

Opgesteld door:

Expertgroep Governance & organisatiekracht

Scenario's RESV

LeVEL leernetwerk

Inleiding

De *Visie Eerstelijnszorg 2030* schetst de noodzaak om de organisatie van de eerste lijn te versterken zodat regionaal een sterke en aanspreekbare eerste lijn ontstaat. Daartoe worden Regionale EerstelijnsSamenwerkingsVerbanden (RESV's) ingericht naast hechte wijkverbanden. Hechte wijkverbanden zijn lokale samenwerkingsnetwerken van zorg- en welzijnsprofessionals (huisarts, wijkverpleging, apotheker, paramedici, sociaal domein, etc.) die op wijkniveau integrale zorg organiseren voor mensen met complexe vragen. Het RESV opereert op regionaal niveau ter ondersteuning van deze wijkverbanden en pakt regionale vraagstukken op (zoals personeelsbeleid, ICT, spreiding van zorg). In de praktijk moeten RESV's zich ontwikkelen binnen bestaande kaders: op veel plaatsen bestaan al regionale samenwerkingsstructuren (denk aan regionale huisartsenorganisaties, VVT-aanbieders, ROS'en, et cetera) waar deels al multidisciplinair wordt samengewerkt. De visie benadrukt dat bij de ontwikkeling van RESV's waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaande structuren die goed functioneren. Tegelijkertijd mag samenwerking niet vrijblijvend zijn; om de doelen te bereiken zijn duidelijke afspraken en mandatering nodig. Er is echter geen landelijk verplichte blauwdruk voor de governance – regio's hebben ruimte om een passend model te kiezen, variërend van een informeel netwerk tot een formele entiteit.

Hieronder worden drie mogelijke governance-scenario's uitgewerkt, oplopend in formaliteit en integratiegraad, maar passend binnen de *Visie Eerstelijnszorg 2030*, de *Handreiking contractering RESV* en de *Handreiking Hechte Wijkverbanden*. Elk scenario beschrijft de governancevorm, betrokken partners en mandatering, randvoorwaarden (inclusief aansluiting bij bestaande RHO's) en de voordelen en risico's voor bestuurlijke effectiviteit, slagkracht, administratieve lasten en de aansluiting op de praktijk.

Scenario 1: Licht netwerkmodel (behoud van bestaande structuren)

Governance en organisatie

In dit lichte netwerkmodel vormen de belangrijkste eerstelijnspartijen een informeel samenwerkingsnetwerk zonder nieuwe juridische entiteit. Bestaande organisaties en hun governance – bijvoorbeeld de regionale huisartsenorganisatie (RHO) voor huisartsen, VVT-organisaties voor wijkverpleegkundigen, regionale apothekersorganisaties, eerstelijns paramedische netwerken, enz. – blijven intact. Het RESV fungeert hier feitelijk als een *overlegplatform* of *coalitie* waarin deze partijen periodiek bijeenkomen om multidisciplinaire afspraken te maken en de regionale eerstelijnsagenda af te stemmen. Omdat er geen aparte rechtspersoon is, worden afspraken vastgelegd in bijv. een convenant of samenwerkingsovereenkomst, maar juridisch blijven de partijen separaat. Verantwoording vindt plaats binnen de bestaande lijnen: elke partnerorganisatie blijft verantwoordelijk naar de eigen achterban en financiers, terwijl men elkaar in het netwerk aanspreekt op nakoming van de gezamenlijke afspraken. Belangrijk is dat de afspraken niet vrijblijvend zijn: hoewel informeel van structuur, committeert elke partij zich om de besluiten van het RESV-overleg uit te voeren binnen de eigen discipline.

Partners en mandaat

Alle relevante eerstelijnsdisciplines in de regio zijn vertegenwoordigd. Minimaal doen huisartsen (via de RHO), wijkverpleging (via één of meer VVT-instellingen), apothekers (via hun regionale vereniging) en een vertegenwoordiger van het sociaal domein (bijv. een welzijnsorganisatie) mee, volgens de landelijke ontwerpcriteria. Andere disciplines (fysiotherapeuten, diëtisten, ggz-aanbieders, etc.) kunnen aansluiten afhankelijk van de regionale situatie. *Mandaat* wordt geborgd doordat elke deelnemende organisatie haar vertegenwoordiger(s) in het netwerk officieel bevoegd maakt om namens die discipline afspraken te maken. Dit vergt dat de beroepsgroepen in de regio voldoende georganiseerd zijn en hun achterban meenemen in het RESV-proces. In de praktijk betekent dit bijvoorbeeld dat de RHO-bestuurder aan tafel mandateert is namens alle huisartsenpraktijken in de regio, en dat een aangewezen VVT-bestuurder namens de gezamenlijke wijkverpleging spreekt.

