

Modelplan

Digitale triage

Doorbraakmiddelen AZWA

29 september 2026

Inhoudsopgave

Oplegger modelplan	3
Waar dienen de doorbraakmiddelen voor?	3
Wat is een modelplan?	3
Wie kan aanvragen?.....	3
Voor welke toepassing kunt u aanvragen?.....	4
Voor welk type kosten kunt u financiering aanvragen?	5
Wanneer kunt u de aanvraag indienen?	5
1. Aanvraag en doel van de aanvraag.....	6
1.1 Aanvraag	6
1.2 Doel van de aanvraag.....	7
2. Aanpak en organisatie	8
2.1 Aanpak	8
2.1.1 Probleem	8
2.1.2 Verandering zorgproces	8
2.1.3 Technologie	11
2.1.4 Borging van adoptie.....	12
2.1.5 Wet- en regelgeving	13
2.2 Projectplanning.....	13
2.3 Projectteam en governance	14
2.3.1 Projectteam	14
2.3.2 Governance	15
3. Business case	16
3.1 Projectbegroting	16
3.2 Impact op arbeidsinzet.....	17
3.3 Indirecte effecten.....	17
4. KPI's en monitoring	19
4.1 KPI's	19
4.1.1 Inspannings-KPI's.....	19
4.1.2 Resultaat-KPI's.....	20
4.1.3 Overige KPI's	21
4.2 Monitoring.....	21
5. Risico's en mitigerende maatregelen.....	22

Oplegger modelplan

Waar dienen de doorbraakmiddelen voor?

De doorbraakmiddelen zijn een eenmalige investering vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Hiermee schaaft u concrete toepassingen versneld op die bijdragen aan de transitiedoelen van het AZWA. Zorgaanbieders gaan hun werkprocessen anders organiseren, waardoor ze de betreffende toepassing succesvol inzetten en opschalen. Uitgangspunt is dat de procesverandering aantoonbaar werkt en dat de financiële middelen helpen om deze breder uit te rollen naar meer organisaties, regio's of doelgroepen.

De aanvragers besteden de middelen in 2027, 2028 en 2029 en realiseren daarmee duurzame, structurele effecten op arbeidsproductiviteit en/of het verlagen van de zorgvraag. Na afloop van de eenmalige impuls wordt de toepassing geborgd via reguliere exploitatie.

Wat is een modelplan?

Een modelplan is een gestandaardiseerd format waarmee aanvragers van de doorbraakmiddelen de aanvraag uitwerken. Het modelplan bevat vijf hoofdstukken:

1. Aanvraag en doel van de aanvraag
2. Aanpak en organisatie
3. Business case
4. KPI's en monitoring
5. Risico's en mitigerende maatregelen

Wie kan aanvragen?

Een Regionale Huisartsenorganisatie (RHO) of Huisartsendienstenstructuur (HDS) dient de aanvraag in: zij kennen de regio, hebben een bestaand bestuur en kunnen het werk coördineren. Meerdere RHO's en/of HDS'en kunnen ook gezamenlijk aanvragen.

De eisen aan de minimale schaal zijn als volgt:

- De aanvragende RHO('s) beslaan gezamenlijk een populatie van 100.000 ingeschreven patiënten. Kleinere RHO's vragen in een gezamenlijke coalitie aan, waarin deze minimeis behaald wordt.
- Als een aanvraag ingediend wordt door een RHO, of een gezamenlijke coalitie van RHO's, doen ten minste het aantal huisartsenpraktijken mee die samen 25% van de ingeschreven patiënten van de totale RHO populatie beslaan, met een minimum van 50.000 ingeschreven patiënten.
- Een aanvraag van een HDS of gezamenlijke coalitie van HDS'en voldoet aan de minimeisen als de aanvrager of aanvragende coalitie een zorggebied heeft van ten minste 100.000 inwoners.

De aanvrager moet aantonen dat deze actief is in de regio, dat er bestuurlijke commitment is en dat er voldoende capaciteit is om het werk te coördineren en de toepassing te implementeren. Er is geen budget beschikbaar voor het opzetten van samenwerkingsverbanden. U kunt het sociaal domein als waardevolle regionale partner betrekken bij digitale triage voor doorverwijzing en koppeling met het

sociaal domein. Deze partijen kunnen echter geen aanspraak maken op financiering vanuit dit deel van de doorbraakmiddelen.

Alle deelnemende praktijken moeten zich bij de aanvraag al hebben gecommitteerd. Aanvragen met nog te werven praktijken wijzen zorgverzekeraars af. Ook praktijken die al een digitaal triagekanaal hebben, maar deze nog onvoldoende of met weinig adoptie (gebruik van de toepassing door patiënten) hebben geïmplementeerd, kunnen onderdeel uitmaken van de aanvraag als zij de impact op arbeidsbesparing halen.

Voor welke toepassing kunt u aanvragen?

Digitale triage draagt bij aan de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Bij een toenemende zorgvraag en arbeidsmarktkrapte is digitale ondersteuning nodig om zorgprocessen efficiënter te organiseren en zorgprofessionals te ontlasten.

Voor de doorbraakmiddelen hanteren we de opvatting van digitale triage en consultvoorbereiding van Digizo.nu als basis. De toepassing moet in ieder geval voldoen aan drie functionaliteiten:

- Het verzamelen van triage-relevante informatie
- Het bepalen van urgentie; het is hierbij ook voldoende als een bevoegde zorgprofessional de urgentie bepaalt
- Het aanbieden van een benodigde vervolgactie (bijv. type contact, tijdigheid en passend kanaal)

De toepassing wordt gebruikt om het triageproces slimmer in te richten. De patiënt kan de toepassing zowel op eigen initiatief gebruiken, als op advies van de zorgverlener. Hierbij zijn digitale contactvoorbereiding (het bepalen wanneer contact met de huisarts weer nodig is) en digitale consultvoorbereiding (het verzamelen van informatie voor een efficiënter, vollediger of gericht consult) optioneel.

Binnen scope vallen:

- Breed inzetbare toepassingen binnen het huisartsendomein, niet beperkt tot één ziektebeeld of klachtcategorie.
- Procesverandering, adoptie en borging zijn vereist: het daadwerkelijk aanpassen van werkprocessen. Zonder werkwijzeverandering levert een triagetool geen positieve impact.

Buiten scope vallen:

- Technische infrastructuur: Op orde brengen data-infrastructuur en andere technische randvoorwaarden.
- Aanschaf van hardware of licenties zonder bijbehorende procesinbedding en veranderkundige component.
- Toepassingen die uitsluitend één aandoening of klachtgroep bedienen.
- Digitale contactvoorbereiding waarbij een burger op eigen initiatief een symptoomchecker raadpleegt, zonder de mogelijkheid tot directe escalatie naar een zorgprofessional.
- E-consult als zelfstandige dienst zonder triagecomponent.
- Zelftriage als zelfstandige dienst (zoals Thuisarts.nl) valt buiten scope. Zelftriage als onderdeel van een breder digitaal triageproces is wel toegestaan.
- Een aanvraag voor digitale triage is beperkter van scope dan een integraal digitale voordeurplan; de financiering beperkt zich tot het triagegedeelte voor de huisartsenzorg.

