



ANALYSE AF TELEMEDICINSKE SERVICE-, SUPPORT-, OG LOGISTIKFUNKTIONER I FORBINDELSE MED LANDSDÆKKENDE UDBREDELSE AF TELEMEDICIN TIL BORGERE MED KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYGDOM (KOL)

Hovedrapport - 19. april 2017



PA Regional Office:
PA Consulting Group
Portland Towers,
Göteborg Plads 1,
2150 Nordhavn
Tel: +45 39 25 50 00
Fax: +45 39 25 51 00
www.paconsulting.com

Version:

1.0

HOVEDBUDSKABER OG ANBEFALINGER

Denne analyse er udarbejdet af PA Consulting Group i samarbejde med Alexandra Instituttet og Homann Advokater. Analysen er udarbejdet på opdrag af KL, Danske Regioner og de fem landsdele, der har fået ansvaret for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Analysen fokuserer på organisatoriske, juridiske og økonomiske forhold i relation til etablering og drift af telemedicinske service-, support- og logistikfunktioner. På dette område kommer analysen med i alt ti anbefalinger, der skal ses som input til den politiske og administrative beslutningsproces i hver af de fem landsdele.

Analysens formål

Nærværende analyse er igangsæt som et af flere forudsætningstiltag i forlængelse af beslutningen om landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Formålet med analysen er at give anbefalinger, der kan hjælpe de fem landsdele til at fastlægge de overordnede organisatoriske, juridiske og økonomiske rammer for etablering og drift af telemedicinsk service-, support- og logistikfunktioner. Analysens konklusioner og anbefalinger skal således ses som input til den politiske og administrative beslutningsproces i hver af de fem landsdele. Det betyder samtidigt, at der i forlængelse af disse beslutninger udestår en mere operationel driftsplanlægning, der som sådan ikke har været omfattet af indeværende analyse.

Kontekst og hensyn i relation til organisering af service, support og logistik

Nærværende analyse vedr. service, support og logistik indgår i en bredere kontekst i form af øvrige forudsætningstiltag igangsæt som følge af beslutningen om landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL såvel som allerede igangsatte aktiviteter i de enkelte landsdele.

Denne kontekst har sat rammerne for den gennemførte analyse og dermed præget de endelige konklusioner og anbefalinger. Konkret tager analysen således afsæt i tre forretningsmæssige hensyn, der er anvendt som grundlæggende designkriterier i udarbejdelsen af forslag og anbefalinger. Det drejer sig om:

- **Fokus på minimumsscenerier på kort sigt.** Der har i analysen været fokus på at identificere "minimumsscenerier"; det vil sige, løsningsmodeller, som inden for de givne aftalemæssige rammer for den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL må forventes at være lettest at realisere inden for en tidshorisont på 2-3 år. I direkte forlængelse heraf er der i den samlede analyses forslag og anbefalinger lagt op til at sikre størst mulig fleksibilitet i forhold til at kunne justere og tilpasse den samlede organisering og det tilbudte servicekoncept undervejs, efterhånden som der opnås nye og mere solide erfaringer på området
- **Udnyttelse af eksisterende volumen og kompetencer.** De centrale opgaver i relation til service, support og logistik stiller en række investeringsmæssige, organisatoriske og kompetencemæssige krav, der har betydning for, hvor opgaverne bedst placeres. Samtidig kan der ikke inden for en kortere tidshorisont (2-3 år) forventes en volumen på disse opgaveområder, der investeringsmæssigt og kompetencemæssigt kan begrunde etablering af dedikerede udførende enheder målrettet understøttelse af telemedicinsk hjemmemonitorering. Den konkrete opgaveudførelse i relation til service, support og logistik placeres derfor bedst i regi af eksisterende operatører, eksempelvis concern-it enheder, hjælpemiddeldepoter og/eller private operatører inden for it, logistik og support

- **Landsdelene som omdrejningspunkt for organisering.** Ansvar for implementering og drift af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er politisk set forankret i hver af de fem landsdele. Endvidere er der på tværs af de fem landsdele væsentlige forskelle på det telemedicinske erfaringsgrundlag og ambitionsniveau, herunder teknisk legacy i form af kørende løsninger og eksisterende organisering i relation til telemedicinsk service, support og logistik. Dette er de primære begrundelser for, at det inden for en kortere tidshorisont (2-3 år) virker uomgængeligt, at landsdelen er udgangspunkt og omdrejningspunkt for beslutninger om organisering af hovedparten af opgaverne i relation til service, support og logistik på landsdelsniveau.

Med dette afsæt er der på baggrund af den gennemførte analyse formuleret ti anbefalinger på tværs af fire hovedområder. Anbefalinger og hovedkonklusioner for hvert af de fire hovedområder opsummeres i det følgende.

Organisering af opgaveudførelse

Analysen beskriver en række forslag til, hvordan den operationelle opgaveudførelse kan organiseres, herunder hvilke operatører der virker mest egnede til at udføre de forskellige typer af service-, support- og logistikopgaver.

På den baggrund kommer analysen med fire konkrete anbefalinger, der kan være retningsgivende for det videre arbejde med organisering af opgaveudførelsen i relation til telemedicinsk service, support og logistik.

Anbefaling 1

OMRÅDE	• Organisering af opgaveudførelse
ANBEFALING	• Opgaveudførelse i relation til service, support og logistik bør som udgangspunkt placeres hos eksisterende operatører (gerne med forudgående erfaring med telemedicinske projekter).
BEGRUNDELSE	• Volumen er ikke stor nok til at kunne bære selvstændige enheder inden for en tidshorisont på 2-3 år • Placering af opgaver hos eksisterende operatører giver adgang til nødvendige kompetencer og eksisterende infrastruktur.

Anbefaling 2

OMRÅDE	• Organisering af opgaveudførelse
ANBEFALING	• Der bør i hver af de fem landsdele etableres en styringsfunktion, der på vegne af "ejer kredsen" (kommuner og regioner) tager opgaven med at løse de styringsmæssige og koordinerende opgaver i relation til det samlede telemedicinske servicetilbud. Styringsfunktionen estimeres til 1,5-2 årsværk pr. landsdel.
BEGRUNDELSE	• Forskelle i modenhed og ambitionsniveau samt forankringen i sundhedsaftaler gør landsdelene til et naturligt udgangspunkt for organisering inden for en tidshorisont på 2-3 år • Placeringen af den konkrete opgaveudførelse inden for service, support og logistik hos eksisterende operatører betyder, at der i landsdelen vil være en række koordinations- og styringsmæssige opgaver, som skal sikre sammenhæng, kvalitet og udvikling i det eller de tilbudte telemedicinske servicekoncepter på tværs af valgte operatører.

Anbefaling 3

OMRÅDE	• Organisering af opgaveudførelse
ANBEFALING	• Etableringen af landsdelens styringsfunktion bør tilgodese en tæt kobling mellem styring af opgaver i relation til service, support og logistik og styring af sundhedsfaglige opgaver i relation til telemedicin.

BEGRUNDELSE	Der er på flere konkrete opgaveområder inden for service, support og logistik afdækket afhængigheder, som nødvendiggør en tæt koordination mellem sundhedsfaglige opgaver og opgaver i relation til service, support og logistik.
-------------	---

Anbefaling 4

OMRÅDE	Organisering af opgaveudførelse
ANBEFALING	Der bør fastlægges principper for, hvordan, hvornår og under hvilke vilkår nye telemedicinske projekter kan understøttes af den fælles organisering i landsdelen.
BEGRUNDELSE	- Nogle typer af telemedicinske initiativer vil i kraft af kombinationen af ejerkreds, valg af telemedicinsk løsning og størrelsen på målgruppen have væsentligt større konsekvenser for den samlede kompleksitet i opgaveløsning end andre - Fastlæggelse af principper for, hvordan den fælles organisering kan og skal understøtte nye initiativer, kan dels bidrage til større opbakning om fælles telemedicinske løsninger og fælles opgaveløsning, dels sikre mod, at der introduceres unødigt kompleksitet pga. mange ukoordinerede initiativer og manglende styring.

Juridisk organisering

Analysen beskriver en række forhold i relation til den juridiske organisering af service-, support- og logistikopgaverne, herunder muligheder og begrænsninger i relation til den juridiske etablering af en sekretariatsfunktion, centrale elementer der bør reguleres mellem kommuner og region i ejerkredsen samt en række centrale problemstillinger vedrørende kontrakt- og aftaleindgåelse med operatørerne.

På den baggrund kommer analysen med en konkret anbefaling, der kan være retningsgivende for det videre arbejde med den juridiske organisering af samarbejdet omkring service, support og logistik i de fem landsdele.

Anbefaling 5

OMRÅDE	Juridisk organisering
ANBEFALING	En aftalebaseret forankring af landsdelens sekretariat hos én myndighed (kommune el. region) vurderes som den bedste juridiske organisering set i lyset af, at de første 2-3 år vil være en opstartsfasen med relativt få brugere.
BEGRUNDELSE	Den aftalebaserede samarbejdskonstruktion vurderes mest proportional med omfanget af brugere pr. landsdel, som selv – fuldt indfaset – vil være af en relativ overskuelig størrelse. Hertil forventes det, at både den teknologiske udvikling og den sundhedsfaglige erfaringsdannelse stiller krav om en vis organisatorisk fleksibilitet, som lettere vil kunne håndteres i denne juridiske samarbejdskonstruktion.

Økonomi og samfinansiering

Analysen beskriver økonomien, herunder i særlig grad vilkårene for kommuners og regioners fælles finansiering og dermed grundlaget for etablering af en velfungerende betalingsmodel mellem kommuner og region i hver af de fem landsdele.

På den baggrund kommer analysen med to konkrete anbefalinger, der kan være retningsgivende for det videre arbejde med fastlæggelse af betalingsmodeller i relation til samfinansiering af telemedicinsk service, support og logistik.

Anbefaling 6

OMRÅDE	Økonomi og samfinansiering
ANBEFALING	Landsdelssekretariaterne bør etableres med et budget til at afholde alle omkostninger til operatørerne, således at ingen omkostninger faktureres direkte mellem operatører og ejerkreds (kommuner/region), men at alle omkostninger indgår i en abonnementsbetaling omfattet af en fælles betalingsmodel.

BEGRUNDELSE	• De berørte omkostningselementer er ikke eller kun i begrænset omfang egnet til direkte fakturering mellem operatører og ejerkreds (kommuner/region) • Direkte fakturering for alle opgaverne vil medføre en betydelig administrativ opgave for både operatører og kommuner samt regioner.
-------------	--

Anbefaling 7

OMRÅDE	• Økonomi og samfinansiering
ANBEFALING	• Der bør indgå et element af forpligtende betaling for alle i "ejerkredsen" uanset, hvordan den valgte betalingsmodel i øvrigt udformes.
BEGRUNDELSE	• En rimelig grad af budgetsikkerhed er en nødvendig forudsætning for etablering og drift af en fælles opgaveløsning. Dette er særligt relevant i etableringsfasen, hvor der er usikkerhed om den økonomiske volumen • Forpligtende betaling sikrer incitament til at benytte de tilbudte services.

Indkøb og marked

Analysen beskriver en række overordnede anskaffelsesmæssige hensyn og afhængigheder, der samlet set kan have væsentlig betydning for de overordnede prioriteringer i valget af anskaffelsesstrategi.

På den baggrund kommer analysen med tre konkrete anbefalinger, der kan være retningsgivende for landsdelenes videre arbejde med anskaffelsesstrategier i relation til telemedicinsk service, support og logistik.

Anbefaling 8

OMRÅDE	• Indkøb og marked
ANBEFALING	• Valg af telemedicinsk software-løsning bør være styrende for tilrettelæggelsen af den samlede anskaffelsesstrategi.
BEGRUNDELSE	• Den telemedicinske software-løsning er den mest specialiserede komponent i den samlede telemedicinske løsning og er samtidig karakteriseret ved, at efterspørgslen i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering vil have væsentlig indflydelse på markedsudviklingen og modningen af den eller de konkrete telemedicinske software-løsninger, der vælges af landsdelene • Valg af konkret telemedicinsk software-løsning kan implicit medføre, at der træffes valg om placering/udførelse af understøttende opgaver, eksempelvis udførelse af serviceopgaver i relation til drift og vedligeholdelse af en telemedicinsk software-løsning anskaffet som Software-as-a-Service.

Anbefaling 9

OMRÅDE	• Indkøb og marked
ANBEFALING	• De enkelte landsdele bør hurtigst muligt afklare, hvilke serviceopgaver og delelementer i den samlede telemedicinske løsning de ønsker at samarbejde med andre landsdele om i forhold til valg af operatør og eventuel igangsættelse af fælles udbud.
BEGRUNDELSE	• Adgang til fælles indkøb via landsdækkende rammeaftaler eller anden form for beslutning om at indgå i et bredere samarbejde på udvalgte områder vil have indvirkning på indholdet af det aftalegrundlag, der skal udarbejdes som grundlag for samarbejdet i en given landsdel.

Anbefaling 10

OMRÅDE	• Indkøb og marked
ANBEFALING	• En anskaffelsesstrategi baseret på selektiv kobling af produkter og services vurderes som den mest attraktive i en situation, hvor såvel landsdele som mulige offentlige og private operatører er relativt umodne.

BEGRUNDELSE	• Det har vist sig svært at forpligte enkeltoperatører/leverandører på en række tværgående operationelle koordinationsopgaver af væsentlig betydning for den samlede serviceoplevelse i en situation, hvor de hver især kun er ansvarlige for levering af enkeltstående delkomponenter/-services • Hensynet til fremadrettet udvikling og optimering af det samlede telemedicinske koncept tilsiger, at der i offentligt regi, eksempelvis i landsdelens sekretariatsfunktion, opbygges styringsmæssige erfaringer og kompetencer i relation til operationel drift af telemedicinsk hjemmemonitorering.
-------------	--

INDHOLD

HOVEDBUDSKABER OG ANBEFALINGER	1
1 INDLEDNING	7
1.1 Formål	7
1.2 Genstandsfelt og kontekst for den gennemførte analyse	8
1.3 Analysens opbygning	10
2 OPGAVERNS OMFANG	11
2.1 Målgruppens størrelse	11
2.2 Opgavevolumen i service, support og logistik	13
3 ORGANISERING AF OPGAVEUDFØRSEL	17
3.1 Forretningsmæssige hensyn i organiseringen	17
3.2 Beskrivelse af opgaveindhold og placering af hovedområder	20
3.3 Understøttelse af nye målgrupper og andre typer af telemedicinske projekter	30
4 JURIDISK ORGANISERING	33
4.1 Modeller for juridisk organisering af sekretariatsfunktionen	34
4.2 Udbudspligt i relation til etablering af samarbejdet	37
4.3 Regulering af samarbejdet i ejerkredsen (kommuner og region)	39
4.4 Aftaleindgåelse med operatører	40
5 ØKONOMI OG SAMFINANSIERING	43
5.1 Omkostningselementernes karakter	43
5.2 Principper for økonomistyring	45
5.3 Principper for finansiering (betalingsmodel)	47
6 HÅNTERING AF PERSONDATA	54
6.1 Håndtering af persondata i relation til service, support og logistik	54
6.2 Indgåelse af databehandleraftaler	55
7 INDKØB OG MARKED	59
7.1 Betydningen af den telemedicinske løsning i den samlede anskaffelse	59
7.2 Fleksibilitet og mulighed for koordination i valg af operatør på tværs af landsdele	62
7.3 Forretningsmæssige hensyn i anskaffelsen	63
8 BESLUTNINGSDREJEBOG	67

1 INDLEDNING

Denne analyse vedrørende etablering af service-, support- og logistikfunktioner er udarbejdet af PA Consulting Group (PA) i samarbejde med Alexandra Instituttet og Homann Advokater. Analysen er udarbejdet for KL, Danske Regioner og de fem landsdelsprogrammer, der er nedsat i forbindelse med den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Analysen er udarbejdet i perioden fra oktober 2016 til marts 2017.

1.1 Formål

Formålet med den udarbejdede analyse er, at den skal fungere som bidrag til arbejdet med etablering af service-, support- og logistikfunktioner i de enkelte landsdelsprogrammer. Det primære fokus for analysen er etableringen af de service-, support- og logistikfunktioner, der skal ske i forbindelse med udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Det har dog indgået som et element i analysearbejdet at vurdere, hvordan og i hvilket omfang de foreslåede service-, support- og logistikfunktioner vil kunne understøtte andre typer af telemedicinsk hjemmemonitorering, herunder både udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til andre målgrupper og telemedicinske projekter med en anden organisering og ejerkreds (f.eks. lokale og/eller monosektorielle initiativer).

Konkret kommer analysen med anbefalinger inden for tre områder:

1. Anbefalinger til hvordan landsdelsprogrammerne kan håndtere problemstillinger, der opstår ved etablering af fælles service-, logistik- og supportfunktioner vedrørende:
 - a. Organisering
 - b. Juridiske forhold
 - c. Økonomiske forhold og samfinansiering
 - d. Udbud
 - e. Risici og afhængigheder i tilknytning til private underleverandører.
2. Anbefalinger af hvilke serviceydelser der skal leveres af service-, support- og logistikfunktionerne, f.eks. indkøb af udstyr, klargøring af udstyr, levering af udstyr, service af udstyr, monitorering af udstyrs performance, håndtering af alarmer mv.
3. Anbefalinger af hvilke telemedicinske service-, support- og logistikopgaver der med fordel kan etableres på forskellige niveauer (på tværs af landsdelsprogrammerne, i fællesskab inden for et landsdelsprogram, lokalt i region, kommune mv.).

I overensstemmelse med opdraget har analysen i sit fokus været rettet mod at give anbefalinger, der kan hjælpe landsdelene til at fastlægge de overordnede organisatoriske, juridiske og økonomiske rammer for etablering og drift af telemedicinsk service-, support- og logistikfunktioner. Analysens konklusioner og anbefalinger skal således ses som input til den politiske og administrative beslutningsproces i hver af de fem landsdele. Det betyder samtidig, at der i forlængelse af disse beslutninger udestår en mere operationel driftsplanlægning, der som sådan ikke har været omfattet af indeværende analyse.

1.2 Genstandsfelt og kontekst for den gennemførte analyse

I det følgende gives en kort overordnet afgrænsning af analysens genstandsfelt samt et overblik over en række centrale forhold, der har haft betydning for analysearbejdet.

1.2.1 Analysens genstandsfelt

Analysens genstandsfelt er som nævnt oven for etablering og drift af service-, support- og logistikfunktioner i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering. Disse tre områder forstås i analysen på følgende måde:

- **Service** anvendes i nærværende analyse som samlebetegnelse for opgaver, der har til formål at sikre, at den samlede telemedicinske løsning, herunder såvel den telemedicinske software som øvrig software og hardware i form af eksempelvis tablets og tilknyttede devices som vægt og saturationsmåler, virker
- **Support** anvendes i nærværende analyse som betegnelse for opgaver, der har til formål at sikre, at borgere kan få svar på anvendelsesmæssige og tekniske spørgsmål i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering¹
- **Logistik** anvendes i nærværende analyse som samlebetegnelse for opgaver, der har til formål at sikre, at det fysiske udstyr, der indgår i den borgervendte telemedicinske løsning, eksempelvis tablets og tilknyttede devices som vægt og saturationsmåler, klargøres og bringes til at virke i borgerens hjem, samt at det repareres eller udskiftes i tilfælde af fejl på udstyret.

1.2.2 Den samlede telemedicinske løsning

Det gælder for service-, support- og logistikopgaverne, at de alle i større eller mindre grad handler om at understøtte brugen af den samlede telemedicinske løsning.

Den samlede telemedicinske løsning forstås i nærværende analyse som den telemedicinske software-løsning bestående af såvel en borgervendt som en klinikervendt grænseflade samt understøttende applikationslag og dataopsamling. Endvidere indgår en borgervendt tablet med dataabonnement, MDM-løsning og medicinske devices til måling af eksempelvis vægt og iltmætning i blodet.

I forhold til den samlede telemedicinske løsning er det værd at bemærke, at der på tværs af forskellige konkrete telemedicinske projekter kan ses forskellige sammensætninger i device-pakker og specifik funktionalitet i den telemedicinske software-løsning ligesom der er set forskellig praksis i forhold til at vælge enten at lade borger selv aflæse og indtaste data fra medicinske devices i spørgeskemafelter på den udleverede tablet eller at lade disse devices være bluetooth-forbundne med den udleverede tablet for på den måde automatisk at kunne aflevere måledata. Dette bestemmes dels af konkrete kliniske retningslinjer og anbefalinger i relation til relevante måledata for en given målgruppe, dels af gældende regler og nationale beslutninger, eksempelvis om CE-mærkning af telemedicinske løsninger i henhold til reglerne for medicinsk udstyr samt brug af Continua Health Alliance certificerede medicinske devices.

Den præcise sammensætning af den samlede telemedicinske løsning til en given målgruppe kan således variere i udstyrsmæssigt omfang og teknologisk kompleksitet. I relation til tilrettelæggelse og dimensionering af service-, support- og logistikfunktioner har dette væsentlig betydning, idet til- og fravalg af funktionalitet og enkeltkomponenter kan have betydning for omfanget af service-, support- og logistikopgaverne, eksempelvis i relation til udbringning af udstyr og oplæring af borger.

I nærværende analyse er der, medmindre andet er nævnt, taget udgangspunkt i en samlet telemedicinsk løsning baseret på erfaringerne fra TeleCare Nord samt de nationale krav til standarder og certificering samt gældende kliniske retningslinjer. Analysen tager således udgangspunkt i, at målgruppen skal anvende en borgervendt telemedicinsk løsning bestående af en telemedicinsk

¹ Sundhedsfaglig support vil sige, at besvarelse af sundhedsfaglige spørgsmål fra borger har været inddraget i analysearbejdet i det omfang, der har været snitflader til den tekniske og anvendelsesmæssige support.

software-løsning installeret på en tablet forsynet med dataabonnement, MDM-løsning og bluetooth-forbundne medicinske devices som vægt og saturationsmåler.

1.2.3 Analysens kontekst

Der er fire forhold, som i særlig grad har præget arbejdet med analysen, og som skal fremhæves her, da de hver for sig og tilsammen har haft væsentlig betydning for nærværende analyses fokus og resultater. Det drejer sig om:

- **Ansvar for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er forankret i de fem landsdele.** Beslutningen om landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er truffet i regi af den årlige aftale om kommunernes og regionernes økonomi, som indgås mellem regeringen, KL og Danske Regioner. Det er i den sammenhæng besluttet, at ansvaret for implementering og drift af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL politisk set er forankret i fem landsdele, det vil sige i regi af de sundhedsaftaler, som hver af de fem regioner samt kommunerne i samme geografiske område har indgået som ramme om fælles opgaveløsning. Det betyder, at alle beslutninger om implementering og drift af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, eksempelvis beslutninger om placering af udvalgte service, support og logistikopgaver på nationalt niveau eller hos en enkelt kommune eller region, skal godkendes politisk og/eller administrativt af alle kommuner samt regionen i en given landsdel i regi af de indgåede sundhedsaftaler
- **Der er på tværs af de fem landsdele forskelle i ambitionsniveau, erfaringsgrundlag og modenhed i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering.** Der har som led i analysen vist sig forskelle i ambitionsniveau, erfaringsgrundlag og modenhed på tværs af de fem landsdele samt internt i de enkelte landsdele, når det gælder etablering af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL – og måske især i forhold til de videre perspektiver vedrørende understøttelse af andre telemedicinske projekter af både tværsektoriel og monosektoriel karakter. Endvidere har det som led i analysens erfaringsopsamling vist sig, at der internt i de enkelte landsdele er forskelle på erfaringsdannelse og vidensopbygning i relation til telemedicin. I de fleste landsdele er det således tilfældet, at et mindre antal kommuner har arbejdet systematisk med telemedicinske pilotprojekter og på den måde høstet væsentlige erfaringer, mens de øvrige kommuner kun har sporadiske erfaringer – eller slet ingen
- **Tilrettelæggelsen af opgaver i relation til service, support og logistik bestemmes i et vist omfang af beslutninger vedrørende fælles kravspecificering og udbud af en telemedicinsk software-løsning.** Der har i forbindelse med gennemførelsen af nærværende analyse været bevidsthed om, at der på flere konkrete opgaveområder er klare afhængigheder til og overlap med det pågående arbejde i regi af det nationale forudsætningstiltag vedrørende telemedicinsk infrastruktur, herunder det udarbejdede princippapir for telemedicinske løsninger der har betydning for, hvordan og måske især på hvilket organisatorisk niveau opgaver i relation til en given løsning organiseres. Endvidere betyder det igangværende arbejde med en fælles kravspecifikation for en telemedicinsk software-løsning og det forventede efterfølgende arbejde med udbud af en fælles rammeaftale, at landsdelene forholder sig afventende i forhold til at træffe endelig beslutning om valg af telemedicinsk software-løsning til brug for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL
- **Vilkårene for telemedicinsk service, support og logistik må forventes at ændre sig væsentligt i løbet af de kommende 2-3 år.** Den operationelle implementering af den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er kun lige begyndt, og allerede på nuværende tidspunkt kan det konstateres, at en række præmisser har ændret sig. De nye kliniske retningslinjer på området har således betydet, at den gruppe af borgere med KOL, der anbefales til telemedicinsk hjemmemonitorering, er blevet væsentligt mindre. Samtidig er der åbnet for en ændret sammensætning af den samlede borgervendte løsning, idet der ikke længere er en klar anbefaling af, at der bør indgå en blodtryksmåler. Endvidere er det erfaringen fra såvel TeleCare Nord som en række andre telemedicinske projekter med større

volumen i både Danmark og udlandet, at der sker en omfattende læring og erfaringsdannelse i løbet af de første 2-3 års implementerings- og driftsarbejde. Endelig kan der med rimelighed forventes en fortsat teknologisk udvikling, der potentielt kan have væsentlig indflydelse på den måde telemedicinske løsninger – og særligt den borgervendte opsamling af data – fungerer.

1.3 Analysens opbygning

Analysen består af syv hovedkapitler:

- Kapitel 2 giver en introduktion til omfanget af service-, support- og logistikopgaverne i de enkelte landsdele og på landsplan
- Kapitel 3 beskriver en række mulige placeringer af opgaveudførelsen i relation til service, support og logistik samt de forretningsmæssige begrundelser for valg af operatører
- Kapitel 4 beskriver en række modeller for juridisk organisering i relation til service-, support- og logistikopgaven
- Kapitel 5 beskriver de økonomiske og finansieringsmæssige forhold til relation til service-, support- og logistikopgaven
- Kapitel 6 beskriver en række centrale forhold i relation til persondata
- Kapitel 7 beskriver en række opmærksomhedspunkter og scenarier i forhold til indkøb og marked
- Kapitel 8 skitserer en overordnet beslutningsdrejebog.

Udover nærværende hovedrapport består analysen af et antal uddybende bilagsrapporter:

- Bilag A indeholder et samlet servicekatalog med en overordnet beskrivelse af opgaverne i relation til service, support og logistik samt indkøb og styring
- Bilag B indeholder volumenestimer i forhold til omfanget af service-, support- og logistikopgavens omfang samt modelberegninger vedrørende finansiering for hver af de fem landsdele
- Bilag C indeholder en erfaringsopsamling fra Argenti Managed Tele Care.

2 OPGAVERNS OMFANG

Dette kapitel giver en overordnet introduktion til omfanget af de service-, support- og logistikopgaver, der skal løses i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering. Kapitlets beskrivelse af målgrupper, deres volumen og øvrige karakteristika tjener som overordnet forståelsesramme for fastlæggelse af de forretningsmæssige hensyn, der ligger til grund for analysens forslag til organisering af service-, support- og logistikopgaverne, herunder spørgsmål om placering af opgaveudførelse og valg af operatør. De udarbejdede estimater giver således et omtrentligt indtryk af, hvor stor en opgave, de fem landsdele hver i sær står over for, og hvordan den kan forventes at udvikle sig i de kommende år. Som sådan kan de udarbejdede estimater ikke stå alene som grundlag for en senere operationel driftsplanlægning.

Kapitlet består af to hovedafsnit:

- Målgruppens størrelse
- Opgavevolumen i service, support og logistik.

2.1 Målgruppens størrelse

Den primære målgruppe i relation til telemedicinsk service, support og logistik er borgere med KOL, der modtager telemedicinsk hjemmemonitorering. De nye kliniske retningslinjer på området anbefaler, at der ved visitation til telemedicinsk hjemmemonitorering fokuseres på borgere med KOL i kategorien GOLD D. På landsplan er antallet af borgere med KOL GOLD D egnet til telemedicinsk hjemmemonitorering estimeret til 10-12.000².

Nedenstående tabeller viser en modelleret udvikling i antallet af borgere med KOL visiteret til telemedicinsk hjemmemonitorering pr. år over en periode på 5 år. Der er i modelleringen anvendt samme indfasningstakt, som i modelberegningerne vedr. økonomi (jf. nedenstående kapitel 5)³. Tabellerne omfatter modelberegninger for henholdsvis landsplan, en gennemsnitskommune (58.250 indbyggere) samt hver af de fem landsdele⁴.

