

Modelplan

Mentaal schakelpunt

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 welke kosten kunt u financiering aanvragen?	4
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	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	8
2.1.4 Borging van adoptie	8
2.1.5 Wet- en regelgeving	8
2.2 Projectplanning	8
2.3 Projectteam en governance	9
2.3.1 Projectteam	9
2.3.2 Governance	10
3. Business case	11
3.1 Projectbegroting	11
3.2 Impact op arbeidsinzet	11
3.3 Indirecte effecten	12
4. KPI's en monitoring	13
4.1 KPI's	13
4.1.1 Inspannings-KPI's	13
4.1.2 Sturings-KPI's	14
4.1.3 Overige KPI's	14
4.2 Monitoring	15
5. Risico's en mitigerende maatregelen	16

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 aanvraag voor doorbraakmiddelen voor het Mentaal Schakelpunt wordt ingediend door de Zvw-partij die in de regio als coördinerende partij voor het IZA-transformatieplan optreedt en de transformatiemiddelen beheert, namens alle Zvw-partijen binnen het mentaal gezondheidsnetwerk (MGN). De doorbraakmiddelen zijn enkel voor die Zvw-partijen beschikbaar. Aanvullend betrokken partijen, zoals gemeenten en aanbieders uit het sociaal domein, nemen deel aan het MSP, maar zijn geen indienende partij.

De aanvragende regio toont aan dat:

- Het mentaal gezondheidsnetwerk een intentieverklaring heeft getekend voor deelname aan het MSP.
- De aanvraag namens alle vertegenwoordigde domeinen (huisartsenzorg, ggz, sociaal domein, gemeente) wordt ingediend.
- De aanvragende partij is gemandateerd om namens het mentaal gezondheidsnetwerk op te treden.

Neem contact op met de landelijke MSP-werkorganisatie (www.mentaalschakelpunt.nl) als het MGN nog geen intentieverklaring heeft ondertekend voor deelname aan het MSP.

Voor welke toepassing kunt u aanvragen?

De aanvraag richt zich op de regionale implementatie en opschaling van het Mentaal Schakelpunt. Dit is een landelijk schakelpunt dat verwijzers helpt bij het bepalen van passende hulp of zorg voor burgers met mentale problematiek, en geeft inzicht in waar deze het snelst beschikbaar is. Het MSP bestaat uit drie samenhangende functies:

1. De landelijke aanbodmonitor. De monitor bestaat uit een viewer en catalogus, met actuele informatie over het zorgaanbod (ggz en sociaal domein), specifieke expertise, beschikbare capaciteit, actuele wachttijden en een ontdebeldde wachtlijst.
2. De vraagtypering: gestructureerde verheldering van de hulpvraag van de cliënt aan de voorkant van het verwijzingsproces, met aandacht voor medische, psychologische en sociale context.
3. De matchingmodule: koppeling van de getypeerde vraag aan het beschikbare aanbod.

Wie een aanvraag indient voor het modelplan MSP, committeert zich aan de implementatie van de drie bovenstaande functies. De aanbodmonitor wordt landelijk ontwikkeld en beheerd. De implementatie van vraagtypering en matching volgt zodra de landelijke MSP-standaard hiervoor is vastgesteld; deze standaard is nog in ontwikkeling. De technische invulling van vraagtypering mag per regio variëren, zo lang de regio aansluit op de landelijke MSP-standaard. De matchingscriteria worden landelijk vastgesteld; regio's sluiten hier verplicht op aan. De implementatie van de drie functies verloopt gefaseerd.

Buiten scope van dit modelplan vallen regionale oplossingen die niet voldoen aan de afgesproken informatiestandaarden uit het landelijke MSP-traject. Voorbeelden van oplossingen die buiten scope vallen zijn:

- Regionale of sub-regionale aanbodcatalogi buiten MSP
- Standalone vraagtypering- of matchingtools die niet aansluiten op MSP-standaarden
- Lokale initiatieven zonder interoperabiliteit met de landelijke MSP-infrastructuur
- Bouwen van een eigen viewer met doorbraakmiddelen. Een regio mag wel een bestaande eigen viewer gebruiken, zo lang die voldoet aan de landelijke standaarden en koppelveisen.

