

# Modeller for styrket tværgående sundhedsinnovation og udbredelse af digitale løsninger med arbejdskraftfrigørende potentiale

---

## Indholdsfortegnelse

1. Indledning	2
2. Ledelsesresume	2
2.1 Tre arketyperiske modeller for en styrket udvikling og udbredelse af tværgående sundhedsinnovation	3
2.2 Sammenligning af løsningsmodel 2 og 3 gennem to centrale trade-offs	5
2.3 Forudsætningskabende grundelementer	8
3. Baggrund og formål	8
4. Grundelementer som anbefales uanset løsningsmodel	9
5. Løsningsmodeller	12
5.1 Løsningsmodel 1 – Styrket prioritering inden for eksisterende rammer	12
5.1.1 Opsummering af indhold i løsningsmodel 1	13
5.1.2 Effektivurdering: Fordele og ulemper ved løsningsmodel 1	14
5.2 Løsningsmodel 2 – Styrket tværgående innovation inden for sammenlagte rammer	14
5.2.1 Opsummering af indhold i løsningsmodel 2	15
5.2.2 Effektivurdering: Fordele og ulemper ved løsningsmodel 2	17
5.3 Løsningsmodel 3 – Styrket tværgående innovation inden for nye, dedikerede rammer	18
5.3.1 Opsummering af indhold i løsningsmodel 3	19
5.3.2 Effektivurdering: Fordele og ulemper ved løsningsmodel 3	21
6. Sammenligning af løsningsmodeller	23
7. Centrale afvejringer vedr. governance og organisering	24
8. Analysens fremgangsmåde og datagrundlag	25
9. Barrierer for innovation, implementering og udbredelse	25
10. Prioriterede barrierer	26
11. Designkriterier for opstilling af løsningsmodeller	27

## 1. Indledning

Dette notat præsenterer et sammendrag af analysen vedrørende modeller for styrket tværgående sundhedsinnovation og udbredelse af digitale løsninger med arbejdskraftfrigørende potentiale. Analysen er motiveret af behovet for at bidrage til et mere nært og bæredygtigt sundhedsvæsen ved at skabe bedre forudsætninger for udvikling og udbredelse af innovation. Analysens hovedfokus er betingelserne for at styrke den tværgående udbredelse af gode løsninger, der kan frigøre tid hos medarbejderne, muliggøre øget forebyggelse og skabe bedre muligheder for at levere sammenhængende ydelser i det nære sundhedsvæsen.

Notatet opstiller tre arketyperiske løsningsmodeller og beskriver samtidig en række grundlæggende initiativer, der på baggrund af analysen anbefales implementeret uanset valg af model. Disse grundlæggende initiativer vil dog ikke i sig selv adressere det kortlagte behov for ledelseskraft og tværgående prioritering. For at imødekomme opdragets ambition bør grundelementerne derfor kombineres med en af de tre arketyperiske modeller, der særligt har fokus på organisering og den ledsagende governance. Hver løsningsmodel er herudover udtryk for en kombination af en række yderligere virkemidler, som i nogen grad også vil kunne kombineres anderledes end i nærværende fremstilling.

## 2. Ledelsesresumé

Analysens formål har været at opstille modeller for en styrket tværgående innovationskraft og en styrket udbredelse af digitale løsninger med arbejdskraftfrigørende potentiale. Som en væsentlig del af grundlaget for opstillingen af virkemidler og løsningsmodeller har analysen kortlagt de væsentligste barrierer for innovation, implementering og udbredelse af digitale løsninger. Kortlægningen har vist, at der mangler en stærk national innovationsdagsorden, og at der ligeledes mangler beslutningskompetence og strukturer, som 1) understøtter tværgående formulering og prioritering af behov (herunder på tværs af sektorer), 2) sikrer overblik over igangværende initiativer og udbredelsesparate løsninger, og 3) styrker udvikling og udbredelse af digitale løsninger på tværs af sundhedsvæsenet.

Barrierebilledet er på flere parametre anderledes for implementering end for innovation. Dette gælder i særlig grad i form af en skævhed i incitament og allokering af midler, idet 1) en række incitament fremmer lokal nyudvikling frem for udbredelse af kendte løsninger, og 2) der ofte er nem adgang til innovationsmidler, men sjældent er sikret afklaring om finansiering og implementeringskapacitet. Derudover har analysen understreget behovet for en stærkere ledelsesmæssig og organisatorisk forankring af innovationsarbejdet og implementeringen af udviklede innovationer i praksis – både i de enkelte organisationer og på tværs af sektorerne. Behovet for stærkere forankring ses særligt i overgangen fra innovation til implementering og udbredelse af løsninger. Behovet for stærkere forankring ses også i selve innovationsøkosystemet, der er fragmenteret, har en uklar arbejdsdeling og et svagt ophæng i de etablerede ledelsesstrukturer, hvilket gælder både de udførende og forvaltningsmæssige niveauer.

Der vurderes samlet set at være et fravær af enighed om prioriterede behov, fravær af gensidigt anerkendte vurderingsgrundlag og fravær af mekanismer til gensidig forpligtelse, herunder forpligtelser til

implementering og udbredelse. Billedet er, at Danmark er et sted, hvor virksomheder vha. fonds- og puljemidler udvikler nye løsninger, men at de sjældent udbredes, hvorved det danske sundhedsvæsen ikke i tilstrækkelig grad og i tilstrækkelig skala får nytte af de udviklede løsninger.

## 2.1 Tre arketyperiske modeller for en styrket udvikling og udbredelse af tværgående sundhedsinnovation

For at forløse potentialerne for digital innovation i sundhedsvæsenet og sikre et fortsat bæredygtigt sundhedsvæsen vurderes det på baggrund af analysen nødvendigt at styrke den ledelsesmæssige forankring af innovation og implementering. Det vurderes ligeledes nødvendigt at styrke den organisatoriske kapacitet til at omsætte innovation til implementering. Dette skal understøttes af styrkede økonomiske og ledelsesmæssige incitamentter til at udbrede arbejdskraftsfrigørende løsninger på tværs af sundhedsvæsenet. Der skal således løbende kunne foretages en effektiv og fagligt velfunderet prioritering af tværgående behov og kunne træffes beslutninger om udbredelse, ligesom der er behov for at kunne investere i initiativer, som er flerårige og har flere parter. Dette skal understøttes af fælles og gensidigt forpligtende aftale- og indkøbsparadigmer, fælles og gensidigt anerkendte modeller for evaluering og en mere effektiv adressering af regulatoriske barrierer og gråzoner.

På denne baggrund er der beskrevet tre arketyperiske løsningsmodeller og samtidig identificeret en række forudsætningskabende grundelementer, som anbefales implementeret uanset valg af løsningsmodel. På tværs af modeller er udgangspunktet, at der i stigende grad etableres strategiske innovationsprogrammer med afsæt i en tværgående prioritering af sundhedsvæsenets behov. Alt efter behovets karakter kan programmer have meget forskellig form. Det kan også være relevant at bruge modeller med privat medfinansiering. Innovationsprogrammerne sammensættes med relevante aktører for at sikre faglighed og forankring, hvilket også bør være med den efterfølgende implementering for øje, da arbejdskraftfrigørende digital innovation ofte forudsætter ændringer i arbejdsgange og klinisk/sundhedsfaglig praksis.

En styrket udvikling og udbredelse af tværgående løsninger med arbejdskraftfrigørende potentiale forudsætter endvidere en styrket strategisk beslutningskompetence samt en organisatorisk og styringsmæssig evne til at omsætte fælles beslutninger til mærkbare forbedringer. Der er behov for en governancestruktur, som kan tilvejebringe bedre tværgående prioritering inden for de allerede eksisterende økonomiske rammer – og som efter behov kan etablere fælles medfinansiering på tværs af aktører. De tre arketyperiske løsningsmodeller supplerer her grundelementerne ved at tage stilling til hhv. organiseringen og den tilknyttede beslutningskompetence:

- I *løsningsmodel 1* ændres der ikke i den organisatoriske understøttelse, og beslutningskompetencen ligger fortsat i den eksisterende nationale bestyrelse for digitalisering og data. Modellen beror således på, at der forudsættes en tydeligere politisk prioritering af udbredelse af sundhedsinnovation, og at bestyrelsen i forlængelse heraf i højere grad udnytter sit eksisterende mandat.

- I *løsningsmodel 2* etableres der en stærkere organisering med et bredere ansvar på tværs af både sundhedsinnovation og digitalisering. En række tværgående opgaver vedrørende innovation, it-udvikling og data integreres under fælles ansvar og en ledelse med beslutningskompetence på tværs af sundhedsinnovation og digitalisering. Modellen vurderes at være bedst til at sikre, at innovation modnes teknisk, og at innovationsprojekters behov for afledte digitaliseringsprojekter tidligt identificeres og overføres til digitaliseringsorganisationens pipelinestyling og ledsagende prioritering af midler til implementering. Det strategiske niveau understøttes af etablering af et programkontor (PMO) med ansvar for pipeline- og porteføljestyring af innovationsprogrammer.
- I *løsningsmodel 3* etableres der en central innovationsorganisation, som for det første kan drive behovsdrivet innovation, hvor der fra et tværsektorielt perspektiv kan sikres udvikling af løsninger, der frigør arbejdskraft. Og for det andet kan fungere som "one-stop-shop" for projekter og virksomheder, der har behov for hjælp til at teste og justere deres løsninger med henblik på national skalering. Da fokus er på sundhedsvæsnets tværgående behov, skal organisationen i de konkrete programmer have armslængde til de enkelte offentlige parter. Organisationen skal dog samtidig bistå projekter og virksomheder med at skabe et reelt ejerskab i sundhedsvæsenets driftsinstitutioner, både hos ledelse og medarbejdere, da det er forudsætning for vellykket skalering og implementering af de mest lovende innovative løsninger. Beslutningskompetencen i de enkelte innovationsprogrammer placeres uden for det eksisterende beslutningshierarki. Til gengæld skal organisationen forankres i en forpligtende aftale mellem de offentlige parter. Det vil også være de offentlige parter, der udpeger bestyrelsen i fællesskab. Til at drive innovationsprogrammerne etableres en specialiseret program- og innovationsorganisation med PMO-kompetencer og kompetencer inden for tværgående innovation og skalering.

