



Institut for Kvalitet  
og Akkreditering  
i Sundhedsvæsenet

Olof Palmes Allé 13, 1. th.  
8200 Aarhus N  
Dampfærgevej 27-29  
2100 København Ø  
[www.ikas.dk](http://www.ikas.dk)  
T: 8745 0050



## Referat fra bestyrelsesmøde

**Sted:** IKAS, Olof Palmes Allé 13, 1.th., 8200 Aarhus N

**Dato:** 3. december 2015

**Tid:** kl. 9.00-12.00

### Deltagere

Vagn Nielsen (formand)

### Fra IKAS

Jesper Gad Christensen

Carsten Engel

### Deltager på video

Erik Jylling

Søren Brostrøm

Christian Worm (suppl.)

Birthe Søndergaard

Bent Wulff Jakobsen

Anne-Sofie Fanøe Andersen

### Afbud

Christian Harsløf

Jakob Krogh

Svend Hartling


- 
- Pkt. 563/15** Meddelelser ved bestyrelsesformanden
- Pkt. 564/15** Orientering om tilpasninger i standardsæt for apoteker
- Pkt. 565/15** Kriterier for udvælgelse af filialer, der skal besøges under survey på apoteker
- Pkt. 566/15** Gennemførelsen af pilottest i kiropraktorområdet samt fodterapeutområdet
- Pkt. 567/15** Akkreditering af praksisområder, hvor ikke alle har ydernummer
- Pkt. 568/15** Budget 2016-2018
- Pkt. 569/15** Kvartalsrapport fra Akkrediteringsnævnet
- Pkt. 570/15** Gensidig orientering
- Pkt. 571/15** Eventuelt




Den Danske  
Kvalitetsmodel

A decorative graphic at the top left of the page consisting of several colored squares: two light blue squares, one light grey square, one light green square, and one medium blue square.

**Bilagsoversigt:**

A light green square.

Bilag til pkt. 564/15	Rettelsesblad - apoteksområdet - version 2 til version 2.1
Bilag til pkt. 566/15	Bilag 1 - Standardsæt for pilottest af DDKM for kiropraktorer Bilag 2 - Standardsæt for pilottest af DDKM for fodterapeuter
Bilag til pkt. 568/15	Budgetforslag 2016-2018 sammenholdt med budget 2015
Bilag til pkt. 569/15	Kvartalsrapport 3. kvartal fra Akkrediteringsnævnet

A light green square and a light blue square stacked vertically.

A decorative header element consisting of several colored squares: two light blue squares, one light grey square, one light green square, and one medium blue square.

**Punkt 563/15:**

A small light green square.

**Meddelelser ved bestyrelsesformanden**


A vertical stack of two colored squares: a light green square on top and a medium blue square on the bottom.

**Jens Elkjær har meddelt, at han udtræder af bestyrelsen. Danske Regioner vil snarest udpege nyt bestyrelsesmedlem. Formanden sender en hilsen til Jens Elkjær med tak for samarbejdet og hans indsats ifm. DDKM.**

A decorative graphic in the top left corner consisting of several colored squares: a light blue square, a white square, a light blue square, a light green square, and a light blue square, arranged in a grid-like pattern.

**Punkt 564/15:**

**Orientering om tilpasninger i standardsæt for apoteker**

A decorative graphic on the left side of the text block consisting of a light green square above a light blue square.

På bestyrelsesmødet i september under pkt. 556/15 besluttede bestyrelsen at tilslutte sig de foreslåede justeringer i standarderne på apoteksområdet, begrundet i den nye apotekerlov. Danmarks Apotekerforening gjorde på mødet opmærksom på, at det kunne blive aktuelt at tilføje en standard, der omhandler apotekerens lovpligtige tilsyn med sine filialer.

Der er nu foretaget de nødvendige tilretninger i standardsættet for apoteker. Der er tillige udarbejdet en standard omhandlende apotekerens tilsyn med filialer.

Det tilrettede standardsæt vil blive offentliggjort på IKAS' hjemmeside, samt der vil blive udsendt et nyhedsbrev omkring dette.

Rettelsesbladet, hvor ændringerne fremgår, er vedlagt som bilag.

