

## Convenant AWBZ 2005-2007

### Partijen:

De Staat der Nederlanden, te dezen vertegenwoordigd door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. C. I. J. M. Ross- van Dorp.

en:

Arcares, brancheorganisatie verpleging & verzorging te dezen vertegenwoordigd door de voorzitter mr. C.M.E. van Schelven.

en:

GGZ Nederland, brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg te dezen vertegenwoordigd door de vice-voorzitter drs. C.J. Witte.

en

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) te deze vertegenwoordigd door de voorzitter dr. G.J. Caris.

en:

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) te deze vertegenwoordigd door de voorzitter, drs. H.G. Ouwerkerk.

en

Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) te deze vertegenwoordigd door de bestuurder, dhr. A. Treffers.

## Nemen in overweging:

1. dat de organisaties van zorgaanbieders in de verschillende caresectoren en de staatssecretaris van VWS gezamenlijk de verantwoordelijkheid voelen om ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid toe te werken naar een stabiel en betaalbaar verzekeringssysteem dat recht doet aan zijn bedoeling, het verzekeren van zware chronische en continue zorg, en de verantwoordelijkheden van partijen duidelijk markeert;
2. dat daarvoor reeds een groot aantal ingrijpende structuurwijzingen in gang is gezet die ingrijpend zijn voor de bedrijfsvoering van de zorgaanbieders en van hen daarom grote inzet en flexibiliteit vergen;
3. dat bij de zorgaanbieders de bereidheid bestaat deze veranderingen te accommoderen en om een belangrijke bijdrage te leveren aan het opvangen van de groei van het zorgvolume als gevolg van de groei van het aantal cliënten;
4. dat om deze veranderingen adequaat te implementeren stabiliteit gewenst is, en dat de staatssecretaris van VWS daarom wil voorkomen dat voor de jaren 2005 tot en met 2007 nieuwe pakketingrepen of generale tariefmaatregelen noodzakelijk zijn als gevolg van overschrijding van het uitgavenkader;
5. dat in de convenantperiode 2005-2007 het uitgavenkader voor de AWBZ blijft behouden zonder pakketmaatregel of algemene tariefmaatregelen behoudens:
  1. de uitkomst van de politieke besluitvorming over voorstellen tot overheveling van een aantal aanspraken uit de AWBZ naar de toekomstige Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).
  2. het overhevelen van de ambulante en de kortdurende GGZ zorg uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) per 1-1-2006. Bij de invoering van de functiegerichte bekostiging zullen geen stappen gezet worden die belemmerend werken op deze overheveling. Wat betreft de ingebruikname van de AZR en de mandatering van de indicatiestelling geldt dat de over te hevelen delen van de GGZ niet verplicht zijn deel te nemen.
  3. nadere besluitvorming over de invoering van de omslagpunten van extramurale naar intramurale zorg, van de omslagpunten van persoonsgebonden budget naar zorg in natura en mogelijke beperkingen gericht op beheersing van zorg in het buitenland. Deze pakketaanpassingen zullen plaatsvinden binnen het macrokader van de AWBZ (en gaan dus niet ten koste van het AWBZ kader als geheel);