Tabel 1: Antal borgere med KOL visiteret til telemedicinsk hjemmemonitorering; opgjort på landsplan samt for gennemsnitskommune

Tid fra driftsstart	+ 12 mdr.	+24 mdr.	+36 mdr.	+48 mdr.	+60 mdr.
---------------------	-----------	----------	----------	----------	----------

² I forbindelse med udarbejdelsen af den samlede business case for telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er antallet af borgere med KOL GOLD 3 og 4 (gamle GOLD-kriterier) egnet til telemedicinsk hjemmemonitorering estimeret til 20.000 baseret på foreliggende prævalensstudier samt kliniske vurderinger med afsæt i erfaringerne fra TeleCare Nord og KIH NetKOL. Det er estimeret, at borgere med GOLD D (nye GOLD-kriterier) udgør lidt mere end halvdelen af borgerne med GOLD 3 og 4 (gamle kriterier).

³ Indfasningstakten er den samme som i den opstillede business case for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

⁴ Ved fordelingen af borgere med KOL mellem landsdelene er der anvendt samme fordelingsnøgle som i den opstillede business case for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Fordelingsnøglen er baseret på data fra den nationale sundhedsprofil. Landsdelstal summerer ikke korrekt til landsplan grundet afrunding.

Hele landet	1.100	5.100	9.200	11.800	12.000
Gennemsnitskommune	10	50	95	120	122

Tabel 2: Antal borgere med KOL visiteret til telemedicinsk hjemmemonitorering; opgjort pr. landsdel

Tid fra driftsstart	+ 12 mdr.	+24 mdr.	+36 mdr.	+48 mdr.	+60 mdr.
Landsdel Hovedstaden	310	1.420	2.580	3.290	3.350
Landsdel Sjælland	170	780	1.410	1.800	1.850
Landsdel Syddanmark	260	1.190	2.160	2.760	2.800
Landsdel Midtjylland	240	1.100	2.000	2.550	2.600
Landsdel Nordjylland ⁵	130	600	1.080	1.380	1.400

Modelberegningen tjener alene som konkret eksemplificering af målgruppens størrelse for forskellige geografiske områder på forskellige tidspunkter fra driftsstart (regnet som visitation af de første borgere med KOL til telemedicinsk hjemmemonitorering) til fuld dækning af målgruppen. Denne modellering af udviklingen i målgruppens størrelse over tid er anvendt som udgangspunkt for nedenstående modelberegninger vedrørende den forventede opgavevolumen i relation til service, support og logistik.

Ovenstående modelberegning kan ikke anvendes som grundlag for operationel driftsplanlægning, idet der må forventes forskelle i såvel driftsstart som indfasningstakt på tværs af de fem landsdele.

2.1.1 Udvikling i den samlede volumen som følge af udbredelse til andre målgrupper

Den valgte organisering af opgaverne i relation til telemedicinsk service, support og logistik skal i et vist omfang være robust over for en udvidelse i den samlede volumen forstået som antallet af borgere med telemedicinsk hjemmemonitorering, eksempelvis som følge af lokale, regionale eller nationale beslutninger om udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til andre målgrupper.

Dette er i nærværende analyse eksemplificeret gennem en perspektiverende modelberegning, der viser opgaveomfanget i relation til service, support og logistik ved en fordobling af den samlede målgruppe fra 10-12.000 borgere til 20-25.000 borgere.

Tabel 3: Antal borgere ved fordobling af samlet målgruppe; opgjort pr. landsdel

	Borgere med KOL	Fordoblet målgruppe
Landsdel Hovedstaden	3.350	6.700
Landsdel Sjælland	1.850	3.700
Landsdel Syddanmark	2.800	5.600
Landsdel Midtjylland	2.600	5.200
Landsdel Nordjylland	1.400	2.800

Denne eksemplificering skal ses i lyset af, at de lokale og monosektorielle telemedicinske projekter, der gennem de seneste år har været gennemført, alle har det til fælles, at de har et stærkt begrænset antal borgere, som samtidigt er visiteret til telemedicinsk hjemmemonitorering (de færreste projekter har i dag mere end 100 samtidige brugere). Sammenlignet med såvel den kørende løsning i TeleCare Nord (omkring 1.000 samtidige brugere) som den forventede volumen ved den forestående landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL (10-12.000

⁵ Modelberegningen afspejler ikke, at der i Nordjylland allerede er knap 1.000 borgere med KOL i drift på telemedicinsk hjemmemonitorering (på tværs af GOLD-grupperne 1-4).

brugere på landsplan) er de øvrige kendte telemedicinske projekter med andre ord af mindre betydning for det samlede opgaveomfang i relation til service, support og logistik.

I forlængelse heraf må det forventes, at den væsentligste volumenmæssige udvidelse af den samlede målgruppes størrelse i de kommende år vil komme som resultat af nye nationale beslutninger om udvidelse til andre målgrupper, f.eks. borgere med hjertesygdomme. Endvidere må det forventes, at en eventuel national beslutning om landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til nye målgrupper træffes med en sådan tidsmæssig kadence, at udbredelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL vil være den primære kilde til erfaringsdannelse i relation til telemedicinsk service, support og logistik i større skala i landsdelene inden for en tidshorisont på 2-3 år.

2.2 Opgavevolumen i service, support og logistik

I det følgende beskrives hovedtallene i en række modelberegninger, der har til formål at give en samlet indikation af den opgavevolumen – forstået som aktivitet og årsværksbehov – der knytter sig til service-, support- og logistikopgaverne i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering (bilag B indeholder en uddybende gennemgang af modelberegningerne for hver af de fem landsdele).

Der er som nævnt i ovenstående afsnit taget udgangspunkt i understøttelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til de 10-12.000 borgere med KOL GOLD D, som de nye kliniske retningslinjer udpeger som målgruppe for den landsdækkende udbredelse. Der er endvidere perspektiveret med en modelberegning baseret på en antagelse om en fordobling af den samlede målgruppe.

2.2.1 Service

Opgavevolumen i relation til serviceopgaven bestemmes primært af to forhold:

- **Antallet af systemer.** Den samlede opgavevolumen for en given serviceoperatør bestemmes primært af antallet af telemedicinske løsninger, der skal "holdes i luften", herunder forskellige telemedicinske software-løsninger samt forskelle i konfigurationen af den borgervendte løsning (valg af tablet, MDM-software, telemedicinsk app, devices)
- **Mulighed for stordrift.** Serviceopgaverne har en karakter, hvor opretholdelse af et beredskab til håndtering af en enkeltstående telemedicinsk løsning relativt set vil kræve uforholdsmæssigt store ressourcer sammenlignet med en situation, hvor systemet indgår i et driftsmiljø med mange andre systemer.

Hvis der vælges et setup, hvor serviceoperatøren kun skal drive et mindre antal telemedicinske løsninger eller konfigurationer af samme og samtidig har et kørende it-miljø med etablerede processer og driftsansvar for et større antal andre systemer, er det vurderingen, at der vil være tale om en begrænset opgave uanset antallet af brugere på den telemedicinske løsning.

Som sådan adskiller serviceopgaven sig noget fra de to øvrige opgaveområder – support og logistik – ved, at der ikke på samme måde er tale om en opgavevolumen, der skalerer proportionalt med antallet af borgere visiteret til telemedicinsk hjemmemonitorering.

2.2.2 Support

Nedenstående tabeller viser en modelberegning på udviklingen i opgavevolumen i relation til teknisk/anvendelsesmæssig support opgjort som antal tekniske og anvendelsesmæssige supportkald for henholdsvis landsplan, en gennemsnitskommune (58.250 indbyggere) samt for hver af de fem landsdele⁶.

⁶ Ved fordelingen af borgere med KOL mellem landsdelene er der anvendt samme fordelingsnøgle som i den opstillede business case for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Fordelingsnøglen er baseret på data fra den nationale sundhedsprofil. Landsdelstal summer ikke korrekt til landsplan grundet afrunding.

Tabel 4: Estimeret antal tekniske og anvendelsesmæssige supportkald pr. måned; opgjort på landsplan samt for gennemsnitskommune

Tid fra driftsstart	+ 12 mdr.	+24 mdr.	+36 mdr.	+48 mdr.	+60 mdr.
Hele landet	91	423	764	979	996
Gennemsnitskommune	1	4	8	10	10

Tabel 5: Estimeret antal tekniske og anvendelsesmæssige supportkald pr. måned; opgjort pr. landsdel

Tid fra driftsstart	+ 12 mdr.	+24 mdr.	+36 mdr.	+48 mdr.	+60 mdr.
Landsdel Hovedstaden	26	118	214	273	278
Landsdel Sjælland	14	65	117	149	154
Landsdel Syddanmark	22	99	179	229	232
Landsdel Midtjylland	20	91	166	212	216
Landsdel Nordjylland ⁷	11	50	90	115	116

Modelberegningen bygger på data fra flere telemedicinske projekter, der uanset deres organisering af den teknisk/anvendelsesmæssige support, viser et ret entydigt billede af en opgavevolumen, der ligger i størrelsesordenen op til 1 teknisk/anvendelsesmæssigt supportkald pr. borgere visiteret til telemedicinsk hjemmemonitorering pr. år. Opgørelsen skelner ikke mellem kald initieret af henholdsvis borgere og sundhedsfagligt personale men bygger statistik vedrørende modtagne kald i de etablerede supportfunktioner. Baseret på det foreliggende datagrundlag er der med andre ord tale om en meget beskedne opgavevolumen, hvilket også er afspejlet i de udarbejdede estimater.

Det skal i den forbindelse bemærkes, at der i de undersøgte projekter har været afsat ressourcer til en grundig oplæring af borgere i telemedicinsk hjemmemonitorering – såvel sundhedsfagligt som teknisk/anvendelsesmæssigt. Det må forventes, at der er en sammenhæng mellem graden af oplæring og mængden af supportkald, eksempelvis således at en reduceret oplæringsindsats vil afføde en vækst i antallet af supportkald. Det har ikke på det foreliggende datagrundlag været muligt at afklare en mere præcis sammenhæng mellem oplæring og supportbehov.

Fordobling af målgruppen

Nedenstående tabel viser en modelberegning for opgavevolumen i relation til teknisk/anvendelsesmæssig support opgjort som antal supportkald pr. måned ved en fordobling af den samlede målgruppe sammenlignet med den forventede målgruppe ved fuld udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL for hver af de fem landsdele.

Tabel 6: Estimeret antal tekniske og anvendelsesmæssige supportkald pr. måned i driftssituation ved fuld indfasning til borgere med KOL samt ved fordobling af samlet målgruppe; opgjort pr. landsdel

	Borgere med KOL (antal supportkald/md.)	Fordoblet målgruppe (antal supportkald/md.)
Landsdel Hovedstaden	278	556
Landsdel Sjælland	154	307
Landsdel Syddanmark	232	465
Landsdel Midtjylland	216	432
Landsdel Nordjylland	116	232

⁷ Modelberegningen afspejler ikke, at der i Nordjylland allerede er knap 1.000 borgere med KOL i drift på telemedicinsk hjemmemonitorering (på tværs af GOLD-grupperne 1-4).

2.2.3 Logistik

Nedenstående tabeller viser en modelberegning på udviklingen i opgavevolumen i relation til logistikopgaven opgjort som antal udkørsler pr. måned for henholdsvis landsplan, en gennemsnitskommune (58.250 indbyggere) samt for hver de fem landsdele⁸.

Tabel 7: Estimeret antal udkørsler pr. måned i relation til opsætning, udskiftning og nedtagning af udstyr i borgers hjem; opgjort på landsplan samt for gennemsnitskommune

Tid fra driftsstart	+ 12 mdr.	+24 mdr.	+36 mdr.	+48 mdr.	+60 mdr.
Hele landet	134	534	708	692	500
Gennemsnitskommune	1	5	8	7	5

Tabel 8: Estimeret antal udkørsler pr. måned i relation til opsætning, udskiftning og nedtagning af udstyr i borgers hjem; opgjort pr. landsdel

Tid fra driftsstart	+ 12 mdr.	+24 mdr.	+36 mdr.	+48 mdr.	+60 mdr.
Landsdel Hovedstaden	38	150	200	191	139
Landsdel Sjælland	21	82	109	105	78
Landsdel Syddanmark	32	126	167	160	115
Landsdel Midtjylland	30	116	155	148	108
Landsdel Nordjylland ⁹	16	63	83	80	58

Modelberegningen bygger på data fra henholdsvis TeleCare Nord og Argenti Managed Tele Care, og baseret på det foreliggende datagrundlag er der samlet set tale om en mindre opgavevolumen både i udbredelses- og driftsfasen. Modelberegningen viser, at det er den initiale opsætning af udstyr hos nyvisiterede borgere, som driver opgavevolumen i den indledende udbredelsesfase. Opsætning af udstyr hos nyvisiterede borgere tegner sig således for to tredjedele af udkørslerne efter 12 måneder og omkring halvdelen efter 36 måneder. Jo tættere man er på en situation, hvor fuld udbredelse er nået, og der er en større volumen af borgere i drift, des mere fylder antallet af udkørsler til udskiftning og nedtagning af udstyr relativt set.

Fordobling af målgruppen

Nedenstående tabel viser en modelberegning for opgavevolumen i relation til logistikopgaven opgjort som antal udkørsler pr. måned ved en fordobling af den samlede målgruppe sammenlignet med den forventede målgruppe ved fuld udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL for hver af de fem landsdele.

Tabel 9: Estimeret antal udkørsler pr. måned i relation til opsætning, udskiftning og nedtagning af udstyr i borgers hjem i driftssituation ved fuld indfasning til borgere med KOL samt ved fordobling af samlet målgruppe; opgjort pr. landsdel

	Borgere med KOL (antal udkørsler/md.)	Fordoblet målgruppe (antal udkørsler/md.)
Landsdel Hovedstaden	139	278

⁸ Ved fordelingen af borgere med KOL mellem landsdelene er der anvendt samme fordelingsnøgle som i den opstillede business case for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Fordelingsnøglen er baseret på data fra den nationale sundhedsprofil. Landsdelstal summer ikke korrekt til landsplan grundet afrunding.

⁹ Modelberegningen afspejler ikke, at der i Nordjylland allerede er knap 1.000 borgere med KOL i drift på telemedicinsk hjemmemonitorering (på tværs af GOLD-grupperne 1-4).

Landsdel Sjælland	78	156
Landsdel Syddanmark	115	230
Landsdel Midtjylland	108	216
Landsdel Nordjylland	58	116

3 ORGANISERING AF OPGAVEUDFØRSEL

Dette kapitel beskriver en række forslag til, hvordan den operationelle opgaveudførelse kan organiseres, herunder hvilke operatører der virker mest egnede til at udføre de forskellige typer af opgaver. Indledningsvist beskrives de forretningsmæssige hensyn, der har udgjort designkriterierne for de udarbejdede forslag til placering af opgaveudførelsen i relation til service, support og logistik. Afslutningsvist perspektiveres de opstillede forslag i form af en række yderligere hensyn, der kan eller skal tages på kort og lang sigt. Formålet med kapitlet er at indkredse og præcisere den overordnede organisering samt involverede aktører i den opgave, for hvilken der skal findes en juridisk organisering og en økonomisk finansiering.

Kapitlet består af tre hovedafsnit:

- Forretningsmæssige hensyn i organiseringen
- Beskrivelse af opgaveindhold og placering af hovedområder
- Perspektivering på kort og lang sigt.

3.1 Forretningsmæssige hensyn i organiseringen

Dette afsnit beskriver tre centrale forretningsmæssige hensyn, der har været anvendt som designkriterier for den overordnede organisering af opgaver og hovedområder i relation til service, support og logistik.

De tre beskrevne forretningsmæssige hensyn sammenfatter en række politiske, sundhedsfaglige, økonomiske, teknologiske og organisatoriske vilkår, der har betydning for, hvordan opgaver i relation til telemedicinsk service, support og logistik bedst organiseres:

- Fokus på minimumsscenarioer på kort sigt
- Udnyttelse af eksisterende volumen og kompetencer
- Landsdelen som omdrejningspunkt for organisering.

3.1.1 Fokus på minimumsscenarioer på kort sigt

Som nævnt indledningsvist betyder en række sundhedsfaglige og teknologiske udviklingstendenser, at vilkårene for at tilbyde borgerne forskellige former for telemedicinsk forebyggelse, hjemmemonitorering, rehabilitering og behandling med overvejende sandsynlighed må forventes at ændre sig inden for en tidshorisont på 2-3 år.

Samtidig er det erfaringen fra såvel TeleCare Nord som Argenti Managed Tele Care, at der sker en meget væsentlig erfaringsdannelse og vidensopbygning i forbindelse med de første 2-3 års etablering og skalering af et fuldt drifts-setup, og at dette med meget stor sandsynlighed medfører et ønske om at justere og videreudvikle såvel operationelle aspekter som overordnede styringsmæssige forhold.

Samlet set betyder det, at der er truffet et bevidst valg om at fokusere analysen på at afklare, hvordan etablering og drift af service, support og logistik bedst tilrettelægges inden for en tidshorisont på 2-3 år ud fra en begrundet forventning om, at forholdene må forventes at være væsentligt anderledes på dette tidspunkt.

Konkret betyder det, at der har været fokus på at identificere "minimumsscenarier", det vil sige, løsningsmodeller, som – inden for de givne aftalemæssige rammer for den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL – må forventes at være lettest at realisere på kort sigt.

I direkte forlængelse heraf er der i den samlede analyses forslag og anbefalinger lagt op til at sikre størst mulig fleksibilitet i forhold til at kunne justere og tilpasse den samlede organisering og det tilbudte servicekoncept undervejs, efterhånden som der opnås nye og mere solide erfaringer på området.

3.1.2 Udnyttelse af eksisterende volumen og kompetencer

Helt generelt er service-, support- og logistikopgaver kendetegnet ved, at de er opgaver, der i større eller mindre grad kræver en række grundlæggende investeringer i infrastruktur. Dette er i særligt grad tilfældet for logistikopgaven (f.eks. investeringer i vognpark, ruteplanlægningssystem m.m.), men gælder også for såvel service- som supportopgaverne (f.eks. investering i serverrum, supportcenterløsning og øvrige støttesystemer).

Mindst lige så vigtigt er det, at der for både service-, support- og logistikopgaverne er tale om egne "discipliner" med tilhørende sæt af rammeværker, metoder, specialistkompetencer og best practise processer, der bidrager til en optimal opgaveløsning, uanset om det er telemedicinsk hjemmemonitorering, andre sundhedsfaglige opgaver eller noget helt tredje, der skal understøttes med service, support og logistik.

Samlet set betyder det, at service-, support- og logistikfunktioner – uanset om de knytter sig til telemedicin eller til andre opgaveområder – er nødt til at have en vis volumen i deres opgaveportefølje – både af økonomiske hensyn og af hensyn til at kunne opretholde de nødvendige kompetencer og best practise processer i opgaveløsningen.

Endvidere gælder det, at selvom den landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i telemedicinsk sammenhæng bliver af en væsentligt større skala end de hidtil kendte projekter, er der i relation til det forventede omfang af service-, support- og logistikopgaverne tale om en relativt beskeden opgavevolumen, når man sammenligner med andre service-, support- og logistikopgaver inden for såvel andre dele af det offentlige sundhedsområde som hos offentlige aktører og private leverandører i øvrigt (jf. kapitel 2).

De centrale opgaver i relation til service, support og logistik stiller en række investeringsmæssige, organisatoriske og kompetencemæssige krav, der har betydning for, hvor opgaverne bedst placeres. Samtidig kan der ikke inden for en kortere tidshorisont (2-3 år) forventes en volumen på disse opgaveområder, der investeringsmæssigt og kompetencemæssigt kan begrunde etablering af dedikerede udførende enheder målrettet understøttelse af telemedicinsk hjemmemonitorering. Den konkrete opgaveudførelse i relation til service, support og logistik placeres derfor bedst i regi af eksisterende operatører, eksempelvis concern-it enheder, hjælpemiddeldepoter og/eller private operatører inden for it, logistik og support.

Ved placeringen af opgaver kan der med fordel ses på, i hvilket omfang de mulige operatører har forudgående erfaringer med understøttelse af telemedicinske projekter. Erfaringerne fra de gennemførte projekter er således, at løsning af service-, support- og logistikopgaver i relation til telemedicinske projekter – udover ovennævnte grundlæggende service-, support- og logistikrelaterede kompetencer - i større eller mindre grad kræver opbygning af supplerende kompetencer og forståelse for de særlige forhold, der gør sig gældende i telemedicinsk sammenhæng. Det gælder i særlig grad en række aspekter af logistikopgaven, herunder eksempelvis oplæring af borgere i brug af den tekniske løsning og asset management, samt i mindre grad supportopgaven.

Anbefaling 1

OMRÅDE

- Organisering af opgaveudførelse

ANBEFALING	Opgaveudførelse i relation til service, support og logistik bør som udgangspunkt placeres hos eksisterende operatører (gerne med forudgående erfaring med telemedicinske projekter).
BEGRUNDELSE	- Volumen er ikke stor nok til at kunne bære selvstændige enheder inden for en tidshorisont på 2-3 år - Placering af opgaver hos eksisterende operatører giver adgang til nødvendige kompetencer og eksisterende infrastruktur.

3.1.3 Landsdelene som omdrejningspunkt for organisering

Ansvar for implementering og drift af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er politisk set forankret i hver af de fem landsdele, det vil sige i regi af de sundhedsaftaler, som hver af de fem regioner samt kommunerne i samme geografiske område har indgået som ramme om fælles opgaveløsning.

Det betyder, at alle beslutninger om implementering og drift af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL, eksempelvis beslutninger om placering af udvalgte service-, support- og logistikopgaver på enten nationalt niveau eller hos en enkelt kommune eller region, skal godkendes politisk og/eller administrativt af alle kommuner samt regionen i en given landsdel i regi af de indgåede sundhedsaftaler.

Endvidere er der på tværs af de fem landsdele væsentlige forskelle på det telemedicinske erfaringsgrundlag, herunder teknisk legacy i form af kørende løsninger og eksisterende organisering i relation til telemedicinsk service, support og logistik. Samtidig er der forskelle i den konkrete udmøntning af det sundhedsfaglige samarbejde i regi af sundhedsaftalerne, herunder ift. tilbud til borgere med KOL. Netop sammenhængen til sundhedsaftalerne er værd at understrege, idet der som led i nærværende analyse er identificeret flere konkrete opgaveområder, hvor der er afhængigheder, som nødvendiggør en tæt koordination mellem sundhedsfaglige opgaver og opgaver i relation til service, support og logistik. Det gælder eksempelvis i koblingen mellem monitorering af måledata, sundhedsfaglig support til borger og teknisk/anvendelsesmæssig support til borger (jf. nedenstående afsnit 3.2.2 om support).

Endelig betyder placeringen af den konkrete opgaveudførelse inden for service, support og logistik hos et antal forskellige eksisterende operatører, at der i landsdelen vil være behov for at løse en række koordinations- og styringsmæssige opgaver for at sikre sammenhæng, kvalitet og udvikling i det eller de tilbudte servicekoncepter på tværs af de valgte operatører. Endvidere vil det, som følge af at de valgte operatører ikke kan forventes at have telemedicinsk hjemmemonitorering som kerneopgave, være naturligt at sikre en samlet opbygning af telemedicinske driftserfaringer i landsdelen.

Samlet set betyder det, at det inden for en kortere tidshorisont (2-3 år) virker uomgængeligt, at landsdelen er udgangspunkt og omdrejningspunkt for beslutninger om organisering af hovedparten af opgaverne i relation til service, support og logistik på landsdelsniveau. Denne opgave placeres bedst i et sekretariat med ophæng i de enkelte landsdeles sundhedsaftaler. Det vurderes, at sekretariatet skal etableres med 1,5-2 årsværk til at løse styringsopgaverne.

Anbefaling 2

OMRÅDE	Organisering af opgaveudførelse
ANBEFALING	Der bør i hver af de fem landsdele etableres en styringsfunktion, der på vegne af "ejer kredsen" (kommuner og regioner) tager opgaven med at løse styringsmæssige og koordinerende opgaver i relation til det samlede telemedicinske servicetilbud. Styringsfunktionen estimeres til 1,5-2 årsværk pr. landsdel.
BEGRUNDELSE	Forskelle i modenhed og ambitionsniveau samt forankringen i sundhedsaftaler gør landsdelene til et naturligt udgangspunkt for organisering inden for en tidshorisont på 2-3 år

	Placeringen af den konkrete opgaveudførelse inden for service, support og logistik hos eksisterende operatører betyder, at der i landsdelen vil være en række koordinations- og styringsmæssige opgaver, som skal sikre sammenhæng, kvalitet og udvikling i det eller de tilbudte telemedicinske servicekoncepter på tværs af valgte operatører.
--	--

Anbefaling 3

OMRÅDE	Organisering af opgaveudførelse
ANBEFALING	Etableringen af landsdelens styringsfunktion bør tilgodese en tæt kobling mellem styring af opgaver i relation til service, support og logistik og styring af sundhedsfaglige opgaver i relation til telemedicin.
BEGRUNDELSE	Der er på flere konkrete opgaveområder inden for service, support og logistik afdækket afhængigheder, som nødvendiggør en tæt koordination mellem sundhedsfaglige opgaver og opgaver i relation til service, support og logistik.

3.2 Beskrivelse af opgaveindhold og placering af hovedområder

Dette afsnit beskriver det overordnede indhold samt organisering af opgaver inden for hvert hovedområde – service, support og logistik – herunder de mest egnede placeringer af opgaveudførelsen for hver af disse samt identificerede opmærksomhedspunkter.

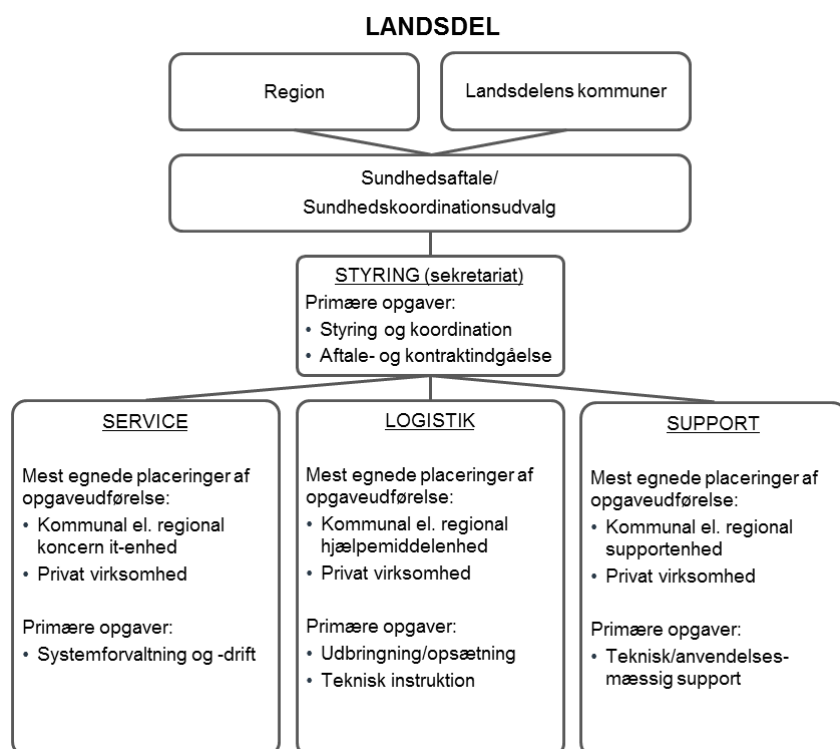
Hovedområderne er kendetegnet ved, at de hver især har en naturlig sammenhængskraft i form af deres indbyrdes opgavemæssige afhængigheder og de kompetencer, der skal til for at løse disse opgaver. Det samme gælder de koordinations- og styringsmæssige opgaver, der blev beskrevet i ovenstående afsnit, og som kan betragtes som et fjerde hovedområde.

Endvidere gælder der i forlængelse af de ovenfor beskrevne generelle forretningsmæssige hensyn en række særskilte hensyn, som i højere grad er specifikke for hvert af hovedområderne, og som har betydning for, hvor den operationelle opgaveudførelse bedst varetages.

Overordnet organisering af service, support og logistik

Nedenstående figur viser det styringsmæssige ophæng og de fire opgavemæssige hovedområder.

Figur 1: Overblik over styringsmæssigt ophæng og opgavemæssige hovedområder i relation til service, support og logistik



Som det fremgår af figuren, er der en klar opdeling mellem bestillerside og udførerside, hvor bestiller er forstået som styringsfunktionen, der på vegne af "ejer kredsen" i form af kommuner og region i landsdelen løser de koordinations- og styringsmæssige opgaver (denne funktion benævnes i det følgende sekretariatsfunktion), og udførere er forstået som de offentlige og/eller private operatører, der er ansvarlige for den faktiske opgaveudførelse i relation til service, support og logistik.

Denne opdeling af bestillerside og udførerside følger naturligt af de ovenfor beskrevne forretningsmæssige hensyn, der dels har til hensigt at udnytte eksisterende funktioners kompetencer og volumen, dels tilgodeser ejerkredsens behov for styring. Det er i den forbindelse værd at bemærke, at mens der på udførersiden både tænkes at kunne være offentlige og private operatører, er bestillersiden med den her foreslåede organisering tænkt som en rent offentlig aktør.

Begrundelsen for en rent offentlig bestillerside er, at erfaringerne fra såvel TeleCare Nord som Argenti Managed Tele Care (jf. bilag C) viser, at der særligt i løbet af de første 2-3 år sker en betydelig opbygning af viden i relation til løsning af de koordinations- og styringsmæssige opgaver, og at denne viden er af væsentlig betydning for den fremadrettede udvikling af opgaveløsningen.