Randvoorwaarden en aansluiting bij RHO

Een belangrijke randvoorwaarde is dat er vertrouwen en gezamenlijke visie bestaat tussen de partijen, omdat de samenwerking leunt op commitment in plaats van juridische dwang. Ook moeten alle beroepsgroepen in de regio organisatorisch sterk genoeg zijn om met één stem te spreken. Dit scenario sluit bij uitstek aan op bestaande RHO-regio's: de regio-indeling van het RESV is idealiter gelijk aan de bestaande huisartsenzorgregio (RHO-regio). Bestaande samenwerkingsverbanden kunnen zo veel mogelijk als basis dienen voor het RESV – bijvoorbeeld een al bestaande eerstelijnscoalitie kan in deze lichte vorm doorgroeien. Voorwaarde is wel dat gelijkwaardigheid tussen de disciplines geborgd wordt; als bijvoorbeeld de RHO de kar

trekt, moet worden voorkomen dat andere beroepsgroepen ondergeschikt raken. Ook is afstemming met bestaande ondersteuningsstructuren (zoals de ROS) essentieel, aangezien deze in dit model een rol kunnen spelen in faciliteren van overleg en projectondersteuning.

Voordelen:

- *Minimale bureaucratie*: er hoeft geen nieuwe organisatie opgericht te worden, waardoor de administratieve lasten laag blijven en de focus op inhoudelijke samenwerking kan liggen.
- *Gebruik van bestaande netwerken*: het model bouwt voort op al goed functionerende structuren en relaties, wat de implementatiekans vergroot en doublures voorkomt.
- *Flexibiliteit*: partijen kunnen relatief eenvoudig opstarten en gaandeweg leren samenwerken zonder meteen vast te zitten aan statuten of juridische constructies – dit past bij de geleidelijke ontwikkeling van RESV's tot 2030.

Risico's:

- *Beperkte slagkracht*: zonder formele organisatie ontbreekt één aanspreekbaar aanspreekpunt of "gezicht" namens de gehele eerste lijn. Besluitvorming kan trager zijn omdat consensus nodig is tussen aparte besturen. Dit kan de bestuurlijke effectiviteit en uitvoeringskracht beperken, vooral bij regionaal brede programma's.
- *Onduidelijke aansprakelijkheid*: omdat er geen rechtspersoon is, is het lastiger om formele contracten met bijvoorbeeld zorgverzekeraars te sluiten. Een zorgverzekeraar kan moeilijk een "overlegtafel" contracteren, waardoor afspraken vaak via individuele contracten per beroepsgroep moeten worden vastgelegd. Dit kan leiden tot versnipperde verantwoordelijkheden.
- *Afhankelijkheid van goodwill*: de naleving van afspraken berust grotendeels op de vrijwillige inzet en goodwill van de partners. Er is een risico dat bij moeilijke beslissingen partijen zich terugtrekken op het eigen belang, aangezien de binding minder afdwingbaar is dan in een formeel samenwerkingsverband.
- *Gelijkwaardigheid bewaken*: als één partij (bijv. de RHO) organisatorisch veel sterker is of fungeert als penvoerder van gelden, bestaat het risico van dominantie. Extra aandacht is nodig om alle stemmen gelijk te laten wegen in het netwerk.

Scenario 2: Groeimodel (formele samenwerking zonder aparte entiteit)

Governance en organisatie

In het groeimodel verdiepen en formaliseren de bestaande samenwerkingsrelaties zich tot een *formeel samenwerkingsverband*, echter zonder dat een nieuwe juridische

