

Udskriftsdato: 23. december 2025

**CIR1H nr 10374 af 21/12/2016 (Historisk)**

## **Cirkulære om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2017 til regionernes sygehusvæsen m.v. (Til alle regionsråd)**

---

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundheds- og Ældreministeriet, j.nr.  
1609610

### **Senere ændringer til forskriften**

CIR1H nr 9207 af 15/03/2019

# Cirkulære om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2017 til regionernes sygehusvæsen m.v.

(Til alle regionsråd)

I medfør af §§ 13 og 15 i lov om regionernes finansiering, jf. lovbekendtgørelse nr. 797 af 27. juni 2011, som ændret ved lov nr. 1735 af 27. december 2016, og § 195 i sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016, fastsættes:

## Kapitel 1

### *Tilskudsramme og fordeling*

§ 1. Sundheds- og Ældreministeriet udbetaler for 2017 efter bestemmelserne i dette cirkulære tilskud til regionerne til finansiering af aktivitet i sygehusvæsenet inden for en ramme på i alt 1.363,4 mio. kr.

Stk. 2. Tilskudsrammen efter stk. 1, forhøjes pr. 1. april 2017 med den samlede værdi af regionernes udnyttede tilskudsrammer i henhold til cirkulære nr. 9164 af 4. marts 2016 om statsligt, aktivitetsafhængigt tilskud i 2016 til regionernes sygehusvæsen m.v.

Stk. 3. Tilskuddet efter stk. 1, udbetales til bopælsregionen på grundlag af borgerens bopæl på behandlingstidspunktet.

§ 2. Tilskudsrammen efter § 1, stk. 1, fordeles mellem regionerne på grundlag af deres andel af det statslige tilskud for 2017 på sundhedsområdet i henhold til Social- og Indenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 823 af 23. juni 2016 om opgørelse og afregning af tilskud og bidrag til regionerne for 2017. Tilskuddet opgøres i hele 1.000 kr. og afrundes til et med 12 deleligt beløb. Tilskudsrammen efter 1. punktum udgør:

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Region Nordjylland: | 141.312 tusinde kr. |
| Region Midtjylland: | 290.772 tusinde kr. |
| Region Syddanmark:  | 292.380 tusinde kr. |
| Region Hovedstaden: | 429.912 tusinde kr. |
| Region Sjælland:    | 209.016 tusinde kr. |

Stk. 2. Tilskudsrammen efter § 1, stk. 2, fordeles foreløbigt pr. 1. april 2017 mellem regionerne, således at hver regions udnyttede tilskudsramme for 2016 tillægges regionens tilskudsramme for 2017.

Stk. 3. Den samlede tilskudsramme for hver region opgøres endeligt ved udgangen af 1. kvartal 2017 som summen af tilskudsrammen efter stk. 1, tillagt regionernes andel af tilskudsrammen efter stk. 2.

## Kapitel 2

### *Aktivitet, der udløser tilskud*

§ 3. Tilskud efter dette cirkulære ydes i det omfang, værdien af det samlede forbrug af ydelser, der er omfattet af tilskuddet, i en region i 2017 overstiger et i henhold til § 5 beregnet forbrugsniveau (baseline).

Stk. 2. Værdien af regionernes forbrug efter stk. 1, opgøres på baggrund af DRG- og DAGS-takster (diagnoserelaterede grupper og dansk ambulant grupperingssystem) i henhold til reglerne i Sundhedsdatastyrelsens Takstsystem 2017 – Vejledning, Budgettakster for 2017 udmeldt af Sundhedsdatastyrelsen samt takster for 2017 med udgangspunkt i sygesikringsoverenskomsten.

§ 4. Tilskuddet omfatter al somatisk sygehusbehandling, der foregår ambulant eller under indlæggelse, og som finansieres af en region ved egne eller fremmede sygehuse, klinikker m.v. i medfør af sundhedslovens afsnit VI samt udgifter til genoptræning, der er ydet til patienter under indlæggelse på sygehus, jf. denne lovs §§ 74-75.