I forlængelse af ovenstående skal det understreges, at der ikke i den ovennævnte forankring af operatørvalget i hver af de fem landsdele ligger en implicit beslutning om, at hver landsdel pr. definition vælger sine operatører uafhængigt eller ukoordineret i forhold til de øvrige landsdele (jf. afsnit 7.2 om koordination af indkøb på tværs af landsdelene).

Uddybende beskrivelse af de fire hovedområder

I de følgende afsnit behandles hvert af de fire hovedområder særskilt. Det betyder dog ikke, at hovedområderne i praksis kan holdes skarpt adskilt. Nogle opgaver optræder således under flere hovedområder, da den endelige operationelle tilrettelæggelse af opgaveløsningen, herunder konkret valg af operatør, kan have betydning for, hvor en given opgave bedst løses. På opgaveniveau er der således en række snitflader og indbyrdes afhængigheder på tværs af hovedområderne, hvoraf de væsentligste er behandlet i nedenstående underafsnit. Endvidere giver bilag A en uddybende beskrivelse af de enkelte opgaver inden for hvert hovedområde.

Den resterende del af afsnittet falder i fire dele:

- Indhold og placering af styringsopgaver
- Indhold og placering af serviceopgaver
- Indhold og placering af supportopgaver
- Indhold og placering af logistikopgaver.

3.2.1 Indhold og placering af styringsopgaver

Styring anvendes i nærværende analyse som samlebetegnelse for opgaver, der har til formål at sikre den overordnede retning og koordination af alle opgaver vedrørende service, support og logistik inden for rammerne af det samlede telemedicinske koncept, der tilbydes borgerne.

Styring har som overordnet hovedområde klare snitflader til alle øvrige hovedområder samt potentielt også til en række opgaver, der ligger uden for service, support og logistik, herunder eksempelvis en række sundhedsrelaterede aspekter af det samlede telemedicinske tilbud til borgere med KOL (se også nedenstående opmærksomhedspunkter).

Det er væsentligt at bemærke, at en række styringsopgaver som minimum *skal* løses i fællesskab. Det drejer sig især om opgaver, hvor kommunerne og regionen i den enkelte landsdel i fællesskab påtager sig en række forpligtelser over for service-, support- og logistikoperatørerne. Der forefindes imidlertid også en række styringsopgaver, som er væsentlige for at sikre en sikker og effektiv drift i høj kvalitet, som *kan* løses i fællesskab, men som også kan løses af de enkelte myndigheder hver for sig eller i mindre klynger. Dette forudsætter under alle omstændigheder en principiel stillingtagen til rette niveau for opgaveudførelse på landsdelsniveau.

Opgaveindhold

Nedenstående tabel giver et samlet overblik over de primære opgaver inden for hovedområdet. Opgaverne er opdelt i styringsopgaver, der som minimum *skal* løses i fællesskab på landsdelsniveau, og styringsopgaver, som *kan* løses i fællesskab på landsdelsniveau. Bilag A indeholder en uddybende beskrivelse af de enkelte opgaver, deres primære kompetencebehov samt deres indbyrdes afhængigheder og snitflader.

Tabel 10: Opgaver under hovedområdet styring

Opgave	Beskrivelse
<i>Opgaver som skal løses i fællesskab</i>	
<i>Løbende koordination og fastlæggelse af behov</i>	Koordinere opgaver og fastlægge behov for den enkelte landsdel
<i>Løbende kontrakt- og aftalehåndtering</i>	Indgå og forny aftaler med leverandører af forskellige ydelser, Kontraktstyring og controlling af aftaler med funktioner
<i>Indsamle og analysere styringsdata</i>	Indsamle og analysere styringsdata fra operatørerne til brug for koordinering
<i>Sikre løbende tilpasninger og udvikling i telemedicinsk koncept.</i>	Kontinuerligt sikre, at der sker tilpasning og udvikling i det telemedicinske koncept
<i>Opgaver som kan løses i fællesskab</i>	
<i>Kompetence- og videncenter</i>	Samle eller koordinere viden og kompetencer

<i>Opfølgning og rådgivning af kommuner og regioner</i>	Opfølgning på anvendelse af løsninger og rådgivning i kommunerne og regioner om anvendelse
<i>Følge teknologiske trends på telemedicinsk område</i>	Overvåge de teknologiske trends og udviklingstendenser på det telemedicinske område
<i>Oplæring af sundhedsfagligt personel</i>	Oplærer sundhedsfagligt personel i brug af det telemedicinske udstyr samt processen for udleveringen af udstyret

Placering af opgaveudførelse

Der er som led i analysearbejdet kun afdækket én organisatorisk model for placeringen af opgaveudførelsen i relation til styring. Det drejer sig om den ovenfor nævnte model, hvor opgaver i relation til hovedområdet styring, eksempelvis koordination, vidensopsamling samt aftalestyring i relation til både ejerkreds og offentlige og private service-, support- og logistikoperatører, er placeret i en enhed på landsdelsniveau forankret i regi af sundhedsaftalerne.

Opmærksomhedspunkter

Opmærksomhedspunkter er en række vigtige pointer, som bør overvejes ved styringsfunktionen:

- Der vil være behov for at løfte flere af de beskrevne styringsopgaver allerede som led i den indledende etablering af det samlede telemedicinske setup i en given landsdel. Det gælder eksempelvis den initielle afklaring af krav, ønsker og behov på tværs af kommuner og region i ejerkredsen samt indgåelse af aftaler med operatører. Opgaver der ved overgang til en driftssituation fortsat vil skulle løftes som en løbende opgave af mere vedligeholdende og opfølgende karakter end i den initielle etableringsfase. Samlet set betyder det, at styringsfunktionen i et vist omfang kan siges at "vokse ud af" den indledende projektorganisering, idet den vil blive født med en række allerede igangsatte opgaver
- Opgavemæssigt rækker styringsfunktionen potentielt ud over service, support og logistik, idet en række opgaver i relation til eksempelvis teknologivalg, oplæring af sundhedsfagligt personale i brug af den telemedicinske løsning samt evt. løbende vedligehold af sundhedsfaglige aspekter af det telemedicinske koncept tillige kan indgå i opgaveporteføljen. Det er en generel observation i analysen, at der er behov for tværgående koordination på tværs af opgaver i relation til service, support og logistik og øvrige opgaveområder i relation til det samlede telemedicinske tilbud til borgere, og at dette naturligt kan løftes i regi af den beskrevne styringsfunktion
- Som det fremgår af ovenstående opgaveoversigt, er der en vis fleksibilitet i relation til omfanget af de styringsmæssige opgaver, der placeres i en fælles sekretariatsfunktion. Det er således tænkeligt i et absolut minimumsscenario, at der i regi af landsdelen og ophænget i sundhedsaftalerne alene aftales overordnede principper for opgaveløsningen, hvorefter styringsopgaven delegeres til en eller flere myndigheder i landsdelen (f.eks. regionen og udvalgte kommuner), der hver især påtager sig at koordinere og organisere den samlede opgaveudførelse, herunder de operationelle styringsopgaver der ellers vil ligge i et fælles sekretariat. En sådan konstruktion ville eksempelvis kunne bruges som grundlag for en decentral klyngeorganisering i landsdelen. I dette minimumsscenario vil der imidlertid stadig skulle etableres et aftalegrundlag inden for gældende juridiske rammer og findes en betalingsmodel, der regulerer forholdet mellem den myndighed, der påtager sig opgaven, og de øvrige myndigheder for hvem, der udføres opgaver. Denne juridiske og økonomiske regulering af forholdet vil i sin essens minde om den aftalebaserede konstruktion, der i nærværende analyse er beskrevet for landsdelens fælles sekretariatsfunktion
- Der er i analysen arbejdet ud fra en antagelse om, at der ved indkøb af eksempelvis tablets, medicinske devices, MDM-software, telemedicinske software-løsninger m.m. trækkes på relevante

landsdækkende enheder med indkøbsekspertise (f.eks. SKI) i forhold til brug af eksisterende fællesoffentlige rammeaftaler eller i forbindelse med udarbejdelse af nye rammeaftaler målrettet særlige behov på området. I det omfang en eller flere landsdele vælger selv at stå for denne del af indkøbsopgaven, vil der under hovedområdet styring tillige ligge en række yderligere indkøbsrelaterede opgaver (se afsnittet om indkøb i bilag A).

3.2.2 Indhold og placering af serviceopgaver

Service anvendes i nærværende analyse som samlebetegnelse for opgaver, der har til formål at sikre, at den telemedicinske software samt øvrig software og hardware i form af eksempelvis tablets og tilknyttede devices som vægt og saturationsmåler virker.

Serviceopgaverne har to centrale snitflader til øvrige hovedområder, som i væsentligt omfang har betydning for sammenhængen i opgaveløsningen og dermed borgerens samlede serviceoplevelse:

- **Snitflade til support:** Operatører i supportfunktion bør kunne tilgå information om driftsstatus for den telemedicinske løsning som led i deres håndtering af supportkald fra borger. Tilsvarende skal supporten kunne sende en "request" til service om fejlretning/problemløsning i de tilfælde, hvor en henvendelse fra borger eller sundhedsfagligt personale ikke kan løses af supporten selv
- **Snitflade til logistik:** En række servicerelevante opgaver i relation til den fysiske håndtering af den hardware og de devices, der indgår i den borgervendte løsning, er placeret under hovedområdet logistik.

Opgaveindhold

Nedenstående tabel giver et samlet overblik over de primære opgaver inden for hovedområdet. Bilag A indeholder en uddybende beskrivelse af de enkelte opgaver, deres primære kompetencebehov samt deres indbyrdes afhængigheder og snitflader.

Tabel 11: Opgaver under hovedområdet service

Opgave	Beskrivelse
Systemforvaltning	Monitorering af softwareløsning, vedligehold af softwareløsning, aktiverer leverandør og opdatering på centrale dele af løsningen (server)
Softwareklargøring	Installation af software på borgervendt udstyr inden udlevering til borger
Opdatering af software på udstyr	Opdatering software på borgervendt udstyr ved nye versioner
Device Management	Håndtering af lokationsskift og statusskift for udstyr

Placering af opgaveudførelse

Der er som led i analysearbejdet kun afdækket én organisatorisk model for placeringen af opgaveudførelsen i relation til service. Det drejer sig om en model, hvor opgaver i relation til service, eksempelvis systemforvaltning samt klargøring og opdatering af software på det borgervendte udstyr, placeres enten hos en eksisterende offentlig enhed (mest oplagt en kommunal eller regional concern-it enhed) eller hos en privat leverandør.

Der er i den gennemførte erfaringsopsamling fra TeleCare Nord og øvrige telemedicinske projekter i landsdelene fundet eksempler på placering af serviceopgaverne hos både offentlige concern-it enheder og hos private leverandører. Der er generelt gode driftsmæssige erfaringer med begge modeller, og der kan peges på fordele og ulemper ved begge.

Erfaringerne viser, at placeringen af serviceopgaverne i al væsentlighed knytter sig til valget af telemedicinsk løsning, idet de projekter, hvor løsning af serviceopgaverne har været placeret hos private leverandører, som hovedregel har haft denne organisering, fordi serviceopgaverne har været inkluderet i købet af adgang til brug af den telemedicinske løsning (typisk en hosted Software-as-a-Service løsning). Tilsvarende knytter de primære erfaringer med en offentligt driftet løsning sig til de

open source-baserede varianter af Open Tele, der har været anvendt i TeleCare Nord samt i en række af KIH-projekterne.

Opmærksomhedspunkter

Opmærksomhedspunkter er en række vigtige pointer, som bør overvejes ved servicefunktionen:

- Governance og principper for systemforvaltning i relation til drift, vedligehold og videreudvikling af telemedicinske løsninger kan med fordel baseres på de allerede foreliggende paradigmer for fællesoffentlig governance på sundhedsområdet (eks. FSI og de fællesregionale systemforvaltningsaftaler)
- Det er væsentligt for løsning af den samlede serviceopgave, at der foreligger en klar beskrivelse af roller, ansvar og processer hos den eller de valgte serviceoperatører i forhold til håndtering af de indbyrdes afhængigheder mellem de enkelte elementer i den samlede telemedicinske løsning (devices, tablet og styresystem, MDM-software og telemedicinsk software-løsning), eksempelvis i forbindelse med løbende opdateringer.

3.2.3 Indhold og placering af supportopgaver

Support anvendes i nærværende analyse som samlebetegnelse for opgaver, der har til formål at sikre, at borgere kan få svar på sundhedsfaglige samt anvendelsesmæssige og tekniske spørgsmål. Analysen har sit primære fokus på teknisk og anvendelsesmæssig support (jf. nedenstående om snitflade til monitorering af borgerens måledata).

Der er to snitflader fra support til andre hovedområder, som i væsentligt omfang har betydning for sammenhængen i opgaveløsningen og dermed borgerens samlede serviceoplevelse:

- **Snitflade til monitorering af borgerens måledata og sundhedsfaglig support (sundhedsfaglige opgaver, der ligger uden for nærværende analyse).** Erfaringsopsamlingen viser, at den sundhedsfaglige support bedst varetages i tæt tilknytning til den sundhedsfaglige opgaveløsning i forbindelse med monitorering af borgerens måledata. Som sådan ligger den sundhedsfaglige support uden for scope af nærværende analyse, for så vidt angår den konkrete organisering¹⁰. Den sundhedsfaglige support er dog for overblikkets skyld medtaget i nedenstående gennemgang af, hvordan supportopgaven kan tilrettelægges. I forlængelse heraf viser erfaringerne, at det sundhedsfaglige personale i en række tilfælde initierer teknisk og anvendelsesmæssig support på vegne af borgere, eksempelvis som følge af observationer foretaget i forbindelse med monitorering af måledata. Som sådan indgår teknisk og anvendelsesmæssig support til det sundhedsfaglige personale i nærværende analyse
- **Snitflade til service.** Operatører i supportfunktion bør kunne tilgå information om driftsstatus for den telemedicinske løsning som led i deres håndtering af supportkald fra borger. Tilsvarende skal supporten kunne sende en "request" til service om fejlretning/problemløsning i de tilfælde, hvor en henvendelse fra borger eller sundhedsfagligt personale ikke kan løses af supporten selv.

Opgaveindhold

Nedenstående tabel giver et samlet overblik over de primære opgaver inden for hovedområdet. Bilag A indeholder en uddybende beskrivelse af de enkelte opgaver, deres primære kompetencebehov samt deres indbyrdes afhængigheder og snitflader.

¹⁰ Omfanget af den sundhedsfaglige supportopgave afhænger i væsentlig grad af den måde, hvorpå det telemedicinske behandlingsforløb konkret tilrettelægges (f.eks. antallet af ugentlige målinger). Erfaringerne fra Telecare Nord viser, at den sundhedsfaglige support i relation til den telemedicinske hjemmemonitorering finder sted i tilknytning til de foretagne målinger i de situationer, hvor resultaterne af disse giver anledning til opfølgning. De foreliggende data fra Telecare Nord viser, at opgaven med monitorering af måledata samt opfølgning i gennemsnit tager 5 timer pr. borger pr. år. Hertil kommer borgers øvrige kontakter til egen læge, vagtlæge, ambulatorium samt kommunale KOL-sygeplejersker og akutteams som følge af forværringer i sygdomstilstand eller ændringer i almen tilstand i øvrigt.

Tabel 12: Tekniske- og anvendelsesorienterede supportopgaver under hovedområdet support

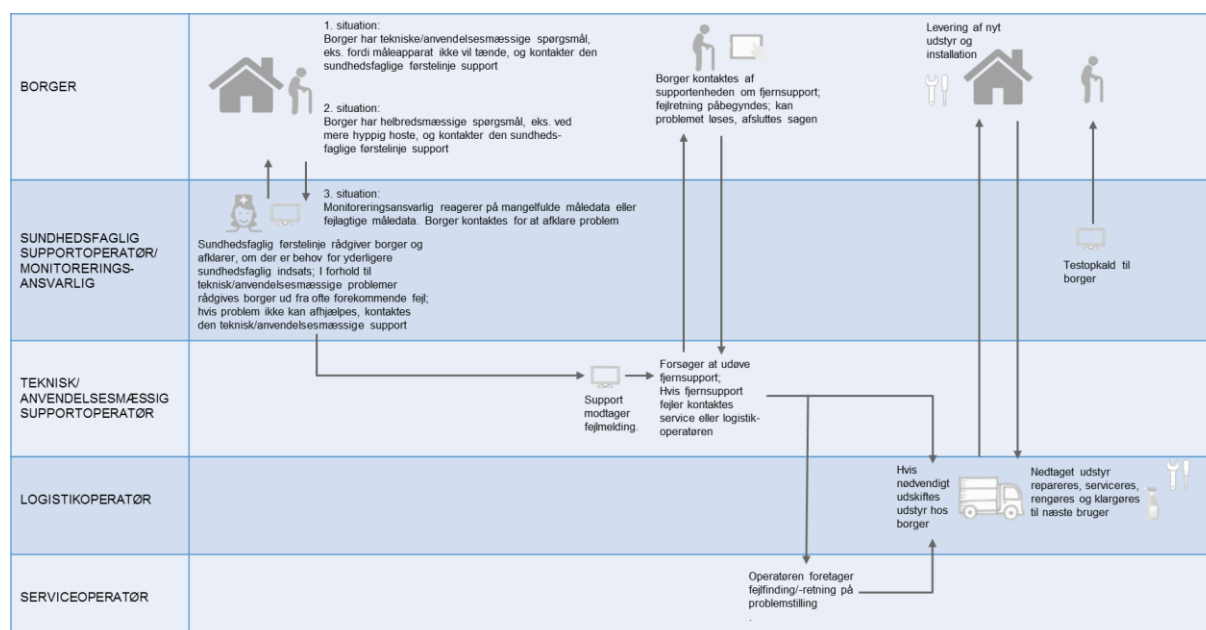
Opgave	Beskrivelse
Modtage henvendelse/ opdage fejl	Modtage opkald, screene opkald og prioritere opkald
Rudimentær fejlfinding og udbedring	Følge problemtræer og stille uddybende spørgsmål til problemet. Vejlede borger om rette løsning på simple anvendelsesproblemer
Videresendes	Videresende problemet til rette instans
Problemløsning	Udrede problemstillinger, der ligger ud over de gængse problemtræer
Opsamling på henvendelser	Opsamling af henvendelse, Erfaringsopsamling og videreformidle til rette funktion om nødvendige ændringer

Placering af opgaveudførelse

Der er som led i analysearbejdet afdækket to organisatoriske modeller for placering af opgaveudførelsen i relation til support:

- **En samlet telemedicinsk supportindgang for borger:** En model, hvor borgeren har én samlet indgang til alle telemedicinske supporthenvendelser, og hvor 1st line support er placeret hos det sundhedsfaglige personale, der har ansvaret for monitorering af borgerens måledata. Det sundhedsfaglige personale har mulighed for at videresende/viderestille "requests" af teknisk/anvendelsesmæssig karakter, som de ikke selv kan løse, til en teknisk/anvendelsesmæssig 2nd line med service desk kompetencer. Denne 2nd line vil typisk være placeret enten hos en eksisterende offentlig supportfunktion, der løser opgaver i relation til andre sundhedsfaglige systemer, eller hos en privat operatør.

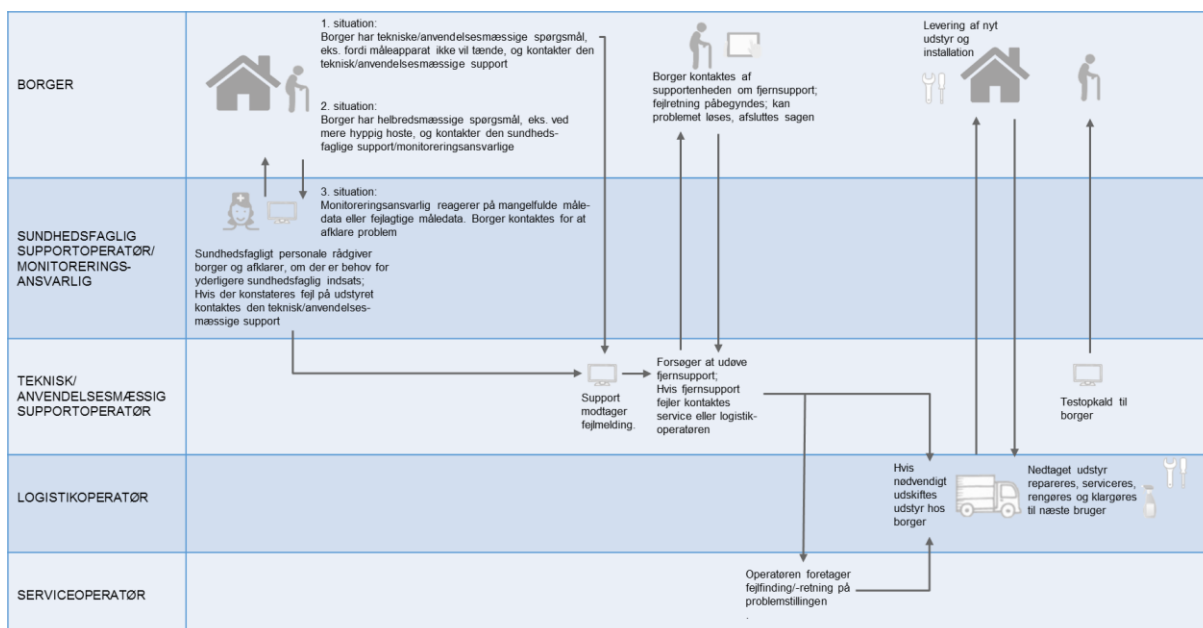
Figur 2: Servicerejse – én telemedicinsk supportindgang for borger



- **Klar adskillelse mellem sundhedsfaglig og teknisk/anvendelsesmæssig support:** En model hvor borgerens indgang til den sundhedsfaglige og den teknisk/anvendelsesmæssige support holdes klart adskilt. Teknisk/anvendelsesmæssig 1st og 2nd line support placeres samlet hos en eksisterende offentlig supportfunktion, der løser opgaver i relation til andre sundhedsfaglige systemer, eller hos en privat operatør. Sundhedsfaglige spørgsmål fra borger besvares af det

sundhedsfaglige personale, der har ansvaret for monitorering af borgerens måledata. Den tekniske/anvendelsesmæssige support har klar instruks om at henvise til den sundhedsfaglige support ved sundhedsfaglige spørgsmål.

Figur 3: Servicerejse – Klar adskillelse mellem sundhedsfaglig og teknisk/anvendelsesmæssig support



Der er gjort konkrete erfaringer med begge modeller, som har fungeret i praksis. De væsentligste findings fra den gennemførte erfaringsopsamling fra TeleCare Nord og øvrige telemedicinske projekter i landsdelene knytter sig til mængden af supportkald (jf. også kapitel 2). Der har således på tværs af projekter, som anvender hver sin af de beskrevne modeller for organisering af supporten, været meget få supportkald til den teknisk/anvendelsesmæssige supportfunktion.

Endvidere er det væsentligt at fremhæve, at erfaringerne fra TeleCare Nord viser, at det sundhedsfaglige personale, der har ansvaret for monitorering af måledata i en række situationer, initierer support til borger af teknisk/anvendelsesmæssig karakter, fordi de observerer fejl og mangler i de indrapporterede data. Det må forventes, at denne situation opstår, uanset om de to typer af support holdes samlet eller er adskilt.

I forlængelse heraf er det fælles for erfaringsdannelsen med begge organisatoriske modeller, at der ikke er fuld klarhed over, i hvor høj grad det sundhedsfaglige personale på egen hånd håndterer supporthenvendelser af teknisk/anvendelsesmæssig karakter (uanset om de har en 1st line rolle eller ej).

3.2.4 Indhold og placering af logistikopgaver

Logistik anvendes i nærværende analyse som samlebetegnelse for opgaver, der har til formål at sikre, at det fysiske udstyr, der indgår i den borgervendte løsning, eksempelvis tablets og tilknyttede devices som vægt og saturationsmålere, klargøres og bringes til at virke i borgers hjem, samt at det reparerer eller udskiftes i tilfælde af fejl på udstyret.

Der er to snitflader fra support til andre hovedområder, som i væsentligt omfang har betydning for sammenhængen i opgaveløsningen og dermed for borgerens samlede serviceoplevelse:

- **Snitflade til service.** En række opgaver i relation til den fysiske håndtering af den hardware og de devices, der indgår i den borgervendte løsning, herunder klargøring samt drift og vedligehold, er tæt forbundet med en række softwarerelaterede serviceopgaver placeret under hovedområdet service

- **Snitflade til support.** I de tilfælde hvor en “service request” vedrørende den borgervendte telemedicinske løsning ikke kan håndteres via fjernadgang, kan det medføre en fysisk udkørsel, hvor gammelt udstyr nedtages, og nyt udstyr opsættes

Opgaveindhold

Nedenstående tabel giver et samlet overblik over de primære opgaver inden for hovedområdet. Bilag A indeholder en uddybende beskrivelse af de enkelte opgaver, deres primære kompetencebehov samt deres indbyrdes afhængigheder og snitflader.

Tabel 13: Opgaver under hovedområdet logistik

Opgave	Beskrivelse
<i>Levering af telemedicinsk udstyr til borger</i>	Udstyret bringes ud til borgers adresse
<i>Opsætning af telemedicinsk udstyr</i>	Udstyret sættes op på borgers adresse, og det kontrolleres, at det er funktionelt
<i>Nedtagning af telemedicinsk udstyr</i>	Udstyret nedtages og afhentes på borgers adresse
<i>Ordreafgivelse for det telemedicinske udstyr og lagerføring</i>	Bestille udstyret fra en leverandør og holde et lager af dette
<i>Klargøring af udstyr</i>	Bundte udstyret sammen og klargøre det teknisk og placere software på udstyret
<i>Teknisk instruktion</i>	Instruere borger i den tekniske brug af det telemedicinske udstyr
<i>Drift og vedligehold af udstyret</i>	Fejlfinding, reparation og returnering til leverandør af defekt udstyr
<i>Rengøring af udstyr</i>	Rengøring og småreparationer af udstyr efter endt brug hos borger
<i>Device Management</i>	Håndtering af lokationsskift og statusskift for udstyr

Placering af opgaveudførelse

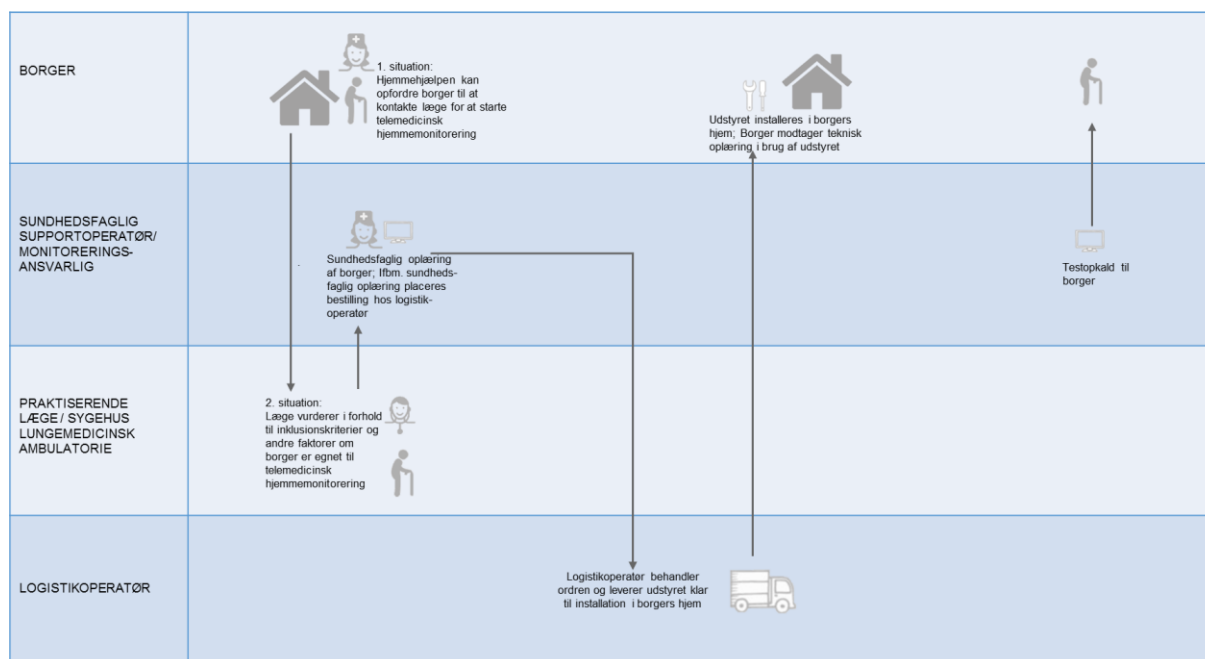
Der er som led i analysearbejdet afdækket to organisatoriske modeller for placering af opgaveudførelsen i relation til support:

- **Brug af offentlige hjælpemiddeldepoter.** En model hvor logistikopgaverne placeres hos et eller flere hjælpemiddeldepoter i landsdelen. Depotene har allerede erfaring med og kompetencer fra lignende logistikopgaver, der omfatter mange af de opgaver, som indgår. Dog må det forventes, at der vil være behov for oplæring og tilpasning af eksisterende logistikkoncepter særligt i forhold til de mere tekniske aspekter af opgaven samt i kravene til detaljegrad i asset management. Endvidere har hjælpemiddeldepoterne erfaring med servicering af den berørte målgruppe
- **Brug af privat operatør.** En model hvor logistikopgaverne placeres hos en privat operatør, der kan påtage sig den samlede logistikopgave. Afhængig af hvilken baggrund, den pågældende type af operatør har, må såvel erfaringer og kompetencer som behov for oplæring og tilpasning af logistikkoncepter forventes at tilsvare dem, der gælder for de offentlige hjælpemiddeldepoter.

