

WIE BETAALT BEPAALT

Een analyse van het zorginkoopbeleid RESV 2027

Een feitelijke vergelijking van het inkoopbeleid van Zilveren Kruis, Menzis en VGZ voor Regionale Eerstelijnsamenwerkingsverbanden. CZ heeft op het moment van publicatie geen inkoopbeleid RESV 2027 gepubliceerd. Zodra het zorginkoopbeleid van hen is gepubliceerd, maken we een update van deze analyse!

1. Inleiding

Vanaf 1 januari 2027 kunnen Regionale Eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's) voor het eerst worden gecontracteerd door zorgverzekeraars. De juridische grondslag is de NZa-beleidsregel Experiment versterking organisatie eerstelijnszorg binnen Zvw-verzekerde zorg (BR/REG-27110), geldig van 1 januari 2027 tot en met 31 december 2031. Op 1 april 2026 publiceerden Zilveren Kruis, Menzis en VGZ gelijktijdig hun inkoopbeleid. CZ heeft op het moment van schrijven geen beleid gepubliceerd.

De drie gepubliceerde beleidsdocumenten zijn gebaseerd op hetzelfde fundament: de Handreiking Contractering RESV (versie 3, 23 oktober 2025), de Visie Eerstelijnszorg 2030 en het Integraal Zorgakkoord (IZA). Toch levert een grondige lezing substantiële verschillen op — in ambitieniveau, toegangseisen, financieringsscope en governance. Verschillen die voor RESV's in de praktijk bepalen wat er in 2027 gefinancierd wordt en wat niet.

2. Het gemeenschappelijk kader

Alle drie verzekeraars hanteren dezelfde basisstructuur. Het RESV-plan moet worden opgebouwd langs zeven bouwstenen uit de handreiking: van de minimale toelatingseisen (bouwsteen 1) via planinhoud, impact en activiteiten (bouwstenen 2-4) naar executiekracht, ontwikkelstappen en begroting (bouwstenen 5-7). De bekostigingsvorm is voor alle drie een lumpsumvergoeding, verdeeld naar regionaal marktaandeel op basis van Vektis-data. De plandeadeel is uniform vastgesteld op 15 juli 2026.

Op dit niveau zijn de beleidsdocumenten nagenoeg identiek. De verschillen zitten in de uitwerking.

3. Welke hoofdtaken worden gefinancierd?

Dit is het meest fundamentele verschil tussen de drie verzekeraars — en direct relevant voor elk RESV dat nu zijn plan schrijft.

Zilveren Kruis is het meest restrictief. Het beleid stelt expliciet:

"In 2027 richt het RESV zich op hoofdtak 4: ondersteunen hechte wijkverbanden."

De vergoeding is uitsluitend bedoeld voor HT4 en de bijbehorende organisatiekosten. De overige vier hoofdtaken — mandatering, capaciteitsorganisatie, zorginhoudelijke afspraken en facilitering — worden pas vanaf 2028 opgepakt. Dit staat in directe spanning met de RESV-uitwerkingsnotitie van de landelijke partijen, die stelt dat RESV's vanaf 2027 gecontracteerd kunnen worden voor 'ten minste een deel van de vijf hoofdtaken'.

Menzis hanteert een bredere scope. Naast HT4 worden ook HT1 (mandatering en vertegenwoordiging) en een deel van HT3 (zorginhoudelijke afspraken over specifieke patiëntengroepen) meegefinancierd. Voor HT3 volgt Menzis de vijf IZA-doelgroepen, met als default — als de regio nog geen specifieke voorkeur heeft — de doelgroep ouderen met een kwetsbare gezondheid.

VGZ gaat het verst. Alle vijf hoofdtaken zijn in principe financierbaar in 2027, mits het RESV-plan per hoofdtak inhoudelijk onderbouwt hoe activiteiten bijdragen aan die taak.

4. Financiering en O&I-gelden

Een onderwerp dat in de inkoopbeleidsdocumenten slechts indirect aan bod komt maar voor RESV's van groot praktisch belang is: de verhouding tussen RESV-financiering en de bestaande Organisatie & Infrastructuur (O&I)-gelden.

