

1. Inleiding

In de komende jaren staan we voor de maatschappelijke uitdaging om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen. De eerstelijnszorg speelt hierin een sleutelrol. Huisartsen, wijkverpleegkundigen, paramedici, apothekers, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden herkenbare en laagdrempelige zorg, en vanuit deze basiszorg worden de verbindingen gelegd met het sociale domein, de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg.

Hoewel de eerste lijn in Nederland van hoog niveau is, staat deze onder druk. De toegankelijkheid en continuïteit van zorg is niet langer vanzelfsprekend. Het is daarom van essentieel belang dat we de beschikbare capaciteit binnen de eerste lijn vergroten en optimaal benutten. Dit bereiken we door de patiënten te helpen zoveel mogelijk zelf op te lossen, passende eerstelijns zorg te bieden met focus op gezondheid, waar mogelijk technologie in te zetten, te zorgen voor instroom en behoud van zorgverleners in de eerstelijns en zorgverleners de ruimte te geven om hun tijd optimaal te besteden aan directe patiëntenzorg. Samenwerking en goede afstemming tussen professionals in de wijk en op regionaal niveau, ook met professionals in het sociale domein, is daarbij cruciaal, zeker voor de groeiende groep mensen met een complexe zorgvraag.

In de Visie eerstelijnszorg 2030 is het belang van versterking van de organisatie van de eerste lijn benadrukt; om krachtig te kunnen vernieuwen en gezamenlijk de uitdagingen waar we voor staan aan te kunnen. Kern daarbij vormt het vergroten van de mogelijkheden voor duurzame samenwerking: binnen de eerste lijn, tussen de eerste lijn en andere domeinen en tussen de eerste lijn en haar financiers. De Visie benoemt daarvoor twee samenwerkingsverbanden om multidisciplinaire zorg en goede samenwerking mogelijk te maken: hechte wijkverbanden en het regionale eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV). Door nauwe samenwerking in hechte wijkverbanden kan samenhangende zorg worden geboden aan mensen met complexe zorg- en welzijnsvragen. Het RESV ondersteunt deze wijkverbanden en kan daarnaast regionale vraagstukken op het gebied van o.a. arbeidsmarkt en ICT oppakken.

In deze notitie volgen er antwoorden op de twee hoofdvragen uit de visie paragraaf 6.2, die landelijke partijen in 2024 hebben uitgewerkt.¹

1. Hoe krijgt het RESV voldoende slagkracht om de doelen en taken uit de visie daadwerkelijk effectief te kunnen uitvoeren?
2. Op welke wijze kan of moet ook zorg – bijvoorbeeld in de vorm van programma's – bij een RESV als hoofdaannemer worden ingekocht?

Allereerst verdiepen we het RESV en beschrijven we wat er nodig is om een RESV slagvaardig te maken. Daarvoor staan we stil bij de bestaande structuren in de eerste lijn.

¹ De landelijke partijen die de visie hebben ondertekend. Ook de VNG is nagenoeg het gehele proces betrokken geweest bij deze verdere uitwerking. De VNG is niet aangesloten bij de Thematafel en bestuurlijk overleg in november/december en is daardoor niet in de gelegenheid om de uitwerking in deze notitie bestuurlijk vast te stellen. In de teksten over afspraken waarin gemeenten een rol zouden kunnen vervullen, zoals de ontwerpcriteria op pag. 5, is daar zorgvuldig rekening mee gehouden en is dit ook in samenhang gezien met de rol van sociaal werkorganisaties als één van de uitvoerende organisaties in het sociaal domein.

2. Voortbouwen op bestaande samenwerking

Op veel plekken wordt al samengewerkt tussen beroepsbeoefenaren in de eerstelijns, zowel mono- als multidisciplinair. De organisatievorm varieert van informele netwerken tot formele organisaties. Soms weten beroepsbeoefenaren elkaar al goed te vinden, soms is het zoeken naar de juiste contacten om afspraken te maken over coördinatie en organisatie van zorg en in andere regio's zijn juist zeer veel en zeer diverse samenwerkingsverbanden actief, waardoor soms door de bomen het bos niet meer wordt gezien.