Der er i arbejdet med organisering og placering af logistikopgaven taget udgangspunkt i et servicekoncept for logistikken, hvor borgeren forventes at skulle have hjælp til det hele; det vil sige, at der leveres klargjort udstyr til borgerens hjem, det testes, og borgeren instrueres i, hvordan det anvendes. Det betyder også, at modeller baseret på levering af pakker med ikke-klargjort udstyr på borgerens dørtrin er fravalgt. Dette blandt andet på baggrund af erfaringer fra flere projekter med

betydningen af borgerens førstegangsoplevelse for den efterfølgende fastholdelse og tillid til telemedicinsk hjemmemonitorering.

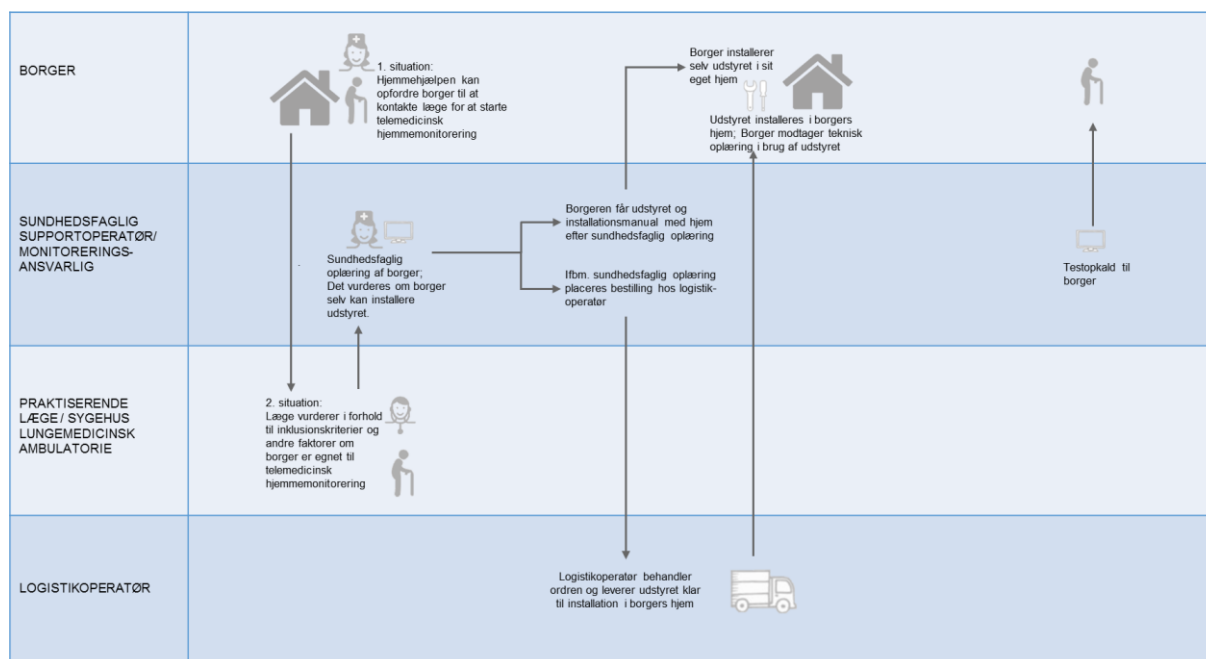
Figur 4: Servicerejse – opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering med fast logistikkoncept



De indsamlede erfaringer indikerer imidlertid, at der vil kunne arbejdes væsentligt med at udvikle optimerede og eventuelt graduerede logistikkoncepter, og at det kan have væsentlig betydning for både borgerens serviceoplevelse og for økonomien i relation til logistikopgaverne, der udgør en betydelig del af de samlede omkostninger til service, support og logistik.

Et sæt af erfaringer går således på, at borgere i forbindelse med visitation til telemedicinsk hjemmemonitorering kan triageres ud fra graden af selvhjulpethed, og på den baggrund kan det afgøres, om der er behov for det fulde logistikkoncept – eller om borgeren eksempelvis kan få udleveret udstyret og selv tage det med hjem.

Figur 5: Servicerejse – opstart af telemedicinsk hjemmemonitorering med fleksibelt logistikkoncept



Opmærksomhedspunkt

Opmærksomhedspunkter er en række vigtige pointer, som bør overvejes ved logistikken:

- Der er gjort en række erfaringer med tilrettelæggelse af den sundhedsfaglige oplæring af borgere (en sundhedsfaglig opgave der ikke indgår i service, support og logistik men som har væsentlige snitflader til udbringning og opsætning af udstyr samt teknisk instruktion af borgere), således at dette kan gøres mere smidigt og mindske sammenhængen til den tekniske instruktion i brug af udstyr. Den sundhedsfaglige instruktion kan således eksempelvis gennemføres i forbindelse med kontroller eller fremmøde til rehabiliteringshold.

3.3 Understøttelse af nye målgrupper og andre typer af telemedicinske projekter

Som nævnt i indledningen er det primære fokus for nærværende analyse etableringen af de service-, support- og logistikfunktioner, der skal ske i forbindelse med den nationalt besluttede udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

Med henblik på at fremtidssikre de valgte organisatoriske, juridiske og økonomiske modeller for telemedicinsk service, support og logistik er det imidlertid væsentligt at vurdere, i hvilket omfang de valgte modeller kan understøtte andre typer af telemedicinsk hjemmemonitorering, herunder både udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til andre målgrupper og telemedicinske projekter med en anden organisering og ejerkreds (f.eks. lokale og/eller monosektorielle initiativer).

Nedenstående tabel giver et summarisk overblik over centrale karakteristika ved forskellige typer af telemedicinske initiativer i forhold til, hvilke konsekvenser en understøttelse af et givent initiativ potentielt vil have for organiseringen af service-, support- og logistikopgaverne.

Tabel 14: Karakteristika ved nye typer af telemedicinske initiativer

	Samme telemedicinske løsning	Anden telemedicinsk løsning
--	------------------------------	-----------------------------

Hele landsdelen (alle kommuner og regionen)	• Volumen: Stor betydning for det samlede antal understøttede borgere (afhænger af valgt målgruppe) • Ejerkreds: Samme ejerkreds som telemedicinsk hjemme-monitorering til borgere med KOL • Formelle rammer: Aftalegrundlag, juridisk organisering og betalingsmodel kan genanvendes • Teknologi: Bedre mulighed for at sikre sammenhæng og ensartethed.	• Volumen: Stor betydning for det samlede antal understøttede borgere (afhænger af valgt målgruppe) • Ejerkreds: Samme ejerkreds som telemedicinsk hjemme-monitorering til borgere med KOL • Formelle rammer: Aftalegrundlag, juridisk organisering og betalingsmodel kan genanvendes • Teknologi: Moderat øget kompleksitet.
Lokalt projekt (f.eks. udvalgte kommuner og region; monosektorielt)	• Volumen: Mindre betydning for det samlede antal understøttede borgere (afhænger af valgt målgruppe) • Ejerkreds: Anden ejerkreds end telemedicinsk hjemme-monitorering til borgere med KOL • Formelle rammer: Stiller krav om særskilt aftalegrundlag og betalingsmodel • Teknologi: Bedre mulighed for at sikre sammenhæng og ensartethed.	• Volumen: Mindre betydning for det samlede antal understøttede borgere (afhænger af valgt målgruppe) • Ejerkreds: Anden ejerkreds end telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL • Formelle rammer: Stiller krav om særskilt aftalegrundlag og betalingsmodel • Teknologi: Potentielt markant øget kompleksitet.

Som det fremgår af tabellen, er der forskellige grader af kompleksitet og mulighed for genbrug af det allerede kørende telemedicinske koncept afhængig af, hvilken type nyt telemedicinsk initiativ der er tale om.

Er hele landsdelen eksempelvis fælles om udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til en ny målgruppe, vil de primære konsekvenser handle om, hvor meget den samlede volumen – i form af visiterede borgere – vokser samt evt. behovet for at skulle understøtte en ny telemedicinsk løsning. For de første par målgrupper vil dette ud fra en volumenbetragtning være relativt uproblematisk (jf. kapitel 2). Det gælder særligt, hvis det er muligt at understøtte de nye målgrupper på den allerede eksisterende telemedicinske løsning. Samtidig må det forventes, at det samlede antal af denne type nye initiativer i løbet af de første 3-5 år vil være relativt begrænset og indbyrdes koordineret.

Billedet ser noget anderledes ud, hvis der er tale om telemedicinske initiativer, hvor ejerkredsen er en anden. Der kan være tale om telemedicinske initiativer initieret af enkeltkommuner eller mindre grupper af kommuner evt. i samarbejde med regionen og/eller regionen alene. Forøgelsen af den samlede volumen af brugere må her alt andet lige forventes at være mindre end ved initiativer, der igangsættes af hele landsdelen i fællesskab. Til gengæld betyder den anden sammensætning af ejerkredsen for det nye initiativ, at der skal udarbejdes et særskilt aftalegrundlag samt en betalingsmodel til håndtering af dette. I forhold til understøttelse af service, support og logistik vil en større mængde af denne type initiativer forøge kompleksiteten i opgaveløsningen, særligt hvis der er tale om initiativer, som hver især anvender forskellige telemedicinske løsninger. Samtidig er det samlede antal af denne type nye initiativer både på kort og langt sigt potentielt set mange gange større end de initiativer, der udspringer af landsdelen som helhed.

Endelig bør der i overvejelsen om at pålægge landsdelssekretariatet etablering af yderligere telemedicinske initiativer tages et driftshensyn i forhold til fremdriften i den allerede igangsatte opgave med at etablere en fælles styring af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

I de første par år vil de fem landsdelssekretariater, alt afhængig af udgangspunkt, stå over for en væsentlig opgave med at få etableret en robust bestiller-udfører model i et samspil med en række operatører på tværs af indkøb, service, support og logistik. Hertil kommer monitorering af hele udrulningen af en landsdelsfælles telemedicinsk løsning, hvor der er et væsentligt driftshensyn at varetage i forhold til borgernes anvendelse af løsningen. Og endelig skal sekretariaterne opbygge legitimitet som en troværdig bestiller over for kommunerne og regionerne.

Uanset at den samlede volumen af borgere ikke er omfattende set i forhold til andre driftsfællesskaber i den offentlige sektor, så er der imidlertid tale om en vis bredde i de ydelser, der skal leveres af operatørerne. Set i det lys taler det for en forsigtighed i forhold til at introducere flere telemedicinske initiativer i opbygningsfasen.

I forlængelse af ovenstående er det væsentligste opmærksomhedspunkt derfor, at ejerkredsen i landsdelen som led i deres aftalegrundlag fastlægger en række principper for, i hvilket omfang, inden for hvilken tidshorisont og med hvilken prioritering forskellige typer af telemedicinske initiativer skal kunne håndteres inden for rammerne af den fælles organisering, herunder den fælles understøttelse af service, support og logistik.

Konkrete eksempler på sådanne principper kunne være:

- Telemedicinske initiativer, der nyder opbakning fra landsdelens samlede ejerkreds, har forrang i situationer, hvor der skal træffes prioriteringsmæssige beslutninger om tilpasning og videreudvikling af det samlede servicekoncept (dette rækker ud over dag-til-dag SLA-krav, der må forventes overholdt i serviceringen af alle telemedicinske initiativer, der understøttes)
- At der kun understøttes telemedicinske initiativer, som genanvender den eller de telemedicinske løsninger, der er taget i anvendelse i forbindelse med de telemedicinske initiativer, som den samlede landsdel står bag (her kan der eventuelt åbnes mulighed for tilslutning af nye perifære devices)
- At der afregnes efter fastlagte takster baseret på faktisk volumen og økonomi, således at de fulde omkostninger i et givet telemedicinsk initiativ bæres af initiativets ejerkreds. Tilsvarende påhviler alle investerings- og opstartsomkostninger det enkelte telemedicinske initiativ.

Anbefaling 4

OMRÅDE	• Organisering af opgaveudførelse
ANBEFALING	• Der bør fastlægges principper for, hvordan, hvornår og under hvilke vilkår nye telemedicinske projekter kan understøttes af den fælles organisering i landsdelen.
BEGRUNDELSE	• Nogle typer af telemedicinske initiativer vil i kraft af kombinationen af ejerkreds, valg af telemedicinsk løsning og størrelsen på målgruppen have væsentligt større konsekvenser for den samlede kompleksitet i opgaveløsning end andre • Fastlæggelse af principper for, hvordan den fælles organisering kan og skal understøtte nye initiativer, kan dels bidrage til større opbakning om fælles telemedicinske løsninger og fælles opgaveløsning, dels sikre mod at der introduceres unødigt kompleksitet pga. mange ukoordinerede initiativer og manglende styring.

4 JURIDISK ORGANISERING

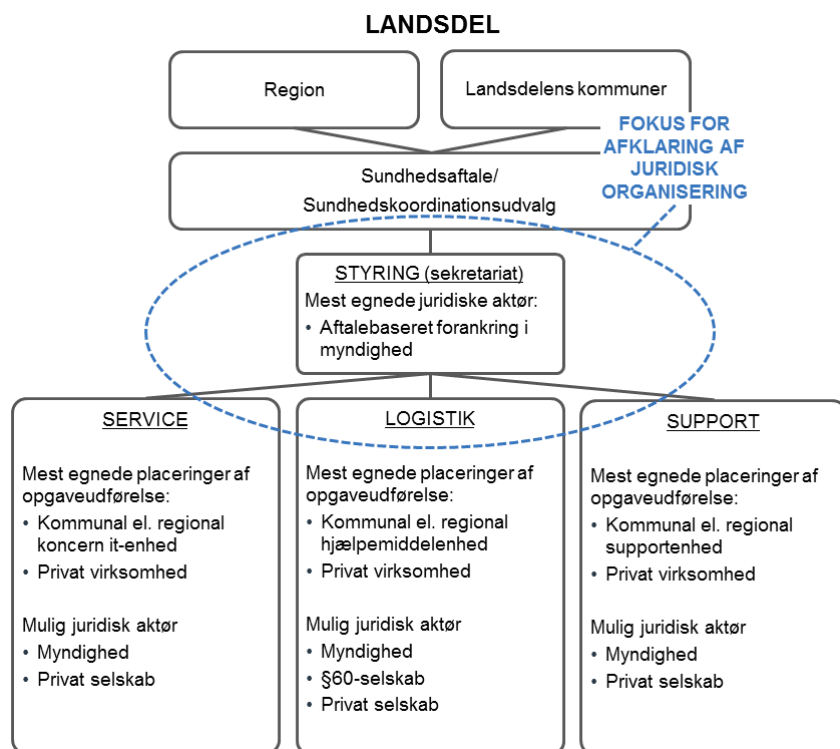
Dette kapitel beskriver en række forhold i relation til den juridiske organisering af service-, support- og logistikopgaverne, herunder muligheder og begrænsninger i relation til den juridiske etablering af en sekretariatsfunktion, centrale elementer der skal reguleres mellem kommuner og region i ejerkredsen samt en række centrale problemstillinger vedrørende kontrakt- og aftaleindgåelse med operatørerne.

I forhold til spørgsmålet om valg af juridisk organisering er det et grundlæggende vilkår af helt afgørende betydning, at anbefalingen om af forretningsmæssige hensyn at placere opgaveudførelsen i relation til service-, support- og logistikopgaver hos allerede eksisterende operatører betyder, at deres juridiske organisering er givet på forhånd.

Mulighederne for at vælge juridisk organisering knytter sig derfor udelukkende til det landsdelssekretariat, der på vegne af kommuner og region i en given landsdel skal koordinere etablering og drift af service, support og logistik samt evt. en række andre opgaver i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering, der ligger uden for rammerne af nærværende analyse.

I forlængelse heraf viser nedenstående figur, hvad der er i fokus for afklaring af den juridiske organisering, og hvilke juridiske aktører der potentielt er i spil i forhold til organisering og opgaveudførelse i relation til telemedicinsk service, support og logistik.

Figur 6: Fokus for afklaring af juridisk organisering



4.1 Modeller for juridisk organisering af sekretariatsfunktionen

I forlængelse af ovenstående er der en række centrale opmærksomhedspunkter, som har været styrende i afdækningen og analysen af de mulige juridiske samarbejdskonstruktioner:

- Valg af operatør til udførelse af opgaver inden for service, support og logistik træffes med afsæt i forretningsmæssige hensyn
- Operatørernes juridiske karakteristika følger af den eller de valgte operatører. Det må forventes, at sekretariatsfunktionen i en given landsdel både skal kunne håndtere samarbejde med operatører, der er offentlige myndigheder, og med operatører, der er private juridiske aktører
- Mulige bindinger ift. krav om udbud, aftaleindgåelse m.m. mellem landsdelens sekretariat og valgte operatører bestemmes bl.a. af aftaleparternes juridiske karakteristika
- Valg af juridisk organisering for landsdelens sekretariat kan således være af væsentlig betydning for de styringsmæssige vilkår over for operatører ifm. etablering og drift af service, support og logistik
- Samtidig skal den valgte juridiske organisering og det tilhørende aftalegrundlag mellem "ejerne" være i overensstemmelse med formelle budgetregler og styrelseslovgivning
- Endelig skal den valgte juridiske organisering sikre en tæt kobling til den politiske styring af området og mulighed for koordination med de sundhedsfaglige dele af det samlede telemedicinske koncept.

4.1.1 Retligt udgangspunkt

Kommuner og regioner kan med henblik på at løse egne opgaver mere hensigtsmæssigt udføre opgaver i fællesskab efter aftale med hverandre.

Efter sundhedslovens § 78, stk. 3 kan et regionsråd samarbejde med offentlige myndigheder og private virksomheder, herunder i selskabsform, om løsningen af fælles opgaver på sundhedsområdet. Kommuner kan deltage i sådanne samarbejder efter bestemmelsens stk. 7, når samarbejdet tillige varetager opgaver, som kommunerne lovligt kan varetage.

Hvis samarbejdet medfører en indskrænkning i regionsrådets henholdsvis kommunalbestyrelsens beføjelser, det vil sige, at det indebærer afgivelse af kompetence, forudsætter samarbejdet godkendelse af sundheds- og ældreministeren, jf. bestemmelsens stk. 4 og 7.

Bestemmelserne svarer i en vis udstrækning til det, der gælder i medfør af kommunestyrelseslovens § 60, hvorunder kommunale samarbejder, der medfører afgivelse af kompetence, forudsætter godkendelse af Statsforvaltningen.

I forbindelse med valget af samarbejdsform er det første, centrale spørgsmål derfor, om oprettelse af en sekretariatsfunktion vil indebære afgivelse af kompetence fra deltagerne til sekretariatsfunktionen, eller ej. Spørgsmålet om, hvorvidt en samarbejdsaftale indebærer overførelse af beføjelser og dermed forudsætter godkendelse af Sundheds- og Ældreministeriet, vurderes konkret på baggrund af aftalens indhold.

Kravet om godkendelse vil bl.a. omfatte aftaler, hvorved et særligt fællesskabsorgan tillægges kompetence til at træffe beslutninger, der forpligter de deltagende kommuner i økonomisk henseende, f.eks. vedtagelse af årsbudget med bindende virkning for de deltagende kommuner, beslutninger om lånoptagelser, garantiforpligtelser mv¹¹.

Det må antages, at kriterierne for, hvornår godkendelse kræves i medfør af kommunestyrelseslovens § 60, i vidt omfang svarer til kriterierne for, hvornår godkendelse kræves for så vidt angår samarbejder i medfør af sundhedsloven. I medfør af kommunestyrelseslovens § 60 omfatter kravet om

¹¹ Jf. kommentaren til sundhedslovens § 78, stk. 4

godkendelse endvidere aftaler, hvorved en eller flere af de deltagende kommuner påtager sig vedvarende forpligtelser, uden at aftalen indeholder adgang til opsigelse inden for et kortere åremål¹².

Derimod vil samarbejde om indkøb og benyttelse af fælles materiel, der ikke medfører en afgivelse af kompetence, ikke være omfattet af godkendelseskravet efter § 60.

Skal sekretariatsfunktionen således oprettes uden, at der stilles krav om godkendelse, vurderes det på denne baggrund som væsentligt:

- at ejerkredsen økonomisk og aftalemæssigt ikke forpligtes langsigtet men alene kortsigtet, samt
- at sekretariatsfunktionen ikke tildes kompetence til at forpligte ejerkredsen, men at de forpligtelser, som ejerkredsen har, i det store og hele følger af den indgåede samarbejdsaftale.

I forlængelse heraf er der foretaget en nærmere vurdering af tre mulige juridiske samarbejdskonstruktioner, der samlet set udspænder det mulighedsrum, der er efterspurgt i opdraget for nærværende analyse:

- Aftalebaseret model
- Interessentskab med særskilte beføjelser
- Offentligt aktieselskab.

Tabel 15: Oversigt over samarbejdskonstruktioner

	Selvstændig juridisk person	Ledelse	Hæftelse	Instruktionsbeføjelse	Afgivelse af kompetence
Aftalebaseret	Nej	Deltagerkredsen	Efter aftale	-	Nej
Interessentskab med særskilte beføjelser	Ja	Særligt fællesskabsorgan	Solidarisk	Ja	Ja
Offentligt aktieselskab	Ja	Generalforsamling, bestyrelse og direktion	Begrænset, medmindre andet aftalt	Nej	Ja eller nej

Samlet set er det vurderingen, at den aftalebaserede model i sine karakteristika bedst modsvarer de forretningsmæssige hensyn, der knytter sig til etableringen af en sekretariatsfunktion på landsdelsniveau med styrings- og koordinationsopgaver i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering.

Anbefaling 5

OMRÅDE	• Juridisk organisering
ANBEFALING	• En aftalebaseret forankring af landsdelens sekretariat hos én myndighed (kommune el. region) vurderes som den bedste juridiske organisering set i lyset af, at de første 2-3 år vil være en opstartsfasen med relativt få brugere.
BEGRUNDELSE	• Den aftalebaserede samarbejdskonstruktion vurderes mest proportional med omfanget af brugere pr. landsdel, som selv – fuldt indfaset – vil være af en relativ overskuelig størrelse. Hertil forventes det, at både den teknologiske udvikling og den sundhedsfaglige erfaringsdannelse stiller krav om en vis organisatorisk fleksibilitet, som lettere vil kunne håndteres i denne juridiske samarbejdskonstruktion.

De tre modeller beskrives uddybende i de følgende afsnit.

4.1.2 Aftalebaseret model

Under den aftalebaserede model indgås en samarbejdsaftale mellem de deltagende kommuner og regionen i hver landsdel.

¹² Jf. Kommentaren til kommunestyrelseslovens § 60

I medfør af samarbejdsaftalen tildeles én af deltagerne, eksempelvis regionen, rollen som juridisk "hjemsted" for sekretariatsfunktionen i den forstand, at de aftaler, som sekretariatsfunktionen indgår, indgås af den pågældende deltager (i det følgende benævnt Kontraktholderen). Det er ligeledes Kontraktholderen, som formelt set forestår indgåelse af ansættelseskontrakter med fastansatte medarbejdere i sekretariatsfunktionen - alt i henhold til bestemmelserne i samarbejdsaftalen. Dette indebærer eksempelvis, at sekretariatsfunktionens fastansatte medarbejdere juridisk set er ansat hos Kontraktholderen.

I det omfang den aftalebaserede model ønskes etableret uden krav om godkendelse af sundheds- og ældreministeren i medfør af sundhedslovens § 78, stk. 4 og 7, er det som nævnt et krav, at ejerkredsen, økonomisk og aftalemæssigt ikke forpligtes langsigtet men alene kortsigtet, samt at sekretariatsfunktionen ikke tildeles kompetence til selvstændigt at forpligte ejerkredsen i videre omfang end hvad der følger af samarbejdsaftalen. På det tidspunkt hvor samarbejdet antager en mere omfattende og blivende karakter, vil samarbejdet skulle godkendes, og det kan endvidere vise sig hensigtsmæssigt at etablere en anden struktur for samarbejdet, evt. i form af et interessentskab, som beskrevet i afsnit 4.1.3 nedenfor.

Samlet set rummer den aftalebaserede model mulighed for løsning af de opgaver, som ønskes placeret i sekretariatsfunktionen uden oprettelse af en særskilt juridisk enhed. Dette ses at rumme fordele både i forhold til at sikre en enkel etablering, en høj grad af fleksibilitet i løsningen, samtidig med at der i aftalen kan sikres en definition og organisering af samarbejdet, som opfylder det identificerede behov.

Omvendt forudsætter den aftalebaserede model, at der aftalemæssigt tages højde for, hvilke ydelser skal være omfattet af samarbejdet. Den indgåede aftale kan løbende suppleres ved deltagernes godkendelse af eksempelvis yderligere ydelser. Processen for indhentning af deltagernes godkendelse bør være beskrevet i aftalen, jf. punkt 4.3 nedenfor.

4.1.3 Interessentskab med særskilte beføjelser oprettet i medfør af sundhedslovens § 78, stk. 3 og 4

Det er kun kommuner, der kan deltage i kommunale fællesskaber efter kommunestyrelseslovens § 60. Sundhedslovens § 78, stk. 3 og 4 giver imidlertid mulighed for etablering af samarbejder svarende til et fællesskab efter kommunestyrelseslovens § 60, også med regional deltagelse. Et samarbejde, som indebærer overførsel af beføjelser fra de deltagende regioner og kommuner til en særskilt juridisk enhed, eksempelvis et interessentskab, kan have relevans, hvis sekretariatet på længere sigt skal udvikles og gives en mere permanent ramme. Hvorvidt dette er tilfældet beror i vid udstrækning på de kommende 2-3 års erfaringsdannelse.

Et samarbejde om overførsel af kompetencer indebærer en fravigelse af kommunernes saglige og stedlige kompetence og fra princippet om, at kommunalbestyrelsen er den øverste ansvarlige myndighed for alle kommunale opgaver.

Et samarbejde efter sundhedslovens § 78, stk. 3 kan godt indebære, at forvaltningen af de fælles anliggender sker gennem en af deltagernes styrelsesorganer og således uden, at der etableres et selvstændigt styrelsesorgan. I givet fald svarer modellen i vidt omfang til den rent aftalebaserede model.

Alternativet hertil er etableringen af et fællesskab, eksempelvis i form af et interessentskab, med oprettelse af et selvstændigt styrende organ. Der er i givet fald tale om en særskilt juridisk enhed.

Styringen af interessentskabet sker gennem vedtægterne. Vedtægterne udgør deltagernes aftale om at afgive beføjelser til interessentskabet, og de nærmere vilkår som deltagerne har fastsat for afgivelsen af disse beføjelser.

Deltagerne udøver deres indflydelse i interessentskabet gennem deres repræsentanter i det styrende organ. De enkelte deltagere har beføjelse til at instruere deres repræsentanter i det styrende organ om, hvordan de skal stemme i interessentskabet, i modsætning til et af deltagerne udpeget medlem i en aktieselskabsbestyrelse, hvor der ikke gælder en tilsvarende beføjelse.

Reglen i lov nr. 548 (opgaveudførelsesloven) § 2 finder ikke anvendelse på samarbejder oprettet i medfør af sundhedslovens § 78, stk. 3. Det vil sige, at interessentskabet kan udføre opgaver for ejerkredsen, uanset om værdien af opgaverne er over tærskelværdierne.

4.1.4 Offentligt aktieselskab

Sundhedslovens § 78, stk. 3 giver endvidere mulighed for, at et samarbejde om løsningen af fælles opgaver på sundhedsområdet kan ske i selskabsform, dvs. i form af et offentligt aktieselskab.

Et offentligt aktieselskab er en selvstændig juridisk person.

Det er kun selskabet, der hæfter for selskabets forpligtelser, herunder økonomiske krav. Ejerne hæfter alene med den indskudte kapital, medmindre der er indgået f.eks. særlige aftaler om kaution over for selskabets leverandører. Selskabet ledes af ejerne via generalforsamlingen, der træffer beslutninger om selskabets overordnede forhold, samt vælger bestyrelsen. Bestyrelsen har ansvar for selskabets forhold og organisation og er forpligtet til at fremme selskabets interesser, også når det strider mod kapitalejernes interesser. Ejerne har ikke instruktionsbeføjelse over for deres bestyrelsesmedlemmer. Kommuners deltagelse i et aktieselskab skal ikke godkendes af Statsforvaltningen, og Statsforvaltningen fører ikke tilsyn med selskabet.

Det antages, at et offentligt aktieselskab kan levere ydelser til ejerkredsen uden krav om udbud af disse ydelser.

Løsning af opgaver i et offentligt aktieselskab indebærer, at kommunalbestyrelsen mister muligheden for at styre opgaveløsningen ved hjælp af budgetter og beslutninger. Der kan heller ikke ske instruktion af de ansatte. Til gengæld skal kommunen styre som ejer, dvs. på selskabets generalforsamling, ved valg af bestyrelsesmedlemmer og via en ejerstrategi for selskabet. Når der er flere kommuner, som ejer selskabet, vil der endvidere typisk blive fastlagt en ejeraftale vedr. aktionærenes indbyrdes forhold.

