

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

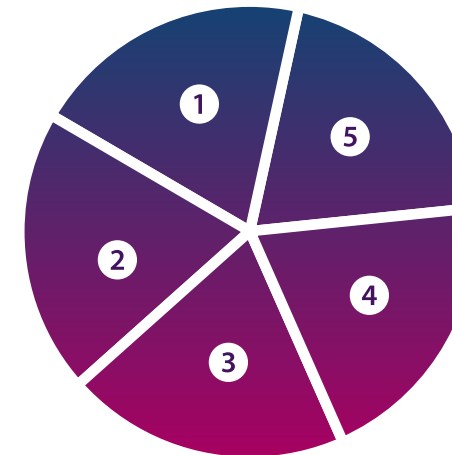
De eerstelijnszorg staat onder druk, terwijl haar rol in het bieden van toegankelijke, persoonsgerichte en samenhangende zorg belangrijker is dan ooit. Door samenwerking in de wijk en regio, beter benutten van capaciteit, digitale ondersteuning en een sterke verbinding met het sociaal domein, bouwen 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 hoofdstuk 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.