Op dit moment vullen de regionale huisartsenorganisaties (RHO) een belangrijke rol in het eerstelijns-zorglandschap. Zij maken met mandaat van de aangesloten huisartsen afspraken maken over domein overstijgende samenwerking in de regio en bieden ondersteuning op het gebied van onder andere ICT, personeelsbeleid, acute zorg (zorgcoördinatie, spoedpleinen) en de 24/7 continuïteit van zorg (hetzij in wisselende mate). Sommige RHO's richten zich vooral op de aangesloten huisartsen, anderen richten zich al meer op de samenwerking tussen zorgaanbieders in de regio.

Een andere belangrijke ontwikkeling is het organiseren van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in regio's. Dit is een belangrijke ontwikkeling om te zorgen dat cliënten, mantelzorgers of zorgverleners tijdig en eenvoudig wijkverpleging kunnen organiseren. Het eindrapport van maart 2024 van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) over herkenbare en aanspreekbare teams laat zien dat er al stappen gezet zijn op dit vlak, maar ook dat herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging nog niet overal van de grond is gekomen. Vanuit de Visie 1e lijn wordt dit daarom apart uitgewerkt.

Andere beroepsgroepen zijn vooral georganiseerd in regionale beroepsorganisaties (bijv. 90% van de openbare apotheken is aangesloten bij een regionale apothekersorganisatie en ook paramedici zijn op weg om zich regionaal te organiseren in verenigingen en coöperaties). Omdat specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten van oudsher vooral vanuit de intramurale setting werkten, zijn zij nog minder op regionaal niveau georganiseerd (of op een ander niveau dan de regio), hoewel steeds meer specialisten ouderengeneeskunde inmiddels zich onafhankelijk in de eerstelijns organiseren door het toenemend aantal kwetsbare ouderen dat thuis woont.

Huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en andere eerstelijnsberoepsbeoefenaren, werken ook onderling al samen met andere zorgaanbieders in de eerstelijns, vooral op het niveau van de wijk. In veel wijken en regio's is daarbij ook al een verbinding met het sociaal domein². Per gemeente of stadsdeel is vaak één sociaalwerkorganisatie en daarnaast zijn veel gemeenten zelf ook actief via (uitvoerende) wijk- of gebiedsteams. Ook zijn er impactvolle burgerinitiatieven op het snijvlak van zorg en welzijn.

Eerstelijnspartijen zoals de huisartsen (RHO) en wijkverpleging (VVT-organisaties) zijn ook al vertegenwoordigd aan de regiotafels. Daarnaast bieden Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) ondersteuning aan de samenwerking binnen en tussen beroepsgroepen en organisaties.

Wat ontbreekt is een vast samenwerkingsverband waarbinnen de eerstelijns zorgprofessionals afspraken met elkaar maken én met zorgaanbieders buiten de 1^e lijn zodra het een multidisciplinaire samenwerking betreft waarbij drie of meer disciplines betrokken zijn. Afspraken over de inbreng van de eerstelijnszorg aan (IZA) regiotafels, over het gezamenlijk invulling geven aan hechte wijkverbanden inclusief de zorgafspraken die daarvoor nodig zijn, over het borgen van de toegankelijkheid van zorg in de regio en over de ondersteuning op praktijkniveau: Een samenwerkingsverband waarmee de hechte teams in de

² Het transformatieplan '[de buurt als ecosysteem](#)' zet hier onder andere op in.

wijk kunnen worden ondersteund. Hiervoor is het regionale eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV) bedoeld. Voor elke regio is het de uitdaging om vanaf nu tot 2030 hier goede invulling aan te gaan geven. Zoals hierboven geschetst starten partijen natuurlijk niet helemaal op nul, dus waar gewenst kan juist heel goed worden aangesloten bij de regionale situatie.

