



Juni 2022

DE INHAALRACE NAAR DUURZAME ZORG

Hoe VWS en zorgverzekeraars de gangmakers kunnen worden
in de verduurzaming van de zorg

GUPTA
STRATEGISTS



DE INHAALRACE NAAR DUURZAME ZORG

Hoe VWS en zorgverzekeraars de gangmakers kunnen worden
in de verduurzaming van de zorg

INHOUDSOPGAVE

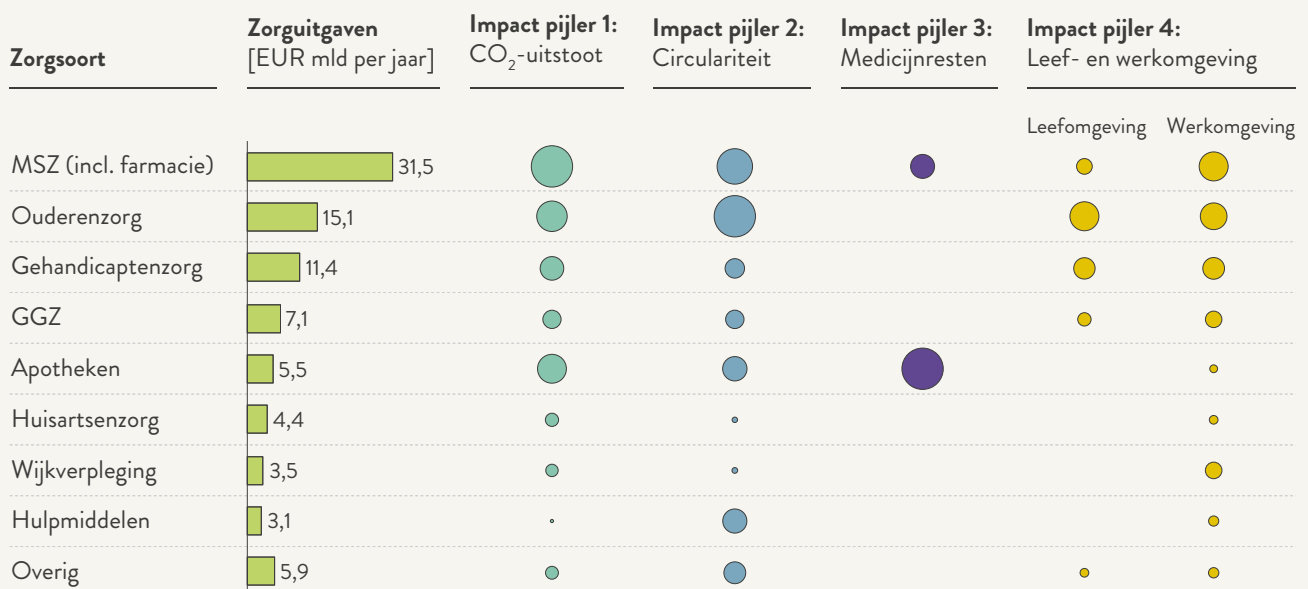
SAMENVATTING	4
HOOFDSTUK 1	
WACHTEN OP HET STARTSCHOT TERWIJL DE RACE AL IS GESTART	7
Verduurzaming zorg komt niet écht van de grond, terwijl urgentie groter is dan ooit	8
Zorgsector zoekt nog naar een gangmaker en starter	8
De overheid draagt verantwoordelijkheid om de verduurzaming te versnellen	9
Zorgverzekeraars kunnen een sleutelrol vervullen (maar moeten nog ontdekken hoe)	10
VGZ ontwikkelt een roadmap om als zorgverzekeraar de verduurzaming te versnellen	11
HOOFDSTUK 2	
EEN HEATMAP VOOR DE VERDUURZAMINGSAGENDA VAN DE ZORG	13
We analyseerden de impact van zorgsegmenten op de duurzaamheidspijlers	14
CO ₂ -uitstoot: Ziekenhuizen, langdurige zorg, en apotheken hebben de grootste impact	15
Circulariteit: De grootste impact komt door incontinentiemateriaal in de ouderenzorg en afval van geneesmiddelen, hulpmiddelen en materialen in de MSZ	16
Medicijnresten: Ziekenhuizen, apotheken én voorschrijvers dragen bij	17
Gezonde werk- en woonomgeving: meeste impact in de langdurige zorg	20
HOOFDSTUK 3	
ZES HEFBOMEN VOOR TRANSITIE NAAR DUURZAME ZORG	21
HOOFDSTUK 4	
HOE ZORGVERZEKERAARS EN VWS HUN ROL KUNNEN PAKKEN	27
BIJLAGE 1: METHODIEK	32

