i form af et softwareprodukt kaldet en *DRG-grouper*. Grouperen findes til Windows (DOS-version) og UNIX (AiX-version).

Følgende oplysninger anvendes som input til grouperen:

- Aktionsdiagnose, inkl. evt. tillægskoder
- Bidiagnoser
- Procedurekoder (operationskoder, behandlingskoder og undersøgelseskoder), inkl. eventuelle tillægskoder
- Antal dage fra første primære operation til død
- Patientens køn
- Alder i dage
- Udskrivningsmåde

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

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

DG1	Indeholder alle diagnosekoder i den danske ICD10-klassifikation. Til hver diagnosekode er der knyttet en række egenskaber.
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 2.900 regler for DRG-tildeling.

5.2.1. Diagnoseegenskaber (tabel DG1)

Ved hjælp af egenskabstabellen DG1 knyttes følgende egenskaber til patientrecorden:

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

Ad. 1. Diagnosekategori til aktionsdiagnosen

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

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 afsnit 5.2.4.

5.2.2. Procedureegenskaber (tabel DRGTPT)

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

1. Operationsstueegenskab
2. Procedureegenskaber
3. Diagnoseegenskaber
4. Komplikationsegenskaber

Ad. 1. Operationsstueegenskab

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

Ad. 2. Procedureegenskaber

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

Ad. 3. Diagnoseegenskaber

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

Ad. 4. Komplikationsegenskaber

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 2011 har 437 procedurer en komplicerende egenskab.

5.2.3. Tillægskodeegenskaber (tabel TILL)

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

5.2.4. Komplikationer (tabel KOMPAT og KOMPLEX)

I mange 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 procedureegenskaber, mens det for andre grupper anvendes nedenstående princip:

I alt 4.326 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 diagnoseegenskaber, der aktiverer inklusionsegenskaberne, fremgår af tabellen KOMPAT.

Eksempel: Af tabellen DG1 fremgår det, at diagnosen DJ041 har komplikationsegenskaben 03I01. I tabellen KOMPAT står komplikationsegenskab 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).

Eksempel: Af tabellen DG1 fremgår det, at diagnosen DA150 har komplikationsegenskaben 04C02. I 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.

5.2.5. Tildeling af DRG (tabel DRGLOGIK)

DRG-logikken er en tabel, der indeholder cirka 2.900 regler for gruppering til DRG-grupperne. Der er 674 DRG-grupper i DkDRG 2011. 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.