Ændringerne er med virkning pr. 1. januar 2016.

**Indstilling:**

Bestyrelsen tager orienteringen til efterretning

**Bilag:**

Rettelsesblad - apoteksområdet - version 2 til version 2.1

**Beslutning:**

**Taget til efterretning.**



**Punkt 565/15:****Kriterier for udvælgelse af filialer, der skal besøges under survey på apoteker**

På bestyrelsesmødet i september under pkt. 556/15 besluttede bestyrelsen: "At udvælgelse af, hvilke enheder, der skal besøges under et survey, sker på baggrund af risikoovervejelser. En model for dette udarbejdes af IKAS i dialog med Ministeriet og DA, og den forelægges på næste bestyrelsesmøde".

Der er nu udarbejdet et forslag til kriterier for udvælgelse af, hvilke filialer, der skal besøges under et survey. Dette forslag er udarbejdet i et samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danmarks Apotekerforening og IKAS.

Kriterier for udvælgelse af besøg på en filial under survey er baseret på en risikovurdering ud fra et patientsikkerhedsperspektiv.

I forbindelse med planlægning af et survey foretager rådgiveren en individuel vurdering af, hvilke steder, der skal aflægges besøg under et survey.

**Rådgiveren anvender følgende data forud for beslutning om, hvilke filialer, der skal besøges:**

Apoteksfilialens andel af det samlede antal receptekspeditioner i apoteksvirksomheden, samt om der udføres kontrol af dosiskort\*

Bemærkninger og eventuelle tiltag med baggrund i apotekerens fire årlige tilsynsrapporter på apoteksfilialer\*

Bemærkninger fra midtvejsbesøget på apotek eller apoteksfilial, der giver anledning til opfølgning

Apoteksfilialers evne til at efterleve apotekets servicemål\*

\*Oplysningerne her skal apoteket sende frem til IKAS i form af baggrundsoplysninger forud for survey.

Rådgiverne dokumenterer i sagen, hvordan de er kommet frem til, hvilke filialer, der skal besøges under survey.

**Indstilling:**

IKAS tilrettelægger udvælgelsen af, hvilke filialer, der skal besøges som ovenfor beskrevet.

**Bilag:**

Ingen

**Beslutning:**

**Indstillingen blev godkendt. Det noteres, at den "rådgiver", der omtales i dagsordensteksten er den medarbejder hos IKAS, der er ansvarlig for det pågældende akkrediteringsforløb.**

**Punkt 566/15:****Gennemførelsen af pilottest på kiropraktorområdet samt fodterapeutområdet**

Der er igangværende pilottest af standardsæt for kiropraktorområdet med start juni 2015 med deltagelse af 14 klinikker. Standardsættet består af 13 standarder. Pilottest afsluttes med eksternt survey uge 1-5 i 2016.

Der er udvalgt to kiropraktorsurveyors, som uddannes ultimo november 2015. Surveyrapporter behandles i nævnet, som er suppleret med en kiropraktor i pilotfasen. Der vil herefter ske en evaluering af pilottesten.

Surveys på klinikker under tre kiropraktorer gennemføres på ca. tre timer. Dog afsættes mere tid til større klinikker. Der vil som et forsøg blive gennemført survey med kun en surveyor. Dette, da der er tale om små klinikker, hvor meget få har sekretærer eller andet personale. Standardsættet indeholder få standarder og det vurderes som værende meget ressourcetungt og unødvendigt, hvis to surveyors skulle aflægge besøg i klinik.

Der er bevidsthed om, at dette bryder med vanlig praksis i IKAS. IKAS deltager med observatør på alle pilotsurveys for at drage læring af denne form for surveys samt generel erfaringsopsamling i forhold til standardsættet.

*Vedrørende kiropraktorområdet:*

Ressourcebehov i 2016 vedrørende pilottesten:

Betaling af surveyors 14*7 timer + 7 timer til større klinikker af 900 kr.	94.500 kr.
Transportudgifter	10.000 kr.
Tablets samt it-support	10.000 kr.
Nævnsbehandling	10.000 kr.
Observatører fra IKAS (14 dage)	20.000 kr.
Evaluering (14 dage)	20.000 kr.
Opsamling og tilretning af standardsæt	20.000 kr.
<b>I alt</b>	<b>184.500 kr</b>

*Vedrørende fodterapeutområdet:*

Der er igangværende pilottest af standardsæt for fodterapeutområdet med start i september 2015 med deltagelse af 10 klinikker. Standardsættet består af 10 standarder. Pilottest afsluttes med eksternt survey ultimo februar og primo marts 2016.

