

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
4272312-1090593-CZ

Bijlage(n)

1

Kenmerk afzender

Datum 10 november 2025
Betreft Voorhangbrief bekostiging RESV

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Met deze voorhangbrief informeer ik uw Kamer op grond van artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg), over de inhoud van een aanwijzing die ik van plan ben te geven op grond van artikel 7 van de Wmg aan de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). De aanwijzing heeft betrekking op een experiment voor de bekostiging van de activiteiten van regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden met inbegrip van de activiteiten van hechte wijkverbanden (hierna gezamenlijk: 'RESV-activiteiten'), zoals door partijen is afgesproken in de *visie eerstelijnszorg 2030* (hierna: 'visie'). Overeenkomstig artikel 8 van de Wmg wacht ik tot het geven van de aanwijzing totdat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Van de vaststelling van de aanwijzing zal ik mededeling doen door plaatsing in de Staatscourant.

De rechtstreekse bekostiging van RESV-activiteiten is randvoorwaardelijk voor de uitvoering van de visie en met de beoogde aanwijzing aan de NZa geef ik concreet invulling aan (afpraak D2 van) het aanvullend Zorg- en WelzijnsAkkoord (AZWA). In deze brief zal ik ingaan op de aanleiding en de wens tot rechtstreekse bekostiging van RESV-activiteiten. Vervolgens beschrijf ik de afweging tot de beoogde experimentbekostiging, de beoogde vormgeving van de prestatie en de monitoring en evaluatie. Ik sluit de brief af met de inhoud van de voorgenomen aanwijzing.

1.Aanleiding: behoud van een goede en toegankelijke eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is laagdrempelig toegankelijk en daarmee het eerste aanspreekpunt voor alle zorgvragen van inwoners. Er wordt generalistische persoonsgerichte zorg gegeven door voor de inwoner bekende gezichten, zoals bijvoorbeeld de huisarts, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut of diëtist. De eerstelijnszorg vangt de meeste zorgvragen zelf op en kan indien nodig doorverwijzen naar andere (vaak duurdere) specialistische zorg. De eerstelijnszorg speelt daarmee een onmisbare rol in ons zorgstelsel.

Zorg in de eerste lijn wordt echter niet altijd in optimale samenhang aangeboden omdat het versnipperd georganiseerd is. Daarbij neemt de druk toe door onder andere de vergrijzing, een groeiende zorgvraag en een groeiend tekort aan personeel. De recente zorgakkoorden waaronder het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het AZWA richten zich in de kern op afspraken om de zorg toekomstbestendig te houden. Daarvoor maakt het zorgveld gezamenlijk de beweging 'naar de voorkant', waarmee meer nadruk komt te liggen op het voorkomen van zorg en/of voorkomen dat een zorg- of hulpvraag verergert.¹

Kenmerk
4272312-1090593-CZ

De eerstelijnszorg, en in het verlengde daarvan ook het sociaal domein, bevindt zich aan deze voorkant van de zorg. Om de eerstelijnszorg nu en vooral ook in de toekomst toegankelijk te houden, zijn afspraken gemaakt over de versterking van (de samenwerking in) de eerstelijnszorg. Hiertoe is met de betrokken partijen in de eerstelijnszorg de visie opgesteld, die zes doelen beschrijft waarmee we gezamenlijk de continuïteit en toegankelijkheid van eerstelijnszorg waarborgen. Versterking van de samenwerking op wijk- en regionaal niveau is daarvan een belangrijke pijler.² Met de visie zetten we in op samenwerking binnen hechte wijkverbanden, waarin zorg- en hulpverleners elkaar makkelijk weten te vinden en zij goed vindbaar zijn voor bewoners van de buurt of wijk. Daarnaast zetten we in op regionale samenwerking, om zorgverleners in de wijk te ondersteunen bij hun werk en hen een stem te geven wanneer in de regio afspraken gemaakt worden over de toekomst van de zorg. Dit laatste zal gebeuren via een RESV, dat op regionaal niveau een centrale rol speelt voor coördinatie-, organisatie- en ondersteuningsactiviteiten, ten dienste van de vele zorgaanbieders in de eerste lijn. Zo kunnen de zorgverleners zich focussen op hun kerntaak: het leveren van zorg. Een RESV is een samenwerkingsverband door en voor zorgverleners. In de visie zijn afspraken gemaakt over de vijf hoofdtaken van een RESV. Naast regionale samenwerking is ook de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein in de visie een essentiële factor. Hierover zijn verdere afspraken gemaakt in het AZWA.

Op dit moment zijn alle regio's aan de slag met de implementatie van de visie, waaronder het opzetten van RESV's. Daarbij worden ze in de periode t/m 2026 financieel en praktisch ondersteund door ZonMw. In de visie en het AZWA is afgesproken dat vanaf 2027 de RESV's (en via hen ook de hechte wijkverbanden) structureel via de contractering door de zorgverzekeraars worden gefinancierd. In het AZWA zijn deze afspraken verder bestendigd door onder andere het structureel beschikbaar stellen van financiering voor RESV-activiteiten.³ De marktleidende zorgverzekeraar zal de afspraken voor de uitvoering van RESV-activiteiten maken en de andere verzekeraars zullen deze afspraken volgen. Mijn voorganger heeft de Tweede Kamer hierover eerder dit jaar geïnformeerd.⁴ Om de activiteiten goed in te vullen is het wenselijk dat de zorgverzekeraar deze als pakket rechtstreeks kan inkopen bij een RESV en niet via alle individuele zorgaanbieders. Dat zou het gemeenschappelijk belang niet vooropzetten en dan blijft de samenwerking versnipperd. Het is daarom mijn doel dat zorgverzekeraars lumpsumafspraken kunnen maken met een RESV over activiteiten die niet patiëntgebonden zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het ondersteunen van hechte wijkverbanden. Om deze inkoop van RESV's door zorgverzekeraars mogelijk te

¹ Kamerstuk II 2024/25 31765, nr. 943

² Kamerstuk II 2023/24 33578, nr. 113

³ Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Bijlage bij Kamerstuk II 2024/25 31765 nr. 943

⁴ Kamerstuk II 2024/25 33578, nr. 162

maken is een nieuwe vorm van bekostiging noodzakelijk. Daarover gaat deze brief en mijn voorgenomen aanwijzing.

Kenmerk
4272312-1090593-CZ

2. Experimentele bekostiging

Ik heb samen met de NZa en het Zorginstituut Nederland (hierna: overheidspartijen) geconstateerd dat het rechtstreeks bekostigen van RESV-activiteiten (via de in deze brief aangekondigde voorgenomen aanwijzing) mogelijk kan worden gemaakt. Tegelijkertijd bestaan er nog wel vraagstukken over de impact, doelmatigheid en kostenbeheersing. Daarbij doel ik op de grote mate van regionale vrijheid waarmee RESV-activiteiten kunnen worden ingevuld en uitgevoerd. Bovendien is er sprake van een ontwikkelfase tot 2030. Dat betekent dat partijen hebben afgesproken dat regio's de RESV-activiteiten de komende jaren ontwikkelen en het totaalpakket van RESV-activiteiten in 2027 nog niet volledig hoeft te staan. De regio's zullen allemaal een eigen ontwikkeltempo hebben op weg naar het uitvoeren van alle beoogde RESV-activiteiten. Bekostiging op basis van een experiment is daarom het meest passend. Enerzijds omdat daarbinnen monitoring en evaluatie van beoogde resultaten goed kan plaatsvinden. Anderzijds omdat een experiment ruimte geeft om tussentijds bij te sturen. Overheidspartijen zullen hiertoe met zorgaanbieders en verzekeraars in gesprek blijven gedurende de ontwikkelfase tot 2030. Voor een goede verantwoording en om de uitgaven goed in de risicoverevening in te kunnen brengen, maken overheidspartijen in afstemming met zorgverzekeraars voor aanvang van de publicatie van de beleidsregel afspraken over de financiële verantwoording.