De NZa-beleidsregel benoemt expliciet het risico op overlap:

"Door de open formulering ontstaat ook inhoudelijk een mogelijke overlap met al bestaande prestaties. Denk hierbij aan 'organisatie en infrastructuur' binnen segment 2 zoals geregeld in de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg."

Alle drie de verzekeraars vertalen dit principe naar een expliciete begrotingseis: in de begroting moet worden aangegeven waar RESV-financiering aanvullend is op bestaande financieringsstromen. VGZ gaat het verst in de uitwerking van financieringsexclusies en stelt expliciet dat de kosten voor monodisciplinaire organisatie niet uit RESV-financiering mogen worden bekostigd.

Geen van de drie verzekeraars beschrijft hoe de overgang van bestaande O&I-bekostiging naar RESV-bekostiging in de praktijk zal verlopen voor beroepsgroepen die nu al O&I-financiering ontvangen, zoals huisartsen via de beleidsregel huisartsenzorg en MDZ. Dit is een significante lacune in alle drie de beleidsdocumenten. RESV's die voortbouwen op bestaande RHO-structuren doen er verstandig aan hierover in een vroeg stadium afstemming te zoeken met de preferente verzekeraar en de RHO, om te voorkomen dat activiteiten achteraf niet financierbaar blijken.

5. Vertegenwoordiging van kernspelers

5.1 Huisartsen

Alle drie de verzekeraars beschouwen huisartsen als verplichte kernspeler. Zilveren Kruis eist dat huisartsen ten minste 75% van de beroepsgroep vertegenwoordigen, gemeten op het aantal AGB-codes in de regio. Menzis hanteert dezelfde 75%-drempel maar meet op het aantal gecontracteerde zorgaanbieders huisartsenzorg. VGZ formuleert geen kwantitatieve drempel maar vereist dat het draagvlak het merendeel van de zorgaanbieders per beroepsgroep omvat.

5.2 Apothekers

Apothekers zijn bij alle drie als verplichte kernspeler aangemerkt. Zilveren Kruis hanteert een drempel van 75% op basis van AGB-codes. Menzis eist eveneens 75% van de gecontracteerde zorgaanbieders farmaceutische zorg. VGZ stelt geen percentage maar vereist dat apothekers zich eerst monodisciplinair organiseren op regionaal niveau voordat zij als gemandateerde partij aan het RESV kunnen deelnemen.

5.3 Wijkverpleging

De vertegenwoordiging van wijkverpleging is het meest complex omdat wijkverpleging anders georganiseerd is dan de vrije beroepen. Zilveren Kruis meet de representatie op basis van het aantal cliënten in de regio, met een drempel van 75%. Menzis wijkt hier significant af: de drempel voor wijkverpleging is 60% van het totaal aantal gedeclareerde wijkverplegingsuren — bewust lager dan voor huisartsen en apothekers. VGZ benoemt geen percentage maar vereist ook hier monodisciplinaire organisatie vooraf.

5.4 Paramedici

Dit is het domein waar de drie beleidsdocumenten het sterkst van elkaar afwijken.

Zilveren Kruis eist dat het paramedisch samenwerkingsverband bestaat uit ten minste drie subdisciplines en dat paramedici ten minste 65% van de beroepsgroep vertegenwoordigen, met een streven naar 75%.

Menzis hanteert voor paramedische zorg een representatiedrempel van 75% van de gecontracteerde zorgaanbieders, waarbij de paramedische zorg ten minste de verstrekkingen diëtetiek, ergotherapie en fysiotherapie moet omvatten.

VGZ neemt de meest principiële positie in:

"Paramedische beroepsgroepen sluiten bij voorkeur zo snel mogelijk aan binnen RESV. Deze beroepsgroepen vormen een gezamenlijk platform voordat zij deelnemen aan RESV, zodat zij namens 1 persoon vertegenwoordigd worden in RESV."

VGZ vereist dus de vorming van een gezamenlijk paramedisch platform als voorwaarde voor deelname — een stap die in veel regio's nog gezet moet worden. Voor beroepsgroepen als specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen verstandelijk gehandicapten (AVG) is de lijn bij alle drie consistent: eerst monodisciplinaire organisatie, dan gemandateerde deelname aan het RESV.

