



Barrierer, virkemidler og løsningsmodeller

Analyse af modeller for en styrket og tværgående
innovationsindsats rettet mod frigivelse af
arbejdskraft i det danske sundhedsvæsen

*Bilag 1: Barrierekortlægning og arbejdsdokument
med virkemidler og løsningsmodeller | Maj 2024*

I samarbejde med...

Langberg+
plus



Mickael Bech

Sundhedsøkonomisk ekspert





INDHOLD

- 1 Læsevejledning
- 2 Barrierekortlægning
- 3 Anvendte kilder til kortlægning af barrierer
- 4 Designkriterier for løsningsmodeller
- 5 Virkemidler for hvert designkriterie
- 6 Grundelementer: Fælles virkemidler på tværs af modeller
- 7 Opstilling af arketyperiske modeller og centrale afvejninger

Læsevejledning

Dette dokument er et bilag notatet om modeller for styrket tværgående sundhedsinnovation og udbredelse af digitale løsninger med arbejdskraftsfrigørende potentiale. Arbejdsdokumentet supplerer notatet med yderligere beskrivelse af det underliggende analysearbejde, herunder ved at opsummere barrierekortlægningen og beskrive et bruttokatalog med samtlige af de opstillede virkemidler. Arbejdsdokumentet indeholder følgende:

- På **side 4-8** præsenteres hovedkonklusioner fra barrierekortlægningen, herunder et overblik over de prioriterede barrierer, som parterne iht. opdraget ønsker adresseret i forbindelse med opstillingen af løsningsmodeller.
- På **side 9-11** præsenteres et overblik over de væsentligste kilder anvendt i kortlægningen.
- På **side 12-21** præsenteres de syv designkriterier, som har dannet grundlag for det efterfølgende arbejde med opstilling af løsningsmodeller. Desuden præsenteres en oversigt over sammenhængen mellem designkriterier og barrierer.
- På **side 22-39** præsenterer et samlet sæt af mulige virkemidler, der er identificeret som led i analysen. Virkemidlerne opstilles per designkriterie. Virkemidlernes greb er af varierende styrke, og nogle virkemidler vil have begrænset effekt uden en ledsagende organisatorisk styrkelse.
- På **side 40-42** gives et overblik over de 18 grundelementer, som anbefales implementeret uanset valg af overordnet løsningsmodel. Grundelementerne adresserer en række af de kortlagte barrierer og vurderes at være forudsætninger for at realisere opdragets ambition.
- På **side 43-52** præsenteres de tre arketyperiske løsningsmodeller, herunder centrale afvejninger, der har ligget til grund for opstillingen.

The background features a dynamic, abstract design of overlapping, wavy lines in shades of blue and red. These lines create a sense of movement and depth, particularly on the left side where they form a large, curved shape. The right side of the image is mostly white, with a thin horizontal line extending from the right edge towards the center.

BARRIEREKORTLÆGNING

Tværgående opsummering af de gennemførte workshops og interviews

Innovationsprocesser kræver ligesom andre organisatoriske processer ressourcer, viden og ledelse

Innovation er målrettet arbejde i en systematisk proces, der er afhængig af ressourcer, viden og understøttende funktioner. Særligt de tidlige stadier i et innovationsforløb er kendetegnet ved usikkerhed om både udbytte og tidshorisont. Samtidig vil innovation ofte føre til grundlæggende forandringer af arbejdsgange/-vilkår. Generelt gælder det dog, at innovationsprocesser er afhængige af ressourcer og kan styres, særligt når der som i nærværende analyse er et specifikt fokus på en mere koordineret, strategisk styret og formålsdrevet innovation, der kan bidrage til dels at løse nuværende udfordringer og dels at understøtte den igangværende omstilling af sundhedsvæsenet. Denne ambition står i kontrast til det nuværende billede, hvor innovationen primært sker på markedets og lokale ildsjæles initiativ og sjældent ud fra en prioritering af sundhedsvæsenets behov. Med dette forbehold viser analysen dog, at innovationen grundlæggende har gode kår i det danske sundhedsvæsen, mens særligt implementering og skalering er udfordret.

Skævhed til fordel for (ny) innovation frem for implementering – både i incitamenter og i allokeringen af midler

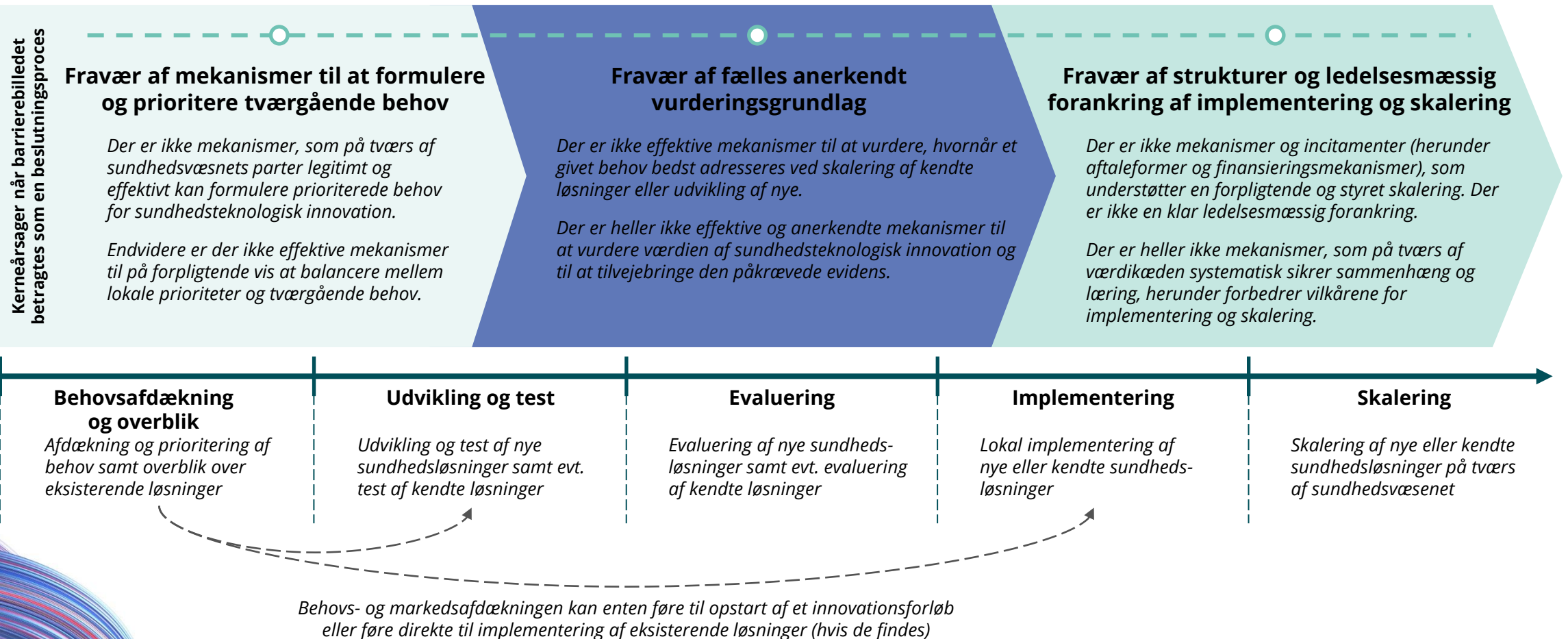
Kortlægningen af barrierer har været opdelt i to spor: hhv. innovation og implementering (herunder skalering). Analysen bekræftede relevansen af denne opdeling, da barrierebilledet på flere parametre er væsentligt anderledes for implementering end innovation. Dette gælder i særlig grad i form af en skævhed i både incitamenter og allokering af midler, idet 1) en række incitamenter tilsiger lokal nyudvikling frem for udbredelse af kendte løsninger, og 2) der ofte er nem adgang til innovationsmidler, men sjældent driftsfinansiering og implementeringskapacitet. Samlet er billedet, at Danmark er et sted, hvor virksomheder vha. fonds- og puljemidler udvikler nye løsninger, men i mindre grad skalerer, blandt andet grundet 1) store transaktionsomkostninger ved at sælge samme løsning til mange enkeltstående parter, 2) fravær af tværgående strategisk prioritering, koordinering og ledelsesmæssig forankring og 3) en forbundet problemstilling med manglende konsensus om, hvordan løsninger evalueres og værdisættes. En mere ensartet og effektiv proces for evaluering vil samtidig gøre det lettere for de offentlige købere at vurdere, om løsninger reelt har en god business case.

Behovet for ledelsesmæssig forankring, bedre koordination og tydeligere arbejdsdeling

Analysen har således understreget behovet for en stærkere ledelsesmæssig og organisatorisk forankring af innovationsarbejdet, herunder også ift. selve innovationsøkosystemet, der generelt er fragmenteret, har en uklar arbejdsdeling og et svagt ophæng i de etablerede ledelsesstrukturer. Der er således tale om et koordinationsproblem, både på tværs af innovationsøkosystemet og de offentlige parter. I forlængelse heraf peger kortlægningen på, at der mangler mekanismer til effektivt og forpligtende at kunne træffe fælles beslutninger. I sammenhæng hermed peger parterne på behovet for at blive bedre til at kunne investere i innovation, der involverer flere parter, går over flere år og har en anden usikkerhedsprofil end konventionel it-udvikling. Endelig peger såvel kortlægningen, drøftelserne med arbejdsgruppen og de 20 gennemførte interviews på vigtigheden af på den ene side at efterleve opdragets ambition om mere fælles og forpligtende beslutninger og på den anden side behovet for at fastholde lokal forankring og efterspørgsel.

Kerneårsager til barrierer mappet op mod en generisk beslutningsproces

Hvis man betragter barrierebilledet som en beslutningsproces, er kerneårsagerne til den nuværende situation fravær af enighed om prioriterede behov, fravær af fælles vurderingsgrundlag samt fravær af mekanismer og forpligtigelser til implementering og skalering. Der er en utilstrækkelig ledelsesmæssig forankring af opgaven samt incitament, som modarbejder tværgående udbredelse. Derudover er der ingen mekanismer, som på tværs af værdikæden systematisk sikrer sammenhæng og læring. Samlet set bliver konsekvensen utilstrækkelig skalering, samt at det ofte ikke er kommercielt attraktivt at udvikle løsninger til det danske marked.



Prioritering af barrierer | Overblik over barrierer, der er prioriteret til at indgå i det videre arbejde med opstilling af løsningsmodeller

	Behov	Innovation – hvis behov for innovation og nyudvikling		Implementering og skalering	
	Behovsafdækning og overblik <i>Afdækning og prioritering af behov samt overblik over eksisterende løsninger</i>	Udvikling og test <i>Udvikling og test af nye sundheds-løsninger samt evt. test af kendte løsninger</i>	Evaluering <i>Evaluering af nye sundheds-løsninger samt evt. evaluering af kendte løsninger</i>	Implementering <i>Lokal implementering af nye eller kendte sundhedsløsninger</i>	Skalering <i>Skalering af nye eller kendte sundhedsløsninger på tværs af sundhedsvæsenet</i>
Primære barrierer	<p>Tværgående</p> <p>A: Fravær af strukturer og beslutningskompetence, der understøtter tværgående prioritering og formulering af en stærk national innovationsdagsorden.</p> <p>B: Begrænset ledelsesforankring af innovation og udbredelse på alle niveauer.</p> <p>C: Uklarhed om indkøbsparadigmer, aftaleformer og risikodelingsmekanismer, både på tværs af offentlige aktører og for private partnerskaber.</p> <p>D: Fravær af governance, der sikrer koordinering, sammenhæng og læring på tværs af værdikæden, herunder gennem en effektiv proces for at fjerne barrierer.</p>			<p>E: Begrænset evne/vilje til at investere i projekter, som er flerårige, har flere parter og indeholder usikkerhed, samt manglende fokus på at afsætte midler til implementering og drift.</p> <p>F: En række incitamenter (herunder finansieringskilder og anerkendelse) fremmer territorial rivalisering og lokal (ny)udvikling frem for fælles innovation og skalering af tværsektorielle og arbejdskraftfrigørende løsninger.</p> <p>G: Fravær af fælles modeller for udvikling, test, evaluering og værdisætning.</p>	
	<p>Fasespecifikke</p> <p>H: Fravær af enighed om innovationsbehov.</p> <p>I: Fravær af overblik over hhv. igangværende initiativer og modne digitale sundhedsløsninger.</p>	<p>K: Fravær af klar arbejdsdeling og sammenhæng på tværs af innovationsaktører, der på forskellig vis laver test, udvikling og afprøvning.</p> <p>L: Uklarhed om rette indgange.</p>	<p>N: Lavere anerkendelse af andres resultater og evalueringer.</p>	<p>P: Manglende ansvar for implementering og forandringsledelse, samt manglende kapacitet og kompetencer til implementering.</p> <p>Q: Fravær af fokus på gevinstrealisering før nye projekter påbegyndes.</p> <p>R: Der mangler ofte et setup til at omsætte innovation til implementering.</p>	<p>T: Lav grad af ledelsesmæssig forankring og ansvar for skalering (ikke en ledelsesmæssig kerneopgave).</p> <p>U: Fravær af incitamenter til skalering af innovation.</p> <p>V: Der mangler ofte et setup til at omsætte lokalt implementeret innovation til tværgående skalering.</p>
	<p>Fasespecifikke</p> <p>J: Fravær af kompetencer til at forstå digitale sundhedsløsninger.</p>	<p>M: Sundhedsprofessionelle mangler tid til at indgå i udvikling og test af nye løsninger.</p>	<p>O: Innovationsprojekter evalueres pba. publikation af forskningsresultater og ikke pba. gevinstrealisering i drift.</p>	<p>S: Fravær af digitale kompetencer blandt sundhedsprofessionelle og ledere ifm. ibrugtagning af nye løsninger.</p>	<p>X: Forskellige juridiske fortolkninger hæmmer ibrugtagelse af andres løsninger og skalering på tværs.</p> <p>Y: Nuværende praksis for budget- og økonomistyring vanskeliggør udrulning af løsninger af tværs.</p>

Primære barrierer

Sekundære barrierer

Prioritering af barrierer | Overblik over behandlede barrierer, der ikke er prioriteret til direkte at indgå i det videre arbejde med opstilling af løsningsmodeller for styrket tværgående for innovation og skalering

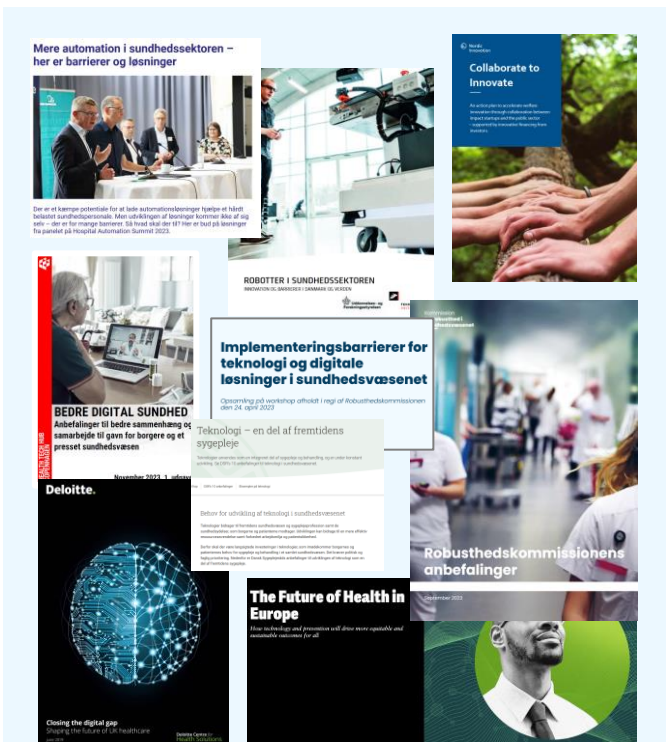
Barrierer som griber ind i det lokale ledelsesrum	Barrierer vedrørende nationale digitaliseringsstrategier	Barrierer som skal løses af tekniske standarder og it-udvikling	Barrierer drevet af individuel adfærd	Øvrige barrierer
<ul style="list-style-type: none">• Forskellig organisering omkring behandling hos hospitaler, kommuner og almen praksis.• Gældende styringsprincipper i regioner, kommuner og praksissektor.	<ul style="list-style-type: none">• Kvalitet i og kendskab til nationale digitaliseringsstrategier – samt i styringen af deres udmøntning.	<ul style="list-style-type: none">• Fravær af sammenhæng på tværs af eksisterende it- og datalandskab, særligt på tværs af sektorer.• Begrænset udviklingskapacitet i de enkelte myndigheders it-organisationer.• Tværgående datadeling fortsat i væsentlig grad afhængig af manuelle processer.	<ul style="list-style-type: none">• Personlige særinteresser og på nogle områder (fx private behandlere) uhensigtsmæssige afregningsmodeller for digitalisering.• Risikoaversion ifm. teknologiprojekter.	<ul style="list-style-type: none">• Gældende lovgivning og fortolkningspraksis omkring udbud og økonomistyring.• Ulighed i digitale kompetencer hos patienter og borgere.