Der er udvalgt to fodterapeutsurveyors, som uddannes sammen med kiropraktorer. Der følges samme plan som for kiropraktorområdet.

Surveys på klinikker gennemføres på ca. to timer. Der vil ligeledes inden for fodterapeutområdet kun være en surveyor under survey og der deltager ligeledes observatører fra IKAS ud fra de samme forudsætninger, som gør sig gældende for kiropraktorer vedrørende klinikstørrelse og omfang af standardsæt.

Ressourcebehov i 2016 vedrørende pilottesten:

Betaling af surveyors 10*6 timer af 365 kr.	21.900 kr.
Transportudgifter	8.000 kr.
Tablets samt it-support	10.000 kr.
Nævnsbehandling	8.000 kr.
Observatører fra IKAS (10 dage)	15.000 kr.
Evaluering (14 dage)	20.000 kr.
Opsamling og tilretning af standardsæt	20.000 kr.
<b>I alt</b>	<b>102.900 kr.</b>

#### **Indstilling:**

Det indstilles, at pilottesten godkendes som beskrevet, idet udgifterne er indarbejdet i budgetforslaget for 2016, jf. andet punkt på dagsordenen.

#### **Bilag:**

Bilag 1 - Standardsæt for pilottest af DDKM for kiropraktorer

Bilag 2 - Standardsæt for pilottest af DDKM for fodterapeuter

#### **Beslutning:**

**Indstillingen godkendt.**

**Punkt 567/15:****Akkreditering af praksisområder, hvor ikke alle har ydernummer**

I de indgåede overenskomster for de praksisområder, som skal akkrediteres efter DDKM er udgangspunktet, at det er ydernumre, der akkrediteres. De praksisområder, der på nuværende tidspunkt i deres overenskomster med RLTN har indgået aftale om udvikling af DDKM for deres område (fodterapeuter, kiropaktorer samt fysioterapeuter), har i flere tilfælde klinikkonstruktioner, der ikke tidligere har skullet tages højde for i forhold til standardudvikling og surveykoncepter.

Udfordringen er primært, at der i disse klinikkonstruktioner kan være ejere samt udførende fagpersoner, som ikke har selvstændigt ydernummer, og som kun delvist behandler patienter, som ikke er dækket af overenskomsten. Derved vil der med den nuværende konstruktion, hvor der akkrediteres i forhold til ydernumre, i forbindelse med surveyplanlægning og gennemførelse af survey, være udfordringer ved at kun dele af klinikens personale skal akkrediteres, herunder tilfælde, hvor ejeren og lederen af klinikken ikke indgår i akkrediteringen.

***For fodterapeuter gælder:***

Typisk vil den enkelte fagperson leje sig ind og udføre undersøgelser og behandlinger i de lokaler, klinikejeren ejer eller lejer. Fagpersonen kan eventuelt dele et ydernummer med klinikejeren, men klinikejeren er sjældent arbejdsgiver og har ingen ledelsesret i sædvanlig forstand. Arbejder den tilknyttede fagperson under klinikejerens ydernummer (fx som behandlende medhjælp hos en fodterapeut (§16 i overenskomsten for 2014-2017) eller hjælpepersonale hos en fysioterapeut (§32 stk. 2 i overenskomsten for 2014-2017) står indehaveren af ydernummeret til ansvar for de udførte undersøgelser og behandlinger, men der er heller ikke her tale om et sædvanligt ansættelsesforhold.

