

De apotheker in het RESV en hechte wijkverbanden



Aad Noordermeer
(KNMP)

Wat en waarom hecht wijkverband?

Hecht wijkverband met minimale taken

1) **Aanspreekbaar** zijn voor professionals, voor het regionale eerstelijnsamenwerkingsverband en voor externe partijen om **samenwerkingsafspraken te maken** met elkaar en te zorgen dat ze worden nageleefd, bijvoorbeeld over het implementeren van regionale afspraken en programma's, communicatie en bereikbaarheid, taakverdeling, afspraken over wie welke inzet levert voor de meest burgers/patiënten in kwetsbare omstandigheden, doorverwijzing, scholing, innovaties, gegevensuitwisseling et cetera.



2) **Gestructureerd ontwikkelingen bespreken en knelpunten verzamelen in de wijk**, zodat die kunnen worden opgepakt door het wijkverband of worden doorgezet naar het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband.

Financiële afspraken over het hechte wijkverband worden gemaakt met de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden

Hechte wijkverbanden: 6 succesfactoren

1. Gedeelde visie, verantwoordelijkheid en commitment
2. Vastleggen van samenwerkingsafspraken
3. Organisatiemodel kiezen
4. Korte lijnen en laagdrempelig contact
5. Gerichte multidisciplinaire coördinatie
6. Leren, monitoren en evaluatie (bv kwaliteitskompas)

Verbinding sociaal domein: analyse Hilhorst io VWS (mrt 2024)

Praktische taken in wijkverbanden

1. Breng aanbod van zorg en ondersteuning in kaart en maak tijd voor ontmoeting
2. Werk samen met inwoners uit de wijk(ervaringsdeskundigen, sleutelpersonen)
3. Wijs vanuit het netwerk mensen aan die de tijd en verantwoordelijkheid krijgen om samenwerking tot een succes te maken
4. Maak een wijkscan (gebruik wat er al is, 'tellen en vertellen')
5. Ga aan de slag

Waarom apothekers voor de wijk?

- Laagdrempelig toegankelijk
- Apothekers spelen een belangrijke rol bij goed geneesmiddel-gebruik. In het [zorgtredenmodel](#) van de NZa voor (kwetsbare) ouderen zijn de betrokkenheid van de apotheker bij de eerste 5 zorgtreden van belang, met name ook bij trede 3 (Wmo-zorg) en trede 4 en 5 (wijkverpleging)
- Zicht op de populatie
- Kanteling naar meer persoonlijke zorg

Ontwikkelingen wijkverpleging

Zes diverse regio's nader bekeken:

- Samenwerking zit vooral op relationeel niveau en is afhankelijk van regio-specifieke kenmerken. Landelijk uitgewerkte modellen van bovenaf niet wenselijk.
- Op dit moment zitten enkel gecontracteerde aanbieders in samenwerkingsverbanden.
- Een samenwerkingsverband als H&A fungeert als voorwaarde voor het organiseren van mandatering naar het hechte wijkverband en RESV.
- Er werd in de regio's nagedacht over de invulling van het hechte wijkverband, maar was nog niet zodanig georganiseerd, hetzelfde geldt voor mandatering voor het RESV.

Plannen wijziging bekostiging?

Ontwikkelingen gemeenten

- [Richtinggevend kader toegang sociaal domein](#) (Hervormingsagenda Jeugd)
- [Mentale gezondheidsnetwerken](#)
- GALA, IZA, [AZWA](#)

(afspraken over basisfunctionaliteiten (D5) en basisinfrastructuur (D6) t.b.v. de transformatie van zorg naar gezondheid)

NB Voor de implementatie van de basisfunctionaliteiten en basisinfrastructuur stellen partijen in de regio's onder regie van de (mandaat)gemeente een aanvulling op het regioplan op. Dit aanvullende plan moet Q3 2026 gereed zijn.