SAMENVATTING

In dit rapport beschrijft Gupta Strategists wat de impact is van de verschillende zorgsoorten op de belangrijkste duurzaamheidspijlers. Ook beschrijven we hoe een goed georganiseerde veranderstrategie er uit zou moeten zien. Tot slot beschrijven we de kansen die er zijn om nu de verduurzaming sectorbreed slagkracht te geven en doen we een voorstel voor de rol die zorgverzekeraars en VWS hierin zouden moeten oppakken.

De verduurzaming van de zorgsector krijgt steeds meer aandacht, maar het komt niet echt van de grond. Dit komt omdat er ondanks veel nieuwe initiatieven vanuit bevolgen mensen nog geen gedegen verduurzamingsstrategie voor de zorgsector bestaat. Er missen een sturende wedstrijdleader en daadkrachtige gangmakers die de inhaalrace naar een duurzame zorgsector slagkracht geven.

Coöperatie VGZ wil de verduurzaming van de Nederlandse zorg versnellen en ontwikkelde daarvoor een verduurzamingsstrategie. Gupta Strategists bracht in opdracht van VGZ de duurzaamheidsimpact van de verschillende zorgsoorten binnen de Nederlandse zorg in kaart op de vier duurzaamheidspijlers van de Green Deal Duurzame Zorg 2.0: CO₂-uitstoot, circulariteit, geneesmiddelresten in oppervlaktewater en een gezondmakende werk- en leefomgeving.

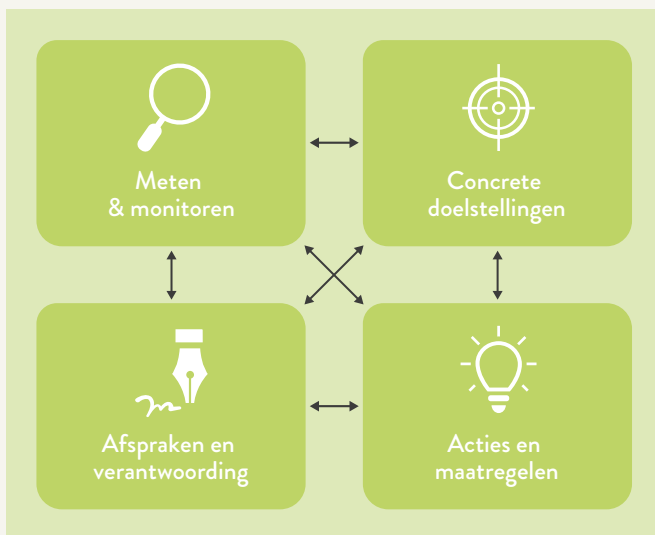


Heatmap van de duurzaamheidsimpact van de Nederlandse zorgsector

- De analyses laten zien dat de CO₂-uitstoot verdeeld is over alle zorgsoorten, maar de ziekenhuiszorg en de langdurige zorg (ouderenzorg en gehandicaptenzorg) hebben de grootste impact. Daarnaast draagt de farmacieketen flink bij aan de CO₂-voetafdruk van de zorg.
- Voor circulariteit analyseerden we de hoeveelheid afval die verschillende zorgsoorten voortbrachten. De ouderenzorg, ziekenhuiszorg, extramurale farmacie en hulpmiddelen waren verantwoordelijk voor de grootste totale afvalproductie. Incontinentiemateriaal draagt sterk bij aan de totale hoeveelheid afval.
- Geneesmiddelresten in het water kunnen een risico vormen voor het ecosysteem. Dit geldt voor verschillende soorten geneesmiddelen. Ziekenhuizen en openbare apotheken verstrekken geneesmiddelen die via patiënten in het water terechtkomen. Indirect hebben ook huisartsen en specialisten als voorschrijvers hier grote invloed.
- Een gezondmakende omgeving hebben we onderverdeeld in leef- en werkomgeving. Met name in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en GGZ vormt de zorg ook een leefomgeving voor cliënten. Voor de werkomgeving komen daar de ziekenhuiszorg en wijkverpleging bij.