Selskabsmodellen ses at indebære en større grad af formalisering, herunder en klarere adskillelse mellem den konkrete opgaveløsning, der udføres i selskabet, og den bagvedliggende ejerkreds forstået som deltagende kommuner og region. Sammenlignet med den aftalebaserede model vurderes det, at denne grad af formalisering set i forhold til omfanget af den samlede opgave er mindre hensigtsmæssig. Det gælder særligt i en indledende etableringsfase, hvor det forventes, at den konkrete organisering vil skulle justeres og udvikles.

4.2 Udbudspligt i relation til etablering af samarbejdet

De regler, der regulerer udbudspligten i forbindelse med etableringen af samarbejdet, er forskellige for så vidt angår 1) driften af selve sekretariatsfunktionen, 2) deltagere/ordregiveres egen levering af service-, support- og logistikopgaver til andre deltagere og 3) køb af service-, support- og logistikopgaver i markedet til brug for deltagerne. Nedenstående betragtninger er især møntet på den anbefalede, aftalebaserede model men gælder som udgangspunkt, uanset om sekretariatsfunktionen er rent aftalebaseret eller struktureret som et interessentskab eller et offentligt aktieselskab.

4.2.1 Driften af sekretariatsfunktionen

Ved en ordregivers varetagelse af sekretariatsfunktionen løser denne ordregiver principielt en administrativ opgave for andre deltagende ordregivere. Et sådant samarbejde vurderes imidlertid ikke at være udbudspligtigt, jf. udbudslovens § 15. Bestemmelsen undtager kontrakter indgået mellem ordregivere, når:

- Kontrakten etablerer eller gennemfører et samarbejde mellem ordregiverne med det formål at sikre, at de offentlige tjenester, som ordregiverne skal udføre, leveres med henblik på at realisere fælles målsætninger
- Gennemførelsen af dette samarbejde udelukkende er underlagt hensyn, der vedrører forfølgelsen af formål af almen interesse, og

- Ordregiverne på det åbne marked tilsammen udfører mindre end 20 pct. af de aktiviteter, der berøres af samarbejdet.

Det er i denne sammenhæng et krav, at der foreligger et reelt samarbejde – i modsætning til den situation hvor en ordregiver blot leverer tjenesteydelser til en anden mod betaling. Det er ikke et krav, at alle parter i samarbejdet påtager sig udførelse af kontraktmæssige hovedforpligtelser. De ydelser, der leveres af deltagerne, behøver endvidere ikke at være identiske; de kan også være komplementære, men det er et krav, at ordregiverne skal søge at realisere fælles målsætninger.

I forhold til etableringen af sekretariatsfunktionen vurderes det, at de anførte kriterier er opfyldt, særligt fordi sekretariatsfunktionen er et kerneelement i samarbejdet, som ikke oplagt ville kunne placeres i markedet. Det vil sige, at etableringen af sekretariatsfunktionen vurderes at være undtaget for udbudspligt.

For så vidt angår beregning af tærskelværdien ved offentlige tjenesteydelseskontrakter uden angivelse af en samlet pris, fremgår det af § 38 i udbudsloven, at beregningsgrundlaget er den samlede værdi for hele løbetiden for tidsbegrænsede kontrakter, der har en løbetid på højst 48 måneder. For tidsubegrænsede kontrakter eller kontrakter, hvis løbetid er over 48 måneder, er beregningsgrundlaget for tærskelværdien den månedlige værdi multipliceret med 48.

Det vil være naturligt at gøre aftalen om etablering af en sekretariatsfunktion tidsbegrænset i 2-3 år ud fra hensynet til at foretage erfaringsopsamling inden etablering af en mere blivende konstruktion.

Det vurderes på denne baggrund, at de administrative omkostninger for de deltagende kommuner vil være under tærskelværdierne for tjenesteydelser. Uanset om det måtte antages, at samarbejdet evt. ikke var omfattet af udbudslovens § 15, vil etablering af sekretariatsfunktionen derfor ikke være udbudspligtig.

4.2.2 Deltagere/ordregiveres levering af service-, support- og logistikopgaver til andre deltagere

Aftaler mellem deltagerne, hvorefter en eller flere af disse leverer service-, support- og logistikopgaver til de øvrige deltagere, kan ligeledes håndteres formløst i de tilfælde, hvor værdien af de enkelte ydelser, opgjort pr. modtagende deltager, er under tærskelværdien for EU-udbud.

Værdien af ydelserne skal opgøres svarende til fremgangsmåden, hvis der havde været tale om indkøb i markedet. Værdien skal med andre ord svare til den samlede kontraktsum, som skulle være afholdt af hver enkelt indkøbende ordregiver, det vil sige, hver enkelt deltager i samarbejdet. Er aftale indgået om levering af f.eks. en supportydelse over 24 måneder, er det værdien af en tilsvarende ydelse indkøbt i markedet af den enkelte ordregiver, der skal danne grundlag for vurdering af, om værdien er over eller under tærskelværdien. Vurderingen bør foretages ud fra oplysninger om markedets generelle prisniveau - om nødvendigt på baggrund af en nærmere undersøgelse af dette.

Er værdien af ydelserne opgjort pr. modtagende deltager over tærskelværdierne, skal der nødvendigvis foretages en nærmere vurdering af, om samarbejdet om udveksling af ydelserne opfylder de anførte kriterier i udbudslovens § 15 for at være undtaget fra udbudspligt.

Det er endnu ikke i udbudspraksis præcist fastlagt, hvad der kræves, førend kriterierne er opfyldt. Kriterierne vil sandsynligvis være opfyldt, såfremt der er tale om et reelt samarbejde, som indebærer gensidige bidrag eller forpligtelser fra deltagerne overfor hverandre.

Det behøver ikke nødvendigvis at betyde, at hver deltager skal levere materielle ydelser til de øvrige. Der er ligeledes ikke noget til hinder for, at betalinger mellem deltagerne indgår som en del af samarbejdet. Imidlertid må hver part spille en aktiv rolle, herunder i forhold til at stille kapacitet eller specialisering som den pågældende deltager råder over til rådighed for fællesskabet efter nærmere bestemmelse i samarbejdsaftalen.

Ordningen bør dermed ikke konstrueres således, at gensidigheden alene består i, at én eller få deltagere leverer ydelser, som ellers ville være udbudspligtige tjenesteydelser, til de øvrige deltagere mod betaling, jf. det i afsnit 4.2.1 anførte.

Det må således anbefales at udvise tilbageholdenhed i forhold til etablering af aftaler om udveksling af tjenesteydelser, der kan opfattes som en omgåelse af udbudspligten – især hvor der ikke er tale udnyttelse af eksisterende kapacitet men etablering af ny kapacitet hos en eller flere deltagere, som leveres til de øvrige deltagere mod betaling.

Som nærmere beskrevet i afsnit 4.4.4 nedenfor, regulerer lov nr. 548 (opgaveudførelsesloven) kommunernes og regioners adgang til at udføre erhvervsaktiviteter, herunder at udføre opgaver for hverandre. Bestemmelserne herom gælder imidlertid ikke for samarbejder indgået med hjemmel i sundhedsloven; det vil sige, loven finder ikke anvendelse på de her behandlede samarbejder.

4.2.3 Køb af service-, support- og logistikopgaver i markedet til brug for deltagerne

Et samarbejde, hvor en ordregiver indkøber ydelser, som stilles til rådighed for andre ordregivere, kan håndteres uformelt, for så vidt angår de ydelser, hvis værdi – ved Kontraktholderens indkøb – er under tærskelværdien for EU-udbud. Overskrides tærskelværdien, håndteres indkøbet i udbudsretlig forstand i henhold til reglerne om fælles udbud, jf. udbudslovens § 123.

Beskrivelsen i § 123 af rammerne for fælles udbud mellem flere ordregivere giver mulighed for både mere formaliseret og længerevarende samarbejde, f.eks. indkøbsfællesskaber og lejlighedsvis fællesudbud.

Udbudsloven opstiller ikke nogen grænser for, hvilke konkrete samarbejdsformer der kan aftales mellem ordregivere. Ordregivere kan således gennemføre udbud i fællesskab, hvor flere ordregivere enten foretager indkøb sammen eller overdrager forvaltningen af udbuddet til en ordregiver, der indkøber på vegne af alle de deltagende ordregivere.

De deltagende ordregivere er i fællesskab ansvarlige for overholdelsen af forpligtelserne i udbudsloven, også når en eller flere ordregivere er udvalgt blandt de deltagende ordregivere til at gennemføre udbuddet og handle i eget navn og på vegne af de andre deltagende ordregivere¹³.

Det vil ikke være påkrævet i forbindelse med etableringen af samarbejdet at foretage indkøb af ydelser, der dækker det anslåede behov i hele samarbejdsaftalens løbetid. Der vil kunne indgås tidsbegrænsede kontrakter med optioner både på forlængelse og på udvidelse af mængden af ydelser inden for nærmere angivne rammer. Dette vil kunne give fleksibilitet i muligheden for at tilpasse ydelserne til antallet af forpligtede deltagere samt at gøre brug af de erfaringer, som indhentes i løbet af aftalens løbetid til at optimere samarbejdet.

4.3 Regulering af samarbejdet i ejerkredsen (kommuner og region)

Den samarbejdsaftale, der indgås mellem de deltagende kommuner og region om etablering og drift af en sekretariatsfunktion, bør indeholde bestemmelser, der især regulerer følgende hovedområder:

Formål

Formålet med aftalen bør beskrives, herunder de elementer som deltagerne lægger størst vægt på.

Ind- og udtræden

Af hensyn til at undgå krav om godkendelse efter kommunestyrelseslovens § 60 er det et krav, at ejerkredsen økonomisk og aftalemæssigt ikke forpligtes langsigtet. Samarbejdsaftalen må derfor indeholde bestemmelser, der muliggør udtræden med kort varsel – f.eks. et år.

¹³ Jf. bemærkningerne til udbudslovens § 123.

Ydelser

De ydelser, som skal være omfattet af aftalen, skal nøje defineres, idet Kontraktholderen ikke uden godkendelse hos de deltagende kommuner kan pålægge disse (økonomiske) forpligtelser, som ikke følger af aftalen.

Rammerne for sekretariatsfunktionens arbejde

Det bør være defineret, under hvilke rammer og vilkår sekretariatsfunktionen varetager sine opgaver, samt hvad disse opgaver nærmere består af.

De vilkår, der gælder for Kontraktholderens erhvervelse af ydelser fra eksterne operatører, bør være defineret, eventuelt i form af allerede fastsatte udbudsprocedurer og standardkontraktvilkår.

De pågældende vilkår bør afspejle de forpligtelser og rettigheder, som de enkelte deltagere har i medfør af samarbejdsaftalen, herunder især udtrædelsesretten, jf. ovenfor.

Budget og fordeling af omkostninger

Så længe samarbejdet er rent aftalebaseret, og der ikke samtidig sker etablering af f.eks. et interessentskab eller et offentligt aktieselskab, indebærer etableringen af sekretariatsfunktionen ikke oprettelse af en særskilt juridisk person. Der gælder således intet formelt krav om regnskabsafklæggelse mv.

Budgettet for samarbejdet samt fordelingen af omkostninger eller nøglen herfor bør imidlertid nøje beskrives, hvilket både gælder de ydelser som leveres af eksterne operatører og sekretariatsfunktionens egne omkostninger. Det bør ligeledes specificeres, hvordan Kontraktholderen opgør omkostningerne pr. område/udgiftsart og pr. deltager fordelt over tid.

Styring/godkendelsesproces

Oprettelse af en sekretariatsfunktion i medfør af aftale indebærer ikke krav om etablering af en bestyrelse, hvilket heller ikke vil være hensigtsmæssigt, da sekretariatet/Kontraktholderen ikke selvstændigt kan tildeles en beslutningskompetence i forhold til deltagerne uden krav om, at samarbejdet godkendes af Sundheds- og Ældreministeriet, jf. afsnit 4.1.2 ovenfor.

Det vil imidlertid være hensigtsmæssigt at definere, på hvilket niveau deltagerkredsen træffer eller godkender beslutninger, som vedrører samarbejdet. Kontraktholderens tildeling af kontrakter til eksterne leverandører inden for rammerne af, hvad der følger af samarbejdsaftalen, vil ikke nødvendigvis kræve deltagerne godkendelse. Eksempelvis en koordinering af indkøb mellem de enkelte landsdele, som ikke er direkte hjemlet i samarbejdsaftalen, vil derimod forudsætte deltagerne godkendelse.

Processen for, hvordan godkendelse indhentes, bør være beskrevet, således at dette sker på en enkel og struktureret måde.

Proces ved uenighed

Det bør fastlægges, hvad der skal gælde i tilfælde af uenighed mellem:

- En deltager og en ekstern operatør, hvis ydelser er tilvejebragt via Kontraktholderen
- Flere deltagere, herunder en deltager og Kontraktholderen.

Af hensyn til så vidt muligt at undgå tvister og uenigheder mellem deltagerne bør deltagerne gives mulighed for at forfølge eventuelle krav direkte over for operatørerne ved transport af sådanne krav til deltagerne eller på anden måde.

4.4 Aftaleindgåelse med operatører

Der ses overordnet at være tre modeller for aftaleindgåelse med operatørerne:

- **Model A:** Sekretariatsfunktionen/Kontraktholderen indgår på vegne af deltagerne men i eget navn kontrakter med de operatører, som leverer service-, support- og logistikopgaver. I medfør af

samarbejdsaftalen stiller Kontraktholderen de pågældende ydelser til rådighed både for sig selv og for de øvrige deltagere i samarbejdet

- **Model B:** Sekretariatsfunktionen/Kontraktholderen formidler indgåelse af aftaler mellem operatører og de enkelte deltagere i samarbejdet, eventuelt ved indgåelse af rammeaftaler med operatørerne
- **Model C:** En kombination af A og B hvor Kontraktholderen indgår aftaler om en del af de ydelser, der leveres af operatørerne, mens øvrige aftaler formidles og indgås direkte mellem operatørerne og de enkelte deltagere.

De tre modeller vil juridisk være anvendelige uanset valget af samarbejdsform, jf. ovenstående afsnit om mulige samarbejdskonstruktioner.

I det følgende beskrives rammerne og vilkårene for aftaleindgåelse mellem sekretariatet og de valgte operatører gennem besvarelse af en række konkrete spørgsmål:

- Kan samarbejdet benytte sig af rammeaftaler, som er indgået af en anden deltager i samarbejdet end Kontraktholderen?
- Skal opgaver, som sekretariatsfunktionen ved Kontraktholderen indgår aftale om i henhold til samarbejdsaftalen, altid udbydes?
- Hvilken forskel gør det for aftaleindgåelsen med operatørerne (om nogen), hvilken konstruktion sekretariatsfunktionen har?
- Hvilke forpligtelser vil Kontraktholderen være underlagt i relation til lov nr. 548 (opgaveudførelsesloven)?

4.4.1 Kan samarbejdet benytte sig af rammeaftaler, som er indgået af en anden deltager i samarbejdet end Kontraktholderen?

Som anført i afsnit 4.1.2 ovenfor, afgrænser udbudsloven ikke, hvilke konkrete samarbejdsformer der kan aftales mellem ordregiverne i relation til gennemførelse af fælles udbud.

Udbudsloven hindrer således ikke, at flere end én ordregiver agerer på vegne af deltagerne dvs. foretager indkøb på vegne af de deltagende ordregivere.

Det følger dog af udbudsloven, at såfremt en eller flere ordregivere er udvalgt blandt de deltagende ordregivere til at gennemføre udbuddet og handle i eget navn og på vegne af de andre deltagende ordregivere, er de deltagende ordregivere i fællesskab ansvarlige for overholdelse af forpligtelserne efter loven.

Det må således i praksis anses for udelukket at gøre brug af eksisterende rammeaftaler, dvs. rammeaftaler som ikke er indgået på vegne af fællesskabet.

4.4.2 Skal opgaver, som sekretariatsfunktionen ved Kontraktholderen indgår aftale om, i henhold til samarbejdsaftalen altid udbydes?

Aftaler, som indgås med en privat operatør, og hvor værdien overskrider tærskelværdien for EU-udbud, skal konkurrenceudsættes i henhold til udbudsloven.

Ordregivers interne aftaler er undtaget fra udbudspligt i henhold til den såkaldte "in-house" regel, jf. udbudslovens § 12.

I henhold til udbudslovens § 15 er der ikke udbudspligt for offentlige kontrakter, der indgås mellem ordregivende myndigheder, når:

- Kontrakten etablerer eller gennemfører et samarbejde mellem ordregiverne med det formål at sikre, at de offentlige tjenester, som ordregiverne skal udføre, leveres med henblik på at realisere fælles målsætninger
- Gennemførelsen af dette samarbejde udelukkende er underlagt hensyn, der vedrører forfølgelsen af formål af almen interesse, og
- Ordregiverne på det åbne marked tilsammen udfører mindre end 20 pct. af de aktiviteter, der berøres af samarbejdet.

Disse betingelser er nærmere behandlet i afsnit 4.1.2 ovenfor.

Det indebærer, at en myndighed i deltagerkredsen kan stille ydelser til rådighed for deltagerkredsen uden afholdelse af udbud under forudsætning af, at der er tale om et reelt samarbejde, som deltagerne gensidigt bidrager til, og ikke at eksempelvis én deltager leverer ydelser, som ellers ville være udbudspligtige tjenesteydelser, til de øvrige deltagere.

4.4.3 Hvilken forskel gør det for aftaleindgåelsen med operatørerne (om nogen), hvilken konstruktion sekretariatsfunktionen har?

Det har en praktisk betydning i forhold til aftaleindgåelsen med operatørerne, om sekretariatsfunktionen (f.eks. ved Kontraktholderen) indgår aftaler på egne vegne (model a), eller om sekretariatsfunktionen formidler indgåelse af aftaler mellem operatørerne og de enkelte deltagere i samarbejdet, evt. under rammeaftaler, der er indgået af Kontraktholderen (model b).

Det gør dog som udgangspunkt ingen forskel for aftaleindgåelsen med operatørerne, hvilken konstruktion sekretariatsfunktionen har.

Det indebærer ingen ændring i udbudspligten, om sekretariatsfunktionen er juridisk forankret i en deltager (Kontraktholderen), eller om sekretariatsfunktionen eksempelvis varetages af et offentligt selskab.

De forpligtelser, som deltagerne i samarbejdet har i forhold til sekretariatsfunktionen (ved Kontraktholderen eller f.eks. et selskab), vil være afledt af samarbejdsaftalen og ikke af sekretariatsfunktionens konstruktion. Det vil ligeledes i medfør af samarbejdsaftalen og de enkelte aftaler med operatørerne kunne sikres, at Kontraktholderen ikke påtager sig forpligtelser over for operatørerne, som stiller disse anderledes, end hvis kontrakten var indgået med f.eks. et offentligt selskab.

Der er ikke hermed taget stilling til, hvilken kommerciel betydning det eventuelt måtte have, at Kontraktholderen er en region, og ikke eksempelvis et kommunalt aktieselskab.

4.4.4 Hvilke forpligtelser vil Kontraktholderen være underlagt i relation til lov nr. 548 (opgaveudførelsesloven)?

Efter lov nr. 548 (opgaveudførelsesloven) § 2 kan kommuner og regioner udføre sådanne opgaver for andre offentlige myndigheder, som kommunerne og regionerne kan løse for sig selv, forudsat at de pågældende opgavers værdi ikke overstiger tærskelværdien for EU-udbud. Lovens sigte er at stramme og præcisere reglerne for kommunernes og regioners adgang til at udføre erhvervsaktiviteter.

Loven gælder imidlertid kun i det omfang, bestemmelserne ikke er fraveget i anden lovgivning. I henhold til bemærkningerne berører loven bl.a. ikke regionernes adgang til at indgå i samarbejder med eller anvende offentlige myndigheder og private i opgavevaretagelsen i henhold til sundhedsloven, herunder i medfør af sundhedslovens § 78, stk. 3.

De begrænsninger i kommuners og regioners adgang til at udføre opgaver for andre offentlige myndigheder, der gælder i medfør af opgaveudførelsesloven, gælder således ikke for de samarbejder om levering af service-, support- og logistikopgaver, som er behandlet i nærværende analyse.

5 ØKONOMI OG SAMFINANSIERING

Dette kapitel beskriver økonomien, herunder i særlig grad vilkårene for ejerkredsens fælles finansiering og dermed grundlaget for etablering af en velfungerende betalingsmodel mellem kommuner og region i hver af de fem landsdele.

I forlængelse af ovenstående afsnit er afsættet for dette kapitals gennemgang af økonomi og samfinansiering, at der i relation til håndteringen af den operationelle opgaveudførelse inden for service, support og logistik etableres et landsdelssekretariat i hver af de fem landsdele, og at dette sekretariat på vegne af ejerkredsen (kommuner og region) har ansvaret for at indgå og følge op på kontrakter med et antal operatører.

Landsdelssekretariatene kan i større eller mindre omfang koordinere indkøb af ydelser på tværs af landsdele for at høste stordriftsfordele, men på kort sigt vil det realistiske scenarium sandsynligvis være, at de enkelte landsdelssekretariater har egne aftaler med operatørerne.

Uanset graden af koordination på tværs af landsdelene betyder etableringen af en fælles løsning af service-, support- og logistikopgaver i hver landsdel, at der skal afholdes en række udgifter, som skal finansieres af regionen og kommunerne i landsdelen efter en fordelingsnøgle, der giver såvel ejerkreds som sekretariat og operatører den fornødne grad af sikkerhed, forudsigelighed og klarhed om rammer og vilkår for de økonomiske dispositioner.

Kapitlet består af tre hovedafsnit:

- Omkostningselementernes karakter
- Principper for økonomistyring
- Principper for finansiering (betalingsmodel).

5.1 Omkostningselementernes karakter

For at skabe den rigtige finansieringsmodel er det væsentligt at tilvejebringe et overblik over, hvilke forpligtelser et fælles landsdelssekretariat påtager sig. Der er derfor grund til at interessere sig for de typer af omkostninger, som et sekretariat skal finansiere, samt hvilke afregningsmodeller det må forventes, operatørerne fakturerer efter.

En gennemgang af de enkelte omkostningskomponenter i den opstillede business case for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL viser, at der skal etableres en række kontrakter og aftaler, hvor der må forventes faste betalinger til operatørerne – uanset om disse er offentlige eller private.

Disse kontrakter skal etableres på tidspunkter, hvor der i hovedparten af landsdelene vil være relativt få borgere visiteret til telemedicinsk hjemmemonitorering, og hvor der vil være usikkerhed om hastigheden, hvormed nye borgere kan visiteres ind, og i hvilket omfang disse borgere er skævt eller ligeligt fordelt mellem de deltagende kommuner. Der vil være behov for at afspejle dette i de kontrakter, der indgås med operatørerne i relation til service, support og logistik.

Endvidere vil en række af de potentielle operatører – offentlige såvel som private – bevæge sig ind i et nyt marked (f.eks. hjælpemiddeldepoter i forhold til logistikopgaven), hvor der skal konstrueres en ny forretningsmodel. Samlet set er der tale om faktorer, der skaber en usikkerhed for operatørerne, som må forventes at have betydning for deres prissætning af ydelserne.

Endelig er der i forhold til anskaffelse af de telemedicinske løsninger en række usikkerheder vedr. den teknologiske udvikling, som må forventes at ændre sig over de kommende år. Der er derfor set fra

kommunernes og regionernes side brug for, at der indbygges en vis aftalemæssig fleksibilitet, så der ikke skabes en uhensigtsmæssig lock-in situation, hvor den enkelte landsdel låses til dyre eller forældede teknologier.

Samlet set skal der indgås en række faste aftaler med forskellige operatører, som betyder, at der er brug for budgetsikkerhed for det fælles sekretariat. Karakteren af de enkelte omkostningselementer i relation til service, support og logistik, herunder særligt behovet for at indgå kontrakter med operatørerne, fordrer derfor, at sekretariatet økonomisk og finansieringsmæssigt har en ramme, der giver mulighed for at indgå en række aftaler, der reducerer operatørernes risiko, og dermed sikrer en fornuftig prissætning af ydelserne.

5.1.1 Uddybende gennemgang af omkostningselementer

Nedenstående tabel er der etableret et overblik over de forskellige omkostningselementer inden for hvert hovedområde samt beskrevet de forventede modeller for afregning af ydelser til landsdelssekretariatet (afregningsart), og de omkostningstyper der driver operatørernes omkostninger.

Tabel 16. Forventninger til arten af operatørernes afregninger samt omkostningstyper

Område	Operatører	Aktivitet	Afregningsart	Omkostningstype
Service	Udviklingsleverandør	Applikationsudvikling og -vedligehold af telemedicinske løsninger	Kontraktfastsat	Variable omkostninger (f.eks. omfang af changes)
				Fast omkostning (f.eks. antal licenser)
	Driftsleverandør	Drift- og vedligehold af telemedicinske løsninger	Kontraktfastsat	Variable omkostninger (f.eks. CPU-forbrug)
				Fast omkostning (baseret på kompleksitet, serviceniveau og serverkapacitet)
Support	Privat/offentlig operatør	a) 1st line support	Kontraktfastsat	Variable omkostninger (anvendt tid på supportopgaven)
				Fast omkostning (overhead)
		2nd line support	Kontraktfastsat	Variable omkostninger (f.eks. anvendt tid på support)
				Fast omkostning (f.eks. træning, overhead)
Logistik	Hjælpemiddeldepot/ privatoperatør	b) 1st line support	Lønomkostning	Variable omkostninger (tid anvendt på support)
		Kørsel	Kontraktfastsat	Variable omkostninger (løn)
				Variable omkostninger (løn/brændstof)

				Fast omkostning (f.eks. indkøb og vedligehold af biler)
		Lagerstyring	Kontraktfastsat	Variabel omkostning (løn/reservedele)
				Fast omkostning (bygninger, varelager, træning, IT)
		Teknisk og anvendelsesorienteret instruktion af borger	Kontraktfastsat	Variable omkostninger (løn)
				Fast omkostning (kompetenceudvikling)
Indkøb	Operatører på indgåede aftaler	Anskaffelser af medicinsk udstyr	Stykpris	Variable omkostninger (antal enheder)
		Anskaffelser af devices	Stykpris	Variable omkostninger (antal enheder)
		Anskaffelser af telemedicinske løsninger	Kontraktfastsat	Variable omkostninger (f.eks. licenser)
				Fast omkostning (f.eks. volumen, kompleksitet)
		Anskaffelser af MDM løsninger	Kontraktfastsat	Variable omkostninger (f.eks. licenser)
				Fast omkostning (f.eks. volumen, kompleksitet)
		Aftale med indkøbsorganisation om gennemførelse af udbud, contract management mv.	Kontraktfastsat	Variable omkostninger (antal udbud)
				Fast omkostning (overhead)
Styring	Landsdelssekretariat	Systemforvaltnings-opgaver mv.	Lønombkostninger	Fast omkostning (løn, administration, overhead)

5.2 Principper for økonomistyring

Dette afsnit gennemgår de væsentligste hensyn i relation til økonomistyring og betaling af operatører og leverandører. Afsnittet kommer på den baggrund med en række forslag til, hvordan økonomistyring og betalingsforhold med fordel kan organiseres i relation til telemedicinsk service, support og logistik.

5.2.1 Aftalemæssige rammer om betalingen af leverandører

Landsdelssekretariatet har det overordnede koordinerende og styringsmæssige ansvar for kontrakterne mod de forskellige operatører, der varetager den operationelle udførelse af service-, support- og logistikopgaverne i hver landsdel. Det betyder, at sekretariatet har et opfølgingsansvar i forhold til operatørernes leverancer i kontrakten. Til det hører også en kontrol af de omkostninger, som

operatørerne fakturerer. Dette ansvar adskiller sig ikke fra den opfølgingsopgaven, som kommuner/regioner har i dag, det omfang de allerede har indgået kontrakter med leverandører vedrørende service, support og logistik.

Som beskrevet ovenfor i kapitlet om juridisk organisering kan der etableres forskellige aftalemæssige konstruktioner i relationen mellem operatører, sekretariat og ejerkreds (jf. afsnit 4.3). Set i et snævert økonomistyringsperspektiv er der væsentlige forskelle mellem aftalekonstruktionerne, for så vidt angår betalingsstrømme og modeller for afregning, hvilket følgende eksempler viser:

- Et eksempel på en model er SKI, der indgår en række aftaler med leverandører, hvor SKI er aftalepart, men hvor bestilling og betaling af ydelser er et forhold direkte mellem den indkøbende enhed og leverandøren. Det er typisk ved mindre komplekse og standardiserede indkøb, eksempelvis it-hardware, at der etableres disse konstruktioner
- En anden model er kontrakter, som en juridisk enhed varetager på vegne af andre myndigheder, og hvor den pågældende juridiske enhed selv udarbejder et aftalekompleks bagud mod de myndigheder, som den juridiske enhed varetager opgaven på vegne af. Et eksempel herpå er KOMBIT, som laver en række aftaler med indkøb af fælles it-løsninger til kommunerne, og hvor aftalerne og leverandørbetalingerne er reguleret direkte mellem KOMBIT og den pågældende leverandør. KOMBIT har herefter etableret en betalingsmodel og et eget aftalekompleks med de tilsluttede kommuner, som fungerer uafhængigt af KOMBITs aftaler med leverandøren
- Endelig ses rammeaftaler, hvor der både er et overordnet aftaleforhold (selve rammeaftalen) mellem én juridisk enhed, men hvor den enkelte myndighed inden for rammeaftalens rammer udarbejder en kontrakt med en leverandør, og hvor betalingsstrømmen dermed alene er et anliggende mellem den enkelte myndighed og den pågældende leverandør.