6. dat het naast de beheersing van de zorg in natura ook noodzakelijk is de groei van het persoonsgebonden budget (PGB) te beheersen. De regeling wordt op dit moment geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie kunnen de subsidievoorwaarden van het PGB worden herzien. In ieder geval worden de uitgaven beheerst door een subsidieplafond;
7. dat de Staatssecretaris het bestaande convenant tussen ZN en VWS over de zorgkantoren zal in het najaar worden herzien. De strekking en inhoud van dit convenant worden als uitgangspunt genomen voor de relevante onderwerpen in dit convenant (met ZN over de zorgkantoren). Opdat zo veel mogelijk cliënten binnen het beschikbare budget worden geholpen;
8. dat de zorginkoopfunctie binnen de AWBZ blijft bestaan maar dat de invulling hiervan kan wijzigen, zoals verwoord is in de brief d.d. 29 april 2004. Hierin staat dat de zorgkantoren op de langere termijn zullen verdwijnen. In 2006 neemt het kabinet hierover een besluit, rekening houdend met de ontwikkelingen rond de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de WMO. Tot die tijd blijft de inkoopfunctie in de AWBZ bij het zorgkantoor liggen. VWS stelt daarbij de eis dat zorgkantoren de zorginkoop objectief en op transparante wijze vormgeven. Zorgkantoren zullen op dit punt duidelijke instructies meekrijgen en zullen via benchmarks en prestatiebeoordeling in het toezicht prikkels ondervinden om de zorginkoop daadwerkelijk goed vorm te geven. VWS overlegt hierover met de branche-organisaties. De uitkomsten daarvan worden ingebracht bij de nadere afspraken met ZN en het CVZ;
9. dat de convenantpartijen zullen samenwerken ter verbetering van de AWBZ als geheel, waaronder het verbeteren van de toegang, prikkels voor doelmatigheid en innovatie, het invoeren van de functiegerichte bekostiging en de algemene zorgregistratie (AZR);
10. dat de afspraken een meerjarig karakter hebben met een looptijd van 1-1-2005 tot 31-12-2007. De periode van de ondertekening tot 1-1-2005 zal door de convenantpartijen worden gebruikt om de implementatie van het convenant en de bijbehorende afspraken gezamenlijk en zorgvuldig voor te bereiden.

## Komen overeen:

### Artikel 1. Beheerste groei 2005-2007

Convenantpartijen verbinden zich om gezamenlijk vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid zorg te leveren binnen het financiële kader dat is vastgelegd in het Budgettaire Kader Zorg (BKZ) en zoals dat zal worden opgenomen in de begroting 2005. Dit kader heeft als basis de bedragen zoals overeengekomen in het regeerakkoord. De afspraken in dit convenant hebben betrekking op de AWBZ gefinancierde zorg<sup>1</sup>

Als gevolg van de geconstateerde overschrijdingen op het AWBZ-kader over de jaren 2003 en 2004 is de groei ruimte voor 2005 beperkt, maar daarna ruimer. Rekening houdend met een beperkte reservering voor onvoorziene ontwikkelingen stelt VWS voor de jaren 2005 tot en met 2007 de volgende groei ruimte beschikbaar:

In € mln	2005	2006	2007
Beschikbaar voor extra productie en knelpunten <sup>2</sup>	198	656	1217
Beschikbaar voor innovatie	15 + pm	30 + pm	45 + pm
Beschikbaar voor ICT	10 + pm	25	pm

### Artikel 2. Verdeling van de financiële contracteerruimte 2005-2007

De staatssecretaris verzoekt het CTG/ZAio de totale financiële contracteerruimte te verankeren via een beleidsregel die ertoe leidt dat het totale uitgavenniveau voor AWBZ-zorg binnen het gestelde macrokader blijft. Het recht op zorg blijft onverkort van toepassing. Zorgkantoren krijgen daarom lopende het jaar de ruimte om binnen het macrokader tot herverdelingen te komen. In dan nog eventuele voorkomende onaanvaardbare situaties kan het CTG/ZAio gebruik maken van zijn bevoegdheden een passende oplossing te bieden.

### Artikel 3. Uitgangspunten bij de verdeling van de contracteerruimte 2005 -2007

Lid 1. Binnen het macrokader wordt de contracteerruimte bepaald voor de individuele zorgkantoren. De convenantpartijen gaan ervan uit dat de zorgkantoren adequaat inkopen.

---

<sup>1</sup> Op het moment dat AWBZ gefinancierde zorg overgeheveld wordt naar niet AWBZ gefinancierde zorg vervalt daarmee dus de binding met dit convenant.

<sup>2</sup> In de hier beschreven groei ruimte is nog geen rekening gehouden met overhevelingen volgend uit de besluitvorming over de WMO en het overhevelen van de kortdurende GGZ naar de zorgverzekeringswet.