Typiske klinikkonstruktioner vil være:

- a) En klinikejer med ydernummer og eneste fagperson i klinikken
- b) En klinikejer med ydernummer, hvor ydernummeret deles, eller der arbejdes under klinikejerens ydernummer. Der kan derudover være tilknyttet fagpersoner med eget ydernummer, som også kan deles/arbejdes under
- c) Som klinikkonstruktion b) men også med tilknyttede fagpersoner, der ikke arbejder under ydernummer
- d) En klinikejer uden ydernummer, hvor der er tilknyttet fagpersoner med eget ydernummer, som eventuelt deles mellem flere fagpersoner og eventuelt flere tilknyttede fagpersoner, der ikke arbejder under ydernummer
- e) En klinikejer uden ydernummer, hvor der eventuelt er tilknyttet flere fagpersoner uden ydernummer

Hvis der akkrediteres pr. ydernummer, og fagpersoner uden ydernummer ikke kan blive akkrediteret, vil det give nogle udfordringer i forhold til klinikkonstruktionerne b), c) og d), hvor der kan være tilknyttet fagpersoner både med og uden ydernummer og fagpersoner, der er fx behandlende medhjælp eller hjælpepersonale.



Klinikejere, der vil være forpligtede til at blive akkrediteret via deres ydernummer har altså oftest ingen ledelsesmæssige beføjelser til at kunne kræve, at behandlende medhjælp/hjælpepersonale skal leve op til DDKM for det givne område. Heller ikke for fagpersoner uden ydernummer, der er tilknyttet klinikken, kan dette kræves.

Fagpersoner, der er tilknyttet klinik med klinikejer uden ydernummer vil også opleve udfordringer i forhold til at kunne implementere DDKM, hvis der er områder i standarderne, der er gældende for en klinik som helhed, men som man ikke har indflydelse på.

Fortsættes med den nuværende model, hvor der alene er mulighed for akkreditering af fagpersoner med tilknytning til et ydernummer, vil det formentlig være svært gennemsigtigt for patienter, hvilke fagpersoner, der indgår i akkrediteringen, og hvilke, der ikke gør, i klinikkonstruktionerne c) og d). Den almindelige opfattelse hos patienter må formodes at være, at man henvender sig til en klinik og ser denne som et samlet hele og ikke skelner på enkeltpersoner.

### ***For fysioterapeuter gælder:***

Fysioterapiklinikker kan idealtypisk enten fungere under overenskomst, delvist under overenskomst eller uden for overenskomst. I praksis vil de fleste klinikker både have indtjening under og uden for overenskomst. Nedenfor er der redegjort for de typiske organiserings- og ansættelsesforhold for fysioterapeuter og andet personale på en fysioterapiklinik.

### **Ejer-/lejer- og ansættelsesforhold**

På klinikkerne kan der skelnes mellem tre overordnede organiserings-/ansættelsesforhold for fysioterapeuter, klinikejere(ejere), indlejere(lejere) og funktionæransatte(ansatte). Disse betegnelser dækker over den praktiserendes adgang/råderet over en given ydernumme-kapacitet.

- **Klinikejerne** kan både være administrativt fokuserede fysioterapeuter, som kun i begrænset omfang praktiserer eller fungerer som praktiserende fysioterapeuter under eller uden for overenskomsten. Typisk vil der være tale om en kombination af disse to roller. Det er en betingelse for at være ejer af en klinik, at man praktiserer på et ydernummer. Dette må gerne ske på deltid, hvor resten af kapaciteten således udfyldes af en lejer eller en ansat. På klinikkerne er der enten én eller flere ejere
- **Indlejere** på klinikkerne er selvstændige fysioterapeuter, der lejer sig ind på ydernumre hos ejer(-ne). Ejere har ikke direkte ledelsesbeføjelser over for lejere, idet der juridisk set er tale om et samarbejde mellem to selvstændige virksomheder. Lejere kan enten råde helt eller delvist over et ydernummer
- **Funktionæransatte** ansættes af klinikejeren til at praktisere helt eller delvist på et ydernummer. Ejeren har i disse tilfælde formelle ledelsesbeføjelser over for den ansatte. I visse tilfælde kan den ansatte virke som vikar på et ydernummer, hvor lejeren i en periode ikke selv udnytter kapaciteten. Her vil ledelsesansvaret for den ansatte stadig være placeret hos ejeren. Ansvar for omsætningen på ydernummeret i overenskomstmæssig sammenhæng (i praksis relation til regionen) vil stadig ligge hos lejeren, men uden at lejeren har ledelsesbeføjelser over for den ansatte.