*Stk. 2.* Følgende behandlingsformer indgår ikke i opgørelsen:

- 1) Fertilitetsbehandling og refertilisation m.v. med følgende aktionsdiagnoser: DZ310, DZ310A, DZ310B, DZ316, DN970, DN971, DN972, DN973, DN974, DN978, DN978A, DN978B, DN978C, DN978D, DN978E, DN978F, DN979, DN469, DN469A, DN469B, DN469C, DN469D, DN469E, DN469W og DN469X.
- 2) Sterilisationer med aktionsdiagnose DZ302.
- 3) Alternativ og eksperimentel behandling på private sygehuse og klinikker m.v.
- 4) Behandlinger hvortil udgifterne afholdes af staten, herunder højt specialiseret behandling i udlandet, eller af kommunerne, herunder kommunalt betalte ydelser udført på sygehus efter sundhedslovens §§ 133 og 140-142 og 240.

*Stk. 3.* Sundhedsdatastyrelsen udarbejder en oversigt over ydelser, som i henhold til sundhedslovens §§ 64 og 75, stk. 2, kan udføres i speciallægepraksis, og som kan medregnes som forbrug efter stk. 1.

*Stk. 4.* Sundhedsdatastyrelsen træffer i tvivlstilfælde afgørelse om afgrænsningen efter stk. 1-3.

### Kapitel 3

#### *Beregning af baseline*

**§ 5.** For hver region beregnes et forbrugsniveau for 2017 (baseline), der er udgangspunkt for beregningen af regionens aktivitet, der udløser tilskud efter dette cirkulære.

*Stk. 2.* Baseline udgør for hver region den samlede værdi af det i § 4 anførte forbrug, der er registreret for perioden 1. januar 2015 til 31. december 2015, baseret på Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016 i de i § 3, stk. 2, anførte DRG- og DAGS-takster (takstsystem 2017) og takster med udgangspunkt i sygesikringsoverenskomsten og med de korrektioner, der følger af stk. 3-7.

*Stk. 3.* Værdien af det efter stk. 2, opgjorte forbrug tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2015 til 2016 på 0 pct. i henhold til aftale om regionernes økonomi for 2017 af 9. juni 2016.

*Stk. 4.* Værdien af det efter stk. 3, opgjorte forbrug tillægges den forudsatte aktivitetsstigning fra 2016 til 2017 på 2,0 pct. i henhold til aftale om regionernes økonomi for 2017 af 9. juni 2016.

*Stk. 5.* Summen af det efter stk. 2-4, beregnede beløb tillægges 397,0 mio. kr. som følge af nettobudgetvirkninger af puljer mv. i finanslovene for 2016 og 2017

*Stk. 6.* Summen af det efter stk. 2-5, beregnede beløb fratrækkes 3.408,5 mio. kr.

*Stk. 7.* Baseline efter stk. 2-6, opgøres og fordeles endeligt ved udgangen af januar 2017 mellem regionerne på grundlag af den samlede værdi af det i § 4 anførte forbrug, der er registreret for perioden 1. januar 2015 til 31. december 2015, baseret på Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016 i de i § 3, stk. 2, anførte DRG- og DAGS-takster (takstsystem 2017) og takster med udgangspunkt i sygesikringsoverenskomsten.

### Kapitel 4

#### *Indberetning og dokumentation af aktivitet*

**§ 6.** Forbrug efter § 4, stk. 1-2, på sygehuse, der i henhold til »Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter« indberettes obligatorisk til Sundhedsdatastyrelsens Landspatientregister, dokumenteres gennem dette register. Forbrug efter § 4, stk. 3, i speciallægepraksis, der indberettes til Sundhedsdatastyrelsens register for ydelser i den primære sundhedssektor, dokumenteres gennem dette register.

*Stk. 2.* Regionsrådene sikrer gennem deres aftaler med private sygehuse og klinikker i Danmark, at forbruget på disse indberettes til Sundhedsdatastyrelsens Landspatientregister i henhold til Sundhedsdatastyrelsens »Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2017« og dokumenteres gennem dette register. Forbrug i øvrigt af ydelser, som kan udføres i speciallægepraksis, og som ikke indberettes til Sundhedsdatastyrelsens register for ydelser i den primære sundhedssektor, skal indberettes til og dokumenteres gennem dette register. Regionsrådene sikrer, at øvrigt forbrug efter § 4, herunder behandling i udlandet og behandling i speciallægepraksis, indberettes på individniveau ved anvendelse af oplysninger

til gruppering i DRG- eller DAGS-grupper, blandt andet ICD10-koder og nordiske operationskoder, til Sundhedsdatastyrelsen på særligt modul på internettet og dokumenteres herigennem.