*ANVENDTE KILDER TIL
KORTLÆGNING AF
BARRIERER*

Anvendte kilder til kortlægning af barrierer | Processen for kortlægning, kategorisering og udvælgelse af barrierer i analysens indledende faser

Bruttoliste af barrierer



Se fuld oversigt på næste side

Udvælgelse og kategorisering

- Arbejdsgange
- Beslutningsprocesser
- Prioritering
- Nationale strategier

- Data
- Professionsetik
- Partnerskabsmodeller
- Understøttende funktioner
- Forretningsmodeller

- Overblik og kompetencer
- Udbud
- Jura
- It-landskab

- Digitale kompetencer
- Forankring
- Teknologiforbehold
- Personlig risiko og interesser

Vurdering af relevans for projektet og prioritering*

Tema #1 **Rammevilkår for innovatører**

Tema #2 **Finansiering og incitamenter**

Tema #3 **Sammenhæng og samarbejde på tværs**

Tema #4 **Jura og it-infrastruktur**

Kvalificeret yderligere gennem 20 interviews med centrale aktører, der er udvalgt i samarbejde med arbejdsgruppen. Interviewpersoner er ledere og eksperter fra staten, kommuner, regioner, fonde, foreninger, interesseorganisationer og virksomheder.

*) De fire temaer i oversigten blev anvendt ifm. workshop #1 og #2.

Anvendte kilder til kortlægning af barrierer | Overblik over de væsentligste kortlægninger anvendt i analysen af barrierer og forudsætninger

Litteratur og kilder

Erhvervsministeriet (2023): *Life Science Rådets anbefalinger*

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023): *Robusthedskommissionens anbefalinger*

PwC (2023): *Implementeringsbarrierer for teknologi og digitale løsninger i sundhedsvæsnet (Teknologi-workshop for Robusthedskommissionen)*

Teknologisk Institut (2022): *Robotter i sundhedssektoren*

Health Tech Hub Copenhagen og Mandag Morgen (2023): *Bedre digital sundhed**

Nordic Innovation og Den Sociale Kapitalfond (2022): *Collaborate to Innovate*

The Health Foundation (2018): *Against the odds: Successfully scaling innovation in the NHS*

Lægeforeningen (2022): *Indspil om digitalisering*

Deloitte Insights (2023): *The Future of health in Europe*

Deloitte Centre for Health Solutions (2019): *Closing the digital gap*

Lars Frølund et al. (2021): *Enabling Mission Impact*

Dansk Industri og Danske Regioner (2022): *Teknologifond for et sundere Danmark*

Danbjørn, D. & Klitgaard, L. (2024): *Ny sundhedsteknologi kræver politisk handling*. Sundhedsmonitor

Danske Sygeplejeråd (2023): *Teknologi – en del af fremtidens sygepleje*

Digitaliseringsstyrelsen (2023): *Status på signaturprojekterne 2022*

DEA (2022): *Policy brief #1 – Hvad er en effektiv innovation?*

Ekspertrådet for Sundhedsplatformen (2019): *Risikoemner ifm. opnåelse af forbedringer ved implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden*

Undervisnings- og Forskningsministeriet og UM (2022): *Guide to building Nordic hospital innovation models*

Statens Offentliga Utredningar (2023): *Förändring genom försök. Försöksverksamhet i den kommunala sektorn*

*) Analysen *Bedre digital sundhed* er endvidere baseret på et omfattende litteraturreview, og indsigter fra dette er i relevant omfang også inddraget i analysen i kraft af Health Tech Hub Copenhagens deltagelse i projektet. De faglige oplæg fra særligt workshop #1 og #2 har i tillæg til denne oversigt også anvendt en række akademiske kilder, som fremgår af bilagsmaterialet fra de afholdte workshops.

The background features a dynamic, abstract design of thick, wavy lines in shades of blue and red. These lines are layered and curved, creating a sense of movement and depth. The colors transition from deep blue to bright red, with some areas appearing more saturated than others. The overall effect is modern and energetic.

*DESIGNKRITERIER FOR
LØSNINGSMODELLER*

Vejen fra designkriterier til løsningsmodeller | Hovedtrin i analysen

Tilgangen til opstilling af løsningsmodeller tager afsæt i en kortlægning og prioritering af barrierer for innovation og implementering af sundhedsinnovation i det danske sundhedsvæsen. På baggrund af denne kortlægning er der opstillet syv designkriterier, som fremtidige løsningsmodeller skal adressere. For hvert designkriterium er der identificeret og beskrevet en række virkemidler, som anvendes til at opstille arketyperiske løsningsmodeller.

Kortlægning af barrierer

Kortlægning af barrierer for innovation og implementering af innovation gennem ekspertinterviews, eksisterende viden, desk research, oplæg, workshops og internationale erfaringer.

3. Prioritering af barrierer | Overblik over barrierer, der er prioriteret til indgå i det videre arbejde med opstilling af løsningsmodeller

	Identifikation	Udforskning og test	Evaluering	Implementering	Skalering
Behovsundersøgelse	Udforskning af behov og muligheder for innovation og implementering af innovation	Udforskning af behov og muligheder for innovation og implementering af innovation	Udforskning af behov og muligheder for innovation og implementering af innovation	Udforskning af behov og muligheder for innovation og implementering af innovation	Udforskning af behov og muligheder for innovation og implementering af innovation
Identifikation af barrierer	Identifikation af barrierer for innovation og implementering af innovation	Identifikation af barrierer for innovation og implementering af innovation	Identifikation af barrierer for innovation og implementering af innovation	Identifikation af barrierer for innovation og implementering af innovation	Identifikation af barrierer for innovation og implementering af innovation
Prioritering af barrierer	Prioritering af barrierer for innovation og implementering af innovation	Prioritering af barrierer for innovation og implementering af innovation	Prioritering af barrierer for innovation og implementering af innovation	Prioritering af barrierer for innovation og implementering af innovation	Prioritering af barrierer for innovation og implementering af innovation

Opstilling af designkriterier

Barrierekortlægningen har dannet grundlag for opstilling syv designkriterier, som fremtidige løsningsmodeller skal adressere.

Designkriterier for løsningsmodeller | Designkriterierne er afledt af barriererne

I analysens opdrag er hovedfokus på at udvikle modeller, der fremmer vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsatser i sundhedsinnovation med en arbejdsindsatsbegæret effekt. Herunder gennem styrke for følgende: Sammenhængende, tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer. Der er dog samtidig hos partnerne et ønske om, at modellerne i bredere forstand også kan understøtte skalering af innovation, der er succesfuldt implementeret lokalt.

1. Incitamenter: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke de økonomiske og ledelsesmæssige incitamenter til at skabe arbejdsindsatsbegæret i sundhedsinnovation, både lokalt og på tværs. Incitamenter kan være økonomiske incitamenter i form af løn og bonus, samt ikke økonomiske incitamenter som f.eks. status og anerkendelse.

2. Fremdrift: Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at sikre vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsatser i sundhedsinnovation. Dette med et særligt fokus på at adressere den vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsats i sundhedsinnovation, herunder gennem styrke for følgende: Sammenhængende, tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer.

3. Indsats og partnernettværk: Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at sikre vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsatser i sundhedsinnovation. Dette med et særligt fokus på at adressere den vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsats i sundhedsinnovation, herunder gennem styrke for følgende: Sammenhængende, tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer.

4. Evaluering og værdiansættelse: Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at sikre vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsatser i sundhedsinnovation. Dette med et særligt fokus på at adressere den vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsats i sundhedsinnovation, herunder gennem styrke for følgende: Sammenhængende, tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer.

5. Vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsatser: Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at sikre vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsatser i sundhedsinnovation. Dette med et særligt fokus på at adressere den vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsats i sundhedsinnovation, herunder gennem styrke for følgende: Sammenhængende, tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer.

6. Tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer: Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at sikre vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsatser i sundhedsinnovation. Dette med et særligt fokus på at adressere den vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsats i sundhedsinnovation, herunder gennem styrke for følgende: Sammenhængende, tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer.

7. Læring og formidling af barrierer: Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at sikre vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsatser i sundhedsinnovation. Dette med et særligt fokus på at adressere den vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsats i sundhedsinnovation, herunder gennem styrke for følgende: Sammenhængende, tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer.

Identifikation af virkemidler for hvert designkriterium

For hvert designkriterium er der identificeret en række virkemidler. Virkemidlerne er placeret på et kontinuum fra mindst til størst ændring ift. nuværende setup.



Opstilling af arketyperiske løsningsmodeller og effektvurdering

På baggrund af virkemidlerne er der opstillet tre arketyperiske løsningsmodeller samt foretaget en effektvurdering af hver model.

Opstilling af løsningsmodeller | Tre arketyperiske løsningsmodeller

Der er opstillet tre arketyperiske løsningsmodeller ud fra en idé om bedre at kunne prioritere, skabe og implementere vægtpående innovationsindsatser. De beskrevne designkriterier 5 og 6 kan grundlæggende adresseres på forskellige måder, hvilket giver tre arketyperiske modeller.

Model 1: Styrket prioritering inden for sundhedsinnovation	Model 2: Samling af eksperter inden for sundhedsinnovation	Model 3: Ny delvist organiseret sundhedsinnovation
Model 1: Styrket prioritering inden for sundhedsinnovation Modellen optager prioriteringen af innovation og sætter prioriteringen inden for sundhedsinnovation på højsædet. Dette med et særligt fokus på at adressere den vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsats i sundhedsinnovation, herunder gennem styrke for følgende: Sammenhængende, tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer.	Model 2: Samling af eksperter inden for sundhedsinnovation Modellen tager afsæt i at samle eksperter inden for sundhedsinnovation og sætter dem sammen i et team. Dette med et særligt fokus på at adressere den vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsats i sundhedsinnovation, herunder gennem styrke for følgende: Sammenhængende, tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer.	Model 3: Ny delvist organiseret sundhedsinnovation Modellen analyserer en ny delvist organiseret sundhedsinnovation og sætter den sammen i et team. Dette med et særligt fokus på at adressere den vægtpående og formålsdrivende innovations- og skaleringsindsats i sundhedsinnovation, herunder gennem styrke for følgende: Sammenhængende, tidlig opstart, mere selvstændigt arbejde og mere målrettet brug af ressourcer.


Designkriterier for løsningsmodeller | Designkriterierne er afledt af barriererne

I analysens opdrag er hovedfokus på at udvikle modeller, der fremmer tværgående og formålsdrevne innovations- og skaleringsindsatser i sundhedsvæsenet med en arbejdskraftfrigørende effekt, herunder gennem styrket forebyggelse, hjemmebehandling, tidlig opsporing, mere selvhjulpne borgere og mere målrettet brug af ressourcer. Der er dog samtidig hos parterne et ønske om, at modellerne i bredere forstand også kan understøtte skalering af innovation, der er succesfuldt implementeret lokalt.



1. Incitament: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke de **økonomiske og ledelsesmæssige incitament** til at skalere arbejdskraftfrigørende løsninger i sundhedsvæsenet, både lokalt og på tværs. Herunder fx ved at afbøde eksisterende lokale incitament til udvikling af nye lokale løsninger, samt i relevant omfang gennem mere gensidigt forpligtende mekanismer parterne imellem.


2. Finansiering: Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at kunne/ville **investere i initiativer, som er flerårige, har flere parter og usikkerhed om resultater**, men som samlet set vurderes at være en god investeringscase. Dette med et særligt fokus på at adressere den nuværende skævhed, hvor der er let adgang til innovationsmidler, men ofte ikke øremærkes eller prioriteres midler til den efterfølgende implementering og skalering.



3. Indkøb og partnerskaber: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke mulighederne for **fælles og gensidigt forpligtende aftale- og indkøbspadigmer** på tværs af sundhedsvæsenet. Derudover skal løsningsmodellerne afsøge mulighederne for at styrke **partnerskaber** med private omkring innovation og udbredelse, hvor risiko- og gevinstbilledet er attraktivt for både offentlige og private parter, herunder eventuelt med brug af stage-gate-betaling.

4. Evaluering og værdisætning: Fremtidige løsningsmodeller skal afklare forudsætninger for etablering af **fælles og gensidigt anerkendte modeller** for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning af nye løsninger, herunder modeller for den bredere samfundsøkonomiske værdisætning.

5. Tværgående prioritering og lokal forankring: Fremtidige løsningsmodeller skal muliggøre, at der løbende kan foretages en effektiv og fagligt velfunderet **prioritering af tværgående behov** og træffes beslutning om udbredelse samtidig med, at der sikres **lokal forankring** af udbredelsesopgaven.



6. Innovation og implementering som organisatoriske discipliner: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke den **ledelsesmæssige forankring** af innovation og implementering og ligeledes styrke den **organisatoriske kapacitet til at omsætte innovation til implementering**. Der skal endvidere sikres bedre koordinering og sammenhæng, så der på tværs af forløb er bedre overblik, bedre pipeline- og porteføljestyring og mere effektive overgange til implementering.