Da løsningsmodel 1 tager afsæt i et scenarie, hvor der hverken sker en organisatorisk eller beslutningsmæssig styrkelse, vil kapaciteten til at identificere, kvalificere, etablere og gennemføre strategiske innovationsprogrammer ikke være væsentligt anderledes end i dag. Modellen beror på en kombination af grundelementerne og en forudsætning om, at tydeligere politisk prioritering af udbredelse af sundhedsinnovation kan omsættes til handling og gensidig forpligtelse i den nationale bestyrelse. Modellen vil kun i nogen grad kunne adressere de identificerede barrierer.

Løsningsmodel 2 og 3 er på hver sin vis mere vidtgående ved dels at ændre i organiseringen og dels ved at etablere nye beslutningsfora (hvor løsningsmodel 3 er den mest vidtgående i kraft af et beslutningsforum uden for det etablerede beslutningshierarki). Både i løsningsmodel 2 og 3 vil grundelementerne få større effekt, da der modsat løsningsmodel 1 etableres en styrket governance og en organisation med kapacitet til effektivt at udvikle, vedligeholde og sikre optimal brug af grundelementerne, eksempelvis de fælles evalueringsmetoder og fælles indkøbsparadigmer. I løsningsmodel 2 sker styrkelsen som en generel samling af ansvaret for en række tværgående opgaver inden for innovation og digitalisering, der organiseres under fælles ledelse (i en koncernlignende struktur, hvor den underliggende organisering i praksis kan antage forskellige former). I løsningsmodel 3 sker styrkelsen ved etablering af en særskilt bestyrelse og en tilhørende organisering specifikt inden for innovation, hvor koblingen til driftsorganisationerne skabes i udviklings- og implementeringsarbejdet.

Både løsningsmodel 2 og 3 etablerer en styrket organisering, men de adskiller sig fra hinanden ved, at løsningsmodel 2 etableres med en samlet ledelse for både digitalisering og innovation (i forlængelse af porteføljen for den nye, samlede organisering), mens løsningsmodel 3 etableres med en særskilt ekstern professionel bestyrelse og en tilknyttet specialiseret program- og innovationsorganisation. I model 3 opereres der ud fra det mandat, som parterne har givet i forhold til de overordnede innovationsbehov. Men inden for dette mandat skal der være armslængde fra parterne til de konkrete programmer, projekter og beslutninger.

Fælles for de to modeller er styrket pipeline- og porteføljestyling af innovationsprogrammer (understøttet af et programkontor), mere enstregt kontaktflade ("én indgang") for både myndigheder og marked, øget brug af udlodning af midler med tilknyttede krav, mere samordnet juridisk rådgivning, skærpet forpligtelse til fælles indkøb og forpligtende test- og evalueringsmetodikker (hvor modellerne på de sidste to punkter supplerer grundelementerne med stærkere forpligtelser).

Løsningsmodel 2 og 3 går således begge længere end løsningsmodel 1 i deres forsøg på at adressere behovene for henholdsvis 1) styrket tværgående strategisk beslutningstagning vedrørende sundhedsinnovation og 2) tilvejebringelse af organisatorisk kapacitet til udbredelse og kompetencer inden for tværgående sundhedsinnovation og skalering i national skala. De er fælles om at søge bedre tværgående brug af knappe ressourcer, herunder ved at en række afklaringer og afprøvninger kun foretages én gang. Ligeledes er det en styrke ved både løsningsmodel 2 og 3, at afprøvning, modning og indkøb er samlet. Der vil også være bedre muligheder for gearing med privat kapital i løsningsmodel 2 og 3, fordi der i højere grad kan etableres forpligtende og ambitiøse strategiske programmer på tværs af parterne.

## 2.2 Sammenligning af løsningsmodel 2 og 3 gennem to centrale trade-offs

Løsningsmodel 2 prioriterer sammenhæng, koordinering og at arbejde inden for rammerne af det politisk-administrative system med kobling til driften i kraft af en samlet organisering med et ledsagende ansvar.

Løsningsmodel 3 prioriterer armslængde ved i stedet at udpege en professionel bestyrelse uden for det etablerede beslutningshierarki, men dog med et løbende samarbejde med praksis omkring eksisterende initiativer, der skal skaleres, og med lokal forankring via projekterne og programmerne, hvorved der sikres sundhedsfagligt, it-mæssigt og ledelsesmæssigt ejerskab til de enkelte løsninger.

Analysen har vist, at netop disse to elementer er udtryk for to centrale trade-offs, som løsningsmodellerne skal balancere – med hver sine fordele og ulemper:

Det ene *trade-off* består i, at når innovation organisatorisk integreres i digitalisering (løsningsmodel 2), så giver det fordele i form af bedre adgang til ressourcer (kompetencer, viden, data/snitflader mv.), en beslutningsmæssig infrastruktur og en lettere overgang fra innovationsprojekt til implementering. Dog kan en sådan integration erfaringsmæssigt gøre det svært for innovation at sameksistere i konkurrence med drift og inkrementelle forbedringsprojekter. Som hovedregel gør en samordning (løsningsmodel 2) det lettere at styre og implementere. I løsningsmodel 3 er der omvendt bedre mulighed for fagligt fokus på innovation, mulighed

for specialisering og et større råderum til at innovere med et tværsektorielt og fremtidssikret fokus, da udviklingen ikke lader sig begrænse af eksisterende strukturer, som kan langsommeliggøre og besværliggøre den innovative proces.

Dette bør endvidere ses i sammenhæng med hvad, det primære fokus for en ny model skal være: Jo mere fokus skal være på udbredelse og implementering af eksisterende løsninger, jo mere egnet vil en samordnet organisering (løsningsmodel 2) være, da disse discipliner lægger sig op ad digitaliseringsorganisationens rationale. Omvendt vil en opdelt organisering (løsningsmodel 3) være relativt bedre egnet til at sikre dedikeret fokus på og kompetencer til at udvikle decideret nye innovative løsninger og leverancemodeller. Endvidere er der i løsningsmodel 3 lavere risiko for, at innovation nedprioriteres til fx fordel for øvrig digitalisering og drift, herunder også bedre råderum til de innovationsprojekter, hvor digitalisering kun spiller en begrænset rolle.

Det *andet trade-off* består i, i hvilken grad innovation håndteres inden for en samlet it- og dataorganisering med ejerskab forankret hos parterne (som i løsningsmodel 2). Nodstillingen er en uafhængig bestyrelse med armslængde til det eksisterende styringshierarki (som i løsningsmodel 3). Dette kommer til udtryk som en balance mellem på den ene side styrbarhed, ledelsesmæssigt ansvar og partsrepræsentation (løsningsmodel 2) og på den anden side armslængde og frihedsgrader til en professionelt nedsat bestyrelse med erfaring inden for sundhedsinnovation, styring, implementering og skalering (løsningsmodel 3). I begge løsninger vil styrbarhed og ledelsesmæssigt ansvar således være til stede, om end på forskellig vis.

Armslængde kan i løsningsmodel 3 fx skabes ved politisk udpegelse af en professionel bestyrelse, eller at man på anden vis etablerer et beslutningsforum, der ikke er direkte præget af partsinteresser og derved kan have et styrket handlerum til at prioritere tværgående og mere langsigtede innovationsprogrammer – uden en direkte aktie i driften og gevinstrealiseringen. Et sådant beslutningsforum uden for systemet kræver dog et løbende tæt samarbejde med praksis og sikring af lokal forankring. Et tæt praksissamarbejde må derfor indtænkes i model 3 for at modvirke risikoen for ukoordinerede strategiske beslutninger afkoblet fra den drift og den sundhedsfaglige praksis, hvor løsninger skal implementeres.

Alt efter hvilket valg man træffer på disse to centrale trade-offs, vil der være både fordele og ulemper og derfor et afledt behov for at lave supplerende greb for at kompensere for svaghederne ved den givne model. Nedenfor beskrives logikkerne i løsningsmodel 2 og 3 nærmere.

### *Løsningsmodel 2*

I løsningsmodel 2 søges der skabt mere eksekveringskraft og bedre sammenhæng mellem innovation, it-udvikling, implementering og den bredere digitalisering gennem samling af en række tværgående opgaver i én integreret organisation under fælles ledelse. Innovation kan dermed trække på de samme ressourcer og indgå i den samme pipeline- og porteføljestyring som digitalisering, ligesom overgangen fra innovation til implementering vil have en lavere kompleksitet ved at foregå inden for samme overordnede organisering og governance, og ved at digitaliseringsorganisationen tidligt kan bidrage til at trykprøve og modne innovationsforslag. Løsningsmodel 2 prioriterer at have innovation og digitalisering inden for den samme overordnede organisering for at sikre sammenhæng mellem innovation og den bredere prioritering af initiativer

inden for digitalisering og it. Erfaringen er i dag, at innovationsområdet ofte er for langt væk fra prioriteringen og ledelsessystemet.

Den fælles ledelse indebærer fordele i form af styrbarhed, ledelsesmæssigt ansvar og sammenhæng med digitaliseringsindsatsen bredt, herunder sammenhæng mellem udbredelse af digital innovation og udbredelse af øvrig digitalisering i sundhedsvæsenet. Ulemper vil omvendt være risikoen for, at det strategiske niveau præges af de samme udfordringer som den eksisterende bestyrelse ift. manglende eksekveringskraft og manglende evne til at vægte tværgående hensyn og fælles forpligtelser ifm. investeringsbeslutninger. At samle innovation og digitalisering indebærer erfaringsmæssigt også en risiko for, at innovation nedprioriteres i konkurrence med den mere kortsigtede, lokale og driftsnære forretningsudvikling. Omvendt vurderes løsningsmodel 2 i kraft af organiseringen med fælles ansvar på tværs af innovation og digitalisering at være den model, som bedst kan sikre, at innovation modnes teknisk, og at innovationsprojekters behov for afledte digitaliseringsprojekter tidligt identificeres og overføres til digitaliseringsorganisationens pipelinestyring og ledsagende prioritering af midler til implementering. Erfaringsmæssigt er der en række forudsætninger for vellykket sameksistens af innovation og digitalisering, herunder at der ledelsesmæssigt, incitamentsmæssigt og organisatorisk skabes de rette rammer. I løsningsmodel 2 vil det således være vigtigt at sikre organisatoriske rammer, som giver plads til innovationen – både i form af ressourcer og finansiering (evt. øremærkede midler), men også i form af andre kompetencer og en anden arbejdsform. Det kræver erfaringsmæssigt en stærk ledelse at sikre god en sameksistens mellem innovation og digitalisering – særligt når innovationens karakter adskiller sig fra konventionel it-udvikling og digitalisering.