Met de inzet op meer regionale samenwerking in de zorg, groeit de noodzaak voor bekostiging van zorgondersteuningsactiviteiten, zoals in dit geval door een RESV. De ervaringen uit dit experiment kunnen daarom relevante informatie opleveren voor vergelijkbare dossiers en kunnen ook inzicht geven in de consequenties voor bijvoorbeeld de risicoverevening. Ik verken daarnaast momenteel de mogelijkheden om de (zelfstandige bekostiging van) zorgondersteuningsactiviteiten steviger in de wet op te nemen.

3. Vormgeving voorgestelde prestatie

De NZa heeft – gegeven bovengenoemde context – met overheidspartijen en in afstemming met partijen in de eerstelijnszorg een aantal uitgangspunten opgesteld waarop zij feitelijk vorm kan geven aan de voorgestelde prestatie. De uitwerking hiervan wordt hieronder weergegeven.

- Een prestatiebeschrijving in een experimentele beleidsregel, met als doel invulling te geven aan de RESV-activiteiten die bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in de eerste lijn.
- In de prestatiebeschrijving wordt voor de inkleuring van RESV-activiteiten verwezen naar de vijf hoofdtaken zoals partijen zijn overeengekomen in de visie (en nadere uitwerking daarvan in de RESV-notitie⁵): 1) mandatering en vertegenwoordiging van de eerstelijnsdisciplines, 2) regionaal organiseren van capaciteit en toegankelijkheid van eerstelijnsdisciplines, 3) zorginhoudelijke afspraken over specifieke patiëntengroepen, 4) ondersteuning hechte wijkverbanden, 5) Faciliteren en ondersteunen van alle eerstelijnszorgaanbieders. Onder hoofdtak 4 begrijpen partijen ook

⁵ Uitwerking Regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden RESV. Bijlage bij Kamerstuk II 2024/25 33578, nr. 162

de eigen taken van de hechte wijkverbanden (dus niet alleen de ondersteuning vanuit het RESV). Dit betreft twee taken, in de visie weergegeven als: 1) aanspreekbaar zijn om samenwerkingsafspraken te maken en 2) gestructureerd ontwikkelingen bespreken en knelpunten verzamelen in de wijk. De NZa zal de prestatie niet nader op activiteitsniveau formuleren, om ruimte te behouden voor regionale diversiteit en maatwerkafspraken gebaseerd op de regionale behoefte.

- Deze vormgeving doet een groot beroep op zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in contractafspraken verdere concrete invulling aan de activiteiten te geven, zodat men tot zinvolle investeringen komt. De prestatie kan dan ook alleen in rekening worden gebracht wanneer er een overeenkomst is met een zorgverzekeraar.
 - o Betrokken partijen in de eerstelijnszorg hebben een landelijke handreiking opgesteld, met handvatten voor de contractering. Daarin staan concrete voorwaarden opgenomen waaraan dient te worden voldaan om in aanmerking te komen voor de financiering van de RESV-activiteiten. Zo zal er een RESV-plan moeten liggen, waarin ook de doorontwikkeling van de komende jaren wordt weergegeven. De handreiking zal periodiek worden herijkt omdat regio's een sterke ontwikkeling zullen doormaken naar het uitvoeren van het volwaardig takenpakket in 2030. De handreiking heb ik meegestuurd als bijlage van deze brief.
- Gelet op de gewenste ruimte voor regionale diversiteit en maatwerkafspraken zal de prestatie een vrij tarief kennen waarbij lumpsum betalingsafspraken mogelijk zijn.
- Het totale samenhangende pakket van hoofdtaken moet ervoor zorgen dat de doelen uit de visie worden bereikt. De vijf hoofdtaken zullen daarom onderdeel zijn van één plan tussen zorgverzekeraar(s) en RESV.⁶
- Binnen de beleidsregel wordt onderlinge dienstverlening mogelijk gemaakt. Hierdoor kunnen financiële middelen voor RESV-activiteiten van de hoofdaannemer, doorstromen naar andere contractanten (onderaannemer) bijvoorbeeld de wijkverbanden en de deelnemers van de samenwerkingsverbanden.

4. Monitoring en evaluatie

De visie eerstelijnszorg 2030 en aanvullende stukken geven weer hoe eerstelijnspartijen gezamenlijk de ontwikkeling van de eerste lijn zien, met daarin de belangrijke regionale rol voor RESV's. Het is op voorhand nog niet te voorzien waar exact de behoefte in de verschillende regio's ligt. Daarnaast zal de praktijk moeten uitwijzen of de prestatie goed uitvoerbaar is voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheden voor toezicht en handhaving door de NZa. Monitoring en evaluatie van het experiment is daarom noodzakelijk om inzicht te krijgen in de toepassing van de voorgenomen prestatie in de praktijk. Monitoring en evaluatie maakt bijstelling van de prestatie mogelijk en helpt bij de besluitvorming over structurele bekostiging na de experiment fase.

- Ten eerste vraag ik de NZa de praktische invulling van de prestatie te monitoren, met daaraan gekoppeld een inventarisatie van knelpunten die men in de praktijk ervaart. Per hoofdtak moet zodoende minimaal duidelijk worden welke (type) afspraken zijn gemaakt.

⁶ Uit de handreiking contractering volgt dat de prestatie echter wel kan worden afgesproken met meerdere partijen in één regio volgend uit één plan.

- Ten tweede vraag ik de NZa in hoeverre de prestatie bijdraagt aan de realisatie van de doelen van de visie: houdbare toegankelijke eerstelijnszorg. Er zal gemonitord moeten worden op impact, doelmatigheid en kostenbeheersing. Alle bij de visie betrokken partijen zullen een rol moeten hebben in het oordeel of de prestatie in de experimentfase brengt wat op voorhand werd beoogd.

Kenmerk
4272312-1090593-CZ

De monitoringsresultaten zullen jaarlijks worden geëvalueerd met betrokken partijen. Dit geeft ook zinvolle input voor verdere aanscherping van de contractering van RESV-activiteiten in de komende jaren. Ik vraag de NZa om de monitoringsresultaten ook te gebruiken bij beoordeling van het experiment na afloop, als opmaat naar besluitvorming over de stap naar structurele bekostiging van RESV-activiteiten. Een aandachtspunt bij de monitoring is dat de RESV-activiteiten inhoudelijk deels kunnen overlappen met al bestaande activiteiten zoals bijvoorbeeld declaraties via de prestaties voor 'organisatie & infrastructuur' (O&I) in de huisartsenzorg. Het is de gezamenlijk taak van zorgverzekeraars en aanbieders om duidelijk te maken welke activiteiten vanuit dit experiment worden gedeclareerd – en waarom – en te bewaken dat activiteiten niet dubbel worden gefinancierd.

Voordat het experiment start, werkt de NZa samen met overheidspartijen uit hoe de monitoring concreet vorm krijgt. Daarbij zal waar mogelijk worden aangesloten bij lopende monitoringsactiviteiten vanuit bijvoorbeeld het IZA en die van het multidisciplinair consortium 'Mechanismen voor Ondersteuning van de Versterking Eerste lijn (MOVE) vanuit ZonMw. Daarnaast zullen zorgverzekeraars zelf de ontwikkelingen nauwgezet volgen. Ik vraag de NZa om alle partijen die betrokken zijn bij de visie eerstelijnszorg te betrekken bij de evaluatie.