entiteit wordt opgericht. De betrokken partijen – RHO, VVT-organisaties, apothekers, etc. – sluiten een samenwerkingsovereenkomst of convenant waarin duidelijk de gezamenlijke doelen, rollen, besluitvormingsprocessen en ieders bijdragen zijn vastgelegd. Dit creëert een steviger organisatorisch raamwerk dan scenario 1, maar laat de bestaande organisaties juridisch intact. Er wordt doorgaans een gezamenlijk bestuurlijk overleg of “coalitieberaad” ingericht met een benoemde voorzitter/trekker (eventueel een onafhankelijk voorzitter) en een rotatie- of gelijkwaardige zetelverdeling tussen de disciplines. Accountability is in dit model tweelaags: het samenwerkingsverband als geheel legt verantwoording af over de uitvoering van het gezamenlijke RESV-plan aan financiers (zoals verzekeraars en eventueel gemeenten), terwijl intern elke partnerorganisatie haar eigen achterban blijft informeren en bijsturen. Formeel kunnen zorgverzekeraars één van de deelnemende partijen als penvoerder contracteren voor de uitvoering namens het hele RESV. Een vaak gehanteerde werkwijze is dat één partner – bijvoorbeeld de RHO of een VVT-instelling – optreedt als kassier/hoofdaannemer die de middelen beheert, terwijl de samenwerkingsovereenkomst regelt hoe middelen en verantwoordelijkheden onder de partners verdeeld zijn.

Partners en mandaat

Net als bij scenario 1 zijn alle relevante eerstelijnspartijen betrokken (minimaal huisartsenzorg, wijkverpleging, farmacie, sociaal werk; aangevuld met anderen naar regionale behoefte). Het verschil is dat de mandatering hier explicieter schriftelijk is vastgelegd. Iedere partner ondertekent de samenwerkingsovereenkomst namens zijn achterban, wat impliceert dat de achterban (bijv. alle huisartsen in de RHO) instemt met het RESV-plan en haar vertegenwoordiger mandaat geeft om bindende besluiten te nemen. Er kan ook worden gewerkt met een gezamenlijk *mandaatdocument* of bestuurscharter waarin staat dat beslissingen genomen in het RESV-beraad als bindend worden gezien voor alle achterliggende praktijken. Deze vorm vereist dus dat de interne achterbanraadpleging goed is geregeld: de RHO moet draagvlak creëren bij huisartsen, de VVT-organisatie bij de aangesloten wijkteams, etc., voordat men zich committeert. Zo wordt geborgd dat het RESV spreek- en daadkrachtig namens alle disciplines kan optreden.

Randvoorwaarden en aansluiting bij RHO

Een belangrijke randvoorwaarde is juridische en organisatorische helderheid: het opstellen van een degelijke samenwerkingsovereenkomst vraagt aandacht voor mededingingsaspecten, financieringsafspraken en besluitvorming. Vaak is ondersteuning nuttig om deze afspraken vorm te geven. Het RESV-gebied blijft doorgaans gebaseerd op de bestaande RHO-regio, zodat de populatieafbakening helder is en aansluit bij het zorgverzekeraarsbeleid en de regionale overlegtafels (zoals IZA-regiotafel). Bestaande verbanden kunnen in dit groeimodel “doorgroeien” tot RESV zonder direct een nieuwe organisatie te hoeven bouwen – men formaliseert stap voor stap. Wel moet er voldoende vertrouwen en commitment op lange termijn zijn, omdat de partners zich contractueel binden aan elkaar. Daarnaast is het belangrijk om de governancestructuur gelijkwaardig in te richten: bijvoorbeeld door in het bestuursberaad per discipline één stem te geven of besluiten consensueel te nemen, zodat geen enkele partij overheerst. Ten slotte is afstemming met gemeenten gewenst:

hoewel gemeenten mogelijk geen formele contractpartij zijn in dit model, moeten ze via aparte overeenkomsten of afstemmingsfora betrokken worden bij onderwerpen als welzijn en preventie (eventueel kunnen gemeentelijke vertegenwoordigers als adviseur aanhaken bij het RESV-beraad).

Voordelen

- *Duidelijkheid en commitment:* Doordat afspraken schriftelijk zijn vastgelegd, weten alle partijen waar ze aan toe zijn. Het gezamenlijke RESV-plan krijgt een formele status, waardoor afspraken niet vrijblijvend zijn maar afdwingbaar binnen de samenwerking. Dit verhoogt de bestuurlijke effectiviteit ten opzichte van het losse netwerk uit scenario 1.
- *Gezamenlijke stem naar buiten:* Het groeimodel presenteert de eerstelijnszorg als meer eensgezind naar externe partners. Bijvoorbeeld bij de regionale overlegtafel met tweede lijn en verzekeraars kan het RESV optreden als formeel samenwerkingsverband dat namens alle disciplines spreekt. Dit versterkt de positie en herkenbaarheid van de eerste lijn, zonder dat meteen een juridische entiteit nodig is.
- *Behoud van flexibiliteit:* Hoewel formeler dan scenario 1, is dit model nog steeds relatief flexibel. Men kan de samenwerkingsovereenkomst vrij aanpassen als inzichten wijzigen, en men vermijdt de kosten en rompslomp van oprichten en beheren van een nieuwe rechtspersoon. Het model kan dienen als tussenstap: indien de samenwerking goed loopt en er behoefte ontstaat aan meer formaliteit, kan men later altijd nog besluiten een eigen entiteit op te richten.
- *Gezamenlijke projectuitvoering:* Met een formeel verband kunnen regio-brede projecten (bijv. een zorgprogramma chronische zorg of implementatie van een E-health platform) eenvoudiger gezamenlijk worden uitgevoerd. Men kan één partij als penvoerder aanwijzen voor subsidies of transformatiegelden, met duidelijke afspraken over taak- en middelenverdeling, hetgeen efficiënter is dan elke organisatie afzonderlijk projecten doen.