Lid 2. Startpunt voor bepaling van de contracteerruimte per zorgkantoor voor 2005 is de som van de door het CTG/ZAio laatst mogelijk verwerkte productieafspraken over het jaar 2004 (instellingsbudgetten)

in de betreffende zorgkantoorregio's. Hierin zijn de implicaties van de besluitvorming in september 2004 over knelpunten en uitbreiding van productie ten gevolge van bouw verwerkt.

Lid 3. Bij de verdeling van de contracteerruimte wordt rekening gehouden met landelijk werkende instellingen en de onder punt 11 van dit convenant genoemde punten<sup>3</sup>.

Lid 4. VWS stelt een technische werkgroep (ZN, CTG/ZAio, CVZ, VWS) in die uiterlijk 1 december 2004 voorstellen doet voor eventuele herschikkingen van de contracteerruimte in 2005, hierbij nemen zij het onder 1, 2 en 3 genoemde als uitgangspunt. De werkgroep houdt tevens rekening met recent cijfermateriaal (w.o. demografische ontwikkelingen), bevindingen van zorgkantoren, extern onderzoek, ontwikkeling en verschuiving van de zorgvraag en overige voorstellen voor een optimale inzet van de beschikbare middelen. VWS bespreekt deze voorstellen met de andere convenantpartijen. De voorstellen worden door het CTG/ZAio verwerkt in de financiële contractruimte voor de regio's. VWS verzoekt CVZ om dit vast te leggen in een instructie aan de zorgkantoren (voor zover passend binnen de bevoegdheid van het CVZ).

Lid 5. Voor latere jaren (2006 en 2007) zal een soortgelijke procedure worden gevolgd.

VWS draagt deze technische werkgroep op om in 2005 te komen tot verdere verbeteringen in de verdeelmethodiek van de contracteerruimte voor zorgkantoren.

Lid 6. VWS verzoekt het CVZ om in een instructie vast te leggen dat, als er in de loop van het jaar ruimte vrij komt vanwege overschrijding van de productieafspraken, de hierdoor vrijgekomen ruimte indien nodig door middel van herschikking van de productieafspraken ingezet zal worden voor productiegroei elders binnen de AWBZ. Dit hoeft zich niet te beperken tot regiogrenzen. (voor zover passend binnen de bevoegdheid van het CVZ).

Lid 7. De zorgaanbieders werken mee aan de totstandkoming van een nieuwe bevoorschottingssystematiek die beter waarborgt dat de kasuitgaven binnen de vastgestelde kaders blijven. VWS verzoekt het CVZ daarvoor voorstellen te doen.

8. Het CTG/ZAio past nacalculatie op basis van gerealiseerde productie toe tot maximaal het productieniveau dat met het zorgkantoor is afgesproken.

#### **Artikel 4. Meer mensen in zorg in 2005**

Binnen het voor 2005 geldende budgettair kader zorg realiseren de aanbieders een gemiddelde doelmatigheidsontwikkeling van 1,25% in 2005 door 1,25% meer cliënten van zorg te voorzien dan het geval zou zijn geweest zonder de

---

<sup>3</sup> Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in instellingen die zorg in meerdere regio's leveren, landelijke instellingen met een specifieke functie en landelijk werkende categorale instellingen zoals instellingen die zorg leveren aan mensen met zintuiglijke handicaps.

doelmatigheidsontwikkeling. De convenantpartijen gaan ervan uit dat iedere instelling hieraan een maximale inspanning levert.

Lid 1. De zorgaanbieder rapporteert periodiek aan het zorgkantoor over de realisatie. Op lokaal niveau zullen tussen instellingen en zorgkantoren dan ook niet alleen afspraken worden gemaakt over prijs en volume maar ook over het aantal cliënten in zorg (in alle zorgzwaarte categorieën). Deze algemene afspraak krijgt concrete invulling door afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder.

Lid 2. Ter effectuering van deze afspraak zal VWS het CTG/ZAio verzoeken een daartoe ondersteunende systematiek te ontwikkelen – niet zijnde een tariefkorting- via een onderhandelingsmodule in de tarieven van de beleidsregels ten einde te komen tot een uiteindelijk gemiddelde van 1,25% op macroniveau<sup>4</sup>.