Als onderdeel van de monitoring van de RESV-activiteiten, zullen overheidspartijen gezamenlijk zorgen voor een inventarisatie en evaluatie van uitvoeringsvraagstukken en knelpunten in het stelsel die zich mogelijk voor zullen doen bij dit (type) bekostigingsexperiment. Zoals bijvoorbeeld eventuele marktverstoring en keuzevrijheid voor de patiënt. Dergelijke aspecten zullen worden meegewogen bij zowel de voortzetting van structurele financiering van RESV-activiteiten in de eerstelijnszorg als ook bij de bredere toepassing van bekostiging voor andere vergelijkbare zorgondersteuningsactiviteiten.

5. Zakelijke inhoud van de aanwijzing

Om bekostiging op basis van de in paragraaf 3 genoemde uitgangspunten mogelijk te maken ben ik voornemens een aanwijzing aan de NZa te geven. Met deze aanwijzing zal ik de NZa opdragen om op grond van artikel 58 Wmg vanaf 1 januari 2027 beleidsregels en waar nodig regels vast te stellen voor een nieuw experiment voor de bekostiging van RESV-activiteiten (met inbegrip van de activiteiten van hechte wijkverbanden) binnen de Zvw. Ik zal de NZa vragen het volgende op te nemen in haar regelgeving:

- Een prestatiebeschrijving voor een experiment met als doel om invulling te geven aan uitsluitend de vijf RESV-hoofdtaken (met inbegrip van de eigen taken van hechte wijkverbanden) uit de visie, en nadere uitwerking in de RESV-notitie. De uitvoering van deze taken beogen bij te dragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in de eerste lijn;
- De prestatiebeschrijving heeft een vrij tarief waarbij lumpsum betalingsafspraken mogelijk zijn;

- De prestatie kan alleen in rekening gebracht worden wanneer er een overeenkomst is met een zorgverzekeraar;
- Het beoogde experiment heeft een looptijd van maximaal vijf jaar en eindigt daarmee uiterlijk op 1 januari 2032.

Kenmerk
4272312-1090593-CZ

Zo ontstaat de mogelijkheid tot rechtstreekse declaratie van de RESV-activiteiten die in afspraak met zorgverzekeraars worden gemaakt. In het AZWA heb ik met partijen afgesproken dat de kosten van deze activiteiten zullen vallen onder het budgettaire kader multidisciplinaire zorg en daarvoor wordt het kader vanaf 2027 structureel met €70 miljoen opgehoogd. Het (verplicht) eigen risico is niet van toepassing op RESV-activiteiten.

Monitoring en evaluatie maken deel uit van het experiment. Het experiment zal tijdens de uitvoering jaarlijks door de NZa worden gemonitord en geëvalueerd. In paragraaf 4 beschreef ik de twee hoofdpunten waarop de monitor zal moeten ingaan. De voortgang van het experiment zal ik naar aanleiding van de jaarlijkse evaluaties bespreken met de NZa en wordt met de Tweede Kamer gedeeld. Aan de hand van onder meer de evaluatie zal worden besloten op welke wijze de experimentprestaties kunnen worden voortgezet, bijvoorbeeld in reguliere prestaties.

Ten slotte

In 2025 zijn nagenoeg alle regio's met de eerste RESV-activiteiten gestart, met behulp van de ZonMw uitvoeringssubsidie en daar ben ik erg blij mee. Die subsidie kan worden ingezet tot en met 2026, waarop vanaf 2027 de in deze voorhangbrief beschreven beoogde experimentbekostiging zal volgen. De vormgeving van RESV-activiteiten kan zodoende in de praktijk stap voor stap worden ingevuld en de komende jaren worden uitgebouwd tot uitvoering van het brede takenpakket in 2030 zoals dat is afgesproken in de visie en het AZWA.

Ik ben verheugd dat met ingang van 1 januari 2027 de bekostiging van RESV-activiteiten via dit experiment tot stand komt, zodat de samenwerking in de eerstelijnszorg én daarbuiten kan worden versterkt. Dit is een mooie en belangrijke stap die we gezamenlijk met betrokken partijen van de eerste lijn hebben kunnen zetten. De regionale én landelijke doorontwikkeling zal gedurende de experimentfase nog veel vragen van alle betrokkenen en daarbij zullen we ongetwijfeld nog tegen een aantal vraagstukken aanlopen. Dat heb ik in deze brief ook benoemd, maar ik ben ervan overtuigd dat de betrokken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheidspartijen deze uitdaging niet uit de weg zullen gaan en gezamenlijk tot oplossingen komen zoals zij ook gezamenlijk tot de visie zijn gekomen. Zo werken we allemaal aan een eerstelijnszorg die we voor iedereen toegankelijk houden.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Jan Anthonie Bruijn

Handreiking contractering RESV



23-10-2025

Handreiking contractering RESV

Op weg naar een succesvol regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV). Dit document geeft schrijvers en beoordelaars van RESV-plannen de informatie die minimaal nodig is voor een RESV-plan en licht drie fasen toe:

1. De voorbereiding van het RESV-plan
2. De beoordeling
3. De contractering

AANLEIDING

Waarom samenwerking belangrijk is

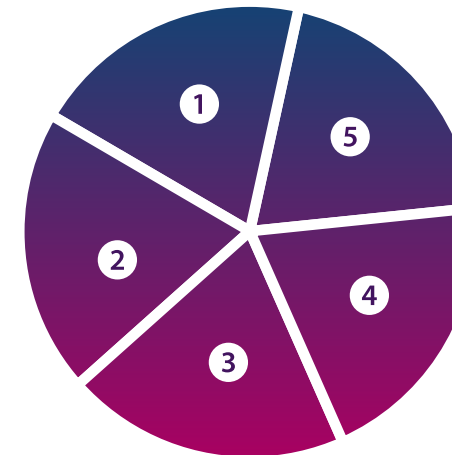
De eerstelijnszorg staat onder druk, terwijl haar rol in het bieden van toegankelijke, persoonsgerichte en samenhangende zorg belangrijker is dan ooit. Door samenwerking in de wijk en regio, beter benutten van capaciteit, digitale ondersteuning en een sterke verbinding met het sociaal domein, bouwen we aan een toekomstbestendige eerstelijnszorg die aansluit bij de behoeften van inwoners en zorgverleners – juist ook voor mensen in kwetsbare situaties en met een kwetsbare gezondheid. In de **Visie Eerstelijnszorg 2030** en de notitie **‘Uitwerking RESV’** is dit uitgebreid toegelicht.

Samenwerking in de regio en met zorgverzekeraars en gemeenten

Er is al veel samenwerking in de regio binnen de eerste lijn, inclusief het sociaal domein¹. De afspraken in het RESV-plan bouwen hierop voort. In de Visie Eerstelijnszorg 2030 staat

Regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband met vijf hoofdtaken

- ① **Mandatering/vertegenwoordiging van de eerstelijns disciplines bij afspraken** met andere partijen en sectoren en vertegenwoordiging bij de ROAZ. Individuele aanbieders worden sterk gestimuleerd zich bij de mandatering van het eerstelijnsamenwerkingsverband aan te sluiten.
- ② **Regionaal organiseren van capaciteit en toegankelijkheid eerstelijnsdisciplines** op basis van knelpunten in de eerstelijnszorg in de regio, bestaande regioplannen en beelden (incl. ROAZ-beelden/plannen).
- ③ **Zorginhoudelijke afspraken over specifieke patiëntengroepen** zoals kwetsbare ouderen, mensen met chronische aandoeningen die voor de hele regio gelden. Bijvoorbeeld in de vorm van zorgprogramma's.