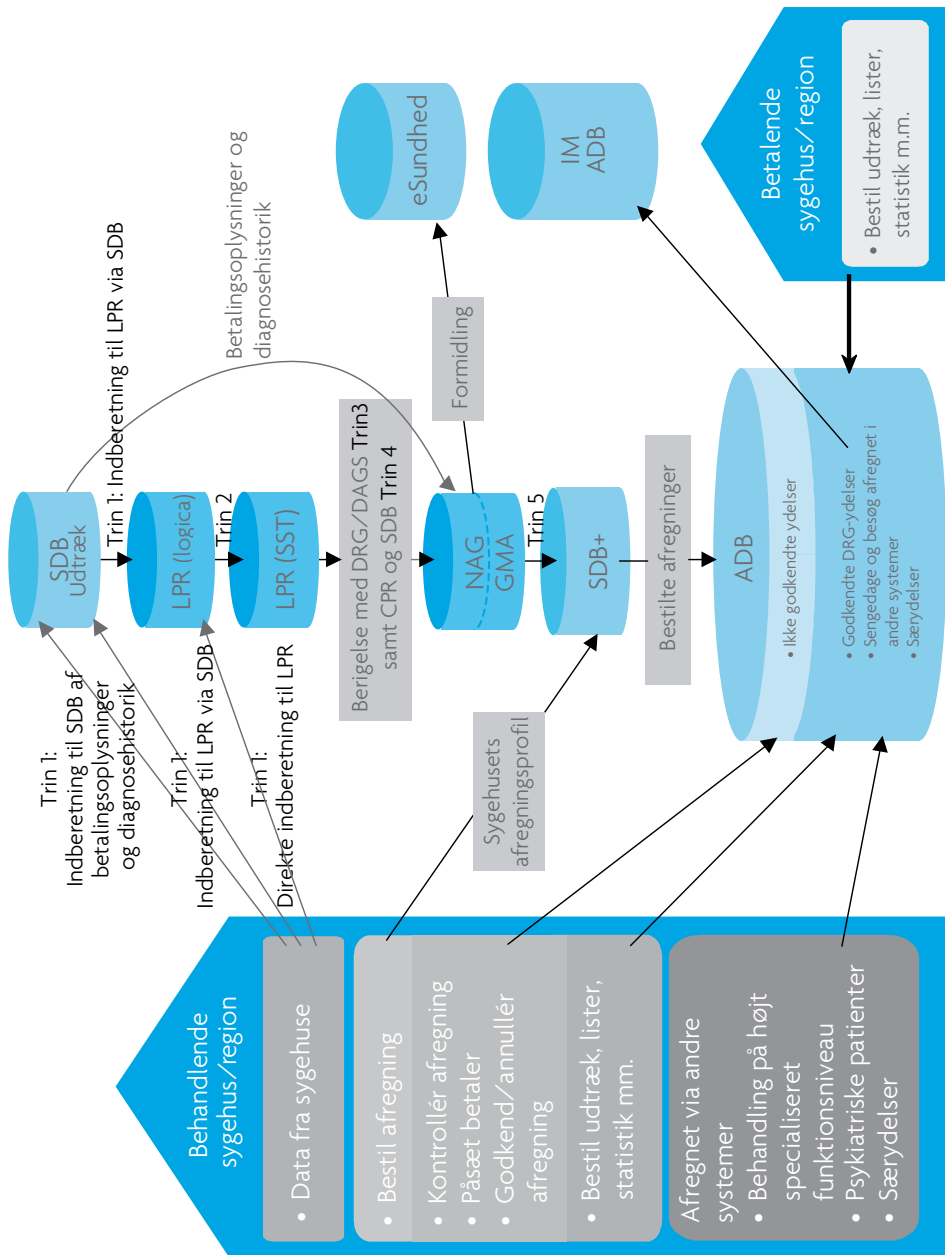
Bilag 5.3. DRG-afregningssystem

Regionerne har i fællesskab udviklet et afregningssystem, der kan håndtere afregningen af mellemregionale patienter behandlet på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau efter de regler, der er beskrevet ovenfor. Udvikling og vedligeholdelse af dette afregningssystem varetages af CSC Scandihealth A/S.

Ved implementeringen af finansieringsreformen på sundhedsområdet den 1. januar 2007 blev det aftalt, at den mellemregionale afregning skulle basere sig på et fælles afregningsgrundlag. Det fælles datagrundlag for afregning dannes i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som anvender det til beregninger af afregnings- og betalingsstrømmene for den statslige aktivitetspulje og den kommunale (med)finansiering, mens CSC anvender det som input til den mellemregionale afregning.

I det følgende beskrives data flow og arbejdsgangen mellem Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og CSC i forbindelse med dannelsen af afregningsgrundlaget og selve afregningen, se figur 2.

Figur 2. Dataflow- og afregningssystem for mellemregional afregning



5.3.1. Data flow i den mellemregionale afregning

I samspillet mellem Sundhedsstyrelsen (SST) og CSC, jf. figur 2, overføres sygehusenes patientoplysninger (trin 1) fra de patientadministrative systemer (PAS) enten via Sundhedsdatabanken (SDB), der administreres af CSC, eller direkte til Landspatientregistret (LPR). CSC sender desuden betalingsoplysninger på baggrund af sygehusenes afregningsprofil samt diagnosehistorikken for ambulante patientkontakter fra SDB til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Når Logica har foretaget en fejlsøgning af LPR-oplysningerne, indlæser Sundhedsstyrelsen data i LPR (trin 2). Herefter foretager Indenrigs- og Sundhedsministeriet en DRG-/DAGS-gruppering af LPR (trin 3), som beriges med oplysninger fra SDB og Det Centrale Personregister (CPR) (trin 4). Det nationale afregningsgrundlag (NAG) er nu dannet og formidles via eSundhed. Hvis oplysninger om betalere ikke er overført fra SDB, udleder Indenrigs- og Sundhedsministeriet betalere ud fra patientens bopæl på ydelsestidspunktet, med mindre der er tale om udlændinge eller personer med erstatningspersonnummer. Det fælles datagrundlag for den mellemregionale afregning (GMA) er hermed dannet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet returnerer det mellemregionale afregningsgrundlag til CSC (trin 5). CSC indlæser afregningsgrundlaget i en databank (SDB+).