### **Artikel 5. Meer mensen in zorg in 2006**

Binnen het voor 2006 geldende budgettair kader zorg realiseren de aanbieders opnieuw een gemiddelde doelmatigheidsontwikkeling van 1,25% in 2006, door 1,25% meer cliënten van zorg te voorzien dan het geval zou zijn geweest zonder de doelmatigheidsontwikkeling.

De manier waarop dit zal gebeuren is onderwerp van nader bestuurlijk overleg in het voorjaar van 2005. In ieder geval worden hierbij betrokken de ervaringen met de in 2005 gehanteerde aanpak.

### **Artikel 6. Doelmatigheid in 2007**

Voor 2007 wordt in principe uitgegaan van een doelmatigheidsverbetering van 1,25%. De uitgangspunten en noodzaak van deze doelmatigheidsverbetering zijn onderwerp van bestuurlijk overleg in het voorjaar van 2006. Hierbij wordt betrokken de stand van zaken rondom de in voetnoot 1 en 2 beschreven pakketaanpassingen, de consequenties hiervan op de verdeling tussen intra- en extramurale zorg en de ontwikkelingen van de zorgvraag.

### **Artikel 7. De invoering van de functiegerichte bekostiging**

VWS voert de functiegerichte bekostiging in twee stappen in. Dit met aandacht voor zware/complexe zorgvragen zoals bijvoorbeeld mensen met zeer ernstige gedragsstoornissen of zeer ernstig psychosomatische stoornissen (zie ook artikel 11 lid 2). Het beschikbare macrokader wordt hierdoor niet beïnvloed. Dat wil zeggen geen korting op het budgettaire kader door de functiegerichte bekostiging. De convenantpartijen zullen zich gezamenlijk tot het uiterste inspannen de functiegerichte bekostiging op zorgvuldige wijze verder in te voeren.

Lid 1. VWS heeft het CTG verzocht een zorgvuldig overgangstraject te ontwerpen dat beoogt de aanbieders van zorg via een verantwoord herallocatietraject de gelegenheid te geven hun bedrijfsvoering aan te passen aan de nieuwe bekostiging. Dit overgangstraject beslaat in ieder geval de convenantperiode.

---

<sup>4</sup> De doelmatigheidswinst van 1,25% kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd middels een doelmatige inzet van zorg waarmee gemiddeld minder zorgtijd per klant is gemoeid.

Lid 2. De extramurale tarieven zorg zijn begin november bekend en vastgesteld, het CTG zal hiertoe voorstellen doen. Aanpassingen van de tarieven geschiedt budgettair neutraal binnen de extramurale AWBZ omzet. Dit zal zodanig gebeuren dat bij een gelijkblijvend volume het saldo van de tariefaanpassingen 0 is. 1 januari 2005 start voor de extramurale zorg het overgangstraject.

Lid 3. Gedurende 2005 wordt de functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorg voorbereid. Op 1 januari 2006 start ook hier de functiegerichte bekostiging en het bijbehorende overgangstraject.

### **Artikel 8. Verbeteringen in de indicatiestelling**

De toegang tot de AWBZ wordt beter georganiseerd. De centralisatie van de RIO's is hierbij de eerste aanzet. VWS is de indicatiestelling aan het objectiveren door het standaardiseren van indicaties en het mandateren van instellingen voor bepaalde indicaties.

Lid 1. VWS geeft het CIZ de opdracht zo snel mogelijk doch uiterlijk 1 juli 2005 mandaatafspraken te maken met zorgaanbieders. Het gaat in ieder geval om indicatiebesluiten<sup>5</sup> met een gestandaardiseerd karakter, indicatiebesluiten waarvoor de inschakeling van een deskundigheidsteam niet verplicht gesteld is en de herindicaties.

De convenantpartners gaan ervan uit dat tenminste 30% tot 50% van alle indicaties via een mandaat aan de zorgaanbieders tot stand zal komen.