Risico's

- *Complexere coördinatie:* Hoewel geen nieuwe organisatie is opgericht, vergt het onderhoud van het samenwerkingsverband wel extra overlegstructuren, afstemming en mogelijk ook dedicated personeel (bijv. een programmamanager die het RESV-plan coördineert). Dit betekent enige toename van administratieve lasten en vergaderdruk vergeleken met scenario 1.
- *Onduidelijkheid bij externe aanspreekbaarheid:* Omdat het RESV zelf geen rechtspersoon is, kan er bij buitenstaanders (zoals ziekenhuizen of gemeenten) verwarring ontstaan over de status. Men spreekt weliswaar met één RESV-stem, maar contractueel blijft het uiteindelijk een cluster van losse partijen. Het vergt goede communicatie om duidelijk te maken wie bevoegd is besluiten te nemen en hoe de aansprakelijkheid geregeld is.
- *Afhankelijkheid van penvoerder:* Financiële stromen lopen vaak via één van de partnerorganisaties (de *kassier*). Dit kan spanning geven: de penvoerder draagt formeel het risico en mogelijk bestuurlijke last voor het hele samenwerkingsverband. Als die penvoerder bijvoorbeeld de RHO is, kan dat aanleiding geven tot perceptie van machtsongelijkheid ("de huisartsen beheren het geld"). Dit vraagt transparantie en goede onderlinge afspraken om wantrouwen te voorkomen.

- *Mededingings- en governancevraagstukken*: Het formaliseren van samenwerking tussen concurrerende zorgaanbieders kan juridische vragen oproepen (mededinging/ACM). Hoewel de *Handreiking Contracting RESV* hiervoor kaders biedt, vergt het groeimodel behoedzaamheid bij het delen van informatie en het maken van onderlinge prijs-/volumeafspraken. Daarnaast moet de interne governance klip en klaar zijn om patstellingen te voorkomen (wat als partijen het ondanks contract niet eens worden?). Zonder onafhankelijke entiteit is conflictbeslechting lastiger, men zal moeten terugvallen op de bepalingen in de samenwerkingsovereenkomst.

Scenario 3: Vergaand model (RESV als zelfstandige juridische entiteit)

Governance en organisatie

In dit scenario wordt het RESV opgezet als een zelfstandige juridische entiteit die namens de regionale eerste lijn optreedt. Denkbaar is bijvoorbeeld een coöperatie of vereniging waarin de verschillende beroepsgroepen organisaties participeren, of een stichting/maatschappelijke onderneming met een multidisciplinair bestuur. Cruciaal is dat deze entiteit als rechtspersoon zelfstandig contracten kan afsluiten met zorgverzekeraars en andere partijen. Het RESV krijgt daarmee een formele positie als regionale contractpartner vanaf 2027, wanneer structurele financiering via verzekeraars mogelijk wordt. De governance is zo ingericht dat er een multidisciplinair bestuur is, waarin vertegenwoordigers van de diverse eerstelijnsdisciplines zitting hebben op basis van gelijkwaardigheid. Dit bestuur is besluitvaardig (*slagvaardig*) doordat het mandaat heeft om namens alle aangesloten zorgaanbieders bindende besluiten te nemen. Vaak zal er onder het bestuur een professionele organisatie ingericht worden (bijvoorbeeld een klein bureau of kernteam) om de activiteiten van het RESV uit te voeren en de hechte wijkverbanden in de regio te ondersteunen. De verantwoordingslijn verloopt rechtstreeks vanuit het RESV-bestuur naar de financiers en stakeholders: het RESV als organisatie draagt verantwoordelijkheid voor het behalen van regionale doelen en rapporteert hierover, terwijl de individuele zorgaanbieders verantwoording afleggen aan het RESV (via hun deelname in de vereniging/coöperatie).