5.2.2 Placering af budget

Valget af aftalekonstruktion i relationen med operatørerne har indflydelse på økonomistyringen. Det skyldes ikke mindst, at hverken kommuner eller regioner har adgang til at afholde udgifter uden en bevilling, og der vil derfor skulle tages stilling til placering af budgetterne til afholdelse af operatøromkostningerne for service-, support- og logistikopgaverne.

Der eksisterer umiddelbart tre modeller for placering af budgettet:

- **Fakturering af sekretariat.** Det samlede budget til afholdelse af investerings- og driftsomkostninger til operatørerne placeres i sekretariatet. Betalingerne til operatørerne afholdes alene af sekretariatet. Der udarbejdes aftaler og betalingsmodel bagud mod regionen og kommunerne i landsdelen om finansiering af sekretariatets omkostninger til operatørerne
- **Direkte fakturering.** Sekretariatet indgår overordnede rammeaftaler med operatørerne, men hvor ydelser og betalinger er et direkte forhold mellem operatørerne og den enkelte kommune/region. De simple og standardiserede ydelser kan leveres direkte mellem operatør og kommune/region uden yderligere aftaledokumenter, mens de mere komplekse ydelser leveres efter indgåelse af en aftale med operatøren efter rammeaftalens bestemmelser. I denne model har sekretariatet alene et budget til at opretholde egne aktiviteter (dvs. primært et lønbudget), mens de egentlige udgiftsbudgetter til at betale for operatørernes ydelser er placeret i de enkelte kommuner/region
- **Kombinationsmodel.** Endelig kan der etableres en kombination af model 1 og 2, hvor der er dele af opgaven, der styres med et udgiftsbudget placeret i sekretariatet og en bagvedliggende betalingsmodel, og dele af opgaven faktureres direkte fra operatørerne til kommune/region.

Tabel 17. Fordele og ulemper ved direkte fakturering over for fakturering af sekretariat

	Fordele	Ulemper
Kontrakt og budget forankret i sekretariat, med separat	• Giver sekretariat et samlet overblik over betalinger • Sikrer en samlet front over for operatørerne	• Mindre transparens for den enkelte kommune/region, da det ikke er muligt en-til-en at se, hvilke omkostninger tilskuddet finansierer

betalingsmodel mod kommuner/region	• Bedre mulighed for opfølgning over for operatører • Større fleksibilitet for sekretariat i forhold til af indgå og ændre aftaler.	• Større risiko for byrdefordelmæssige konsekvenser.
Overordnet rammekontrakt i sekretariat. Udgiftsbudgetter placeret i kommune/region. Direkte betaling mellem operatør og kommune/region	• Fakturering tydelig i forhold til de ydelser der er leveret i forhold til enkelt kommune og region • Mulighed for selv at regulere efterspørgsel.	• Kan opleves som bureaukratisk, da der skal opretholdes beredskab og controlling i hver enkelt kommune • Risiko for uhensigtsmæssig decentral adfærd med suboptimering af ydelser fra operatører • Risiko for dyrere operatørpriser ved ikke-standardiserede ydelser, da der skal indgås markant flere aftalemæssige forhold.

I forhold til den samlede økonomi for service-, support- og logistikopgaverne, vil en direkte fakturering for alle opgaverne medføre en betydelig administrativ opgave for både operatører og kommuner samt regioner. Et ukendt antal operatører/leverandører skal levere ydelser til fem regioner og 98 kommuner. Hvis modellen alene skulle bestå af direkte fakturering, ville det medføre et betydeligt omfang af kontrakter på relativt små beløb med dertilhørende transaktionsomkostninger for både operatører/leverandører og kommuner/regioner.

I lyset af dette bør direkte fakturering mellem operatører/leverandører og kommuner/regioner alene etableres, hvis en række forhold er opfyldt, herunder:

- Der er en direkte sammenhæng mellem adfærd hos kommunen/regionen og omkostning hos operatøren (eksempelvis indkøb af en tablet)
- Ydelsen er standardiseret og ikke kompleks. Det vil sige, at der kan faktureres mellem operatør og kommune/region uden anden kontrakt end en overordnet kontrakt (f.eks. SKI-aftale)
- Transaktionsomkostningerne for operatørerne ved direkte fakturering er marginale og har ikke selvstændig betydning for prissætning af ydelsen.

Af de forskellige aktiviteter i tabel 1 er det kun indkøb af devices, der i en snæver økonomistyringsoptik er relevante kandidater til direkte fakturering, da de afregnes stykvist fra leverandøren og er standardiserede ydelser. Det taler imidlertid imod, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem betaler (kommuner/regioner), og disponent (praktiserende læge/sygehus); det vil sige de sundhedsfaglige personer, der visiterer borgere til telemedicinsk hjemmemonitorering.

Anbefaling 6

OMRÅDE	• Økonomi og samfinansiering
ANBEFALING	• Landsdelssekretariatene bør etableres med et budget til at afholde alle omkostninger til operatørerne, således at ingen omkostninger faktureres direkte mellem operatører og ejerkreds (kommuner/region), men at alle omkostninger indgår i en abonnementsbetaling omfattet af en fælles betalingsmodel
BEGRUNDELSE	• De berørte omkostningselementer er ikke eller kun i begrænset omfang egnet til direkte fakturering mellem operatører og ejerkreds (kommuner/region) • Direkte fakturering for alle opgaverne vil medføre en betydelig administrativ opgave for både operatører og kommuner samt regioner.

5.3 Principper for finansiering (betalingsmodel)

Dette afsnit beskriver en række central økonomiske og forretningsmæssige hensyn, der skal iagttages, når der skal etableres en model for kommuners og regioners betaling til en landsdelsfælles service-, support- og logistikfunktion. Med afsæt i disse overordnede hensyn opstiller afsnittet et konkret forslag til betalingsmodel.

5.3.1 Økonomiske og forretningsmæssige hensyn

Betalingsmodellen skal balancere en række økonomiske og forretningsmæssige hensyn for at virke hensigtsmæssigt både set fra landsdelssekretariatets side og set fra ejerkredsens side (landsdelens kommuner og regionen).

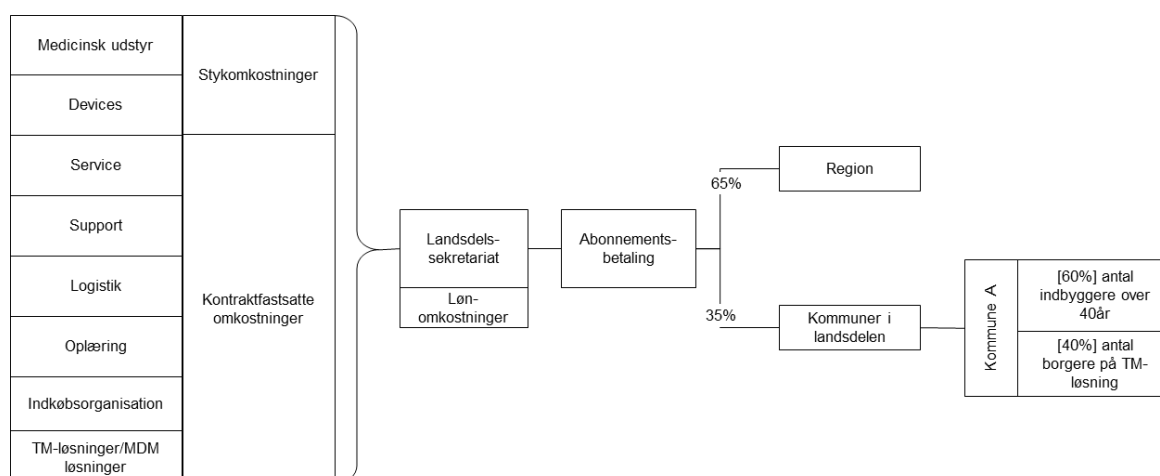
De væsentligste hensyn er:

- Modellen skal sikre en balance i fordelingen af udgifter i forhold til den enkelte kommunes/region forbrug af ydelser
- Den skal indeholde et incitament for den enkelte kommune/region til at anvende den i landsdelen fælles valgte løsning
- Den skal sikre et incitament til at udbrede anvendelsen af telemedicinsk hjemmemonitorering
- Fordelingen af omkostningerne på tværs af kommuner og region skal stå i et rimeligt forhold til realiseringen af potentialerne ved anvendelse af telemedicinske løsninger
- Den skal give sekretariatet tilstrækkelig budgetsikkerhed til at foretage økonomisk hensigtsmæssige dispositioner i forhold til operatørerne
- Den skal virke inden for kommunernes og regionernes almindelige budgetplanlægningscyklus
- Den skal være simpel og nem at administrere.

På den baggrund anbefales det, at der etableres en samlet abonnementsbetaling, hvor region samt kommunerne i den enkelte landsdel finansierer de samlede omkostninger til service, support og logistik samt landsdelssekretariatet som en løbende betaling af fast størrelse, der kan reguleres årligt med afsat i faktisk afholdte udgifter og budget for det kommende år.

Nedenstående figur illustrerer det samlede forslag til finansiering af omkostningerne i hver landsdel.

Figur 7: Forslag til finansiering af driftsomkostningerne til service, support og logistik



Omkostningerne deles mellem region og kommuner i overensstemmelse med en fastlagt nøgle. Den indbyrdes fordeling af abonnementsbetalingen i de enkelte kommuner udgøres dels af antal indbyggere i den enkelte kommune, som vurderes at være inden for målgruppen, og dels af antal borgere som er blevet visiteret til den fælles telemedicinløsning i landsdelen.

5.3.2 Fordeling mellem kommuner og region i landsdelen

Opgaverne i relation til service, support og logistik – og dermed finansieringen af disse – er et tværsektorielt anliggende, hvorfor der initialt skal findes en fordeling af omkostningerne mellem kommunerne og regionen i landsdelen.

PA Consulting Group har i forbindelse med udarbejdelsen af business casen for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL foretaget en vurdering af, i hvilket omfang omkostningerne til udbredelsen af telemedicinske løsninger skal afholdes af

kommunerne, regionerne eller skal betragtes som fælles omkostninger, der skal bæres af begge parter.

Den opstillede business case placerer også de gevinster, der realiseres ved udbredelse af telemedicinske løsninger. Her fordeler potentialerne sig således, at det forventes, at 35 pct. af gevinsterne over en femårig periode rammer de kommunale budgetter, mens 65 pct. af gevinsterne rammer de regionale budgetter. Denne fordeling af gevinster er i business casen anvendt som grundlag for en foreslået fordelingsnøgle til brug for fordeling af alle fællesomkostninger; det vil sige, de omkostninger, som det i business casen er vurderet, at kommuner og regioner i fællesskab skal finansiere.

Der er i det følgende taget udgangspunkt i samme fordelingsnøgle; det vil sige, at den forventede fordeling af potentialer er anvendt som nøgle for fordeling af driftsomkostningerne på henholdsvis regioner og kommuner. Etableringsomkostningerne i år 1 og 2 er ligeledes fordelt i forholdet 35 pct. til kommunerne og 65 pct. til regionerne.

Dette forslag til valg af fordelingsnøgle er truffet velvidende, at der i sagens natur vil være usikkerhed om den faktiske indhøstning af potentialer, samt at den endelige fordelingsnøgle skal fastlægges ved politisk forhandling i de enkelte landsdele. Der er som følge heraf foretaget en perspektiverende beregning for at vise de økonomiske konsekvenser af en justering af fordelingsnøglen for henholdsvis en region samt for en mindre, en mellemstor og en stor kommune i den pågældende region (jf. afsnit 7 i bilag B).

5.3.3 Fordeling mellem kommuner i landsdelen

Idet betalingsmodellen med fordel kan indeholde et forpligtende element, således at alle kommuner samt regionen uanset deres faktiske anvendelse af de tilbudte services bidrager til finansieringen, kan den indbyrdes fordeling af omkostninger mellem kommunerne i en given landsdel sammensættes således, at en andel af udgiften betales uafhængigt af kommunens anvendelse af ydelserne. Denne del kan fastlægges på baggrund af kommunernes respektive antal indbyggere over 40 år (som er den nedre aldersgrænse for anerkendelse af diagnosen KOL ved inklusion i Dansk Register for Kronisk Lungesygdom), eller den kan fastlægges ud fra antallet af borgere med KOL i de enkelte kommuner, som rapporteret i den nationale sundhedsprofil (danskernessundhed.dk; som også har ligget til grund for fordelingen af potentialer i business casen).

Den anden del af kommunernes finansiering bør afspejle den enkelte kommunes niveau for anvendelse af ydelserne, eksempelvis antallet af borgere i kommunen der er visiteret til telemedicinsk hjemmemonitorering.

I en indfasningsperiode, hvor der vil være et begrænset antal borgere, der anvender den telemedicinske løsning, kan det overvejes at lade indbyggertalskomponenten fylde relativt mest for at udjævne forskelle mellem kommunerne i landsdelen. Idet landsdelene allerede i dag er på forskellige stadier i udrulningen af telemedicinsk hjemmemonitorering, bør det være en vurdering i de enkelte landsdele, der fastsætter den procentvise fordeling mellem indbyggere og antal borgere visiteret til løsning.

5.3.4 Tilkøbsydelse

Som det fremgår under afsnit 3.3., må det forventes, at det fælles service, support og logistik setup i den enkelte landsdel vil skulle rumme flere telemedicinske initiativer. Det kan enten være initiativer, som dækker den samlede antal ejere i landsdelen, eller initiativer hvor udvalgte ejere er gået sammen om en indsats, som ønskes understøttet af det fælles service-, support- og logistikkompleks.

I de tilfælde hvor initiativerne dækker alle ejerne i landsdelen, er der umiddelbart to muligheder for finansiering. En model er, at vægtene i den allerede beskrevet betalingsmodel justeres, så der dels korrigeres i fordelingen mellem region og kommuner for ændringer i potentialer, og dels inkluderes et kriterie på tværs af kommunerne, der korrigerer for antallet af borgere på den nye løsning. Den anden model er, at der etableres et nyt separat betalingskredsløb ved siden af den eksisterende, således at

der eksisterer flere abonnementsbetalinger, der hver for sig dækker omkostningerne til det enkelte telemedicinske initiativ.

I tilfælde hvor kun en udvalgt del af ejerne etablerer et telemedicinsk initiativ, som skal supporteres af den fælles service-, support- og logistikløsning, er der behov for at etablere en separat model, hvor tilkøbet af ydelser ikke påvirker fællesskabets finansiering af fællesydelserne i landsdelen. I disse tilfælde bør der etableres en model for direkte afregning mellem landsdelssekretariatet og de(n) enheder, der har bestilt ydelserne. Det anbefales, at mulighederne for tilkøb reguleres via de principper, som aftales mellem regionen og kommunerne i landsdelen jf. afsnit 3.3.

5.3.5 Opsummering af den foreslåede betalingsmodel

Det anbefales, at der etableres en abonnementsbetalingsmodel i hver landsdel, hvor landsdelssekretariatet fakturerer de tilsluttede regioner og kommuner.

Den enkelte landsdels fastlæggelse af fordelingen af omkostninger mellem kommuner og region kan med fordel tage afsæt i business case modellens beregning af potentialet mellem kommuner og regioner.

Kommunernes indbyrdes andel beregnes ud fra et efterspørgselsafhængigt element (f.eks. antal indbyggere over 40 år) og et efterspørgselsafhængigt element (f.eks. antal borgere visiteret til telemedicinsk hjemmemonitorering).

Det anbefales, at der udregnes en dækningsgrad pr. borger pr. år baseret på kvartaler, således at finansieringen af det efterspørgselsafhængige element tager højde for, hvor stor en del af året borgeren har været visiteret til ydelsen.

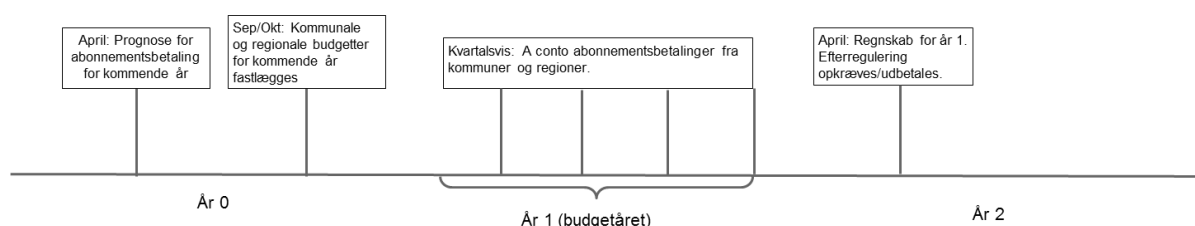
Anbefaling 7

OMRÅDE	Økonomi og samfinansiering
ANBEFALING	Der bør indgå et element af forpligtende betaling for alle i "ejer kredsen" uanset, hvordan den valgte betalingsmodel i øvrigt udformes.
BEGRUNDELSE	- En rimelig grad af budgetsikkerhed er en nødvendig forudsætning for etablering og drift af en fælles opgaveløsning. Dette er særligt relevant i etableringsfasen, hvor der er usikkerhed om den økonomiske volumen - Forpligtende betaling sikrer incitament til at benytte de tilbudte services.

5.3.6 Sammenhæng til budgetcyklus

Uanset at abonnementsbetalingen for den enkelte kommune og region i forhold til de samlede budgetter på sundhedsområdet selv i en fuld udrulning udgør en meget begrænset andel, vil det være et fælles hensyn både i landsdelssekretariaterne og i kommunerne og regionerne, at der etableres en model, der giver en rimelig sikkerhed i budgetlægningen. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, at der udarbejdes en prognose for det kommende budgetårs abonnementsbetalinger allerede i foråret i året før budgetåret, så prognosen kan indgå i de kommunale og regionale budgetforslag, jf. figur 1. Endelig gennemføres der en regulering af abonnementsbetalingerne efter budgetåret, når regnskabet kan gøres op.

Figur 8: Cyklus for abonnementsbetalinger



Til- og afgang af borgere til den telemedicinske løsning følger ikke et kalenderår. Der kommer til og fra løbende. Der kan derfor opstå den situation, at to kommuner kan komme til at finansiere lige meget, uanset at borgerne fra den ene kommune har været visiteret til telemedicin i 2 måneder, mens borgeren i nabokommunen har været visiteret til løsningen i 10 måneder. Hvis opgørelsen af antallet af tilsluttede borgere kun opgøres én gang årligt, vil den ene kommune opleve en relativt højere regning end nabokommunen. Dette kan der korrigeres for, hvis der laves en opgørelse kvartalsvist, og der så herefter udregnes en dækningsgrad pr. år pr. borger. Dette vil udligne forskellene mellem kommunerne betragteligt.

5.3.7 Illustration af betalingsmodellens konsekvenser

Med udgangspunkt i data fra den genberegnete business case kan der som illustration laves en beregning af den foreslåede betalingsmodels konsekvenser i forhold til fordeling af omkostningerne mellem kommuner og regioner i hver af de fem landsdele. Det er væsentligt at bemærke, at det reelle omkostningsbillede vil være forskelligt på tværs af landsdelene, da det varierer, i hvilket omfang landsdelene allerede har foretaget investeringer eller er i drift med service-, support- og logistikløsninger. Beregningerne tjener derfor alene som et udgangspunkt for de drøftelser, der nødvendigvis må finde sted i den enkelte landsdel i forhold til at fastlægge budgettet.

Nedenstående tabel viser fordelingen af de samlede omkostninger til etablering samt den efterfølgende drift af indkøb, service, support og logistik til landsdækkende udbredelse af telemedicin på henholdsvis kommuner og regioner på baggrund af data fra den genberegnete business case.

Tabel 18. Årlige omkostninger til service, support og logistik over 5 år (mio. kr. – 2016 p/l)

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Samlet (År 1-5)	År N
Etableringsomkostninger	13,0	7,0	-	-	-	20,0	-
Omkostninger til udbud	3,0	-	-	-	-	3,0	-
Projektledelse til etablering af service, support og logistik ¹⁴	10,0	7,0	-	-	-	17,0	-
Driftsomkostninger:	18,2	36,9	43,7	38,2	31,6	168,5	41,5
Indkøb	4,5	15,9	17,9	13,1	5,9	57,3	14,8
Logistik	1,0	4,0	4,1	2,7	3,2	15,0	4,2
Service	12,4	12,7	13	13,2	13,3	64,6	13,3
Support	0,3	1,2	2,2	2,7	2,7	9,1	2,7
Styring	0,0	3,0	6,5	6,5	6,5	22,5	6,5
Total	31,2	43,9	43,7	38,2	31,6	188,5	41,5
Heraf regioner (65%)	20,3	28,5	28,4	24,8	20,5	122,5	27,0
Heraf kommuner (35%)	10,9	15,4	15,3	13,4	11,1	66,0	14,5

Som det fremgår af tabellen, er de akkumulerede omkostninger til etablering og drift over fem år næsten ligeligt fordelt mellem kommuner og regioner. Den primære årsag til dette er projektrelaterede

¹⁴ Den opgjorte projektledelsesomkostning til etablering af service-, support- og logistikfunktioner skal i forholdet 65/35 fraregnes samlet 53,4 mio. kr., som i business casen er forudsat finansieret af kommunerne til projektledelse til national udbredelse af telemedicin, og samlet 17 mio. kr. som i business casen er forudsat finansieret af regionerne til projektledelse til national udbredelse af telemedicin.

omkostninger i forbindelse med etableringen, hvor de i business casen afsatte ressourcer i kommunalt regi udligner den skævhed, der følger af fordelingen af fællesomkostninger i henhold til fordelingsnøglen 35 pct. til kommunerne og 65 pct. til regionen.

Ser man på fordelingen af omkostninger til service, support og logistik i år N, det vil sige ved fuld indfasning, er fordelingen mellem kommuner og regioner tydeligt afspejlet.

Bilag B indeholder en detaljeret modelberegning for hver af de fem landsdele, herunder den indbyrdes fordeling mellem de enkelte kommuner.

Bilag B indeholder endvidere en modelberegning, der for en region samt udvalgte kommuner eksemplificerer de økonomiske konsekvenser af en justering af fordelingsnøglen mellem kommuner og regioner med +/-15 pct.

5.3.8 Sammenhæng til øvrige omkostninger

Det er væsentligt at være opmærksom på, at der er omkostninger i business casen, som ikke er en del af service, support og logistik men er omkostninger som henholdsvis kommuner og regioner har til øvrige aktiviteter, der forudsættes gennemført i forbindelse med en landsdækkende udbredelse af telemedicinske løsninger.

Konkret udgør de årlige driftsomkostninger til service, support og logistik ved fuld indfasning knap 65 pct. af de samlede driftsomkostninger. Det er især omkostningerne til monitorering af måledata, der i den opstillede business case er placeret i kommunerne, som økonomisk set udgør en væsentlig del af driftsomkostningerne ved siden af service, support og logistik (estimeret 23 mio. kr. årligt ved fuld indfasning).

Det er derfor et væsentligt opmærksomhedspunkt i forhold til endelig fastlæggelse af betalingsmodel, at et fungerende service-, support- og logistik setup forudsætter, at kommuner og regioner finansierer en række yderligere aktiviteter.

5.3.9 Fordeling af omkostninger på hovedområder

Fordelingen af omkostningerne på tværs af hovedområder er ikke helt jævn. Nedenstående tabel viser, hvorledes de forskellige omkostninger fra business casen fordeler sig på de forskellige funktioner inden for service, support og logistik. Som det fremgår, udgør indkøb af det borgervendte udstyr i form af tablets og devices samt drift af den telemedicinske løsning og de indledende implementeringsomkostninger de relativt set største poster i relation til service, support og logistik over en femårig periode.

Tabel 19. Fordeling af driftsomkostninger pr. område (mio. kr.)

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Samlet (År 1-5)	År N
Indkøb	4,5	15,9	17,9	13,1	5,9	57,3	14,8
Indkøb af andet udstyr (kr.)	0,3	0,9	1	0,6	-	2,8	-
Indkøb af blodtryksmålere (kr.)	0	0	0	0	-	0	-
Indkøb af iltmåler (kr.)	1,7	6	6,2	3,8	-	17,7	-
Indkøb af spirometrimåler (kr.)	-	-	-	-	-	0	-
Indkøb af tablets (kr.)	1,2	4,2	4,4	2,7	-	12,5	-
Indkøb af vægt (kr.)	0,9	3,1	3,2	2	-	9,2	-
Løbende indkøb til udskiftning af decentralt udstyr (kr.)	-	-	-	-	1,8	1,8	10,7
Omkostning til simkort og dataabonnement (kr.)	0,1	0,6	1	1,3	1,4	4,4	1,4
Omkostninger til MDM licenser (kr.)	0,3	1,1	2,1	2,7	2,7	8,9	2,7
Logistik	1	4	4,1	2,7	3,2	15	4,2
Klargøring, udbringning, opsætning og afhentning af udstyr (kr.)	0,4	1,6	1,6	1	1,6	6,2	2,6
Omkostninger til ombytning af defekt udstyr hos borgeren (kr.)	0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,9	0,3
Samlet omkostning til løbende oplæring af borgere med KOL (kr.)	0,6	2,3	2,3	1,4	1,3	7,9	1,3
Service	12,4	12,7	13	13,2	13,3	64,6	13,3
Omkostninger til applikationsvedligehold (kr.)	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	18,5	3,7
Omkostninger til asset management (kr.)	0,1	0,4	0,7	0,9	1	3,1	1
Omkostninger til drift af applikationer og infrastruktur (kr.)	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	43	8,6
Support	0,3	1,2	2,2	2,7	2,7	9,1	2,7
Teknisk support til borgeren (kr.)	0,1	0,2	0,4	0,5	0,5	1,7	0,5
Teknisk support til sundhedsprofessionelle (kr.)	0,2	1	1,8	2,2	2,2	7,4	2,2
Styring	0	3	6,5	6,5	6,5	22,5	6,5
Omkostninger til landsdelssekretariater til leverandørstyring og samarbejde med kommuner/regioner	0	3	6,5	6,5	6,5	22,5	6,5
Samlet	18,2	36,9	43,7	38,2	31,6	168,5	41,5

6 HÅNDTERING AF PERSONDATA

Dette kapitel gennemgår en række grundlæggende forhold omkring håndtering af persondata i relation til udførelse af opgaver inden for service, support og logistik, herunder krav om indhentning af samtykke samt regler for indgåelse af databehandleraftaler.

Kapitlet består af to hovedafsnit:

- Håndtering af persondata i relation til service, support og logistik
- Indgåelse af databehandleraftaler.

6.1 Håndtering af persondata i relation til service, support og logistik

De følgende afsnit gennemgår de grundlæggende forhold omkring håndtering af persondata i relation til løsning af service-, support- og logistikopgaverne:

- Persondataloven
- Samtykke
- Sundhedsloven.

6.1.1 Persondataloven

Efter den nugældende persondatalov er oplysninger om personers navne og adresser omfattet af reglen i lovens § 6, som indebærer, at offentlige myndigheder kan behandle oplysningerne, hvis behandlingen er nødvendig af hensyn til offentlig myndighedsudøvelse, som den dataansvarlige myndighed eller en tredjemand, der har modtaget oplysningerne, er blevet pålagt.

I praksis indebærer det, at behandling af oplysninger om personers navne og adresser ikke er underlagt et samtykkekrav, når behandlingen vedrører myndighedsudøvelse.

Offentlige myndigheder kan endvidere uden samtykke behandle oplysninger om personnummer med henblik på entydig identifikation eller som journalnummer, jf. lovens § 11.

Oplysninger om personers helbredsmæssige forhold er imidlertid omfattet af samtykkekravet i lovens § 7, stk. 2, dvs. at behandling heraf forudsætter samtykke fra den registrerede person.

I forbindelse med udførelsen af support- og logistikopgaver vil oplysninger om patienternes navne, adresser og evt. personnumre skulle stilles til rådighed for operatørerne, for at disse kan udføre deres opgave. Ud fra hensynet til løsningen af opgaven vil det endvidere være praktisk, at operatørerne ligeledes gøres bekendt med, at patienterne er under behandling, i dette tilfælde for KOL. I forbindelse med udførelsen af serviceopgaver i relation til drift af den telemedicinske softwareløsning vil operatøren, udover oplysninger om patienternes navne, adresser og evt. personnumre, i kraft af systemdriften endvidere skulle håndtere de indsamlede måledata med henblik på lagring/ videresendelse af disse data til eksempelvis KIH.

I praksis vil udførelsen af service-, support- og logistikopgaver således indebære behandling af helbredsmæssige forhold, dvs. forudsætte et samtykke fra patienterne efter persondatalovens § 7, stk. 2, jf. nærmere herom nedenfor.

Der ses ikke at være fordele forbundet med at forsøge at hemmeligholde diagnosen for (visse af) de operatører, som i forvejen skal kende patienternes navne og adresser, set i forhold til den (begrænsede) administration der er knyttet til opnåelse af samtykke.

6.1.2 Samtykkekravet

Kravene til et samtykke fremgår af persondatalovens § 3, nr. 8. Kravet er, at der skal være tale om en frivillig, specifik og informeret viljestilkendegivelse.