Lid 2. De staatssecretaris zal voor 1 januari 2005 in overleg met het CIZ komen met een plan van aanpak waarin wordt ingegaan op voorwaarden voor mandateren. Ter dekking van de kosten voor instellingen zal een reële ruimte gecreëerd worden via de verlaging van de administratieve lasten (zie artikel 10) . Als deze ruimte via de administratieve lasten niet wordt gerealiseerd, zal worden bezien hoe hiervoor een oplossing kan worden gevonden.

Lid 3. De aan de zorgaanbieder te stellen eisen van registratie zullen worden beperkt tot het in het kader van de bekostigingsafspraken en het AZR hoogst noodzakelijke.

Lid 4. Beperkingen in de regelgeving voor een doeltreffende mandateringsovereenkomst zullen waar mogelijk door het Ministerie van VWS worden weggenomen.

Lid 5. VWS evalueert in de tweede helft van 2006 de wijze waarop aan de mandatering inhoud en uitvoering wordt gegeven om vast te stellen of de reikwijdte van de mandatering kan worden uitgebreid.

Lid 6. VWS zal uiterlijk 1 november 2004 duidelijk maken hoe wordt omgegaan met achterstanden in de indicaties.

Lid 7. Als de wachttijden bij de RIO's de termijn van zes weken overschrijden, kunnen aanbieders verzekeren in zorg nemen. Tot het moment waarop het desbetreffende RIO in staat is een indicatiebesluit af te geven gebeurt dit op eigen risico. Het zorgkantoor zal de geleverde zorg met terugwerkende kracht vergoeden

---

<sup>5</sup> Zoals bijvoorbeeld extramurale zorgindicaties met een niet specialistisch karakter en standaard zorgplannen.

vanaf de eerste opnamedag in die mate waarin de geleverde zorg overeenkomt met het indicatiebesluit.

VWS onderzoekt of het praktisch en wettelijk gezien mogelijk is de termijn van zes weken terug te brengen naar vier weken.

### **Artikel 9. In gebruikname AZR**

Voor het berichtenverkeer, de informatievoorziening en monitoring is een werkend AZR van wezenlijk belang. Partijen verklaren zich bereid maximaal mee te werken aan de vulling van het AZR en het bijhouden van de noodzakelijke data. De aanbieders streven ernaar om per 1 april 2005 alle in zorg zijnde cliënten in het systeem te hebben. Voor de wijze waarop dat gaat gebeuren richt VWS een werkgroep op. Grote aandacht zal worden gegeven aan het beperken van de administratieve belasting van instellingen en cliënten. De RIO's (cq het CIZ) en zorgkantoren zullen hierbij worden betrokken. Ter compensatie van de invoeringskosten voor de AZR stelt VWS voor investeringskosten in ICT in 2005 tussen de € 10 mln en € 35 mln beschikbaar (zie artikel 13).

### **Artikel 10. De administratieve lastendruk**

De convenantpartijen maken een gezamenlijk plan van aanpak ter vermindering van de administratieve lastendruk. Het streven is dit plan op 1-1-2005 doch uiterlijk 1-4-2005 vastgesteld te hebben. Partijen streven naar een vermindering van minimaal € 60 mln. De middelen blijven binnen het kader en dus voor de AWBZ behouden. Onderdeel van het plan zal zijn de vereenvoudiging van de eigen bijdrage regeling. Convenantpartijen zullen zich tot het uiterste inspannen dit plan van aanpak in de convenantperiode uit te voeren. VWS zal zich inspannen om de in dit kader noodzakelijke maatregelen (regelgeving) mogelijk te maken.

### **Artikel 11. Afschaffing zorgvernieuwing**

De staatssecretaris verzoekt het CTG/ZAio de regelingen voor zorgvernieuwing en zorg-op-maat af te schaffen analoog aan het gevoerde beleid in de V&V-sector. Dit is geen bezuinigingsmaatregel, het geld blijft voor de AWBZ-zorg beschikbaar.