### *Løsningsmodel 3*

I løsningsmodel 3 sker der en mere vidtgående institutionalisering af et dedikeret fagligt og ledelsesmæssigt fokus på innovation ved at etablere en selvstændig central innovationsorganisation med en ledelse uden for det eksisterende beslutningshierarki i form af en politisk udpeget professionel bestyrelse. Etableringen af en professionel bestyrelse og en ny, selvstændig organisation med ansvar for tværgående innovation uden for det etablerede beslutningshierarki skaber armslængde og råderum til at træffe beslutninger om udvikling og skalering af tværgående løsninger samt til at bruge fælles/øremærkede midler til at prioritere fælles behov og tværgående hensyn, der binder sundhedsvæsenet og patientforløbende bedre sammen, herunder gennem langsigtede investeringer – hvilket erfaringsmæssigt har været svært i den nuværende governance. En ekstern bestyrelse vil have lavere responsivitet ift. ændringer i politiske prioriteter; modellen muliggør ikke politisk detailstyring, men fordrer i stedet flerårig rammestyring. En ekstern bestyrelse vil på den ene side have et større råderum til at prioritere på tværs af parterne, men det kræver også, at der ligger en forpligtelse hos parterne til at indføre nye løsninger, hvis de vel at mærke er testet og vurderet tilstrækkeligt, og der er skabt ejerskab på tværs af sundhedsfaglige miljøer, kommende brugere, indkøbs- og it-afdelinger, patientrepræsentanter, lokale innovationsenheder og private aktører. Dette skal sikre, at udviklingen og skaleringen ikke bliver afkoblet fra øvrige digitaliseringsindsatser, drift og gevinstrealisering. Udmøntningen af de konkrete innovationsprogrammer fordrer således tæt forankring lokalt, så løsningerne tænkes sammen med både den kliniske og sundhedsfaglige praksis og den øvrige digitalisering. Armslængde skaber grundlag for langsigtede, tværgående investeringer i innovation, hvor innovationen ikke skal konkurrere med de enkelte organisationers løbende budgetprioriteringer af it og digitalisering.



Den særskilte organisering af innovationsområdet giver på den ene side dedikerede ressourcer med mulighed for fagligt fokus, specialisering og frihedsgrader, men på den anden side risiko for at videreføre nogle af de samme udfordringer som i den nuværende situation, hvor innovation og udbredelse ofte i lav grad er forankret i digitalisering. Derfor er det afgørende, at der i den centrale innovationsorganisation er fokus på at sikre tæt lokal forankring både sundhedsfagligt og it-mæssigt. En opdelt organisering er således på den ene side relativt bedre egnet til at skabe råderum til at prioritere udvikling af nye løsninger og nye måder at arbejde på, men fordrer omvendt et skærpet behov for tæt koordinering og forankring med digitaliseringsorganisationerne, hvilket den centrale innovationsorganisation vil skulle søge at sikre. Derved kan man dæmpe den højere kompleksitet i overgangen fra innovation til implementering og udbredelse, når ansvaret skifter organisatorisk. Det vil derfor også være vigtigt i regi af de enkelte innovationsprogrammer at sikre rettidig involvering af digitalisering, såvel som rette forankring hos de sundhedsprofessionelle.

### 2.3 Forudsætningskabende grundelementer

I tillæg til indholdet i de tre løsningsmodeller er der identificeret en række forudsætningskabende grundelementer, som anbefales implementeret uanset løsningsmodel. De væsentligste grundelementer er, at ledelsen i højere grad bedømmes og belønnes ud fra succesfuld implementering og udbredelse, øget brug af at knytte specifikke krav til udmøntning af bevillinger, øget brug af fælles indkøb med styrket købsforpligtelse, fælles modeller for evaluering af sundhedsteknologi og endelig at der etableres lokale ledelsessystemer, som sikrer, at innovationsledelse og implementering bliver prioriterede opgaver med tilknyttede roller, ansvar, processer og organisering – og i større grad udløser merit for de sundhedsprofessionelle. På tværs af modeller er det endvidere en forudsætning, at der skabes grundlag for at prioritere, etablere og drive tværgående programmer for sundhedsinnovation, og at der i sammensætningen af de konkrete programmer sikres den rette faglighed og repræsentation, herunder af de kommende brugere.

I princippet vil de fleste grundelementer kunne effektueres uden at vente på de overordnede valg om organisering, hvilket dog kan indebære, at ansvaret efterfølgende skal flyttes, ligesom en række af grundelementerne ikke vil kunne få samme effekt uden en styrket ledelse og organisering. Bilag 1 indeholder en samlet oversigt over grundelementer ledsaget af en vurdering af hvilke, der i særlig grad bør afvente organisatorisk afklaring (se dertil også afsnit 4 nedenfor).

## **3. Baggrund og formål**

For at bidrage til at adressere sundhedsvæsenets nuværende udfordringer og for at understøtte den igangværende omstilling mod øget nærhed og forebyggelse er der behov for at styrke den nationale udvikling og den tværgående udbredelse af digitale løsninger med arbejdskraftfriggørende potentiale. I dag er udbredelsen ofte langsom og ujævn, og udviklingen er i begrænset omfang defineret ud fra en tværgående strategisk prioritering af sundhedsvæsenets behov.

På denne baggrund har Danske Regioner i samarbejde med Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Erhvervsministeriet og Uddannelses- og Forskningsministeriet gennemført en analyse, der har haft til formål 1) at belyse barrierer for udbredelse af digitale løsninger med arbejdskraftfrigørende potentiale på tværs af sundhedsvæsenet, og 2) i forlængelse heraf at understøtte ønsket om en styrket indsats ved at opstille modeller for bedre tværgående udbredelse af innovative digitale løsninger.<sup>1</sup>

Analysen har opstillet tre arketyperiske løsningsmodeller, som parterne kan anvende i det videre arbejde. Løsningsmodellerne er opstillet ud fra en grundlæggende ambition om strategisk og behovsdrivet at kunne identificere, prioritere, udvikle og implementere løsninger på tværs af sundsvæsenet. Analysen har endvidere identificeret en række grundelementer, der forudsættes adresseret uanset valg af model. Grundelementerne, løsningsmodellerne og de kortlagte barrierer præsenteres i dette notat og er beskrevet yderligere i Bilag 1.

#### **4. Grundelementer som anbefales uanset løsningsmodel**

Grundelementerne adresserer de barrierer, som er kortlagt og prioriteret i analysen, og som vurderes at være forudsætninger for at realisere opdraget. Analysen udspringer af en grundlæggende ambition om en mere strategisk og behovsdrivet tilgang til innovation og udbredelse af digitale løsninger. En tilgang hvor indsatsen i højere grad målrettes prioriterede tværgående behov i sundhedsvæsenet, herunder initiativer med et arbejdskraftfrigørende potentiale, ledsaget af en styrket national implementeringskraft, en bedre koordination og en tydeligere arbejdsdeling mellem offentlige og private aktører i økosystemet.

Analysen peger således på behovet for langt bedre at kunne identificere, definere, prioritere og eksekvere tværgående indsats i form af strategiske programmer, hvor der sikres en styrket forpligtelse til fælles prioriteter og udbredelse af digitale løsninger med en stærk lokal forankring af udbredelsesopgaven. Uanset valget af løsningsmodel skal der kunne gennemføres forskellige typer programmer, idet den konkrete organisering og styring af programmerne vil være bestemt af karakteren af den ønskede strategiske indsats. Fx vil nogle programmer bedst realiseres gennem indkøb og udbredelse af eksisterende løsninger, hvilket ligger tæt op ad hvordan, man i dag eksekverer på digitaliseringsområdet. Andre programmer vil omvendt kræve udvikling af nye løsninger og nye måder at arbejde på og vil derfor have en højere kompleksitet og usikkerhed – og vil kræve en mere udfordrings- og behovsdrivet tilgang med brug af andre metoder og kompetencer, herunder eksempelvis også mere komplekse indkøbsformer, partnerskaber, mere åben dialog med markedet og mulighed for modeller med privat medfinansiering og risikodeling. Ligesom i dag vil det uanset programmets karakter også fortsat være relevant at bruge samarbejdsmodeller, hvor en eller flere parter leder et program på fællesskabets vegne og sikrer den lokale forankring hos de øvrige parter. Konkret

---

<sup>1</sup> Innovation afgrænses i analysen til innovation med en væsentlig digital komponent. Det skal dog bemærkes, at kompleksiteten ofte ligger andre steder end i det digitale – hvilket eksempelvis gælder inden for sammenhængende understøttelse af kronikerforløb på tværs af sektorer og tæt på borgerens egen hverdag, hvor de påkrævede løsninger i overvejende grad er kendt teknologi, og innovationen i stedet vedrører organisation, ansvar, samarbejdsformer mv.

kan den lokale forankring og implementering fremmes ved at repræsentanter fra sundhedsvæsenet og de kommende brugere deltager i de nedsatte innovationsprogrammer. Den konkrete sammensætning, herunder om der er privat deltagelse, ledsagende forskning etc., vil afhænge af programmets art. I flerårige programmer med et væsentligt behov for skabelse af ny evidens og løbende udbredelse af erfaringer vil det også kunne være relevant, at der i regi af programmet (fx hos den primært udførende organisation) etableres en mere varig organisering i form af et videnscenter med specifik indsigt i behov, arbejdsgange og sundhedsfaglig praksis, eksisterende systemunderstøttelse, løsninger og relevant forskning – hvilket også vil være vigtigt for den sundhedsfaglige forankring. Der er efterhånden en del erfaring med langvarige programmer, eksempelvis i form af Digital Almen Praksis, som MedCom har drevet siden 2018.

Bedre udvikling og tværgående udbredelse af arbejdskraftfrigørende løsninger forudsætter en styrket drivkraft og ledelsesforankring kombineret med incitamenter, der i nogen grad afbøder de nuværende incitamenter til lokal nyudvikling og i stedet understøtter bedre prioritering af tværgående behov, udvikling af tværsektorielle løsninger og i forlængelse heraf også prioritering af organisatorisk kapacitet til implementering. Bedre udbredelse forudsætter en styrket strategisk beslutningskompetence og tilvejebringelse af en organisatorisk og styringsmæssig evne til at omsætte fælles beslutninger og fagligt velfunderet prioritering til mærkbare forbedringer bredt i sundhedsvæsenet. Disse forhold adresseres imidlertid ikke af grundelementerne; grundelementerne nedenfor forholder sig således til, hvor og hvordan en styrket beslutningskompetence tilvejebringes og forankres. Dette adresseres i stedet i de tre arketyperiske løsningsmodeller, som opstiller tre alternativer for en styrket governance og organisering. Grundelementerne kan med andre ord ikke stå alene.