Partners en mandaat

In een zelfstandig RESV-entiteit zijn alle eerstelijnsdisciplines formeel verenigd. Dit kan op twee manieren: ofwel de *organisaties* (bijv. RHO, grote VVT-instellingen, apothekersvereniging) zijn lid/partner van de coöperatie, ofwel individuele zorgaanbieders (alle huisartsenpraktijken, alle apotheken etc.) worden rechtstreeks lid.

In de praktijk is een combinatie ook mogelijk, maar het is van belang dat iedere discipline structureel vertegenwoordigd en gemandateerd is in de nieuwe entiteit. Mandaat wordt hier geborgd door de oprichtingsakte en statuten: bij de oprichting stemmen alle partijen in met het overdragen van bepaalde beslissingsbevoegdheden aan het RESV-bestuur. Zo kan bijvoorbeeld statutair worden vastgelegd dat het RESV afspraken kan maken over zorgverdeling, kwaliteit en innovatie namens alle leden. Elke bestuurszetel vertegenwoordigt een discipline maar het bestuur behartigt het gezamenlijke regionale belang. Daarnaast kunnen afspraken worden gemaakt over een ledenraad of periodieke achterbanraadpleging per beroepsgroep, zodat het mandaat actueel en gedragen blijft. Het sociaal domein (gemeenten, welzijn) kan eventueel een formele rol krijgen, bijvoorbeeld door toe te treden als *geassocieerd lid* of door deelneming in een adviesraad, zodat ook die verbinding verankerd is. De representativiteit van dit model is hoog: het RESV omvat idealiter nagenoeg alle eerstelijnsaanbieders in de regio, waardoor het een breed draagvlak heeft en namens de gehele populatie eerste lijn kan spreken.

Randvoorwaarden en aansluiting bij RHO

Voor dit vergaande model zijn de randvoorwaarden substantieel. Allereerst vraagt de oprichting van een rechtspersoon investering in tijd, geld en expertise (juridisch advies, bestuurlijke inrichting, administratieve systemen). Er moet voldoende schaal en vertrouwen zijn om dit te rechtvaardigen – vaak is dit pas haalbaar als partijen al een voortraject (zoals scenario 1 of 2) doorlopen hebben en merken dat een entiteit meerwaarde biedt. Een belangrijke voorwaarde is dat bestaande structuren kunnen integreren: de RHO en andere monodisciplinaire verbanden moeten hun eigen positie herdefiniëren ten opzichte van het RESV. In veel gevallen zal de RHO-regio als gebied blijven dienen, maar de RHO als organisatie zou bijvoorbeeld kunnen opgaan in of diensten afstaan aan het RESV. Het is zaak om dupliciteiten te vermijden: het nieuwe RESV moet duidelijk afbakenen welke taken het overneemt (bijv. regionale vertegenwoordiging, gezamenlijke projecten) en welke taken bij de losse beroepsorganisaties blijven (bijv. puur vakinhoudelijke zaken of individuele praktijkondersteuning). Hierover moeten heldere afspraken komen, zodat het RESV niet naast maar *boven* of *in plaats van* bestaande structuren opereert op bepaalde terreinen. Verder is financiële duurzaamheid een randvoorwaarde: het RESV zal eigen inkomsten en budgetten beheren (via zorgverzekeraarscontracten, subsidies, gemeentelijke bijdragen etc.) en daarmee waarschijnlijk een klein bedrijfsbureau voeren – hiervoor is gegarandeerde financiering nodig om continuïteit te waarborgen. Tot slot moet het model passen bij de cultuur: alle deelnemende professionals moeten het nut inzien van één gezamenlijke organisatie en bereid zijn hieraan een deel autonomie te ontvlechten; dit vraagt veranderbereidheid en leiderschap in de regio.