*Stk. 3.* Indberetning af ambulant aktivitet på sygehus efter stk. 1-2, sker på baggrund af aktionsdiagnosen på patientens behandlingstidspunkt. Sundhedsdatastyrelsen indhenter oplysninger herom fra regionerne.

*Stk. 4.* Regionsrådene meddeler i henhold til reglerne i §§ 195 og 227-229 i sundhedsloven Sundhedsdatastyrelsen alle nødvendige, herunder personhenførbare, oplysninger om opgørelse og registrering af den aktivitet, der indberettes i henhold til stk. 1-3.

## Kapitel 5

### *Beregning og udbetaling af tilskud*

**§ 7.** Sundheds- og Ældreministeriet udbetaler 1/12 af regionens tilskudsramme efter § 2, stk. 1, hver måned i tilskudsåret.

*Stk. 2.* De aktivitetsbestemte tilskud udbetales til de enkelte regioners OBS-konti i 1/12-rater.

**§ 8.** Sundhedsdatastyrelsen beregner på grundlag af den indberettede aktivitet med fradrag af den beregnede baseline, jf. §§ 5-6, værdien af hver regions aktivitet for 2017 opgjort i de i § 3, stk. 2, anførte takster.

*Stk. 2.* Den samlede værdi efter stk. 1, korrigeres for kodeændringer og/eller ny registreringspraksis pr. 1. januar 2017, der har betydning for opgørelsen af regionernes indberettede aktivitet i forhold til baseline. Der kan efter 1. januar 2017 og efter forhandling med regionerne foretages ændringer i aktiviteten, såfremt der efterfølgende konstateres væsentlige og systematiske fejl i forudsætningerne for de korrektioner, der er nævnt i 1. punktum. De i 1. punktum anførte korrektioner korrigeres med 2,0 pct. for forudsat produktivitetsstigning.

*Stk. 3.* Den samlede værdi efter stk. 1, inklusive et evt. tillæg eller fradrag efter stk. 2, korrigeres for strukturændringer på sygehusområdet omfattet af bilag 2. De i 1. punktum anførte korrektioner korrigeres med 2,0 pct. for forudsat produktivitetsstigning.

*Stk. 4.* Aktiviteten efter stk. 1-3, kan indeholde en vækst i den gennemsnitlige værdi pr. kontakt (indlæggelse eller ambulante besøg) i regionen indtil 1,5 pct. i forhold til 2016. Til beregning af den gennemsnitlige værdi pr. kontakt efter 1. punktum benyttes den i bilag 1 anførte metode.

*Stk. 5.* Som grundlag for administration udgør tilskuddet efter ordningen 40 pct. af værdien af aktiviteten efter stk. 1-4, inden for regionernes andel af tilskudsrammen på 1.363,4 mio. kr. efter § 1, stk. 1.

*Stk. 6.* Tilskuddet efter stk. 5, kan ikke overstige regionens samlede tilskudsramme, jf. § 2, stk. 1.

*Stk. 7.* Afregning vedrørende det samlede tilskud sker ved udgangen af 1. kvartal 2018 på grundlag af aktivitet, der er indberettet senest den 10. marts 2018.

*Stk. 8.* Sundheds- og Ældreministeriet kan kræve for meget udbetalt tilskud tilbagebetalt.

## Kapitel 6

### *Revision og dokumentation m.v.*

**§ 9.** Sundheds- og Ældreministeriet udsteder en særlig revisionsinstruks til brug for regionsrådenes dokumentation af aktivitet efter § 4, der finansieres gennem ordningen, jf. § 15 a i lov om regionernes finansiering.

**§ 10.** Regionsrådene afgiver senest 1. oktober 2018 til Sundhedsdatastyrelsen en redegørelse for aktiviteten efter § 6 samt en revisionsberetning. Redegørelsen afgives som en del af regionsrådets redegørelse i henhold til regler om revision og dokumentation i kapitel 7 i cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet.

§ 11. Sundheds- og Ældreministeriet kan bestemme, at den enkelte region skal indgå i en evaluering af den i cirkulæret omhandlede ordning. Evalueringen kan bl.a. omfatte produktion, ventetid, produktivitet og effektivitet, styre- og afregningsformer, arbejdstilrettelæggelse, kvalitet og service m.v.