3. De taken van een slagvaardig RESV

De Visie beschrijft vijf taken voor een RESV en daar gaan landelijke en regionale partijen de komende tijd aan werken, waarbij we voortbouwen op bestaande regionale structuren.



Vanaf 2030 is het streven om alle hoofdtaken in de regio bij een RESV uit te (laten) voeren, rekening houdend met de (bestaande) regionale context. Het RESV maakt de afspraken hierover met verzekeraars. Een uitkomst van de afspraken kan zijn dat de uitvoering van taken kan lopen via bestaande of nieuw te vormen samenwerkingsverbanden/organisaties. Dit hangt af van de (bestaande) regionale context. Daarbij blijft er ruimte om bepaalde specifieke activiteiten regionaal bij monodisciplinaire organisaties te beleggen, indien dit voor de betrokken partijen in het RESV wenselijk is.

Vanaf 2027 wordt het al mogelijk om RESV's te contracteren voor coördinatie en organisatie van (ten minste een deel van) de vijf hoofdtaken. Zorgverzekeraars volgen de afspraken van de zorgverzekeraars die marktleider zijn in de betreffende RESV-regio. We spreken af dat we voor de omvang van het werkgebied van de RESV's uitgaan van bestaande RHO-regio's. Daar kan van worden afgeweken indien daar regionaal goede redenen voor zijn en alleen indien dit een groter gebied bestrijkt dan de RHO-regio's. Bestaande samenwerkingsverbanden in een regio kunnen als RESV verder gaan. RESV's kunnen naast ZVW-financiering ook (deels) financiering ontvangen van gemeenten. Hierover zullen vooralsnog met gemeenten separaat afspraken worden gemaakt.

Regionaal wordt de komende jaren verkend bij welke zorginhoudelijke afspraken het RESV van toegevoegde waarde is. Inhoud en toegevoegde waarde voor inwoner en professional is hierbij leidend. Coördinatie en organisatie van zorginhoudelijke afspraken (hoofdtak 3) voor specifieke patiëntengroepen, waarbij meerdere eerstelijnsdisciplines betrokken zijn, lenen zich voor contractering via het RESV. Alleen de coördinatie en organisatie wordt gecontracteerd met het RESV. De zorginhoudelijke activiteiten zelf blijven via individuele zorgaanbieders gecontracteerd worden. Het RESV is geen hoofdaannemer voor zorginhoudelijke activiteiten. Verzekeraars vertalen de regionale zorgafspraken met het RESV als het gaat om zorginhoudelijke afspraken wel in de individuele contractering. In bijlage 1 is een voorlopige lijst met voorbeelden van activiteiten opgenomen waarover de partijen in het RESV zorginhoudelijke afspraken zouden kunnen maken de komende jaren.

Uitzonderingen zijn mogelijk voor regio's waar het RESV toch het hoofdaannemerschap van zorginhoudelijke activiteiten op zich wil nemen, omdat partijen (zorgaanbieders en -verzekeraars) dit van meerwaarde vinden voor de zorg in de wijk en regio. Dit vraagt maatwerk van de verzekeraars. Aandachtspunt bij deze regionale invulling is onder meer de gelijk(waardig)e toegang tot zorg van patiënten. Via het landelijk lerend netwerk en het onderzoek naar de meerwaarde van andere manieren van werken - beide onderdeel van het ZonMw programma 'versterken van de organisatie en samenwerking van de eerstelijnszorg' - worden de effecten van (onder andere) de regionale invulling op de gelijkwaardige toegang tot zorg van patiënten onderzocht. Wanneer hiertoe mogelijk aanvullende acties nodig zijn, dan zal dit worden teruggekoppeld aan - en vervolgens opgepakt door - de partijen aan de landelijke thematafel. Het hoofdaannemerschap van een RESV, zal echter nooit een doel op zich zijn.