7. Læring og fjernelse af barrierer: Fremtidige løsningsmodeller skal sikre, at **prioriterede barrierer effektivt kan fjernes** (i muligt omfang) samt afsøge mulighederne for at etablere tiltag, som **effektivt opsamler læring** og over tid skaber mere effektive innovations- og udbredelsesforløb.

Mapning af designkriterier og barrierer | 1: Incitamenter

Nedenstående tabel viser sammenhængen mellem designkriteriet, de prioriterede barrierer og de underliggende findings fra kortlægningen.

Designkriterie	Prioriterede barrierer	Referencer til kortlægning
1 Incitamenter Fremtidige løsningsmodeller skal styrke de økonomiske og ledelsesmæssige incitamenter til at skalere arbejdskraftfrigørende løsninger i sundhedsvæsenet, både lokalt og på tværs. Herunder fx ved at afbøde eksisterende lokale incitamenter til udvikling af nye lokale løsninger, samt i relevant omfang gennem mere gensidigt forpligtende mekanismer parterne imellem.	<p>F: En række incitamenter (herunder finansieringskilder og anerkendelse) fremmer territorial rivalisering og lokal (ny)udvikling frem for fælles innovation og skalering af tværsektorielle og arbejdskraftfrigørende løsninger (<i>Tværgående</i>).</p> <p>U: Fravær af incitamenter til skalering af innovation (<i>Fase: Skalering</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Incitamenter (anerkendelse, karriere, finansiering) underbygger ikke sammenhæng og samarbejde; samarbejde om innovation. Indkøb sundhedsteknologi bliver et tilvalg og hæmmes af territorial rivalisering.• 'Not-invented-here': Territorial rivalisering.• Simpler at lave egne digitale løsninger end at indgå i nationale.• Manglende incitamenter til udbredelse.• <i>Er endvidere en konklusion pba. de faglige workshopindlæg og interviewrunden.</i>

Mapning af designkriterier og barrierer | 2: Finansiering

Nedenstående tabel viser sammenhængen mellem designkriteriet, de prioriterede barrierer og de underliggende findings fra kortlægningen.

Designkriterie	Prioriterede barrierer	Referencer til kortlægning
2 Finansiering Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at kunne/ville investere i initiativer, som er flerårige, har flere parter og usikkerhed om resultater , men som samlet set vurderes at være en god investeringscase. Dette med et særligt fokus på at adressere den nuværende skævhed, hvor der er let adgang til innovationsmidler, men ofte ikke øremærkes eller prioriteres midler til den efterfølgende implementering og skalering.	E: Begrænset evne/vilje til at investere i projekter, som er flerårige, har flere parter og indeholder usikkerhed, samt manglende fokus på at afsætte midler til implementering og drift.	<ul style="list-style-type: none">• Adgang til finansiering tilskynder lokale løsninger frem for national fælleshed og udbredelse.• Begrænset adgang til implementerings- og udbredelsesmidler via fonde og puljer.• <i>Er endvidere en konklusion pba. de faglige workshopindlæg og interviewrunden, hvor drøftelserne på de to workshops i særlig grad har fokuseret på den ledelsesmæssige prioritering (og pipeline-/porteføljestyling) af midler til implementering og skalering.</i>

Mapning af designkriterier og barrierer | 3: Indkøb og partnerskaber

Nedenstående tabel viser sammenhængen mellem designkriteriet, de prioriterede barrierer og de underliggende findings fra kortlægningen.

3

Designkriterie	Prioriterede barrierer	Referencer til kortlægning
Indkøb og partnerskaber Fremtidige løsningsmodeller skal styrke mulighederne for fælles og gensidigt forpligtende aftale- og indkøbsparadigmer på tværs af sundhedsvæsenet. Derudover skal løsningsmodellerne afsøge mulighederne for at styrke partnerskaber med private omkring innovation og udbredelse, hvor risiko- og gevinstbilledet er attraktivt for både offentlige og private parter, herunder eventuelt med brug af stage-gate-betaling.	<p>C: Uklarhed om indkøbsparadigmer, aftaleformer og risikodelingsmekanismer, både på tværs af offentlige aktører og for private partnerskaber (<i>Tværgående</i>).</p> <p>I: Fravær af overblik over hhv. igangværende initiativer og modne digitale sundhedsløsninger. (<i>Fase: Behovsafdækning og overblik</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Forskellig praksis for indkøb og budgetallokering.• Manglende fælles og moderne standarder for samarbejde (innovationsprocesser, OPI, indkøb mv.) og troværdig afprøvning og evaluering.• Manglende kompetencer til at gennemskue digitale sundhedsløsninger og effektivt indkøb.• <i>Fra workshop #3A med private aktører (og enkelte interviews) fremhæves det endvidere, at private aktører oplever, at etårige budgetter og kortsigtede interesser (forskellige tidshorisonter mellem parterne) begrænser muligheder for at indgå partnerskaber – hvilket dog ikke ses som en teknisk/juridisk barriere.</i>• Manglende overblik over modne digitale sundhedsløsninger.• <i>Konklusion pba. de faglige workshopindlæg og interviewrunden, hvor der peges på dårlige betingelser for at få overblik over igangværende initiativer, såvel nationalt som internationalt.</i>

Mapning af designkriterier og barrierer | 4: Evaluering og værdisætning

Nedenstående tabel viser sammenhængen mellem designkriteriet, de prioriterede barrierer og de underliggende findings fra kortlægningen.

4

Designkriterie	Prioriterede barrierer	Referencer til kortlægning
<p>Evaluering og værdisætning</p> <p>Fremtidige løsningsmodeller skal afklare forudsætninger for etablering af fælles og gensidigt anerkendte modeller for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning af nye løsninger, herunder modeller for den bredere samfundsøkonomiske værdisætning.</p>	<p>G: Fravær af fælles modeller for udvikling, test, evaluering og værdisætning (<i>Tværgående</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Forskellige fortolkninger og standarder er udgangspunktet, hvilket hæmmer mulighederne for anvendelse af hinandens løsninger. Udviklingsprojekter (særligt forskning) evalueres og vurderes sjældent på baggrund af resultater og efterfølgende implementering, men på baggrund af nyhedsværdi og publikationer.
	<p>K: Fravær af klar arbejdsdeling og sammenhæng på tværs af innovationsaktører, der på forskellig vis laver test, udvikling og afprøvning (<i>Fase: Udvikling og test</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Innovationsaktørerne er spredte og mangler sammenhæng. Manglende governance til at drive sammenhængende udviklingsforløb på tværs af sektorer og organisationer. <i>Er endvidere en konklusion pba. de faglige workshopindlæg og interviewrunden, hvor der peges på, at der er et fragmenteret økosystem med begrænset ledelsesmæssig forankring og usikkerhed om arbejdsdeling.</i>
	<p>L: Uklarhed om rette indgange (<i>Fase: Evaluering</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Konklusion pba. de faglige workshopindlæg og interviewrunden, hvor der peges på mange skift undervejs i værdikæden m. uklarhed om rette proces.</i>
	<p>N: Lavere anerkendelse af andres resultater og evalueringer (<i>Fase: Evaluering</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Evalueringer og resultater fra andre organisationer anerkendes ikke fuldt ud.

Mapning af designkriterier og barrierer | 5: Tværgående prioritering og lokal forankring

Nedenstående tabel viser sammenhængen mellem designkriteriet, de prioriterede barrierer og de underliggende findings fra kortlægningen.

Designkriterie	Prioriterede barrierer	Referencer til kortlægning
5 Tværgående prioritering og lokal forankring Fremtidige løsningsmodeller skal muliggøre, at der løbende kan foretages en effektiv og fagligt velfunderet prioritering af tværgående behov og ligeledes muliggøre, at fælles beslutninger og ansvar for udbredelse forankres lokalt .	A: Fravær af strukturer og beslutningskompetence, der understøtter tværgående prioritering og formulering af en stærk national innovationsdagsorden (<i>Tværgående</i>).	<ul style="list-style-type: none">• Manglende fælles billede af behov og forskellig prioritering.• Ineffektive beslutningsprocesser og mulighed for at sætte en nationalt stærk innovationsdagsorden som drivkraft for fællesskab.• <i>Er endvidere en konklusion pba. de faglige workshopindlæg og interviewrunden, hvor der i særlig grad har været fokus på det vanskelige trade-off mellem på den ene side ønsket om mere fælles forpligtelse på tværs (jf. analysens opdrag) og på den anden side erkendelsen af vigtigheden af fortsat at sikre lokal forankring og efterspørgsel.</i>
	H: Fravær af enighed om innovationsbehov (<i>Fase: Behovsafdækning og overblik</i>).	<ul style="list-style-type: none">• Manglende fælles billede af behov og forskellig prioritering.

Mapning af designkriterier og barrierer | 6: Innovation og implementering som organisatoriske discipliner

Nedenstående tabel viser sammenhængen mellem designkriteriet, de prioriterede barrierer og de underliggende findings fra kortlægningen.

6

Designkriterie	Prioriterede barrierer	Referencer til kortlægning
<p>Innovation og implementering som organisatoriske discipliner</p> <p>Fremtidige løsningsmodeller skal styrke den ledelsesmæssige forankring af innovation og implementering og ligeledes styrke den organisatoriske kapacitet til at omsætte innovation til implementering. Der skal endvidere sikres bedre koordinering og sammenhæng, så der på tværs af forløb er bedre overblik, bedre pipeline- og porteføljestyring og mere effektive overgange til implementering.</p>	<p>B: Begrænset ledelsesforankring af innovation og udbredelse på alle niveauer (<i>Tværgående</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Udbredelse på tværs af organisationer (sektorer) og borger- og patientforløb er ikke en ledelsesmæssig kerneopgave.
	<p>P: Manglende ansvar for implementering og forandringsledelse, samt manglende kapacitet og kompetencer til implementering (<i>Fase: Implementering</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Konklusion pba. de faglige workshopindlæg og interviewrunden.</i>
	<p>T: Lav grad af ledelsesmæssig forankring og ansvar for skalering (ikke en ledelsesmæssig kerneopgave) (<i>Fase: Skalering</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Udbredelse på tværs af organisationer (sektorer) og borger- og patientforløb er ikke en ledelsesmæssig kerneopgave. • <i>Er endvidere en konklusion pba. de faglige workshopindlæg og interviewrunden.</i>
	<p>R: Der mangler ofte et setup til at omsætte innovation til implementering (<i>Fase: Implementering</i>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Konklusion pba. interviewrunden og hos Robusthedskommissionen ("manglende organisatorisk setup til implementering af ny teknologi"). En række interviewpersoner har også peget på manglende kompetencer til at omsætte innovation til implementér- og skalérbare løsninger.</i>
	<p>V: Der mangler ofte et setup til at omsætte lokalt implementeret innovation til tværgående skalering. (<i>Fase: Skalering</i>).</p>	

Mapning af designkriterier og barrierer | 7: Læring og fjernelse af barrierer

Nedenstående tabel viser sammenhængen mellem designkriteriet, de prioriterede barrierer og de underliggende findings fra kortlægningen.

Designkriterie	Prioriterede barrierer	Referencer til kortlægning
7 Læring og fjernelse af barrierer Fremtidige løsningsmodeller skal sikre, at prioriterede barrierer effektivt kan fjernes (i muligt omfang) samt afsøge mulighederne for at etablere tiltag, som effektivt opsamler læring og over tid skaber mere effektive innovations- og udbredelsesforløb.	D: Fravær af governance, der sikrer koordinering, sammenhæng og læring på tværs af værdikæden, herunder gennem en effektiv proces for at fjerne barrierer (<i>Tværgående</i>).	<ul style="list-style-type: none">• <i>Behovet for læring og for mere effektivt at kunne fjerne identificerede barrierer (og over tid derved reducere gennemløbstiden på innovations- og skaleringsforløb) er endvidere en konklusion på tværs af en række interviews.</i>
	Q: Fravær af fokus på gevinstrealisering før nye projekter påbegyndes (<i>Fase: Implementering</i>).	<ul style="list-style-type: none">• Tendens til at påbegynde nye projekter, før nuværende er implementeret og har skabt gevinster.• Manglende evaluering af forsknings- og udviklingsprojekter.



*VIRKEMIDLER FOR HVERT
DESIGNKRITERIE*

Introduktion til virkemidler inden for 1: Incitamerter og 2: Finansiering

1. Incitamerter: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke de **økonomiske og ledelsesmæssige incitamerter** til at skalere arbejdskraftfrigørende løsninger i sundhedsvæsenet, både lokalt og på tværs. Herunder fx ved at afbøde eksisterende lokale incitamerter til udvikling af nye lokale løsninger, samt i relevant omfang gennem mere gensidigt forpligtende mekanismer parterne imellem.

2. Finansiering: Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at kunne/ville **investere i initiativer, som er flerårige, har flere parter og usikkerhed om resultater**, men som samlet set vurderes at være en god investeringscase. Dette med et særligt fokus på at adressere den nuværende skævhed, hvor der er let adgang til innovationsmidler, men ofte ikke øremærkes eller prioriteres midler til den efterfølgende implementering og skalering.

Introduktion til virkemidler inden for incitamerter og finansiering

Virkemidler inden for hhv. incitamerter og finansiering behandles samlet, da der er tætte afhængigheder. Hensigten er jf. designkriterierne ovenfor at styrke incitamerterne og den gensidige forpligtelse til at skalere prioriterede løsninger og strategiske programmer, så aktørerne i højere grad trækker i samme retning i den digitale omstilling af sundhedsvæsenet. Som en forudsætning herfor skal der være vilje til og mulighed for at kunne investere i initiativer, som er flerårige, kræver organisatoriske omstillinger, har flere parter og en usikkerhed om resultater, der er anderledes end for eksempelvis softwareindkøb eller konventionelle anlægsprojekter. Der indgår både virkemidler, som vedrører en anden brug af de eksisterende finansieringsmuligheder, og finansieringsmuligheder, der pt. ikke anvendes på området, fx medfinansiering og gearing.

Virkemidlerne falder overordnet i tre kategorier: resultatmål, benchmarking og økonomiske incitamerter. Finansierings- og incitamentsstrukturer skal understøtte et styrket fokus på implementering, herunder implementering og genanvendelse af andres digitale sundhedsløsninger, så Danmark opnår hurtig og størst effekt af modne digitale sundhedsløsninger. Finansierings- og incitamentsstrukturer bør knytte sig direkte til nationale strategier og mål for sundhedsinnovation. I tilfælde af udlodning af midler anbefales dette ledsaget af stærkere krav til bevillingsmodtagerne, eksempelvis krav om at undersøge, om andre i Danmark eller Norden har udviklet tilsvarende, krav om i relevant omfang af have inddraget andre landsdele og opbygget efterspørgsel og afstemt fælles behov og evt. krav til bevillingsmodtagere om at implementere og bidrage til at udbrede den løsning, som udvikles, herunder til dele af landet med færre ressourcer.