Voor welk type kosten kunt u financiering aanvragen?

U kunt doorbraakmiddelen aanvragen voor een bijdrage aan de incidentele kosten voor opschaling van de toepassing. Daaronder vallen onder meer projectleiding, training, juridische voorbereiding en initiële implementatiekosten. Financiering is niet beschikbaar voor dekking van structurele kosten, waaronder licentiekosten (ook niet in het eerste jaar). Het toekenningsbedrag is normatief berekend, het is niet mogelijk om een hoger bedrag aan te vragen.

Doorbraakmiddelen zijn uitsluitend bedoeld voor het realiseren van de resultaten zoals opgenomen in het modelplan. Financiering van activiteiten die niet expliciet onderdeel zijn van het modelplan of die al zijn uitgevoerd (financiering met terugwerkende kracht) is niet mogelijk.

De doorbraakmiddelen lopen over de periode 2027 tot 2029 (drie jaar). U kunt alleen vergoeding krijgen voor daadwerkelijk gemaakte incidentele kosten. Kosten boven het toekenningsbedrag worden niet vergoed. U moet de gemaakte kosten kunnen aantonen volgens het verantwoordingskader.

Let op: er mag geen sprake zijn van dubbele financiering dan wel financiering van zaken waarvoor andere gealloceerde middelen (zoals IZA-transformatiemiddelen, STOZ-gelden of HLO-middelen) zijn toegekend. Mocht later blijken dat hier toch sprake van is, dan retourneert de indiener de middelen geheel of gedeeltelijk. Aanvragers lichten in hoofdstuk 3.1 toe of zij aan deze eis voldoen.

Na het gezamenlijke indieningsmoment wordt vastgesteld of het totaal van de ingediende aanvragen binnen het beschikbare budget past. Als ondanks de gezamenlijke inspanning van partijen blijkt dat het totaal van de aanvragen het beschikbare budget overschrijdt, wordt op de modelplannen een generieke korting toegepast van maximaal 10%. Bij het bepalen van de hoogte van deze korting wordt rekening gehouden met de gevolgen voor zowel de beoogde als de al gerealiseerde impact van de betreffende plannen.

Als de totale overschrijding van het beschikbare budget ondanks de gezamenlijke inspanning van partijen meer bedraagt dan 10%, vindt aanvullend bestuurlijk overleg plaats om te bepalen hoe met deze situatie wordt omgegaan en welke vervolgrichting wordt gekozen. Over het plaatsvinden van dit overleg, de overwegingen en de uitkomsten wordt richting betrokken partijen gecommuniceerd, zodat maximale transparantie wordt geboden over het proces en de besluitvorming.

Wanneer kunt u de aanvraag indienen?

Datum	Activiteit
1 januari 2027	Opening indieningsportaal (partijen kunnen aanvraag doen in portaal)
31 januari 2027	Sluiting indieningsportaal (laatste mogelijkheid om in te dienen)
Februari 2027	Beoordeling van de ingediende plannen door de zorgverzekeraars
Eerste helft maart 2027	Terugkoppeling over de beoordeling van uw plan Vaststelling of het geheel aan gezamenlijke aanvragen binnen het beschikbare budget past en of er bijgestuurd moet worden
Eind april 2027	Afronding contracten Afgeving van beschikkingen door de NZa

1. Aanvraag en doel van de aanvraag

1.1 Aanvraag

Vul hieronder informatie in over de indienende Zvw-partijen, de contactpersoon van het project en geef aan of u aan de gestelde eisen voldoet.

Naam plan

[Vul hier in]

Indienende partijen

Naam Zvw-instelling	AGB-code	Type instelling	Handtekening
<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>
...	...	...	...
...	...	...	...

Contactpersoon van het project (naam, organisatie, e-mailadres en telefoonnummer)

[Vul hier in]

Eisen uit oplegger "Wie kan aanvragen?"

Eis	Geef hieronder aan of de aanvraag voldoet aan de eis
Uw aanvraag voldoet aan de volgende eisen wat betreft minimumschaal: - De aanvragende RHO('s) beslaan gezamenlijk een populatie van 100.000 ingeschreven patiënten. Kleinere RHO's vragen in een gezamenlijke coalitie aan, waarin deze minimeis behaald wordt. - Als een aanvraag ingediend wordt door een RHO, of een gezamenlijke coalitie van RHO's, doen ten minste het aantal huisartsenpraktijken mee die samen 25% van de ingeschreven patiënten van de totale RHO populatie beslaan, met een minimum van 50.000 ingeschreven patiënten. - Een aanvraag van een HDS of gezamenlijke coalitie van HDS'en voldoet aan de minimeisen als de aanvrager of aanvragende coalitie een zorggebied heeft van ten minste 100.000 inwoners.	<i>[Ja/Nee]</i>
De aanvrager is actief in de regio, heeft bestuurlijke commitment en heeft voldoende capaciteit om het werk te coördineren en de toepassing te implementeren.	<i>[Ja/Nee]</i>
Alle deelnemende praktijken zeggen op het moment van indiening toe dat zij meedoen en zich committeren aan het gehele modelplan. Zorgverzekeraars wijzen aanvragen met nog te werven praktijken af.	<i>[Ja/Nee]</i>

Beschrijf voor hoeveel praktijken en/of HAP-locaties u financiering aanvraagt en hoeveel patiënten in aanmerking komen voor digitale triage.

RHO:

- Aantal deelnemende praktijken: *[Vul hier in]*
- Aantal ingeschreven patiënten bij deze deelnemende praktijken: *[Vul hier in]*

HDS:

- Aantal deelnemende HAP-locaties: *[Vul hier in]*
- Aantal inwoners in het zorggebied: *[Vul hier in]*

1.2 Doel van de aanvraag

Een digitaal of hybride triageproces, waarbij de patiënt vooraf gestructureerd informatie aanlevert, stelt de zorgverlener in staat meer zorgvragen in dezelfde tijd af te handelen en brengt de patiënt sneller op de juiste plek. Dit uit zich in een afname van telefonische triage door de doktersassistent of triagist. Het telefonische kanaal blijft altijd als secundair kanaal beschikbaar.