Een belangrijke taak van het RESV is het oppakken van knelpunten in de capaciteit en toegankelijkheid (hoofdtak 2). Een RESV hoeft niet élk capaciteitsprobleem in de eerste lijn op te pakken, maar heeft deze wel inzichtelijk en stemt in de regio af in welke specifieke situaties zij een stevige rol krijgen om knelpunten op te lossen. Dit doen RESV's in nauwe samenwerking met de verzekeraar, die daartoe een rol heeft in het kader van de zorgplicht.

Taken van een RESV bij toegankelijkheid en capaciteit zijn:

- Inzicht genereren in huidige en toekomstige capaciteitsvraagstukken
 - o Vanuit monodisciplinaire lijnen
 - o Verzorgen van de link naar regiobeelden/regioplannen
- Proactief adresseren en plannen maken o.b.v. deze inzichten ('gemandateerd actieplan' opstellen), bijvoorbeeld huisvestingsplannen met gemeenten bespreken of uitdagingen op het vlak van personeel aanpakken, waaronder zo nodig het bevorderen van allocatie van capaciteit (inzet van personeel) bij schaarste.
- Reactief inspelen op actuele knelpunten.

Het tot stand brengen en ondersteunen van hechte wijkverbanden (hoofdtak 4) is een belangrijke hoofdtak van een RESV. Samenwerking in de wijk is immers een belangrijke pijler onder de doelen uit de visie. De door partijen opgestelde 'Handreiking hechte wijkverbanden' is hierbij een goed vertrekpunt. In veel regio's bestaan reeds wijkgezondheidscentra of worden al afspraken gemaakt over wijk Samenwerking. Bij vervolgafspraken wordt rekening gehouden met deze regionale context.

4. Wat is nodig om binnen een RESV robuuste afspraken te maken

Een RESV kan verschillende verschijningsvormen hebben, daarvoor bestaat geen blauwdruk. Als huisartsen-, wijkverpleging- en sociaaldomeinorganisaties bijvoorbeeld al zijn aangesloten bij bredere regionale (IZA) initiatieven en daarbinnen, samen met de apothekers en paramedici, een 'sectie' eerste lijn in richten, dan kan dat. In andere regio's worden vanuit bestaande samenwerkingen, soms ondersteund door de ROS, nieuwe overlegtafels gestart die zich door ontwikkelen naar een RESV met voldoende slagkracht.

Het is een regionale keuze of het RESV wordt vormgegeven door middel van een zelfstandige juridische entiteit. Ook een samenwerkingsverband is mogelijk. Wat belangrijk is, is dat zorgverzekeraars contractuele afspraken kunnen maken over de hoofdtaken van een RESV. Een juridische entiteit kan zelfstandig contracteren. Ingeval geen sprake is van vormgeving met een zelfstandige juridische entiteit zou één van de partijen (bijvoorbeeld de VVT-organisatie of RHO) als kassier kunnen optreden. Deze werkwijze wordt nu ook in veel regio's gebruikt bij de uitwerking van regioplannen/ transformatieplannen. Uitwerking van de voorbeelden voor het inrichten van de governance wordt meegenomen in de 'Handreiking voor contractering van RESV's'.

Ongeacht de vorm, liggen er 5 ontwerpcriteria aan het RESV ten grondslag:

1. Afspraken binnen een RESV gaan minimaal over de huisartsenzorg, wijkverpleging en farmaceutische zorg, waarbij tenminste goede afspraken worden gemaakt over de samenwerking met het sociaal domein. De vertegenwoordigers van de betreffende zorgdisciplines en sociaal werkorganisaties, als één van de uitvoerende organisaties in het sociaal domein, nemen deel aan het RESV. Daarnaast kunnen ook andere eerstelijnsparijen betrokken zijn. Voorwaarde is dat alle betrokken partijen voldoende georganiseerd zijn in de regio (dus een brede vertegenwoordiging van de beroepsgroep in de regio vormen en in het RESV gemandateerd afspraken namens de aangesloten praktijken kunnen maken). Deze voorwaarde heeft ook betrekking op de betreffende organisatie(s) uit het sociaal domein. Hoe gemeenten, als financier en regisseur van het brede sociaal domein (waaronder het sociaal werk), deelnemen aan de RESV kan per regio verschillen. De keuze daarvoor ligt bij gemeenten in de regio zelf. De financiering van de inzet vanuit het sociaal werk behoeft, samen met gemeenten, nadere uitwerking.
2. Een RESV kent een slagvaardige multidisciplinaire bestuurs-vertegenwoordiging, zonder expliciet opgelegde voorwaarden uit welke zorg- en sociaal domein disciplines dit bestuur wordt gevormd.
3. Een RESV heeft een breed draagvlak in de betreffende regio.
4. Een RESV zorgt ervoor dat zij namens de eerstelijnszorg aanbieders in de regio multidisciplinaire afspraken kan maken in lijn met de visie, die aansluiten bij de regionale agenda (o.b.v. regioplannen).
5. Een RESV houdt rekening met de perspectieven van burgers en patiënten en geeft vorm aan participatie van burgers/patiënten (bijvoorbeeld door een vorm van inspraak of een panel).

5. Gefaseerde ontwikkeling van RESV

De komende jaren zal het RESV zich stapsgewijs ontwikkelen, afhankelijk van wat er in een regio wel en niet al bestaat aan structuur. We onderscheiden daarbij een aantal fases.



Subsidiefase 2024-2026

Vanaf 2024 tot en met 2026 is er ZonMw-subsidie beschikbaar voor het opzetten en versterken van de regionale organisatie en samenwerking van de eerstelijnszorg (inclusief organisatie en mandatering van monodisciplinaire beroepsgroepen). Sociaal Werk Nederland initieert in deze fase dat er per regio een gemandateerde afvaardiging van het sociaal werk tot stand komt. Regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) kunnen goede ondersteuning bieden in de RESV-vorming en bij de totstandkoming van monodisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking en mandatering. Deze fase is een aanloop naar de contractering van een RESV door zorgverzekeraars, vanaf 2027.

Bij deze fase horen de volgende landelijke acties:

- We brengen actief in kaart welke regionale ontwikkelingen plaatsvinden. ZonMw richt hiertoe vanaf 2025 een lerend netwerk in, waarmee niet alleen organisaties van elkaar kunnen leren, maar ook landelijke partijen worden gevoed met praktijkervaringen die zij nemen bij de uitwerking van benodigde wet- en regelgeving en de voorbereidingen op de contractering van RESV's. Hierbij zal ook

specifiek aandacht zijn voor uitwisseling van governance-modellen. Dit netwerk wordt ook gebruikt om te ervaren in hoeverre de ontwikkeling van RESV's per regio voortvarend tot stand komt.

- De overheid onderzoekt de ruimte die er is (of moet worden gecreëerd) binnen bestaande wet- en regelgeving om (domeinoverstijgende) afspraken te kunnen maken in relatie tot de 5 hoofdtaken van de RESV's. Eén van de belangrijke vragen is of en hoe de beschreven RESV-activiteiten als 'basisverzekerde zorg' kunnen worden gekwalificeerd. Daarnaast zijn er vragen omtrent btw en eigen risico die helder moeten worden uitgewerkt.
- De bekostiging 'voor RESV-taken wordt vanaf 2027 mogelijk gemaakt. Daarvoor zullen verschillende bekostigingsopties worden uitgewerkt in samenhang met voorgaande actie (ruimte binnen wet- en regelgeving). Belangrijke vraag is in hoeverre de herleidbaarheid naar de individuele patiënt in stand kan/moet worden gehouden. Zorgverzekeraars volgen de afspraken tussen het RESV en de zorgverzekeraar(s) die marktleider zijn in de betreffende RESV-regio. De beleidsregel die dit mogelijk maakt dient uiterlijk 1 juli 2026 gereed te zijn om per januari 2027 in werking te kunnen treden.
- Er wordt gezamenlijk een landelijke handreiking voor contractering van RESV's ontwikkeld. In de handreiking wordt ook aandacht besteed aan hoe het zo aantrekkelijk mogelijk kan worden gemaakt voor aanbieders om zich aan te sluiten bij een RESV en zich daartoe monodisciplinair in voldoende mate te organiseren. Ten behoeve van de handreiking worden ook aspecten ten aanzien van gelijk(waardig)e toegang tot zorg voor alle patiënten (onafhankelijk in welke regio je woont) en mededingingsaspecten verder uitgezocht. De eerste versie van de handreiking wordt uiterlijk 1 juli 2025 opgesteld en zal benut worden voor het inkoopbeleid van zorgverzekeraars (dit inkoopbeleid wordt 1 april 2026 gepubliceerd), tijdig vóór de inkoop voor het jaar 2027.

