

RESV IN DE PRAKTIJK: VAN VISIE NAAR REGIONALE SLAGKRACHT?

De eerstelijnszorg in Nederland staat onder druk. Huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en andere zorgverleners vormen het fundament van onze zorg, maar dit fundament kraakt. Complexere zorgvragen, personeelstekorten en de noodzaak tot domeinoverstijgende samenwerking vragen om structurele vernieuwing. Een sleutelonderdeel van die vernieuwing is het Regionaal Eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV), zoals uitgewerkt in de recent verschenen handreiking van het ministerie van VWS en landelijke partijen.



Hoe de eerstelijnszorg zich hergroepeert rond nieuwe samenwerkingsverbanden

De RESV's moeten een krachtige organisatorische schil vormen rond wijkgerichte samenwerking. Ze zijn bedoeld om de eerstelijnszorg beter te verbinden met andere domeinen en de regionale organisatiekracht te versterken. Maar hoe ziet dat er concreet uit?

Waarom RESV's?

In de "Visie Eerstelijnszorg 2030" werd al duidelijk dat samenwerking op wijkniveau – in zogeheten hechte wijkverbanden – essentieel is om de zorg toegankelijk te houden. RESV's zijn in deze visie het regionale antwoord: zij moeten de wijkverbanden ondersteunen, knelpunten in capaciteit oplossen, programmatische samenwerking mogelijk maken en met zorgverzekeraars en gemeenten afspraken maken over de organisatie van zorg.

RESV's zijn geen compleet nieuwe structuren. Ze bouwen voort op wat regionaal al bestaat: huisartsenorganisaties (RHO's), wijkverpleging, regionale apothekers- en paramedische netwerken.

Maar waar die samenwerking vaak sectoraal en fragmentarisch is, moeten RESV's integraal gaan werken: multidisciplinair, met doorzettingsmacht, en in verbinding met het sociaal domein.

Vijf kerntaken

De handreiking benoemt vijf kerntaken die een RESV vanaf 2030 moet uitvoeren :

- 1. Regionale zorgagenda en regie voeren:** afstemmen op regiobeelden, regioplannen en het IZA.
- 2. Toegankelijkheid en capaciteit bewaken:** inzicht genereren en actieplannen maken bij knelpunten.
- 3. Programmatische samenwerking rond patiëntengroepen:** bijvoorbeeld bij kwetsbare ouderen of chronisch zieken.
- 4. Ondersteunen van hechte wijkverbanden:** verbinden van professionals in de wijk.
- 5. Stimuleren van innovatie en digitalisering:** denk aan gegevensuitwisseling, digitale monitoring en gezamenlijke scholing.

De RESV's nemen primair de coördinatie en organisatie op zich, niet de inhoudelijke uitvoering van zorgprogramma's. Zorg wordt gewoon geleverd door individuele praktijken, maar onder een gezamenlijk afgestemde regionale paraplu.

Geen blauwdruk, wel spelregels

De handreiking benadrukt dat er geen standaardmodel voor een RESV komt. Regio's mogen zelf bepalen hoe zij het samenwerkingsverband vormgeven. Er zijn echter vijf ontwerpcriteria waaraan elke RESV moet voldoen:

- Afspraken gaan minimaal over huisartsenzorg, wijkverpleging en farmaceutische zorg, met stevige verbinding met het sociaal domein.
- Deelnemende partijen moeten mandaat hebben en breed vertegenwoordigd zijn.
- Er moet sprake zijn van multidisciplinair bestuur.
- Afspraken moeten aansluiten op de regionale agenda.
- Er moet ruimte zijn voor burgerparticipatie.

De RESV hoeft geen rechtspersoon te zijn, maar wel contracteerbaar. Is dat niet het geval, dan kan bijvoorbeeld een RHO of VVT-organisatie optreden als kassier.

Gefaseerde invoering

De invoering van RESV's is opgedeeld in drie fasen:

1. Subsidiefase (2024-2026)

ZonMw stelt subsidie beschikbaar voor het opzetten en versterken van regionale samenwerking. Regio's kunnen hiermee investeren in overlegstructuren, mandatering en governance. Sociaal Werk Nederland zorgt dat ook het sociaal domein stevig wordt ingebed in de RESV's. In deze fase wordt een landelijk lerend netwerk ingericht.

2. Ontwikkelfase (2027-2030)

Vanaf 2027 kunnen RESV's worden gecontracteerd door zorgverzekeraars. Dit vraagt een beleidswijziging die uiterlijk 1 juli 2026 in regelgeving moet zijn vastgelegd. De handreiking "contractering RESV's" verschijnt in dezelfde periode.

3. Stip op de horizon (2030)

In 2030 moeten de RESV's structureel functioneren en de vijf hoofdtaken in elke regio uitvoeren, afgestemd op de lokale context. RHO's, VVT-organisaties of sociaal werkpactijen kunnen daarbij blijven bestaan.

Financiering: meer dan verzekeraars

De RESV-financiering loopt in eerste instantie via de Zvw, met afspraken tussen het RESV en de zorgverzekeraar die marktleider is in de regio. Gemeenten kunnen aanvullend financieren, bijvoorbeeld voor inzet vanuit het sociaal domein. Het uitgangspunt is helder: geen dubbele financiering en geen extra bureaucratie.

Voor monodisciplinaire organisatieontwikkeling is tussen 2025 en 2026 ZonMw-subsidie beschikbaar. Daarna moeten deze kosten structureel in de contracten met het RESV worden opgenomen, tenzij er al financiering is via andere NZa-beleidsregels (zoals O&I voor huisartsen).

Wat betekent dit voor de praktijk?

De uitwerking van RESV's is geen vrijblijvende exercitie. In iedere regio zal men zich moeten buigen over de vraag: hoe willen wij samenwerken? Wat is er al? Waar willen we naartoe? En hoe zorgen we voor voldoende mandaat, slagkracht en betrokkenheid?

Voor zorgprofessionals betekent dit enerzijds een kans om invloed te krijgen op de regionale agenda en de eigen positie te versterken. Anderzijds vraagt het ook om tijd, energie en samenwerking buiten de eigen muren – iets wat niet vanzelfsprekend is in een veld dat al zwaar belast is.

Tot slot

De RESV-ontwikkeling laat zien hoe complex zorgvernieuwing is in de praktijk. Maar ook hoe noodzakelijk. Zonder regionale organisatiekracht geen duurzame wijkzorg. En zonder sterke eerstelijns, geen houdbare zorg.

Of, zoals de handreiking het zelf samenvat: "We gaan niets veranderen om het veranderen, maar vragen partijen te reflecteren op het gezamenlijk doel." En dat doel is duidelijk: toekomstbestendige, toegankelijke zorg – voor iedereen, in elke regio.

Lees [hier](#) de volledige uitwerking