De *heatmap* van de duurzaamheidsimpact van de Nederlandse zorg is voor VGZ de basis geweest voor hun strategische keuzes in de verduurzaming van de zorgsector. Maar deze inzichten kunnen ook buiten VGZ helpen bij het stellen van prioriteiten en het concretiseren van de verduurzamingsstrategie van de Nederlandse zorgsector.

Gemis duurzaamheid zorglandschap



Hefbomen voor een transitieplan

Leiding geven aan deze transitie vraagt natuurlijk om meer dan alleen prioriteiten stellen. In dit rapport introduceren we zes hefboomen voor de verduurzaming van de Nederlandse zorg. Deze hefboomen komen samen in een *transitieplan* om het zorgstelsel te verduurzamen.

VWS draagt de verantwoordelijkheid voor de verduurzaming van de zorg en kan niet vanaf de zijlijn blijven toekijken. Daarnaast kunnen ook zorgverzekeraars een belangrijke rol spelen in deze transitie. Voor zowel VWS als voor zorgverzekeraars liggen dit jaar belangrijke kansen om verduurzaming in de Nederlandse zorg naar een hoger niveau te tillen. Dit jaar maken veldpartijen namelijk belangrijke, sectoroverstijgende afspraken in het Integraal Zorgakkoord en de Green Deal Duurzame Zorg 3.0. We beschrijven wat zorgverzekeraars en VWS kunnen doen om als wedstrijdleader en gangmaker de verduurzaming van de zorg nu meer slagkracht te geven. Als VWS zijn verantwoordelijkheid neemt en de zorgverzekeraars leiderschap tonen, kan de inhaalrace toch nog een succes worden.

HOOFDSTUK 1

WACHTEN OP HET STARTSCHOT TERWIJL DE RACE AL IS GESTART

Verduurzaming zorg komt niet écht van de grond, terwijl urgentie groter is dan ooit

Verduurzaming is belangrijker dan ooit. De rapporten waaruit dat blijkt, stapelen zich op¹. Er is geen tijd meer te verliezen en er is moedig leiderschap nodig om de impact van klimaatverandering te beperken. De zorg krijgt te maken met de schadelijke effecten van klimaatverandering, denk bijvoorbeeld aan de gezondheidseffecten door UV-straling, hittestress, allergieën en luchtvervuiling². Tegelijk draagt de zorg hier zelf flink aan bij. De Nederlandse zorgsector stoot jaarlijks ongeveer 11 Mton CO₂ uit. Dat is 7% van de totale Nederlandse CO₂-voetafdruk³. Ook is de zorg jaarlijks verantwoordelijk voor 328 miljoen kilo afval. Ter vergelijking, dat is ongeveer 4% van de hoeveelheid afval die alle Nederlandse huishoudens samen produceren⁴.

Toch staat verduurzaming in de zorg nog in de kinderschoenen. Er is nog te weinig bewustzijn, er is te weinig inzicht in de huidige impact, er zijn te weinig concrete doelstellingen en er is geen helder overzicht van effectieve maatregelen. Bovendien is de aanpak van verduurzaming van de zorg te vrijblijvend: er ontbreekt een collectieve commitment voor harde afspraken binnen de sector. De verduurzaming van de zorgsector loopt daarmee iedere dag meer achterstand op, waardoor het een steeds moeilijkere inhaalrace gaat worden.

Zorgsector zoekt nog naar een gangmaker en starter

De laatste jaren zijn er veel initiatieven ontstaan om de zorg te verduurzamen, waaronder de Green Deal Duurzame zorg voor een gezonde toekomst 2.0 (hierna: GDDZ 2.0 of Green Deal)⁵ waar meer dan 260 organisaties in de zorg zich aan hebben gecommitteerd. De GDDZ 2.0 richt zich op vier pijlers: (1) het reduceren van de CO₂-uitstoot, (2) het stimuleren van circulariteit in de zorg, (3) het verminderen van medicijnresten in water en (4) het creëren van een gezonde omgeving voor bewoners, patiënten, medewerkers en bezoekers van zorginstellingen. Uit een evaluatie is gebleken dat de initiatiefnemers en ondertekenaars de GDDZ 2.0 als waardevol initiatief ervaren, maar dat er meer nodig is om als sector echt op snelheid te komen met verduurzaming⁶. Zo werd onder andere genoemd dat concretere doelstellingen nodig zijn, bewustwording meer aandacht verdient en dat verduurzaming een integraal onderdeel moet zijn in alle onderdelen van beleid.

