

Modelplan

Capaciteitsplanning

Doorbraakmiddelen AZWA

24 juli 2026

Inhoudsopgave

Oplegger modelplan	2
Waar dienen de doorbraakmiddelen voor?	2
Wat is een modelplan?	2
Wie kan aanvragen?.....	2
Voor welke toepassing kunt u aanvragen?.....	2
Voor welk type kosten kunt u financiering aanvragen?	3
Wanneer kunt u de aanvraag indienen?	4
1. Aanvraag en doel van de aanvraag.....	5
1.1 Aanvraag	5
1.2 Doel van de aanvraag.....	6
2. Aanpak en organisatie	7
2.1 Aanpak	7
2.1.1 Probleem	7
2.1.2 Verandering zorgproces	7
2.1.3 Technologie	10
2.1.4 Borging van adoptie.....	10
2.1.5 Wet- en regelgeving	11
2.1.6 Referentie.....	11
2.2 Projectplanning.....	11
2.3 Projectteam en governance	13
2.3.1 Projectteam	13
2.3.2 Governance	13
3. Business case	14
3.1 Projectbegroting	14
3.2 Impact op arbeidsinzet.....	14
3.3 Indirecte effecten.....	15
4. KPI's en monitoring	16
4.1 KPI's	16
4.1.1 Inspannings-KPI's.....	16
4.1.2 Resultaat-KPI's.....	17
4.2 Monitoring.....	18
5. Risico's en mitigerende maatregelen.....	19

Oplegger modelplan

Waar dienen de doorbraakmiddelen voor?

De doorbraakmiddelen zijn een eenmalige investering vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Hiermee schaal je 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?

Ziekenhuizen, revalidatie-instellingen en ZBC's (MSZ) en aanbieders van Zvw-gefinancierde VVT kunnen een aanvraag indienen. Zorgaanbieders in de VVT die naast Zvw-zorg ook Wlz-zorg leveren mogen een aanvraag indienen, maar de middelen zijn uitsluitend bestemd voor de Zvw-gefinancierde zorg. Een ziekenhuis dient de aanvraag voor het gehele ziekenhuis in. Voor VVT-organisaties, revalidatie-instellingen en ZBC's geldt een gezamenlijke minimumomzet van € 10 miljoen in de Zvw.

Voor welke toepassing kunt u aanvragen?

Capaciteitsplanning betekent: met data zorgen dat vraag en aanbod van zorgcapaciteit op elkaar aansluiten. Uw aanvraag komt in aanmerking als u aan twee voorwaarden voldoet:

1. Het hoofddoel is om de beschikbare medewerkers of middelen beter aan te laten sluiten op de zorgvraag (resource capacity planning);
2. Het project laat binnen drie jaar aantoonbaar resultaat zien op de KPI's per toepassing.

De doorbraakmiddelen richten zich op resource capacity planning (inzet van mensen en middelen), niet op medical planning (behandeling van de individuele patiënt).

Aanvragen die in aanmerking komen

MSZ:

Een zorgaanbieder in de MSZ kan een aanvraag indienen voor maximaal drie van de volgende gebieden. U kunt kiezen voor de onderdelen waar u de meeste potentie ziet voor uw organisatie.

Sector	Onderdeel	Toelichting
MSZ	Polikliniek	Verbeteren productiviteit polikliniek door bijvoorbeeld het verminderen van no-shows en/of het verbeteren van de polikliniekplanning.
MSZ	OK en anesthesie	Verbeteren productiviteit op de OK door bijvoorbeeld data-gestuurde voorspelling van (uitloop)sessietijd.
MSZ	Verpleegafdelingen (reguliere kliniek, dagopname)	Verbeteren van de productiviteit op de verpleegafdeling. Bijvoorbeeld door beddenplanning en doorstroming en de nazorgmonitor. Sturen van de stroom patiënten, zodat het juiste bed op het juiste moment beschikbaar is met het juiste personeel.
MSZ	SEH en IC	Personeel en bedden tijdig op- en afschalen door 0-3 dagen vooruit te voorspellen hoeveel patiënten binnenkomen.
MSZ	Diagnostiek	Verbeteren van de productiviteit op diagnostiek door efficiënter plannen van onderzoeken en verkorten doorlooptijd.

VVT, revalidatie-instellingen en ZBC's

Zvw-gefinancierde zorgaanbieders in de VVT, revalidatie-instellingen en ZBC's kunnen een aanvraag indienen voor capaciteitsplanning.

Primair (verplicht): Capaciteitsplanning

Het inzichtelijk maken van de zorgvraag en het genereren en optimaliseren van de personeels- en capaciteitsinzet (in de VVT dienstenpatronen) op basis van zorgzwaarte, functiemix en beschikbare formatie vormt de kern. Slim roosteren kan hierop een aanvulling zijn, maar is op zichzelf niet voldoende om de uitkomst-KPI's te halen. Een aanvraag voor uitsluitend slim roosteren is daarom niet mogelijk.