Digitale triage levert drie concrete effecten op die samenhangen met dit hoofddoel:

1. **Betere routing van de zorgvraag.** Niet elke zorgvraag hoeft bij de huisarts te komen. Digitale triage kan bijdragen aan betere routing door informatie over de zorgvraag of hulpvraag vooraf op te halen. Als het niet nodig blijkt direct een afspraak met de huisarts of huisartsenpost te plannen, kan worden doorverwezen naar de juiste plek, bijvoorbeeld zelfzorg, POH-GGZ, apotheek of het sociaal domein. Daarmee verdwijnen onnodige tussenstappen en wordt de capaciteit van de huisarts gericht ingezet.
2. **Betere toegankelijkheid en bereikbaarheid.** Patiënten krijgen sneller toegang tot huisartsenzorg en zijn niet langer afhankelijk van telefonisch contact tijdens openingsuren. De digitale ingang is 24/7 asynchroon beschikbaar, waardoor zowel de patiënt als de zorgverlener op een zelfgekozen moment hiervan gebruik kunnen maken. Dit verlaagt de piekbelasting in het telefonisch ochtendspreekuur en bij de huisartsenpost, verlaagt de wachttijd van patiënten en vergroot de flexibiliteit van de zorgverleners. Dit maakt met name in regio's met krapte of beperkte openingstijden het verschil.
3. **Aantrekkelijker vak en inzetbaarheid op afstand.** Digitale triage kan het mogelijk maken om triagewerk op afstand uit te voeren, wat het vak toegankelijker maakt voor jonge ouders, deeltijdwerkers en professionals in krimpregio's. Piekbelasting is lager, doordat zorgvragen gespreid binnenkomen in plaats van geconcentreerd in de ochtend. Hierdoor kunnen medewerkers lagere werkdruk ervaren.

2. Aanpak en organisatie

2.1 Aanpak

In dit onderdeel beschrijft u hoe u implementatie van digitale triage gaat uitvoeren.

2.1.1 Probleem

De huisartsenzorg staat onder druk door personeelstekorten, een groeiende zorgvraag en hoge telefoondruk. Dit geldt zowel voor de huisartsenzorg overdag als in de ANW-uren.

Het overgrote deel van de zorgvragen komt binnen via de telefoon. Doktersassistenten in de dagzorg en triagisten op de huisartsenpost besteden daardoor veel tijd aan het uitvragen van informatie die de patiënt ook zelf kan aanleveren. Dit leidt tot inefficiënt gebruik van capaciteit, langere wachttijden en hoge (piek)belasting van zorgverleners. Steeds meer huisartsenpraktijken en -posten bieden een vorm van digitale triage aan om de belasting op de zorg te verlagen, maar hebben dit nog niet goed geïntegreerd in de werkprocessen en organisatie. Er zijn lokaal goede voorbeelden, maar in de breedte ontbreekt nog aandacht voor het aanpassen van werkprocessen, de verbinding met andere digitale dienstverlening en de communicatie naar patiënten.

De doorbraakmiddelen helpen de huisartsenzorg om digitale triage organisatorisch in te bedden, te integreren in de digitale en hybride zorgprocessen en regionaal op te schalen. Daarmee daalt de ervaren werkdruk van zorgverleners en verbetert de bereikbaarheid en toegankelijkheid voor patiënten.

2.1.2 Verandering zorgproces

Zonder aanpassing van het werkproces ervaren zorgverleners digitale triage als meerwerk, niet als verlichting. Praktijken die enkel een tool op de website plaatsen zijn zelden tevreden; praktijken die het proces fundamenteel herinrichten, met digitaal als primaire ingang en telefoon als secundair kanaal, doorgaans wel. De huidige situatie en de beoogde situatie zien er als volgt uit:

Dagpraktijk

De huidige situatie (IST):

De patiënt belt de praktijk. De doktersassistent neemt op, vraagt de klachten uit, noteert alles in het EPD en bepaalt het vervolg. In de ochtendspits bellen tientallen patiënten tegelijk, waardoor wachttijden oplopen en de assistent onder hoge druk steeds dezelfde vragen herhaalt.

Het hybride zorgproces (SOLL):

De patiënt gebruikt een digitale toepassing voor het eerste contact met de huisartsenpraktijk, bij een hulpvraag of gezondheidsprobleem. De patiënt beantwoordt vragen via de digitale toepassing. De assistente hoeft de eerste stappen (informatie verzamelen en in sommige gevallen de urgentie bepalen) niet meer te doen. De assistent ontvangt deze informatie en beoordeelt de voorgestelde urgentie en de vervolgstap. Als het niet nodig blijkt direct een afspraak met de huisarts of huisartsenpost te plannen, kan worden doorverwezen naar de juiste plek, bijvoorbeeld zelfzorg, POH-GGZ, apotheek of het sociaal domein.

Bij simpele medische zorgvragen geeft een assistent of triagist direct zelfstandig antwoord. Complexere vragen zet de assistent of triagist direct door naar de huisarts; de assistent of triagist besteedt hier geen verdere tijd aan. De huisarts, assistent of triagist zet direct een vervolgactie in werking. Een vervolgactie

kan bestaan uit een chat, (digitaal) consult, visite, verwijzing naar een andere zorgverlener, verwijzing naar sociaal domein, een advies of geruststelling. Bij een levensbedreigende of spoedeisende hulpvraag krijgt de patiënt een melding om 112 te bellen en/of direct telefonisch contact op te nemen. Een huisarts kan er ook voor kiezen om de volledige triage op zich te nemen. In dit geval voert de huisarts alle acties in de SOLL-beschrijving uit.

Patiënten die digitale triage kunnen gebruiken, doen dat ook. Het telefonische kanaal blijft beschikbaar als secundair kanaal voor patiënten (en hun mantelzorgers of verzorgers) voor wie digitale triage ongeschikt is of die toch direct telefonisch contact wensen.

Huisartsenpost

IST

Triage is het dynamische proces waarin het bepalen van urgentie en de vervolgactie centraal staat. In het huidige zorgproces (IST-proces) bepaalt een triagist de urgentie en vervolgactie bij de hulpvraag van de patiënt. In de avond, nacht en weekenduren (ANW-uren) wordt op de Huisartsenspoedpost (HAP) de Nederlandse Triage Standaard (NTS) gebruikt. Daarbij doorloopt de triagist een beslisboom in de NTS-applicatie om tot een urgentiebepaling te komen. De triage vindt meestal telefonisch plaats, al kan het ook voorkomen dat een patiënt zich meldt aan de balie. Urgenties worden uitgedrukt in U0 tot U5, waarbij een lager cijfer een snellere vervolgactie vraagt. Op de HAP wordt deze indeling strikt gevolgd bij het bepalen van de vervolgactie. Over het algemeen zijn triagist en patiënt onbekend voor elkaar.

SOLL

In het hybride proces (SOLL) wordt de bestaande situatie (IST) gecombineerd met een digitale toepassing. In het hybride proces maakt de patiënt gebruik van een digitale toepassing via een smartphone of computer bij een hulpvraag of gezondheidsprobleem. Patiënten die de toepassing gebruiken bij een levensbedreigende of spoedeisende hulpvraag, ontvangen een melding om 112 te bellen en/of direct telefonisch contact op te nemen. De patiënt verstrekt informatie door vragen te beantwoorden via een digitale toepassing. Deze informatie-uitvraag richt zich op relevante urgentiecriteria en gelijktijdig informatie voor hulpvraagverheldering. Deze informatie wordt in de toepassing weergegeven.