5.3.2. Mellemregional afregning i CSC

5.3.2.1. Bestilling af afregning

Når CSC har indlæst afregningsgrundlaget i SDB+, har sygehusene mulighed for at bestille en afregning over ydelser til somatiske patienter behandlet på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau, som er bosat i en anden region, end behandlingen har fundet sted.

CSC udtrækker kontakter og besøg fra SDB+ for mellemregionale patienter.

Ved bestilling af afregning angiver sygehuset afregningsperioden, ydelsestype og om mellemregionale patienter skal afregnes. Tidligere måneder skal være afregnet og godkendt, inden der kan bestilles en afregning for næste måned.

5.3.2.2. Forberedelse af afregning

På baggrund af bestillingen danner CSC afregningslinjer ud fra afregningsgrundlaget i SDB+. Sygehusene påsætter evt. manglende oplysninger om betalere på de dannede afregningslinjer ud fra betalingsoplysningerne for udlændinge og personer med erstatningspersonnummer. Udtrækket lagres som ikke godkendte afregningslinjer i Afregnings-

databanken (ADB). Har en patient mere end én indlæggelse i samme sygehusudskrivning påsættes taksten for den dyreste, jf. takstreglerne. Såfremt der er flere sengedage i en sygehusudskrivning end det antal dage, der er angivet som trimpunktet for pågældende DRG-gruppe, anføres endvidere antal sengedage udover trimpunktet, og de prissættes med langliggertaksten.

Opdages fejl eller mangler, kan afregningen annulleres. Herefter rettes data i fødesystemet og genfremsendes til SST. De rettede data vil så indgå i Indenrigs- og Sundhedsministeriets næste DRG-gruppering. Herefter indlæses de korrekte data i SDB+, og afregningen kan foretages på ny.

Når afregningslinjerne er godkendt af sygehuset, lagres disse i Afregningsdatabanken (ADB) som godkendte.

Somatiske patienter behandlet på højt specialiseret niveau og psykiatriske patienter afregnes via andre systemer, men afregningsoplysningerne overføres til ADB. Det samme er tilfældet for afregning af særydelser til patienter på alle behandlingsniveauer.

5.3.3. Regulering

Da der løbende sker opdatering af patientdata, ændring i CPR-oplysninger, programændringer, ændring af afregningsregler eller ændring i grupperingslogikken, er der mulighed for at bestille en DRG-regulering for en allerede afregnet periode enten for stationære kontakter eller ambulante besøg. Hvis der er sket ændringer, vil der dannes en kreditering og evt. en ny debitering. En regulering følger samme procedure som beskrevet for afregningen, men kan ikke annulleres.

5.3.4. Afregningsgrundlag og statistik

Godkendte ydelser i ADB er tilgængelig for behandlende sygehus, behandlende region og betalende region. Der er kun adgang til relevante oplysninger. Det vil sige oplysninger, som regionen eller sygehuset selv har dannet eller har interesse i. Betalende region kan således se afregningsoplysninger om patienter, der bor i betalende region, mens behandlende region kan se oplysninger om patienter, der er blevet behandlet i regionen. Det behandlende sygehus kan se oplysninger om patienter, der er blevet behandlet på sygehuset.

Behandlende sygehus, behandlende region og betalende region kan inden for disse rammer se oplysninger om alle patientens afregnede ydelser, uanset om der er DRG-afregnet, afregnet efter sengedage og besøg eller afregnet for særydelser.

