

Regionale eerstelijns samenwerkings- verbanden zorginkoopbeleid



Versie 1.0

1 april 2026

Regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden zorginkoopbeleid

Inhoud

Regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden zorginkoopbeleid.....	3
1 Algemeen.....	3
1.1 Wat zijn de wijzigingen per 2027?	3
1.2 Welke informatie vindt u in dit document?.....	3
2 Aanleiding	3
3 Uitgangspunten.....	4
3.1 Uitgangspunten: Samenwerking.....	4
3.2 Uitgangspunten: Samenwerkingsvormen.....	4
3.3 Uitgangspunten: Taken van het RESV	5
3.4 Gemandateerde vertegenwoordiging	6
4 Algemene informatie.....	6
4.1 Hoe ziet de planning eruit?	6
4.2 Heeft u vragen?	6

Regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden zorginkoopbeleid

1 Algemeen

1.1 Wat zijn de wijzigingen per 2027?

Het zorginkoopbeleid Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden is een nieuw document.

1.2 Welke informatie vindt u in dit document?

Voor u ligt een beleidsdocument over Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's). Wij lichten toe wat RESV's zijn en waarom hierop wordt ingezet (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 vindt u de uitgangspunten van Zorg en Zekerheid ten aanzien van de samenwerking en taken van RESV's in de regio's waar wij de preferente zorgverzekeraar zijn. Tenslotte treft u in hoofdstuk 4 de planning en leest u hoe u met ons in contact komt.

2 Aanleiding

Met de Visie op eerstelijnszorg 2030 neemt VWS samen met de partijen uit de eerste lijn¹ gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en continuïteit van de eerstelijnszorg te waarborgen, dit mede door de ontwikkeling van RESV's.

We werken krachtig samen aan het vernieuwen en versterken van de organisatie van de eerstelijnszorg. Hiermee organiseren we de eerstelijnszorg in 2030 op de principes van passende zorg, waarbij beschikbare capaciteit en middelen op de beste en meest doelmatige manier worden ingezet. Deze visie sluit aan bij de stappen die in de afgelopen jaren in de Zorg en Zekerheid regio zijn gezet. In deze regio zijn drie multidisciplinaire regio-organisaties (RO's) actief:

- Rijn en Duin (ZuidHolland Noord),
- Amstelland Zorg (Noord-Holland Zuid);
- Zorggroep Haarlemmermeer (Noord-Holland Zuid).

De huidige werkzaamheden van de RO zijn gebaseerd op een jaarplan met multidisciplinaire activiteiten, waarin de regio's een start hebben gemaakt met activiteiten zoals worden verwacht van een RESV met bijbehorende hechte wijkverbanden.

De landelijke [Handreiking contractering RESV](#) laat aan de preferente zorgverzekeraar de mogelijkheid om aanvullend beleid te publiceren over RESV-vorming. In dit document deelt Zorg en Zekerheid haar uitgangspunten en beleid, rekening houdend met de bestaande regionale context.

¹ In de kerngroep zitten: ActiZ, InEen, KNGF, KNMP, LHV, NHG, NVAVG, Patiëntenfederatie Nederland, PPN, Sociaal Werk Nederland, V&VN, Verenso, VNG, ZN, Zorgthuisnl, NZa, Zorg instituut en VWS. In de consultatiegroep zitten: Bo Geboortezorg, de NLGGZ, de mondzorg alliantie, NVZ, KNOV, MIND en VGN.

3 Uitgangspunten

In dit hoofdstuk leest u over onze uitgangspunten. Wij hebben een onderscheid gemaakt in Samenwerking (hoofdstuk 3.1), Samenwerkingsvormen (3.2) en de taken van een RESV (3.3) en de gemandateerde vertegenwoordiging (3.4).

3.1 Uitgangspunten: Samenwerking

Zorg en Zekerheid hanteert onderstaande uitgangspunten ten aanzien van samenwerking:

- Een RESV betreft een samenwerking tussen minimaal de huisartsen, apothekers, paramedici, sociaal domein en de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Hierbij ziet Zorg en Zekerheid naast de wijkverpleegkundige ook de specialist ouderengeneeskunde (SO) als een belangrijke eerstelijns zorgaanbieder (vanuit de Zorgverzekeringswet). Hoewel het RESV zich niet primair richt op cliënten die zorg ontvangen binnen de kaders van de Wet Langdurige Zorg (Wlz), vraagt Zorg en Zekerheid van het RESV wel om aandacht te hebben voor de groeiende groep verzekerden met Wlz-zorg thuis (gespikkeld of geclusterd).
- Voor de vorming van RESV's is voorwaardelijk dat de aangesloten monodisciplines zelf goed georganiseerd zijn zodat zij hun discipline goed kunnen vertegenwoordigen. Voor het monodisciplinair organiseren van een beroepsgroep zijn [vouchers](#) beschikbaar gesteld door ZonMw. Kosten die door deze vouchers worden gedekt kunnen niet uit de RESV-begroting worden bekostigd. Van de RO's verwachten we dat zij gebruikmaken van de ZonMw Versterking Organisatie Eerstelijnszorg Regionale Uitvoeringssubsidie.
- Zorg en Zekerheid benadrukt de wederzijdse afhankelijkheid tussen de gemandateerde vertegenwoordigers in het RESV. Wij vragen alle eerstelijns disciplines om zich actief in te zetten voor goede samenwerking om tot een volledig operationeel RESV te komen, dit is een randvoorwaarde voor financiering.
- Een RESV is op de hoogte van, en eventueel betrokken bij, bestaande regionale tafels en overlegstructuren. Er worden alleen nieuwe overlegstructuren opgezet als die een duidelijke toegevoegde waarde hebben, waarbij de verbinding met de regionale samenwerking behouden blijft.

3.2 Uitgangspunten: Samenwerkingsvormen

Een RESV wordt met aanvulling van de VVT en het sociaal domein gezien als een doorontwikkeling van de RO. De huidige basis van de RO heeft zich bewezen en blijft (voorlopig) bestaan. Voor de RESV-vorming zijn twee opties mogelijk met beide voordelen en uitdagingen.

Voor 2027 gaan we ervanuit dat de RESV's starten als netwerksamenwerking.

1. RESV als netwerksamenwerking

- Het RESV is een netwerksamenwerking van de RO, de VVT en het sociaal domein, waarbij zij gemandateerd vertegenwoordigd zijn. Zie hoofdstuk 3.4.
- Het RESV is geen zelfstandige rechtspersoon. Wel is er een samenwerkingsovereenkomst waarin bestuurlijke afspraken en governance zijn geregeld.
- Het jaarplan met begroting van de RO blijft bestaan en wordt aangevuld met RESV-taken voor de VVT en het sociaal domein, inclusief aanvullende taken ten aanzien van hechte wijkverbanden.
- De RO heeft de kassiersfunctie. Zorg en Zekerheid contracteert de taken van het RESV met één contractpartij per regio.

- De RO vergoedt als kassier de andere deelnemers binnen het RESV waar aan de orde voor de aan hen toegekende activiteiten binnen het jaarplan.
Met de in de [NZa Beleidsregel 'experiment versterking organisatie eerstelijnszorg binnen de Zvw-verzekerde zorg'](#) geregelde prestaties kunnen alleen activiteiten worden bekostigd waarvan de kosten als Zvw-kosten zijn aan te merken.

Zorg en Zekerheid en RESV's bespreken in de komende jaren of het wenselijk is om uiteindelijk van een netwerksamenwerking naar één juridische entiteit te transformeren. De juridische vorm is ondergeschikt aan de effectiviteit van de organisatie.

2. RO transformeert tot RESV

- Het RESV wordt dé contractpartner in de regio met als doel één aanspreekbare eerstelijns per regio te realiseren. Er is een multidisciplinair bestuur met heldere verdeling van stemmen.
- De inhoudelijke multi- en monodisciplinaire taken op basis van het jaarplan van de RO worden overgeheveld naar het RESV-plan.
- Per activiteit op regionaal niveau zal worden gekeken of de huidige O&I-financiering voldoet en moet worden overgeheveld naar de RESV-begroting, of aanvullende financiering nodig is.
- Voor activiteiten op wijkniveau is de verwachting dat deze aanvullend worden bekostigd in het RESV, voor zover geen sprake is van voorliggende financiering vanuit reguliere bekostiging of incidentele gelden uit akkoorden.

3.3 Uitgangspunten: Taken van het RESV

Zoals beschreven in de [Handreiking contractering RESV](#), kan een RESV starten met de uitvoering van één of meerdere hoofdtaken, uitgewerkt in activiteiten op zowel regio- als wijkniveau. In lijn met het Zorginkoopbeleid van Zorg en Zekerheid, waarin multidisciplinaire regionale samenwerking en een aanspreekbaar team in de wijk centraal staan als randvoorwaarde voor toekomstbestendige zorg, benadrukken we het belang van de wijk als uitgangspunt voor passende zorg. De wijk is immers de plek waar inwoners en patiënten het eerst worden gezien en ondersteund, en waar preventie, gezondheid en zorg samenkomen. Voor de contractering van het RESV in 2027 verwacht Zorg en Zekerheid daarom dat een RESV start met het uitwerken van onderstaande hoofdtaken, al stellen wij dit niet verplicht.