De væsentligste grundelementer er følgende (en samlet oversigt fremgår af Bilag 1):

- Vedrørende *incitamenter og finansiering* har analysen vist et behov for at styrke fokus på implementering, bl.a. gennem transparente incitamenter og gensidig forpligtelse til at udbrede prioriterede løsninger. Hensigten er, at aktørerne i højere grad trækker i samme retning i den digitale omstilling af sundhedsvæsenet, herunder i form af implementering og genanvendelse af gode digitale sundhedsløsninger, så Danmark opnår hurtig og størst effekt af modne digitale sundhedsløsninger. For at understøtte dette anbefales bl.a. øget brug af resultatmål, så ledelsen i sundhedsvæsenet i højere grad bedømmes og belønnes ud fra, om man lykkes med implementering og udbredelse, der knytter sig direkte til nationale strategier og mål. Der bør generelt efterstræbes positive incitamenter til effektivering af fælles beslutninger. I tilfælde af udlodning af midler anbefales dette ledsaget af stærkere krav til bevillingsmodtagerne, fx krav til implementering og tværgående udbredelse eller krav om medfinansiering.
- Vedrørende *indkøb og partnerskaber* er der behov for et nationalt overblik over eksisterende løsninger, fælles standarder og processer for indkøb og partnerskaber, ensartet forståelse af udbudslovgivning og databeskyttelsesretten samt en mere enkel og gennemskuelig indgang til sundhedsvæsenet for virksomheder. Der anbefales øget brug af fælles indkøb med større skala og styrkede købsforpligtelser. Der anbefales mere effektive udbudsprocesser for

sundhedsteknologi og etablering af fælles og gensidigt forpligtende aftale- og indkøbsparadigmer, krav og kontrakter, såvel for konventionelle indkøb som mere innovative udbudsformer, herunder komplekse behovsdrevne udbud/calls og partnerskaber. Desuden skal det indtænkes, at der i relevant omfang først frigives midler, når løsninger har imødekommet de opstillede krav til resultater eller værdi. Denne logik kan også overføres til samarbejdet med private leverandører ved at gøre øget brug af modeller for risikodeling, hvor leverandørens honorering i nogen grad er betinget af de opnåede resultater, men hvor dette så også modsvares af en mere håndfast forpligtelse til, at det offentlige indkøber løsninger, der opfylder aftalte behov (fx i form af garanteret mindstekøb).

- Vedrørende *evaluering og værdisætning* peger analysen på et markant behov for at skabe fælles og gensidigt anerkendte modeller for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning af nye sundhedsteknologiske løsninger. Ved at have en ensartet og gensidigt anerkendt ramme, som kan bruges i flere dele af evalueringsprocessen og tillige som beslutningsgrundlag for investering og skalering, vil det i højere grad være muligt at bygge videre på andres viden og træffe beslutninger uden at skulle foretage de samme vurderinger flere gange. Ensartede evalueringsparadigmer og transparens vil også give bedre vilkår for kommercielle aktører. Konkret anbefales fælles modeller for evaluering af sundhedsteknologi som grundlag for beslutninger om indkøb/investering. I sammenhæng hermed forudsættes der etableret en tydeligere arbejdsdeling og en større ensartethed i økosystemet af både offentlige og private aktører, som bistår med behovs- og markedskortlægning, evaluering, kommercialisering mv. Samlet set skal disse grundelementer styrke koordinationen og nedbringe transaktionsomkostninger forbundet med at drive innovation og implementering i sundhedsvæsnen, herunder ved at sikre opbakning til og anerkendelse af hinandens evalueringer af sundhedsteknologiske løsninger.
- Vedrørende *innovation og implementering* som organisatoriske discipliner peger analysen på et behov for, at innovation og implementering i større grad skal udløse merit for sundhedsprofessionelle og i sammenhæng hermed et behov for at styrke den ledelsesmæssige forankring. Dette kan i nogen grad fremmes gennem incitamenter, men der vurderes også at være behov for at styrke den organisatoriske kapacitet til at omsætte innovation til implementering samt behov for at sikre bedre koordinering og sammenhæng, så der på tværs af forløb er bedre overblik, bedre pipeline- og porteføljestyring og mere effektive overgange til implementering. I tillæg til de tværgående initiativer rettet mod styrket strategisk retning, overblik, koordinering, evaluering og arbejdsdeling anbefales det derfor også, at der etableres lokale ledelsessystemer for innovation og implementering for at sikre, at innovationsledelse og allokering af ressourcer til implementering bliver prioriterede opgaver med tilknyttede roller, ansvar, processer og organisering.
- Vedrørende *læring og fjernelse af barrierer* er det en tværgående forudsætning, at vi i Danmark mere effektivt kan synliggøre, prioritere og efter behov eskalere barrierer for udbredelse af

værdiskabende sundhedsinnovation. Herunder også ved systematisk, hurtigt og autoritativt at rydde ud i barrierer, som beror på misforståelser, gråzoner, manglende afklaring eller manglende kendskab til mulighederne inden for de eksisterende rammevilkår, fx ved at der i højere grad udarbejdes klare, nationale retningslinjer og vejledninger. En effekt heraf vil også blive, at forskelle i praksis (herunder fortolkningspraksis) på tværs af organisationer mindskes, hvilket over tid vil gøre innovation og udbredelse af sundhedsteknologiske løsninger lettere at navigere i – både for offentlige og private aktører.

Grundelementerne vil kunne realiseres forskelligt alt efter valg af løsningsmodel, hvorfor grundelementernes effekt i nogen grad vil være afhængig af den valgte løsningsmodel. Overordnet vil betingelserne for at få værdi af grundelementerne være bedre i løsningsmodel 2 og 3, da disse i modsætning til løsningsmodel 1 etablerer en styrket organisering med kompetence og kapacitet til effektivt at udvikle, vedligeholde og sikre optimal brug af grundelementerne. Grundmodellerne forudsætter generelt en styrket organisering og ledelse for at få fuld effekt, men hvis man ønsker at starte med noget, inden/uden at ansvar og organisering er afklaret, vil det særligt være relevant med de faglige discipliner omkring indkøbs- og evalueringsparadigmer, mere fælles fortolkningspraksis samt i nogen grad i det lokale omkring ledelsessystemer for innovation.

## 5. Løsningsmodeller

I de kommende afsnit præsenteres de tre arketyperiske løsningsmodeller, der supplerer grundelementerne ved 1) at opstille tre forskellige forslag til, hvor beslutningskompetencen til at identificere, definere, prioritere og eksekvere tværgående innovationsprogrammer forankres og ved 2) at beskrive tre forskellige forslag til den underliggende organisering. I løsningsmodel 2 og 3 suppleres der med en række yderligere virkemidler, som vurderes at hænge naturligt sammen med logikken bag den pågældende arketype. Bilag 1 indeholder en oversigt over det samlede katalog af virkemidler, der er opstillet som led i analysen.

### 5.1 Løsningsmodel 1 – Styrket prioritering inden for eksisterende rammer

Løsningsmodel 1 er som arketype et 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, 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.

Løsningsmodel 1 tager afsæt i et scenarie, hvor ansvaret for udvikling og udbredelse af digitale løsninger forsøges styrket inden for de eksisterende strukturer på sundhedsområdet 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.

Bestyrelsen søges dog givet et tydeligere fokus på at træffe fælles beslutninger om tværgående identifikation, udvælgelse, prioritering og udbredelse af løsninger, og bestyrelsen kan indgå forpligtende aftaler om prioritering af behov, fælles indkøb og igangsættelse af strategiske programmer. Programmer kan enten forankres i en underliggende faglig styregruppe eller hos én part på vegne af de øvrige parter.

Det eksisterende sekretariat varetager koordinerende opgaver og har rådgivende kompetencer, der kan understøtte den nationale bestyrelse i at identificere, udvælge, prioritere og udbrede sundhedsinnovation.

#### 5.1.1 Opsummering af indhold i løsningsmodel 1

- *Bestlutningskompetence og implementering:* Løsningsmodel 1 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.<sup>2</sup> Det vil således fortsat være et beslutningsforum med en bred portefølje, partsrepræsentation og en forudsætning om, at der kan skabes enighed blandt parterne. Handlekraft i de enkelte programmer søges ligesom i dag sikret via delegation til specialiserede, fagligt dedikerede styregrupper og/eller ved at én part leder programmet på fællesskabets vegne. Implementeringsansvaret er fortsat lokalt.
- *Incitamenter og finansiering:* Løsningsmodellen beror på grundelementerne.
- *Indkøb og partnerskaber:* Løsningsmodellen beror som udgangspunkt på grundelementerne. I forlængelse af den overordnede logik om at styrke innovationskraften inden for de eksisterende rammer kan det dog overvejes at skabe øget målretning af de eksisterende finansieringsordninger på innovationsområdet.
- *Evaluering og værdisætning:* Løsningsmodel 1 supplerer grundelementerne ved at etablere et koordinerende forum på tværs af de offentlige og private aktører, som gennemfører

---

<sup>2</sup> Tværgående strategisk prioritering og udbredelse af sundhedsinnovation vurderes at være inden for rammerne af bestyrelsens nuværende mandat, men dette kan dog eventuelt præciseres endnu tydeligere.

markedskortlægning, behovsafdækning, test, evaluering, kommercialisering mv. Hensigten er at tilvejebringe en tydeligere arbejdsdeling og øget brug af fælles standarder. Dette vil dog bero på frivillig koordination.

### 5.1.2 Effektivurdering: Fordele og ulemper ved løsningsmodel 1

Da løsningsmodel 1 tager afsæt i et scenarie, hvor der hverken sker en organisatorisk eller beslutningsmæssig styrkelse, vil kapaciteten til at identificere, kvalificere, etablere og gennemføre strategiske innovationsprogrammer ikke være væsentligt anderledes end i dag.

En fordel ved løsningsmodel 1 er dog, at den fokuserer på bedre udnyttelse af eksisterende rammer og derved relativt hurtigt kan realisere et antaget uforløst potentiale for bedre brug af de nuværende strukturer. Handlekraften i den nationale bestyrelse vil dog fortsat bero på parternes evne og villighed til at opnå enighed om behov og strategiske indsatser for udbredelse af digitale løsninger. Endvidere vil bestyrelsens evne til at overvåge, kvalificere og igangsætte nye strategiske programmer være meget afhængig af sekretariatet og samarbejdet med parterne.