AZWA: basisfunctionaliteiten

	D5 Basis-functionaliteit onderbouwd	D5 ontwikkel-agenda 1	Ontwikkel-agenda deel 2	D6 Basis-infrastructuur
Leefgebied	Maatregel	Maatregel	Maatregel	Maatregel
1. Mentale Gezondheid	- Laagdrempelige steunpunten EPA - Sociaal Verwijzen	Mentale Gezondheidsnetwerken (onder andere verkennend gesprek)	- Aanpak eenzaamheid - Wachttijd ondersteuning - Lotgenotengroepen - Toeleden naar werk - Verslavingspreventie	- Inloopvoorzieningen Sociaal en Gezond (buurt en ziekenhuis) (inclusief gezondheidsloketten) - Lokaal team - hechte wijkverbanden eerstelijns (inclusief aansluiting jgz) - Coördinatie (gemeenten) versterken samenwerking medisch sociaal (inclusief regie uitvoering basisfunctionaliteiten) (Mentale) Gezonde school
2. Vitaal ouder worden/ouderen	Valpreventie	Ketenaanpak dementie (incl. preventie)	Ketenaanpak vitaal thuis	
3. Leefstijl	Ketenaanpak overgewicht en obesitas volwassenen	Nicotinevrij	- Samenwerking ziekenhuis & gemeenten - Seksuele gezondheid	
4. Kansrijk opgroeien	Kansrijke start: integrale gezinspoli en Nu Niet Zwanger	- Ketenaanpak overgewicht en obesitas kinderen - Kansrijke start: Rookvrije start	- Middelengebruik (roken, vaperen, drugs, alcohol) - Mentale gezondheid jeugd - Stevig ouderschap - Gokken/gamen	
5. Gezondheidsachterstanden verminderen en voorkomen		Multiproblematiek aanpak (NPLV)	- Verhogen vaccinatiegraad - Aanpak armoede en schulden	- Lokale coalities Kansrijke Start - Buursportcoaches - Suïcidepreventie - Middelen SPUK IZA

- Zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders van zorg en ondersteuning spreken concrete basisfunctionaliteiten af (het wat) op de leefgebieden kansrijk opgroeien, gezonde leefstijl, mentale gezondheid, vitaal ouder worden en gezondheids-achterstanden.
- Deze functionaliteiten zijn in elke regio of gemeente ingevuld en beschikbaar voor inwoners.
- Lokaal wordt bepaald welke interventie (het hoe) ingezet wordt om invulling te geven aan de basisfunctionaliteit.

Tabel 1. Er is overeenstemming over de inhoud van de basisfunctionaliteit, voor de ontwikkelagenda deel 1 worden de benoemde aanpakken op korte termijn doorontwikkeld tot een basisfunctionaliteit en vastgesteld (Q1 2026). De ontwikkelagenda deel 2 is een weergave van de inventarisatie op dit moment, dit is nog niet uitgewerkt en wordt nog aangepast op basis van inzichten de komende periode. De oranje cellen geven weer waar momenteel al middelen voor beschikbaar zijn.

AZWA: basisinfrastructuur

Inloopvoorzieningen sociaal en gezond (buurt en ziekenhuis)	(Mentale) gezonde school
Personeel voor inloopvoorziening sociaal en gezond (sociaal werkers, gezondheidsbevorderaars GGD, jgz-verpleegkundigen)	Gezonde school adviseur (via GGD)
Burgerinitiatieven	School brede interventies (collectieve en selectieve preventie) mentale gezondheid
Lokale teams	Regionale coördinatie
Versterking verbinding eerste lijn	Regionale coördinatie gemeenten o.a. regioplan/regiobeeld
Versterking verbinding jeugdgezondheidszorg	Versterking regionale kennis en adviesfunctie GGD + coördinatie regionale planvorming en uitvoering op preventie (inclusief ketenaanpakken)
Versterking andere werken	

Toelichting tabel: de elementen in de tabel zijn gericht op ondersteuning van de basisfunctionaliteiten, en zijn daarmee onderdeel zijn van dit akkoord. Het bredere gesprek over het versterken van de basisinfrastructuur in het sociaal domein vindt plaats los van de uitvoeringsstructuur van dit akkoord.