1. Mandatering/vertegenwoordiging van de eerstelijns disciplines bij afspraken met andere partijen en sectoren

Hier zetten we in op het verder uitbouwen van de ontwikkelingen die de afgelopen jaren in de regio zijn gerealiseerd, waar nodig ondersteund door het gebruik van de ZonMw-Voucher Versterking Regionale Monodisciplinaire Organisatiegraad Eerstelijnszorg indien beschikbaar. Voor het sociaal domein betreft dit een invulling van het voorstel zoals genoemd onder gemandateerde vertegenwoordiging.

2. Ondersteuning hechte wijkverbanden

Doel van het hechte wijkverband is een verbeterde samenwerking van de eerste lijn in de wijk, met name rondom doelgroepen met meervoudige problematiek en complexe zorgvragen. In 2030 is er hiervoor een passend aanbod voor zorg- en welzijnsvragen in de wijk. Hierbij bouwen we voort op bestaande samenwerking tussen wijksamenwerkingsverbanden (WSV's), aanspreekbare teams in de wijk en sociale wijkteams. Het RESV is uiteindelijk verantwoordelijk dat hechte wijkverbanden ontstaan, daar waar dat niet vanzelf gaat, en worden ondersteund. Ook heeft het RESV een verantwoordelijkheid in de coördinatie van hechte wijkverbanden, zodat er overal de juiste deelname is, geen overlap is in wijkverbanden of te kleine werkgebieden ontstaan. Een hecht wijkverband gaat niet automatisch over de grootte van een

WSV, maar kan ook een deel of een samenvoeging van WSV zijn. Daarbij borgt het RESV dat niet elk wijkverband het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. Financiële afspraken over het hechte wijkverband worden ook met de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden gemaakt.

3.4 Gemandateerde vertegenwoordiging

Ten aanzien van gemandateerde vertegenwoordiging hanteert Zorg en Zekerheid de volgende uitgangspunten:

- De gemandateerde vertegenwoordiging van huisartsen vindt zoals in de huidige RO plaats via de huisartsenvereniging of -coöperatie.
- De gemandateerde vertegenwoordiging van apothekers vindt zoals in de huidige RO plaats via de regionale vertegenwoordiging van apothekers.
- De gemandateerde vertegenwoordiging van paramedici vindt zoals in de huidige RO plaats via de monodisciplines en bij voorkeur via een paramedisch platform. Toegewerkt wordt naar vertegenwoordiging via een paramedisch platform in alle kernregio's waar dit naast vertegenwoordiging ook inhoudelijk meerwaarde heeft.
- De gemandateerde vertegenwoordiger van de VVT dient zoveel mogelijk en minimaal 80% van het aanbod aan wijkverpleging en SO te vertegenwoordigen. Hierbij spant de VVT zich ook in om zo veel mogelijk kleinere aanbieders bij samenwerking te betrekken en hun te vertegenwoordigen binnen wijkverbanden en RESV. Zorg en Zekerheid kan ook middels haar contracteerbeleid sturen in de beschikbaarheid van en keuze voor aanbieders in wijk en regio. Actieve deelname aan regionale samenwerkingsverbanden is een contractuele verplichting.
- Zorg en Zekerheid vraagt van de regiegemeente in de regio om met een voorstel te komen hoe zij de rol en afvaardiging van de gemeente en het sociaal domein zien binnen zowel het RESV als binnen de hechte wijkverbanden. Zorg en zekerheid gaat hierover met de regiegemeenten in gesprek.

4 Algemene informatie

4.1 Hoe ziet de planning eruit?

Datum	Onderwerp
15 juli 2026	Uiterste datum indienen RESV-plan inclusief begroting voor 2027
15 september 2026	Wij beoordelen het RESV-plan binnen 6 weken na indienen, uiterlijk op deze datum
September 2026	Aanbieden zorgovereenkomst aan het RESV door Zorg en Zekerheid
Oktober - november 2026	RESV accepteert de zorgovereenkomst binnen 4 weken na aanbieden waarna het RESV plan met begroting gedeeld kan worden met de verre verzekeraars.
2027-2030	Uitvoering en doorontwikkeling
2030 en verder	Uitvoering van minimaal de vijf hoofdtaken op regio en wijkniveau

4.2 Heeft u vragen?

Wij hopen dat u een helder beeld heeft van het Regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden zorginkoopbeleid 2027 van Zorg en Zekerheid. Heeft u vragen? Bezoek dan onze [contactpagina](#).

Disclaimer

Dit zorginkoopbeleid is opgesteld met inachtneming van de nu bekende wettelijke, beleids- en financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich uitdrukkelijk het recht voor om het zorginkoopbeleid en de bijbehorende zorginkoopprocedure op enig moment aan te passen wegens interne factoren, externe factoren waaronder gewijzigde of nog te wijzigen wet- en regelgeving (inclusief beleidswijzigingen) en gewijzigde of nog te wijzigen financiële kaders. Zorg en Zekerheid behoudt zich ook het recht voor om het zorginkoopbeleid verder aan te vullen, te wijzigen en/of te verduidelijken.