Løsningsmodel 1 arbejder inden for det etablerede beslutningshierarki, hvilket på den ene side er en fordel i forhold til at sikre sammenhæng i prioriteringen på tværs af innovation og den bredere digitaliseringsdagsorden. På den anden side adresseres de nuværende udfordringer med eksempelvis dårlige overgange fra innovation til implementering og høste-så-problematikken ikke af løsningsmodellen. Der vil fortsat være en risiko for, at det bliver svært at skabe konsensus om tværgående behov med en flerårig investeringshorisont. Derudover må det forventes, at driftsnære og lokale forbedringsprojekter fortsat bliver prioriteret højere end tværgående innovationsindsatser og udbredelsen heraf. Endelig styrker modellen som udgangspunkt ikke den lokale implementeringskapacitet.

Løsningsmodel 1 vil kun i begrænset omfang etablere én indgang for sundhedsinnovation, hvorfor navigation i sundhedsvæsenet for både købere og sælgere fortsat må forventes at være en udfordring.

Løsningsmodel 1 indebærer på den ene side en lav grad af forandring, hvilket giver hurtigere etablering og lavere grad af usikkerhed for parterne. På den anden side er erfaringen med den nuværende governance og organisering, at innovation og særligt tværgående udbredelse heraf i mindre grad lykkes. Modellen adresserer kun i begrænset omfang de kortlagte barrierer i form af manglende tværgående prioritering og forpligtelse. Samlet set vurderes effekten af løsningsmodel 1 at være lav.

## 5.2 Løsningsmodel 2 – Styrket tværgående innovation inden for sammenlagte rammer

Løsningsmodel 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.

Løsningsmodel 2 tager således 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, sundhedsteknologi, it-udvikling og data. Løsningsmodel 2 styrker inden for disse sammenlagte rammer kapaciteten til tværgående innovation og udbredelse af digitale løsninger i en model, hvor tværgående innovationsopgaver og -ressourcer er organisatorisk integreret med digitaliseringsområdet og indgår i det samme beslutningshierarki. Dette er udtryk for en koncernlignende tænkning, hvor ansvaret er samlet i én fælles governance, men hvor der dog inden for disse rammer efter behov kan ske delegation til lokale niveauer, fx ved at enten understøttende opgaver eller tværgående innovationsprogrammer forankres hos én part på fællesskabets vegne.

Løsningsmodel 2 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 stærkt mandat til at prioritere tværgående behov og igangsætte programmer. For at understøtte det strategiske niveau etableres et programkontor med ansvar for pipeline- og porteføljestyring og løbende opfølgning på aftalte strategiske programmer for innovation og udbredelse af nye digitale løsninger. For at sikre tilstrækkeligt fokus på innovation kan det overvejes at øremærke midler og at skabe organisatoriske rammer, som sikrer råderum og faglig specialisering.

Modellen styrker desuden 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 kontakthoved ("én indgang") for både myndigheder og marked. Modellen indbefatter også øget brug af udlodning af midler med tilknyttede krav, samordnet rådgivning på det juridiske område og en skærpelse af grundelementerne gennem egentlige forpligtelser til fælles indkøb og forpligtende test- og evalueringsmetodikker.

### 5.2.1 Opsummering af indhold i løsningsmodel 2

- *Beslutningskompetence og implementering:* Løsningsmodel 2 bygger videre på grundelementerne med en styrkelse af den tværgående governance i form af et strategisk beslutningsforum, der kan tilvejebringe bedre tværgående prioritering på området inden for de økonomiske rammer og som efter behov kan etablere fælles merfinansiering på tværs af aktører. For at understøtte det strategiske niveau etableres et programkontor (PMO) med ansvar for



pipeline- og porteføljestyring samt overblik over eksisterende sundhedsteknologiske løsninger. Derudover udgør programkontoret én indgang for offentlige og private aktører med forslag til nye innovationsprojekter. Dette kan kombineres med løbende international screening af nye teknologier og nye organisationsmodeller inden for den overordnede ramme af arbejdskraftfrigørende teknologi. Programkontoret forankres i den nye organisation med ansvar for tværgående opgaver inden for innovation og digitalisering. I sammenhæng hermed etableres der en tværgående program- og implementeringsrådgivning, som skal vejlede og understøtte de ansvarlige parter i forbindelse med opsætning og udrulning af programmer og lokal ibrugtagning af nye sundhedsteknologiske løsninger. Lokal forankring af implementering sikres ved, at repræsentanter fra sundhedsvæsenet og de kommende brugere sammen med digitaliseringsorganisationerne deltager i de nedsatte innovationsprogrammer, fx i styregrupper eller følgegrupper.

- *Incitament og finansiering:* I løsningsmodel 2 gøres der øget brug af udlodning af midler (særligt til implementering) som mekanisme til at understøtte den ønskede prioritering og forandring. Det indebærer øget mulighed for at etablere fælles/øremærkede midler på tværs af aktørerne som grundlag for prioritering ud fra bestemte aftalte strategiske kriterier. Dette kan kombineres med en stage-gate-model, hvor bevillingsmodtager forpligtes til at vise implementérbarhed og gevinstrealisering, før midler til næste fase udløses.
- *Indkøb og partnerskaber:* Løsningsmodel 2 vil skabe et bedre grundlag for tværgående indkøb og udvikling af sundhedsteknologi, da ansvaret for kompetencer inden for indkøb og it-udvikling samles. Den nye, integrerede organisation vil således også have ansvar for forpligtende fælles indkøbspartnerskaber, hvor aktører på tværs af sundhedsvæsenet nemt og effektivt kan gennemføre fælles indkøb. Det kan fx være med frontløber-ordninger, hvor én eller flere aktører gennemfører udbud eller udviklingsprocesser på vegne af alle, som efterfølgende har fælles pligt til indkøb (eller ved at den centrale organisation forpligter sig på et vist mindstekøb). Det kan kombineres med behovsdrevne calls og innovative udbud, der i relevant omfang gør brug af konsortier og OPI-modeller. Der etableres central bistand til komplekse udbudsprocesser for sundhedsteknologi.
- *Evaluering og værdisætning:* Løsningsmodel 2 forudsætter en styrket governance og evalueringsstruktur, så der effektivt kan styres ud fra, om aftalte kriterier er indfriet. Dertil skal der være en forpligtelse til at anvende fælles standarder inden for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning. Endelig etableres der et koordinerende forum på tværs af de offentlige og private aktører, som i dag laver markedskortlægning, behovsafdækning, test, evaluering mv. Hensigten er at aftale en tydeligere arbejdsdeling og øget brug af fælles standarder.

### 5.2.2 Effektivurdering: Fordele og ulemper ved løsningsmodel 2

Løsningsmodel 2 er udtryk for en koncerntænkning og en prioritering af sammenhæng i form af organisatorisk integration mellem innovation og digitalisering. I løsningsmodel 2 søges der skabt bedre eksekveringskraft og sammenhæng mellem innovation og den bredere digitalisering gennem samling af en række tværgående opgaver i én integreret organisation under fælles ledelse. En samordnet governance vil give bedre betingelser for pipeline- og porteføljestyring på tværs af innovation og digitalisering. Omvendt vil der erfaringsmæssigt være en risiko for, at tværgående innovationsprojekter med en længere tidshorizont og højere usikkerhed på trods en god business case nedprioriteres til fordel for konventionel it-udvikling og de mere kortsigtede, driftsnære forbedringer. Dette vil i særlig grad være gældende, jo større usikkerheden er, og jo mere innovationens karakter adskiller sig fra konventionel it-udvikling og indkøb. Denne risiko opstår både i kraft af den samordnede governance og i kraft af den samordnede underliggende organisering. Risikoen kan jf. nedenfor mitigeres ved øremærkning af midler og gennem en tydelig intern arbejdsdeling ledsaget af de kompetencer, metoder og rammer, som er påkrævede for tværgående strategisk innovation.

Innovationsområdet vil i kraft af den fælles organisering med digitalisering kunne trække på de samme ressourcer og have adgang til de samme specialistkompetencer, ligesom overgangen fra innovation til implementering vil have en lavere kompleksitet ved at foregå inden for samme overordnede organisering. Som nævnt ovenfor er det en risiko, at innovation nedprioriteres i konkurrence med den mere kortsigtede, lokale og driftsnære forretningsudvikling, ligesom der mere teknisk kan være en tilbøjelighed til at afvise innovation, som udfordrer de eksisterende it-paradigmer. Omvendt vurderes løsningsmodel 2 i kraft af organiseringen med fælles ansvar på tværs af innovation og digitalisering at være den model, som bedst kan sikre, at innovation modnes teknisk, og at innovationsprojekters behov for afledte digitaliseringsprojekter tidligt identificeres og overføres til digitaliseringsorganisationens pipelinestyring og ledsagende prioritering af midler til implementering. Erfaringsmæssigt er der således en række forudsætninger for vellykket sameksistens af innovation og digitalisering, herunder at der ledelsesmæssigt, incitamentsmæssigt og organisatorisk skabes de rette rammer, hvilket også kan understøttes af øremærkede midler inden for såvel den overordnede fælles organisation som i de lokale budgetter i kommuner og regioner.

Den nye, fælles strategiske ledelse vil fortsat være inden for det eksisterende beslutningshierarki. Dette er på den ene side udtryk for et forsøg på at opprioritere sundhedsinnovation som et område med behov for fokuseret ledelseskraft, men på den anden side samtidig en vægtning af fortsat at have innovation og digitalisering inden for den samme overordnede organisering, som varetager den bredere strategiske prioritering af fælles initiativer på digitaliseringsområdet. Modellen indebærer fordele i form af styrbarhed, ledelsesmæssigt ansvar og sammenhæng med andre prioriteter. Ulempen vil omvendt være risikoen for, at det strategiske niveau præges af de samme udfordringer som den eksisterende bestyrelse ift. eksekveringskraft og frihedsgrader, hvor partsinteresser risikerer at veje tungere end tværgående hensyn og fælles forpligtelser. I løsningsmodel 2 vil det således være vigtigt at sikre organisatoriske rammer, som giver plads til innovationen – både i form af ressourcer og finansiering (evt. øremærkede midler), men også i form af andre kompetencer og en anden arbejdsform. Det kræver erfaringsmæssigt en stærk ledelse at sikre god sameksistens mellem innovation og digitalisering.