Raadpleeg bij de uitwerking van de aanvraag de landelijke MSP-toolkit met good practices, implementatiestappen en templates, te vinden op www.mentaalshakelpunt.nl. De toolkit wordt beheerd door de MSP-werkorganisatie en periodiek geactualiseerd. In de toolkit zitten:

- Communicatiemiddelen die uitleg geven over het MSP in het algemeen, de techniek erachter en de handreikingen voor de gebruikers.
- Implementatieplan op hoofdlijnen dat regio's als vertrekpunt kunnen gebruiken voor het maken van hun eigen plan.
- Governance- en overlegstructuren voor de samenwerking tussen de regio en de MSP-werkorganisatie.
- Trainingsmateriaal om professionals in de regio te trainen.

Voor welke 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.

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: de kosten die samenhangen met de afbuiging van zorgvraag naar het sociaal domein vallen buiten dit modelplan en de bijbehorende businesscase. Deze kosten worden niet uit deze doorbraakmiddelen gedekt.

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

Gebruik bij de uitwerking de landelijke MSP-toolkit, te vinden op www.mentaalschakelpunt.nl.

1.1 Aanvraag

De aanvraag wordt ingediend door de Zvw-partij die in de regio als coördinerende partij voor het IZA-transformatieplan optreedt en de transformatiemiddelen beheert, namens alle Zvw-partijen binnen het mentaal gezondheidsnetwerk. Vul hieronder de gegevens in van die indienende Zvw-partij.

Naam Mentaal gezondheidsnetwerk

[Vul hier in]

Indienende Zvw-partij:

Naam instelling	AGB-code	Type instelling (ggz of huisarts)	Handtekening
<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>

[Wat is het aantal huisartsenpraktijken in de MGN-regio waarvoor u het Mentaal Schakelpunt implementeert?]

Eisen uit oplegger “Wie kan aanvragen?”

Eis	Geef hieronder aan of de aanvraag voldoet aan de eis
Het gezondheidsnetwerk heeft een intentieverklaring getekend voor deelname aan het MSP	<i>[Ja/Nee, met toelichting over de status van de intentieverklaring]</i>
De aanvraag wordt ingediend namens alle vertegenwoordigde domeinen (huisartsenzorg, ggz, sociaal domein, gemeente)	<i>[Ja/Nee]</i>
De aanvragende partij is gemandateerd om namens het mentaal gezondheidsnetwerk op te treden	<i>[Ja/Nee, voeg de mandaatverklaring indienende partij toe]</i>

1.2 Doel van de aanvraag

Het doel van de aanvraag is regionale implementatie en gefaseerde opschaling van het Mentaal Schakelpunt in het eigen Mentale Gezondheidsnetwerk. In de eerste fase nemen verwijzers, ggz-aanbieders en sociaal domein aanbieders de landelijke aanbodmonitor in gebruik. In de tweede fase implementeert de regio vraagtypering en matching, zodra de landelijke MSP-standaard hiervoor is vastgesteld. Samen zorgen deze drie functies ervoor dat verwijzers beschikken over een actueel aanbodoverzicht en gestructureerde ondersteuning bij het bepalen van de meest passende hulp voor de cliënt, waardoor verwijzingen vaker first-time-right zijn.

2. Aanpak en organisatie

Gebruik bij de uitwerking de landelijke MSP-toolkit, te vinden op www.mentaalschakelpunt.nl.

2.1 Aanpak

In dit onderdeel beschrijft u hoe u het Mentaal Schakelpunt gaat implementeren.

2.1.1 Probleem

De geestelijke gezondheidszorg kampt met aanhoudende wachttijden, een versnipperd aanbod en onvoldoende domein-overstijgende samenwerking. Verwijzers missen een actueel en compleet overzicht van het beschikbare aanbod bij ggz-aanbieders en in het sociaal domein. Daarnaast hebben verwijzers onvoldoende tijd en middelen om de hulpvraag van cliënten met mentale problematiek goed in kaart te brengen, met aandacht voor medische, psychologische en sociale factoren. Hierdoor is een deel van de verwijzingen naar de ggz niet passend, wat leidt tot her-verwijzingen, langere wachttijden en verloren behandelcapaciteit.

De aanbodmonitor van het Mentaal Schakelpunt brengt het ggz en sociaal domein aanbod actueel en uniform in beeld in één overzicht, inclusief een ontdebeldde wachtlijst. Met de aanbodmonitor kunnen verwijzers cliënten gerichter doorverwijzen naar de plek waar de benodigde zorg of hulp het snelst beschikbaar is. Met het volledige aanbod in scope verbetert de passende en tijdige instroom.