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.

Een beperkt deel van het projectbudget mag worden ingezet voor het op orde brengen van data-infrastructuur, met een maximum van 10% van het totale projectbudget. De aanvrager beschrijft in 2.1.3 expliciet welke onderdelen van de data-infrastructuur nog niet op orde zijn, en waarom deze noodzakelijk zijn voor de opschaling van de toepassing.

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 december 2026	Opening indieningsportaal (partijen kunnen aanvraag doen in portaal)
15 januari 2027	Sluiting indieningsportaal
18 januari 2027	Start beoordeling van de ingediende plannen door de zorgverzekeraars
19 februari 2027	Afronding beoordeling van de ingediende plannen

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 Zvw-partijen:

Naam 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
De aanvrager is een ziekenhuis, revalidatie-instelling of ZBC (MSZ), of een aanbieder van een Zvw-gefinancierde VVT-instelling. Een ziekenhuis dient de aanvraag voor het gehele ziekenhuis in te dienen. Voor de VVT, revalidatie-instellingen en ZBC's geldt een gezamenlijke minimumomzet van € 10 miljoen in de Zvw.	<i>Ja / Nee</i>

MSZ - Ziekenhuizen

U kiest per zorgaanbieder maximaal drie onderdelen die passen bij uw beoogde procesverandering en waarop u de meeste verbeterpotentie ziet. De toegestane toepassingen voor MSZ zijn als volgt:

Sector	Toepassing	Keuze toepassing ja/nee
MSZ	Polikliniek	<i>Ja / Nee</i>
MSZ	OK en anesthesie	<i>Ja / Nee</i>
MSZ	Verpleegafdelingen (reguliere kliniek, dagopname)	<i>Ja / Nee</i>
MSZ	SEH en IC	<i>Ja / Nee</i>
MSZ	Diagnostiek	<i>Ja / Nee</i>

VVT, revalidatie-instellingen en ZBC's

Sector	Toepassing	Keuze toepassing ja/nee
VVT, revalidatie- instellingen en ZBC's	Capaciteitsplanning	Ja / Nee

1.2 Doel van de aanvraag

Met de doorbraakmiddelen werkt u aan doelmatiger en kwalitatief passendere inzet van capaciteit. Slimmere capaciteitsplanning brengt vraag en aanbod beter bij elkaar. Door data uit verschillende platforms te combineren, kunnen zorgorganisaties beter voorspellen welke capaciteit nodig is en die gericht inzetten. Hierdoor neemt de onnodige inzet van externe inhuur en overwerk af, kan benutting van schaarse capaciteit omhoog en komt ruimte vrij voor patiënten die zorg het hardst nodig hebben. Medewerkers krijgen bovendien een stabielere en beter voorspelbare rooster.

Uw aanvraag voldoet in ieder geval aan twee voorwaarden:

1. Het hoofddoel is om de beschikbare medewerkers of middelen beter te laten aansluiten bij de zorgvraag (resource capacity planning);
2. Het project laat binnen drie jaar aantoonbaar resultaat zien.

2. Aanpak en organisatie

2.1 Aanpak

In dit onderdeel beschrijft u hoe u capaciteitsplanning gaat verbeteren.

2.1.1 Probleem

De zorg staat onder druk door personeelstekorten, een groeiende zorgvraag en oplopende wachttijden. Capaciteit wordt op dit moment niet optimaal benut: roosters sluiten nog niet optimaal aan op de zorgvraag, OK's en bedden staan soms leeg of zitten juist overvol, patiënten komen onverwacht niet opdagen en flexibele inhuur en overwerk lopen op. Tegelijk staan medewerkers onder druk door ad hoc bijsturing van de planning.

In de VVT is plannen anders dan in het ziekenhuis. De zorg vindt thuis plaats, dus de planning hangt af van wie beschikbaar is, van reistijden en van wijzigingen op het laatste moment. De winst zit hier vooral in twee dingen: snel vervanging regelen als iemand uitvalt en routes slim plannen. Een goede koppeling tussen het ECD en het routeplanningssysteem is wenselijk, maar is er nu nog nauwelijks, terwijl daar juist veel verschillende soorten gegevens samenkomen. Het opzetten van die koppeling is daarom een belangrijk aandachtspunt. De planning verandert door betere capaciteitsplanning: geen vast schema meer op basis van uren, maar een planning die meebeweegt met de cliënt en zijn omgeving. Dat vraagt van organisaties dat zij urenoverzichten beter bijhouden, plus- en minuren op tijd bijsturen en uitgaan van realistische reistijden.

2.1.2 Verandering zorgproces

MSZ

In dit onderdeel beschrijft u uw uitgangspositie op capaciteitsplanning: hoe volwassen uw bestaande proces is en welke productiviteitsverbetering u verwacht.