Hierbij wordt van het volgende uitgegaan:

Lid 1. Instellingen kunnen het grootste deel van de middelen die hier nu in omgaan omzetten in reguliere productieafspraken voor de desbetreffende instellingen. De functiegerichte bekostiging zal in de meeste gevallen leiden tot een adequate compensatie naar zorgzwaarte. Voor de extramurale zorg zal deze omzetting plaatsvinden in 2005. Voor de intramurale en semimurale zorg geldt de omzetting per 1 januari 2006. Tot die tijd blijft door middel van de regeling zorg-op-maat voor deze zorg in geval van zorgzwaarte compensatie bestaan.

Lid 2. Het CTG/ZAio zal voor cliënten die gelet op hun extreme zorgzwaarte niet passen in de reguliere bekostigingssystematiek een oplossing bieden (via bijvoorbeeld een aparte hardheidsclausule of beleidsregel).

Lid 3. Indien 1 & 2 geen soelaas biedt dan zullen de convenantpartijen daarvoor oplossing zoeken.

Lid 4. Lopende zorgvernieuwingsprojecten worden binnen drie jaar afgebouwd (overgangsregeling). De hierbij vrijvallende middelen worden vervolgens toegevoegd aan de innovatiemiddelen.

### **Artikel 12. Innovatie**

VWS stelt binnen het vastgestelde budgettaire kader een bedrag van 15 mln in 2005 oplopend tot 45 mln in 2007 beschikbaar ten behoeve van innovaties in de AWBZ . Aan deze bedragen zal nog worden toegevoegd de middelen die vrijvallen bij de hierboven genoemde projecten (artikel 12.4). In nader overleg met de convenantpartijen zal voor 1-11-2004 worden bezien hoe en via welke bestuurlijke weg deze middelen worden aangewend. Uitgangspunt hierbij is dat:

- Het dient te gaan om innovaties op terrein van bijvoorbeeld arbeidsproductiviteit of arbeidsinnovatie, nieuwe zorgmethodieken, cliënteninitiatieven en ICT ontwikkeling in de AWBZ zorg.
- De bijdrage wordt voor een periode van max. 3 jaar verleend.
- Het betreft een bijdrage in de ontwikkeling van het product.
- Het resultaat/product dient algemeen toepasbaar en doelmatig te zijn.

De middelen worden met zo min mogelijk administratieve lasten toegekend.

### **Artikel 13. ICT**

VWS stelt in 2005 € 10 mln beschikbaar voor ICT-investeringen. Indien er onderuitputting is op het kader in 2004 zal VWS daar bovenop in 2005 maximaal € 25 mln van de structurele doorwerking van deze onderuitputting incidenteel beschikbaar stellen voor ICT investeringen (in totaal is er in 2005 dus maximaal € 35 mln beschikbaar). De overige middelen van deze onderuitputting worden ingezet voor productie en knelpunten in 2005.

In 2006 stelt VWS in ieder geval € 25 mln incidenteel uit het kader beschikbaar voor ICT-investeringen in de sector. In het bestuurlijk overleg in het voorjaar 2006 zal bezien worden of en in welke mate dit structureel gemaakt zou kunnen worden. VWS beraadt zich op de wijze waarop dit technisch zal worden vormgegeven.

### **Artikel 14. Bouw en scheiden wonen en zorg**

VWS neemt de nodige stappen om te komen tot de vervanging van de huidige WZV door een nieuwe wet (de WTZi) op basis waarvan geregeld wordt dat instellingen meer vrijheden en verantwoordelijkheden krijgen voor hun investeringsbeslissingen.

VWS zal daarnaast in overleg met de partners nader onderzoek doen naar vernieuwende vormen in het kader van scheiden wonen/zorg. Daarbij wordt gekeken naar private financiering, de rol van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, College Sanering Zorginstellingen, kapitaalslasten etc. Het onderzoek is gericht op het in kaart brengen van oplossingen die leiden tot meer dynamiek en ruimte voor zorgaanbieders in dit domein.

### **Artikel 15. Rol CVZ**

De staatssecretaris verzoekt het CVZ om de afspraken en intenties uit dit convenant mee te nemen in de instructies aan de zorgkantoren.