Både ejere, lejere og ansatte kan ved siden af de timer, de praktiserer under overenskomsten, have patienter uden for overenskomsten. Derudover kan nogle klinikker have lejere eller ansatte, der udelukkende praktiserer uden for overenskomsten og dermed primært behandler patienter, der enten selv har betalt eller som er betalt af et forsikringselskab.

### ***Klinikpersonale***

De fleste klinikker har ansat sekretær og/eller anden administrativt personale samt rengøringspersonale. Mange klinikker, særligt de, der råder over træningsfaciliteter, har ofte andet personale end fysioterapeuter ansat til at varetage træningsopgaver uden for overenskomsten.

Nogle store klinikker fungerer i praksis som deciderede sundhedshuse, hvor der kan være op til flere andre sundhedsprofessioner med selvstændigt virke på matriklen. Dette vil typisk kunne dreje sig om læger, speciallæger, kiropraktorer, diætister m.fl. Disse fagpersoner vil oftest indgå i et partnerskabs-lignende forhold med klinikejeren/-erne med brugsret over klinikens faciliteter.

Derudover kan klinikkerne have ansat anden ikke-fysioterapifagligt personale som hjælpepersonale med virke under overenskomsten. Alle praktiserende fysioterapeuter, altså både ejere, lejere og ansatte, kan delegerer opgaver til hjælpepersonale. Hjælpepersonale kan f.eks. være massører eller træningsassistenter.

### ***For kiropraktorer gælder:***

Mange af de beskrevne problemstillinger ovenfor findes også inden for kiropraktorområdet dog i mindre grad.

I forhold til kiropraktorer er der specielt en udfordring ved de ca. 20 klinikker, som ikke har et ydernummer, men alene har forsikringskunder. Forsikringselskaber forlanger, at klinikker er akkrediteret, hvilket IKAS ikke kan honorere ud fra det nuværende opdrag. Derved er der risiko for, at disse klinikker må lukke.

### ***Konklusion***

Som det fremgår af ovenstående stiller de forskellige organisationsformer inden for fysioterapiområdet, fodterapeutområdet samt kiropraktorområdet store krav til gennemførelse af survey, håndtering af standarder gældende for den samlede klinik, antallet af rapporter samt ikke mindst, hvordan det håndteres under survey, når en klinikejer ikke har ledelsesmæssige beføjelser i forhold til fagpersoner, som praktiserer i klinikken.

Ud fra et patientperspektiv må det formodes, at patienter ikke ser en klinik som enkeltpersoner med eller uden ydernummer, men som et samlet hele. Ud over betaling bør der for patienten ikke være forskel på kvaliteten og patientsikkerheden i klinikker i forhold til, om det er offentligt finansierede sundhedsydelser eller ved egenbetaling. Eksempelvis har der i forhold til standardsæt for fysioterapeuter været diskuteret hygiejne, herunder opbevaring af akupunktur nåle. Akupunktur er ikke en del af overenskomsten, men der kan ikke skelnes mellem, om uhensigtsmæssig opbevaring af nåle udgør en patientsikkerhedsmæssig fare for overenskomstpatienter versus selvbetalere.

Derudover har bl.a. Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter og Kiropraktorforeningen ytret ønske om muligheden for at anvende akkreditering via DDKM som et middel til at hæve det faglige niveau hos samtlige medlemmer, ikke kun dem med ydernummer. De ønsker at undgå opdeling i et A- og B-hold, alt efter, om man har ydernummer og kan blive akkrediteret eller ej.

I lyset af ovenstående foreslås det, at fagpersoner uden for overenskomst og ydernummer gives mulighed for at blive akkrediteret, således at der gennemføres en samlet akkreditering af hele klinikken.

En vigtig forudsætning må være, at fagpersoner uden ydernummer og derved uden for offentlig overenskomst, selv skal afholde udgifter, der vedrører deres del af det samlede survey.