Samtykket kan afgives ved fuldmagt, og der er ikke særlige formkrav knyttet hertil.

Specifikationskravet indebærer, at det i generelle termer skal anføres i samtykket, hvilke personoplysninger der er omfattet, og hvad disse skal bruges til, herunder hvem oplysningerne må videregives til,. Der kan således meddeles samtykke til videregivelse af diagnose og evt. måledata til bestemte (typer af) operatører til brug for løsning af nærmere angivne service-, support- og logistikopgaver som led i den telemedicinske behandling. Specifikationskravet indebærer ikke, at der skal indhentes et samtykke til videregivelse af oplysningerne til hver enkelt konkret operatør.

Samtykket vurderes at kunne udarbejdes som et standarddokument, der dækker de nødvendige behandlinger af personoplysninger i tilknytning til opgaven, uanset hvilken operatør der foretager behandlingen.

I det omfang deltagerne forventer en udvidelse af den telemedicinske behandling til andre diagnosetyper, vil samtykket (for så vidt angår patienter med flere diagnoser) kunne gives for flere diagnosers vedkommende, uanset at den faktiske behandling af oplysninger om diagnose nr. to først sker senere.

Et samtykke, der gennem lang tid ikke har været udnyttet af den dataansvarlige, kan bortfalde, men det vil som udgangspunkt ikke være tilfældet, hvis udnyttelsen følger de angivelser om det forventede tidsforløb, som er meddelt i forbindelse med samtykket. Et samtykke kan dog tilbagekaldes af den registrerede, jf. persondatalovens § 38.

6.1.3 Sundhedsloven

Sundhedsloven indeholder bl.a. regler for sundhedspersoners videregivelse af oplysninger om patienterne. Disse regler gælder forud for reglerne i persondataloven.

Ved sundhedspersoner i lovens forstand forstås personer, der er autoriserede i medfør af lovgivningen til at varetage sundhedsfaglige opgaver. Begrebet omfatter f.eks. læger og sygeplejersker og personer, der handler på disses ansvar, f.eks. sygehjælpere.

I henhold til sundhedslovens § 41 kan sundhedspersoner videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om bl.a. patientens helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten. Videregivelse af disse oplysninger kan ske uden patientens samtykke i en række tilfælde, bl.a. når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov.

Idet de omhandlede service-, support- og logistikopgaver ikke som udgangspunkt skal løses af sundhedspersoner, er det reglerne i persondataloven – og ikke i sundhedsloven – der skal iagttages i forbindelse med håndtering af persondata i tilknytning til de opgaver, der indgår i service-, support- og logistikfunktionerne.

6.2 Indgåelse af databehandleraftaler

De følgende afsnit gennemgår en række forhold omkring indgåelse af databehandleraftaler i relation til løsning af service-, support- og logistikopgaverne:

- Kan sekretariatet indgå databehandleraftaler med operatører på vegne af "ejer kredsen"?
- Brug af paradigmer/skabeloner
- Udvidelse til nye målgrupper.

6.2.1 Kan sekretariatet indgå databehandleraftaler med operatører på vegne af "ejerkredsen"?

I relation til de persondata der skal behandles som led i udførelsen af service-, support- og logistikopgaver, vil deltagerne under en aftalebaseret model være at betragte som dataansvarlige i henhold til persondataloven.

Hvis sekretariatsfunktionen etableres i regi af et § 60-fællesskab, kan fællesskabet efter omstændighederne indtræde i rollen som dataansvarlig. I det følgende lægges imidlertid til grund, at samarbejdet er aftalebaseret.

De operatører, som skal behandle persondata med henblik på at udføre service- support- og logistikopgaver, er at betragte som databehandlere i henhold til loven.

Efter persondatalovens §§ 41-42 skal den dataansvarlige, der overlader behandling af oplysninger til en databehandler, sikre sig, at databehandleren alene handler efter instruks fra den dataansvarlige, ligesom databehandleren skal træffe forskellige tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger. Disse sikkerhedsforanstaltninger skal navnlig sikre mod, at oplysningerne:

- hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes
- kommer til uvedkommendes kendskab eller misbruges, eller
- i øvrigt behandles i strid med persondataloven.

Det er et lovmæssigt krav, at der indgås skriftlige databehandleraftaler mellem dataansvarlig og databehandler, som fastlægger de nævnte forpligtelser.

Kravet om, at den dataansvarlige skal påse, at databehandleren træffer de fornødne sikkerhedsforanstaltninger, kan f.eks. gennemføres ved indhentning af en årlig revisionserklæring fra en uafhængig tredjepart. Der gælder således ikke noget krav om, at kontrollen skal foretages af den dataansvarlige selv.

Der gælder endvidere ikke særlige formkrav til de instrukser, der afgives af den dataansvarlige.

I henhold til persondatalovens ordlyd gælder pligten til at indgå databehandleraftaler direkte mellem den dataansvarlige og databehandleren. Det er ikke behandlet i loven, hvorvidt den dataansvarlige kan meddele en generel fuldmagt til en anden myndighed, in casu Kontraktholderen, hvorefter denne indgår nærmere specificerede databehandleraftaler med de enkelte operatører på vegne af deltagerne. Ud fra Datatilsynets praksis må dette antages ikke at være muligt. Det må imidlertid antages at være muligt at overlade det til Kontraktholderen at indgå databehandleraftaler i henhold til konkret fuldmagt eller betinget af den dataansvarliges samtykke.

Se nedenfor om muligheden for indgåelse af databehandleraftaler på standardiserede skabeloner. Struktureres indgåelsen af databehandleraftaler med brug af standardiserede skabeloner, vil den praktiske udarbejdelse, ekspedition og samling af de enkelte aftaler hensigtsmæssigt kunne forestås af den fælles sekretariatsfunktion, således at administrationen hos den enkelte deltager kan begrænses til den juridiske tiltrædelse af aftalerne, herunder eventuelt i form af afgivelse af samtykke til aftalerne.

Den nye persondataforordning

Den nye persondataforordning er vedtaget den 14. april 2016. Forordningen får direkte virkning i Danmark den 25. maj 2018.

I medfør af den nye persondataforordning er der i artikel 28 åbnet op for, at databehandleraftalen kan indgås mellem databehandleren og en underdatabehandler, dvs. uden at der indgås en direkte aftale mellem den dataansvarlige og underdatabehandleren. Det er imidlertid en forudsætning herfor, at der indhentes et forudgående, skriftligt samtykke hertil fra den dataansvarlige.

Samtykket kan enten være konkret eller generelt. Ved udskiftning af en underdatabehandler skal databehandleren i givet fald orientere den dataansvarlige herom, således at den dataansvarlige har mulighed for at modsætte sig udskiftningen.

På det foreliggende grundlag må dette forventes at muliggøre, at sekretariatsfunktionen i fremtiden vil kunne indgå databehandleraftaler med operatørerne i henhold til generelle fuldmagter, der er udstedt af deltagerne.

Justitsministeriet har oplyst, at ministeriet har igangsat et analysearbejde, der i løbet af 2017 forventes bl.a. at munde ud i en række anbefalinger vedr. fortolkningen af forordningen. En større klarhed over mulighederne i henhold til forordningen må forventes at foreligge, når ministeriets arbejde herom er afsluttet.

6.2.2 Brugen af paradigmer/skabeloner

I henhold til persondatalovens § 42 skal det af databehandleraftalen fremgå, at databehandleren alene handler efter instruks fra den dataansvarlige, og at de sikkerhedsforanstaltninger mv., der er nævnt ovenfor, ligeledes gælder for behandlingen ved databehandleren. Når den dataansvarlige er en offentlig myndighed, er det i henhold til sikkerhedsbekendtgørelsen endvidere et krav, at det fremgår af databehandleraftalen, at reglerne i sikkerhedsbekendtgørelsen ligeledes skal overholdes.

Databehandleraftaler er i vidt omfang standardiserede dokumenter og består normalt af navnlig følgende hovedelementer:

- Beskrivelse af opgaven/systemet og baggrunden for indgåelse af databehandleraftalen
- Angivelse af at databehandleren handler efter instruks fra den dataansvarlige
- Angivelse af de sikkerhedsmæssige foranstaltninger, lovkrav mv. som databehandleren skal overholde
- Bestemmelser om den dataansvarliges tilsyn og kontrol
- Bestemmelser om tilbagelevering af data ved aftalens ophør.

Heraf vil navnlig beskrivelse af opgaven/systemet og baggrunden for indgåelse af databehandleraftalen være unik for den konkrete sag. De øvrige punkter vil i vidt omfang kunne genbruges fra eksisterende paradigmer. Der er således ikke særlige forhold vedr. udførelsen af service-, support- og logistikopgaver, som forudsætter indgåelse af databehandleraftaler med en anden ordlyd, end hvad der følger af de databehandleraftaler og skabeloner hertil, som deltagerne i forvejen anvender.

Selve indholdet af instruktionen fra den dataansvarlige til databehandleren skal ikke fremgå af databehandleraftalen.

Som anført er det endvidere ikke et krav efter loven, at alle de anførte hovedelementer skal indgå i aftalen. Det lovmæssige krav er, at det skal fremgå,

- at databehandleren alene handler efter instruks fra den dataansvarlige,
- at reglerne i lovens § 41, stk. 3-5 (vedr. sikkerhedsforanstaltninger mv.) ligeledes gælder for databehandleren, og
- at reglerne i sikkerhedsbekendtgørelsen ligeledes skal overholdes.

Det vurderes at være både muligt og hensigtsmæssigt, at der indgås enslydende databehandleraftaler på en standardiseret skabelon med de operatører, som skal behandle persondata i forbindelse med løsningen af deres opgave vedr. service, support og logistik. Dette gælder såvel i forhold til private operatører som indbyrdes mellem de enkelte deltagende myndigheder.

Den nye persondataforordning

Efter den nye persondataforordnings artikel 26 gælder en række indholdsmæssige krav til databehandleraftalen, som rækker ud over kravene i den gældende persondatalov.

Efter forordningen skal databehandleraftalen bl.a. beskrive:

- Behandlingens varighed
- Formålet med behandlingen
- Typer af data der behandles

- Databehandlerens pligter og rettigheder, navnlig at databehandlere:
 - alene skal behandle data efter den dataansvarliges dokumenterede instruks
 - skal sikre, at medarbejdere, der behandler data, er underlagt en fortrolighedsforpligtelse
 - skal efterkomme alle lovpligtige sikkerhedsforanstaltninger
 - skal overholde krav vedrørende anvendelse af andre databehandlere
 - skal være i stand til over for den dataansvarlige at fremvise al nødvendig information for at dokumentere overensstemmelse med reglerne i forordningen.

Det må dog antages, at det fortsat vil være muligt at indgå databehandleraftaler ved brug af en standardiseret skabelon. Efter forordningens ikrafttræden vil der dog skulle udarbejdes en standardaftale for hver type af operatør/databehandler, i og med at de typer data, som de behandler, og formålet med behandlingen vil være forskellige.

6.2.3 Udvidelse til nye målgrupper

Der ses hverken i persondataloven eller i den nye forordning at være noget til hinder for, at der i de databehandleraftaler, der indgås, tages højde for, at formålet kan omfatte behandling af oplysninger vedrørende en ny målgruppe; det vil sige borgere med en anden lidelse end KOL.

I henhold til den nye forordning skal formålet med behandlingen af de omhandlede personoplysninger fremgå af databehandleraftalen, hvilket ikke er et krav i henhold til persondataloven. Endvidere skal varigheden af behandlingen angives. Det må således antages, at der skal foretages en vis konkretisering af formålet.

Den præcise rækkevidde af forordningens indhold på dette punkt ses ligeledes at måtte fastlægges, når det igangværende analysearbejde i Justitsministeriet er afsluttet.

7 INDKØB OG MARKED

Dette kapitel beskriver en række overordnede anskaffelsesmæssige hensyn og markedsmæssige karakteristika. Der beskrives en række koblinger og afhængigheder på tværs af enkeltelementer i den samlede telemedicinske løsning og de understøttende opgaver, der ligger inden for service, support og logistik. Hensigten med kapitlet er at give input til, hvordan de enkelte landsdele kan konkretisere deres anskaffelsesstrategi.

Økonomisk set udgør den samlede service-, support- og logistikopgave mere end 70 pct. af alle driftsomkostninger til telemedicinsk hjemmemonitorering i en situation, hvor hjemmemonitorering er fuldt udbredt til egnede borgere med KOL (se kapitel 5 for en skønsmæssig fordeling baseret på den udarbejdede business case for landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL)¹⁵.

Endvidere er omkostningerne til service, support og logistik kendetegnet ved, at en meget væsentlig andel af disse er knyttet til anskaffelser hos private leverandører. Således skal den samlede telemedicinske løsning, herunder den telemedicinske softwareløsning samt tablet og tilknyttede devices i den borgervendte del af løsningen, indkøbes fra private leverandører – enten som en samlet anskaffelse eller opdelt i enkeltkomponenter.

Tilsvarende kan de understøttende service-, support- og logistikopgaver løses af enten en offentlig eller en privat operatør. Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at når der i nærværende kapitel tales om anskaffelsesstrategi, omfatter det også beslutninger om placering af opgaver hos offentlige operatører.

Samlet set betyder det, at den strategi, man i sidste ende vælger for anskaffelser i relation til såvel den samlede telemedicinske løsning som de relaterede service-, support- og logistikopgaver, vil have væsentlig betydning for den operationelle styring og drift.

I forlængelse heraf er der to centrale spørgsmål, som samlet set kan bidrage til en afklaring af den samlede anskaffelsesstrategi i en given landsdel:

- Hvilke delelementer er definerende/styrende for den samlede anskaffelse?
- Hvilke forretningsmæssige hensyn skal prioriteres i anskaffelsen?
- De to spørgsmål uddybes i de følgende afsnit. I den forbindelse skal det bemærkes, at det med afsæt i de hidtidige erfaringer er muligt at give klare anbefalinger i relation til det første spørgsmål. Omvendt er besvarelsen af det andet spørgsmål i sidste ende en strategisk beslutning for den enkelte landsdel.

7.1 Betydningen af den telemedicinske løsning i den samlede anskaffelse

Ser man på erfaringerne fra en bred vifte af telemedicinske projekter, er det gennemgående, at den oplevede brugervenlighed og funktionalitet i den samlede telemedicinske løsning har væsentlig

¹⁵ Fordelingen af omkostninger vil i de første 2-3 år være lidt anderledes, dels på grund af organisatoriske omkostninger til implementering, dels fordi de faste omkostninger til anskaffelse og idriftsættelse af en telemedicinsk softwareløsning – afhængig af prismodellen for den valgte løsning – vil veje tungere i det samlede omkostningsbillede i en situation, hvor der fortsat er relativt få borgere visiteret til telemedicinsk hjemmemonitorering.

betydning for borgerens samlede serviceoplevelse og dermed for borgerens fastholdelse i den telemedicinske hjemmemonitorering. I forlængelse heraf er service-, support- og logistikopgaverne alle i større eller mindre grad fokuseret på at understøtte den samlede telemedicinske løsning og sikre, at borgerens brug af denne bliver så let som muligt. Den samlede telemedicinske løsning er med andre ord ikke kun økonomisk men også set fra såvel borgerens som et driftsmæssigt perspektiv af afgørende betydning for telemedicinsk hjemmemonitorering som helhed. Samlet set betyder ovenstående, at beslutninger i relation til anskaffelse af den samlede telemedicinske løsning – eller dele af denne – bør være definerende for den samlede anskaffelsesstrategi.

Går man et skridt tættere på, består den samlede telemedicinske løsning af en række delkomponenter, der hver især har forskellige anskaffelsesmæssige karakteristika med betydning for, hvordan de kan/skal prioriteres indbyrdes i en samlet anskaffelsesstrategi.

Der er i nærværende analyse foretaget en overordnet vurdering af de enkelte delkomponenter i den samlede telemedicinske løsning med afsæt i fire karakteristika:

- **Teknologisk modenhed.** Hvilken grad af teknologisk modenhed har de varer/ytelser, der er på markedet (vurdering fra høj til lav)
- **Konkurrencesituation.** I hvilken grad er der konkurrence på markedet for de pågældende varer/ytelser (vurdering fra høj til lav)
- **Relativ indkøbsvolumen.** Hvor stor en andel af den samlede offentlige efterspørgsel af den pågældende vare/ydelse udgør den volumen, der knytter sig til landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL (vurdering fra stor til lille)
- **Mulighed for kobling til anden offentlig efterspørgsel.** I hvilket omfang kan anskaffelsen i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering udnytte den eksisterende efterspørgsel efter samme vare/ydelse til at opnå storkøbsrabatter (vurdering fra stor til lille).

Nedenstående tabel opsummerer vurderingen for fem delkomponenter i den samlede telemedicinske løsning: telemedicinsk software, medicinske devices, tablets, MDM-software og databonnementer.

Tabel 20: Karakteristika ved delkomponenter i en samlet telemedicinsk løsning

Kategorier	Teknologisk modenhed	Konkurrencesituation	Relativ indkøbsvolumen	Mulighed for kobling til anden offentlig efterspørgsel
<i>Telemedicinsk software</i>	Lav Kørende løsninger fortrinsvis afprøvet i pilotprojekter og mindre driftsskala. Udvikling drevet af offentlig efterspørgsel.	Lav Få (primært danske) leverandører. Muligt at større samlet udbud vil tiltrække internationale leverandører.	Stor Telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL er største anskaffelse af telemedicinsk løsning.	Lille Løsning med specifik niche-funktionalitet. Ingen eksisterende fællesoffentlige rammeaftaler med telemedicinske løsninger.
<i>Devices (f.eks. saturationsmåler, vægt)</i>	Høj Standardprodukter.	Lav Der er på nuværende tidspunkt kun ganske få (2-3) Continua-certificerede produkter i hver device-kategori.	Stor Krav om Continua-certificering gør telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL til den største anskaffelse af denne udstyrstype.	Lille Krav om Continua-certificering adskiller telemedicinsk anskaffelse fra øvrige anskaffelser af tilsvarende udstyr.
<i>Tablet</i>	Høj Standardprodukt kendetegnet ved hurtig teknologisk	Høj Få globale leverandører er toneangivende.	Lille Antallet af borgere med KOL egnet til telemedicin udgør i	Stor Kan kobles til den offentlige sektors

	forældelse ift. styresystem og software-/device-kompatibilitet.	Afspejlet i fællesoffentlige rammeaftaler.	en gennemsnits-kommune estimeret 2-10 pct. af det samlede antal tablets, kommunen driver.	køb af tablets i øvrigt.
<i>MDM-software</i>	Middel Relativt nyt produktområde med hurtig udvikling i modenhed drevet af hastigt voksende udbredelse.	Høj Få globale leverandører er toneangivende. Afspejlet i fællesoffentlige rammeaftaler.	Lille Følger antallet af tablets.	Stor Kan kobles til den offentlige sektors køb af MDM-løsninger i øvrigt.
<i>Data-abonnement</i>	Høj Standardprodukter.	Høj Få danske leverandører er toneangivende. Afspejlet i fællesoffentlige rammeaftaler	Lille Følger antallet af tablets.	Stor Kan kobles til den offentlige sektors køb af data-abonnementer i øvrigt.

Ser man på tværs af vurderingerne af de enkelte delkomponenter i den samlede telemedicinske løsning, er det en væsentlig iagttagelse, at den telemedicinske software samt de medicinske devices i form af vægte og saturationsmålere m.v. i deres karakteristika adskiller sig fra de øvrige dele af den samlede løsning. Der er således tale om mere specialiserede niche-anskaffelser, hvor beslutningen om landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL må forventes at blive den markedsbegivenhed, der har størst betydning for den samlede efterspørgsel i Danmark inden for de kommende 2-3 år.

Indbyrdes adskiller den telemedicinske softwareløsning og de medicinske devices sig fra hinanden. Der er for de medicinske devices vedkommende tale om standardprodukter, hvis marked er globalt, og hvor efterspørgsel og teknologisk udvikling ikke er drevet af det danske marked for telemedicinsk hjemmemonitorering alene. Omvendt må det i forhold til de telemedicinske softwareløsninger forventes, at der med afsæt i det igangværende arbejde med fælles kravspecifikation på landsplan vil blive anskaffet relativt få telemedicinske softwareløsninger, hvis funktionalitet i væsentlig omfang vil være tilpasset de krav, der stilles i forbindelse med landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL.

I modsætning hertil er tablets, dataabonnementer og MDM-software standardprodukter med en høj grad af konkurrence i markedet og et relativt systematiseret indkøb understøttet af fællesoffentlige rammeaftaler. Samtidig udgør antallet af borgere med KOL, som er egnet til telemedicinsk hjemmemonitorering, og som derfor skal have en tablet med MDM-software og dataabonnement stillet til rådighed, kun en beskedent andel af den samlede offentlige efterspørgsel på området.

I forlængelse af ovenstående er det samlet set PA Consulting Groups vurdering, at den telemedicinske softwareløsning er den enkeltstående komponent i den samlede anskaffelse, der har størst betydning for, hvordan anskaffelse af de øvrige delkomponenter og understøttende service-, support- og logistikopgaver bør tilrettelægges.

Anbefaling 8

OMRÅDE	Indkøb og marked
ANBEFALING	Valg af telemedicinsk softwareløsning bør være styrende for tilrettelæggelsen af den samlede anskaffelsesstrategi.
BEGRUNDELSE	Den telemedicinske softwareløsning er den mest specialiserede komponent i den samlede telemedicinske løsning og er samtidig karakteriseret ved, at efterspørgslen i relation til telemedicinsk hjemmemonitorering vil have væsentlig indflydelse på

markedsudviklingen og modningen af den eller de konkrete telemedicinske software-løsninger, der vælges af landsdelene

- Valg af konkret telemedicinsk softwareløsning kan implicit medføre, at der træffes valg om placering/udførelse af understøttende opgaver, eksempelvis udførelse af serviceopgaver i relation til drift og vedligeholdelse af en telemedicinsk softwareløsning anskaffet som Software-as-a-Service.

I forlængelse af denne anbefaling er det værd at understrege, at scope for det igangværende arbejde med en fælles kravspecifikation for telemedicinske softwareløsninger – og i særlig grad det arbejde med udbud af en fælles rammeaftale for sådanne løsninger der forventes at følge efter – vil få stor betydning for det anskaffelsesmæssige mulighedsrum, de enkelte landsdele står med i de kommende 2-3 år.

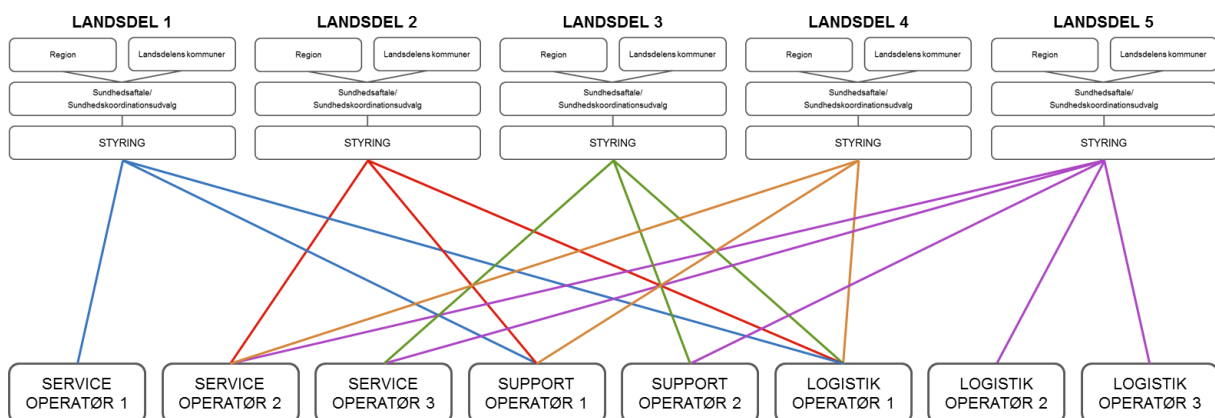
Det gælder særligt i forhold til at afklare, i hvilket omfang landsdelene som en del af en sådan rammeaftale skal have adgang til tilkøb af service-, support- og logistikopgaver, der knytter sig til driften af den telemedicinske softwareløsning, eksempelvis drift og support. Endvidere kan det i forhold til en sådan rammeaftale overvejes at inkludere opgaver, der med afsæt i den telemedicinske softwareløsning handler om drift af den samlede telemedicinske løsning, eksempelvis opgaver i relation til samlet governance og versionsstyring af den borgervendte telemedicinske løsning på tværs af software, tablet og devices (se nedenstående afsnit for en uddybende beskrivelse).

Samlet set præsenterer det forventede forestående arbejde med etablering af en fællesoffentlig rammeaftale for telemedicinske softwareløsninger en i forhold til landsdækkende udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering med tilhørende etablering af service-, support- og logistikfunktioner oplagt mulighed for at afklare, hvorvidt rammeaftalens samlede dækning kan sikre landsdelene en samlet adgang til tilkøb af relevante service-, support- og logistikopgaver i tilknytning til selve den telemedicinske software-løsning.

7.2 Flexibilitet og mulighed for koordination i valg af operatør på tværs af landsdele

I det omfang en fællesoffentlig rammeaftale for telemedicinsk software i begrænset omfang rummer adgang til service-, support- og logistikydelser, vil der være behov for indgå separate aftaler herom. Det er væsentligt at understrege, at det styringsmæssige ophæng i de enkelte landsdele ikke udelukker mulighederne for at koordinere valg af konkrete operatører på tværs af landsdele – og at kunne gøre dette på udvalgte områder er søgt eksemplificeret i nedenstående figur.

Figur 9: Eksemplificering af fleksibilitet i forhold til valg af samme operatør på tværs af landsdele



Muligheden for, at to, flere eller alle landsdele går sammen om fælles udbud, eksempelvis i forlængelse af arbejdet med en fælles kravspecifikation i relation til den telemedicinske software-løsning, kan rummes inden for rammerne af den foreståede organisering. Det er værd at understrege,

at beslutninger om at indgå i et bredere samarbejde, eksempelvis om et fælles udbud, der rækker ud over den enkelte landsdel, skal være afspejlet i det aftalemæssige grundlag hos de deltagende kommuner og regioner (se også afsnit 4.2). Dette gælder også, hvis én landsdel ønsker at placere opgaveudførelsen, eksempelvis i relation til teknisk og anvendelsesmæssig support, hos en offentlig operatør i en anden landsdel. Her gælder det tillige, at sådanne opgaver skal konkurrenceudsættes, hvis den samlede værdi af opgaven overstiger de gældende tærskelværdier i henhold til udbudsloven (se også afsnit 4.3).

Konkret betyder kravet om, at bredere tværgående samarbejder skal være afspejlet i aftalegrundlaget, at det i forhold til det videre implementerings- og etableringsarbejde i de enkelte landsdele vil være formålstjenligt med en relativt hurtig afklaring af, hvilke landsdele der ønsker at samarbejde om valg af operatør og/eller indkøb af hvilke service-, support- og logistikopgaver og delelementer af den samlede telemedicinske løsning i relation til indkøb og valg af operatør.

Anbefaling 9

OMRÅDE	• Organisering af opgaveudførelse
ANBEFALING	• De enkelte landsdele bør hurtigst muligt afklare, hvilke serviceopgaver og delelementer i den samlede telemedicinske løsning de ønsker at samarbejde med andre landsdele om i forhold til valg af operatør og eventuel igangsættelse af fælles udbud.
BEGRUNDELSE	• Adgang til fælles indkøb via landsdækkende rammeaftaler eller anden form for beslutning om at indgå i et bredere samarbejde på udvalgte områder vil have indvirkning på indholdet af det aftalegrundlag, der skal udarbejdes som grundlag for samarbejdet i en given landsdel.

7.3 Forretningsmæssige hensyn i anskaffelsen

Den gennemførte erfaringsopsamling har på tværs af den brede vifte af telemedicinske projekter afdækket en række forretningsmæssige hensyn, der er indbyrdes tæt koblet, og som samlet set har betydning for den overordnede anskaffelsesstrategi:

- **Fleksibilitet i valg og udskiftning af produkter, services og leverandør.** Det er erfaringen fra flere landsdele, at der kan være behov for at udskifte en konkret delkomponent i den samlede telemedicinske løsning, eller at en valgt service-, support- eller logistikoperatør ikke leverer tilfredsstillende og derfor må skiftes ud. Mulighederne for i praksis at handle på et sådant ønske er i vid udstrækning bestemt af det aftalemæssige setup for de enkelte produkter, services og leverandører. Her har der på tværs af de undersøgte projekter været meget forskellig praksis. I nogle projekter er der valgt én hovedleverandør, som sammen med en eller flere underleverandører har påtaget sig ansvaret for at levere hele eller store dele af den samlede telemedicinske løsning med tilhørende service, support og logistik. I andre projekter er der indgået aftale for hvert enkelt delkomponent i den telemedicinske løsning og for hver enkelt service, hvilket alt andet lige giver en større frihed til at udskifte enkelte delkomponenter eller services i det samlede løsnings-setup
- **Koordination og ansvar for samlet serviceniveau.** I forlængelse af ovenstående er erfaringerne på tværs af de undersøgte telemedicinske projekter, at der ligger en væsentlig koordineringsopgave i at sikre sammenhæng i den telemedicinske service på tværs af de enkelte delkomponenter og services i det samlede telemedicinske setup. Ved indgåelse af flere enkeltstående aftaler bliver koordinationsopgaven og ansvaret for det samlede serviceniveau i al væsentlighed placeret hos den sekretariatsfunktion, der indgår aftalerne. I de projekter, hvor der er valgt én hovedleverandør, flytter ansvaret for koordination og serviceniveau i vid udstrækning til denne
- **Kompetenceopbygning og erfaringsdannelse vedr. styring og drift.** Endeligt viser erfaringerne – særligt fra TeleCare Nord og Argenti Managed TeleCare – at kompetenceopbygningen og erfaringsdannelsen edr. den overordnede styring og drift af telemedicinsk hjemmemonitorering i vid

udstrækning koncentrerer hos den aktør, der sidder med det koordinerende ansvar. Erfaringerne viser med andre ord, at der i opgaven med at sikre sammenhæng på tværs af det samlede løsnings-setup også ligger fundamentet for en fremadrettet optimering og udvikling af dette.