De triagist leest de informatie, beoordeelt de voorgestelde urgentietoekenning, en neemt een beslissing over een vervolgactie, of zet de casus direct door naar de regiehuisarts. Indien nodig wordt de patiënt benaderd om extra informatie te verkrijgen, bijvoorbeeld via een chatbericht. De triagist kan ook besluiten de vervolgactie fysiek te laten plaatsvinden als dat beter passend is. Een vervolgactie kan bestaan uit een advies of geruststelling, een chatgesprek, een (digitaal) consult met de huisarts, een visite, verwijzing naar een andere zorgverlener of een verwijzing naar het sociaal domein of de dagpraktijk. De meeste toepassingen geven automatisch een zelfzorgadvies bij een U5. Er is dan geen actie nodig vanuit een zorgverlener.

Patiënten die digitale triage kunnen gebruiken, doen dat ook. Het telefonische kanaal blijft beschikbaar als secundair kanaal voor patiënten voor wie digitale triage ongeschikt is of die toch direct telefonisch contact wensen.

[Geef aan of u bovenstaande IST en SOLL-beschrijving onderschrijft of wijk hier gemotiveerd vanaf]

Organisatorische verandering:

De belangrijkste verandering is niet technisch maar organisatorisch: het verschuiven van het primaire contactkanaal van telefoon naar digitaal en het inzetten van digitale triage zodat het ook leidt tot de gewenste verandering van 1.2. Dat betekent:

1. **Nieuwe rolverdeling.** Afhankelijk van de inrichting beoordeelt de doktersassistent, triagist of huisarts de digitaal voorbereide urgentiebepaling en zorgvraag. De huisarts krijgt een actievere rol in het triageproces; de assistent beantwoordt hoogstens simpele zorgvragen en zet complexere vragen direct door naar de huisarts. De organisatie zet de beschikbare tijd effectiever in. Het proces verschuift van telefonisch uitvragen naar inhoudelijk beoordelen van gestructureerd aangeleverde informatie en slimmere routing.
2. **Nieuwe werkafspraken.** Het is belangrijk om vast te leggen via welke kanalen patiënten contact opnemen, wat de responstijd is op digitale aanvragen en bij welke urgentie de assistent of huisarts direct belt. Zorg dat digitale triage geen losstaand werkproces is, maar verbonden is met de vervolgacties: chat, digitale afspraak, digitaal consult, online spreekuur of informatie op de website.

Afbouw van het oude proces:

Hier lopen veel implementaties op stuk. Uit de Digizo-eindrapportages blijkt dat het belangrijk is om de nieuwe werkwijze als standaard werkwijze aan te bieden. Dit vraagt actieve sturing op patiëntgebruik. Afhankelijk van de fase van de implementatie kan dit door de nieuwe werkwijze aantrekkelijker te maken (bijv. snellere toegang) of de oude werkwijze minder aantrekkelijk te maken (bijv. afbouw van telefonische beschikbaarheid).

De aanvrager leidt patiënten actief toe naar het digitale kanaal via de website, het patiëntenportaal en telefonie. Enkel een link op de website plaatsen levert geen adoptie op.

Beschrijf op aanvraagniveau per setting (dagpraktijk en/of HAP) die u implementeert hoe u uw werkproces verandert. Let op: dit is het globale implementatieplan voor alle praktijken en/of HAP-locaties. Iedere praktijk of HAP-locatie vertaalt dit vervolgens tot een eigen plan. In deze omschrijving moet in ieder geval terugkomen:

- (1) Wie in het oude en in het nieuwe proces welke taken doet: wat doet de doktersassistent, wat doet de huisarts, wat doet de triagist en wat doet de toepassing zelf?

Vul hier in

- (2) Op welke manier de zorgverleners voorbereid worden op hun nieuwe rol: wie worden er getraind en wie worden voor hoeveel uur voor welke taak ingezet?

Vul hier in

- (3) Welke werkafspraken u maakt: hoe snel reageert u op een digitale aanvraag, hoe gaat u om met speed, en welke zorgvraag gaat via welk kanaal, welke protocollen?

Vul hier in

- (4) Op welke manier het telefonisch kanaal wordt afgebouwd als primaire kanaal: hoe worden patiënten gestimuleerd om te veranderen en op welke manier blijft het telefonisch kanaal als secundair kanaal bestaan?

Vul hier in

- (5) Op welke wijze de digitale triage wordt verbonden aan andere digitale/hybride zorgprocessen in de organisatie.

Vul hier in

- (6) Hoe u met de toepassing en de procesverandering vervolg geeft aan hulpvragen, zelfzorgvragen en zorgvragen en hoe u zorgt voor een betere routing van de zorgvraag naar het sociaal domein en verdere zorg. Denk hierbij ook aan welke afspraken met samenwerkingspartijen hiervoor nodig zijn.

Vul hier in

- (7) Hoe u voorkomt dat deelnemende praktijken terugvallen op de oude werkwijze bij uitdagingen.

Neem hierbij ook op hoe u communiceert naar patiënten: informeren, stimuleren en aantrekkelijk maken van digitale ingang voor huisartsenpraktijk/huisartsenspoedpost.

Vul hier in

2.1.3 Technologie

Eisen aan de technische functionaliteiten. De toepassing moet minimaal voldoen aan de eisen zoals benoemd in de oplegger:

- Het verzamelen van triage-relevante informatie
- Het bepalen van urgentie; het is hierbij ook voldoende als een arts de urgentie bepaalt
- Het aanbieden van een benodigde vervolgactie (bijv. type contact, tijdigheid en passend kanaal).

Inzet van AI binnen digitale triage (urgentiebepaling en beslisondersteuning) is hierbij onderdeel van de functionaliteiten en wordt, indien veilig beschikbaar op de markt, met een human-in-the-loop ingezet.

Integratie EPD. Een werkende koppeling met het HIS is belangrijk om de impact van digitale triage te realiseren. Zonder koppeling staat digitale triage los van het dossier, met dubbel werk en lage adoptie onder medewerkers tot gevolg. U beschrijft of de koppeling er is, hoe deze werkt en hoe de triagegegevens in het dossier terechtkomen. Als de koppeling nog niet op orde is, beschrijft u een realistisch plan en tijdpad om die te realiseren, en hoe u in de tussentijd toch impact maakt.

Kwaliteit. Huisartsenpraktijken en -posten ervaren in de praktijk grote variatie in de kwaliteit van toepassingen. Het is belangrijk dat de RHO/HDS en de organisaties de kwaliteit van de toepassing goed monitoren en tijdig bijsturen als deze door zorgverleners of patiënten als ondermaats wordt ervaren. Als dit niet tijdig gebeurt, lukt het niet om de gewenste adoptie en impact te behalen.

Beschrijf uw technologiekeuze, op de volgende onderdelen:

1. Eisen aan de toepassing: welke toepassing zet u in? Voldoet deze toepassing aan alle wettelijke regelgeving en standaarden?

[Vul hier in]

2. Integratie HIS: is de koppeling met het HIS operationeel? Zo niet: welk plan en tijdpad hanteert u en hoe borgt u in de tussentijd het realiseren van de impact?

[Vul hier in]

3. **Kwaliteit: hoe borgt u de kwaliteit van de toepassing en hoe stuurt u bij als deze onvoldoende is?**

[Vul hier in]

2.1.4 Borging van adoptie

Verandermanagement zit in alles wat u doet. Uit de praktijk komen zes onderdelen naar voren die bij succesvolle implementaties, zowel bij zorgverleners als patiënten, terugkomen.