De doelstelling voor de productiviteitsverbetering moet minimaal 2% per gekozen onderdeel zijn en wordt gemeten op de zorg-fte's van het betreffende onderdeel, voor revalidatie-instellingen en ZBC's is de doelstelling niet per onderdeel, maar op het geheel. Het gaat dus om winst op de directe zorginzet: dezelfde zorgproductie met minder zorg-fte of meer zorgproductie met dezelfde zorg-fte. We gaan hierbij uit van een lerende aanpak, waarbij de ambitie op basis van opgedane ervaringen en good practices kan worden herijkt.

U berekent de productiviteitsverbetering zelf, op basis van de zorgactiviteiten per afdeling en de kosten die daaraan verbonden zijn. Productiviteit meet je als gewogen productie (volume x kostprijs) per ingezette zorg-fte. Productiviteit is elke verrichting wegen naar zwaarte, en die zwaarte uitdrukken in kostprijs. De kostprijs vat samen hoeveel middelen een verrichting vergt: een zware zorgdag of een complexe ingreep heeft een hogere kostprijs dan een licht consult. Door productie te meten als volume x kostprijs, telt zwaar werk zwaarder mee dan licht werk. Een zorgactiviteit is de productie-eenheid.

Voorbeeld: Stel een verpleegafdeling met drie zorgzwaartes, elk met een eigen kostprijs per verpleegdag. In jaar t is de productie per zorg-fte gewogen €89.000 en in jaar $t+1$ €95.200, wat zorgt voor een productiviteitsverbetering van +7,0%.

Voorbeeld zorg	Kostprijs/ dag	Volume jaar t	Gewogen t (€)	Volume jaar t+1	Gewogen t+1 (€)
Lichte zorgactiviteit	€ 400	4.000	1.600.000	3.000	1.200.000
Middelzware zorgactiviteit	€ 650	3.000	1.950.000	3.000	1.950.000
Zware zorgactiviteit	€ 900	1.000	900	2.000	1.800.000
Totaal verpleegdagen		8.000		8.000	
Totaal gewogen productie			€ 4,45 mln		€ 4,95 mln
Zorg-fte		50		52	
Productie per zorg-fte – gewogen			€ 89.000		€ 95.200

MSZ: Beantwoord de onderstaande vragen en geef bij elk antwoord een korte toelichting:

1. Welke planningstoepassingen draaien al bij u op de gekozen onderdelen? Benoem de toepassingen die nu in productie of pilot zijn, met systeem of leverancier en sinds wanneer. U hoeft deze alleen te beschrijven als u een aanvraag doet voor doorbraakmiddelen voor dit onderdeel.

[Vul hier in]

2. Beschrijf hoe u de productiviteit meet (o.a. meetperiode en referentieperiode) en hoe u tijdens het project evalueert of u de minimale ambitie van 2% productiviteitsverbetering haalt. We gaan hierbij uit van een lerende aanpak, waarbij de ambitie op basis van opgedane ervaringen en good practices kan worden herijkt. Beschrijf hierbij ook hoeveel fte in de zorg werkt per onderdeel bij de start van het project.

[Vul hier in]

3. Beschrijf hoe u de bespaarde tijd structureel borgt in de organisatie door aanpassingen in de werkprocessen en bemensing.

[Vul hier in]

4.
 - a. Vul de beoogde productiviteitsverbetering in.
 - b. Naast de algemene productiviteitsmaat levert u per gekozen onderdeel een specifieke, aan de interventie toe te wijzen effectiviteitsmaat aan (bijvoorbeeld minder no-shows op de polikliniek of hogere sessiebenutting op de OK), met een kwalitatieve onderbouwing. Hiermee wordt het effect zuiver toegerekend aan de interventie en wordt recht gedaan aan de uiteenlopende use-cases.

Onderdeel	Beoogde productiviteitsverbetering (minimaal 2%)	Specifieke effectiviteitsmaat (toelichting)	Specifieke effectiviteitsmaat (doel)
Polikliniek	[Vul hier in]	[Vul hier in]	[Vul hier in]
OK en anesthesie	[Vul hier in]	[Vul hier in]	[Vul hier in]
Verpleegafdeling en dagopname	[Vul hier in]	[Vul hier in]	[Vul hier in]
SEH en IC	[Vul hier in]	[Vul hier in]	[Vul hier in]
Diagnostiek	[Vul hier in]	[Vul hier in]	[Vul hier in]

VWT:

De doelstelling voor de verbetering van directe, cliëntgebonden tijd in de totaal gewerkte uren moet minimaal 2% zijn in de Zvw-zorg. Het gaat dus om winst op de directe inzet van personeel. We gaan hierbij uit van een lerende aanpak, waarbij de ambitie op basis van opgedane ervaringen en good practices kan worden herijkt.