Virkemidlerne skal ligeledes understøtte, at ledelsen i sundhedsvæsenet i højere grad påskønnes, bedømmes og belønnes ud fra i hvor høj grad, man lykkes med implementering og skalering af sundhedsteknologiske løsninger. Dertil bør virkemidlerne danne grundlag for, at innovation og implementering i større grad kan udgøre karriereveje og udløse merit for sundhedsprofessionelle (hvorved der er en afhængighed til designkriterie 6 vedr. innovation og implementering som organisatoriske discipliner). Der skal i sammenhæng hermed sikres en fortsat hensyntagen til vigtigheden af lokal forankring og ejerskab, herunder i lyset af, at virkemidlerne generelt trækker i retning af en stærkere tværgående samordning, hvilket følgelig skærper behovet for samtidig at fastholde et stærkt lokalt ejerskab med positivt incitament til effektivering af fælles beslutninger. Dette understøttes af en tværgående anbefaling om, at man skal kunne beholde en andel af effektiviseringsgevinsten lokalt. Endvidere vil det på tværs af virkemidler og modeller generelt være relevant at sondre mellem, hvornår en fælles forpligtelse er på enten 1) niveauet for konkrete løsninger eller teknologier, 2) for typer af løsninger (med valgfrihed) eller 3) bredere blot at et givent behov adresseres, men med lokale frihedsgrader til at vælge, hvordan behovet/service bedst tilvejebringes.

Hvis der i forlængelse af Strukturkommissionens anbefalinger etableres et stærkere kæde- og populationsansvar på tværs af sektorer og med tilhørende fælles finansiering, vil dette som udgangspunkt skabe bedre rammebetingelser for at kunne prioritere og investere på tværs af kæden.

Fsva. de økonomiske incitamerter er virkemidlerne beskrevet med fokus på incitamerterne for de offentlige parter. Men som en positiv bieffekt vil leverandører og andre kommercielle aktører også få både bedre og tydeligere incitamerter til at udvikle til det danske marked og indgå/investere i udviklingspartnerskaber med det offentlige.

Under finansiering og økonomiske incitamerter (virkemidlerne D-H) er to varianter på nuværende tidspunkt *ikke* beskrevet særskilt: 1) "Rene" låneordninger uden kobling til gevinstrealisering (risikodeling), da dette vurderes at være et likviditetsspørgsmål og således er uden for rammerne af nærværende analyse. 2) Løbende årlige finansieringsbeløb – da dette virkemiddel ikke i væsentlig grad vil adskille sig fra den beskrevne udlodningsmodel (dog vil en model med tilbagevendende finansiering i princippet gøre det muligt i højere grad at binde beslutninger og midler ind i fremtiden og derved potentielt også muliggøre en større gearing).

1 og 2. Incitament og finansiering



1. Incitament: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke de **økonomiske og ledelsesmæssige incitament** til at skalere arbejdskraftfrigørende løsninger i sundhedsvæsenet, både lokalt og på tværs. Herunder fx ved at afbøde eksisterende lokale incitament til udvikling af nye lokale løsninger, samt i relevant omfang gennem mere gensidigt forpligtende mekanismer parterne imellem.



2. Finansiering: Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at kunne/ville **investere i initiativer, som er flerårige, har flere parter og usikkerhed om resultater**, men som samlet set vurderes at være en god investeringscase. Dette med et særligt fokus på at adressere den nuværende skævhed, hvor der er let adgang til innovationsmidler, men ofte ikke øremærkes eller prioriteres midler til den efterfølgende implementering og skalering.



Beskrivelse

1-2A: Resultatmål	1-2B: Benchmarking	1-2C: Aftale principper for skalering i tildelingskriterier med private fonde
<ul style="list-style-type: none"> • Digital omstilling bliver med dette virkemiddel efterspørgselsdrevet og decentral. Styringen foregår via resultatkontrakter, budgetter og handlingsplaner. • Bindende resultatmål bruges til at forankre aftalt implementering og gevinstrealisering i lokale ledelseshierarkier, fx via økonomiaftaler, budgetter og direktørkontrakter i hospitaler og kommuner. • Størstedelen af resultatmål bør være på ønsket outcome snarere end proces- eller teknologimål. • Skal kunne gøres inden for rammerne af de gældende styringsparadigmer for hhv. regioner, kommuner og praksissektoren. • Resultatmålene kan både forankres i økonomiaftaler, i direktørkontrakter og i lokale digitale implementerings- og udbredelsesstrategier. • Forventes i sig selv at have begrænset effekt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Benchmarking med andre sammenlignelige enheder bruges til 1) offentligt at synliggøre forskelle og monitorere udviklingen, 2) at tilskynde og motivere til lokal prioritering, og tillige eventuelt 3) som input til, hvor der kan etableres nye indsatser eller programmer. • Kan enten anvendes programspecifikt (for at følge implementeringen af aftalte programmer) eller bredere på udvalgte områder, hvor det er en prioritet at løfte modenhed og digitaliseringsgrad. • Forventes i sig selv at have begrænset effekt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Forslag om at afsøge mulighederne for at aftale fælles principper med private fonde for, hvordan impact og skalering indgår i tildelings- og evalueringskriterier. • Inspireret af den nye aftale mellem fonde og universiteter om fælles principper for tildeling af midler til bl.a. overhead. • Både fondene og sundhedsvæsenet har en interesse i at optimere impact af de investerede midler og stiller allerede på forskellig vis krav herom. Der vurderes at være grundlag for at afsøge mulighederne for mere ensartede og på nogle områder højere krav. • Eksempelvis krav til bevillingsmodtagere om at undersøge, om andre i Norden har udviklet en tilsvarende løsning, krav om i relevant omfang at inddrage andre regioner/kommuner, krav om at godtgøre, at det er et prioriteret fælles behov mv.

Mindst ændring ift. nuværende

Størst ændring ift. nuværende

1 og 2. Kobling mellem finansiering og økonomiske incitamerter



1. Incitamerter: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke de **økonomiske og ledelsesmæssige incitamerter** til at skalere arbejdskraftfrigørende løsninger i sundhedsvæsenet, både lokalt og på tværs. Herunder fx ved at afbøde eksisterende lokale incitamerter til udvikling af nye lokale løsninger, samt i relevant omfang gennem mere gensidigt forpligtende mekanismer parterne imellem.

2. Finansiering: Fremtidige løsningsmodeller skal adressere behovet for at kunne/ville **investere i initiativer, som er flerårige, har flere parter og usikkerhed om resultater**, men som samlet set vurderes at være en god investeringscase. Dette med et særligt fokus på at adressere den nuværende skævhed, hvor der er let adgang til innovationsmidler, men ofte ikke øremærkes eller prioriteres midler til den efterfølgende implementering og skalering.

Uændret finansiering	Engangsfinansiering	Modeller med tilbagebetaling	Tværgående greb	
<p>1-2D. Øget tværgående prioritering inden for eksisterende rammer</p> <ul style="list-style-type: none"> Øget tværgående prioritering inden for eksisterende rammer og aftaleparadigmer med henblik på i højere grad at sætte fælles retning og forpligte til implementering. Fx gennem øget brug af ØA og sundhedsaftaler til at aftale strategisk sundhedsinnovation og implementering. 	<p>1-2E. Udlodning af midler (særligt til implementering) ud fra bestemte kriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> Øget mulighed for at søge bevillinger fra særskilte midler øremærket i national eller regional ramme ud fra kriterier bestemt af de aftalte strategiske prioriteter. Kan enten være til bestemte programmer/indsatser eller specifikt til implementering af eksisterende løsninger inden for aftalte kriterier eller områder. Kan kombineres med en stage-gate-model, hvor en part forpligtes til at vise implementerbarhed eller gevinstrealisering, før man får midler til næste fase. Forudsætter governance- og en evalueringsstruktur, så der effektivt kan styres ud fra, om de aftalte kriterier er indfriet. Kan kombineres med privat (med)finansiering. 	<p>1-2F. Tilbagebetalingsmodeller betinget af gevinstrealisering (risikodeling)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mulighed for at låne midler til innovation og implementering mod et krav om senere hel eller delvis tilbagebetaling ud fra et hensyn til at have råderum i år 0. Under betingelse af visse udfald (fx implementering eller effekt) laves en tilbagebetaling med en andel af gevinsten. Dækker den indledningsvise investering og med tilbagebetalingshorisont i takt med, at gevinsterne (kapacitetsfrigørelsen) realiseres. Tilbagebetaling og risikodeling kan enten være til 1) en pulje/fond (der herved vedligeholdes), 2) til private investorer eller 3) implicit i form af besparelser og reduktion af fremtidig finansiering. Forudsætter governance og en evalueringsstruktur, så der effektivt kan styres ud fra, om de aftalte gevinster er realiseret. Kan i princippet være med mulighed for gearing af investeringsmidler i forventning om tilbagebetaling. Kan kombineres med privat (med)finansiering i form af effektiv investering med tilbagebetalingskrav. 	<p>1-2G. En andel af gevinstrealiseringen beholdes lokalt</p> <ul style="list-style-type: none"> Styrket incitament til lokal gevinstrealisering gennem prospektivt aftalte principper for, at enheden beholder en andel af den realiserede gevinst ved udvikling, implementering og/eller skalering af innovation. Kan evt. kombineres med top-up-finansiering som belønning for indfrielse af bestemte krav. Forudsætter fastlæggelse af prospektive principper for, hvordan gevinster opgøres, og at aftalte krav gøres målbare. 	<p>1-2H. Tilbageholdelse af midler ved manglende gevinstrealisering</p> <ul style="list-style-type: none"> Tilbageholdelse og reservation af driftsmidler, som udbetales afhængig af krav. Fx ved at tilbageholde en andel af driftsbevillingen (fx 0,5-1%) betinget af et krav om implementering af aftalte løsninger (eller at sanktionere indtil implementering).

Beskrivelse

Introduktion til virkemidler inden for 3: Indkøb og partnerskaber

3. Indkøb og partnerskaber: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke mulighederne for **fælles og gensidigt forpligtende aftale- og indkøbsparadigmer** på tværs af sundhedsvæsenet. Derudover skal løsningsmodellerne afsøge mulighederne for at styrke **partnerskaber** med private omkring innovation og udbredelse, hvor risiko- og gevinstbilledet er attraktivt for både offentlige og private parter, herunder eventuelt med brug af stage-gate-betaling.

Introduktion til virkemidler inden for indkøb og partnerskaber

I denne sektion introduceres virkemidler inden for indkøb og partnerskaber. Formålet er jf. designkriteriet ovenfor at styrke mulighederne for fælles og gensidigt forpligtende aftale- og indkøbsparadigmer vedrørende innovation på tværs af sundhedsvæsenet. Desuden skal virkemidlerne styrke partnerskaber med private aktører om innovation og udbredelse af sundhedsteknologiske løsninger, hvor risiko- og gevinstbilledet er attraktivt for både offentlige og private parter.

Virkemidlerne falder overordnet inden for fire kategorier: 1) nationale overblik, 2) fælles indkøb og pligt, 3) processer og samarbejder og 4) konsolidering af aktører. Virkemidlerne inden for de fire kategorier vil kunne kombineres og supplere hinanden på tværs.

Virkemidlerne inden for indkøb og partnerskaber tjener til at skabe effektive nationale overblik, standarder og processer for indkøb og partnerskaber, hvor fælleshed og tillid bidrager til bedre udbredelse og sammenhæng inden for og på tværs af sektorer.

Dertil skal virkemidlerne søge at tilvejebringe en mere entydig navigation gennem sundhedssektoren for de gode sundhedsteknologiske løsninger frem for mange indgange og forskelligartede metoder. Virkemidler relateret til designkriterie 4 vedr. evaluering understøtter også dette formål, og en række virkemidler vil således være naturlige at kombinere på tværs af 3 og 4. I sammenhæng hermed er der fokus på at sikre en tydeligere arbejdsdeling og en større ensartethed i økosystemet af aktører, som bistår med behovs- og markedskortlægning, innovative indkøbsprocesser mv. Dette har ligeledes tæt sammenhæng med designkriterie 4 vedr. evaluering.

Slutteligt skal virkemidlerne facilitere, at sundhedsinnovationsmæssige udbud bliver med større skala og fælleshed (herunder på tværs af sektorer), bl.a. gennem styrkelse af købsforpligtelser.

3. Indkøb og partnerskaber | Nationale overblik



3. Indkøb og partnerskaber: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke mulighederne for **fælles og gensidigt forpligtende aftale- og indkøbsparadigmer** på tværs af sundhedsvæsenet. Derudover skal løsningsmodellerne afsøge mulighederne for at styrke **partnerskaber** med private omkring innovation og udbredelse, hvor risiko- og gevinstbilledet er attraktivt for både offentlige og private parter, herunder eventuelt med brug af stage-gate-betaling.

3A. Nationalt overblik over behov

- Der opbygges et nationalt overblik over behov og udfordringer, som kandididerer til at blive adresseret på tværs af sundhedsvæsenet, fx i form af strategiske programmer. Baseres på rutinemæssigt indsamlet viden på tværs af sektorer. Kan enten være afgrænset til arbejdskraftfrigørende eller til bredere behov på tværs af sundhedsvæsenet. For at sikre rette indsigt og overblik kan det overvejes at "source"/indsamle behovene fra eksisterende specialiserede faglige grupper og tematiserede fora.
- Hensigten er at have et grundlag for at udvælge og prioritere behov, der adresseres gennem tværgående strategiske initiativer, herunder at det til enhver tid er nemt for både beslutningstagere og politikere at se, hvad de største udfordringer er, fx i form af kapacitetsudfordringer og sygdomsbyrde på bestemte områder.
- Behovene prioriteres både inden for og på tværs af områder/specialer.
- Ensartet forståelse og fortolkning bør sikres på tværs af hospitaler og kommuner for at opbygge national efterspørgsel på digital sundhed og tilhørende løsninger. Fælles forståelse af og overblik over behov betyder, at også mindre hospitaler og kommuner kan tænkes ind i udbredelsesprocesser og udbud, som de ikke selv har ressourcerne til at gennemføre (hhv. adoptere).

3B. Nationalt overblik over eksisterende løsninger og igangværende projekter

Eksisterende løsninger (markedet):

- Der opbygges et nationalt overblik over tilgængelige digitale sundhedsløsninger med arbejdskraftfrigørende potentiale samt eventuelt tillige tilsvarende overblik på udvalgte, højt prioriterede behandlingsområder hhv. forløb. Alt efter afgrænsningen (jf. 3A) kan det være relevant med en faglig tematisering og en kobling til specialiserede faglige grupper.
- Det bør til enhver tid være nemt for en beslutningstager eller sundhedsprofessionel at se, hvilke modne teknologier, der allerede eksisterer i forhold til de udfordringer og behov, som skal adresseres. Enten som et vedvarende opdateret overblik eller med søgninger i forbindelse med konkrete projekter.
- Overblikket bør løbende se ud over Danmarks grænser i forhold til eksisterende løsninger. Særligt til nordiske lande, UK, Holland og lignende lande, hvor digitale sundhedsløsninger udvikles med samme kvalitet, evidens, etik og patientsikkerhed som i Danmark.