Vraagtypering en matching adresseren het tweede knelpunt. Via een gestructureerde vraagtyperings-module wordt de hulpvraag van de cliënt aan de voorkant van het verwijzingsproces in kaart gebracht. Op basis hiervan koppelt het matchingsalgoritme de vraag aan het beschikbare aanbod. Samen zorgen deze functies ervoor dat verwijzingen vaker first-time-right zijn en dat cliënten sneller op de juiste plek terechtkomen.

2.1.2 Verandering zorgproces

Huidige situatie (IST)

In de huidige situatie is het regionale verwijzingsproces afhankelijk van individuele expertise en netwerkkennis van de verwijzer. Informatie over het beschikbare aanbod is verspreid over meerdere bronnen en vaak niet actueel. De verwijzer heeft bovendien onvoldoende tijd en middelen om de hulpvraag van de cliënt systematisch in kaart te brengen. Dit leidt tot verwijzingen die niet altijd passen bij de situatie van de cliënt, tot her-verwijzingen en tot verloren intakecapaciteit bij aanbieders.

Toekomstige situatie (SOLL)

Na implementatie ondersteunt het MSP de verwijzer in het gehele toeleidingsproces. Aan de voorkant brengt de vraagtyperingsmodule de hulpvraag van de cliënt in kaart, inclusief medische, psychologische en sociale context. Op basis daarvan koppelt het MSP de vraag aan het beschikbare regionale aanbod, met een actueel en compleet beeld van ggz en sociaal domein aanbod, capaciteit en wachttijden. Het matchingsalgoritme doet vervolgens een passend verwijzingsvoorstel. De verwijzer behoudt altijd de regie over de uiteindelijke beslissing. Het resultaat is een verwijzingsproces dat minder afhankelijk is van individuele netwerkkennis, vaker first-time-right is en beter aansluit op de situatie van de cliënt.

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

2.1.3 Technologie

De aanvrager implementeert de landelijke aanbodmonitor van het Mentaal Schakelpunt. De aanbodmonitor is landelijk ontwikkeld. De landelijke MSP-werkorganisatie beheert deze als centrale bron. Aanbieders leveren hun aanbod, expertise en wachttijden aan via een gestandaardiseerde interface. Verwijzers raadplegen de monitor via een geautoriseerde interface, direct gekoppeld aan de werkplek.

De aanvrager implementeert vraagtypering en matching zodra de landelijke MSP-standaard hiervoor is vastgesteld. De technische invulling van vraagtypering mag per regio variëren (integratie in het HIS of via een patiëntinterface), mits de koppeling met het matchingsalgoritme geborgd is. De matchingscriteria worden landelijk bepaald en zijn voor alle regio's gelijk.

De MSP-werkorganisatie regelt de techniek en integratiemogelijkheden met bestaande systemen. De regio maakt de werkafspraken over het zorgproces en de organisatie van de zorg. Generieke afspraken die voor alle regio's gelden, worden gemaakt op de landelijke tafel MSP en binnen het landelijke kader. Als aanvrager voldoet u hieraan.

Zie voor de laatste status over de technologie www.mentaalschakelpunt.nl

[Geef aan of u bovenstaand voorstel overneemt of wijk hier gemotiveerd vanaf]

2.1.4 Borging van adoptie

Bij de voorloperregio's zijn lessen geleerd over hoe de nieuwe manier van werken ook na de doorbraakmiddelen goed functioneert. Gebruik de landelijke MSP-toolkit (te vinden op www.mentaalschakelpunt.nl) daarom als naslagwerk voor de geleerde lessen bij succesvolle implementaties uit de praktijk.

[Beschrijf hoe de werkwijze na de doorbraakmiddelen blijft werken. Ga tenminste in op: scholing, de gedragsveranderingscomponent bij gebruikers en adoptiemechanismen, betrokkenheid van cliënten/patiënten en structurele inbedding in de werkprocessen.]

2.1.5 Wet- en regelgeving

De aanvrager implementeert het mentaal schakelpunt in lijn met het landelijke MSP-traject. Aanvrager is verantwoordelijk voor het volgen van relevante wet- en regelgeving en landelijk beleid. Bijvoorbeeld AVG en VWS-beleid over digitale zorg en gegevensuitwisseling.

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

2.2 Projectplanning

De implementatie verloopt in twee fasen.

In de eerste fase schalen regio's op naar de aanbodmonitor. Deze fase start zodra de aanvraag is goedgekeurd en de regio klaar is voor aansluiting.