Ud fra denne adgang til afregningsoplysninger kan der, udover den egentlige afregningsliste, endvidere udskrives forskellig statistik til brug i såvel behandlende som betalende region.

Alle godkendte afregninger inkl. oplysninger om kommunal medfinansiering overføres til Indenrigs- og Sundhedsministeriets afregningsdatabank (IM ADB).

5.3.5. Statistisk bearbejdelse af afregninger

I tilslutning til DRG-systemet har CSC Scandihealth, på foranledning af samtlige regioners ønske herom, udviklet to datavarehuse.

Datavarehusene giver regionerne mulighed for statistisk at viderebearbejde såvel deres indtægter som udgifter for egen region samt foretage landsdækkende opgørelser over den totale sygehusaktivitet. Fælles for datavarehusene er, at det giver mulighed for at foretage statistisk bearbejdelse af data på eksempelvis diagnoser, procedurer og behandlende regioner/sygehuse/afdelinger.

Bilag 6. Regelgrundlag

Bilag 6.1. Takstbekendtgørelse

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 månedvis 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 fraværstidene medregnes ikke ved opgørelse af sengedage.

I forbindelse med højtidsperioder såsom jul, nytår og påske kan det enkelte fravær dog strække sig over mere end 3 døgn, uden at patienten registreres som udskrevet og genindlagt.

§ 6. Når betaling for indlagte patienter beregnes pr. sygehusudskrivning, indgår uafbrudt indlæggelse, som er et led i behandlingsforløbet, på flere afdelinger på samme sygehus i én udskrivning. Ved afgørelsen af om en indlæggelse har været afbrudt, benyttes bestemmelsen i § 5, stk. 2.

Stk. 2. I en sygehusudskrivning indgår alle ydelser på det pågældende sygehus, som er et led i behandlingsforløbet og finder sted under indlæggelsen.

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

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

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

§ 9. Der kan opkræves forløbstakster for behandlingsforløb.

Behandling på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau

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

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

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

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

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

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

Behandling på højt specialiseret funktionsniveau

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

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

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

§ 12. Beregning af abonnementsbetaling, sengedagstakster, proceduretakster og ambulanttakster samt forløbstakster sker på basis af afdelingsregnskabet for den enkelte afdeling med udskillelse af eventuelle særydelser, samt med fradrag for betaling for patienter på hovedfunktions- og regionsfunktionsniveau fra andre regioner. Beregningen af

takstgrundlaget sker som anført i bilag 1. Beregningen af forløbstakster kan ske på basis af afdelingsregnskaber for flere afdelinger.

Stk. 2. Abonnementsbetaling, sengedagtakster, 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, sengedagtakster, 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. Apparatur og inventar, herunder edb-udstyr, afskrives lineært over 10 år, svarende til en årlig afskrivning på 10 pct.

§ 14. I beregningen af abonnementsbetaling, sengedagtakster, 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 6.2. 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, Rehabiliterings-Center 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 Gighospital i Gråsten.

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

ge 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 samarbejdsygehuse.

§ 19. Regionsrådene offentliggør en oversigt over deres samarbejdsygehuse, jf. sundhedslovens § 75, stk. 2, og over aftalesygehuse, 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, samarbejdsygehuse 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 lægehenvielse til sygehusbehandling, lægeerklæring eller lignende,
- 2) patientens tilladelse til, at regionsrådet kan indhente yderligere oplysninger om helbredsforhold m.v., som er nødvendige for vurdering af ansøgningen,
- 3) beskrivelse fra det udenlandske sygehus af den behandling, som ansøgningen omfatter,
- 4) pristilbud fra det udenlandske sygehus, og

5) dato for behandlingen på det udenlandske sygehus.

Stk. 2. For at få udbetalt refusionen, skal patienten indsende følgende oplysninger til regionsrådet:

- 1) beskrivelse fra det udenlandske sygehus af den behandling, som patienten har modtaget,
- 2) specificeret og kvitteret regning, og
- 3) oplysninger til brug for udbetalingen.

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

§ 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. Henvisningen 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 længelevende 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 sygehusedelser, 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, ambulante 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.