Beantwoord de onderstaande vragen en geef bij elk antwoord een korte toelichting:

1. Welke planningstoepassingen draaien al bij u? Benoem de toepassingen die nu in productie of pilot zijn, met systeem of leverancier en sinds wanneer.

[Vul hier in]

2. Beschrijf hoe u de directe, cliëntgebonden tijd meet (o.a. meetperiode en referentieperiode) en hoe u tijdens het project evalueert of u de minimale ambitie van 2% verbetering haalt. We gaan hierbij uit van een lerende aanpak, waarbij de ambitie op basis van opgedane ervaringen en good practices kan worden herijkt. Beschrijf hierbij ook hoeveel fte in de zorg werkt per onderdeel bij de start van het project.

[Vul hier in]

3. Beschrijf hoe u de bespaarde tijd structureel borgt in de organisatie door aanpassingen in de werkprocessen en bemensing.

[Vul hier in]

4. Vul de beoogde verbetering van directe, cliëntgebonden tijd in.

Indicator	Beoogde verbetering (minimaal 2%)
Aandeel directe, cliëntgebonden tijd in de totaal gewerkte uren	[Vul hier in]

2.1.3 Technologie

De gekozen toepassing moet voldoen aan de volgende eisen:

- **Databeschikbaarheid en datakwaliteit.**
 - Databeschikbaarheid: Het systeem kan de benodigde data geautomatiseerd ophalen uit de relevante bronnen. Data is real-time beschikbaar. Als dit niet zo is, dan legt u uit waarom de toepassing toch van toegevoegde waarde is.
 - Datakwaliteit: 1) Het systeem voert continu monitoring uit op datakwaliteit en signaleert ontbrekende of inconsistente input. 2) Het is wenselijk dat de registraties op de betrokken afdelingen voldoende zijn voor een nulmeting. 3) Daarbij is het belangrijk om datadefinities over tijd te controleren. Bijvoorbeeld: wordt een 'no-show' op iedere polikliniek op dezelfde manier geregistreerd en blijft deze consistent over tijd?
- **Betrouwbaarheid uitkomsten.** Omschrijf welk prestatieniveau u van de toepassing verwacht en waarom dit de toepassing voldoende betrouwbaar maakt. Beschrijf hoe u omgaat met bias in de uitkomsten.
- **Planningsfunctionaliteit met concrete vervolgactie.** Het systeem genereert een concrete planningsuggestie of optimalisatie, dus niet enkel een voorspelling of een beschrijvend dashboard. Alleen een voorspelling ("volgende week verwachten we 15 patiënten") volstaat niet. Aan de suggestie koppelt de toepassing een concrete actie en aanpassing in het werkproces.
- **Terugkoppeling naar het werkproces.** Het systeem schrijft planningsresultaten gestructureerd terug naar het werkproces, bij voorkeur automatisch naar het bronsysteem. Alle koppelingen lopen via een gestandaardiseerde API-laag, dus niet via losse point-to-point koppeling per toepassing. Als het technisch niet haalbaar is, zoals voor de VVT, beschrijft de aanvrager hoe de terugkoppeling in de praktijk werkt, wie de output raadpleegt en op welk moment in het proces.

Geef toelichting waarom de technologie voldoet aan de eisen:

1. Databeschikbaarheid en datakwaliteit
[Vul hier in]
2. Betrouwbaarheid uitkomsten
[Vul hier in]
3. Planningsfunctionaliteit met concrete vervolgactie
[Vul hier in]
4. Terugkoppeling naar het werkproces
[Vul hier in]

Een beperkt deel van het projectbudget mag worden ingezet voor het op orde brengen van data-infrastructuur, met een maximum van 10% van het totale projectbudget. Beschrijf, als van toepassing, welke onderdelen van de data-infrastructuur nog niet op orde zijn, en waarom deze noodzakelijk zijn voor de opschaling van de toepassing.

[Vul hier in]

2.1.4 Borging van adoptie

Succesvolle capaciteitsplanning staat of valt met adoptie en eigenaarschap in de organisatie. Dit onderdeel is bewust apart van de procesverandering opgenomen, omdat uit de praktijk blijkt dat

adoptie het meest onderschatte risico is: goed gebruik op de werkvloer is essentieel voor het boeken van resultaat. Uw adoptie- en borgingsplan beschrijft ten minste de volgende elementen:

- **Eigenaarschap:** wie is na afloop van het project de functioneel eigenaar van de toepassing? Dit is een interne medewerker met mandaat en budget, geen externe. Voor VVT-organisaties die intern onvoldoende kennis beschikbaar hebben, is een alternatief pad mogelijk via een medewerker van een ervaren VVT-organisatie die als tijdelijke begeleider fungeert.
- **Verankering in overlegstructuren:** in welke bestaande overleggen (operationeel planningsoverleg, tactisch planningsoverleg, managementoverleg) wordt de toepassing structureel geëvalueerd en bijgestuurd?
- **Scholingsbeleid:** welke training krijgen eindgebruikers bij de start, en hoe wordt bijscholing geborgd bij personeelwisselingen?
- **Bestuurlijk commitment:** heeft de Raad van Bestuur capaciteitsmanagement expliciet verankerd in het meerjarenbeleid en zijn de cliëntenraad en ondernemingsraad actief betrokken?