- ⑤ **Faciliteren en ondersteunen** van alle eerstelijnszorgaanbieders in de regio (ICT, capaciteitsmanagement, huisvesting, etc.)
Individuele aanbieders hebben vrijheid om hier volledig/deels/geen gebruik van te maken, zolang ze in lijn werken met afspraken in de regio.
- ④ **Ondersteuning hechte wijkverbanden**, c.q. ervoor zorgen dat er in alle wijken/dorpen van de betreffende regio de samenwerking tussen kernspelers/professionals is vormgegeven in hechte wijkverbanden, zodat zij kunnen inspelen op specifieke behoefte van inwoners.

samenwerking in de wijk en in de regio centraal, om samenhangende zorg en ondersteuning te bieden op basis van de behoefte van mensen met complexe zorg- en welzijnsvragen. Het RESV maakt afspraken over vijf hoofdtaken en voert deze uit (of laat deze uitvoeren). Het gaat hier onder andere om de ondersteuning van hechte wijkverbanden.

UITGANGSPUNTEN RESV-PLAN

Voor de beoordeling en financiering van RESV-plannen gelden de volgende uitgangspunten:

Deadline RESV-plan 15 juli 2026

Om tijdig contractafspraken te kunnen maken tussen het RESV, andere relevante aanbieders² en financiers, dient het RESV-plan

uiterlijk 15 juli voorafgaand aan het jaar van contractering aangeleverd te zijn bij de zorgverzekeraar(s) die marktleider is (zijn) in de betreffende regio voor definitieve beoordeling.

Ontwikkelfase 2027 tot en met 2029

Het RESV-plan moet voor tenminste het jaar 2027 concreet zijn én laten zien welke stappen worden beoogd voor 2028 en 2029. Om voor 2027 in aanmerking te komen voor financiering door zorgverzekeraars moet een RESV voldoen aan de minimale eisen zoals beschreven in bouwsteen 1. De overige bouwstenen worden in het RESV-plan zo concreet mogelijk ingevuld. Hierbij wordt specifiek beschreven hoe de ontwikkeling zal zijn in 2028 en 2029 (zie bouwsteen 6). Als een samenwerkingsverband (nog) niet aan de minimale eisen (zie bouwsteen 1) kan voldoen of andere bouwstenen (nog) niet of slechts gedeeltelijk kan invul-

len, neemt het samenwerkingsverband tijdig contact op met de beoordelend zorgverzekeraar(s) en (mandaat)gemeenten in het (beoogde) werkgebied.

Betrokkenheid financiers

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor financiering van de activiteiten van het RESV-plan die passen binnen de Zorgverzekeringswet. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor financiering van activiteiten door of binnen het sociaal domein. Het is belangrijk voor de beoordeling van het RESV-plan en financieringsafspraken dat zorgverzekeraars en (mandaat)gemeenten al in een zeer vroeg stadium betrokken worden bij de regionale samenwerking en de vorming van RESV-plannen.

Financiering zorginhoudelijke activiteiten

Bij zorginhoudelijke activiteiten kunnen alleen activiteiten voor coördinatie en organisatie op de begroting bij een RESV-plan worden opgenomen, een RESV is geen hoofdaannemer van zorginhoudelijke activiteiten. Uitzonderingen zijn mogelijk voor regio's waar het RESV toch het hoofdaannemerschap van zorginhoudelijke activiteiten op zich wil nemen, als partijen (zorgaanbieders en -verzekeraars) dit van meerwaarde vinden voor de zorg in de wijk en regio. Dit vraagt maatwerk van de verzekeraars.

Financiering Hechte Wijkverbanden

Om voor financiering van hechte wijkverbanden via een RESV in aanmerking te komen, voldoet een hecht wijkverband minimaal

aan de volgende eisen, zoals ook beschreven in de Visie Eerstelijnszorg 2030:

- **Samenstelling** Een hecht wijkverband bestaat minimaal uit één of enkele afgevaardigde aanspreekpunten van de huisartsenzorg, wijkverpleging, apothekers en het sociaal domein, waaronder sociaal werk. Afhankelijk van de context in de wijk, het soort afspraken en samenstelling van het hechte wijkverband kunnen ook andere disciplines aansluiten.
- **Minimale taken van een hecht wijkverband**
 - Gestructureerd ontwikkelingen bespreken en knelpunten verzamelen, zodat die kunnen worden opgepakt door het wijkverband of worden doorgezet naar het RESV.
 - Aanspreekbaar zijn voor professionals, voor het RESV en voor externe partijen en samenwerkingsafspraken maken en met elkaar zorgen dat ze worden nageleefd.

Financiering (monodisciplinaire) regionale samenwerkingsverbanden

Om met mandaat en afvaardiging te kunnen deelnemen aan een RESV is het van belang dat beroepsgroepen regionaal georganiseerd zijn. Dit beperkt zich niet tot aanbieders die een contract hebben met zorgverzekeraars. De financiering voor (monodisciplinaire) regionale samenwerkingsverbanden is erop gericht om met afvaardiging en mandaat deel te kunnen nemen aan een RESV. Deze financiering is onderdeel van de financiële afspraken tussen het RESV en de zorgverzekeraars, tenzij beroepsgroepen voor deze taak al een vergoeding ontvangen vanuit andere

afspraken (via bestaande NZa-bekostiging zoals O&I in de beleidsregel 'huisartsenzorg en MDZ'). Naast de financiële ondersteuning blijven tijd, betrokkenheid en intrinsieke motivatie vanuit professionals essentieel voor het verkrijgen en het versterken van het mandaat.

Status van deze handreiking

De voorliggende handreiking vormt voor alle zorgverzekeraars de basis voor het inkoopbeleid. Een zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om aanvullend beleid te maken, waarbij de intentie is om de afspraken van de zorgverzekeraar die marktleider is te volgen (zie ook fase 3 'contractering RESV'). In de overeenkomsten tussen RESV's en zorgverzekeraars (en eventueel gemeenten) worden uiteindelijk concrete afspraken gemaakt over inhoud, resultaten en vergoeding.

1 Waar we spreken over de eerste lijn bedoelen we naast de eerstelijnszorg ook dat deel van het sociaal domein dat inwoners met een hulpvraag ondersteunt, omdat zij essentieel zijn in het ondersteunen van burgers met een hulpvraag die buiten de eerstelijnszorg ligt en daarmee met het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg. Het gaat dan om sociaal domein professionals, waaronder sociaal werk, een algemene term voor verschillende functies in het sociaal domein, zoals leden van wijkteams, sociaal maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs, cliëntondersteuners, persoonlijk begeleiders, schuldhulpverleners, bijstandsconsulenten. In elke gemeente is het sociaal domein anders georganiseerd en zijn er veel medewerkers actief op vrijwel alle leefgebieden. Samenwerking tussen sociaal domein en de eerstelijnszorg is altijd passend bij de lokale situatie en infrastructuur.