#### Kapitel 7

##### *Ikrafttrædelse*

§ 12. Cirkulæret træder i kraft den 6. januar 2017 og har virkning for tilskud udbetalt fra og med 1. januar 2017.

*Sundheds- og Ældreministeriet, den 21. december 2016*

ELLEN TRANE NØRBY

/ Charlotte Hougaard Clifford

### Beregning af ændring i værdi pr. kontakt i den statslige aktivitetspulje for 2017

I dette bilag beskrives fremgangsmetoden til beregning af udvikling for værdi pr. kontakt fra 2016 til 2017. Vækst i værdi pr. kontakt indtil 1,5 pct. fra 2016 til 2017 kan indgå i den tilskudsberettigede aktivitet. Stigninger pr. kontakt udover 1,5 pct. mellem 2016 og 2017 afvises.

#### Beregningsmetode

Beregningsmæssigt opgøres ændring i værdi pr. kontakt ved at sammenholde den gennemsnitlige værdi pr. kontakt i perioden fra 1. januar 2016 til 31. december 2016 med værdien pr. kontakt for den tilsvarende periode i 2017. Ændringen i værdi pr. kontakt betragtes således som merværdi pr. kontakt i 2017 i forhold til 2016.

Al tilskudsberettiget sygehusaktivitet på offentlige sygehuse, som indgår i Landspatientregisteret, medgår i beregningen.

#### Korrektioner som følge af nye koder og/eller ændret registreringspraksis

Der indføres i 2017-grupperingen nye koder samt DRG- og DAGS-grupper, der vil påvirke registreringspraksis i en sådan grad, at værdien af den registrerede aktivitet ikke kan opgøres ensartet i 2016 og i 2017. Her er der også tale om oprettelse af grupper med allerede eksisterende koder, hvor det ikke kan udelukkes, at de nye grupper vil medføre så store ændringer i forhold til tidligere registreringspraksis, at det vil være nødvendigt at foretage korrektioner.

Hvis der i løbet af året bliver foretaget korrektioner herfor i beregningen af aktivitet over baseline, vil der også blive foretaget modsvarende korrektioner i beregningen af merværdi pr. kontakt.

Eventuelle budgettakster vil være et supplement til det årlige takstkatalog til beskrivelse af nye behandlinger eller behandlingsmetoder af væsentligt omfang og betydning. Budgettakster kan både beskrive ambulant og stationær aktivitet og vil overvejende blive beskrevet ved hjælp af nye koder. Aktivitet, som beskrives ved hjælp af budgettakster i 2017, skal ikke medtages i grundlaget for beregning af ændring i værdi pr. kontakt i 2016 og 2017. Aktiviteten afgrænses ved:

2016 Aktivitet med de nye koder beskrivende den ny behandling

2017 Aktivitet grupperet til gruppen, hvortil der er lavet en budgettakst

#### Korrektioner som følge af ændring i behandlingsregime

Specifikke behandlinger, der omlægges fra stationær til ambulant regi, samt behandlinger, der har fået tilknyttet en budgettakst, kan holdes ude af beregningen af ændring i værdi pr. kontakt. Det er op til den enkelte region at redegøre for, hvilke behandlinger beskrevet ved hjælp af de gældende SKS-koder der omlægges fra stationær til ambulant regi på hvilke afdelinger. Ændringerne skal være af et væsentligt omfang samt kunne dokumenteres via Landspatientregisteret.

Den aktivitet, der ikke medtages i grundlaget for beregning af ændring i værdi pr. kontakt i 2016 og 2017, er:

2016 Den stationære aktivitet med de af regionen udpegede koder på de specifikke afdelinger

2017 Den ambulante aktivitet med de af regionen udpegede koder på de specifikke afdelinger

#### Udvikling i værdi pr. kontakt

Værdien pr. kontakt opgøres som den samlede produktionsværdi pr. kontakt, hvor produktionsværdien opgøres fra hhv. det ambulante og stationære område. Det vil sige, at for hver region opgøres:

$$\text{Samlet produktionsværdi}_{\text{år } t} = \text{DRG produktionsværdi}_{\text{år } t} + \text{DAGS produktionsværdi}_{\text{år } t}$$

hvor det samlede antal kontakter bliver fastsat som:

$$\text{Kontakter}_{\text{år } t} = \text{sygehusudskrivelser}_{\text{år } t} + \left( \frac{\text{Gnsn.DAGS}_{2017}}{\text{Gnsn.DRG}_{2017}} \right) \text{ambulantebesøg}_{\text{år } t}$$

hvor *Gnsn. DAGS*<sub>2017</sub> betegner den gennemsnitlige værdi pr. ambulant besøg i 2017 og *Gnsn. DRG*<sub>2017</sub> betegner den gennemsnitlige værdi pr. sygehusudskrivning i 2017.