[Beschrijf hoe de werkwijze na de doorbraakmiddelen blijft werken. Ga ten minste in op: eigenaarschap, verankering in overlegstructuren, scholingsbeleid en bestuurlijk commitment]

2.1.5 Wet- en regelgeving

Aanvrager is verantwoordelijk voor het volgen van relevante wet- en regelgeving en landelijke beleid. Bijvoorbeeld AVG en VWS-beleid over digitale zorg en gegevensuitwisseling.

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

2.1.6 Referentie

U levert een referentie aan van ten minste één vergelijkbare organisatie waar spraakgestuurd rapporteren is opgeschaald, waarbij u een *good practice* krijgt aangereikt vanuit de koepelorganisatie.

[Vul hier de naam in van de referentie-organisatie en beschrijf de waarde van de toepassing en de adviezen voor opschaling die de referentie-organisatie meegeeft]

2.2 Projectplanning

Advies voor de fasering

Voordat het plan kan worden goedgekeurd, stemmen de deelnemende instellingen, en eventuele andere betrokken partijen, rollen en verwachtingen op elkaar af en leggen zij die vast in samenwerkings- en contractafspraken. Daarna vult de aanvrager dit aanvraagformulier van het modelplan in. De volgende fasen vormen de minimale projectstructuur:

Fase 1: klaar voor gebruik – Zorg dat de technische infrastructuur en organisatorische randvoorwaarden op orde zijn voordat eindgebruikers gaan starten. Hiervoor is in ieder geval het volgende nodig:

- Technisch klaar voor gebruik:
 - o De toepassing is klaar voor gebruik in de dagelijkse operatie en geeft naast een voorspelling ook een concrete vervolgactie

- Uniforme en betrouwbare data:
 - o Afdelingen hanteren dezelfde definities voor bezetting en capaciteit, met hoge datakwaliteit en minder handmatige correcties en losse Excelbestanden
- Organisatorische borging met duidelijke governance en eigenaarschap:
 - o Vaste overlegstructuren rondom capaciteit
 - o Benoemde proceseigenaren
 - o Structurele monitoring KPI's
 - o Managementsturing op capaciteitsindicatoren
 - o Programma- en projectstructuur staat klaar

Fase 2: eerste uitrol en tussenevaluatie – Start met een beperkte omvang om aanloopproblemen op te lossen voordat het volume opbouwt. Sluit deze fase af met een tussenevaluatie en een go/no-go-moment, gebaseerd op de eerste KPI-uitkomsten.

Fase 3: opschaling – Bouw het gebruik stapsgewijs op. Wissel ervaringen actief uit tussen teams, afdelingen of locaties. Blijf de KPI's meten.

Fase 4: eindevaluatie en borging – Voer een eindmeting uit en leg de geleerde lessen vast, ook wat niet werkte. Zorg voor duidelijke interne afspraken over de structurele borging.

Daarbij wordt de aanvrager geadviseerd om te werken met formele faseovergangen waarbij elke overgang een formeel go/no-go-besluit kent. Het besluit om de faseovergang goed te keuren wordt in de stuurgroep besproken. Deze go/no-go momenten vallen samen met de KPI-momenten.

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

2.3 Projectteam en governance

2.3.1 Projectteam

Relevante rollen in het projectteam zijn bijvoorbeeld: projectleider, klinisch en operationeel eigenaar (bijvoorbeeld een implementatie-expert), data-engineer of integratie-specialist (verantwoordelijk voor koppelingen en datakwaliteit), veranderkundige begeleider (intern of extern), en eindgebruikers die als ambassadeur fungeren op de werkvloer. Vul de rollen zoveel mogelijk intern in.

Een multidisciplinair kernteam vanaf de start is belangrijk voor succesvolle implementatie. Het kernteam bevat altijd een ontwikkelaar/technisch verantwoordelijke én een klinische en operationele eindgebruiker.

Medisch ambassadeur

Elke vakgroep of team in de VVT wijst een medisch ambassadeur aan die collega's meekrijgt. Dit is geen formele projectrol maar een veranderkundige succesfactor. Medewerkers krijgen vertrouwen door zelf ervaring op te doen. De ambassadeur heeft een actieve rol in het informeren en stimuleren van collega's om met capaciteitsplanning te werken en het proces aan te passen.