2 Relevante eerstelijnsorganisaties zijn (organisaties van) huisartsen, apothekers en aanbieders van wijkverpleging, fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, huidtherapeuten, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

Fase 1: Voorbereiding RESV-plan (7 bouwstenen)

BOUWSTEEN 1

Startpunt - minimale eisen

Om voor financiering in aanmerking te komen, moet een RESV aan de volgende minimale eisen voldoen en dienen deze in het RESV-plan herkenbaar te zijn opgenomen:

Minimale eisen:

- Het is duidelijk welke (monodisciplinaire) regionale samenwerkingsverbanden het RESV-plan ondersteunen en welke samenwerkingsafspraken er zijn. Het uitgangspunt is dat alle beroepsgroepen die zich regionaal met mandaat hebben georganiseerd, zich kunnen aansluiten bij het RESV³. Elk (monodisciplinair) regionaal samenwerkingsverband kan aangeven welke aanbieders en beroepsbeoefenaren hierbij zijn aangesloten.
- Gemandateerde zorgaanbieders van huisartsenzorg, wijkverpleging en farmaceutische zorg moeten in ieder geval aangesloten zijn.
- Het is duidelijk welke samenwerkingsafspraken het RESV heeft met gemeenten en organisaties in het sociaal domein op wijk- en regioniveau.
- Het werkgebied van het samenwerkingsverband is afgebakend op postcodeniveau⁴. Het werkgebied is minimaal gelijk aan de R(H)O-regio.
- Het samenwerkingsverband heeft afspraken hoe de verantwoordelijkheid in het samenwerkingsverband (multidisciplinair en gelijkwaardig) is georganiseerd. Het is ten behoeve van de

financiering duidelijk of het samenwerkingsverband een juridische entiteit vormt of werkt met een kassiersfunctie en welke partij dit is.

BOUWSTEEN 2

RESV-plan op basis van Regioplan

Het RESV-plan sluit herkenbaar aan bij de prioritaire opgaven uit het IZA-Regioplan voor de betreffende regio (of eventueel IZA-Regioplannen als regio's overlappen)⁵. In het RESV-plan staat, beredeneerd vanuit de doelen van de **Visie Eerstelijnszorg 2030** en de **Zorgbelofte Eerste Lijn**, wat de belangrijkste knelpunten in de regio zijn in de periode 2027 t/m 2029 en wat de knelpunten op langere termijn (>2030) zijn waarop moet worden geanticipeerd.

Aandachtspunten:

Als deze analyse van belangrijkste regionale knelpunten voor de eerste lijn al beschikbaar is en wordt voortgebouwd op plannen van bestaande samenwerkingsverbanden, wordt naar deze analyses en plannen verwezen en worden de knelpunten die relevant zijn voor de activiteiten van het RESV uitgelicht. Eventueel kunnen actuele ontwikkelingen en/of oplossingen voor knelpunten die geen onderdeel zijn van het IZA-Regioplan ook worden toegevoegd.

BOUWSTEEN 3

Impact RESV

Aansluitend op de analyse van regionale knelpunten in bouwsteen 2, geeft het RESV-plan concreet en meetbaar (SMART) aan welke knelpunten (zoals genoemd in bouwsteen 2) dankzij de samenwerking en geplande activiteiten in het RESV-plan naar verwachting worden opgelost of verminderd⁶. Hierbij moet ook duidelijk zijn hoe de samenwerking uiteindelijk (naar verwachting) effect heeft voor patiënten en verzekerden, bijvoorbeeld door het verminderen of voorkomen van wachttijden of personeelstekorten en aansluiting bij de aspiraties in de **Zorgbelofte Eerstelijnszorg**.

Aandachtspunt:

Als wordt voortgebouwd op plannen van bestaande samenwerkingsverbanden, wordt aangegeven wat de volgende stap is die door het RESV genomen gaat worden en wat de impact hiervan is.

³ Het is van belang dat er binnen het RESV een werkbare samenwerking ontstaat. De eerstelijnsberoepsgroepen en de financier(s) bepalen regionaal op welke manier beroepsgroepen deel uitmaken van een RESV (zie ook ontwikkelstappen in bouwsteen 6).

⁴ Deze afbakening is van belang om een goede verdeelsleutel te hebben voor de financiering vanuit zorgverzekeraars.

⁵ Sommige eerstelijnsdisciplines of patiënten- en cliëntvertegenwoordigers waren niet in alle regio's goed vertegenwoordigd bij het opstellen van regiobeelden en -plannen. In deze regio's is het extra van belang dat voorbereidend op het RESV-plan 2027-2029 inzicht is in enerzijds de zorgbehoefte en anderzijds de capaciteit in zorg en ondersteuning in de regio en de prioritaire opgaven daarbij vanuit het perspectief van de eerste lijn.

⁶ Indien mogelijk wordt aangesloten bij de regionale 'Theory of Change'.

BOUWSTEEN 4

Activiteiten RESV 2027

Het RESV-plan beschrijft voor het jaar 2027 welke activiteiten en projecten in de regio opgepakt worden en met welk doel, aansluitend bij de hoofdtaken van een RESV (zie pagina 2). Het opzetten en ontwikkelen van hechte wijkverbanden, ook vanuit bestaande samenwerkingen, is hierbij een belangrijk aandachtspunt. Het samenwerkingsverband spreekt met de betrokken zorgverzekeraar(s) af of de uitvoering van taken loopt of gaat lopen via bestaande of nieuw te vormen samenwerkingsverbanden/organisaties en wat daarbij het toekomstperspectief is (zie ook bouwsteen 6).

Het plan specificeert de verschillende niveaus:

- Welke activiteiten worden uitgevoerd op regionaal niveau
- Welke activiteiten worden uitgevoerd door hechte wijkverbanden
- Welke activiteiten worden uitgevoerd door een (monodisciplinair) regionaal samenwerkingsverband t.b.v. met afvaardiging en mandaat meedoen aan een RESV

Daarbij wordt in het RESV-plan bij elke activiteit of elk project het volgende aangegeven:

- De verbinding met minstens één van de hoofdtaken van een RESV.
- De beoogde effecten op patiënten/burgers en op de betrokken

aanbieders van zorg en ondersteuning.

- Of een activiteit of project plaatsvindt op het snijvlak tussen zorg en sociaal domein en hoe deze activiteit dan over domeinen verdeeld is.

BOUWSTEEN 5

Executiekraacht

Het RESV-plan beschrijft hoe executiekraacht⁷ is vormgegeven, in lijn met de **ontwerpcriteria voor het RESV**, vanuit de volgende perspectieven:

1. Samenwerking tussen aangesloten organisaties en beroepsbeoefenaren

Het RESV-plan beschrijft hoe de aangesloten organisaties en beroepsbeoefenaren samenwerken binnen het RESV. Een RESV is o.a. slagvaardig als beroepsbeoefenaren in de wijk of op regionaal niveau kunnen meedenken en meepraten over ervaren knelpunten en oplossingen en deelnemen aan activiteiten zoals benoemd in het plan. In de beschrijving van de samenwerking in het RESV-plan wordt onderscheid gemaakt tussen:

- Hoe wordt samengewerkt binnen het RESV
- Hoe wordt samengewerkt binnen hechte wijkverbanden
- Hoe wordt samengewerkt binnen (monodisciplinaire) regionale samenwerkingsverbanden t.b.v. met afvaardiging en mandaat meedoen aan een RESV

2. Samenwerking van het RESV met overige samenwerkingsverbanden en organisaties in de regio

- Het RESV-plan beschrijft hoe het RESV samenwerkt met de IZA-Regiotafel, overige zorginstellingen in de regio (ziekenhuizen, ggz-instellingen) en overige relevante regionale netwerken of samenwerkingsverbanden (denk aan ROAZ). Daarbij wordt ook beschreven hoe deze samenwerking zich verhoudt tot deelname van eerstelijnspartijen aan deze overlegtafels en samenwerkingsverbanden.
- Het RESV-plan beschrijft hoe activiteiten vanuit het RESV zich verhouden tot organisaties en samenwerkingsverbanden met vergelijkbare activiteiten gericht op coördinatie en organisatie, zoals R(H)O, ROS, of andere relevante coördinatiefuncties bijvoorbeeld in de wijkverpleging of bij gemeenten/sociaal domein.
- Het RESV-plan beschrijft de samenhang met overige relevante regionale projecten, bijvoorbeeld transformatieplannen en regionale visies van gemeenten.