Voordelen

- *Grote bestuurlijke slagkracht:* Met een eigen juridische entiteit heeft het RESV aanzienlijk meer doorzettingsmacht. Het kan als hoofdaannemer optreden voor regionale programma's en direct door verzekeraars gecontracteerd worden. Besluiten genomen door het RESV-bestuur zijn formeel bindend voor alle leden, wat snelle implementatie van regionale afspraken mogelijk maakt. Dit komt de slagkracht en consistentie van de eerstelijnszorg ten goede – er is één aanspreekbaar orgaan dat knopen kan doorhakken in plaats van losse overlegafspraken.
- *Één loket en aanspreekpunt:* Externe partijen (ziekenhuizen, GGZ, gemeenten) treffen één organisatie die namens de voltallige eerste lijn kan spreken en handelen. Dit verhoogt de zichtbaarheid en invloed van de eerste lijn in regionale samenwerkingsverbanden. Intern werkt het RESV als verbindende schakel: hechte wijkverbanden kunnen hun signalen en behoeften doorgeven aan het RESV, dat structureel voor follow-up zorgt. Ook bewaakt het RESV dat in elke wijk een netwerk tot stand komt en dat kennis gedeeld wordt, zoals expliciet van het RESV verwacht wordt.
- *Efficiency en gedeelde voorzieningen:* Een regionale entiteit kan bepaalde ondersteunende taken centraal organiseren, wat schaalvoordelen oplevert. Denk aan een regionaal scholingsprogramma, gezamenlijke data-analyses (wijkscans), ICT-platformen voor gegevensuitwisseling of een pool van praktijkondersteuners die flexibel kunnen worden ingezet. Dit ontlast individuele praktijken en zorgt voor uniformiteit waar gewenst. De *Handreiking Hechte Wijkverbanden* benadrukt bijvoorbeeld dat elk wijkverband niet telkens het wiel opnieuw hoeft uit te vinden – een sterk RESV kan hiervoor zorgen.
- *Formalisering van mandaat en kwaliteit:* Omdat zorgverleners expliciet lid zijn van het RESV, is hun betrokkenheid formeler. Hierdoor kunnen ook kwaliteitsafspraken en toetsing regionaal worden geborgd. Tevens biedt het kansen voor patiëntenparticipatie op regio-niveau: het RESV kan een cliëntenraad of panel instellen om de stem van de burger mee te laten wegen in beleidsbeslissingen, wat in een losser verband minder gestructureerd zou zijn.

Risico's

- *Zware organisatie en hogere lasten:* Het oprichten en runnen van een nieuwe entiteit brengt bestuurlijke en administratieve lasten met zich mee. Er moeten statuten worden opgesteld, er is een boekhouding en jaarverslaglegging nodig, wellicht personeel in dienst. Dit betekent hogere overhead. Als dit niet efficiënt gemanaged wordt, bestaat het risico dat meer tijd en geld naar organisatievorming gaan ten koste van directe patiëntenzorg of innovaties.
- *Veranderingstraject voor partijen:* Partijen moeten bereid zijn een deel van hun autonomie en bestaande structuren op te geven. Dit kan spanning geven – bijvoorbeeld RHO's of andere beroepsorganisaties die vrezen hun positie of identiteit kwijt te raken. Het vraagt sterke veranderkunde om iedereen op één lijn te krijgen. Als dit niet slaagt, kan het proces stranden of kan de nieuwe entiteit intern verzet oproepen.
- *Risico op bureaucratie en afstand tot werkvloer:* Een regio-organisatie kan door zorgverleners "op de werkvloer" als ver van hun dagelijkse praktijk worden gezien, zeker als het RESV grootschalig is. Er moet actief op worden gelet dat de aansluiting op de praktijk behouden blijft – bijvoorbeeld door vertegenwoordigers uit de praktijk in het bestuur, regelmatige terugkoppeling naar alle leden en door praktische ondersteuning te bieden waar iedereen de meerwaarde van ziet. Zo niet, dan kan draagvlak wegebben en dreigt het RESV een papieren tijger of extra bureaucratische laag te worden.

- *Financiële en juridische verantwoordelijkheden:* Als hoofdaannemer draagt het RESV ook financiële risico's. Bijvoorbeeld bij populatiegebonden budgetten of programmaverantwoording ligt de aansprakelijkheid bij de RESV-entiteit. Dit vergt professioneel management en bufferkapitaal. Bovendien moet de governance zorgvuldig ingericht zijn om belangenconflicten tussen disciplines te managen – ieder heeft gelijkwaardige stem, maar in de praktijk kunnen belangentegenstellingen optreden (bijv. verdeling van middelen tussen huisartsenzorg en wijkverpleging). Zonder goede conflictmechanismen en cultuur van vertrouwen kan dit tot interne verdeeldheid leiden.