2.3.2 Governance

Beperk overleggen tot het strikt noodzakelijke. Ervaring leert dat te veel overleglagen de snelheid uit het project kunnen halen. Liever één goed voorbereid kwartaaloverleg dan maandelijkse stuurgroepen die veel tijd kosten maar in de praktijk beperkt bijdragen aan besluitvaardigheid. De richtlijn is daarom:

- **Eén stuurgroep:** maximaal één keer per kwartaal. Bewaakt het behalen van de businesscase-doelen en de voortgang op KPI's.
- **Projectcoördinatie:** wekelijks overleg tussen de projectleider en de operationeel en klinisch eigenaren binnen de instelling. Rapporteert aan de stuurgroep.
- **Projectteam:** dagelijkse stand-ups gedurende sprints (15 minuten). Ook is het advies om met het projectteam regelmatig bijeen te komen om de voortgang te bespreken en demonstraties te geven van tussenresultaten. Bij deze demo's sluiten bij voorkeur ook belanghebbenden en partners van buiten het team aan om draagvlak te creëren en feedback op te halen.

[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]*

MSZ - ziekenhuizen

1. U kunt voor maximaal drie onderdelen van capaciteitsplanning financiering aanvragen per zorgaanbieder.
2. Per onderdeel kunt u een bedrag van € 300.000 aanvragen.

VVT, revalidatie-instellingen en ZBC's

1. U kunt voor capaciteitsplanning financiering aanvragen. Voor roostering kunt u geen aparte financiering aanvragen.
2. Voor een aanvraag waarbij de aanvragers een gezamenlijke Zvw-omzet hebben van EUR 10 mln tot EUR 30 mln kunt u €100.000 aanvragen.
3. Voor een aanvraag waarbij de aanvragers een gezamenlijke Zvw-omzet hebben vanaf EUR 30 mln kunt u €200.000 aanvragen.

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

Er is geen sprake van dubbele financiering dan wel financiering van zaken waarvoor andere gealloceerde middelen (zoals IZA-transformatiemiddelen) zijn toegekend.

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 capaciteitsplanning levert impact op arbeidsinzet op. Deze besparing is normatief vastgesteld op 20-30 fte per geïnvesteerde miljoen euro, verschillend per sector. Dit betekent voor de MSZ een fte-besparing van 7 fte bij een investering van € 300.000.

De structurele baten zijn berekend op basis van twee kernaannames: (1) een productiviteitsbesparing van minimaal 2% (eis uit dit modelplan) en (2) het aandeel personeelskosten in de totale kosten.

Voor de MSZ rekent de business case met een gemiddelde ziekenhuisomzet van € 300 miljoen, waarvan 60% personeelskosten. Het aanvraagbedrag bedraagt € 300.000 per onderdeel, met maximaal drie onderdelen per ziekenhuis.

Voor de VVT (Zvw-gefinancierde wijkverpleging) rekent de business case met de omzet van Zvw van € 4,6 miljard, waarvan ongeveer 80% personeelskosten.

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

Capaciteitsplanning heeft naast directe besparingen ook andere relevante effecten.

Mogelijke positieve effecten:

- **Lagere werkdruk en hoger werkplezier.** Werknemersgericht roosteren kan medewerkerstevredenheid verhogen.
- **Betere patiëntervaring.** Kortere wachttijden, minder last-minute annuleringen, meer continuïteit (zelfde arts of verpleegkundige) en betere afstemming op wensen van de patiënt.
- **Meer ruimte voor planners en betere match werk-bevoegdheid.** Handmatig puzzelen neemt af en systemen signaleren inzet buiten bevoegdheidsgrenzen.
- **Meer transparantie in de bezetting.** Zorgteams krijgen inzicht in de verdeling van taken en de onderbouwing van roosters. Dit vermindert discussies over werkdruk en vergroot het draagvlak voor datagedreven werken.
- **Indirecte arbeidsmarkteffecten.** Lager ziekteverzuim, minder instroombehoefte (slimmere benutting bestaande formatie) en op termijn een sterkere wervingspositie voor de sector.

Mogelijke negatieve effecten:

- **Tijdelijke piek in werkdruk.** Oud en nieuw planningsproces lopen parallel; een IST-SOLL-analyse met afbouwpad beperkt de overlap.
- **Verlies van autonomie.** Artsen en planners die gewend zijn hun planning zelf te bepalen, ervaren modelgestuurd plannen mogelijk als verlies van regie; een aanlooperperiode waarin het model eerst adviserend werkt en een ambassadeur per afdeling helpt dit te ondervangen.
- **Beperkte cliëntparticipatie.** Patiënten en cliënten kunnen voorkeuren niet altijd op het vereiste detailniveau aangeven; expliciete aandacht voor participatie en begeleiding is nodig.

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).
- **Resultaat-KPI's:** wat de inzet oplevert. Deze KPI's bepalen of u het resultaatbudget krijgt uitbetaald (30% van het totaalbudget).
- **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 (70% van het totaal) wordt in vier delen uitbetaald: 15% na een goedgekeurd implementatieplan, 30% na bevestiging van klaar-voor-gebruik, 15% na tussenevaluatie en kennisdeling en 10% na eindevaluatie en kennisdeling.