Ontwikkelfase 2027-2030

- Vanaf 2027 kunnen RESV's worden gecontracteerd voor de vijf hoofdtaken. In deze fase worden de contouren steeds meer ingekleurd. De handreiking en ontwikkelde wet- en regelgeving is in deze fase leidend en kunnen gedurende deze fase, richting 2030, worden bijgesteld op basis van voortschrijdende inzichten en op basis van de activiteiten die (wel/niet) door een RESV worden opgepakt.
- Het zal in deze fase duidelijker worden in hoeverre een RESV slagvaardig is cq. kan worden en in staat is om de benodigde disciplines voldoende aan te laten sluiten. Via het lerend netwerk van ZonMw en de landelijke beleidstafels monitoren we de voortgang. We bepalen of er aanvullende acties nodig zijn om voortgang te creëren, Daarbij kunnen we ook onderzoeken of aanpassingen in wet- en regelgeving daar een stimulans in zijn, zoals mogelijkheden rondom:
 - Goed bestuur: verantwoordelijkheid voor toegankelijkheid en continuïteit
 - Beroepsnormen en BIG registratie: niet alleen de verantwoordelijkheid als zorgverlener naar de individuele patiënt, maar ook naar het collectief.

2030: Stip op de horizon

In 2030 worden de vijf hoofdtaken van een RESV in elke regio uitgevoerd en is het RESV ingebed in de regionale context. Hierbij is ruimte om daar regionaal een eigen invulling aan te geven. De komende jaren wordt helder op welke wijze de uitvoering van de hoofdtaken slagvaardig en efficiënt kan gebeuren. Daarbij passen op voorhand geen blauwdrukken. De RHO kan, net als een VVT- of sociaal werk organisatie naast het RESV blijven bestaan, ook na 2030.

6. De financiering en bekostiging van het RESV

We gaan op landelijk niveau inventariseren wat er per 2027 nodig is voor het uitvoeren van de hoofdtaken van het RESV in elke regio en waar we de benodigde financiële middelen kunnen vinden. De bestaande financiële kaders zijn leidend en bieden vooralsnog beperkt ruimte. Wij realiseren ons dat nieuwe taken of uitbreiding van bestaande taken vragen om voldoende financiële ruimte. Verschuiving van bestaande middelen kan aan de orde zijn in het geval van verschuiving van bestaande taken.

Regionaal bekijken partijen hoe de taken van een RESV zich gaan verhouden tot activiteiten bij bestaande organisaties en netwerken in de regio. We gaan niets veranderen om het veranderen, maar vragen partijen te reflecteren op het gezamenlijk doel, om de eerstelijnszorg ook in de toekomst toegankelijk te kunnen houden en de juiste ondersteuning te kunnen bieden aan zorgprofessionals. Zowel wat betreft de monodisciplinaire zorg als de samenwerking in hechte wijkverbanden. Uitgangspunt is dat we geen dingen dubbel doen en dus ook niet dubbel financieren. Duidelijkheid is relevant, we gaan niet onnodig compliceren en administratieve lasten houden we zo laag mogelijk. Daarbij kunnen ook de taken van bestaande organisaties en netwerken tegen het licht worden gehouden. Zo kan er bijvoorbeeld gekeken worden of het zinvol is om bepaalde activiteiten te verbreden en of ontwikkeling en overheveling van activiteiten naar het RESV dan een logische stap is.