Igangværende forsknings- og udviklingsprojekter:

- Der opbygges et nationalt overblik over digitale sundhedsløsninger, som er under udvikling inden for prioriterede behandlings- og teknologiområder (herunder med stadie og udbredelsesgrad).
- Dette overblik kan bruges til at sikre færre projekter genopfindes, samt følge op på gevinstrealiseringen af eksisterende projekter, før nye startes op.
- Overblikket bør indeholde både offentligt udviklede digitale sundhedsløsninger og OPI-projekter (offentligt finansierede projekter med offentlige og private aktører).

Beskrivelse

3. Indkøb og partnerskaber | Fælles indkøb og forpligtelser



3. Indkøb og partnerskaber: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke mulighederne for **fælles og gensidigt forpligtende aftale- og indkøbsparadigmer** på tværs af sundhedsvæsenet. Derudover skal løsningsmodellerne afsøge mulighederne for at styrke **partnerskaber** med private omkring innovation og udbredelse, hvor risiko- og gevinstbilledet er attraktivt for både offentlige og private parter, herunder eventuelt med brug af stage-gate-betaling.

Beskrivelse

3C. Frivillige fælles indkøb	3D. Forpligtende fælles indkøb	3E. Outsourcing af indkøb til central organisation
<ul style="list-style-type: none">Etablering af frivillige indkøbsfællesskaber, hvor aktører på tværs af sundhedsvæsenet nemt og effektivt gennemfører fælles indkøb af sundhedsteknologiske løsninger.Indkøbsfællesskaberne baserer sig på vidensdeling om igangværende og kommende udbud.Dertil kan køres indkøbsprocesser, som varsles ud til lignende organisationer, som herefter enten kan tilmelde sig baseret på frivilligt tilvalg (opt-in) eller aktivt fravalg (opt-out).	<ul style="list-style-type: none">Bedre og øget anvendelse af forpligtende indkøbspartnerskaber, hvor aktører på tværs af sundhedsvæsenet nemt og effektivt gennemfører fælles indkøb af sundhedsteknologiske løsninger.Kan være med frontløber-ordninger, hvor én eller flere aktører (fx to kommuner og én region) gennemfører komplekse udbud eller udviklingsprocesser på vegne af alle, som efterfølgende har en fælles pligt til indkøb.	<ul style="list-style-type: none">Indkøb af sundhedsteknologiske løsninger på udvalgte områder samles under centrale indkøbsorganisationer (eksisterende såsom Amgros eller nye).Hertil kommer en pligt til medfinansiering og implementering iblandt hospitaler og kommuner.

3. Indkøb og partnerskaber | Processer og samarbejde



3. Indkøb og partnerskaber: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke mulighederne for **fælles og gensidigt forpligtende aftale- og indkøbsparadigmer** på tværs af sundhedsvæsenet. Derudover skal løsningsmodellerne afsøge mulighederne for at styrke **partnerskaber** med private omkring innovation og udbredelse, hvor risiko- og gevinstbilledet er attraktivt for både offentlige og private parter, herunder eventuelt med brug af stage-gate-betaling.

Beskrivelse

3F. Effektive udbudsprocesser for sundhedsteknologi	3G. Behovsdrevne og innovative udbud med konsortier og OPI samt forpligtelse til indkøb efter udvikling	3H. Central hjælp til udbudsprocesser for sundhedsteknologi	3I. Én indgang for leverandører til navigation igennem sundhedssektoren
<ul style="list-style-type: none"> Fastlæggelse af nationale principper, metoder og værktøjer for effektive udbudsprocesser igennem stadiene 1) Behovsafdækning og validering af skaleringspotentiale med en større kreds af potentielle købere, 2) Markedsdialog og markedsafdækning, 3) Fælles scope og krav, 4) Udbud og evaluering og 5) Køb. Værktøjskassen kan være forskellig afhængig af indkøbet type. Det er vigtigt, at skalerbarheden og efterspørgslen hos andre aktører (hospitaller og kommuner) afsøges i de tidlige stadier, så indkøbet kan få skala. Det gælder særligt et fælles sprog og opfattelse af behov, samt vilje og forpligtelse til indkøb og implementering. 	<ul style="list-style-type: none"> Behovsdrevne og/eller innovative udbudsprocesser bliver udgangspunktet for alle aktører på sundhedsområdet på højt prioriterede områder. Her defineres behovene, men ikke løsningen. Behovenes kompleksitet vil typisk kræve konsortier af leverandører og OPI til udvikling / sammenkobling af forskellige teknologier og metoder for at skabe en samlet og velfungerende løsning. Deltagelse af offentlige partnere kan medføre udvikling til kostpris og bør inkludere en forpligtelse til efterfølgende indkøb, hvis resultatkravene i det innovative udbud er opfyldt og løsningen er tilstrækkeligt modnet. Igen er det vigtigt, at skalerbarheden og efterspørgslen hos andre aktører afsøges i de tidlige stadier. Herunder med købsoptioner og købsforpligtelser hos andre aktører. 	<ul style="list-style-type: none"> Central hjælp til udbudsprocesser med sundhedsteknologiske løsninger, herunder behovsafdækning, markedsafdækning, evaluering mv. Dette inkluderer kompetencer og forståelse for både teknologi og daglig praksis i sundhedsfaglige miljøer. Forudsætter stærke ressourcer og kompetencer, som kan understøtte hospitaler og kommuner i at gennemføre udbudsprocesser. 	<ul style="list-style-type: none"> Leverandører af nye typer løsninger får én indgang til sundhedsvæsenet, som kan matche løsningen op imod behov i sundhedsvæsenet og forbinde leverandøren ud til de relevante indgange i hvert hospital og hver kommune (herunder flere på én gang for at sikre større skalerbarhed). Vil ikke give værdi, hvis det blot er en instans til videreformidling. Kræver faglig og processuel tyngde, overblik og reel mulighed for at svare og visitere. Kan enten være afgrænset til arbejdskraftfrigørende eller til bredere behov på tværs af sundhedsvæsenet. Bør samtænkes med 4F vedr. sammenhængende evalueringsproces (én indgang). 3I har fokus på én indgang fra leverandørsiden, mens 4F har fokus på én indgang for de offentlige købere.

Mindst ændring ift. nuværende

Størst ændring ift. nuværende

3. Indkøb og partnerskaber | Konsolidering af aktører



3. Indkøb og partnerskaber: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke mulighederne for **fælles og gensidigt forpligtende aftale- og indkøbsparadigmer** på tværs af sundhedsvæsenet. Derudover skal løsningsmodellerne afsøge mulighederne for at styrke **partnerskaber** med private omkring innovation og udbredelse, hvor risiko- og gevinstbilledet er attraktivt for både offentlige og private parter, herunder eventuelt med brug af stage-gate-betaling.

3J. Nationalt forum for innovationsaktørstyring

3K. Konsolidering af aktørlandskabet ved at samle kerneopgaver i innovationsforløb

Beskrivelse

- Etablering af nationalt forum for sundhedsinnovation (eller omstilling af eksisterende fora) med henblik på at aftale en tydeligere arbejdsdeling og mere fælles metoder. Hensigten er ad frivillighedens vej at søge at etablere en større metodemæssig ensartethed og en tydeligere arbejdsdeling aktørerne imellem.
- Evt. også med finansiering til at dække udgifter til koordinering, behovsafdækning, markedsafdækning og evaluering, som vil gøre det attraktivt for alle relevante offentlige og private innovationsaktører at deltage aktivt og bidrage til et sammenhængende innovationslandskab.
- Skal ses i sammenhæng med designkriterie 4 vedr. mere ensartet evaluering.

- Ansvar for støtte til behovsafdækning, markedsafdækning og evaluering centraliseres, hvilket herefter eventuelt kan outsources igen til nogle af de mange offentlige og private aktører på innovationsområdet.
- Dermed opnås fælles styring og en institutionaliseret arbejdsdeling, som giver naturlig koordinering og sammenhæng imellem både offentlige og private aktører. Både hvad angår metoder og hvilke ting, der afdækkes.
- Skal ses i sammenhæng med designkriterie 4 vedr. mere ensartet evaluering.

Introduktion til virkemidler inden for 4: Evaluering og værdisætning

4. Evaluering og værdisætning: Fremtidige løsningsmodeller skal afklare forudsætninger for etablering af **fælles og gensidigt anerkendte modeller** for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning af nye løsninger, herunder modeller for den bredere samfundsøkonomiske værdisætning.

Introduktion til virkemidler inden for evaluering og værdisætning

I denne sektion introduceres virkemidler inden for evaluering og værdisætning. Hensigten er jf. designkriteriet ovenfor afklare forudsætninger for etablering af fælles og gensidigt anerkendte modeller for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning af nye sundhedsteknologiske løsninger, herunder modeller for den bredere samfundsøkonomiske værdisætning af løsninger.

Virkemidlerne falder overordnet inden for to kategorier: standarder og evalueringsprocesser. Virkemidlerne skal understøtte effektive nationale overblik, standarder og processer for evaluering og værdisætning, hvor fælleshed og tillid bidrager til bedre udbredelse og sammenhæng, også på tværs af sektorer.

Ved at have en ensartet og gensidigt anerkendt ramme, som kan bruges i flere dele af processen til evaluering samt som beslutningsgrundlag for skalering, vil det i højere grad være muligt at bygge videre på andres viden og træffe beslutninger uden at skulle foretage de samme evalueringer flere gange. Ensartede evalueringsparadigmer og transparens herom vil også give bedre vilkår for kommercielle aktører. I sammenhæng hermed er der under designkriterie 3 beskrevet virkemidler med fokus på at sikre en tydeligere arbejdsdeling og en større ensartethed i økosystemet af aktører, som bistår med behovs- og markedskortlægning, innovative indkøbsprocesser mv. Dette vil have tæt sammenhæng med ambitionen om mere ensartede evalueringsprocesser og bedre samspil i økosystemet.

Desuden skal virkemidlerne danne grundlag for at accelerere de bedste sundhedsteknologiske løsninger gennem systemet hurtigt. Løsninger og projekter skal også kunne bremses, hvis de ikke har den forventede effekt, eller hvis der sker væsentlige ændringer i forudsætninger for business casen. Det er samtidig et vigtigt hensyn, at evaluering og værdisætning ikke må blive en flaskehals for ny innovation, men skal forbedre og effektivisere processen.

Overordnet skal virkemidlerne tjene til, at vi i Danmark bliver gode til at vurdere digitale løsninger effektivt og skalerbart med fælles metoder og tillid til afprøvninger, både så gode løsninger hurtigere kan ibrugtages af flere og som konkurrenceparameter for at tiltrække de bedste sundhedsteknologiske løsninger.

4. Evaluering og værdisætning | Standarder



4. Evaluering og værdisætning: Fremtidige løsningsmodeller skal afklare forudsætninger for etablering af **fælles og gensidigt anerkendte modeller** for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning af nye løsninger, herunder modeller for den bredere samfundsøkonomiske værdisætning.

Beskrivelse

4A. Fælles modeller, krav og kontrakter ved udbud og indkøb

- Modeller, krav og kontrakter til udbud til indkøb af sundhedsteknologiske løsninger standardiseres i relevant omfang på tværs af landet, så de kan genbruges. Der vil dog fortsat skulle kunne tages højde for forskelle i behov (fx forskelle bestemt af geografi, bemanning og teknologisk fundament).
- Her er tale om en række standarder, som passer til forskellige behov og størrelser på udbud.
- Standarderne bør omfatte modeller til resultatbaseret afregning (pay-by-performance), herunder med stadier (stage-gate), risikodelingsaftaler og købsoptioner/købspligt.
- Standarderne bør også muliggøre genbrug af udbud, som andre hospitaler og kommuner tidligere har gennemført.
- Standarderne bør udbredes nationalt, således at indkøbsfunktioner aktivt efterspørger dem (enten som krav eller fordi de er attraktive at anvende).
- Udbud vil fortsat som i dag i relevant omfang også kunne indeholde krav om sammenhængen til det teknologiske fundament.

4B. Fælles modeller for klinisk evaluering af sundhedsteknologi (HTA) som grundlag for beslutninger om indkøb/investering

- Fælles modeller for klinisk evaluering i forbindelse med afprøvning sundhedsteknologiske løsninger.
- Modellerne vil være fundament for beslutningstagen om indkøb/investering samt for udbredelse, da modellerne anerkendes på tværs af alle organisationer.
- Modellerne bør bl.a. indeholde stillingstagen til kvalitet, effekt, implementering og brugervenlighed.
- Det vil være afgørende, at modellerne bliver alment anerkendt på tværs og ikke er for tunge at anvende.
- Det bør sikres, at modellerne harmonerer med europæiske standarder, praksis og lovgivning (bl.a. CE-mærkning v. MDR og HTA-forordningen), således at dokumentation fra evalueringerne kan genbruges til regulatoriske processer, og at gode løsninger fra udlandet lettere kan bringes til landet.
- Modellerne bør omdannes til værktøjer og skabeloner, som er lette for organisationer at bruge, uden at nye skal udvikles projekt for projekt.
- Standarderne bør udbredes nationalt med fokus på at skabe klinisk troværdighed omkring dem og efterspørgsel.
- Her er tale om en række standarder, som passer til forskellige behov og størrelser på udbud.
- Så vidt muligt en ensartet ramme på tværs af 4B og 4C, så de samme elementer kan bruges i flere dele af processen til evaluering og som beslutningsgrundlag for skalering.

4C. Fælles modeller for business case og gevinstrealisering som grundlag for beslutninger om indkøb/investering

- Indikatorer og sundhedsøkonomiske beregningsmetoder for gevinster standardiseres og udbredes nationalt, herunder for beregning af kapacitetsfrigørelse, med tilhørende beregningskabeloner i forskellige størrelser, som afhænger af projekternes og indkøbenes størrelser.
- Business case-modellerne skal tænkes sammen med de datapunkter, som skal være til rådighed (herunder dokumentation af omkostninger og gevinster fra innovationsprojekter).
- Det vil være afgørende, at modellerne bliver alment anerkendt på tværs af organisationer.
- Modellerne skal kunne indregne og standardisere bredere samfundsmæssige gevinster, herunder fastholdelse på arbejdsmarkedet. Kan fx være ved at anvende SROI-analyser (Social Return on Investment) eller eksisterende impact-modeller.
- Så vidt muligt en ensartet ramme på tværs af 4B og 4C, så de samme elementer kan bruges i flere dele af processen til evaluering og som beslutningsgrundlag for skalering.

4. Evaluering og værdisætning | Evalueringsprocesser



4. Evaluering og værdisætning: Fremtidige løsningsmodeller skal afklare forudsætninger for etablering af **fælles og gensidigt anerkendte modeller** for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning af nye løsninger, herunder modeller for den bredere samfundsøkonomiske værdisætning.