KPI	Indicator	% van budget
A1 – Goedgekeurd plan	Modelplan is goedgekeurd.	15%
A2 – Klaar voor gebruik	Toepassing is klaar voor gebruik (technisch, organisatorisch en veranderkundig) en startsignaal is gegeven aan de teams. Deze KPI wordt behaald aan het einde van projectfase 1. Hiervoor is in ieder geval nodig: Technisch klaar voor gebruik: • De toepassing is klaar voor gebruik in de dagelijkse operatie en geeft naast een voorspelling ook een concrete vervolgactie. Uniforme en betrouwbare data: • Afdelingen hanteren dezelfde definities voor bezetting en capaciteit, met hoge datakwaliteit en beperkte handmatige correcties en losse Excelbestanden. • Planningssuggesties hebben voldoende kwaliteit en praktische bruikbaarheid. Organisatorische borging: duidelijke governance en eigenaarschap • Met vaste overlegstructuren rondom capaciteit. • Benoemde proceseigenaren. • Structurele monitoring van KPI's. • Managementsturing op capaciteitsindicatoren.	30%

	• Programma- en projectstructuur staat klaar op aanvraagniveau.	
A3 – Tussentijdse evaluatie en kennisdeling	Evaluatie: Evaluatierapportage op aanvraagniveau opgeleverd aan zorgverzekeraar aan het einde van projectfase 2, met gemeten waarden op de resultaat-KPI's afgezet tegen de nulmeting. Evalueer en licht toe hoe u naar aanleiding van de evaluatie verbeteringen toepast. Kennisdeling: Op aanvraagniveau deelname en ten minste één bijdrage geleverd aan een landelijk kennisnetwerk, gericht op implementatie.	15%
A4 – Eindevaluatie en kennisdeling	Evaluatie: Evaluatierapportage op aanvraagniveau opgeleverd aan zorgverzekeraar aan het einde van projectfase 4, met gemeten waarden op de resultaat-KPI's afgezet tegen de nulmeting. Kennisdeling: Op aanvraagniveau deelname en ten minste één bijdrage geleverd aan een landelijk kennisnetwerk, gericht op borging van adoptie en impact.	10%

4.1.2 Resultaat-KPI's

Het resultaatbudget is 30% van het totaalbudget. Uitbetaling vindt plaats aan het einde van het project. U ontvangt het resultaatbudget als u de streefwaarde op de resultaat-KPI haalt. Voorwaarde is dat u de meting aantoonbaar heeft uitgevoerd; zonder uitgevoerde en onderbouwde meting volgt geen uitbetaling.

MSZ, revalidatie-instellingen en ZBC's

KPI	Indicator	% van budget
B1 – Impact op productiviteit	Productiviteitsverbetering van minimaal 2% op de gekozen onderdelen, gemeten op de zorg-fte's van de betreffende afdeling. De beoordelaar beoordeelt deze resultaat-KPI in combinatie met de "Resultaat KPI – Specifieke effectiviteitsmaat per onderdeel". De beoordeling behoudt bewust interpretatie- en discussieruimte voor de beoordelaar; er is geen volledig geautomatiseerde toetsing.	30%
B2 – Specifieke effectiviteitsmaat per onderdeel	Naast de algemene productiviteitsmaat (B1) levert de aanvrager per gekozen onderdeel een specifieke, aan de interventie toe te wijzen effectiviteitsmaat	Beoordeling samen met B1

	aan (bijvoorbeeld minder no-shows op de polikliniek of hogere sessiebenutting op de OK), met een kwalitatieve onderbouwing. Hiermee wordt het effect zuiver toegerekend aan de interventie en wordt recht gedaan aan de uiteenlopende use-cases.	
--	--	--

VWT

KPI	Indicator	% van budget
B1 – Impact op directe, cliëntgebonden tijd	Aandeel directe, cliëntgebonden tijd in de totaal gewerkte uren verbetert met 2%	30%

4.2 Monitoring

ONTBREKENDE INFORMATIE: Landelijk wordt nog uitgewerkt via welk systeem en welk bijbehorende 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. Het gestructureerd delen van leerervaringen is belangrijk voor het verder in kaart brengen en mitigeren van deze risico's.