7. De financiering en bekostiging monodisciplinair

In de jaren 2025 en 2026 kunnen beroepsgroepen die in het kader van de visie monodisciplinaire samenwerking willen opzetten, inrichten, uitbreiden en/of versterken – en daar nog geen O&I-financiering voor ontvangen - gebruik maken van de ZonMw subsidie (vouchers) om hun monodisciplinaire mandatering en vertegenwoordiging in het RESV mogelijk te maken.

Vanaf 2027 is voor deze beroepsgroepen structurele financiering mogelijk om met afvaardiging en mandaat deel te kunnen nemen aan een RESV. Dit wordt 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.

In de komende jaren wordt duidelijk hoe RESV's de vijf hoofdtaken gaan invullen en hoe beroepsgroepen zich met mandaat kunnen afvaardigen in een RESV. Dit zal meer helderheid geven over in welke vorm en welke mate (financiering van) monodisciplinaire regionale organisatie nodig is. Om tot een zo slagvaardig mogelijk RESV te komen is het belangrijk dat beroepsgroepen bedenken in hoeverre gezamenlijke mandatering en vertegenwoordiging in het RESV nuttig is.

We zullen komende jaren monitoren, onder andere op basis van de leeromgeving van ZonMw, in hoeverre RESV's het benodigde mandaat kunnen krijgen om hoofdtaken in te vullen en om een slagvaardig RESV vorm te geven. Daarnaast is van belang in hoeverre vanaf 2027 dit mandaat verankerd wordt in de afspraken tussen RESV's en zorgverzekeraars. Randvoorwaarden en uitgangspunten hiervoor zullen ook worden benoemd (en waar nodig verder worden uitgewerkt) in de handreiking contractering RESV.

Bijlage 1 –

Voorbeelden van activiteiten waarover samenwerkingsafspraken gemaakt kunnen worden door een RESV de komende jaren.

Afspraken over ondersteuning bij zorginhoudelijke thema's zouden via het RESV kunnen lopen:

- Tolken telefoon (eerstelijns)
- Samenwerking in de wijk (o.a. MDO's organiseren)
- Gezamenlijke scholing
- Gegevensuitwisseling

Binnen de eerste lijn en met het sociaal domein:

- Implementatie handreiking Kwetsbare ouderen (wv, smw, so, apo, ha, diëtist).
- Valpreventie (gemeente, ha, wv, en fysio)
- Gecombineerde leefstijl interventie (GLI) (ha, gemeente fysio, oefen en diëtist)
- Welzijn op Recept (sw, gemeente, ha)
- Stepped care artrose programma (ha, oefen en fysio)
- Medicatieveiligheid of beschikbaar stellen van palliatieve kit in de regio (ha, wv, apo)
- Farmaceutische telezorg zoals medicijndispenser (apo, wv en ha)
- App welzijn/zorg: één loket/aanspreekpunt in de regio of wijk (smw, gemeente, ha, wv)

Met tweedelijnszorg zoals ziekenhuizen en GGZ-instellingen:

- Afspraken over oncologische netwerken en (overdracht) palliatieve zorg (wv, ha, zh, apo, fysio, ergo, logo en diëtist)
- Afspraken over 1,5-lijnszorg in de regio (ha, zh, wv)
- Zorgcoördinatie (acute zorg keten)
- Spoedpleinen (ha-en, ggz, wv en so/AVG)
- Thuismonitoring (ha-en, wv en zh-en en paramedie)
- Eerstelijnsverblijf en palliatieve zorg
- Aanmeldpunten en coördinatie voor plaats in verpleeghuis en revalidatiezorg
- Beschikbaarheid crisisplekken (wv, ha, ggz, zh)
- Mentale gezondheidsnetwerken inclusief VG (ha, mw en ggz)