⁷ Executiekraacht is het gezamenlijke vermogen van de betrokken partijen om gemaakte afspraken en plannen doelgericht, effectief en in samenhang uit te voeren, met als doel het realiseren van gedeelde ambities.

3. Samenwerking van het samenwerkingsverband met gemeenten en sociaal domein

Het RESV-plan beschrijft hoe op wijkniveau en regioniveau de samenwerking tussen enerzijds eerstelijnszorgpartijen en anderzijds sociaal domein/gemeenten is vormgegeven.

4. Betrokkenheid van burgers of patiënten

Het RESV-plan beschrijft hoe vorm wordt gegeven aan betrokkenheid van burgers/patiënten (bijvoorbeeld in de vorm van inspraak of een panel, zie ook Participatiehubs en/of aansluiting bij inwonersparticipatie via Regiotafel of Regioplan of cliëntenraden van de aangesloten aanbieders) en welke patiënten-, cliëntenvertegenwoordiging of burgerinitiatieven betrokken zijn.

5. Sturing en verantwoording

- **Leer- en verbetercyclus:** Het RESV-plan beschrijft op welke manier een leer- en verbetercyclus op basis van de tussentijdse ontwikkelingen en resultaten wordt vormgegeven.
- **Verantwoording:** Het RESV-plan beschrijft hoe het RESV aanspreekbaar is voor financiers en hoe verantwoording wordt afgelegd over de inkomsten en uitgaven, zowel naar (een vertegenwoordiging van) de deelnemende partijen, als naar de financiers.

Als er een kassier wordt aangesteld, is in het RESV-plan beschreven:

- Hoe de kassier (een vertegenwoordiging van) de deelnemende partijen inzage geeft in de financiële administratie.

- Hoe de kassier verantwoording aflegt over de inkomsten en uitgaven.
- **Risico's en mitigerende maatregelen:** Het RESV-plan beschrijft welke risico's er zijn ten aanzien van inhoud, executiekracht, draagvlak bij de aangesloten partijen en financiën en welke maatregelen worden genomen om de risico's te beperken.
- **Escalatieladder:** Het RESV-plan bevat een escalatieladder voor als er problemen ontstaan bij de uitwerking of implementatie van het plan (zie voorbeeld Werkinstructie Gerichter Inzetten Transformatieplannen).

Aandachtspunt:

De leer- en verbetercyclus gebeurt op basis van monitoring van het proces (voortgang activiteiten en projecten) en monitoring van de uitkomsten van de samenwerking. Dit laatste kan ook in samenhang met monitoring van het Regioplan. T.b.v. van de uitwisseling tussen en met de regio's, en het aantonen van de meerwaarde van het 'anders organiseren' en versterken van de samenwerking, doen RESV's ook na contractering mee aan het onderzoek in programmalijn 3 en het lerend netwerk in programmalijn 2 van het ZonMw-programma 'Versterking organisatie eerstelijnszorg'.

BOUWSTEEN 6

Ontwikkelstappen 2028 en 2029

Het plan laat zien welke stappen worden beoogd voor 2028 en

2029. Daarbij wordt tenminste op de volgende onderdelen de ontwikkeling beschreven:

- **Ontwikkeling deelnemers RESV** Het RESV-plan beschrijft, als nog niet alle overige relevante beroepsgroepen⁸ in 2027 onderdeel zijn van het samenwerkingsverband, hoe deelname van alle beroepsgroepen richting 2030 gerealiseerd wordt en hoe in 2027 gecommuniceerd wordt met deze beroepsgroepen over de ontwikkelingen in het RESV.
- **Ontwikkeling deelnemers (monodisciplinaire) regionale samenwerkingsverbanden** Het RESV-plan beschrijft, als nog niet alle aanbieders en beroepsbeoefenaren in een regio zich aangesloten hebben bij een (monodisciplinair) regionaal samenwerkingsverband, hoe dit vanuit (monodisciplinaire) regionale samenwerkingsverbanden richting 2030 gerealiseerd wordt. Daarbij wordt ook beschreven hoe de (monodisciplinaire) regionale samenwerkingsverbanden in 2027 communiceren met deze nog niet aangesloten aanbieders en beroepsbeoefenaren over de ontwikkelingen in het RESV.

⁸ De focus ligt in eerste instantie op huisartsen, apothekers en aanbieders van wijkverpleging. Andere relevante disciplines zijn fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, huidtherapeuten, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

- **Ontwikkeling in betrokkenheid van patiënten en/of inwoners** Het RESV-plan beschrijft de beoogde ontwikkeling in de betrokkenheid van patiënten en inwoners, als hieraan in 2027 nog niet volledig vorm is gegeven.
- **Ontwikkeling hoofdtaken** Het RESV-plan beschrijft, als in 2027 nog niet activiteiten bij alle hoofdtaken van een RESV uitgevoerd worden, hoe richting 2030 op alle hoofdtaken activiteiten uitgevoerd gaan worden, rekening houdend met de (bestaande) regionale context.

BOUWSTEEN 7

Begroting 2027

De begroting specificeert minimaal welke en hoeveel financiering nodig is om het RESV-plan te realiseren en maakt daarbij onderscheid in de volgende soorten samenwerking en de eventuele ontwikkeling daarin:

- Samenwerking op regionaal niveau (RESV)
- Samenwerking via een hecht wijkverband
- Samenwerking (monodisciplinaire) regionale samenwerkingsverbanden t.b.v. met afvaardiging en mandaat meedoen aan een RESV

In de begroting worden daarnaast tenminste de volgende punten opgenomen:

- **Voorkomen dubbele financiering** In de begroting staat waar financiering voor het RESV eventueel aanvullend is op bestaande financiering voor samenwerking om te voorkomen

dat activiteiten dubbel worden bekostigd⁹.

- **Gemeente/sociaal domein** De begroting geeft expliciet aan welke afspraken met gemeenten gemaakt zijn of gemaakt gaan worden over inzet vanuit het sociaal domein en andere professionals vanuit de gemeente bij hechte wijkverbanden en/of inzet in projecten of betrokkenheid bij activiteiten tussen medisch en sociaal domein.

⁹ Dit geldt voor bepaalde activiteiten t.a.v. coördinatie en organisatie, maar ook waar het gaat om het faciliteren en ondersteunen van eerstelijnszorgaanbieders, bijvoorbeeld op het gebied van HR en ICT (zie hoofdstaak 5).



Fase 2: Beoordeling van het RESV-plan

- De zorgverzekeraar die marktleider is, beoordeelt het RESV-plan waar het gaat om activiteiten die binnen de Zorgverzekeringswet vallen.
 - In uitzonderlijke situaties, als beide zorgverzekeraars dit willen, kunnen de zorgverzekeraar die marktleider is en een tweede zorgverzekeraar samen het plan beoordelen, bijvoorbeeld vanwege een groot marktaandeel van de tweede zorgverzekeraar in de betreffende regio. De betreffende zorgverzekeraars maken afspraken over de onderlinge taakverdeling, met waar mogelijk inachtneming van het inkoopbeleid van beide zorgverzekeraars.
- Waar nodig zullen zorgverzekeraars bij de beoordeling van de plannen voor 2027 aandachtspunten bij interpretatie van deze handreiking bespreken, zover dit kan binnen de grenzen van de mededinging. Hiermee wordt geborgd dat de interpretatie van de handreiking bij de beoordeling van de plannen zo uniform mogelijk is en dat ook zorgverzekeraars die geen marktleider zijn waar nodig en mogelijk betrokken worden bij de overwegingen.
- De zorgverzekeraar die marktleider is, beoordeelt verder het plan van een RESV op basis van zijn inkoopbeleid, met inachtneming van de afspraken over betrokkenheid van een tweede zorgverzekeraar.
- De zorgverzekeraar die marktleider is, onderhandelt over het RESV-plan en de voorgestelde begroting met het RESV om uiteindelijk tot contractafspraken te komen.
- De betrokken partijen streven ernaar om het beoordelingsproces van het RESV-plan uiterlijk 15 september 2026 af te ronden. Mocht deze datum onverhoopt niet haalbaar blijken, dan maken partijen tijdig nieuwe afspraken over het verdere proces.
- Voor de regionale afspraken die betrekking hebben op gemeenten of het sociaal domein geeft de betreffende gemeente/de mandaatgemeente expliciet goedkeuring, omdat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de implementatie en daarmee mogelijke (structurele) kosten.
 - Individuele gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de aansluiting van lokale wijkteams/sociaal domein op hechte wijkverbanden en de kosten die daarmee samenhangen.