Samlet set viser erfaringerne, at der i den enkelte landsdel er behov for at træffe en eksplicit beslutning om, hvilke dele af de styringsmæssige og koordinerende opgaver der placeres hos en eller flere operatører, og hvilke opgaver der fastholdes i sekretariatsfunktionen. Jo større ansvar og jo flere opgaver der placeres hos operatøren, des mindre bliver sekretariatsfunktionen. Omvendt vil en sådan beslutning have væsentlig indflydelse på landsdelens binding til den eller de valgte leverandører – og dermed på landsdelens fremadrettede mulighedsrum i forhold til justering og udvikling af det samlede setup. Sagt på en anden måde er der her tale om en strategisk beslutning om, hvordan arbejdsdelingen mellem bestiller og udfører skal være (jf. organiseringen af opgaveudførelsen der er beskrevet i kapitel 3).

Erfaringerne fra flere telemedicinske projekter viser, at denne skelnen ikke er sort-hvid men snarere et kontinuum, hvor det skal afvejes, hvor det giver mening at fastholde ansvaret for koordination og samlet serviceniveau, og ikke mindst på hvilket detaljeringsniveau man påtager sig at styre en given opgave.

Som konkret eksempel er det erfaringen fra TeleCare Nord, at der ligger en væsentlig opgave i at sikre, at de enkelte dele af den samlede telemedicinske løsning spiller sammen, og at der er tale om en tilbagevendende opgave af væsentlig betydning for borgerens samlede serviceoplevelse. Løbende opdateringer af Bluetooth-protokoller og styresystemer på mobile devices samt nye releases til MDM-løsninger og telemedicinsk software betyder således, at der er en helt konkret opgave ift. governance og versionsstyring for at sikre, at den samlede borgervendte løsning fungerer, som den skal, på tværs af de delkomponenter, der indgår i den. Umiddelbart er der her tale om en operationel serviceopgave, men opgaven har i TeleCare Nord været placeret i sekretariatsfunktionen, fordi der er indgået enkeltstående aftaler om hver af de omfattede delkomponenter, og fordi der ikke i den forbindelse er en operatør, som er blevet forpligtet på at varetage opgaven.

I et anskaffelsesperspektiv tjener eksemplet til at tydeliggøre behovet for en eksplicit stillingtagen til, hvilke forretningsmæssige hensyn vejer ind i forhold til den samlede anskaffelsesstrategi. Her kan de indsamlede erfaringer groft opsummeres med tre overordnede scenarier, der tjener til at anskueliggøre den prioritering, der skal foretages:

- Fuld de-kobling af alle anskaffelser
- Selektiv kobling af produkter og services
- Samlet anskaffelse med fuldt ansvar hos én hovedleverandør.

De tre scenarier uddybes i det følgende.

7.3.1 Fuld de-kobling af alle anskaffelser

Dette scenarium er primært modelleret over erfaringerne fra TeleCare Nord. Udgangspunktet er, at anskaffelsesstrategien skal sikre størst mulig fleksibilitet i valg og mulighed for udskiftning af produkter og services, så der kan vælges "best of breed" eller ud fra andre hensyn i relation til hver eneste delkomponent og service. Endvidere er det sigtet med anskaffelsesstrategien at fastholde vidensopbygning og erfaringsdannelse i landsdelens sekretariat med henblik på at skabe de bedste forudsætninger for at kunne styre den fremadrettede udvikling. Konsekvenserne af den valgte anskaffelsesstrategi er, at landsdelens sekretariat må påtage sig en væsentlig koordinationsopgave, idet de relativt set mange enkeltstående aftaler med leverandører og operatører kræver, at nogen påtager sig det tværgående ansvar for den samlede serviceoplevelse.

7.3.2 Selektiv kobling af produkter og services

Dette scenarium er modelleret over erfaringer fra flere telemedicinske projekter samt fra udvalgte kommercielle tilbud i markedet. Udgangspunktet er, at anskaffelsesstrategien skal sikre sammenhæng mellem de mest kritiske dele af det samlede løsnings-setup samtidig med, at der bevares en

fleksibilitet til at kunne løskoble valget af leverandør/operatør for forskellige hovedelementer fra hinanden. Anskaffelsesstrategien sikrer, at vidensopbygning og erfaringsdannelse i nogen grad fastholdes i landsdelens sekretariat lige så vel som, at sekretariatet fortsat vil have en koordinationsopgave på tværs af de hovedelementer, der er koblet sammen i anskaffelsesstrategien.

Baseret på erfaringerne fra flere af de telemedicinske projekter vil en sådan anskaffelsesstrategi kunne bygges op om to grupperinger: for det første den telemedicinske softwareløsning med tilhørende serviceopgaver og for det andet logistikopgaven.

7.3.3 Samlet anskaffelse med fuldt ansvar hos én hovedleverandør

Dette scenarium er primært modelleret over erfaringerne fra Argenti Managed Tele Care. Udgangspunktet er, at anskaffelsesstrategien skal sikre bedst mulig sammenhæng i den samlede serviceoplevelse med mindst mulig koordination og ansvar for den operationelle opgaveudførelse for landsdelens sekretariat. Dette gøres ved at vælge én hovedleverandør, der i samarbejde med en eller flere underleverandører har det fulde ansvar for opgaveløsningen. Konsekvenserne af den valgte anskaffelsesstrategi er, at en væsentlig del af vidensopbygningen og erfaringsdannelsen i relation til den overordnede styring og drift af telemedicinsk service, support og logistik sker hos den valgte hovedleverandør. Det betyder samtidig, at landsdelens sekretariat i større grad end i de to andre scenarier bliver afhængig af den valgte hovedleverandør i forbindelse med den fremadrettede udvikling af det samlede løsnings-setup.

Baseret på erfaringerne fra flere af de telemedicinske projekter vil en sådan anskaffelsesstrategi kunne bygges op om den telemedicinske softwareløsning, men på grund af bredden i den samlede opgaveportefølje og de deraf følgende krav til koordination og håndtering af underleverandører vil der skulle stilles eksplicitte krav til den valgte hovedleverandørs om også at have erfaringer og kompetencer på disse områder. Givet den nuværende markedssituation med relativt få leverandører af telemedicinske softwareløsninger kan konsekvensen af sådanne krav være, at feltet af mulige leverandører bliver for smalt.

7.3.4 Opsummering

Som nævnt ovenfor sammenfatter de skitserede scenarier tre forskellige afvejninger af de forretningsmæssige hensyn til for det første at sikre fleksibilitet i forhold til valg og udskiftning af produkter, services og leverandører i det samlede telemedicinske koncept, for det andet at sikre den rette rollefordeling mellem bestiller og udfører i relation til koordination og ansvar for det samlede serviceniveau, og for det tredje en klar stillingtagen til i hvilket regi erfaringsdannelse og opbygning af kompetencer vedr. styring og drift skal ske.

Med afsæt i erfaringerne fra de undersøgte telemedicinske projekter er det samlet set PA Consulting Groups vurdering, at en anskaffelsesstrategi, der baseres på en selektiv kobling af produkter og services, virker mest attraktiv, idet der opbygges en fælles viden og erfaringsbase, samtidig med at operatørernes kompetencer udnyttes på en hensigtsmæssig måde.

Anbefaling 10

OMRÅDE	• Indkøb og marked
ANBEFALING	• En anskaffelsesstrategi baseret på selektiv kobling af produkter og services vurderes som den mest attraktive i en situation, hvor såvel landsdele som mulige offentlige og private operatører er relativt umodne.
BEGRUNDELSE	• Det har vist sig svært at forpligte enkeltoperatører/leverandører på en række tværgående operationelle koordinationsopgaver af væsentlig betydning for den samlede serviceoplevelse i en situation, hvor de hver især kun er ansvarlige for levering af enkeltstående delkomponenter/-services • Hensynet til fremadrettet udvikling og optimering af det samlede telemedicinske koncept tilsiger, at der i offentligt regi, eksempelvis i landsdelens sekretariatsfunktion, opbygges styringsmæssige erfaringer og kompetencer i relation til operationel drift af telemedicinsk hjemmemonitorering.

8 BESLUTNINGSDREJEBOG

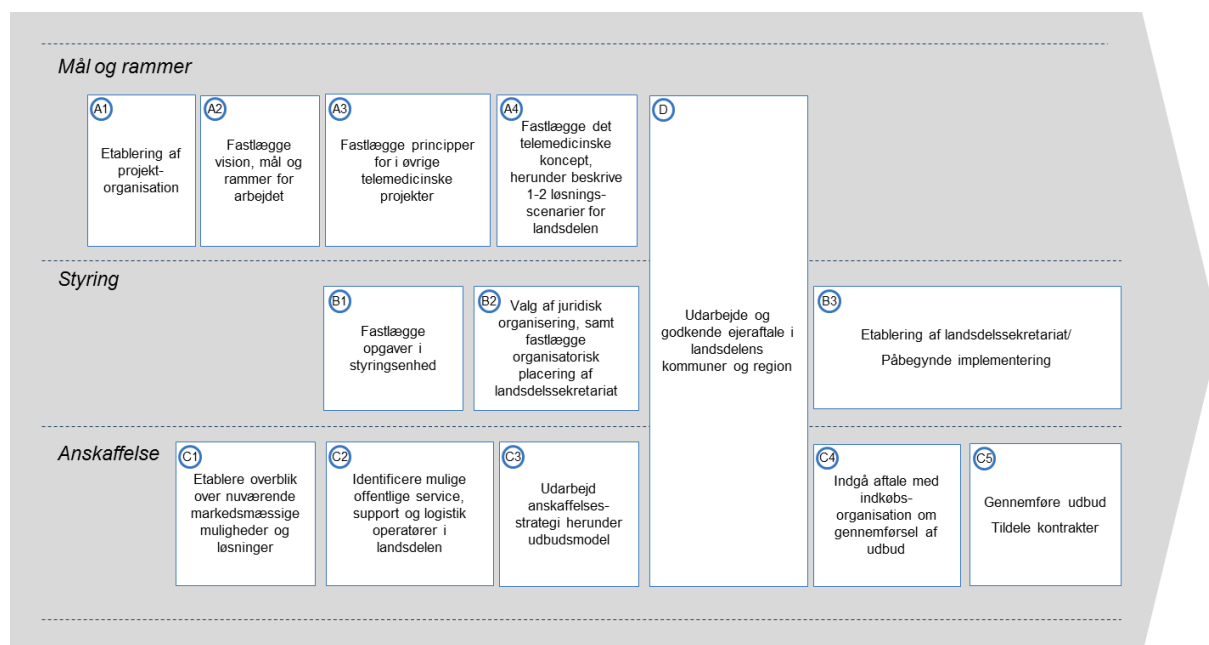
Dette kapitel beskriver en overordnet drejebog for beslutninger i relation til etablering af service-, support- og logistikfunktioner. Drejebogen opsummerer de væsentligste beslutninger og deres indbyrdes rækkefølge. Som sådan kan drejebogen tjene som udgangspunkt for det videre arbejde i de enkelte landsdele.

Der er i den beskrevne drejebog taget udgangspunkt i en landsdel, hvor der indtil videre kun er gennemført en begrænset mængde koordinerede aktiviteter i forhold til forberedelse af fælles udbredelse af telemedicinske løsninger. Det er væsentligt at understrege, at drejebogen udgøres af en række beslutningspunkter og på ingen måde erstatter behovet for udarbejdelse af en mere detaljeret tidsplan i den enkelte landsdel.

Drejebogen behandler primært de væsentlige beslutninger, der leder frem til indgåelse af en politisk aftale i landsdelen, der cementerer et fælles samarbejde om et landsdelsfælles telemedicinsk setup, herunder service-, support- og logistikfunktioner. Der indgår derfor ikke en lang række af de forventede operationelle implementeringsaktiviteter, som skal gennemføres i samarbejde med leverandøren af den telemedicinske softwareløsning og de valgte operatører af service-, support- og logistikydelser. Endelig tager drejebogen udgangspunkt i, at den juridiske konstruktion for landsdelssekretariatet er en aftalebaseret samarbejdskonstruktion (jf. kapitel 4).

Nedenstående figur illustrerer de aktiviteter og beslutninger, som skal gennemføres i landsdelen.

Figur 10: Oversigt over væsentlige beslutningspunkter og aktiviteter



De enkelte beslutningspunkter og aktiviteter er uddybende beskrevet i nedenstående afsnit.

A. Mål og rammer

Der er fire aktiviteter og beslutningspunkter:

- Etablering af projektorganisation

- Fastlægge vision, mål og rammer for arbejdet
- Fastlægge principper for øvrige telemedicinske projekter
- Fastlægge det telemedicinske koncept.

OMRÅDE	• A1: Etablering af projektorganisation
AKTIVITET	• Implementeringen af en fælles telemedicinsk softwareløsning med understøttende service-, support- og logistikfunktioner forudsætter et fælles ejerskab og drivkraft på tværs af landsdelens kommuner og region. Det bør derfor være et første skridt, at der etableres en projektorganisation og en governance, der i projektets etableringsfase kan sikre fremdrift, forberedelse af beslutninger samt implementering af de indsatser, der er nødvendige frem mod, at et landsdelssekretariat kan overtage styringen i driftssituationen • Der kan med fordel etableres en styregruppe med deltagelse af væsentlige interessenter i landsdelen samt en projektorganisation, hvor der udpeges et par medarbejdere, som eventuelt kan frikøbes til helt eller delvist at forberede implementeringen. Der bør endvidere udarbejdes en tids- og implementeringsplan med væsentlige milepæle for udbredelse i landsdelen.
BESLUTNINGSFORUM	• Etableringen af projektorganisationen, herunder styregruppe og projektgruppe kan forventeligt beslutes på administrativt niveau i region og kommuner i landsdelen.

OMRÅDE	• A2: Fastlægge vision, mål og rammer for arbejdet
AKTIVITET	• Fastlæggelse af en fælles vision, målsætninger og overordnede rammer for implementering af en fælles telemedicinsk løsning i landsdelen er en helt central aktivitet. Her sættes den fælles ambition for implementeringen, herunder hvor bredt samarbejdet på tværs af kommuner og region skal være. Det anbefales, at der udarbejdes en helt konkret beskrivelse af, hvor langt landsdelen skal være i implementeringen over en 2-3 års horisont • Endvidere bør det drøftes og aftales, hvilke forretningsmæssige mål implementeringen af telemedicinprogrammet skal indfri. Drøftelsen af mål bør aktivt forholde sig til de milepæle/KPI'er, der har været genstand for drøftelse på porteføljestyregruppemøderne. Det er vigtigt, at der skabes et fælles billede og transparens i forhold til målsætningerne, så det defineres, hvordan eksempelvis kvalitet, brugertilfredshed og økonomiske gevinster skal opgøres.
BESLUTNINGSFORUM	• Det anbefales, at styregruppen involveres aktivt i udarbejdelsen af vision og mål (eksempelvis via workshops), så der skabes ejerskab til den fælles retning.

OMRÅDE	• A3: Fastlægge principper for inklusion af andre telemedicinske initiativer
AKTIVITET	• Som det fremgår af afsnit 3.3., bør der fastlægges principper for, hvordan, hvornår og under hvilke vilkår nye telemedicinske projekter kan understøttes af den fælles organisering i landsdelen. Udarbejdelse og beslutning af principper kan med fordel tage udgangspunkt i et billede af de telemedicinske initiativer, der enten er igangsat eller forventes igangsat i landsdelen, og hvor der er et ønske om understøttelse fra fælles service-, support- og logistikfunktioner.
BESLUTNINGSFORUM	• Projektgruppen kan indsamle oplysninger fra region og landsdelens kommuner om øvrige igangsatte eller planlagte telemedicinske initiativer • Styregruppen anbefaler principper, der indgår som led i landsdelens regionsråds og kommunalbestyrelses politiske beslutning af ejeraftale.

OMRÅDE	• A4: Fastlægge det telemedicinske koncept og definere 1-2 løsningsdesign
AKTIVITET	• Implementering af telemedicinske løsninger forudsætter, at der tages stilling til den samlede servicesnitflade mod borgeren, herunder placering af en række roller og ansvar. Eksempelvis skal der træffes en række valg bl.a. i forbindelse med

	udførelse af supportopgaven. Det gælder også i forhold til en række opgaver, der ligger ud over de opgaver, som snævert knytter sig til service-, support- og logistikfunktioner, herunder monitorering af måledata som den væsentligste. Endeligt skal der tages stilling til, om opgaverne skal løses af offentlige operatører i landsdelen • Roller, ansvar og en high-level beskrivelse af processerne udgør samlet set landsdelens telemedicinske koncept. Det anbefales at sammenfatte konceptet i et egentligt løsningsdesign, som kan indgå i udbudsmaterialet til operatørerne. Der kan være flere modeller, som vurderes relevante med tilhørende fordele og ulemper. Det kan derfor overvejes at definere to løsningsdesigns og lade begge modeller indgå i udbudsprocessen for at teste modellerne på operatørerne.
BESLUTNINGSFORUM	• Fastlæggelsen af telemedicinsk løsningskoncept og løsningsdesign besluttet af styregruppen • De dele af det telemedicinske koncept, der har bevillingsmæssige konsekvenser – eksempelvis fastlæggelse af opgaven med at monitorere måledata – bør indarbejdes som forudsætninger i ejerftalen, så det indgår i den politiske beslutningsproces.

B. Styring

Der er tre aktiviteter og beslutningspunkter:

- Fastlægge opgaver i landsdelssekretariat
- Valg af juridisk organisering samt organisatorisk placering af landsdelssekretariat.

De følgende aktiviteter ligger efter beslutningspunkt D. Aftaleindgåelse

- Etablering af landsdelssekretariat og påbegyndelse af implementering.

OMRÅDE	• B1: Fastlægge opgaver i landsdelssekretariatet
AKTIVITET	• Udgangspunktet for fastlæggelse af opgaver i landsdelssekretariatet er, at en række skalopgaver placeres i styringsenheden, jf. afsnit 3.2.1. Det bør imidlertid vurderes, om flere opgaver med fordel kan placeres i styringsenheden eller skal løses hver for sig i de enkelte kommuner og regionen. Ambitionerne i landsdelens vision og målsætninger kan udgøre en god rettesnor for drøftelserne af, om sekretariatet skal etableres "smalt" eller "bredt".
BESLUTNINGSFORUM	• Landsdelssekretariatets opgaver besluttet politisk i forbindelse med indgåelse af en fælles ejerftale for landsdelen efter en forudgående drøftelse og anbefaling fra styregruppen.

OMRÅDE	B2: Valg af juridisk organisering samt organisatorisk placering af landsdelssekretariatet
AKTIVITET	• De forskellige juridiske aftalekonstruktioner for landsdelssekretariatet, jf. afsnit 4.1, bør vurderes i hver landsdel, og der skal træffes beslutning om en konkret model. Vurderingen i denne rapport er, at en aftalebaseret samarbejdsaftale for landsdelssekretariatets aktiviteter fremstår som den bedste model, idet det dog skal understreges, at det er et aktivt valg, der skal træffes i hver landsdel. Såfremt der træffes beslutning om en aftalebaseret konstruktion, skal landsdelssekretariatet etableres i regi af en af de deltagende kommuner eller regionen. Det fører til, at der skal træffes beslutning om, hvilken deltagende kommune eller region skal have det juridiske ansvar for sekretariatet.
BESLUTNINGSFORUM	• Den juridiske organisering samt den organisatoriske placering af landsdelssekretariatet besluttet politisk i forbindelse med indgåelse af en fælles ejerftale for landsdelen efter en forudgående drøftelse og anbefaling fra styregruppen.

OMRÅDE	B3: Etablering af landsdelssekretariat og påbegyndelse af implementering
AKTIVITET	• Såfremt der træffes politisk beslutning om etablering af et samarbejde i landsdelen, kan etableringen af landsdelssekretariatet påbegyndes hos den deltagende kommune eller region, som er blevet tildelt opgaven med at huse sekretariatet. I første fase må sekretariatet forventes at blive etableret med de projektressourcer, som allerede indgår i projektorganisationen • Der vil relativt hurtigt skulle implementeres en økonomi- og kontraktstyringsmodel i forlængelse af vilkårene i samarbejdsaftalen og betalingsmodellen. Endvidere skal der udarbejdes en detailplan for selve implementeringsforløbet for udbredelse af den landsdelsfælles telemedicinske løsning.
BESLUTNINGSFORUM	• Sekretariatsfunktionen vil i en aftalebaseret samarbejdsmodel ikke være udstyret med en egentlig bestyrelse. Det vil imidlertid være hensigtsmæssigt at etablere enten en ny styregruppe for sekretariatet eller mere sandsynligt – henset den begrænsede volumen – et ophæng til et af de eksisterende tværsektorielle fora.

C. Anskaffelse

Der er fem aktiviteter og beslutningspunkter:

- Tilvejebringe overblik over nuværende markedsmæssige muligheder
- Identificere mulige offentlige operatører i landsdelen
- Udarbejdelse af anskaffelsesstrategi.

De følgende aktiviteter ligger efter beslutningspunkt D. Aftaleindgåelse

- Indgåelse af aftale med indkøbsorganisation
- Gennemførelse af udbud og indgåelse af kontrakter.

OMRÅDE	C1: Tilvejebringe overblik over nuværende markedsmæssige muligheder
AKTIVITET	• Det er ikke sjældent, at der gennemføres udbud og anskaffelser, uden indkøber har det tilstrækkelige billede af de markedsmæssige muligheder og vilkår. Som det fremgår af kapitel 7, er en række væsentlige anskaffelser - ikke mindst den telemedicinske softwareløsning - teknologisk umoden og drevet af få centrale danske aktører. Det er derfor helt centralt at få et overblik over de forskellige, mulige digitale løsninger i markedet, herunder internationale aktører som endnu ikke opererer på det danske marked. Der bør derfor gennemføres en markedsafdækning, hvor projekt- og styregruppe får demonstreret aktuelle løsninger og drøftet planlagte udviklingsinitiativer med leverandørerne, herunder også potentielle udenlandske leverandører.
BESLUTNINGSFORUM	• Der skal ikke træffes egentlige beslutninger, idet de markedsmæssige valg træffes i forbindelse med udbudsprocessen • Det anbefales, at projekt- og styregruppe inviterer brugere og andre væsentlige interessenter ind til demonstrationer af leverandørernes løsninger.

OMRÅDE	C2: Identificere mulige offentlige operatører i landsdelen
AKTIVITET	• Det vurderes i afsnit 3.1.2, at den konkrete opgaveudførelse i relation til service, support og logistik er bedst placeret i regi af eksisterende operatører, eksempelvis koncern-it enheder, hjælpemiddeldepoter og/eller private operatører inden for it, logistik og support. På den baggrund anbefales det at afsøge mulige operatører inden for landsdelen med henblik at vurdere de forskellige muligheder for at få løst hele eller dele af service-, support- og logistikopgaven. Vurderingen bør tage afsæt i en struktureret gennemgang af driftspåvirkning, kompetencer og anslåede økonomiske konsekvenser ved en tildeling til én eller flere offentlige operatører i landsdelen.

BESLUTNINGSFORUM	Aktiviteten skal lede frem til en beslutning i styregruppen af potentielle offentlige operatører, der vil kunne løse hele eller dele af opgaverne
------------------	---

OMRÅDE	C3: Udarbejdelse af anskaffelsesstrategi
AKTIVITET	- Med udgangspunkt i løsningsscenarierne kan der udarbejdes en egentlig anskaffelsesstrategi. I anskaffelsesstrategien fastlægges, hvordan ydelserne påtænkes anskaffet. Det gælder både selve den telemedicinske softwareløsning, devices samt operatører af service-, support- og logistikydelser. Det skal afklares, om ydelserne skal anskaffes i integrerede indkøb eller de-koblede indkøb. Endvidere fastlægges det, i hvilket omfang ydelserne skal leveres af offentlige eller private operatører - Det vil være hensigtsmæssigt løbende at koordinere og drøfte de øvrige landsdeles overvejelser om telemedicinsk koncept og strategi for anskaffelser, herunder ikke mindst om der er modeller eller metoder, som med fordel kan genbruges på tværs af landsdelene. De fælles drøftelser bør på dette stadie lede frem til en beslutning om, i hvilket omfang der anskaffes løsninger og udbydes kontrakter fælles med øvrige landsdele - Herudover bør anskaffelsesstrategien klarlægge, om anskaffelserne skal gennemføres som rammeaftale, hvorunder der kan anskaffes ydelser fra flere leverandører, eller om der skal gennemføres separate udbud. Endelig fastlægges den præcise udbudsform for hvert udbud.
BESLUTNINGSFORUM	Anskaffelsesstrategien udarbejdes af projektgruppen og forelægges styregruppen til beslutning.

OMRÅDE	C4: Indgåelse af aftale med indkøbsorganisation
AKTIVITET	Sekretariatet vil ikke kompetence- eller ressourcemæssigt være bemandet til at varetage alle elementer af udbudsopgaven. Det anbefales derfor, at der indgås aftale med indkøbsorganisation om at bistå med at gennemføre udbud. Som det fremgår i denne analyse, kan det være indkøbsafdelingen hos den myndighed, hvor sekretariatet er organisatorisk placeret, eller det kan være via en egentlig aftale med et indkøbsfællesskab (f.eks. SKI).
BESLUTNINGSFORUM	Besluttet af nyt tværsektorielt forum eller styregruppe efter indstilling fra sekretariatet.

OMRÅDE	C5: Gennemførelse af udbud og indgåelse af kontrakter
AKTIVITET	I samarbejde med indkøbsorganisationen skal der udarbejdes kravsspecifikation og udbudsmateriale til de udbud og anskaffelser, der skal gennemføres. Hvis der gennemføres direkte tildeling til enten en offentlig eller privat operatør, skal der udarbejdes kontraktmateriale, som definerer de konkrete ydelser samt regulerer vilkår for leverance af ydelserne, herunder tidsfrister, priser, kvalitetsmål.
BESLUTNINGSFORUM	Besluttet af nyt tværsektorielt forum eller styregruppe efter indstilling fra sekretariatet.

D. Aftaleindgåelse

Der er et beslutningspunkt:

- Udarbejdelse og godkendelse af aftale om samarbejde.

OMRÅDE	D: Udarbejdelse og godkendelse af aftale om samarbejde
AKTIVITET	Gennemførelsen af de forudgående aktiviteter leder frem til udarbejdelsen af et samlet aftalegrundlag for et samarbejde om etableringen af en fælles telemedicinsk

	løsning i landsdelen. Aftalen, der indgås mellem de deltagende kommuner og region, skal indeholde en række bestemmelser, jf. afsnit 4.2, med henblik på at regulere samarbejdet i landsdelen. Det anbefales endvidere, at beslutninger af principiel og strategisk karakter indgår som en del af den politiske beslutningsproces, bl.a. strategi for anskaffelse samt evt. valg af offentlige operatører i landsdelen. Som en del af aftalen fastlægges også reguleringen af de økonomiske forhold mellem deltagerne (betalingsmodellen).
BESLUTNINGSFORUM	• Projekt-/styregruppen udarbejder udkast til aftale, som herefter skal politisk beslattes i regionen og samtlige kommuner i landsdelen.



CONSULTING
TECHNOLOGY
INNOVATION

We Make the Difference

An independent firm of over 2,600 people, we operate globally from offices across the Americas, Europe, the Nordics, the Gulf and Asia Pacific.

We are experts in consumer and manufacturing, defence and security, energy and utilities, financial services, government, healthcare, life sciences, and transport, travel and logistics.

Our deep industry knowledge together with skills in management consulting, technology and innovation allows us to challenge conventional thinking and deliver exceptional results that have a lasting impact on businesses, governments and communities worldwide.

Our clients choose us because we don't just believe in making a difference. We believe in making *the* difference.

Corporate headquarters

123 Buckingham Palace Road
London SW1W 9SR
United Kingdom
+44 20 7730 9000

paconsulting.com

This document has been prepared by PA on the basis of information supplied by the client and that which is available in the public domain. No representation or warranty is given as to the achievement or reasonableness of future projections or the assumptions underlying them, management targets, valuation, opinions, prospects or returns, if any. Except where otherwise indicated, the document speaks as at the date hereof.

**© PA Knowledge Limited 2016.
All rights reserved.**

This document is confidential to the organisation named herein and may not be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying or otherwise without the written permission of PA Consulting Group. In the event that you receive this document in error, you should return it to PA Consulting Group, 123 Buckingham Palace Road, London SW1W 9SR. PA accepts no liability whatsoever should an unauthorised recipient of this document act on its contents.