#### **Artikel 16. Bestuurlijk overleg**

Er vindt tweemaal per jaar, of zoveel vaker als nodig is, een bestuurlijk overleg met de convenantpartijen plaats om de resultaten en voortgang van deze overeenkomst te bespreken.

Er zal in ieder geval een bestuurlijk overleg plaatshebben in mei van het jaar na de voorlopige afsluiting van het begrotingsjaar. In dit overleg worden naast de stand van zaken ook de prioriteiten voor het lopende en komende begrotingsjaar besproken.

#### **Artikel 17. Bijzondere omstandigheden**

Wanneer de huidige financieel-economische verwachtingen voor zowel de overheid als de andere convenantpartijen, de ontwikkeling van de zorgvraag, of het uitgavenniveau die uitgangspunten vormen bij dit convenant zodanig veranderen dat partijen zich niet langer aan de inhoud van dit convenant kunnen houden, vindt er een bestuurlijk overleg plaats. Dit convenant zal niet worden beëindigd dan nadat dit bestuurlijk overleg heeft plaatsgevonden.

Bij beëindiging zullen de convenantpartijen vanuit de eigen verantwoordelijkheid maatregelen nemen waarbij rekening zal worden gehouden met de geleverde inspanningen van instellingen in het kader van dit convenant.

### **Algemene bepalingen**

#### **Artikel 18. Eenzijdige opzegging**

Wanneer een partij het convenant opzegt, eindigt het convenant voor alle partijen.

#### **Artikel 19. Wijziging van de overeenkomst**

1. Partijen zullen deze overeenkomst niet dan schriftelijk wijzigen.
2. De wijziging en de verklaring (verklaringen) tot instemming wordt (worden) in afschrift als bijlage aan het convenant gehecht.
3. De (zakelijke inhoud van de) wijziging wordt gepubliceerd in de Staatscourant.

#### **Artikel 20. Geschillenbeslechting**

Geschillen zullen in eerste instantie door de partijen zelf getracht worden op te lossen. Met wederzijds goedvinden kunnen ondertekenende partijen besluiten een andere partij te vragen in een geschil te bemiddelen.

#### **Artikel 21. Raadpleging achterban**

Partijen zoals aanwezig op 25 augustus 2004 te Den Haag verplichten zich om voor 10 september 2004 degenen die zij vertegenwoordigen dit convenant ongewijzigd en met een positief advies voor te leggen en van de uitkomst mededeling aan de overige convenantpartijen te doen. Uiterlijk 10 september 2004 herbevestigen de convenantpartijen hun instemming indien zij daartoe de instemming van hun leden krijgen, door hernieuwde ondertekening door daartoe gemachtigde bestuurders, waarbij dit artikel komt te vervallen.

#### **Artikel 22. Publicatie**

Na de tweede ondertekening – na de raadpleging van de achterban - treedt dit convenant in werking en wordt de tekst ervan bij eerstvolgende gelegenheid gepubliceerd in de Staatscourant. Dit convenant eindigt op 31 december 2007. Partijen treden uiterlijk 6 maanden voor de laatstgenoemde datum in overleg over voortzetting van dit convenant.

#### **Artikel 23. Rechtskarakter**

Met deze overeenkomst wordt niet beoogd in rechte afdwingbare rechten of verplichtingen in het leven te roepen.

Den Haag, 25 augustus 2004

De Staat der Nederlanden, namens  
deze Staatssecretaris van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
drs. C.I.J.M. Ross- van Dorp.

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg  
(LVT) namens deze de voorzitter  
dr. G.J. Caris

Arcares, namens deze de voorzitter,  
mr. C.M.E. van Schelven

Vereniging Gehandicaptenzorg  
Nederland (VGN) namens deze de  
voorzitter,  
drs. H.G. Ouwerkerk

GGZ Nederland, namens deze de vice-  
voorzitter, drs. C.J. Witte.

Branchebelang Thuiszorg Nederland  
(BTN), namens deze de bestuurder  
dhr. A. Treffers