### **Indstilling:**

Det indstilles, at det godkendes principielt, at fagpersoner inden for fodterapeut-, fysioterapeut- og kiropraktorområdet uden for offentlig overenskomst kan akkrediteres, idet en detaljeret model fremlægges i forbindelse med eventuel endelig godkendelse af akkreditering af de respektive praksisområder. Det forudsættes, at de pågældende fagpersoner dækker udgifterne til akkrediteringen.

### **Bilag:**

Ingen

### **Beslutning:**

**Indstillingen blev godkendt. Skulle tilsvarende problem vise sig aktuelt i andre relevante sektorer, vil disse få samme tilbud.**



**Punkt 568/15:****Budget 2016-2018***Resumé*

Det foreliggende forslag til budget 2016-2018 er blevet til i en proces, hvor fokus har været dels på at identificere de økonomiske og normeringsmæssige konsekvenser af udfasningen af DDKM for offentlige sygehuse, dels på en grundig gennemgang af samtlige udgifter og aktivitetsområder med henblik på at realisere de gevinster, som bl.a. it-investeringer og effektiviseringer af arbejdsgange har muliggjort. Samtidig har budgettet skulle sikre mulighed for at håndtere opgaver for 2.800 nye kunder fra almen praksis og speciallægepraksis.

I forslaget reduceres personaleforbruget således med 7 fuldtidsstillinger i 2016, voksende til 9,5 fuldtidsstillinger i 2018. Økonomisk indebærer forslaget, at grundbevillingerne fra Staten, regionerne og KL i 2016-2018 kan reduceres med henholdsvis 7,2 mio. kr., 9,3 mio. kr. og 9,9 mio. kr.

Der henvises i øvrigt til pkt. 557/15 på bestyrelsens møde i september 2015, hvor de besparelser, der direkte blev afledt af udfasningen af de offentlige sygehuse, blev identificeret.

*Sagsfremstilling*

IKAS har nu eksisteret i 10 år, og i den periode har organisationen gennemløbet flere faser spændende fra en opstartsfasen, hvor organisationen blev skabt og voksede, og hvor fokus var på udvikling af de første standardsæt for apoteker og sygehuse og på modellen i det hele taget, en fase, hvor fokus var på videreudvikling af standarder i 2. version og videreudvikling af selve akkrediteringskonceptet i retning af DDKM's vision om fokus på hele sundhedsvæsenet, og endelig en ny fase, hvor et meget stort antal praksis skal indgå i modellen, der til gengæld udfaser offentlige sygehuse og dermed ændrer formål til primært at være en egentlig akkrediteringsvirksomhed.

Rent organisatorisk har dette betydet, at fokus er skiftet fra i høj grad at være udviklingsorienteret og med relativt få store kunder til i meget høj grad at være produktionsfokuseret, hvor der dagligt håndteres seks akkrediteringsforløb. Tilsvarende er det overordnede formål vedrørende realisering af en model, der understøtter kvalitetsudvikling med fokus på forløb i hele det offentlige sundhedsvæsen ændret, idet sigtet nu er mod praksissektoren med dens mange, mindre klinikker samt apoteker og privathospitaler. Dette skift kræver et nyt set-up i IKAS, hvor sikker afvikling af mange samtidige, komplicerede processer er helt afgørende. Der kræves således en helt anden it-understøttelse, helt andre processer vedrørende kvalitetssikring og sagsforberedelse i forhold til Akkrediteringsnævn og en omfattende indsats vedrørende uddannelse og kompetenceudvikling af et stort surveyorkorps med forskelligartede forudsætninger. Nødvendigheden af sikre processer og høj kvalitet i opgaveløsningen er således endnu vigtigere, når det gælder små praksis, end når det gælder store organisationer med tilsvarende store kvalitetsorganisationer.

Dette skifte i fokus kan illustreres med følgende tal:

	Offentlige sygehuse	Privathospitaller	Apoteker	Kommuner	Præhospital	Speciallæger (fra 01.10.2015)	Almen praksis (fra 01.01.2016)
Antal "kunder"	31	99	200	9	15	915	1870
Antal surveys pr. år	10	33	66	6	5	315	620
Opfølgings surveys (besøg)	10	11	22	1	2	50 (est.)	100 (est.)