- Partijen hebben afgesproken dat basisvoorzieningen in wijken en buurten op het gebied van gezondheid, ondersteuning, welzijn en zorg beschikbaar zijn.
- Hierbij hoort ook dat burger-initiatieven worden ondersteund en dat gemeenten i.s.m. de GGD bijdragen aan de aanpak gezonde school met specifieke aandacht voor mentale gezondheid.
- Op regionaal niveau betreft het de coördinerende rol van de GGD op het gebied van de ketenaanpakken in relatie tot gezondheid en de kennis-/ preventie-infrastructuur op het gebied van gezondheid.
- Individuele gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de aansluiting van lokale wijkteams/sociaal domein op hechte wijkverbanden en de kosten die daarmee samenhangen.

Waarom RESV?



RESV draagt via taken bij aan doelen



Doelen visie eerstelijnszorg

- Doel 1:** Verminderen van ongewenste druk op de eerstelijnszorg
- Doel 2:** Goede voorbereiding op en toeleiding naar de eerste lijn
- Doel 3:** Passende eerstelijnszorg, met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar mogelijk digitaal ondersteund
- Doel 4:** We benutten de capaciteit binnen de eerstelijnszorg beter; waar nodig organiseren we taken anders
- Doel 5:** Hechte samenwerking in de wijk tussen professionals, zodat proactief kan worden ingespeeld op de gezondheidsproblemen
- Doel 6:** Aanspreekbaarheid van eerstelijnszorg, samenwerking op regionaal niveau voor het oplossen van knelpunten in de hele keten; beschikbare 24/7 infrastructuur voor de eerstelijnszorg voor crisissituaties

Praktische taken apothekers in het RESV

- Vertegenwoordiging in regionale overleggen
- Signaleren van knelpunten in toegankelijkheid en capaciteit
- Input leveren voor zorgpaden en multidisciplinaire afspraken
- Kennisdeling en innovatie stimuleren
- Brugfunctie tussen zorg en sociaal domein vervullen
- Bijdragen aan contractering RESV door zorgverzekeraars (en gemeenten)

Uitwerking RESV: 5 ontwerp-principes

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 eerstelijnsparitien betrokken zijn

Hoe gemeenten, als financier en regisseur van het brede sociaal domein (waaronder het sociaal werk), deelnemen aan de RESV kan per regio verschillen

5 ontwerp-principes (vervolg)

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).

Opties voorgelegd door de NZa

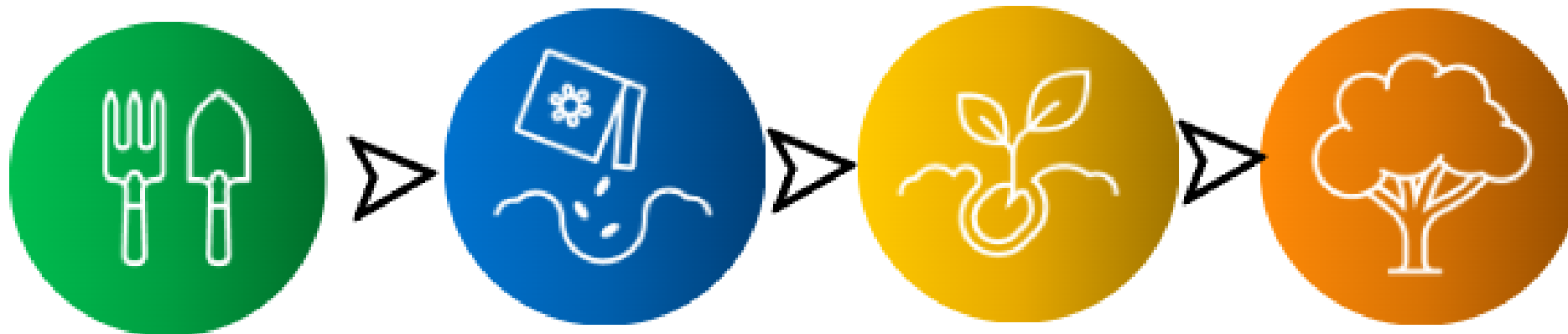
Scenario 1. Harde randvoorwaarde dat als onderdeel van de regionale afspraak in 2027 een plan is opgenomen voor doorontwikkeling van de invulling van het volledige takenpakket richting 2030.