6. Hechte wijkverbanden

Alle drie verzekeraars positioneren hechte wijkverbanden als de primaire uitvoeringslaag van het RESV. Waar huisartsen, apothekers en wijkverpleging de verplichte kernspelers zijn van het RESV zelf, geldt voor het hechte wijkverband een bredere minimale samenstelling: huisartsen, wijkverpleging, apothekers en het sociaal domein. Dit onderscheid is relevant: het sociaal domein is geen RESV-kernspeler in contractuele zin, maar wel een verplicht onderdeel van het wijkverband. In de inrichtingseisen en kwantitatieve normen lopen de beleidsdocumenten verder uiteen.

Menzis stelt de meest concrete kwantitatieve eisen: een minimale omvang van 10.000 inwoners per wijkverband in aaneengesloten postcodegebieden, én een eis dat ten minste 20% van de beoogde wijkverbanden al operationeel is bij het moment van contractering. Geen van de andere twee verzekeraars hanteert vergelijkbare drempels.

VGZ onderscheidt zich door het sociaal domein als verplichte mede-indiener van het RESV-plan aan te merken, met aantoonbare betrokkenheid van minimaal één gemeente en één sociaalwerkorganisatie. Zilveren Kruis vraagt aantoonbare gemeentelijke betrokkenheid vóór indiening maar stelt geen mede-indienereis.

7. De rol van het sociaal domein

Het sociaal domein neemt in alle drie de inkoopbeleidsdocumenten een prominente positie in, maar de invulling van die positie verschilt wezenlijk per verzekeraar.

Op het meest basale niveau is de lijn uniform: alle drie vereisen dat het RESV aantoonbare samenwerkingsafspraken heeft met gemeenten en organisaties in het sociaal domein, zowel op wijk- als op regionaal niveau. De financiering is daarbij scherp afgegrensd: zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor activiteiten die vallen binnen de Zorgverzekeringswet, gemeenten voor activiteiten binnen het sociaal domein.

Menzis en VGZ formuleren bovendien een expliciete conditionele financieringsregel: als een onderdeel van het RESV-plan inzet of financiering vanuit meerdere domeinen vraagt, wordt de ZVW-financiering pas definitief als het andere domein — de gemeente — ook de financiering heeft toegekend. Dit is een risico dat RESV's bij de planvorming moeten meenemen: gemeentelijke vertraging kan de ZVW-financiering blokkeren.

Zilveren Kruis schrijft voor dat gemeenten aantoonbaar betrokken zijn vóór de indiening van het RESV-plan. De formulering is procesmatig: gemeenten moeten mede verantwoordelijk zijn voor de implementatie van het plan, inclusief samenhangende kosten zoals de aansluiting van lokale wijkteams op de hechte wijkverbanden. Een structurele mede-indienerrol is niet vereist.

Menzis vereist dat de begroting expliciet aangeeft welke afspraken met gemeenten zijn gemaakt of gemaakt gaan worden over de inzet vanuit het sociaal domein, en benadrukt dat het RESV en betrokken financiers zo snel mogelijk afspraken over het tijdpad van financiering maken.

VGZ gaat het verst en stelt de meest harde eis: "Het sociaal domein sluit vanaf de start aan als mede-indiener van het RESV-plan. Met sociaal domein bedoelen we gemeenten en organisaties voor sociaal werk. Dit betekent dat er aantoonbare betrokkenheid is van minimaal 1 gemeente en 1 sociaal werk organisatie."

Dit is een toelatingsvereiste, geen planinhoudelijke eis. Voor RESV's in regio's waar de gemeente nog niet bereid of in staat is om als mede-indiener op te treden, creëert de VGZ-eis een directe blokkade. Dit maakt vroegtijdige afstemming met gemeenten — idealiter al in het najaar van 2025 — een kritieke randvoorwaarde voor RESV's in VGZ-regio's.

