



Reactie op versie 0.9 Integraal Zorg Akkoord (IZA)

Geacht bestuur FMS,

Hierbij de reactie vanuit de NVvR, voor zover het mogelijk was om op deze korte termijn mee te lezen. We willen 3 fundamentele punten opmerken, waarbij het laatste door ons als een breekpunt wordt beschouwd:

1. In algemene zin leest het IZA eerder als een document waarin over de zorg en zorgprofessionals wordt gesproken, dan als een gezamenlijk akkoord over wat er nodig is om de zorg in Nederland uitvoerbaar, toegankelijk, van voldoende kwaliteit en betaalbaar te houden. De voorstellen om diverse visies en plannen op te gaan stellen zal niet direct leiden tot de benodigde veranderingen in de dagelijkse zorgpraktijk, om als zorgprofessionals de toenemende zorgvraag aan te kunnen, waar nu al tegen de grenzen van capaciteit, middelen en mogelijkheden wordt aangelopen. Dit is een realiteit die al langer bestaat voor de radiologie en waar we gezien de ontwikkelingen in richtlijnen naar verwachting alleen nog maar sterker mee te maken gaan krijgen. Zorg die wordt verwerkt in richtlijnen is bewezen effectief, maar daarmee niet allemaal betaalbaar. Er zullen (politieke) keuzes moeten worden gemaakt voor waardegedreven zorg, niet alleen vanuit het perspectief van de patiënt maar ook vanuit de maatschappij. Denk aan dure levensverlengende zorg versus levenskwaliteitverhogende zorg of niet-bewezen preventief geneeskundig onderzoek (Wpgo) versus aangetoonde preventieve screening. Het bepalen van “een aanvaardbare prijs” kan niet worden overgelaten aan individuele patiënten en zorgprofessionals of aan regio's en zorgverzekeraars, maar vraagt om maatschappelijke en politieke keuzes. En bij deze keuzes zullen de benodigde budgetverschuivingen tussen sectoren, lijnen en disciplines van zorgprofessionals moeten plaatsvinden, al dan niet via contractering. Als er keuzes worden gemaakt door VWS, zoals de overname van adviezen voor de instroom in opleidingen van het Capaciteitsorgaan, dan dienen de macrobudgettaire kaders ook aan te sluiten bij de uitstroom uit de opleidingen, wanneer de opgeleide zorgprofessionals beschikbaar komen.
2. De keuze van een algemene minimum volumennorm van 100 ingrepen per centrum lijkt ons uit de lucht gegrepen en de bezwaren van de FMS kunnen we dan ook onderschrijven. Het is bovendien onduidelijk wat dergelijke concentraties van ingrepen voor bijkomende gevolgen zullen hebben, die ook nadelig kunnen uitpakken voor de kwaliteit en toegankelijkheid van andere zorg. Hierbij moet naast aanpalende behandelingen (bij vaatchirurgie is dat bijvoorbeeld interventieradiologie) ook worden gedacht aan de diagnostische onderzoeksfaciliteiten van een centrum, en de noodzakelijke expertises bij spoed en in de dienst. Als dit wordt opgelost door als netwerk van centra en zorgprofessionals samen te werken voor de patiëntenzorg, dan stelt dat hoge eisen aan de gemeenschappelijke infrastructuur, ook op het gebied van gegevensbeschikbaarheid over de grenzen van zorginstellingen heen.
3. Fundamenteel punt/breekpunt voor de NVvR is de huidige (te vrijblijvende) beschrijving in het IZA over gegevensuitwisseling. Er wordt geschreven dat gegevensuitwisseling een essentiële randvoorwaarde is om doelen uit het IZA te behalen. De NVvR onderschrijft het grote belang van realisatie hiervan en is afgelopen jaren intensief betrokken geweest bij de landelijke initiatieven en projecten rondom beeldbeschikbaarheid en beelduitwisseling. Graag zien wij dat deze ervaring wordt meegenomen. Zie ook [ons schrijven d.d. 26 juli 2022](#) over visie en zorgen van de NVvR over het programma elektronische gegevensuitwisseling VWS, waarvan de FMS een kopie heeft ontvangen.



In het concept IZA worden gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid door elkaar gebruikt, om met het IZA echt het verschil te kunnen gaan maken wordt een **bijsturen in denken van 'gegevensuitwisseling' naar 'gegevensbeschikbaarheid'** gevraagd.

Daarbij kan en mag het duidelijk beschrijven van de benodigde functionaliteit en toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk door de zorgprofessionals niet ontbreken. Met de ervaring van eerdere projecten betekent dit een historische tijdlijn van elke patiënt voor directe beschikbaarheid van alle relevante medische gegevens, incl. beelden, geïntegreerd in de eigen werkomgeving van de zorgprofessional.

En in elke visie of strategie voor een landelijke infrastructuur is het van belang om te testen of de uitwerking voorziet in de behoefte die zorgverleners hebben als het gaat om beschikbaarheid van patiëntgegevens over de grenzen van ziekenhuizen en zorginstellingen heen (proof-of-concept), alvorens te investeren of te kiezen voor een oplossingsrichting.

Het 1^e punt vraagt om een fundamentele discussie en enkele aanvullingen en het 3^e punt vereist aanpassingen in het IZA. We zien dit als NVvR (en FMS) als een essentiële en randvoorwaardelijke aanvulling (en succesfactor). Aangezien dit niet alleen voor radiologie/de NVvR geldt, maar voor de meeste wv-en (waarbij de NVvR al ervaring heeft kunnen opdoen in de landelijke trajecten beelduitwisseling), zeker bij toename van concentratie en spreiding van zorg, zien we dit graag door de FMS ingebracht.

Vriendelijke groet,
bestuur NVvR

15 augustus 2022