Akkrediteringsnævnet:	
Antal møder årligt	48
Antal sager årligt	ca. 1.250 sager

10 årlige surveys på offentlige sygehuse samt fem årlige præhospitale surveys erstattes således af over 900 årlige surveys i almen praksis/praktiserende speciallæger. De administrative processer i IKAS er i vid udstrækning de samme, uanset om det er et sygehus eller en speciallægeklinik, der skal akkrediteres, og kun en høj grad af it-understøttelse og organisatorisk tilpasning muliggør en sikker opgaveløsning uden ekstra ressourceforbrug. Disse omlægninger er på plads i løbet af 2016, hvorefter it-udviklingsomkostningerne reduceres væsentligt, således som det ses af det vedlagte budgetforslag.

IKAS' organisation er således i dag primært fokuseret på tre områder: it-understøttelse, rekruttering og uddannelse af surveyorkorps, samt kvalitetssikring og sagsforberedelse i forhold til Akkrediteringsnævnet. Den personalebegrænsning, der er en konsekvens af budgetforslaget, afspejler dette. Der er således tale om nedprioritering af opgaver på områderne: kommunikation, sekretariat, ledelse, rådgivning, standardudvikling og evaluering.

I den vedlagte tabel sammenfattes forslag til budget for 2016-2018, sammenholdt med budgettet for 2015.

Af tabellen fremgår personaleforbrug for 2016-2018 målt i fuldtidsstillinger, sammenholdt med det budgetterede personaleforbrug i 2015 samt udgifter (inkl. løn- og personaleudgifter) for 2016-2018 sammenholdt med den tilsvarende udgift for 2015.

Tabellen er opdelt således, at de aktiviteter, hvortil der kan knyttes direkte "øremærkede" midler, er nævnt først i tabellen sammen med den finansiering, der kan henføres direkte til aktiviteten (linjerne 5-72), hvorefter de aktiviteter, der finansieres af grundbevillingerne er anført. (Personaleudgifter hos IKAS er anført som finansieret af grundbevillingerne).

Budgetforslaget er udtryk for det kendte aktivitetsniveau som det er udtrykt i det gældende budget. Dette er korrigeret for beslutningen på bestyrelsens møde i september 2015 vedrørende udfasningen af offentlige sygehuse (linjerne 62 og 151), og med resultatet af en kritisk gennemgang af de samlede aktiviteter med henblik på at indhøste rationaliserings- og effektiviseringsgevinster.

Det fremgår således af linje 127, at personaleforbruget reduceres fra 40,5 fuldtidsstillinger i 2015 til 34,3 i 2016, 32 i 2017 og 31 fuldtidsstillinger i 2018. I disse tal er medregnet konsekvenserne af ud

fasning af offentlige sygehuse fra 2016 og fuld aktivitet vedrørende områderne almen praksis og praktiserende speciallæger fra 2016.

Af øvrige ændringer i forhold til tidligere kan nævnes en halvering af budgetreserven, øgede udgifter til lønadministration hos Danske Regioner, besparelser på efteruddannelse/konferencer, udgifter som følge af negativ indlånsrente, øgede udgifter til nævnet på grund af udgifter til repræsentanter fra praksissektoren og besparelser på kommunikationsområdet. Endelig kan nævnes, at der i budgettet er indarbejdet lønudgifter svarende til 1,5 normering til fleksibilitetsformål, der eksempelvis vil omfatte udgifter som følge af, at vi pt har/får 4 medarbejdere på barselsorlov.


Resultatet fremgår af linje 164, hvor det ses, at budgetoverskuddet ved uændrede grundbevillinger i 2016 vil være 7,2 mio. kr., i 2017 9,3 mio. kr. og i 2018 9,9 mio. kr. Grundbevillingerne fra Staten, regionerne og KL kan dermed reduceres med disse beløb. For 2016 må der dog forudses engangsudgifter som følge af, at opsigelsesperioder vil række ind i 2016.

Også her gælder, at håndtering af ca. 900 ekstra årlige surveys i praksissektoren er indarbejdet.

Budgetforslaget afspejler således konsekvenserne af udfasningen af offentlige sygehuse og det præ-hospitale område, ligesom rationaliserings- og effektiviseringsgevinster er indhøstet.