Løsningsmodel 2 er mere vidtgående end løsningsmodel 1 ved at ændre i organiseringen og de ledsagende beslutningsstrukturer. Grundelementerne vil få større effekt i løsningsmodel 2, da der etableres en styrket governance og organisering. Samlet set vurderes løsningsmodel 2 i væsentlig grad at kunne adressere de prioriterede barrierer, herunder særligt behovene for sammenhæng og koncerntænkning på tværs af innovation, digitalisering og implementering. Men dog omvendt med en risiko for, at en samlet organisering og et beslutningsforum inden for det eksisterende hierarki fortsat vil være præget af de nuværende udfordringer med at sikre tilstrækkelig tværgående prioritering og tilstrækkelig gensidig forpligtelse.

### 5.3 Løsningsmodel 3 – Styrket tværgående innovation inden for nye, dedikerede rammer

Løsningsmodel 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.

Løsningsmodel 3 tager således afsæt i en institutionalisering af et særskilt fagligt og ledelsesmæssigt fokus, hvor innovation etableres som en selvstændig organisatorisk søjle. Ligeledes etableres der et særskilt beslutningsforum uden for det eksisterende beslutningshierarki i form af en professionel bestyrelse med politisk udpegede, fagligt professionelle medlemmer, som skal varetage overordnede prioriteringer. 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. Eventuelt kan det vælges at involvere parterne i et advisory board eller alternativt blot i regi af de enkelte programmer. I løsningsmodel 3 sker den overordnede strategiske prioritering i den eksterne bestyrelse, hvorefter samarbejdet mellem parterne sker i programmerne og er understøttet af innovationsorganisationen.

Hensigten med at etablere en ekstern bestyrelse med større armslængde er i særlig grad at imødegå den identificerede barriere med, at partsinteresser og lokale hensyn i den nuværende governance i nogen grad fører til begrænset prioritering af tværgående og mere langsigtede innovationsinitiativer. I forlængelse heraf er det også hensigten at sikre et råderum til at prioritere langsigtede investeringer i tværgående innovation og udbredelse heraf, da innovation erfaringsmæssigt ofte bliver underprioriteret, når det porteføljemæssigt direkte

skal konkurrere med mere traditionelle udviklings- og anskaffelsesprojekter under den samme anlægsramme. Løsningsmodel 3 søger således på beslutningsniveauet at sikre råderum og frihedsgrader til at prioritere mere langsigtede og tværgående initiativer – dog altid inden for det aftalte mandat og med et krav om en samlet set god business case.

Det overordnede beslutningsniveau i form af bestyrelsen modsvares af en særskilt organisering med kapacitet, ressourcer og kompetencer til at igangsætte og drive tværgående innovationsprogrammer, som er inden for det aftalte mandat og rammer. Foruden et programkontor vil der være tale om en række andre funktioner, som skal understøtte forløb på tværs af værdikæden for innovation, herunder i form af bistand inden for indkøb, jura (udbud, aftaleformer, IP og databeskyttelse), markedskortlægning, evaluering og værdisætning. Der etableres en mere enstrengt kontaktflade ("one-stop-shop") for både myndigheder og marked og gøres øget brug af udlodning af midler med tilknyttede krav og i relevant omfang tillige tilbagebetalingsmodeller.

Løsningsmodel 3 styrker fælles forpligtende indkøbspartnerskaber og etablerer forpligtende fælles standarder for evaluering og værdisætning af sundhedsteknologiske løsninger. I løsningsmodel 3 sker der 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.

### 5.3.1 Opsummering af indhold i løsningsmodel 3

- *Bestlutningskompetence og implementering:* Løsningsmodel 3 bygger videre på grundelementerne ved at delegere en styrket strategisk beslutningskompetence til en politisk udpeget professionel bestyrelse med et stærkt mandat. Bestyrelsens medlemmer er politisk udpegede og kan fx sammensættes af erfarne og anerkendte sundhedsfaglige og digitaliseringsfaglige ledere samt øvrige aktører med dokumenterede kompetencer på innovationsområdet. Det vil være vigtigt at sikre legitimitet, såvel fagligt som i forhold til den lokale forankring. Bestyrelsen får – ligesom det strategiske ledelsesniveau i løsningsmodel 2 – mandat til at træffe beslutninger om tværgående og langsigtede behov, som innovationsprogrammerne skal adressere. Derved sættes rammer og retning for den centrale innovationsorganisation, som kan igangsætte og drive innovationsprogrammerne. Den nye organisering får også mandat til at lukke programmer, afbryde udviklingssamarbejder og finansiering til leverandører, hvis en løsning ikke lever op til de aftalte krav (et mandat, der evt. kan delegeres til de underliggende programstyregrupper). I regi af den centrale innovationsorganisation etableres et programkontor (PMO), som understøtter bestyrelsen i at prioritere, igangsætte og styre aftalte tværgående programmer for sundhedsinnovation. Herunder også ved at identificere potentielt overlappende initiativer. PMO-funktionen indgår i en bredere central organisation oprettet til at understøtte udbredelse af sundhedsinnovation. Organisationen skal være fælles kontaktflade og udgøre én indgang for både leverandører og myndigheder. Dette kan kombineres med løbende international screening af nye teknologier og nye organisationsmodeller inden for den overordnede ramme af arbejdskraftfriggørende

teknologi. Der etableres endvidere en tværgående program- og implementeringsrådgivning, som skal vejlede og understøtte de ansvarlige parter i forbindelse med opsætning og udrulning af programmer og lokal ibrugtagning af nye sundhedsteknologiske løsninger. Lokal forankring af implementering sikres ved, at repræsentanter fra sundhedsvæsenet og de brugere, som skal anvende løsningen, sammen med digitaliseringsorganisationerne deltager i de nedsatte innovationsprogrammer, fx i styregrupper eller følgegrupper. Dette greb er særligt vigtigt i løsningsmodel 3, da koblingen til drift, digitalisering og anvendelse ellers ikke er til stede i den overordnede organisering.

- *Incitamenter og finansiering:* Ligesom i løsningsmodel 2 gøres der øget brug af udlodning af midler ud fra bestemte kriterier, særligt til implementering af digitale løsninger. Dette omfatter øget mulighed for at anvende fælles/øremærkede midler på tværs af parterne, som prioriteres ud fra kriterier bestemt af de aftalte strategiske prioriteter. Det kan kombineres med en stage-gate-model, hvor en part forpligtes til at vise implementérbarhed eller gevinstrealisering, før man får midler til næste fase. I løsningsmodel 3 suppleres den centrale udlodning af tilbagebetalingsmodeller, som er betinget af gevinstrealisering (risikodeling) og dermed fremmer ansvarlig brug af midlerne. Dette indebærer konkret en mulighed for at låne midler til investering i innovation og implementering mod et krav om senere tilbagebetaling. Under betingelse af visse udfald (fx implementering eller effekt) laves således en tilbagebetaling med en andel af gevinsten. Tilbagebetaling og risikodeling kan enten være 1) til en pulje (som herved vedligeholdes), 2) til private investorer eller 3) implicit i form af besparelser og reduktion af fremtidig finansiering. Finansiering via tilbagebetalingsmodeller kan kombineres med privat (med)finansiering.
- *Indkøb og partnerskaber:* Den nye innovationsorganisation vil have ansvar for forpligtende fælles indkøbspartnerskaber, hvor aktører på tværs af sundhedsvæsenet nemt og effektivt kan gennemføre fælles indkøb. Det kan fx være med frontløber-ordninger, hvor én eller flere aktører gennemfører udbud eller udviklingsprocesser på vegne af alle, som efterfølgende har fælles pligt til indkøb. Det kan kombineres med behovsdrevne calls og innovative udbud, der i relevant omfang gør brug af konsortier og OPI-modeller. Der etableres central bistand til komplekse udbudsprocesser for sundhedsteknologi. Samtidig etableres én indgang for virksomheder, der ønsker at indgå i offentligt-private samarbejder.
- *Evaluering og værdisætning:* Det er en forudsætning for finansieringsmekanismerne beskrevet ovenfor, at der etableres en evalueringsstruktur, hvorudfra man effektivt kan styre og afgøre om aftalte kriterier er indfriet, fx frigivelse af arbejdskraft. Med det formål etableres en sammenhængende evalueringsproces for digitale løsninger og et nationalt overblik over behov, eksisterende løsninger og igangværende projekter. Modellen supplerer endvidere grundelementerne med en forpligtelse til anvendelse af obligatoriske fælles standarder for markedskortlægning, udvikling, test, evaluering og værdisætning af sundhedsteknologi. Værdisætningsmetodikken skal imødekomme høste-så-problematikker ved at opgøre effekter

på tværs af sektorer samt langsigtede effekter. Det vil samtidig muliggøre opstilling af business- og investeringscases for tværgående innovation. Derudover skal der etableres én indgang for virksomheder i forhold til test og afprøvning af løsninger i sundhedsvæsenet, hvor løsninger vurderes ud fra prioriterede behov og udbredningspotentiale. Endelig skabes der en stærkere styring af området for behovsvurdering, markedskortlægning, evaluering og test ved, at opgaverne hjemtages til den centrale organisation og herefter eventuelt genudbydes.

### *5.3.2 Effektivurdering: Fordele og ulemper ved løsningsmodel 3*

Løsningsmodel 3 supplerer grundelementerne ved at etablere en særskilt og dedikeret organisering og en styringsmodel med styrket uafhængighed i form af armslængde til parterne inden for rammerne af et aftalt mandat. Løsningsmodellen har herved et godt grundlag for reelt at sikre prioritering af tværgående innovation og udbredelse. Etableringen af en politisk udpeget professionel bestyrelse uden for det etablerede beslutningshierarki sikrer armslængde og råderum til at etablere fælles/øremærkede midler på tværs af parterne og prioritere fælles behov, herunder langsigtede investeringer – hvilket erfaringsmæssigt har været svært i den nuværende governance. Modellen muliggør ikke politisk detailstyring, men fordrer i stedet flerårig rammestyring. En ekstern bestyrelse vil have lavere responsivitet ift. ændringer i politiske prioriteter. Bestyrelsens beslutninger vil dog have et vist politisk ophæng i kraft af den politiske udpegning af medlemmerne. Derudover kan der eventuelt nedsættes et advisory board med repræsentanter fra parterne. Opsplitningen i et strategisk beslutningsforum adskilt fra digitalisering giver på den ene side armslængde og bedre grundlag for langsigtede, tværgående investeringer, men på den anden side risiko for konfliktende prioriteringer i forhold til øvrig digitalisering.