De implementatie van vraagtypering en matching start zodra de landelijke MSP-standaard hiervoor is vastgesteld en de regio klaar is voor aansluiting. De regio hoeft hiervoor niet opnieuw een aanvraagprocedure te doorlopen, maar plant de ingebruikname in zodra de landelijke tooling

beschikbaar is. De MSP-werkorganisatie informeert aansluitende regio's over de beschikbaarheid en ondersteunt de regio's bij de overgang naar fase 2.

Geplande startdatum en looptijd project (in maanden)

[Vul hier in: verwachte startdatum fase 1 en indicatieve planning fase 2, op basis van de meest recente informatie van de MSP-werkorganisatie over de beschikbaarheid van vraagtypering en matching]

Gebruik bij het invullen de landelijke MSP-toolkit, te vinden op www.mentaalshakelpunt.nl. Vul hier de projectplanning aan met meer detail en context.

Projectfase	Activiteiten	Planning <i>Start op</i>	Planning <i>Afgerond op</i>
Fase 1: aansluiting en commitment	<i>Tekenen intentieverklaring</i>		
	<i>[Vul in activiteit 2]</i>		
	...		
Fase 2: klaar voor gebruik			
Fase 3: eerste uitrol en tussenevaluatie			
Fase 4: opschaling			
Fase 5: eindevaluatie en borging			

2.3 Projectteam en governance

Gebruik bij de uitwerking de landelijke MSP-toolkit, te vinden op www.mentaalshakelpunt.nl. Deze bevat governance- en overlegstructuren die de samenwerking tussen regio en MSP-werkorganisatie beschrijven.

2.3.1 Projectteam

De implementatie van het mentaal schakelpunt vraagt een projectorganisatie. Sluit hierbij aan bij de bestaande projectorganisatie die al binnen de MGN-regio is ingericht.

2.3.2 Governance

In de aanvragende regio bestaat een projectteam dat valt binnen de bestaande governance- en overlegstructuur van het mentaal gezondheidsnetwerk. Het MGN bewaakt de naleving van de afspraken en escaleert bij niet-naleving.

Daarmee wordt voorkomen dat een nieuwe parallelle overlegstructuur ontstaat. Beperk de overleggen tot het strikt noodzakelijke en creëer zo min mogelijk lagen bij de implementatie.

Daarnaast neemt de regio deel aan het landelijke MSP-traject via de Regiotafel MSP. De MSP-werkorganisatie ondersteunt de regio bij de implementatie en bewaakt dat de landelijke afspraken over interoperabiliteit en datastandaarden in elke regio worden gevolgd.

[Beschrijf de governancestructuur]

3. Business case

Gebruik bij de uitwerking de landelijke MSP-toolkit, te vinden op www.mentaalschakelpunt.nl.

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]*

Het normbedrag voor het implementeren van het Mentaal Schakelpunt is 350.000 euro. Afhankelijk van de omvang van uw regio kan dit bedrag maximaal 20% hoger of lager uitvallen. Een regio met meer huisartsenpraktijken ontvangt een hoger bedrag, een regio met minder praktijken een lager bedrag. Op basis van het aantal huisartsenpraktijken, zoals ingevuld bij §1.1 Aanvraag, is het toekenningsbedrag automatisch bepaald.

Een vast percentage (27%) van het normbedrag is bestemd voor de werkorganisatie MSP, die bovenregionaal technische maatwerkoplossingen biedt. Dit gaat niet om het ontwikkelen van basisfunctionaliteit: ontwikkeling loopt via de IZA-transformatiemiddelen, terwijl de doorbraakmiddelen voor opschaling zijn. De coördinerende aanvrager van de MGN-regio ontvangt het volledige normbedrag en keert dit percentage naar rato uit aan de werkorganisatie MSP. Aan de besteding zijn randvoorwaarden verbonden en de werkorganisatie MSP verantwoordt haar activiteiten aan de regio's.

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 mag geen sprake zijn van dubbele financiering dan wel financiering van zaken waarvoor andere gealloceerde middelen (zoals IZA-transformatiemiddelen) beschikbaar zijn. Licht toe of aan deze eis wordt voldaan.

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 het mentaal schakelpunt heeft impact op de arbeidsinzet. Deze besparing is 16 fte per miljoen euro investering in het conservatieve scenario.

De structurele baten zijn berekend op basis van een verwachte daling van het aantal verkeerde verwijzingen, afbuiging naar sociaal domein, ombuiging naar lichtere ggz, minder her-verwijzingen,

minder transferoverleg en handmatige coördinatie, en minder dubbele registratie en onderhoud van aanbodinformatie.