Vergelijking van de drie modellen

Onderstaande tabel vergelijkt de scenario's op enkele belangrijke aspecten – van governancevorm en mandatering tot effecten op slagkracht, administratieve lasten en de aansluiting op de praktijk, evenals de belangrijkste randvoorwaarden:

Aspect	Scenario 1: Licht netwerkmodel	Scenario 2: Groeimodel (formeel samenwerkingsverband)	Scenario 3: Vergaand model (zelfstandige entiteit)
Organisatievorm	Informeel netwerk (overlegtafel); geen nieuwe rechtspersoon. Bestaande organisaties blijven volledig intact.	Formeel samenwerkingsverband zonder eigen rechtspersoon; samenwerkingsovereenkomst tussen bestaande partijen.	Nieuwe gezamenlijke rechtspersoon (bv. coöperatie, vereniging of stichting) met eigen bestuur en identiteit.
Besluitvorming & afspraken	Besluitvorming op basis van consensus in overleg; afspraken vastgelegd in convenanten, bindend.	Gezamenlijk bestuursorgaan (coalitieberaad) met vastgelegde besluitregels; afspraken contractueel vastgelegd, juridisch bindend tussen partijen.	Multidisciplinair bestuur van de entiteit neemt besluiten (volgens statuten); besluiten bindend voor alle leden via mandatering in de statuten.
Partners & mandaat	Vertegenwoordiging via bestaande organisaties (RHO, VVT, apothekers, etc.). Mandaat gebaseerd op onderling vertrouwen en achterbanoverleg; afspraken gelden namens leden op basis van commitment.	Alle relevante partijen ondertekenen samenwerkingsovereenkomst. Formeel mandaat via bestuurlijke afvaardiging; iedere partij belooft namens achterban de besluiten uit te voeren (contractuele verplichting).	Alle eerstelijnsaanbieders zijn lid/partner van de nieuwe entiteit. Mandaat is statutair geborgd: het RESV spreekt/handelt namens collectief van leden. Directe representatie van disciplines in bestuur, met breed draagvlak in regio.
Aansluiting bij RHO-structuur	Sluit naadloos aan bij huidige RHO-regio; gebruikt bestaande regio-indeling en structuren. RHO en anderen blijven apart maar werken samen in netwerk.	Gebaseerd op RHO-regio; RHO en andere organisaties blijven bestaan maar committeren zich formeel aan één regio-plan. Mogelijk één partner (bv RHO) als penvoerder/kassier.	Uitgangspunt is ook RHO-regio, maar RHO-organisatie en andere structuren gaan op in of onderschikken zich aan de nieuwe entiteit. Het RESV vervangt deels de

Aspect	Scenario 1: Licht netwerkmodel	Scenario 2: Groeimodel (formeel samenwerkingsverband)	Scenario 3: Vergaand model (zelfstandige entiteit)
			functies van oude structuren (met afspraken om doublures te voorkomen).
Bestuurlijke slagkracht	Laag – geen eenduidige juridische positie, besluiten vergen draagvlak telkens opnieuw. Beperkte mogelijkheid om af te dwingen; afhankelijk van vrijwillige medewerking.	Middel – sterker dan informeel: gezamenlijke besluiten liggen vast in contract, wat naleving bevordert. Echter nog geen eigen “tenzij” bevoegdheid; sommige zaken vergen afstemming via penvoerder of alle partijen afzonderlijk.	Groot – één orgaan met mandaat voor regio, kan namens allen spreken en handelen. Besluiten zijn bindend voor alle leden, waardoor snelle en uniforme uitvoering mogelijk is. Grootste slagkracht om regionale doelen te realiseren.
Administratieve lasten	Zeer beperkt – weinig overhead, gebruikmakend van bestaande secretariaten en infrastructuur. Weinig extra bureaucratie.	Gematigd – extra coördinatie nodig (overleggen, beheer overeenkomst, eventuele gezamenlijke projectleiding). Enige overhead maar nog beperkt vergeleken met aparte organisatie.	Significant – nieuwe organisatie brengt eigen administratie, governance en eventueel personeel met zich mee. Hogere structurele lasten (vergaderingen, administratie, verantwoording) die goedge maakt moeten worden door toegevoegde waarde.
Aansluiting op de praktijk	Hoog in principe – professionals participeren via hun eigen vertrouwde verbanden (bv. huisartsen via RHO). Echter, risico dat multidisciplinaire issues minder zichtbaar zijn zonder centrale aanjager. Lokale netwerken moeten zelf veel initiatief nemen.	Goed – nog steeds via bestaande organisaties, dus lijnen met achterban zijn duidelijk. Het gezamenlijke plan vergroot bewustzijn van regio-doelen bij alle professionals. Wel opletten dat papierwerk niet de praktijkinbreng overschaduw; structureel overleg met wijkverbanden blijft nodig.	Variabel – kan zeer goed zijn als alle praktijken direct betrokken zijn (leden van coöperatie) en het RESV actief feedback ophaalt. Het RESV kan ondersteuning bieden op praktijkniveau (wijkverband-coördinatie, kennisdeling), wat aansluiting vergroot. Tegelijk moet men waken dat het RESV niet te ver van het primaire proces af komt te staan (bureaucratisering).
Belangrijkste voordelen	✓ Snel en goedkoop op te zetten.	✓ Duidelijke afspraken, minder vrijblijvend.	✓ Sterke, herkenbare regio-organisatie met mandaat.