Ændringer af grundlaget for den eksisterende aktivitet vil eventuelt kunne medføre yderligere udgiftsreduktioner. Således vil følgende emner eventuelt kunne overvejes:

- Akkrediteringsnævnet. Udgifterne er primært honorar og frikøb af nævnsmedlemmer. Disse udgifter vil kunne reduceres ved at afholde færre møder og/eller deltagelse af færre nævnsmedlemmer pr. møde. Midlerne hertil kan eksempelvis være udelukkende at afholde videomøder, i højere grad at afgøre sager administrativt eller at overlade flere opgaver til formandskabet. Det anbefales dog at fortsætte den godkendte model foreløbig i 2016, idet involvering af især praksissektoren i nævnsarbejdet må forventes at være af afgørende betydning. Det foreslås, at spørgsmålet tages op til fornyet vurdering i forbindelse med budgettet for 2017
- Trykning af bøger (akkrediteringsstandarder, vejledninger mv.) Der bruges årligt 120.000 kr. til dette formål. Da alt materiale er tilgængeligt på vores hjemmeside, kunne udgivelsen af trykte materialer stoppes - selvom efterspørgslen fra især praksissektoren er stor
- Midtvejsbesøg på apoteker og privathospitaler. Det fysiske besøg vil eventuelt kunne erstattes af et telefon- eller videomøde. Da disse udgifter er direkte finansieret vil en reduktion dog ikke medføre besparelser i grundfinansieringen
- Det nyligt etablerede kontor i København medfører lokaleudgifter på 500.000 kr. årligt. Etablering af afdelingen i København har været en succes for så vidt angår rekruttering og logistik i forbindelse med møder, rejser og i forbindelse med surveys i hovedstadsområdet, men det kan ikke afvises, at det vil være muligt at finde billigere løsninger
- Princippet om, at aktiviteter i DDKM skal være ISQua-akkrediterede, medfører årligt udgifter i størrelsesordenen 120.000 kr. til licenser mv.
- I tider med negativ rente medfører den store kassebeholdning udgifter. For 2016 er budgettet med en udgift på 250.000 kr.

A series of decorative colored squares in the top left corner: a cyan square, a light grey square, another cyan square, a lime green square, and another cyan square, arranged in a grid-like pattern.

Budgetforslaget har været drøftet på møde i IKAS' samarbejdsudvalg den 24. november 2015, og medarbejdersiden tog orienteringen til efterretning.

A vertical stack of two decorative colored squares: a lime green square on top and a cyan square on the bottom.

**Indstilling:**

Det indstilles, at budgetforslaget drøftes og godkendes med de ændringer, drøftelserne måtte resultere i.

**Bilag:**

Budgetforslag 2016-2018 sammenholdt med budget 2015

**Beslutning:**


**Budgetforslaget godkendtes. Grundbevillingerne fra Danske Regioner, Staten samt KL reduceres forholdsvis, således at budgettet bringes i balance.**



A collection of decorative colored squares in shades of light blue, light green, and light grey, arranged in a grid-like pattern at the top left of the page.

**Punkt 569/15:**

**Kvartalsrapport fra Akkrediteringsnævnet**

A vertical stack of two decorative colored squares, one light green on top and one light blue on the bottom.

Ifølge Akkrediteringsnævnets vedtægter (§10 stk. 2) orienteres bestyrelsen kvartalsvis om akkrediteringsnævnets afgørelser og indkomne indsigelser.

Vedlagte kvartalsrapport dækker perioden 3. kvartal 2015

**Indstilling:**

Til orientering

**Bilag:**

Kvartalsrapport 3. kvartal fra Akkrediteringsnævnet

**Beslutning:**

**Taget til efterretning.**





**Pkt. 570/15**

**Gensidig orientering**

**JGC henviste til to publicerede artikler fra forskningsprojektet vedr. uvarslede surveys. Artiklerne er udsendt til bestyrelsesmedlemmerne.**

**IKAS vil udsende mødekort mhp. at få fastlagt 4 bestyrelsesmøder i 2016. Vi går efter at få møder placeret i marts, juni, ultimo august og primo december.**

**Pkt. 571/15:**

**Eventuelt**