Adoptie bij zorgverleners:

1. **Kartrekker in de praktijk.** Wijs per praktijk of HAP-locatie een professional aan, doktersassistent, triagist of huisarts, die collega's meekrijgt. Vertrouwen groeit doordat medewerkers zelf ervaren dat het werkproces verbetert, niet door beleidsdocumenten. Zonder kartrekker stagneert de adoptie.
2. **Ondersteuning bij implementatie.** Train niet alleen op de bediening van de tool, maar leg uit wat het oplevert: minder telefoondruk, betere informatie bij het consult, meer tijd voor inhoudelijke beoordeling. Medewerkers die snappen waarom ze anders gaan werken, dragen de verandering actief uit naar patiënten.

Adoptie bij patiënten:

1. **Actieve toeleiding van patiënten.** Enkel een link op de website plaatsen werkt niet. Leid patiënten actief toe via meerdere kanalen: aanpassing van de website, telefoniebandjes ("u kunt uw vraag ook digitaal stellen via..."), berichten via het patiëntenportaal en informatie in de wachtkamer. Patiënten die de toepassing niet vinden, gebruiken hem niet.
2. **Verwachtingsmanagement.** Patiënten haken af als ze direct antwoord verwachten maar moeten wachten op reactie. Communiceer helder wat de patiënt kan verwachten: binnen welke termijn u de vraag oppakt, en wat te doen bij spoed. Te lange of te gesloten vragenlijsten zijn een andere reden voor afhaken. Let hierop bij leverancierskeuze, test de vragenlijsten op bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid, en monitor patiënttevredenheid.
3. **Hulp bij digitale vaardigheid en meertaligheid.** Niet elke patiënt kan overweg met een app of webformulier. Zorg voor een vast aanspreekpunt voor digitale vragen, deel instructievideo's en houd de telefonische ingang beschikbaar als vangnet. Bied het kanaal waar mogelijk zowel in het Nederlands als in het Engels aan; beschikbaarheid in andere talen wordt aangemoedigd.
4. **Bij implementatie is ook aandacht nodig voor bredere aanpak.** Denk hierbij aan de regionale visie digitale/hybride zorg en rol van digitale triage hierin en de huidige situatie van deelnemende praktijken.

Beschrijf hoe u de verandering realiseert en hoe de werkwijze na de doorbraakmiddelen blijft werken.

Ga in op:

1. Wie de kartrekker is per praktijk.
2. Hoe u de scholing inricht.
3. Hoe u patiënten actief leidt naar het digitale kanaal.
4. Hoe u verwachtingen managet richting patiënten.
5. Hoe u patiënten helpt die moeite hebben met digitale toepassingen en hier alternatieven voor biedt en of u meertaligheid borgt in het platform.
6. Hoe de implementatie zich verhoudt tot de bredere aanpak rondom digitale/hybride zorg.

[Vul hier in]

2.1.5 Wet- en regelgeving

Aanvrager is verantwoordelijk voor het volgen van relevante wet- en regelgeving en landelijk beleid. Bijvoorbeeld AVG, MDR en VWS-beleid over digitale zorg en gegevensuitwisseling. Ook blijft de zorgverlener eindverantwoordelijk voor de urgentiebepaling.

[Committeert u zich aan deze voorwaarde: Ja/Nee]

2.2 Projectplanning

De implementatie volgt een gefaseerde aanpak. De technische verandering is beperkt; de echte uitdaging is organisatorisch: het aanpassen van het werkproces. Vanuit de praktijk is het advies om te werken met vier fasen per regio of samenwerkingsverband.

Fase 1 – Klaar voor gebruik

In deze voorbereidende fase maakt u de toepassing gereed voor gebruik en werkt u toe naar de uitrol. Hiervoor:

- Richt u uw zorgproces opnieuw in, volgens uw plan van aanpak in paragraaf 2.1.2.
- Begeleid u uw personeel en uw cliënten, zodat deze de toepassing kunnen gebruiken, volgens uw plan van aanpak in paragraaf 2.1.4.

Fase 2 – Eerste uitrol en tussenevaluatie

- Implementatie-ondersteuning praktijken en HAP-locaties (implementatiesessies en bijstellen aanpak).
- Uitrol bij de eerste deelnemende praktijken en/of HAP-locaties, volgens uw plan van aanpak in 2.1.2 en 2.1.4.
- Borging in de reguliere bedrijfsvoering: werkafspraken in praktijkhandboek, opnemen in inwerkprogramma, terugkerend agendapunt bij overleggen.
- Sluit deze fase af met een tussenevaluatie en een go/no-go-moment, gebaseerd op de eerste KPI-uitkomsten.

Fase 3 – Opschaling

- Uitrol bij alle deelnemende praktijken en/of HAP-locaties, volgens uw plan van aanpak in 2.1.2 en 2.1.4
- Actief bijsturen op adoptie door te sturen op activiteiten die u heeft beschreven in 2.1.4.
- Iteratief leren van best practices; actieve uitwisseling van ervaringen binnen en tussen praktijken. Bijstellen van aanpak waar nodig en relevant.
- Voortgang delen is onderdeel van interne communicatie en bijeenkomsten.
- Continu monitoren van de KPI's en bijsturen waar nodig.

Fase 4 – Eindevaluatie en borging

- Evaluatie van de KPI's, schrijven van een eindevaluatie.
- Delen van geleerde lessen via RHO, Leernetwerk Digitale Zorg, Kenniscentrum Digitale Zorg en/of academische werkplaats. Leg hiervoor de geleerde lessen vast: wat werkte wel en, net zo belangrijk, wat werkte niet?
- Zorgen voor duidelijke interne afspraken over structurele borging van de nieuwe werkwijze.

Geplande startdatum

[Vul hier in]

Geplande looptijd project (in maanden)

[Vul hier in]

Vul hier de projectplanning aan met meer detail en context.

Projectfase	Activiteiten	Planning <i>Start op</i>	Planning <i>Afgerond op</i>
Fase 1: klaar voor gebruik	[Vul in activiteit 1]	..	...
	[Vul in activiteit 2]		
Fase 2: eerste uitrol en tussenevaluatie	...		
Fase 3: opschaling			
Fase 4: eindevaluatie en borging			

2.3 Projectteam en governance

2.3.1 Projectteam

Het projectteam voor digitale triage is georganiseerd op twee niveaus: regionaal (coördinatie en aansturing) en lokaal (uitvoering per praktijk of HAP).

De Regionale Huisartsenorganisatie (RHO) of Huisartsendienstenstructuur (HDS) is de leidende partij voor de aanvraag. Alle deelnemende praktijken moeten bij aanvraag al gecommitteerd zijn.

Op praktijkniveau is de kartrekker de belangrijkste succesfactor bij het aanpassen van het werkproces. Succesvolle implementatie staat of valt met iemand in de praktijk die het eigenaarschap pakt. De kartrekker hoeft geen fulltime projectrol te vervullen; zichtbaarheid en bereikbaarheid voor collega's zijn belangrijker dan uren.