Structurele lasten vallen buiten de aangevraagde financiering. Structurele bekostiging van het MSP binnen reguliere contractering en bekostiging is op dit moment nog in ontwerp. Er zijn verschillende routes mogelijk, die in de volgende fase van het landelijke MSP-traject worden uitgewerkt.

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

De implementatie en opschaling van het Mentaal Schakelpunt heeft naar verwachting de volgende indirecte effecten.

- **Werkdruk en werkplezier van verwijzers.** Verwijzers zijn minder tijd kwijt aan het zoeken van passend aanbod en het in kaart brengen van de hulpvraag. De aanbodmonitor biedt één actueel overzicht van het regionale aanbod; de vraagtyperingsmodule ondersteunt de verwijsbeslissing zonder extra handelingen in het consult, mits geïntegreerd in het HIS.
- **Werkdruk en werkplezier van aanbieders.** Ggz-aanbieders en sociaal domein aanbieders leggen hun aanbodinformatie nog maar op één plek vast (de landelijke aanbodmonitor), in plaats van bij iedere zorgverzekeraar en verwijspartner afzonderlijk.
- **Kwaliteit van zorg en ondersteuning.** Door betere vraagverheldering en matching aan de voorkant kan de verwijzer een meer passende keuze maken, ook richting het sociaal domein als alternatief voor ggz.
- **Toegankelijkheid voor cliënten en patiënten.** Doordat verwijzers actueel zicht hebben op het regionale aanbod en cliënten gerichter worden doorverwezen, neemt de kans toe dat cliënten sneller op de juiste plek terechtkomen. Ook neemt de wachttijd af, waardoor klachten tijdens de wachttijd minder verergeren.
- **Werkdruk voor verzekeraars.** Zorgverzekeraars kunnen de proactieve zorgbemiddeling en transfertafelactiviteiten afbouwen en waar nodig gebruik maken van de informatie in de aanbodmonitor.

4. KPI's en monitoring

Gebruik bij de uitwerking de landelijke MSP-toolkit, te vinden op www.mentaalschakelpunt.nl.

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).
- **Sturings-KPI's:** wat de inzet oplevert. Deze KPI's bepalen of u het sturingsbudget 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 goedkeuring van het plan, 30% na het klaar voor gebruik maken, 15% na de tussentijdse evaluatie en kennisdeling en 10% na de 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 het startsignaal is gegeven. Hiervoor is in ieder geval nodig: • Nulmeting is uitgevoerd • Er is een overzicht van samenwerkafspraken tussen de belangrijkste partners in de regio • 50% van de ggz-aanbieders in de regio zijn zichtbaar in aanbodmonitor • 50% van de sociaal domein aanbieders zijn zichtbaar in aanbodmonitor	30%
A3 – Tussentijdse evaluatie en kennisdeling	Evaluatie: Evaluatierapportage opgeleverd aan zorgverzekeraar met gemeten waarden op de stuur-KPI en alle overige KPI's, afgezet tegen de nulmeting. Evalueer en licht toe hoe u naar aanleiding van de evaluatie verbeteringen toepast. Op het moment van de tussentijdse evaluatie is in ieder geval nodig: • 50% van de huisartsenpraktijken hebben ieder minimaal 1 verwijzer getraind in het gebruik van het MSP • 50% van de huisartsenpraktijken beschikken over de MSP-vraagtyperingstool	15%

	Kennisdeling: Deelname en tenminste één bijdrage geleverd aan kennisnetwerken, gericht op implementatie.	
A4 – Eindevaluatie en kennisdeling	Evaluatie: Evaluatierapportage opgeleverd aan zorgverzekeraar met gemeten waarden op de stuur-KPI en alle overige KPI's, afgezet tegen de nulmeting. Kennisdeling: Deelname en tenminste één bijdrage geleverd aan kennisnetwerken, gericht op borging van adoptie en impact.	10%

4.1.2 Sturings-KPI's

Het sturingsbudget is 30% van het totaalbudget. Uitbetaling vindt plaats aan het einde van het project. U ontvangt het sturingsbudget naar rato van de mate waarin u de streefwaarden op de sturings-KPI haalt. Voorwaarde is dat u de meting aantoonbaar heeft uitgevoerd; zonder uitgevoerde en onderbouwde meting volgt geen uitbetaling.