8. De rol van de ROS

De Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) worden in de drie inkoopbeleidsdocumenten opvallend weinig expliciet benoemd. Dit is opmerkelijk, omdat de RESV-uitwerkingsnotitie de ROS nadrukkelijk positioneert als een van de partijen die 'goede ondersteuning kunnen bieden in de RESV-vorming en bij de totstandkoming van monodisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking en mandatering'.

In alle drie de beleidsdocumenten duikt de ROS uitsluitend op in de context van bouwsteen 5 — executiekracht. Zowel Menzis als VGZ formuleren dit als een planinhoudelijke eis: het RESV-plan beschrijft hoe activiteiten vanuit het RESV zich verhouden tot organisaties met vergelijkbare activiteiten, zoals R(H)O, ROS of andere relevante coördinatiefuncties.

Zilveren Kruis voegt een relevante financiële overweging toe: de fasering van RESV-bekostiging moet 'goed aansluiten op de bestaande bekostiging, zoals die van de RHO en de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS)'. Dit is de enige passage in de drie beleidsdocumenten die expliciet de relatie tussen RESV-financiering en bestaande ROS-bekostiging adresseert — en dan nog alleen als een te bereiken aansluiting, niet als een uitgewerkte oplossing.

Wat ontbreekt in alle drie beleidsdocumenten is een heldere positiebepaling van de ROS ten opzichte van het RESV. Hoe de ROS-rol na 2026 — als de ZonMw-subsidie afloopt en de contractering start — wordt voortgezet, gefinancierd of ingebed in het RESV, wordt door geen van de drie verzekeraars uitgewerkt. Een gevolgtrekking uit het VGZ-beleid is dat de ROS als kassier feitelijk is uitgesloten: VGZ eist dat de kassier een kernspeler in de eerstelijnszorg is met een eigen ZVW-contract bij VGZ — een voorwaarde waaraan een ROS per definitie niet kan voldoen.

9. Governance en kassiersfunctie

De handreiking laat de keuze van kassier open en noemt de RHO en VVT-organisaties als mogelijke voorbeelden. De verzekeraars voegen hier elk hun eigen kaders aan toe. Zilveren Kruis heeft een duidelijke voorkeur: de RHO is bij voorkeur de kassier van het RESV, met een uitsluitend operationele rol. De voorkeur is niet verplicht, maar de expliciete formulering geeft richting.

Menzis vereist dat de kassier een regulier zorgcontract heeft met alle zorgverzekeraars en handelt in de geest van de Governancecode Zorg, waarbij principe 1 en 2 rechtstreeks van toepassing zijn.

VGZ is het meest restrictief: de kassiersfunctie moet liggen bij een vertegenwoordiger van de kernspelers (huisartsen, aanbieders van wijkverpleging of apothekers), de kassier moet een eigen overeenkomst met VGZ hebben, en de hoofdactiviteit van de kassier moet in de eerstelijnszorg liggen.

De gemaakte keuzes rondom governance en kassier hebben directe gevolgen voor de monitoring- en verantwoordingseisen die verzekeraars stellen. Hieronder volgt een overzicht van wat de drie verzekeraars op dit vlak vereisen.

10. Monitoring en verantwoording

Monitoring en verantwoording zijn in het eerste contractjaar bewust licht gehouden — conform het experimentele karakter van de NZa-beleidsregel. De beleidsregel stelt dat de NZa het experiment 'tijdig en tijdens zijn uitvoering evalueert' en dat de inrichting van monitoring en evaluatie 'gedurende 2026 verder wordt vormgegeven in samenwerking met de eerstelijnsparitij'. De beleidsregel benadrukt dat zoveel mogelijk aangesloten wordt bij lopende monitorings- en evaluatietrajecten, om administratief belastende en dubbele monitoring te voorkomen.

Zilveren Kruis verplicht RESV's tot een projectadministratie met een compleet overzicht van werkelijke kosten en activiteiten over 2027, aangevuld met een bestuursverklaring. ZK voert jaarlijks een evaluatiegesprek en verplicht kwartaalrapportage over opbrengsten en kosten in relatie tot de begroting.