Onderstaande tabellen geven een indicatie van een projectteam, gebaseerd op een implementatie in een consortium van zorgorganisaties. Gebruik deze als handvatten bij het opstellen van uw projectteam. Vul de rollen zoveel mogelijk intern in.

Minimale bezetting op regionaal niveau

Rol	Verantwoordelijkheid
Projectleider	Coördinatie implementatie over praktijken heen; aanspreekpunt voor leverancier en zorgverzekeraar; bewaken voortgang en KPI's; rapportage aan stuurgroep
Implementatiecoach	Technische en organisatorische ondersteuning bij inrichting; scholing

Communicatie-expert	Ontwikkelen van communicatiemateriaal voor het gehele project
IT-architect	Borgen van correcte benutting van techniek bij de praktijken en oplossen van technische problemen

Minimale bezetting op praktijk-/HAP-niveau

Per deelnemende praktijk of HAP is minimaal de volgende bezetting nodig:

Rol	Typisch profiel	Verantwoordelijkheid
Kartrekker	Doktersassistent, triagist of praktijkmanager	Eigenaarschap implementatie in de praktijk; collega's enthousiasmeren; eerste aanspreekpunt voor vragen; monitoring dagelijks gebruik
Betrokken huisarts	Huisarts	Draagvlak binnen vakgroep; beweging van huisartsen naar de voorkant in triage stimuleren; meebeslissen over werkprocesaangepassing; vertrouwen uitspreken in digitale urgentiebepaling

2.3.2 Governance

Werk met de samenwerkende partijen zoveel mogelijk binnen een bestaande overlegstructuur. Houd de governance minimaal:

Overlegvorm	Frequentie	Doel en deelnemers
Rapportage aan bestuur	Maximaal 1x per kwartaal	Bewaakt voortgang op KPI's en business case; escaleert bij knelpunten
Projectcoördinatie	Maandelijks	Operationele afstemming: voortgang per praktijk, signalen uit de implementatiefase, bijsturing waar nodig
Praktijkoverleg	Maandelijks (bestaand overleg)	Digitale triage als vast agendapunt op het reguliere praktijkoverleg. Kartrekker rapporteert over gebruik en knelpunten. Geen apart projectoverleg nodig

[Beschrijf de governancestructuur]

3. Business case

3.1 Projectbegroting

U kunt doorbraakmiddelen aanvragen voor een bijdrage aan de incidentele kosten voor opschaling van de toepassing. Daaronder vallen onder meer projectleiding, training, juridische voorbereiding en initiële implementatiekosten. Financiering is niet beschikbaar voor dekking van structurele kosten, waaronder licentiekosten (ook niet in het eerste jaar). Het toekenningsbedrag is normatief berekend, het is niet mogelijk om een hoger bedrag aan te vragen.

Toekenningsbedrag: € *[berekend toekenningsbedrag]*

RHO (dagpraktijk)

U kiest bij de aanvraag tussen twee routes. De routes verschillen in normbedrag, in de verhouding tussen het inspanningsdeel en het resultaatdeel van het toekenningsbedrag en in de beoogde arbeidsbesparing:

- Route 1: normbedrag € 10.000 per dagpraktijk, verdeeld in 70% inspanningsdeel (€ 7.000) en 30% resultaatdeel (€ 3.000), te realiseren arbeidsbesparing is 8%.
- Route 2: normbedrag € 15.000 per dagpraktijk, verdeeld in 60% inspanningsdeel (€ 9.000) en 40% resultaatdeel (€ 6.000), te realiseren arbeidsbesparing is 12%.

U bepaalt de routekeuze per dagpraktijk: elke deelnemende praktijk kiest zelf of zij route 1 of route 2 volgt. U vult per route het aantal deelnemende dagpraktijken in. Op basis hiervan wordt het toekenningsbedrag automatisch bepaald. Route 2 kent een hoger ambitieniveau en realiseert de meeste impact; deze route heeft daarom de voorkeur.

[Hoeveel dagpraktijken volgen route 1 en hoeveel route 2?]

Aantal dagpraktijken route 1: Vul hier in

Aantal dagpraktijken route 2: Vul hier in]

HDS (HAP)

Het normbedrag bedraagt 30.000 euro per huisartsenpost. U vult het aantal huisartsenposten in. Op basis hiervan wordt het toekenningsbedrag automatisch bepaald. Dit bedrag schaalst niet mee, aangezien het aantal huisartsenposten per aanvraag in verhouding met de dagzorg laag is.

Gecombineerde aanvraag

U mag DAG en HAP in één aanvraag combineren als uw regionale organisatie beide bedient, bijvoorbeeld een RHO die zowel dagpraktijken als HAP's coördineert. De normbedragen tellen automatisch op. Bij een gecombineerde aanvraag (DAG en HAP) wordt de verdeling van het budget over de inspannings- en resultaat-KPI's naar rato bepaald, op basis van het toekenningsbedrag voor het DAG-deel en het HAP-deel.

De doorbraakmiddelen lopen over de periode 2027 tot en met 2029 (drie jaar). U kunt alleen vergoeding krijgen voor daadwerkelijk gemaakte incidentele kosten. Kosten boven het toekenningsbedrag worden niet vergoed. U moet de gemaakte kosten kunnen aantonen volgens het verantwoordingskader.

Geen dubbele financiering

U mag de doorbraakmiddelen niet gebruiken voor zaken die al uit andere middelen worden gefinancierd (zoals IZA-transformatiemiddelen, STOZ-gelden of HLO-middelen). Geef aan of u aan deze eis voldoet.

Let op: mocht later blijken dat toch sprake is van dubbele financiering, dan retourneert de indiener de middelen geheel of gedeeltelijk.

[Ja / Nee met toelichting en handtekening van bestuur per deelnemende organisatie]

3.2 Impact op arbeidsinzet

De opschaling van digitale triage levert een besparing op arbeidsinzet op. Voor huisartsenpraktijken (dagpraktijk) is de impact voor beide routes normatief vastgesteld op 12 fte per miljoen euro investering; de beoogde arbeidsbesparing verschilt per route (route 1: 8%, route 2: 12% van de tijdsinzet van huisartsassistenten/triagisten). Voor huisartsenposten bedraagt de besparing 11 fte per miljoen euro investering.

Structurele lasten vallen buiten de aangevraagde financiering en komen voor rekening van de aanvrager. U dient er rekening mee te houden dat u deze vaste kosten structureel moet kunnen dragen.

Bij goedkeuring van de aanvraag heeft de beoordelaar de intentie om de toepassing structureel te borgen na inzet van de doorbraakmiddelen

[Committeert u zich eraan dat u zich inzet om de bovenstaande impact op arbeidsinzet te behalen?]

Ja / Nee]

[Committeert u zich eraan dat u de intentie hebt om de toepassing duurzaam te implementeren?]