Scenario 2. De inhoudelijke invulling van de vijf hoofdtaken blijft vrij aan het regionaal overleg. Maar het plan/tijdspad hoe de eerstelijnsdisciplines in de breedte aangehaakt worden richting 2030 (eerste onderdeel bouwsteen 6 handreiking RESV-plan) is wel een harde randvoorwaarde voor declaratie/overeenkomst met een zorgverzekeraar.

Scenario 3. Op beide punten in landelijke regelgeving geen harde randvoorwaarden gesteld, of in ieder geval niet met ingang van 2027. Beide componenten van doorontwikkeling worden volledig overgelaten aan het regionale overleg tussen RESV en zorgverzekeraar. Mocht uit monitoring blijken dat de invulling van de taken onvoldoende tot stand komt, dan kunnen voor 2028 of 2029 mogelijk alsnog (aanvullende) randvoorwaarden worden opgenomen in de prestatiebeschrijving.

Bouwstenen RESV-plan

- **Bouwsteen 1:** Startpunt & minimale eisen
Regionale samenwerkingsverbanden, mandaat, afspraken met gemeenten en sociaal domein, afbakening werkgebied
- **Bouwsteen 2:** RESV-plan op basis van Regioplan
Aansluiting bij regionale prioriteiten en knelpunten
Data (bijv. [Vektis-gemeentezorgspiegel](#), [Buurtatlas](#), [SFK](#), [Regiobeeld](#))
- **Bouwsteen 3:** Impact RESV
SMART-doelen, effect op patiënten en aanbieders
- **Bouwsteen 4:** Activiteiten 2027
Opzetten van hechte wijkverbanden, regionale en monodisciplinaire activiteiten



Input

O.a. afspraken uit
het GALA en
middelen, zoals
SPUK-gelden

Inspanningen

O.a. opzetten
overlegstructuur,
opstellen
beleidsvisie,
uitrollen
interventies

Output

Opbrengsten,
waaronder
samenwerking en
beoogde resultaten
GALA

Outcome

Gezondheids-
uitkomsten, zoals
overgewicht en
ervaren gezondheid

Bouwstenen RESV-plan (vervolg)

- **Bouwsteen 5: Executiekraacht**
Samenwerking, sturing, leer- en verbetercyclus, betrokkenheid van burgers/patiënten
- **Bouwsteen 6: Ontwikkelstappen 2028-2029**
Groei naar volledige deelname van alle relevante beroepsgroepen en activiteiten
- **Bouwsteen 7: Begroting**
Voorkomen van dubbele bekostiging, afspraken met gemeenten, financiering van projecten

Discussiepunt: RESV versus bestaand

Het is mogelijk dat onderdelen van het RESV-plan 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 het RESV en de financiers of deze bemensing gefinancierd wordt via het contract van het RESV of via de contracten tussen de betreffende financiers en de betreffende organisaties.

Het RESV is verantwoordelijk om de partijen die in en met het RESV samenwerken te informeren over de gecontracteerde afspraken.

Discussiepunt: financiering (monodisciplinaire) regionale samenwerkingsverbanden

Financiering voor (monodisciplinaire) regionale samenwerkingsverbanden is mogelijk om met afvaardiging en mandaat deel te kunnen nemen aan een RESV.

Dit 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.

Planning

- Publicatie handreiking contractering RESV door zorgverzekeraars: (uiterlijk) **20 okt. 2025**.
- Deel 1 van de basisfunctionaliteiten (AZWA) wordt vastgesteld in **Q1 2026**.
- Deadline RESV-plan **15 juli 2026**.
- De zorgverzekeraar die marktleider is, beoordeelt 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 sept. 2026** af te ronden.
- Voor de regionale afspraken t.a.v. 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.
- Voor de implementatie van de basisfunctionaliteiten en basisinfrastructuur stellen partijen in de regio's onder regie van de (mandaat)gemeente een aanvulling op het regioplan op. Dit aanvullende plan moet **Q3 2026** gereed zijn.

Hartelijk dank voor jullie aandacht
ruimte voor vragen & uitwisseling