Beskrivelse

4D. Udvikling og udbredelse af fælles standarder	4E. Forpligtelse til anvendelse af fælles standarder	4F. Sammenhængende evalueringsproces: Én indgang og koordineret
<ul style="list-style-type: none"> • Udvikling og vidensdeling af fælles standarder for behovsafdækning og markedskortlægning i forbindelse med projekter og udbud. • Der etableres et entydigt ansvar for at udvikle og udbrede fælles standarder for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning af sundhedsteknologiske løsninger. • Der kan udvikles fælles standarder for hele eller udvalgte dele af værdikæden. • Der etableres et entydigt ansvar for at sikre videndeling om de fælles standarder på tværs af offentlige og private aktører. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktører i sundhedsvæsenet er forpligtet til at anvende fælles standarder for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning af sundhedsteknologiske løsninger. • Det er obligatorisk for aktørerne i sundhedsvæsenet at anvende fælles standarder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Målet er én national indgang, som 1) screener løsninger op imod behov, 2) prioriterer de vigtigste til afprøvning (herunder ud fra skaleringspotentiale), 3) finder det optimale sted i Danmark til afprøvning og hvor relevant leverandør(er)/konsortie til afprøvningen, og 4) understøtter/driver (eller styrer delegationen af ansvaret for) afprøvningen frem til tidspunktet for første køb. • Evalueringsprocesserne skal tænkes på tværs af sektorer. • Processen skal sikre koordinering imellem de mange eksisterende innovationsaktører, såsom BETA.Health og Nordic Health Lab. • I processen skal bl.a. sikres opsamling af dokumentation til sundhedsteknologisk evaluering og business case hos potentielle indkøbere.

Bobler: Platform for systematisk evaluering (platformsforsøg)

- Platformsforsøg tester løbende flere interventioner i en patientgruppe eller i et klinisk område. Det er en mere fleksibel, skalerbar og ressourceeffektiv model, fordi de organisatoriske og administrative rammer, infrastrukturen og data- og analysemodellerne er blivende. Der laves en kontinuerlig sammenligning af en række af behandlinger. Forsøg kan løbende evalueres og stoppes, når der er tilstrækkelig evidens.
- Kan evt. kombineres med midlertidige godkendelser for løsninger med lav risiko (og et foreløbigt evidensgrundlag), mens der indsamles yderligere data.
- Relevansen for en nærværende analyses scope vil dog skulle afklares, da metoden som udgangspunkt er begrænset til én sygdom eller ét klinisk område.

Mindst ændring ift. nuværende

Størst ændring ift. nuværende

Introduktion til virkemidler inden for 5: Tværgående prioritering og lokal forankring

5. Tværgående prioritering og lokal forankring: Fremtidige løsningsmodeller skal muliggøre, at der løbende kan foretages en effektiv og fagligt velfunderet **prioritering af tværgående behov** og træffes beslutning om udbredelse samtidig med, at der sikres **lokal forankring** af udbredelsesopgaven.

Introduktion til virkemidler inden for tværgående prioritering og lokal forankring

På følgende side beskrives virkemidler inden for tværgående prioritering og lokal forankring. Hensigten er jf. designkriteriet ovenfor at muliggøre løbende effektiv og fagligt velfunderet prioritering af tværgående behov i sundhedsvæsenet samt at muliggøre, at der træffes beslutning om udbredelse og skalering samtidig med, at der fortsat sikres lokal forankring af udbredelsesopgaven.

Baggrunden er et ønske om at sikre en mere tværgående vurdering og prioritering af behov for sundhedsinnovation, som omsættes til initiativer/programmer, hvor der samtidig sikres en styrket forpligtelse på de fælles prioriteter og på skalering. Dette forudsætter en udfordrings- og behovsdrevet tilgang og lokale incitament, der understøtter implementering og skalering.

Virkemidlerne inden for designkriterie 5 handler om strategi og beslutningstagning. De er i høj grad relateret til virkemidlerne inden for designkriterie 6, som handler om den organisatoriske og styringsmæssige evne til at omsætte beslutningerne til mærkbare forbedringer. Desuden har valget af virkemiddel i designkriterie 5 sammenhæng med valget af virkemidler inden for incitament og finansiering (designkriterierne 1 og 2).

For at opnå succesfuld tværgående prioritering, lokal forankring og skalering af sundhedsteknologiske løsninger er der behov for under givne vilkår at kunne tale om en forpligtelse til lokal skalering. En sådan lokal forpligtelse kan både være på niveauet for konkrete løsninger, for typer af løsninger eller bredere blot for at et givet behov adresseres, men med lokale frihedsgrader til at vælge, hvordan det givne behov og den givne service bedst tilvejebringes.

Virkemiddel 5D vedr. "Ledeshierarki med professionel ledelse og ejerskab" er identificeret som virkemiddel på baggrund af analysen, men efter dialog med parterne er det besluttet, at dette virkemiddel på nuværende tidspunkt ikke indgår i nogle af de arketyperiske modeller, som opstilles.

5. Tværgående prioritering og lokal forankring



5. Tværgående prioritering og lokal forankring: Fremtidige løsningsmodeller skal muliggøre, at der løbende kan foretages en effektiv og fagligt velfunderet prioritering af tværgående behov og træffes beslutning om udbredelse samtidig med, at der sikres **lokal forankring** af udbredelsesopgaven.

Beskrivelse

5A. Bedre udnyttelse af national bestyrelses eksisterende mandat	5B. Nyt beslutningsorgan på tværs af digitalisering, data og innovation	5C. Nyt beslutningsorgan for innovation med professionel bestyrelse udpeget af parterne	5D. Ledelseshierarki med professionel ledelse og ejerskab
<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for at prioritere, definere og igangsætte programmer samt sikre tværgående udbredelse af digitale løsninger er fortsat placeret ved den eksisterende nationale bestyrelse for digitalisering og data. • Dermed søges prioriteringen af innovation og særligt implementering styrket inden for de eksisterende strukturer og det eksisterende mandat til innovation på sundhedsområdet. • Den nationale bestyrelse for digitalisering og data vil fortsat være et forhandlingsforum for stat, kommuner og regioner, hvor beslutninger i høj grad hviler på, at parterne ønsker at samarbejde, og der kan skabes enighed om udbredelse af innovation på tværs af sundhedsvæsenet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Der sker en samling af ansvaret for en række tværgående opgaver inden for digitalisering, data og innovation. • I sammenhæng hermed etableres der tilsvarende et nyt beslutningsorgan på tværs af digitalisering, data og innovation. • Baseres på partsrepræsentation og på indholdet af den portefølje, som den integrerede organisation får ansvar for. • Beslutningsorganet skal prioritere på tværs af digitaliseringsområdet, herunder innovation med et digitalt element. • Der kan eventuelt øremærkes midler til nationale innovationsprogrammer mhp. at sikre fornøden prioritering af innovation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Der etableres et nyt beslutningsorgan med en professionel bestyrelse. • Bestyrelsens medlemmer er politisk udpeget professionelle profiler med dokumenteret relevant erfaring. • Beslutningsorganet har frihedsgrader og armslængde til at udvælge og igangsætte strategiske programmer, der går på tværs af enkelte parters egeninteresser og årlige budgetter. • Der skabes i sammenhæng hermed en dedikeret organisering for innovationsområdet, som har dedikeret fagligt og ledelsesmæssigt fokus på tværgående innovation og udbredelse af digitale løsninger. 	<ul style="list-style-type: none"> • Den styrkede strategiske beslutningskompetence forankres i en professionel bestyrelse, som inden for et aftalt mandat kan sætte innovationsdagsorden, etablere strategiske indsatser og har en ramme til at (med)finansiere dem. • Bestyrelsen indgår i et professionelt ledelseshierarki med ejerskab, bestyrelse og daglig ledelse uden for det offentlige beslutningshierarki. • Ejerskabet kan både være offentligt (som KOMBIT og Amgros) eller offentligt/privat. • Selskabsformen kan være som virksomhed, selvejende institution, forening eller fond. • Bestyrelsen skal have fokus på at skabe tværgående og landsdækkende gevinster med sundhedsinnovation inden for de politisk udstukne rammer og prioriteter. • Delegation kan ske til specialiserede og fagligt dedikerede styregrupper.

Introduktion til virkemidler inden for 6: Innovation og implementering som organisatoriske discipliner

6. Innovation og implementering som organisatoriske discipliner: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke den **ledelsesmæssige forankring** af innovation og implementering og ligeledes styrke den **organisatoriske kapacitet til at omsætte innovation til implementering**. Der skal endvidere sikres bedre koordinering og sammenhæng, så der på tværs af forløb er bedre overblik, bedre pipeline- og porteføljestyring og mere effektive overgange til implementering.

Introduktion til virkemidler inden for innovation og implementering som organisatoriske discipliner

På følgende side beskrives virkemidler inden for innovation og implementering som organisatoriske discipliner. Jf. designkriteriet ovenfor er hensigten at styrke den ledelsesmæssige forankring af innovation og implementering samt at styrke den organisatoriske kapacitet til at omsætte innovation til implementering. I forlængelse heraf er hensigten at sikre bedre koordinering og sammenhæng, så der på tværs af forløb er bedre overblik, bedre pipeline- og porteføljestyring samt mere effektive overgange til implementering.

Virkemidlerne inden for designkriterie 6 har fokus på at tilvejebringe den organisatoriske og styringsmæssige evne til at omsætte fælles beslutninger til mærkbare forbedringer. Derfor vil valget af virkemidler inden for designkriterie 6 i nogen grad være betinget af valg af virkemidler inden for designkriterie 5 vedr. tværgående prioritering og lokal forankring.

Virkemidlerne 6A (PMO) og 6B (én indgang) vil være gensidigt afhængige og anbefales etableret samlet, medmindre der vælges en model med et ekstra governancelag på udvalgte strategiske indsatsområder, hvor den faglige og styringsmæssige tyngde kan delegeres til styregrupper med eget sekretariat/PMO, egen økonomi og eventuelt eget fagligt centre of excellence. Disse kombinationsmuligheder vil blive belyst i næste afsnit, hvor der opstilles arketyperiske modeller, samt ligeledes i det overliggende notat, som opsummerer analysen og anbefalingerne.

6. Innovation og implementering som organisatoriske discipliner



6. Innovation og implementering som organisatoriske discipliner: Fremtidige løsningsmodeller skal styrke den **ledelsesmæssige forankring** af innovation og implementering og ligeledes styrke den **organisatoriske kapacitet til at omsætte innovation til implementering**. Der skal endvidere sikres bedre koordinering og sammenhæng, så der på tværs af forløb er bedre overblik, bedre pipeline- og porteføljestyring og mere effektive overgange til implementering.

Beskrivelse

6A. PMO-funktion	6B. Kontaktflade med én indgang til innovationsprojekter og eksisterende løsninger	6C. Implementeringsrådgivning	6D. Ledelsessystem for innovation og implementering
<ul style="list-style-type: none"> Etablering af en PMO-funktion, der har ansvar for styring af og eksekvering på aftalte strategiske dagsordner og initiativer inden for sundhedsinnovation og implementering heraf. Løbende porteføljestyring, herunder ansvar for at eksekvere, monitorere og understøtte sundhedsteknologiske programmer (kan også delegeres til specialiserede og fagligt dedikerede styregrupper med tilhørende sekretariat/PMO). Herunder ansvar for at identificere potentielt overlappende initiativer. Løbende pipelinestyring og overvågning, herunder mhp. at facilitere den løbende prioritering af nye indsatsområder. 	<ul style="list-style-type: none"> Etablering af en funktion, som skal tilvejebringe et samlet overblik over igangværende innovationsprojekter og eksisterende løsninger. Funktionen skal også udgøre én samlet indgang for offentlige og private aktører om tilgængelige sundhedsteknologiske løsninger, markedsafklaring og igangværende programmer. Kan kombineres med delegation til sekretariater/PMO'er under specialiserede og fagligt dedikerede styregrupper. Kan kombineres med international horizon scanning ift. ny teknologi og nye organisationsmodeller inden for den overordnede ramme af arbejdskraftfriggørende teknologi. 	<ul style="list-style-type: none"> Etablering af en udgående rådgivningsfunktion for implementering, der kan supplere den lokale implementering med anbefalinger og best practice for udrulning og ibrugtagning, herunder hvordan innovations- og implementeringsprogrammerne bedst tilrettelægges. 	<ul style="list-style-type: none"> Der etableres et entydigt ansvar for at udvikle et generelt ledelsessystem med definerede roller og processer, som kan udrulles lokalt. Formålet er at sikre, at innovationsledelse og implementering bliver prioriterede opgaver med tilknyttede roller, ansvar, processer og organisering. Herunder i relevant omfang systematisk kompetenceudvikling og kapacitetsopbygning inden for implementering.

Introduktion til virkemidler inden for 7: Læring og fjernelse af barrierer

7. Læring og fjernelse af barrierer: Fremtidige løsningsmodeller skal sikre, at **prioriterede barrierer effektivt kan fjernes** (i muligt omfang) samt afsøge mulighederne for at etablere tiltag, som **effektivt opsamler læring** og over tid skaber mere effektive innovations- og udbredelsesforløb.

Introduktion til virkemidler inden for læring og fjernelse af barrierer

Den næste side introducerer virkemidler inden for læring og fjernelse af barrierer. Hensigten er jf. designkriteriet ovenfor at sikre effektiv og fjernelse af prioriterede barrierer, hvor dette er muligt. Barrierebegrebet anvendes her i en mere snæver betydning end i projektets problemanalyse: Med barrierer menes der her de oplevede eller reelle barrierer, som aktørerne selv peger på som hindringer for innovation og særligt skalering – eksempelvis i form af juridiske barrierer, gråzoner, uklarheder eller andre rammevilkår, der vanskeliggør implementering af sundhedsinnovation.

En vigtig sondring er her, om en oplevet barriere reelt er en "hård" barriere (eksempelvis lovgivningsmæssig), eller om der blot er tale om noget, der opfattes som en barriere, men hvor enten vejledning, udbredelse af best practice eller mere detaljerede fælles retningslinjer i praksis kan guide parterne til løsning. "Hårde" barrierer kan omvendt kræve lovændring og forudsætter følgelig en politisk stillingtagen. Foruden at synliggøre og prioritere behov for at eskalere hårde barrierer, vurderes der at være et stort potentiale for systematisk og autoritativt at rydde ud i oplevede barrierer, som faktisk er løsbare inden for de givne rammer – hvor løsningerne kan ligge på et spænd fra blot at afklare/tydeliggøre gældende muligheder til mere vidtgående at sikre en tydeligere og mere detaljeret central vejledning og normering; eksempelvis om fortolkningen af dansk og europæisk lovgivning, så de lokale behov for juridisk udredninger og eksterne advokatvurderinger mindskes. Herved vil forskelle på tværs af organisationer samtidig mindskes, hvilket vil gøre innovation og skalering lettere at navigere i for både offentlige og private aktører.

Foruden at bidrage til en mere systematisk og effektiv afklaring og fjernelse af barrierer er formålet også at opsamle læring for over tid at skabe mere effektive innovations- og udbredelsesforløb.

7. Læring og fjernelse af barrierer



7. Læring og fjernelse af barrierer: Fremtidige løsningsmodeller skal sikre, at **prioriterede barrierer effektivt kan fjernes** (i muligt omfang) samt afsøge mulighederne for at etablere tiltag, som **effektivt opsamler læring** og over tid skaber mere effektive innovations- og udbredelsesforløb.