En ekstern bestyrelse vil ikke være sammensat af ledere, som selv har et ansvar for drift og gevinstrealisering, hvilket ganske vist giver frihedsgrader, men også skaber mindre accountability gennem en frakobling af beslutningstagning og gevinstrealisering. Kombinationen af at organiseringen er en særskilt søjle, og at den professionelle bestyrelse står uden for det etablerede beslutningshierarki, skaber et skærpet behov for koordination mellem innovation, digitalisering og drift, idet innovation ofte er tæt integreret med – og forudsætter forankring i – it-systemer, drift og arbejdsgange. Der vil være en større risiko for udvikling af løsninger, som efterfølgende viser sig svære at integrere i det eksisterende it-landskab, hvilket dog kan afbødes ved tæt samarbejde i udviklingsprocessen. Endvidere bliver ansvarsplaceringen sværere, når de overordnede beslutninger træffes uden for det offentlige beslutningshierarki. Det vil derfor være vigtigt i regi af de enkelte innovationsprogrammer at sikre rettidig involvering af digitalisering, såvel som rette forankring hos de sundhedsprofessionelle. Programlogikken er fælles for alle tre løsningsmodeller, men særligt vigtig i løsningsmodel 3, da den overordnede organisering er adskilt, og det derfor er på programniveauet, at samarbejdet mellem innovation, digitalisering, sundhedsfaglig ledelse, kommende brugere og leverandører kan ske. Det er i forlængelse af disse overvejelser også afgørende, at der i forbindelse med investeringsbeslutninger anlægges en 'Total Cost of Ownership'-betragtning, dvs. at de business cases, der ligger til grund for innovationsprojekterne, dækker realistisk finansiering af både investering, drift,

vedligeholdelse og reinvesteringer over hele aktivets levetid. Dette vil i nogen grad kunne kompensere for frakoblingen mellem beslutningstagere og gevinstejere.

Den særskilte organisering af innovationsområdet giver på den ene side dedikerede ressourcer med mulighed for fagligt fokus, specialisering og frihedsgrader, men på den anden side risiko for at videreføre nogle af de samme udfordringer som i den nuværende situation, hvor innovation og udbredelse i begrænset grad er forankret i digitaliseringen. En opdelt organisering er således på den ene side relativt bedre egnet til at skabe råderum til at fokusere på udvikling af nye løsninger og nye måder at arbejde på med lavere risiko for, at innovation nedprioriteres til fordel for øvrig digitalisering og drift, men omvendt skaber opsplittningen et skærpet behov for tæt koordinering med digitalisering og driftsledelse og en højere kompleksitet i overgangen til implementering. Det vil derfor være vigtigt i regi af de enkelte innovationsprogrammer at sikre rettidig involvering af både digitalisering og de sundhedsprofessionelle, så man tidligt sammentænker nye digitale løsninger med eksisterende systemer og arbejdsgange og begrænser ukoordineret udvikling. Et yderligere aspekt ved den organisatoriske opsplittning er, at den for de opgavetyper, som er særlige for innovation, vil være relativt entydig, mens generiske opgaver som jura, indkøb, teknologivurdering, brugercentret udvikling, business cases, programstyring og implementering vil blive spaltet mellem den nye innovationsorganisation og de eksisterende digitaliseringsorganisationer – med deraf følgende skærpede koordinationsbehov.

En fordel ved løsningsmodel 3 er, at den skaber en institutionalisering af et adskilt, dedikeret fagligt og ledelsesmæssigt fokus på innovation ved, at innovation gøres til en selvstændig organisatorisk søjle. Dette muliggør fagligt dedikerede ressourcer til innovation. En opdelt organisering er relativt bedre egnet til at skabe råderum til at fokusere på udvikling af nye løsninger og nye måder at arbejde på, herunder råderum til innovation, hvor den digitale del kun spiller en begrænset rolle.

Løsningsmodel 3 er ligesom løsningsmodel 2 mere vidtgående end løsningsmodel 1, dels ved at ændre i organiseringen, dels ved at etablere et nyt besluthingsforum, hvor begge dele er dedikeret til innovation og således adskilte fra det eksisterende. Grundelementerne vurderes overordnet at have samme effekt som i løsningsmodel 2. Samlet set vurderes løsningsmodel 3 i væsentlig grad at kunne adressere de prioriterede barrierer, herunder i særlig grad behovet for armslængde og tværgående prioritering. Men dog omvendt med en risiko for, at en afsondret organisering kan give en sværere overgang fra innovation til implementering, og at et besluthingsforum uden for det eksisterende og uden gevinstejere kan give prioriteringer, som afviger fra sundhedsvæsenets egne lederes prioriteter.

En generel, tværgående betragtning er endvidere, at løsningsmodel 3 vil være relativt bedre til at sikre frihedsgrader og metoder til at fostre den mere usikre (og decideret innovative) behovs- og missionsdrevne innovation, mens løsningsmodel 2 omvendt vil være relativt bedre til indkøb og skalering af kendte løsninger og tilpasning af eksisterende løsninger, idet dette ligger tættere på konventionel it-udvikling og kendte anskaffelsesprojekter.

## 6. Sammenligning af løsningsmodeller

I tabellen nedenfor sammenlignes de tre løsningsmodeller på tre udvalgte parametre. Der er endvidere anført en opsummering af fordele og ulemper.

**Table 1: Sammenligning af de tre arketyriske løsningsmodeller på udvalgte parametre**

	Løsningsmodel 1 – Styrket prioritering inden for eksisterende rammer	Løsningsmodel 2 – Styrket tværgående innovation inden for sammenlagte rammer	Løsningsmodel 3 – Styrket tværgående innovation inden for nye, dedikerede rammer
Beslutningskompetence	Beslutningskompetencen placeres i den nationale bestyrelse for digitalisering og data. Beslutningskompetencen er <u>inden for</u> det eksisterende beslutningshierarki.	Beslutningskompetencen placeres i et nyt, tværgående strategisk forum med et bredere samlet ansvar for opgaver inden for innovation, digitalisering og data. Beslutningskompetencen er <u>inden for</u> det eksisterende beslutningshierarki, men dog med et klart mandat til at prioritere tværgående udbredelse.	Beslutningskompetencen placeres ved en ny, ekstern bestyrelse sammensat af politisk udpegede professionelle medlemmer. Beslutningskompetencen er <u>uden for</u> det eksisterende beslutningshierarki. Kompetencen er indrammet af et aftalt mandat.
Organisering	Samme organisering som i dag.	En samlet organisation med ansvar for en række tværgående opgaver inden for både innovation og digitalisering. Herunder et programkontor (PMO).	Selvstændig, særskilt organisation for innovationsområdet. Herunder et programkontor (PMO).
Incitamenter og finansiering	Innovation og implementering finansieres som udgangspunkt inden for eksisterende rammer, både centralt og lokalt.	Innovation og implementering finansieres som udgangspunkt inden for eksisterende rammer. Der gøres øget brug af udlodning af midler med tilknyttede krav.	Innovation og implementering finansieres som udgangspunkt inden for eksisterende rammer. Der gøres øget brug af udlodning af midler med tilknyttede krav. Endvidere gøres der brug af tilbagebetalingsmodeller.
Fordele	Lav grad af forandring giver mulighed for hurtig etablering og lavere grad usikkerhed for parterne. Partsrepræsentation sikrer styrbarhed, ansvar og sammenhæng ift. øvrige prioriteter.	Den samlede strategiske ledelse på tværs af innovation og digitalisering er et kompromis mellem på den ene side handlekraft og på den anden side sammenhæng og partsrepræsentation. Får i nogen grad et stærkere mandat til at prioritere tværgående behov.	Professionel bestyrelse med armslængde og et klart mandat til at prioritere fælles behov over partsinteresser. Bedre rammer for reelt at kunne prioritere tværgående, langsigtede investeringer i innovation. Dedikeret fagligt, organisatorisk og ledelsesmæssigt fokus på innovation.



<p><b>Fordele (fortsat)</b></p>		<p>Sammenhæng mellem innovation og digitalisering giver bedre betingelser for tværgående prioritering, koordinering, styring og overgang til implementering. Bedre adgang til specialistkompetencer i den fælles organisering. Relativt bedre til at effektuere indkøb og skalering af kendte løsninger og tilpasning af eksisterende løsninger.</p>	<p>Bedre adgang til specialistkompetencer i den dedikerede organisering. Relativt bedre til at fostre den mere usikre (og decideret innovative) behovs- og missionsdrevne innovation.</p>
<p><b>Ulemper</b></p>	<p>Risiko for at parterne ikke løfter sig op over partsinteresser. Risiko for at tværgående innovation (herunder programmer med længere tidshorizont) nedprioriteres til fordel øvrig digitalisering og it-projekter, herunder driftsnære forbedringer. Styrker ikke implementeringskapaciteten og overgangen fra innovation til implementering.</p>	<p>Risiko for at parterne ikke løfter sig op over partsinteresser. Risiko for at tværgående innovation (herunder programmer med længere tidshorizont) nedprioriteres til fordel øvrig digitalisering og it-projekter, herunder driftsnære forbedringer. Kan dog i nogen grad afbødes ved øremærkede midler og særlige organisatoriske rammer for innovation.</p>	<p>Lavere grad af dag-til-dag styrbarhed og sammenhæng til eksisterende styringsstrukturer. Risiko for ukoordineret prioritering. Mindre accountability og frakobling mellem beslutningstagere og gevinstejere. Skærpet koordinationsbehov mellem innovation og digitalisering, herunder i overgangen til implementering.</p>

## 7. Centrale afvejninger vedr. governance og organisering

Analysen har identificeret en række centrale afvejninger, som i særlig grad er med til at definere forskelle på modellerne. De to væsentligste afvejninger vedrører hhv. governance og organisering. Vedrørende governance er kernespørgsmålet, i hvilken grad innovation håndteres inden for det etablerede beslutningshierarki i sundhedsvæsenet og inden for de eksisterende fora med repræsentation af parterne. Dette kommer til udtryk som et trade-off mellem på den ene side styrbarhed, ledelsesmæssigt ansvar og partsrepræsentation og på den anden side armslængde og fokus. Fokus og armslængde kan fx skabes ved politisk udpegelse af en professionel bestyrelse, eller at man på anden vis etablerer et beslutningsforum, der ikke er direkte præget af partsinteresser og derved kan have et andet handlerum og ikke vil have en direkte aktie i driften og gevinstrealiseringen. Dette bør ses i sammenhæng med Strukturkommissionens arbejde: Hvis der i forlængelse af Strukturkommissionens anbefalinger fx etableres et stærkere kæde- og populationsansvar på tværs af sektorer, vil dette som udgangspunkt skabe bedre rammebetingelser for at kunne prioritere og investere på tværs af kæden.