Menzis hanteert de meest uitgebreide monitoringsverplichting. RESV's rapporteren per kwartaal over de voortgang op basis van een door Menzis aangeleverd format. Daarnaast voert het RESV een inzichtelijke en navolgbare projectadministratie. Menzis vereist bovendien dat het RESV-plan een escalatieladder bevat voor als er problemen ontstaan bij uitwerking of implementatie.

VGZ stelt dezelfde kwartaalrapportageplicht op basis van een eigen format, vereist een projectadministratie met mogelijkheid tot bestuursverklaring, en eist dat het RESV-plan een leer- en verbetercyclus en een escalatieladder beschrijft.

Wat bij alle drie ontbreekt is een gespecificeerde set van inhoudelijke kwaliteitsindicatoren voor het functioneren van het RESV of de hechte wijkverbanden. De monitoring is in 2027 primair financieel en procesmatig van aard — passend bij de opstartfase, maar het vraagstuk van inhoudelijke effectmeting verschuift daarmee naar latere jaren.

11. Financieringsomvang en tarieven

Alleen Zilveren Kruis publiceert de maximumvergoeding transparant. De vergoeding is gebaseerd op de 2-jarige ZonMw-uitvoeringssubsidie als referentie:

- Regio's met minder dan 300.000 inwoners: vaste voet van €150.000 per jaar, plus €0,88 per inwoner
- Regio's met meer dan 300.000 inwoners: vaste voet van €200.000 per jaar, plus €0,88 per inwoner

Menzis en VGZ publiceren geen maximumtarieven. Beide werken met een offerte-onderhandelingsprocedure op basis van het ingediende RESV-plan. Dit biedt meer ruimte voor regio-specifieke financiering, maar geeft RESV's minder zekerheid over het financiële kader bij aanvang van de planvorming.

12. Contractduur en planning

Zilveren Kruis biedt uitsluitend een 1-jarig contract aan voor 2027. Dit is opmerkelijk gezien het meerjarige karakter van de NZa-experimentbeleidsregel (geldig t/m 2031) en de investeringshorizon die de handreiking vereist.

13. Conclusie: dezelfde taal, andere spelregels

Zilveren Kruis, Menzis en VGZ spreken dezelfde beleidstaal en vertrekken vanuit hetzelfde landelijke kader. Maar in de uitwerking zijn de verschillen substantieel. Welke verzekeraar de preferente verzekeraar is in een regio, bepaalt mede welke hoofdtaken financieerbaar zijn, welke representatiedrempels gelden, hoe de governance wordt ingericht en hoeveel financiële zekerheid een RESV vooraf heeft.

Voor RESV's die nu hun plannen schrijven zijn drie vragen direct relevant. Ten eerste: welke hoofdtaken zijn financieerbaar bij de preferente verzekeraar in de regio? Ten tweede: voldoen de aangesloten beroepsgroepen — met name paramedici en wijkverpleging — aan de representatiedrempels? Ten derde: is de kassiersfunctie ingericht op een wijze die aan alle geldende verzekerskaders voldoet?

Het antwoord op die vragen verschilt per regio — afhankelijk van welke verzekeraar aan tafel zit.

Bronnen

Inkoopbeleid RESV 2027 Zilveren Kruis (v1.0, 1 april 2026) | Zorginkoopbeleid RESV 2027 Menzis (1 april 2026) | Inkoopbeleid RESV 2027 VGZ (D0450 202603, 1 april 2026) | Handreiking Contractering RESV v3 (23 oktober 2025) | Uitwerking Regionale Eerstelijnsamenwerkingsverbanden (CZ1083705_C) | Handreiking Hechte Wijkverbanden (CZ1083705_B) | NZa Beleidsregel BR/REG-27110 (20 januari 2026)

Mijlpaal	Zilveren Kruis	Menzis	VGZ
Publicatie inkoopbeleid	1 apr 2026	Uiterlijk 1 april 2026	—
Deadline RESV-plan	15 jul 2026	15 jul 2026	15 jul 2026
Reactie verzekeraar	26 aug 2026	Streven 15 sept 2026	15 juli – 15 sept 2026
Aanbieden overeenkomst	—	1 okt 2026	15 sep 2026
Acceptatiedeadline	Vanaf 15 sept (VECOZO)	12 nov 2026	31 jan 2027