Aspect	Scenario 1: Licht netwerkmodel	Scenario 2: Groeimodel (formeel samenwerkingsverband)	Scenario 3: Vergaand model (zelfstandige entiteit)
	✓ Bouwt voort op bestaande relaties (continuïteit). ✓ Flexibel en minimaal belastend.	✓ Eén stem naar buiten, betere profileerbaarheid regio. ✓ Nog relatief eenvoudig om te vormen of uit te breiden indien nodig.	✓ Één contractpartij voor financiers – eenvoudiger financiering en sturing. ✓ Mogelijkheid tot centrale voorzieningen en ondersteuning voor alle aangesloten praktijken.
Belangrijkste risico's	✓ Weinig doorzettingsmacht bij conflicten of non-compliance. ✓ Moeilijker formeel te contracteren door ontbreken rechtspersoon. ✓ Afhankelijk van informele overeenstemming; risico op terugvallen in silo's bij tegenslag.	✓ Extra coördinatie- en overleglast vergt inzet van alle partijen. ✓ Hybridemodel kan onduidelijkheid scheppen bij externen ("wie is verantwoordelijk?"). ✓ Penvoerder-model kan machtsverhoudingen scheeftrekken zonder goede afspraken.	✓ Complex en tijdrovend om op te tuigen; vergt hoog onderling vertrouwen. ✓ Hogere structurele kosten en risico op bureaucratie. ✓ Wijziging in bestaande verhoudingen kan weerstand oproepen; draagvlak bij alle zorgverleners behouden vergt continue aandacht.

Conclusie

Elk scenario biedt een andere balans tussen slagkracht en formaliteit. Het lichte netwerkmodel (scenario 1) past bij regio's die snel willen starten en voortbouwen op bestaande samenwerking met minimale overhead, maar het kent beperkingen in doorzettingsmacht.

Het groeimodel (scenario 2) formaliseert de samenwerking binnen bestaande kaders en creëert meer duidelijkheid en commitment, wat leidt tot betere bestuurlijke effectiviteit zonder direct een zware organisatie op te tuigen.

Het vergaande model (scenario 3) gaat het verst in integratie: een sterke regionale eerstelijnsorganisatie met mandaat en middelen om de visie 2030 waar te maken, inclusief het initiëren van hechte wijkverbanden en het sluiten van multidisciplinaire regiocontracten. Dit

model biedt de meeste slagkracht, maar stelt ook de hoogste eisen aan organisatieontwikkeling en vertrouwen tussen partners.

Afhankelijk van de regionale context, historie van samenwerking en ambities kunnen programmamanagers en eerstelijnsbestuurders kiezen voor een passend groeipad. Belangrijk is daarbij steeds om aansluiting te houden bij zowel de Visie Eerstelijnszorg 2030 als de praktische realiteit: begin waar mogelijk licht en opgebouwd op wat er is, en groei waar nodig door naar een steviger governance als de opgaven daarom vragen – uiteindelijk toe te werken naar een krachtige, gelijkwaardige regionale eerstelijnsamenwerking in 2030.

Contact

level@nivel.nl

Consortiumpartners

1SociaalDomein

CAOP

Erasmus University Rotterdam (ESHPM)

Gezondheidscentra Zuid Nederland

HAN University of Applied Sciences

Instituut voor Publieke Waarden

IVM

Kennisland

Laego

Lorenz

Maastricht University

Movisie

NIVEL

Nederland Zorgt Voor Elkaar

NOOM

Pharos

Pluut & Partners

Radboud UMC

ROS Netwerk

RSO Nederland

Tilburg University - Tranzo

UMC Utrecht

Vilans