Fase 3: Contractering van RESV-plan

- Zorgverzekeraars hebben de intentie om de afspraken te volgen van de zorgverzekeraar die marktleider is met het RESV. Dit betekent dat het RESV het contract dat het sluit met de zorgverzekeraar die marktleider is (dus op basis van het goedgekeurde plan en bijbehorende begroting), voorlegt aan de andere zorgverzekeraars. De intentie van zorgverzekeraars is om geen eigen onderhandelingen op te starten, maar dit contract met afspraken over inhoud en budget over te nemen voor hun overeenkomst met het RESV. Vanuit de mededinging mag voor zowel het RESV als voor individuele zorgverzekeraars niet worden uitgesloten dat er aparte onderhandelingen worden gevoerd.
- De afspraken in een RESV, zoals coördinatie van zorginhoudelijke activiteiten of facilitaire ondersteuning, kunnen ook invloed hebben op overige contractafspraken tussen individuele zorgaanbieders in het RESV-werkgebied en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben de intentie om deze afspraken te verwerken in contractering van deze individuele zorgaanbieders, ervan uitgaande dat de betreffende zorgaanbieders handelen in lijn met de betreffende RESV-afspraken. Het is aan de betreffende zorgaanbieders en zorgverzekeraars om deze aanpassingen samen in hun contracten te verwerken. Daarom is het belangrijk dat het RESV-plan tijdig bekend is bij de aanbieders die bij het RESV zijn aangesloten en alle zorgverzekeraars (zie eerdergenoemde deadlines). Uitgangspunt is dat er geen coördinerende activiteiten dubbel worden gedaan en dus ook niet dubbel gefinancierd. Het is een gezamenlijke

opdracht aan zorgverzekeraars en aanbieders om te bewaken dat activiteiten niet dubbel worden bekostigd.

- Het is mogelijk dat onderdelen van het RESV-plan (opgebouwd uit voorgenoemde bouwstenen), bemensing vragen van of via RESV-leden of andere relevante organisaties (denk aan ROS), vooral in het geval dat een RESV geen juridische entiteit is. Regionaal bepalen financiers met het RESV en de betreffende RESV-leden of andere relevante organisaties of deze bemensing gefinancierd wordt via het contract van het RESV of via de contracten tussen de betreffende financiers en de betreffende RESV-leden/organisaties (waarbij dit niet mag leiden tot dubbel-financiering).
- Het RESV is verantwoordelijk om de partijen die in en met het RESV samenwerken te informeren over de gecontracteerde afspraken.
- Gemeenten zijn verantwoordelijk voor financiering van activiteiten door het sociaal domein.
- Als (een onderdeel van) het RESV-plan om financiering vanuit meerdere domeinen vraagt, dan wordt de financiering vanuit de Zorgverzekeringswet pas definitief, indien het andere domein ook de financiering heeft toegekend.
- Bij activiteiten of projecten op het grensvlak van het medisch en sociaal domein, waarbij vanuit de wet- en regelgeving het niet duidelijk is hoe de kosten verdeeld moeten worden, maken de (mandaat)gemeente en zorgverzekeraar die marktleider is pragmatische afspraken over de verdeling van de kosten. Aandachtspunten in de financiering worden landelijk

aan de orde gebracht, zodat de stelselpartijen waar nodig kunnen voorzien in een oplossing.

TOT SLOT

- Op het moment van schrijven is nog niet alle wet- en regelgeving t.b.v. contractering van regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden vastgesteld, naar verwachting gebeurt dit eind 2025. Deze handreiking is daarom onder voorbehoud van wijzigingen t.a.v. betaaltitels, budgettaire kaders, fiscale kaders en wijzigingen in afspraken over financiering van individuele beroepsgroepen. In het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord zijn afspraken gemaakt om versterking van de eerste lijn structureel te kunnen financieren.
- Bij de (voorbereiding van de) contractering voor 2027, zullen veel inzichten worden opgedaan over de functionaliteit van de handreiking. Op basis hiervan wordt de handreiking eind 2026, waar nodig, geactualiseerd voor inkoopafspraken 2028.
- Vragen of meer informatie nodig?
- **Hier** staan antwoorden op veel gestelde vragen naar aanleiding van deze Handreiking.
- **Hier** staat welke zorgverzekeraar(s) per regio betrokken is (zijn) bij de ontwikkeling van RESV's.
- Meer informatie over Hechte Wijkverbanden is te vinden in de **Handreiking Hechte Wijkverbanden**
- Meer informatie over patiëntenparticipatie: regionaleparticipatie@patientenfederatie.nl

De volgende partijen werken samen bij de uitwerking van de Visie 1^e lijn



10 Bij verschil van inzicht prevaleert het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar die marktleider is.

6/11



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directie Curatieve Zorg

Ongesteld door

Aan

Minister VWS

Deadline: 13 november
2025

nota

TER BESLISSING

Voorhangbrief RESV bekostiging

Datum

30 oktober 2025

Kenmerk

4265935-1090593

Bijlage(n)

0

1. Aanleiding

In de "Visie eerstelijnszorg 2030" hebben de betrokken partijen in de eerste lijn afgesproken hoe zij de eerstelijnszorg kwalitatief goed en toegankelijk houden. De samenwerking door zorgprofessionals in de wijk staat daarbij centraal en regionale ondersteuning (coördinatie en organisatie activiteiten), door '*regionaal eerstelijns samenwerkingsverbanden*' (RESV's) moet dit mogelijk maken. In de visie en het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA) is afgesproken dat RESV's per 2027 structureel zullen worden bekostigd vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Zorginstituut Nederland en het ministerie van VWS (hierna: overheidspartijen) hebben, in afstemming met betrokken partijen, de mogelijkheid uitgewerkt die de Zvw hiertoe biedt. In de voorhangbrief licht u dat inhoudelijk toe. U communiceert naar de Eerste en Tweede Kamer dat u voornemens bent om de NZa een aanwijzing te geven (conform artikel 7 en 8 Wet marktordening gezondheidszorg, Wmg), waarmee u hen de opdracht geeft om regelgeving vast te stellen op basis waarvan RESV's per 01-01-2027 kunnen worden bekostigd binnen de Zvw.

2. Geadviseerd besluit

Bij akkoord van de inhoud, de voorhangbrief versturen naar de Eerste en Tweede Kamer.

3. Kernpunten

De brief omvat 1. De aanleiding, 2. Toelichting op de keuze voor een experiment, 3. Uiteenzetting van de vormgeving van de voorgestelde prestatie (door de NZA opgesteld en met partijen afgestemd) en 4. de benodigde monitoring en evaluatie.