Ændring i værdi pr. kontakt opgøres endeligt som forholdet mellem værdi pr. kontakt i 2017 i forhold til den samlede værdi pr. kontakt i hele 2016.

$$\text{Ændring i værdi pr.kontakt pct.} = \left( \frac{\text{værdi pr.kontakt}_{\text{år } t}}{\text{værdi pr.kontakt}_{\text{år } t-1}} - 1 \right) \bullet 100$$

### **Regulering for udvikling i værdi pr. kontakt udover 1,5 pct. fra 2016 til 2017**

Den samlede værdi af hver regions somatiske sygehusbehandling, der foregår ambulant eller under indlæggelse, med de ovenfor anførte korrektioner, justeres med den faktor, som ændringen mellem 2016 og 2017 i værdi pr. kontakt ligger udover 1,5 pct.

### Korrektion af regionernes aktivitetsopgørelser for 2017 i forbindelse med strukturomlægninger

Korrektioner af aktivitetsopgørelser i forbindelse med strukturomlægninger skal understøtte regionernes tilskyndelse til fortsatte strukturrationaliseringer i sygehusvæsenet og sundhedsvæsenet.

Eventuelle justeringer af aktiviteten sker efter konkret drøftelse med de enkelte regioner, og det er op til den enkelte region at godtgøre konkrete behov for korrektion af aktiviteten.

Regionernes aktivitetstilskud for 2017 korrigeres for ændringer mv., som påvirker det samlede regionale sygehusforbrug (produktionsværdi) efter følgende retningslinjer:

- 1) Ved sammenlægning/lukning af sygehuse eller afdelinger korrigeres for hidtidige overflytninger mellem de to enheder. Aktivitetsopgørelsen korrigeres med summen af de laveste takster af de sammenhængende forløb, samt ved sygehussammenlægninger med værdien af ambulante kontakter som efter sammenlægningen ikke er takstudløsende.
- 2) Ved omlægning eller effektivisering af behandlingsforløb på sygehusene, oprettelse af et ambulatorium til erstatning for indlæggelse på et heldøgnsafsnit m.v. korrigeres for forskellen i produktionsværdi før og efter omlægningen. Eventuelle frigjorte ressourcer allokeret til anden takstbærende behandling modregnes i korrektionen.
- 3) Ved omlægning af takstudløsende aktivitet og behandlingsforløb til ikke-takstudløsende behandling korrigeres for produktionsværdi før og efter omlægningen. Eventuelle frigjorte ressourcer allokeret til anden takstbærende behandling modregnes i korrektionen.
- 4) Bortfald af takstudløsende aktivitet i regionen. Eventuelle frigjorte ressourcer allokeret til anden takstbærende behandling modregnes i korrektionen.
- 5) Der korrigeres for godtgjorte registreringsfejl i tilskudsperioden.

Regionerne kan anmode om korrektioner efter pkt. 1-5. Regionerne fremlægger skøn for strukturændringens gennemslag på aktiviteten (opgjort i produktionsværdi) ved fremlæggelse af relevant dokumentation.

Ansøgninger om justeringer af aktivitetsopgørelsen for 2017 fremsendes til Sundhedsdatastyrelsen senest den 1. februar 2018.

Regionerne har mulighed for gennem Danske Regioner eller individuelt at rejse nye og væsentlige typer af problemstillinger over for sundhedsministeren, det ikke har været muligt at forudse på nuværende tidspunkt, og som derfor ikke er beskrevet ovenfor.

Sundhedsdatastyrelsen kan i samarbejde med regionerne – som supplement til det årlige takstkatalog - udmelde særlige budgettakster for nye behandlingsmetoder m.v., herunder introduktion af ny medicin, af væsentligt omfang og betydning, som den årlige takstberegning i DRG-systemet ikke umiddelbart tager højde for. Udmeldte budgettakster indgår i 2017 på linje med taksterne i takstkataloget i opgørelsen af regionernes aktivitet.