Vedrørende organisering er spørgsmålet, hvorvidt hhv. innovation og implementering forankres i digitalisering, eller om det organiseres som et særskilt område. Trade-off'et består i, at når innovation integreres i digitalisering, så giver det nogle fordele i form af bedre adgang til ressourcer (kompetencer, viden, data/snitflader mv.), en beslutningsmæssig infrastruktur og en lettere overgang fra innovationsprojekt til

implementering og drift, særligt når innovationen hænger tæt sammen med it-understøttelse og arbejdsgange. Men omvendt kan en sådan integration erfaringsmæssigt gøre det svært for innovation at sameksistere i konkurrence med drift og inkrementelle, driftsnære forbedringsprojekter. Som hovedregel gør en samordning det lettere at styre og implementere (og begrænse ukoordineret udvikling). Omvendt giver en adskillelse fagligt fokus, frihedsgrader og et råderum til at innovere, som det ellers kræver meget stærk ledelse at sikre. Dette bør endvidere ses i sammenhæng med, hvilken forandring en ny model primært skal tilvejebringe: Jo mere fokus er på konventionelle discipliner med at indkøbe og udbredte eksisterende løsninger, jo mere egnet er en integreret organisering, da disse discipliner lægger sig op ad digitaliseringsorganisationens rationale. Omvendt er en opdelt organisering relativt bedre egnet til at skabe råderum til at fokusere på udvikling af nye løsninger og nye måder at arbejde på.

## 8. Analysens fremgangsmåde og datagrundlag

Opstillingen af løsningsmodeller tager afsæt i en kortlægning og vurdering/prioritering af barrierer for innovation, implementering og udbredelse af sundhedsteknologiske løsninger i det danske sundhedsvæsen. På baggrund af barrierekortlægningen er der sammen med parterne opstillet syv designkriterier, som løsningsmodellerne søger at adressere. For hvert designkriterie er der endvidere identificeret en række virkemidler, hvoraf cirka halvdelen vurderes at have en tværgående og forudsætningskabende karakter og derfor er grundelementer, som anbefales implementeret uanset model. De tre arketyperiske løsningsmodeller præsenteret ovenfor er opstillet ud fra forskellige kombinationer af virkemidler, hvoraf modellernes greb inden for organisering og governance er det mest definerende. Barriererne og de syv afledte designkriterier præsenteres nedenfor og er uddybet i Bilag 1, hvor det samlede bruttokatalog af virkemidler også er beskrevet.

## 9. Barrierer for innovation, implementering og udbredelse

Som en del af analysen er der udarbejdet en kortlægning af barrierer for innovation, implementering og udbredelse af sundhedsteknologiske løsninger (se Bilag 1). Barrierekortlægningen bygger videre på og supplerer eksisterende viden på området, som har indgået i form af tidligere analyser og rapporter samt arbejdsgruppen og konsulentteamets viden fra hhv. udarbejdelse af tidligere analyser på området, forskning og praktiske erfaringer. Derudover er barrierekortlægningen baseret på et litteraturreview, faglige oplæg med danske og internationale eksperter inden for sundhedsinnovation og implementering, udvalgte cases og 20 interviews med eksperter og interessenter. Kortlægningens resultater er via arbejdsgruppen løbende kvalificeret med parterne.

Kortlægningen af barrierer har været opdelt i to spor: 1) innovation og 2) implementering, herunder tværsektoriel udbredelse. Analysen bekræftede relevansen af denne opdeling, da barrierebilledet på flere parametre er væsentligt anderledes for implementering end for innovation. Dette gælder i særlig grad i form af en skævhed i både incitamenter og allokering af midler, idet 1) en række incitamenter fremmer lokal nyudvikling frem for udbredelse af eksisterende løsninger, og 2) der ofte er nem adgang til innovationsmidler,

men sjældent er sikret afklaring om efterfølgende finansiering og implementeringskapacitet. Samlet set er billedet, at Danmark er et sted, hvor virksomheder ved hjælp af fonds- og puljemidler udvikler nye løsninger, men i mindre grad er et marked, hvor løsninger skaleres. Det skyldes i tillæg til ovennævnte forhold også 1) store transaktionsomkostninger ved at sælge den samme løsning til mange enkeltstående parter, 2) fravær af tværgående strategisk prioritering, koordinering og ledelsesmæssig forankring og 3) manglende klarhed om, hvordan myndigheder på tværs af sundhedsvæsenet evaluerer og værdisætter sundhedsteknologiske løsninger, samt manglende gensidig anerkendelse af hinandens evalueringer.

Givet opdragets fokus på udbredelse på tværs af regioner og kommuner har kortlægningen af barrierer således haft et bredere fokus på emner som ledelse og prioritering, incitament, tværgående beslutningstagning, gensidig forpligtelse, organisering og koordinering. I et sådant bredere perspektiv vurderes kerneårsagerne til den nuværende situation at være fravær af enighed om prioriterede behov, fravær af gensidigt anerkendte vurderingsgrundlag og fravær af forpligtelser til implementering og udbredelse. Der er et fragmenteret landskab af både offentlige, non-profit og kommercielle aktører, som varetager forskellige roller i innovationsforløb, og de er som hovedregel både små og med en svag forankring i de etablerede ledelseshierarkier. Der er mere generelt en utilstrækkelig ledelsesmæssig og organisatorisk forankring af innovation såvel som implementering af sundhedsteknologiske løsninger. Derudover er der i dag ingen mekanismer, som på tværs af værdikæden systematisk sikrer overblik, koordination, sammenhæng og læring.

Der er også identificeret juridiske og it-udviklingsmæssige barrierer vedrørende lovgivning og fortolkning heraf, tværgående datadeling, tekniske standarder, snitflader og sammenhæng på tværs af it- og datalandskaber. Disse barrierer vurderes fortsat at være vigtige forudsætninger, men indgår efter ønske fra parterne ikke i opstillingen af løsningsmodeller, da de forventes adresseret i andet regi.

## 10. Prioriterede barrierer

Som grundlag for opstillingen af løsningsmodeller er der i samarbejde med parterne foretaget en prioritering af de kortlagte barrierer ud fra en vurdering af betydning og vigtighed. De prioriterede barrierer er følgende:

- Fravær af en stærk national innovationsdagsorden med beslutningskompetence og strukturer, der 1) understøtter tværgående prioritering af behov, 2) sikrer overblik over igangværende initiativer og udbredelsesparate løsninger og 3) understøtter udbredelse af sundhedsteknologiske løsninger på tværs af sundhedsvæsenet.
- Begrænset ledelsesmæssig forankring og ansvar for implementering og udbredelse af sundhedsteknologiske løsninger. Herunder manglende ansvar for – og kapacitet til – at omsætte innovation til mærkbare forbedringer gennem lokal implementering og forandringsledelse.
- En række incitament (herunder finansieringskilder og anerkendelse) fremmer territorial rivalisering og lokal (ny)udvikling frem for fælles innovation og udbredelse af tværsektorielle og arbejdskraftfrigørende løsninger.

- Begrænset evne/vilje til kunne investere i innovationsprojekter, hvor business casen involverer flere parter, gennemføres over flere år og har en anden usikkerhedsprofil end fx konventionel it-udvikling. Derudover er der begrænset fokus på at afsætte midler til implementering og drift.
- Uklarhed om indkøbsparadigmer, aftaleformer og risikodelingsmekanismer, både for offentlige aktører og ved indgåelse af partnerskaber med private aktører. Ligeledes uklarhed om rette indgange, både hvad angår virksomhedernes samarbejde med det offentlige, og hvad angår de enkelte offentlige myndigheders behov for overblik, afklaringer, rådgivning og evaluering.
- Fravær af fælles og gensidigt anerkendte modeller for udvikling, test, evaluering og værdisætning af sundhedsteknologiske løsninger, herunder fravær af mekanismer til at vurdere, hvorvidt et givet behov bedst adresseres ved udbredelse af kendte eller udvikling af nye løsninger.
- Fravær af arbejdsdeling og sammenhæng på tværs af innovationsaktører, der på forskellig vis laver markedskortlægning, test, udvikling og afprøvning.
- Fravær af governance, der understøtter koordinering, samarbejde og læring på tværs af værdikæden, herunder ved at sikre en effektiv proces for at fjerne prioriterede barrierer på tværs af sundhedsvæsenet.

En samlet oversigt over både prioriterede og fravalgte barrierer fremgår af Bilag 1.

## 11. Designkriterier for opstilling af løsningsmodeller

Analysen har understreget behovet for en langt stærkere ledelsesmæssig og organisatorisk forankring af innovationsområdet – både i forhold til prioritering, i forbindelse med overgangene fra innovation til hhv. implementering og udbredelse, og i forhold til selve innovationsøkosystemet, der generelt er fragmenteret, har en uklar arbejdsdeling og et svagt ophæng i de etablerede ledelsesstrukturer. I forlængelse heraf peger barrierekortlægningen på, at der mangler mekanismer til effektivt og forpligtende at kunne træffe beslutninger på tværs af sundhedsvæsenet og herefter at kunne styre og eksekvere udbredelsesforløb på tværs. Endelig peger kortlægningen såvel som drøftelserne med parterne og de gennemførte interviews på vigtigheden af, at opdragets ambition om mere fælles og forpligtende beslutninger på tværs ledsages af et fokus på at fastholde lokal forankring og efterspørgsel.

Samlet set har kortlægningen og drøftelserne med parterne ført til opstilling af syv designkriterier, som derefter har guidet arbejdet med at opstille løsningsmodeller. Designkriterierne er afledt af de prioriterede barrierer og af opdragets ambition. De har således været vejledende for opstillingen af løsningsmodeller.

En samlet oversigt over designkriterier fremgår af næste side. Af Bilag 1 fremgår endvidere en oversigt over mulige virkemidler inden for hvert designkriterie.

#### Designkriterier for løsningsmodeller:

- 1) **Incitament:** Fremtidige løsningsmodeller skal styrke de økonomiske og ledelsesmæssige incitament til at skalere arbejdskraftfriggørende 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 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.
- 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.
- 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 porteføljestyling og mere effektive overgange til implementering.
- 7) **Læring og fjernelse af barrierer:** Fremtidige løsningsmodeller skal sikre, at fx juridiske barrierer effektivt kan fjernes samt afsøge mulighederne for at etablere tiltag, som effektivt opsamler læring og over tid skaber mere effektive innovations- og udbredelsesforløb.