- In de aanleiding geeft u aan dat de eerstelijnszorg het eerste aanspreekpunt is voor alle zorg- en ondersteuningsvragen van onze inwoners. Maar de eerstelijnszorg is versnipperd georganiseerd en de druk loopt op door verschillende factoren. Dat vraagt om versterking. Betrokken partijen hebben de afgelopen jaren vormgegeven hoe zij dat voor zich zien in de visie eerstelijnszorg en deze lijn is ook in het AZWA doorgetrokken. Via die weg is onlangs structureel €70 miljoen beschikbaar gesteld voor financiering van RESV's vanuit de Zvw.



- Overheidspartijen ondersteunen de beweging die partijen willen maken en faciliteren graag de bekostiging via de Zvw. Tegelijkertijd is het een gefaseerde ontwikkeling en zijn er regionale verschillen, waardoor er vooraf nog vragen zijn over o.a. de impact en doelmatigheid van een dergelijke prestatie. Daarom zet u in op experiment bekostiging, met een belangrijke plek voor monitoring en evaluatie.

Datum

30 oktober 2025

Kenmerk

4265935-1090593

- De beoogde prestatie moet de bekostiging van de hoofdtaken van het RESV (inclusief de taken van een hecht wijkverband) mogelijk maken, zoals partijen hebben afgesproken in de visie.
Er is regionaal ruimte om eigen invulling te geven aan deze taken, in overeenstemming met de zorgverzekeraar. In de bijlage die u meestuurt met de brief is de handreiking contractering RESV opgenomen, die aanbieders en verzekeraars samen hebben opgesteld. Paragraaf 3 in de brief geeft de verdere details van de beoogde prestatie.
- Monitoring en evaluatie is noodzakelijk om goed zicht te krijgen op de toepassing van de beoogde prestatie en of daarmee de doelen in de visie daadwerkelijk worden bereikt. Omdat er al veel monitoring wordt opgezet, vraagt u de NZa daar zoveel mogelijk bij aan te sluiten en ook gebruik te maken van kwantitatieve (contract) gegevens en/of monitoring van verzekeraars.
- De kern van de aanwijzing vat u samen in paragraaf 5 van de brief.

4. Toelichting

a. Draagvlak politiek

Er is breed politiek draagvlak voor het versterken van de (organisatie van) eerstelijnszorg. Dit blijkt o.a. uit debatten die met de Kamer gevoerd zijn na vaststelling van de visie eerstelijnszorg. Uit de verkiezingsprogramma's van partijen leiden we af dat het draagvlak voor deze richting er ook in een nieuwe Kamer naar verwachting zal zijn.

b. Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

De versterking van de eerstelijnszorg kent breed draagvlak onder betrokken partijen. De visie is ook in gezamenlijkheid met betrokken partijen uit de eerstelijnszorg opgesteld. Het opstellen van een visie eerstelijnszorg is een IZA afspraak en kent vervolg in het AZWA. De bekostiging van RESV's vanuit de Zvw is een uitwerking van de afspraken uit de visie eerstelijnszorg en afspraak D2 uit het AZWA.

c. Arbeidsmarkteffecten zorg- en welzijnsveld

Het doel van de visie eerstelijnszorg 2030 is de eerstelijnszorg duurzaam toegankelijk te houden door de personele capaciteit optimaal in te zetten. Zo is het streven om het gat te dichten tussen de (toenemende) zorgvraag en de (beperkte) beschikbare personele capaciteit. Zorgverleners in de wijk en regio gaan beter samenwerken, ook met het sociaal domein. En RESV's faciliteren en ontzorgen professionals in de eerstelijnszorg, zodat beschikbare capaciteit maximaal wordt benut.



d. Gevolgen administratieve lasten

- Zorgprofessionals worden ontzorgd door het RESV, doordat hen 'randzakelijk' werk voor administratie, organisatie en coördinatie uit handen wordt genomen.
- Regio's maken een RESV-plan ter goedkeuring voor contract. Het maken van dit plan vraagt extra inzet. Deze inzet wordt beperkt door landelijke ondersteuning te bieden via o.a. een handreiking voor de contractering en via een lerend netwerk, waarin regio's met elkaar ideeën uitwisselen.
- Niet-zorgverleners kunnen hier het meeste werk verrichten. Inbreng van zorgverleners wordt gericht geleverd, in plaats van versnipperd zoals nu vaak nog gebruikelijk.
- Structurele financiering via de zorgverzekeraar zal minder administratie opleveren dan bijv. via (herhaaldelijke) tijdelijke subsidiepotjes, met allemaal verschillende voorwaarden. Ook dit leidt tot minder lasten.
- Regeldruk is onderdeel van monitoring. Deze monitoring geeft inzichten die gebruikt worden voor een doorontwikkeling van het takenpakket van RESV's. Wat goed gaat kan blijven, wat niet (helemaal) goed gaat kan worden verbeterd of gestopt. Dat leidt tot doelmatigheid en effectieve inzet van krachten. Bij de monitoring wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande gegevens zoals ingediende RESV-plannen, waar mogelijk landelijk in plaats van regionaal, om de ervaren lasten zoveel mogelijk te beperken.

Datum

30 oktober 2025

Kenmerk

4265935-1090593

e. Financiële en personele gevolgen VWS en uitvoeringsorganisaties

Na de voorhangperiode van 30 dagen bent u voornemens de aanwijzing te versturen aan de NZa, waarop de NZa de beleidsregel gaat inrichten. De kosten voor de NZa die gemoeid zijn met haar activiteiten voortkomend uit de aanwijzing kunnen worden opgevangen binnen de door VWS beschikbare gestelde middelen, en voor zover dit niet het geval is wordt dit meegenomen in de gebruikelijke afspraken rond de planning en control cyclus tussen NZa en VWS.

In het AZWA is €70mln. structureel beschikbaar gesteld voor de financiering van RESV's. Dit wordt aangevuld in het budgettaire kader multidisciplinaire zorg (MDZ). Het bedrag wordt gedekt vanuit de vrijgekomen 'remgelden', door het halveren van het verplicht eigen risico. Zoals van toepassing voor alle AZWA-afspraken die daaruit gedekt worden, geeft dit een risico wanneer de halvering uiteindelijk niet wordt doorgezet door het nieuwe kabinet. Er zal dan naar een andere dekking gezocht moeten worden.

f. Juridische aspecten haalbaarheid

Het bekostigen van RESV's is mogelijk binnen de kaders van de Zvw en de Wmg, maar niet-patiëntgebonden 'lumpsum' bekostiging wordt weinig ingezet is ook niet waarop de bekostiging ontworpen is. Het ministerie van VWS verkent daarom hoe dergelijke 'zorg ondersteunende activiteiten' zoals RESV's nog beter kunnen worden verankerd in de regelgeving.

Daarnaast zijn er uitvoeringsvraagstukken omdat dit een nieuwe prestatie wordt. Bijvoorbeeld over de financiële verantwoording. Er zullen duidelijke afspraken gemaakt moeten worden voordat de inkoop van RESV's van start gaat. Ook daar wordt aan gewerkt door het ministerie van VWS met betrokken partijen zoals verzekeraars.



g. Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

De brief is afgestemd met:

Intern: directie Z, PZo en FEZ.

Extern: Nederlandse Zorgautoriteit, het Zorginstituut Nederland en het ministerie van Financiën.

Het inhoudelijke besluit waarover de brief gaat is afgestemd met partijen betrokken bij de visie eerstelijnszorg.

h. Toezeggingen

nvt

i. Fraudetoets

nvt

5. Informatie die niet openbaar gemaakt kan worden

Tot personen herleidbare gegevens zijn onleesbaar gemaakt vanwege de bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Datum

30 oktober 2025

Kenmerk

4265935-1090593