7A. Monitorering og evaluering af implementering (af sundhedsinnovation)

- Monitorering og evaluering af innovations- og implementeringsforløb med særlig vægt på at forbedre vilkårene for implementering og over tid skabe mere effektive forløb.
- Entydigt organisatorisk ansvar for systematisk opsamling af erfaringer, forbedringsmuligheder og oplevede barrierer ifm. implementering af sundhedsinnovation.

7B. Effektiv proces for autoritativ afklaring og eskalering af prioriterede barrierer

- Effektiv, tværgående afklaring af barrierer inden for aftalte tidsfrister og med definerede eskalationstrin.
- Første trin er at afklare, om en oplevet barriere hviler på manglende kendskab til nuværende muligheder, uklarhed om rette tolkning o.lign. ("bløde" barrierer), eller om den reelt kræver fx lovgivningsmæssige ændringer for at blive løst ("hårde" barrierer).
- Bløde barrierer kan således løses gennem fælles, autoritativ vejledning, bedre retningslinjer, rådgivningsbistand o.lign. Der skal mere effektivt centralt og ensartet at kunne vejledes i tolkningen af eksisterende lovgivning og være adgang til hurtig faglig afklaring med aftalte tidsfrister.
- "Hårde" barrierer handler derimod om egentlige formelle barrierer, fx i sektorlovgivning og i regler om virksomhed på tværs af myndigheder. Her skal der efter visitation og prioritering være adgang til at eskalere, fx til relevante ressortministerium. Hvis barrieren ikke løses (fx grundet EU-regler eller aktiv politisk stillingtagen), skal der stadig vejledes om bedste praksis inden for gældende rammer.

Beskrivelse

Mindst ændring ift. nuværende

Størst ændring ift. nuværende



*GRUNDELEMENTER: FÆLLES
VIRKEMIDLER PÅ TVÆRS AF
MODELLER*

Anbefalede grundelementer, som bør håndteres på tværs af modeller



Grundelementer i designkriterie **6. Innovation og implementering som organisatoriske discipliner**

- **6D** Ledelsessystem for innovation og implementering



Grundelementer i designkriterier **1. Incitament** og **2. Finansiering**

- **1-2A** Resultatmål
- **1-2B** Benchmarking
- **1-2C** Aftale principper for skalering i tildelingskriterier med private fonde
- **1-2D** Øget tværgående prioritering inden for eksisterende rammer
- **1-2G** En andel af gevinstrealiseringen beholdes lokalt
- **1-2H** Tilbageholdelse af midler ved manglende gevinstrealisering



Grundelementer i designkriterie **3. Indkøb og partnerskaber**

- **3A** National overblik over behov
- **3B** National overblik over eksisterende løsninger og igangværende projekter
- **3C** Frivillige fælles indkøb
- **3F** Effektive udbudsprocesser for sundhedsteknologi
- **3H** Central hjælp til udbudsprocesser for sundhedsteknologi



Grundelementer i designkriterie **4. Evaluering og værdisætning**

- **4A** Fælles modeller, krav og kontrakter ved udbud og indkøb
- **4B** Fælles modeller for klinisk evaluering af sundhedsteknologi (HTA) som grundlag for beslutninger om indkøb/investering
- **4C** Fælles modeller for business case og gevinstrealisering til grundlag for beslutninger om indkøb/investering
- **4D** Udvikling og udbredelse af fælles standarder



Grundelementer i designkriterie **7. Læring og fjernelse af barrierer**

- **7A** Monitorering og evaluering af implementering (af sundhedsinnovation)
- **7B** Effektiv proces for autoritativ afklaring og eskalering af prioriterede barrierer

Til venstre er vist en samlet liste over de virkemidler, som anbefales implementeret uanset hvilken løsningsmodel, der vælges. Disse adresserer en række af de grundlæggende barrierer kortlagt i analysen og vurderes uanset den nærmere løsningsmodel at være forudsætninger for at realisere opdragets ambition. Der er grundelementer inden for alle syv designkriterier.

Grundelementerne er forudsætningsskabende for løsningsmodellerne, men kan ikke stå alene. De forholder sig *ikke* til de afgørende spørgsmål om organisering og ledsagende governance / beslutningsstruktur.

I praksis vil disse grundelementer have forskellige udtryk og vilkår i de forskellige løsningsmodeller. Det vil være forskelligt, hvor og hvordan den styrkede beslutningskompetence realiseres og forankres, og det vil ligeledes være forskelligt, hvor og hvordan de mere fagligt betoned discipliner under designkriterie 3-4 forankres – og hvor stærkt mandatet og fagligheden bliver.

På tværs af 5 og 6 er der jf. opdraget en forudsætning om i højere grad at kunne prioritere, etablere og implementere tværgående indsatser og innovationsprogrammer, hvilket på flere niveauer forudsætter, at innovation og implementering heraf bliver en veldefineret og prioriteret opgave i sundhedsvæsenet. Dette understøttes af grundelementerne fra 1 og 2, som har til hensigt at øge fokus på implementering lokalt og i den daglige ledelse.

De fleste af grundelementerne vil i princippet allerede nu kunne effektueres, særligt de faglige discipliner omkring indkøbs- og evalueringsparadigmer, mere fælles fortolkningspraksis samt i nogen grad det lokale omkring ledelsessystemer for innovation. Dog vil dette i givet fald kunne indebære, at opgaver efterfølgende skal flyttes, ligesom effekten vil være mindre uden afklaring af ansvar og organisering. Endvidere vurderes særligt virkemidlerne under designkriterie 7 ikke at være egnet til implementering uden forudgående bredere organisatorisk og ansvarsmæssig afklaring.

Virkemidler, som ikke er grundlæggende og vil variere på tværs af modeller



Virkemidler i designkriterie **5. Tværgående prioritering og lokal forankring**

- **5A** Bedre udnyttelse af national bestyrelses eksisterende mandat
- **5B** Nyt beslutningsorgan på tværs af digitalisering, data og innovation
- **5C** Nyt beslutningsorgan for innovation med professionel bestyrelse udpeget af parterne
- **5D** Ledelseshierarki med professionel ledelse og ejerskab



Virkemidler i designkriterie **6. Innovation og implementering som organisatoriske discipliner**

- **6A** PMO-funktion
- **6B** Kontaktflade med én indgang til innovationsprojekter og eksisterende løsninger
- **6C** Implementeringsrådgivning



Virkemidler i designkriterier **1. Incitament** og **2. Finansiering**

- **1-2F** Tilbagebetalingsmodeller betinget af gevinstrealisering (risikodeling)
- **1-2E** Udlodning af midler (særligt til implementering) ud fra bestemte kriterier



Virkemidler i designkriterie **3. Indkøb og partnerskaber**

- **3D** Forpligtende fælles indkøb
- **3E** Outsourcing af indkøb til central organisation
- **3G** Behovsdrevne og innovative udbud med konsortier og OPI samt forpligtelse til indkøb efter udvikling
- **3I** En indgang for leverandører til navigation igennem sundhedssektoren
- **3J** National forum for innovationsaktørstyring
- **3K** Konsolidering af aktørlandskabet ved at samle kerneopgaver i innovationsforløb



Virkemidler i designkriterie **4. Evaluering og værdisætning**

- **4E** Forpligtelse til anvendelse af fælles standarder
- **4F** Sammenhængende evalueringsproces: Én gang og koordineret

I forlængelse af oversigten på forrige side er der her vist en samlet oversigt over de virkemidler, som *ikke* er grundlæggende og således vil variere på tværs af modeller.

Af overskuelighedshensyn vil opstillingen af modeller i den følgende sektion i alene fokusere på disse elementer, da det er her, forskelle i tilgang og ambitionsniveau bliver tydeligst. Det overliggende notat som opsummerer analysen begrundet opdelingen yderligere.

I den endelige beskrivelse af modellerne vil det dog blive relevant også at forholde sig til grundelementerne beskrevet på forrige side, da disse i praksis vil have forskellige vilkår afhængig af modellen, fx alt efter hvilken governance, hvilken organisering og hvilke incitament der etableres.

En række virkemidler hænger tæt sammen, særligt på tværs af designkriterie 3 og 4. Andre steder er der tale om gensidigt udelukkende valg, fx mellem 3J og 3K. Designkriterie 3 og 4 er generelt dem, som har den svageste kobling til det overordnede valg af model (der er således større frihedsgrader i, hvordan de kombineres på tværs af modellerne).

Særligt vedrørende finansiering og økonomiske incitament gemmer der sig en vigtig nuance i de to virkemidler, idet begge kan realiseres både med rent offentlige midler eller med privat medfinansiering. Dette afleder væsentlige forskelle, bl.a. i styrbarhed og armlængde.

The background features a complex, abstract pattern of overlapping, wavy lines in shades of blue and red. These lines create a sense of depth and movement, resembling a stylized knot or a series of interlocking loops. The colors are vibrant and saturated, with some areas appearing more translucent than others, creating a layered effect. The overall composition is dynamic and modern.

*OPSTILLING AF ARKETYPIISKE
MODELLER OG CENTRALE
AFVEJNINGER*

Opstilling af løsningsmodeller | To centrale afvejninger

- **Governance: Inden for > < Uden for det etablerede beslutningshierarki**

- I hvilken grad håndteres innovation inden for det etablerede beslutningshierarki i sundhedsvæsenet og inden for de eksisterende fora med repræsentation af parterne?
- Trade-off mellem på den ene side styrbarhed, ledelsesmæssigt ansvar og partsrepræsentation og på den anden side armlængde, frihedsgrader og mulighed for at prioritere på tværs af partsinteresser.

- **Organisering: Innovation integreret med digitalisering > < Dedikeret innovationssøjle**

- Forankres innovation i digitaliseringsorganisationen, eller udgør innovation et særskilt område?
- Når innovation integreres i digitalisering giver det fordele i form af bedre adgang til ressourcer (kompetencer, systemkendskab, data mv.), en beslutningsmæssig infrastruktur og en lettere overgang fra innovation til implementering og drift. Omvendt kan en integration gøre det svært for innovation at sameksistere i konkurrence med inkrementelle, driftsnære forbedringer, samt svært for innovation som udfordrer eksisterende standarder.
- Som hovedregel gør en samordning det lettere at styre og implementere (herunder begrænse ukoordineret udvikling og sikre tidlig modning af løsninger). Omvendt giver en adskillelse fagligt fokus, frihedsgrader og et råderum til at innovere, som det ellers kræver meget stærk ledelse at sikre.

*Begge afvejninger er beskrevet nærmere i det overliggende notat, som opsummerer analysen.
Afvejningerne er ligeledes udfoldet som led i sammenligningen af løsningsmodel 2 og 3.*

Opstilling af løsningsmodeller | Tre arketyperiske løsningsmodeller

Der er opstillet tre arketyperiske løsningsmodeller ud fra opdragets ambition om bedre at kunne prioritere, etablere og implementere tværgående innovationsprogrammer. De bestemmende designkriterier 5 og 6 vedr. organisering og governance kan grundlæggende adresseres på forskellige måder, hvilket er udtrykt i form af de tre arketyperiske modeller.

Model 1: Styrket prioritering inden for eksisterende rammer

- Giver den nationale bestyrelse for digitalisering og data større fokus på at træffe forpligtende beslutninger om tværgående udbredelse. Samme mandat.
- Bestyrelsen vil fortsat være et forhandlingsforum. Beslutninger hviler på, at parterne ønsker at samarbejde og at der kan skabes enighed på tværs af sundhedsområdet.
- Ingen organisatorisk styrkelse ud over grundelementerne.

Model 2: Styrket tværgående innovation inden for sammenlagte rammer

- Tager afsæt i et scenarie, hvor en række funktioner på tværs af digitalisering og innovation kommer under fælles ansvar.
- I forlængelse heraf etableres tilsvarende en ny beslutningskompetence på tværs af digitalisering og innovation.
- Inden for eksisterende beslutningshierarki.
- Etablering af PMO-funktion med ansvar for pipeline- og porteføljestyring af nye og aftalte strategiske programmer.
- Prioriterer *sammenhæng*.

Model 3: Styrket tværgående innovation inden for nye, dedikerede rammer

- Etablerer en ny, særskilt organisering for innovation. Med offentligt ejerskab.
- Styret af en professionel bestyrelse med politisk udpegede medlemmer.
- Uden for eksisterende beslutningshierarki.
- Der etableres en tværgående organisation, som også har et stærkt PMO til at understøtte bestyrelsen.
- Prioriterer *armslængde*.

Beslutningstagning	Eksisterende national bestyrelse for digitalisering og data	Fælles, strategisk ledelse på tværs af innovation og digitalisering som led i en bredere samling af ansvaret for en række opgaver på tværs	Ny ekstern bestyrelse med politisk udpegede professionelle medlemmer
Organisering af innovation og digitalisering	Uændret	Integreret – samlet ansvar for en række tværgående opgaver på tværs af innovation, digitalisering og data	Adskilt – ny dedikeret organisering til innovation

Grundelementer – forudsætninger for tværgående strategiske innovationsprogrammer

Alle modeller forudsætter implementering af grundelementer (forudsætninger), der anbefales uanset det nærmere valg af løsningsmodel.

Model 1 | Styrket prioritering inden for eksisterende rammer

Model 1 er som arketype udtryk for to centrale valg:

- 1) At ansvaret for at prioritere, definere og igangsætte programmer og sikre tværgående udbredelse af digitale løsninger **fortsat er placeret i den nationale bestyrelse for digitalisering og data**. Beslutningskompetencen er dermed uændret og **fortsat inden for rammerne af det eksisterende beslutningshierarki** for digitalisering på sundhedsområdet, hvor sundhedsvæsenets parter er repræsenteret.
 - 2) At der ud over grundelementerne **ikke ændres i den organisatoriske understøttelse**. Bestyrelsens nuværende sekretariat udgør således også støttefunktion på innovationsområdet.
- **Bestlutningskompetence**: supplerer grundelementerne ved at forudsætte en **tydeligere politisk prioritering af udbredelse** af sundhedsinnovation og ved at forudsætte, at bestyrelsen i forlængelse heraf i højere grad udnytter sit nuværende mandat. Fortsat beslutningsforum med en bred portefølje, partsrepræsentation og en forudsætning om, at der kan skabes enighed blandt parterne.
 - **Incitament og finansiering**: Løsningsmodellen beror på grundelementerne.
 - **Indkøb og partnerskaber**: Løsningsmodellen beror som udgangspunkt på grundelementerne.
 - **Evaluering og værdisætning**: Løsningsmodel 1 supplerer grundelementerne ved at etablere et **koordinerende forum** på tværs af de både offentlige og private aktører, som gennemfører markedskortlægning, behovsafdækning, test, evaluering mv.