KPI	Indicator	% van budget
B1 – Adoptiegraad	Het aandeel patiënten dat is verwezen waarbij gebruik is gemaakt van de inzichten van het MSP, ten opzichte van het totaal aantal verwijzingen naar de ggz, het sociaal domein en het verkennend gesprek.	Adoptiegraad meer dan 40%: 10% Adoptiegraad meer dan 60%: 20% Adoptiegraad meer dan 80%: 30%

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. Voorwaarde is dat u de meting aantoonbaar heeft uitgevoerd; zonder uitgevoerde en onderbouwde meting volgt geen uitbetaling.

KPI	Indicator	% van budget
C1 – Het aantal (ontdubbelde) wachtenden per MGN-regio en regionale wachttijden	Nulmeting van wachtlijst in kaart brengen bij de start van het project. Daarna structurele monitoring en halfjaarlijkse evaluatie. Doel: De wachtlijst blijft gelijk of neemt af. Vanaf de start van het project.	Geen, wel essentieel voor behalen KPI's A3 en A4
C2 – Waardering van de gebruikerservaring door verwijzers	Via het MSP-platform de Net Promoter Score vraag laten stellen aan verwijzers in de regio.	Geen, wel essentieel voor

	Doel: Een NPS van >15 aan het einde van 2029	behalen KPI's A3 en A4
C3 – Besparing van verwijstijd per patiënt	Steekproef bij de start van het project vergeleken met een jaarlijkse steekproef bij >15 huisartsen uit de regio. Doel: Afname van 10 minuten verwijstijd per patiënt aan het einde van 2029	Geen, wel essentieel voor behalen KPI's A3 en A4
C4 – Instroom in de ggz	Aantal instromers ggz gecorrigeerd voor bevolkingsgroei vergelijken met de instroom in het jaar voorafgaand aan de start van het plan (2026) Doel: De instroom is lager dan die in 2026 (met inachtneming van de bevolkingsgroei)	Geen, wel essentieel voor behalen KPI's A3 en A4

[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. Gebruik bij de uitwerking de landelijke MSP-toolkit, te vinden op www.mentalschakelpunt.nl.

Risico's	Mitigerende maatregelen
Onvoldoende adoptie door huisartsen, ggz aanbieders en sociaal domein partijen, in het bijzonder bij kleine aanbieders.	Beheersing onder andere door regionale begeleiding, terugkoppeling op gebruik en periodieke bespreking van knelpunten.
Vertraging in de landelijke bouw van de aanbodmonitor of in de vaststelling van de MSP-standaard voor vraagtypering en matching, waardoor regionale opschaling vertraging oploopt.	Fasering in projectplanning en KPI's houdt rekening met deze afhankelijkheid. Bij aantoonbare vertraging wordt de tijdlijn voor fase 2 in overleg bijgesteld.
Onzekerheid over structurele bekostiging na 2029, waardoor het MSP na de eenmalige impuls mogelijk onvoldoende geborgd is.	Structurele bekostiging van het MSP binnen reguliere contractering en bekostiging is op dit moment nog in ontwerp. Er zijn verschillende bekostigingsroutes denkbaar, die in de volgende fase van het landelijke MSP-traject verder worden uitgewerkt.
Verschuiving van werk of kosten naar andere zorgaanbieders, huisartsen, gemeenten of mantelzorg.	Bij implementatie expliciete monitoring op de ketenrelaties; bij scheve verdeling wordt bijgestuurd.
Onvoldoende standaardisatie doordat regio's afwijkende technische keuzes maken bij de invulling van vraagtypering, waardoor interoperabiliteit met de landelijke MSP-infrastructuur niet geborgd is.	Regio's committeren zich via de intentieverklaring aan de landelijke MSP-standaard. Afwijkingen worden gesignaleerd via de Regiotafel.
Onduidelijkheid over wie juridisch verantwoordelijk is voor het verwerken van patiëntgegevens bij vraagtypering en monitoring. De zorgaanbieder is hiervoor uiteindelijk verantwoordelijk. Het goed invullen van dergelijke verantwoordelijkheden is ingewikkeld.	De werkorganisatie MSP houdt het risicoprofiel in beeld en houdt hier rekening mee bij de verdere uitwerking, mede in samenhang met de nog te maken architectuurkeuze.
De businesscase berust op de samenhang van de drie functies, terwijl vraagtypering en matching nog in ontwikkeling zijn en nog geen bewezen best practice. Daardoor is het commitment op deze onderdelen bij inschrijving onzeker.	Vraagtypering en matching worden concreter gemaakt in afstemming met de werkorganisatie MSP en de landelijke tafel. De fasering in projectplanning en KPI's houdt rekening met deze afhankelijkheid.

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