Ja / Nee]

[Beschrijf hoe u toewerkt naar structurele inbedding van de toepassing na inzet van de doorbraakmiddelen. Denk hierbij aan reguliere exploitatie of door in gesprek te gaan over afspraken tussen verzekeraar en aanbieder.]

3.3 Indirecte effecten

Digitale triage heeft naast directe besparing ook andere relevante effecten.

Positieve indirecte effecten

- Patiënten dienen hun hulpvraag laagdrempelig en op elk moment in, ook als de telefonische bereikbaarheid niet op orde is. Dat verhoogt de ervaren toegankelijkheid en het welbevinden van de patiënt.
- Huisartsen bereiden het consult beter voor: de huisarts heeft vooraf al gestructureerde informatie over de klacht. Dit verkort de consulttijd en verbetert de kwaliteit van het consult.
- Huisartsen betrekken patiënten actiever bij hun eigen zorgvraag. De digitale uitvraag stimuleert reflectie op de eigen klacht, wat bijdraagt aan zelfredzaamheid.
- Betere routing naar het juiste zorgkanaal (zelfzorg, sociaal domein, e-consult, telefonisch, fysiek, dagpraktijk) en zorgverlener (zoals POH, ouderenzorg) vermindert onnodige contactmomenten.

Negatieve indirecte effecten

- De werkdruk kan tijdelijk toenemen als het digitale kanaal naast de telefoon blijft bestaan zonder afbouw, of als de tool te hoog trieft. Een IST-SOLL-analyse met afbouwpad voorkomt dat beide routes onnodig lang naast elkaar bestaan.

- Patiënttevredenheid kan dalen bij trage terugkoppeling of bij te lange of te gesloten vragenlijsten. Actieve communicatie en verwachttingsmanagement zijn essentieel. Het is belangrijk om te monitoren of patiënten de tool fijn in gebruik vinden. Daarom is dit een overige KPI.
- Als laagdrempelig contactpunt kan digitale triage leiden tot een toename van zorgvragen. Als deze patiënten, die anders geen contact hadden opgenomen, vervolgens weer verwezen worden naar zelfzorg, kan dat een vals gevoel van efficiëntie geven.
- Digitale triage mag niet-digitaalvaardige patiënten – en patiënten die wegens een andere reden geen digitale triage willen – niet uitsluiten; een niet-digitaal alternatief (telefonisch contact) blijft altijd beschikbaar.
- De “vraag achter de vraag” missen, doordat digitale triage uitgaat van de klacht. De zorgverlener blijft eindverantwoordelijk voor de triage.

4. KPI's en monitoring

4.1 KPI's

Als aanvrager committeert u zich aan een set KPI's. De uitbetaling gebeurt in delen: u ontvangt het volgende deel als u de afgesproken mijlpalen haalt, waarbij u rapporteert over drie soorten KPI's:

- **Inspannings-KPI's:** wat u doet om de doorbraak te realiseren. Deze KPI's bepalen of u het invoeringsbudget krijgt uitbetaald (70% van het totaalbudget bij route 1 en HAP, 60% bij route 2).
- **Resultaat-KPI's:** wat de inzet oplevert. Deze KPI's bepalen of u het resultaatbudget krijgt uitbetaald (30% van het totaalbudget bij route 1 en HAP, 40% bij route 2).
- **Overige KPI's:** welke bredere effecten de toepassing heeft. Deze KPI's zijn niet direct gekoppeld aan uitbetaling, maar wel verplicht voor de evaluaties.

4.1.1 Inspannings-KPI's

Het invoeringsbudget bedraagt 70% van het totaal bij route 1 en HAP en 60% bij route 2. Het wordt in vier delen uitbetaald: na een goedgekeurd implementatieplan, na klaar-voor-gebruik en bevestiging van go-live, na tussenevaluatie en kennisdeling en na eindevaluatie en kennisdeling.

KPI	Indicator	DAG route 1	DAG route 2	HAP
A1 – Goedgekeurd plan	Modelplan is goedgekeurd	15%	13%	15%
A2 – Klaar voor gebruik	Toepassing is klaar voor gebruik (technisch, organisatorisch en veranderkundig) en het startsignaal is gegeven. Deze KPI wordt behaald aan het einde van projectfase 1. Hiervoor is in ieder geval nodig dat: 1. Het digitale triagekanaal werkt en gebruikt kan worden door zorgverleners en patiënten 2. Het zorgproces aantoonbaar is herontworpen, volgens het plan van aanpak in paragraaf 2.1.2. 3. Personeel en cliënten op de juiste manier worden begeleid, volgens het plan van aanpak in paragraaf 2.1.4. 4. Nulmeting is uitgevoerd	30%	26%	30%

A3 – Tussentijdse evaluatie en kennisdeling	Evaluatie: Evaluatierapportage opgeleverd aan zorgverzekeraar aan het einde van projectfase 2, met gemeten waarden op de resultaat-KPI's én alle overige KPI's, afgezet tegen de nulmeting. Evalueer en licht toe hoe u naar aanleiding van de evaluatie verbeteringen toepast. Kennisdeling: Deelname en ten minste één bijdrage geleverd aan een landelijk kennisnetwerk over digitale triage (bijvoorbeeld de academische werkplaats), gericht op implementatie.	15%	13%	15%
A4 – Eindevaluatie en kennisdeling	Evaluatie: Evaluatierapportage opgeleverd aan zorgverzekeraar aan het einde van fase 4, met gemeten waarden op de resultaat-KPI's én alle overige KPI's, afgezet tegen de nulmeting. Kennisdeling: Deelname en ten minste één bijdrage geleverd aan een landelijk kennisnetwerk over digitale triage (bijvoorbeeld de academische werkplaats), gericht op borging van adoptie en impact.	10%	8%	10%

4.1.2 Resultaat-KPI's

Het resultaatbudget bedraagt 30% van het totaalbudget bij route 1 en 40% bij route 2. U levert bij KPI A2 – Klaar voor gebruik een nulmeting van de arbeidsinzet aan; deze nulmeting vormt het ijkpunt waartegen de gerealiseerde arbeidsbesparing aan het einde van het project wordt afgezet. Voorwaarde is dat u de meting aantoonbaar heeft uitgevoerd; zonder uitgevoerde en onderbouwde meting volgt geen uitbetaling.

Uitbetaling vindt plaats aan het einde van het project, als u de streefwaarde op de resultaat-KPI haalt. De beoordeling van het resultaat en de uitbetaling van het resultaatdeel vinden per praktijk plaats: haalt een praktijk het beoogde resultaat niet, dan vervalt het resultaatdeel voor die praktijk en wordt voor die praktijk alleen het inspanningsdeel uitbetaald: voor route 1 € 7.000 per dagpraktijk (in plaats van € 10.000) en voor route 2 € 9.000 per dagpraktijk (in plaats van € 15.000). U bundelt de individuele resultaten tot één overzicht voor indiening.