Risico	Mitigerende maatregel
Randvoorwaarden bij start	
Geen mandaat en lage adoptie. Zonder duidelijk mandaat blijft het model adviserend en raakt het de autonomie van specialisten (MSZ) en planners (VVT); medewerkers gebruiken het systeem dan niet. Een systeem dat technisch werkt maar niet wordt gebruikt, levert niets op.	De aanvraag regelt de governance (§2.3.2). Een invoerings- en borgingsplan is verplicht (§2.1.4): de aanvrager wijst een functioneel eigenaar aan, regelt scholing en zorgt dat sleutelgebruikers van de werkvloer in het projectteam zitten. KPI A2 'Klaar voor gebruik' toetst of de toepassing daadwerkelijk wordt gebruikt, of afdelingen met uniforme en betrouwbare data werken en of de organisatorische borging staat.
Kleinere instellingen kunnen het project niet zelf trekken. Kleinere ziekenhuizen en VVT-organisaties hebben vaak geen data-experts, projectleiders of schrijvers voor de aanvraag in huis. Daardoor haken zij af, terwijl zij wel veel baat hebben bij de toepassing.	Een basisbedrag zorgt dat ook kleinere instellingen gezamenlijk kunnen starten. Daarnaast kunnen organisaties gezamenlijk een aanvraag indienen, zodat zij de aanvraag, kennis en capaciteit delen en samen de drempel halen.
Privacy, AVG en informatiebeveiliging. Capaciteitsplanning werkt met patiëntgegevens en planningsdata; onvoldoende waarborgen leiden tot datalekken, toezichthoudermaatregelen of stopzetting van de toepassing.	In §2.1.5 toont de aanvrager aan dat de toepassing voldoet aan de AVG en aan relevante normen (waaronder NEN 7510 of ISO 27001).
Uitvoering en techniek	
De data zijn niet op orde. Bijvoorbeeld: no-shows worden in veel ziekenhuizen niet als zodanig vastgelegd; in de VVT staat planningsinformatie vaak onvolledig in de systemen.	In §2.1.3 toont de aanvrager aan dat de benodigde data beschikbaar en betrouwbaar zijn. Maximaal 10% van het projectbudget mag naar het verbeteren van datakwaliteit en registratie, zodat een betrouwbare nulmeting mogelijk is.
De koppeling met EPD of ECD loopt vast. Data ophalen lukt meestal; planningsvoorstellen terugschrijven naar het systeem zelden, en de wachttijd voor een koppeling is lang.	In §2.1.3 beschrijft de aanvrager welke koppelingen er al zijn en welke nog nodig zijn; koppelingen lopen bij voorkeur via een gestandaardiseerde API-laag. Lukt automatisch terugschrijven naar het bronsysteem niet, dan beschrijft de aanvrager een werkbaar alternatief dat in de dagelijkse werkstroom is verwerkt.
Doorlooptijd: implementatie duurt langer dan de financieringsperiode. Het op orde krijgen van datakwaliteit, registratie en koppelingen kan langer duren dan de drie jaar waarbinnen resultaten moeten worden aangetoond.	In de projectplanning (§2.2) onderbouwt de aanvrager dat de mijlpalen binnen de financieringsperiode haalbaar zijn.
Afhankelijkheid van externe partijen en trajecten. Het succes van de toepassing hangt	In §2.1.3 beschrijft de aanvrager welke koppelingen met externe systemen (zoals het

vaak af van factoren buiten de eigen invloedssfeer, zoals EPD-/ECD-leveranciers, ketenpartners en lopende landelijke trajecten.	EPD/ECD) al bestaan en welke nog nodig zijn, en in §2.2 hoe deze afhankelijkheden in de planning worden beheerst.
Resultaat	
De KPI's verbeteren niet ondanks invoering. De beloofde besparing wordt binnen drie jaar niet gehaald (door personeelstekort, tariefwijziging of patiëntvolume).	De uitbetaling is gekoppeld aan de resultaat-KPI's: 30% van het budget volgt pas bij aangetoond resultaat. Naast de algemene productiviteitsmaat (B1) wordt per onderdeel een specifieke, aan de interventie toe te wijzen effectmaat beoordeeld. Voortgangsrapportages signaleren tijdig de noodzaak tot bijsturing.
Versnippering: iedereen begint opnieuw. Zonder kennisdeling maken aanvragers dezelfde fouten en leert de sector als geheel te weinig.	Kennisdeling is onderdeel van de inspannings-KPI's (A3 en A4): de aanvrager deelt resultaten en lessen via een landelijk kennisnetwerk. Zonder aantoonbare kennisdeling (halen én brengen) volgt geen uitbetaling van het bijbehorende budgetdeel.
Na de doorbraakmiddelen	
De bekostiging na de doorbraakmiddelen is niet geregeld. De doorbraakmiddelen zijn eenmalig (2027–2029).	De business case toont aan dat de toepassing zich terugverdient uit de besparing op arbeidsinzet (§3.2).
Marktverstoring door leverancierskeuze. Doorbraakmiddelen kunnen één of enkele leveranciers onbedoeld bevoordelen, waardoor de prijsvorming verstoord raakt en de onderhandelingspositie van zorginstellingen verzwakt.	Het modelplan schrijft geen specifieke leveranciers of producten voor; de aanvrager kiest zelf de passende toepassing op basis van functionele eisen (§2.1.3). Door op functionele criteria te toetsen blijft de markt open voor nieuwe aanbieders en worden afzonderlijke leveranciers niet bevoordeeld.

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