Model 1 | Styrket prioritering inden for eksisterende rammer

- 5. Tværgående prioritering og lokal forankring
- 6. Innovation og implementering som organisatoriske discipliner

5A. Bedre udnyttelse af national bestyrelses eksisterende mandat

5B. Nyt beslutningsorgan på tværs af digitalisering, data og innovation

5C. Nyt beslutningsorgan for innovation med professionel bestyrelse udpeget af parterne

5D. Ledelseshierarki med professionel ledelse og ejerskab

6A. PMO-funktion

6C. Implementeringsrådgivning

6B. Kontaktflade med én indgang til innovationsprojekter og eksisterende løsninger

- 1. Incitament
- 2. Finansiering

1-2F: Tilbagebetalingsmodeller betinget af gevinstrealisering (risikodeling)

1-2E: Udlodning af midler (særligt til implementering) ud fra bestemte kriterier

- 3. Indkøb og partnerskaber

3D. Forpligtende fælles indkøb

3G. Behovsdrevne og innovative udbud med konsortier og OPI samt forpligtelse til indkøb efter udvikling

3E. Outsourcing af indkøb til central organisation

3J. Nationalt forum for innovationsaktørstyring

3I. Én indgang for leverandører til navigation igennem sundhedssektoren

3K. Konsolidering af aktørlandskabet ved at samle kerneopgaver i innovationsforløb

- 4. Evaluering og værdisætning

4E. Forpligtelse til anvendelse af fælles standarder

4F. Sammenhængende evalueringsproces: Én indgang og koordineret

Model 1 supplerer grundelementerne ved at give den nationale bestyrelse for digitalisering og data et større fokus på at træffe forpligtende beslutninger om tværgående udbredelse. Modellen beror dog alene på, at der forudsættes en tydeligere politisk prioritering af sundhedsinnovation, og at bestyrelsen i forlængelse heraf i højere grad udnytter sit eksisterende mandat til at prioritere strategiske programmer og understøtte bedre udbredelse af gode digitale løsninger fra ind- og udland.

Den nationale bestyrelse for digitalisering og data vil fortsat være et forhandlingsforum for stat, kommuner og regioner, hvor beslutninger i høj grad hviler på, at parterne ønsker at samarbejde, og at der kan skabes enighed på tværs.

For så vidt angår incitament og finansiering såvel som evaluering og værdisætning beror modellen på grundelementer. Der sker således inden organisatorisk styrkelse ud over grundelementerne.

Model 2 | Styrket tværgående innovation inden for sammenlagte rammer

Model 2 er som arketype udtryk for to centrale valg:

- 1) At der etableres en **fælles, strategisk ledelse** på tværs af innovation og digitalisering, hvilket sker i forlængelse af en bredere samling af ansvaret for en række opgaver på tværs af de to områder. Den fælles strategiske ledelse får fsva. innovation et særskilt ansvar for at identificere, etablere og gennemføre tværgående innovationsprogrammer, og der kan eventuelt øremærkes midler hertil.
- 2) At der gennemføres en **samling af ansvaret for en række opgaver** inden for hhv. innovation og digitalisering i én integreret organisation. Innovation kan dermed trække på de samme ressourcer og indgå i den samme pipeline- og porteføljestyring som digitalisering. I sammenhæng hermed sker der en styrkelse af **fælles, forpligtende indkøb**, herunder gennem OPI og andre partnerskabsmodeller. Det strategiske niveau understøttes organisatorisk ved **etablering af et programkontor (PMO)** med ansvar for pipeline- og porteføljestyring.

- **Beslutningskompetence:** Styrkelse af tværgående governance i form af et **strategisk beslutningsforum på tværs af digitalisering og innovation**. Etablering af **programkontor (PMO)** med ansvar for pipeline- og porteføljestyring samt overblik over sundhedsteknologiske løsninger. Etablering af **tværgående program- og implementeringsrådgivning**.
- **Incitament og finansiering: Udlodning af midler** (særligt til implementering), herunder øget mulighed for **fælles/øremærkede midler** ud fra bestemte aftalte strategiske kriterier. Kan kombineres med en stage-gate-model, hvor bevillingsmodtager skal vise gevinstrealisering, før midler til næste fase udløses.
- **Indkøb og partnerskaber:** Ansvar for kompetencer inden for indkøb og it-udvikling samles, inkl. forpligtende fælles indkøbspartnerskaber. Kombineres med behovsdrevne calls, innovative udbud og central bistand til komplekse udbudsprocesser.
- **Evaluering og værdisætning:** Forpligtelse til at anvende fælles standarder inden for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning. Etablering af et koordinerende forum på tværs af de offentlige og private aktører mhp. tydeligere arbejdsdeling og øget brug af fælles standarder.

Model 2 | Styrket tværgående innovation inden for sammenlagte rammer

- 5. Tværgående prioritering og lokal forankring
- 6. Innovation og implementering som organisatoriske discipliner

5A. Bedre udnyttelse af national bestyrelses eksisterende mandat

5B. Nyt beslutningsorgan på tværs af digitalisering, data og innovation

5C. Nyt beslutningsorgan for innovation med professionel bestyrelse udpeget af parterne

5D. Ledeshierarki med professionel ledelse og ejerskab

6A. PMO-funktion

6C. Implementeringsrådgivning

6B. Kontaktflade med én indgang til innovationsprojekter og eksisterende løsninger

- 1. Incitament
- 2. Finansiering

1-2F: Tilbagebetalingsmodeller betinget af gevinstrealisering (risikodeling)

1-2E: Udlodning af midler (særligt til implementering) ud fra bestemte kriterier

- 3. Indkøb og partnerskaber

3D. Forpligtende fælles indkøb

3G. Behovsdrevne og innovative udbud med konsortier og OPI samt forpligtelse til indkøb efter udvikling

3E. Outsourcing af indkøb til central organisation

3J. Nationalt forum for innovationsaktørstyring

3I. Én indgang for leverandører til navigation igennem sundhedssektoren

3K. Konsolidering af aktørlandskabet ved at samle kerneopgaver i innovationsforløb

- 4. Evaluering og værdisætning

4E. Forpligtelse til anvendelse af fælles standarder

4F. Sammenhængende evalueringsproces: Én indgang og koordineret

Model 2 supplerer grundelementerne ved at tage afsæt i et scenarie, hvor der sker der en organisatorisk samling af en række tværgående funktioner på innovations- og digitaliseringsområdet, herunder inden for innovation, evaluering, indkøb, partnerskaber, jura, it-udvikling og data.

Modellen styrker den strategiske beslutningskompetence gennem etablering af en ny, fælles strategisk ledelse på tværs af innovation, digitalisering og data. Der bør være stærke ledelses- og sundhedsfaglige kompetencer og et stærkt mandat til at prioritere tværgående behov og igangsætte programmer. Modellen styrker således tværgående innovation inden for det etablerede beslutningshierarki. Det bør sikres, at innovation ikke nedprioriteres til fordel for den øvrige digitalisering, fx gennem institutionalisering og øremærkede midler.

Der etableres et programkontor med ansvar for pipeline- og porteføljestyring og løbende opfølgning på aftalte strategiske programmer for innovation og udbredelse af nye digitale løsninger.

Modellen gør brug af udlodning af midler, herunder øget mulighed for ud fra bestemte kriterier at søge bevillinger fra særskilte midler.

Modellen samordner rådgivning på det juridiske område, styrker fælles forpligtende indkøbspartnerskaber og etablerer forpligtende fælles standarder for evaluering og værdisætning af sundhedsteknologiske løsninger, hvilket forankres i den nye organisering på tværs af innovation og digitalisering. Der etableres samme sted en mere enstrenget kontaktflade ("én indgang") for både myndigheder og marked.

Det vil også være muligt at udbygge model 2 med yderligere virkemidler, fx 3E, 3I og 4F.

Model 3 | Styrket tværgående innovation inden for nye, dedikerede rammer

Model 3 er som arketype udtryk for to centrale valg:

- 1) At der gennem politisk udpegning etableres en **ekstern professionel bestyrelse** som et **nyt beslutningsorgan** med fokus på tværgående og langsigtede innovationsbehov. **Bestyrelsen sætter den overordnede retning** for de programmer, som den underliggende organisation for innovationsområdet kan igangsætte og drive.
 - 2) At der skabes en **dedikeret organisation for innovationsområdet**, som har et fagligt og ledelsesmæssigt fokus på tværgående innovation og udbredelse af digitale løsninger. Denne organisation skal have **frihedsgrader og armslængde** til – inden for sit mandat og formål – at udvælge og igangsætte lokalt forankrede innovationsprogrammer, der går på tværs af sundhedsvæsnets parter, herunder langsigtede, tværgående investeringer i innovation. Denne organisation vil være en **kombination af et programkontor (PMO) og en række andre funktioner** med specifik relevans for den tværgående understøttelse af en styrket innovationsindsats.
- **Beslutningskompetence:** Delegerer styrket strategisk beslutningskompetence til en **politisk udpeget professionel bestyrelse**. Etablerer et **programkontor (PMO)**, som understøtter bestyrelsen i at prioritere, igangsætte og styre aftalte tværgående programmer. Etablering af **tværgående program- og implementeringsrådgivning**.
 - **Incitament og finansiering:** **Udlodning af midler** (særligt til implementering), herunder øget mulighed for **fælles/øremærkede midler** ud fra bestemte aftalte strategiske kriterier. Kan kombineres med en stage-gate-model. Kombineres med **tilbagebetalingsmodeller**, betinget af gevinstrealisering (risikodeling), evt. med privat (med)finansiering.
 - **Indkøb og partnerskaber:** Organisation har ansvar for **forpligtende fælles indkøbspartnerskaber**. Kombineres med behovsdrevne calls, innovative udbud med konsortier og OPI og central bistand til komplekse udbudsprocesser.
 - **Evaluering og værdisætning:** Etablerer **sammenhængende evalueringsproces** og nationalt overblik over behov, løsninger og projekter. Forpligtelse til anvendelse af **obligatoriske fælles standarder**. Etablering af én indgang for virksomheder. Stærkere styring ved, at opgaverne hjemtages til central organisation og herefter evt. genudbydes.

Model 3 | Styrket tværgående innovation inden for nye, dedikerede rammer

- 5. Tværgående prioritering og lokal forankring
- 6. Innovation og implementering som organisatoriske discipliner

5A. Bedre udnyttelse af national bestyrelses eksisterende mandat

5B. Nyt beslutningsorgan på tværs af digitalisering, data og innovation

5C. Nyt beslutningsorgan for innovation med professionel bestyrelse udpeget af parterne

5D. Ledeshierarki med professionel ledelse og ejerskab

6A. PMO-funktion

6C. Implementeringsrådgivning

6B. Kontaktflade med én indgang til innovationsprojekter og eksisterende løsninger

- 1. Incitamenter
- 2. Finansiering

1-2F: Tilbagebetalingsmodeller betinget af gevinstrealisering (risikodeling)

1-2E: Udlodning af midler (særligt til implementering) ud fra bestemte kriterier

- 3. Indkøb og partnerskaber

3D. Forpligtende fælles indkøb

3G. Behovsdrevne og innovative udbud med konsortier og OPI samt forpligtelse til indkøb efter udvikling

3E. Outsourcing af indkøb til central organisation

3J. Nationalt forum for innovationsaktørstyring

3I. Én indgang for leverandører til navigation igennem sundhedssektoren

3K. Konsolidering af aktørlandskabet ved at samle kerneopgaver i innovationsforløb

- 4. Evaluering og værdisætning

4E. Forpligtelse til anvendelse af fælles standarder

4F. Sammenhængende evalueringsproces: Én indgang og koordineret






Model 3 supplerer grundelementerne ved at tage afsæt i en institutionalisering af et særskilt fagligt og ledelsesmæssigt fokus, hvor innovation etableres som en selvstændig organisatorisk søjle. Ligeledes etableres et særskilt beslutningsforum uden for det eksisterende beslutningshierarki i form af en professionel bestyrelse med politisk udpegede, fagligt professionelle medlemmer. Bestyrelsen og den underliggende innovationsorganisation er uden for det etablerede beslutnings- og aftalehierarki og får armslængde til at igangsætte, drive og lukke programmer inden for det mandat, bestyrelsen bliver givet.

Det overordnede beslutningsniveau i form af bestyrelsen modsvarer af en særskilt organisering med mandat til at igangsætte og drive tværgående innovationsprogrammer. Foruden et programkontor vil der være tale om en række andre funktioner, som skal understøtte forløb på tværs af værdikæden for innovation.

Modellen gør brug af tilbagebetalingsmodeller betinget af gevinstrealisering og af udlodning af midler, særligt til implementering, ud fra bestemte kriterier.

Modellen styrker fælles forpligtende indkøbspartnerskaber og etablerer forpligtende fælles standarder for evaluering og værdisætning af sundhedsteknologiske løsninger. Der sker en stærkere styring af området for behovsvurdering, markedskortlægning, evaluering og test ved, at opgaverne hjemtages til den centrale organisation og herefter eventuelt kan genudbydes til aktørerne i det eksisterende økosystem, men i så fald med krav om at efterleve aftalte og gensidigt anerkendte standarder.

Overblik over indhold i modellerne

Designkriterie	Model 1 – Styrket prioritering inden for eksisterende rammer	Model 2 – Styrket tværgående innovation inden for sammenlagte rammer	Model 3 – Styrket tværgående innovation inden for nye, dedikerede rammer
 <p>5. Tværgående prioritering og lokal forankring</p>	5A. Bedre udnyttelse af national bestyrelses eksisterende mandat	5B. Nyt beslutningsorgan på tværs af digitalisering, data og innovation	5C. Nyt beslutningsorgan for innovation med professionel bestyrelse udpeget af parterne
 <p>6. Innovation og implementering som organisatoriske discipliner</p>		<p>6A. PMO-funktion</p> <p>6B. Kontaktflade med én indgang til innovationsprojekter og eksisterende løsninger</p> <p>6C. Implementeringsrådgivning</p>	<p>6A. PMO-funktion</p> <p>6B. Kontaktflade med én indgang til innovationsprojekter og eksisterende løsninger</p> <p>6C. Implementeringsrådgivning</p>
 <p>1. Incitament 2. Finansiering</p>		1-2E: Udlodning af midler (særligt til implementering) ud fra bestemte kriterier	<p>1-2E: Udlodning af midler (særligt til implementering) ud fra bestemte kriterier</p> <p>1-2F: Tilbagebetalingsmodeller betinget af gevinstrealisering (risikodeling)</p>
 <p>3. Indkøb og partnerskaber</p>	3J. Nationalt forum for innovationsaktørstyring	<p>3D. Forpligtende fælles indkøb</p> <p>3G. Behovsdrevne og innovative udbud med konsortier og OPI samt forpligtelse til indkøb efter udvikling</p> <p>3J. Nationalt forum for innovationsaktørstyring</p>	<p>3D. Forpligtende fælles indkøb</p> <p>3E. Outsourcing af indkøb til central organisation</p> <p>3G. Behovsdrevne og innovative udbud med konsortier og OPI samt forpligtelse til indkøb efter udvikling</p> <p>3I. Én indgang for leverandører til navigation igennem sundhedssektoren</p> <p>3K. Konsolidering af aktørlandskabet ved at samle kerneopgaver i innovationsforløb</p>
 <p>4. Evaluering og værdisætning</p>		4E. Forpligtelse til anvendelse af fælles standarder	<p>4E. Forpligtelse til anvendelse af fælles standarder</p> <p>4F. Sammenhængende evalueringsproces: Én indgang og koordineret</p>

Deloitte.

I samarbejde med...

Langberg+
plus



Mickael Bech
Sundhedsøkonomisk ekspert