KPI	Indicator	DAG route 1	DAG route 2	HAP
B1 – Arbeidsbesparing	De aanvrager onderbouwt dat de beoogde arbeidsbesparing uit paragraaf 3.2 daadwerkelijk is	30%	40%	30%

	gerealiseerd. Verzekeraars hanteren hierbij een realistische wijze van beoordeling, omdat de tijdsbesparing niet volledig op basis van cijfers uit administratieve systemen te onderbouwen is.			
--	---	--	--	--

4.1.3 Overige KPI's

Overige KPI's meten het effect van de implementatie van de toepassing, maar zijn niet gekoppeld aan uitbetaling. Deze KPI's zijn wel verplicht voor de evaluatie, wat het bijhouden van deze KPI's noodzakelijk maakt voor het behalen van KPI's A3 en A4. U houdt deze KPI's zo goed mogelijk bij, maar gaat hier pragmatisch mee om, bijvoorbeeld door patiënt- en medewerkerstevredenheid te integreren in bestaande processen en kwaliteit en tijdsbesparing steekproefsgewijs te toetsen. Voorwaarde is dat u de meting aantoonbaar heeft uitgevoerd; zonder uitgevoerde en onderbouwde meting volgt geen uitbetaling. U monitort de overige KPI's op organisatieniveau, maar levert de evaluatierapportages op aanvraagniveau op.

KPI	Indicator	Acceptatiegrens
C1 – Veiligheid (alleen HDS)	Percentage onder-/overtriage door de tool vergeleken met de triagist. Geen toename calamiteiten t.o.v. nulmeting.	Minimaal gelijk aan IST
C2 – Patiënttevredenheid	NPS of vergelijkbare meting onder patiënten die digitale triage gebruikten.	Minimaal gelijk aan IST
C3 – Medewerkerstevredenheid	Ervaren werkdruk en medewerkerstevredenheidsscore onder huisartsen en huisartsassistenten	Minimaal gelijk aan IST
C4 – Aandeel met alternatief vervoladvies	Alleen als mogelijk: aandeel digitaal afgehandeld met alternatief vervoladvies (zelfzorg, sociaal domein, POH, GGZ, dagpraktijk of andere passende ondersteuning)	Hoger dan IST

[Gaat u akkoord met alle bovenstaande KPI's? Ja/Nee]

4.2 Monitoring

ONTBREKENDE INFORMATIE: Landelijk wordt nog uitgewerkt via welk systeem en welk bijbehorend proces de aanvragers verantwoording afleggen over het behalen van de KPI's.

5. Risico's en mitigerende maatregelen

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste risico's bij de implementatie en per risico de mitigerende maatregelen die u kunt treffen.

Risico's	Mitigerende maatregelen
Patiënten gebruiken de tool niet. Bij praktijken die digitale triage aanbieden, blijft het gebruik laag (dagpraktijk ~3%, HAP ~8–10%). Zonder gebruik levert de tool geen tijdswinst op.	De aanvrager maakt digitale triage de primaire ingang, niet een extra optie. Leid patiënten via meerdere kanalen — website, telefoonbandje, wachtruimte. Communiceer actief — en stuur actief op patiëntverwachtingen.
De praktijk past haar werkwijze niet aan. De tool staat op de website, maar de telefoon blijft de hoofdingang. De werkdruk daalt niet of stijgt zelfs door dubbel werk.	De aanvrager beschrijft in het modelplan welk kanaal de hoofdingang wordt en hoe u stuurt op minder gebruik van het telefonische kanaal. De financiering is bedoeld voor procesverandering, niet voor de aanschaf van een tool.
Huisartsen doen niet mee. Ze vertrouwen de digitale urgentiebepaling niet en controleren alles opnieuw. De tijdswinst verdwijnt daardoor.	Een kartrekker neemt collega's mee; huisartsen bouwen vertrouwen op door zelf te ervaren dat de tool werkt. Een deelnemende partij toetst vóór akkoord op deelname de houding van huisartsen en assistenten/triagisten.
De aansprakelijkheid is onduidelijk. Wie is verantwoordelijk als de digitale triage een verkeerde urgentie geeft? Deze juridische onzekerheid remt het gebruik.	Beschrijf in de aanvraag hoe u verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid regelt. De zorgverlener blijft eindverantwoordelijk voor de urgentiebeoordeling.
De vragenlijsten zijn te lang of te gesloten. Patiënten haken halverwege af en bellen alsnog. Het gebruik blijft laag en de werkdruk stijgt door dubbele contacten.	Via landelijke kennisnetwerken worden ervaringen en geleerde lessen gedeeld. Lessen die bij kunnen dragen aan de doorontwikkeling van toepassingen worden ook gedeeld. De tool moet voldoen aan kwaliteitseisen: begrijpelijke vragenlijsten die patiënten ook echt afmaken. Voorkom vendor lock-in, zodat overstappen naar een beter passende leverancier mogelijk blijft zonder het werkproces opnieuw in te richten.
De organisaties zitten vast aan één leverancier. De praktijk kan bij de keuze voor een triageplatform afhankelijk worden van één leverancier.	Kies op basis van functionaliteiten en randvoorwaarden, niet op basis van een specifiek product. De data blijven eigendom van de praktijk. Het systeem voldoet aan open standaarden.
MDR-certificering en transparantie zijn niet geborgd. De gekozen tool voldoet niet aan de MDR-eisen of geeft ondoorzichtig advies. De MINDD-casus (NOS, april 2026) liet zien dat een veelgebruikte tool jarenlang geen juiste MDR-	De aanvrager toont voor alle dagpraktijken aan dat de gebruikte tools voldoen aan wet- en regelgeving. Het algoritme voor urgentiebepaling is inzichtelijk en gebaseerd op erkende standaarden (NTS, NHG). De aanvrager

certificering had en dat onduidelijk was waarop het advies steunde. Dit ondermijnt het vertrouwen in digitale triage.	beschrijft hoe kwaliteit, veiligheid en updates worden bewaakt.
Er is geen koppeling met het HIS. Zonder koppeling typen medewerkers gegevens handmatig over. Dat kost tijd, geeft meer fouten en haalt het werkplezier weg.	HIS-integratie is een belangrijke factor. Aanvragers geven aan of een koppeling beschikbaar is. Zo niet, dan beschrijft de aanvrager het tijdpad en plan van aanpak om die te realiseren, en hoe in de tussentijd toch effect wordt bereikt. Voor technische infrastructuur is geen financiering beschikbaar.
Toepassing vergroot digitale ongelijkheid. De tool sluit patiënten uit die niet digitaal vaardig zijn, zoals ouderen en laaggeletterden, en gebrek aan meertaligheid kan mensen met een migratieachtergrond uitsluiten.	Houd telefonisch contact altijd beschikbaar als alternatief. Bied instructievideo's ook in andere talen aan. Patiënten kunnen mogelijk ook terecht bij de Helpdesk Digitale Zorg.
Partners willen verschillende dingen. Praktijken, RHO's en zorgverzekeraars verwachten soms iets anders van het tempo, de werkwijze en de bekostiging.	Leg vooraf vast hoe partners middelen en verantwoordelijkheden verdelen; het programmamanagement bewaakt de afstemming.

[Geef aan of u bovenstaande risico's en mitigerende maatregelen onderschrijft en vul deze verder aan]