¹ IPCC, 2022: Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability

² RIVM, Klimaat en Gezondheid. Via: <https://www.rivm.nl/klimaat-en-gezondheid>

³ Gupta Strategists, 'Een Stuur voor de Transitie naar Duurzame Gezondheidszorg' (2019)

⁴ Compendium voor de Leefomgeving (2020), op basis van data van het CBS

⁵ Zie <https://www.greendeals.nl/green-deals/duurzame-zorg-voor-gezonde-toekomst>

⁶ Evaluatie Green Deal Duurzame Zorg, Bureau Bartels, 20 december 2021

Zorgaanbieders en toeleveranciers hebben uiteraard een belangrijke rol in het implementeren van verduurzamingsmaatregelen, maar ze kunnen dit niet alleen. We zien een steeds grotere groep zorgprofessionals die met verduurzaming van hun eigen werkzaamheden aan de slag gaat, maar het ontbreekt op bestuurlijk niveau regelmatig aan prioriteit, strategie, implementatiekracht, capaciteit, geld en kennis. Tot nu toe is er vooral veel aandacht geweest voor de rol en mogelijkheden voor zorgaanbieders en zorgprofessionals, maar er zijn ook andere spelers nodig om uit de startblokken te komen en vaart te maken. De verduurzaming van de zorg heeft een wedstrijdleader nodig om de inhaalrace te leiden en gangmakers, in de wielerved *dernies* genaamd, om de sector met slagkracht op gang te krijgen.

De overheid draagt verantwoordelijkheid om de verduurzaming te versnellen

De overheid kan niet vanaf de zijlijn toekijken. Ze heeft de (eind)verantwoordelijkheid om de reductie van CO₂-uitstoot waar te maken. Regeringspartijen VVD, D66, CDA en Christenunie committeren zich in het regeerakkoord aan ambitieuze doelstellingen: het behalen van de Europese reductiedoelen van 55% in 2030, met de intentie om beleid te maken gericht op 60%. Uit het Urgenda-vonnis blijkt bovendien duidelijk dat de staat verantwoordelijk is om toegezegde reductiedoelen te realiseren. De verantwoordelijkheid van de overheid is niet meer zo vrijblijvend als een paar jaar geleden, en men zal alles op alles moeten zetten om dit waar te maken.

De verduurzaming van de zorg is ook daarom van groot belang. En het zorgveld verwacht van het kabinet actie, zoals onlangs bijvoorbeeld bleek uit de oproep van Zorg voor Klimaat in ‘Klimaatcrisis: Code Rood’⁷. Ook uit de evaluatie van de GDDZ 2.0 komt het naar voren: de overheid moet meer doen om de transitie naar duurzame zorg te versnellen.

De overheid zet op een aantal manieren al in op de verduurzaming van de zorg. Bij de start van de GDDZ 2.0 is binnen VWS het programma Duurzame Zorg ingericht. Het RIVM ondersteunt de zorgsector door inzichten te delen met zowel organisaties in de zorg als beleidsmakers van VWS. Zo publiceerde het RIVM onlangs de uitkomsten van hun LCA analyses in een artikel over de milieuvoetafdruk van de Nederlandse zorg⁸. VWS heeft daarnaast samen met ZonMw vanuit het programma Klimaat en Zorg een beperkt subsidiebudget beschikbaar gesteld voor netwerkvorming en onderzoek naar de relatie tussen klimaat en gezondheid. Maar het is onduidelijk hoe VWS in de komende jaren vervolg geeft aan deze initiatieven. Gaat VWS ook doelstellingen concreet maken en opleggen aan het veld?

⁷ In deze brief aan Minister Jetten en de Ministers en Staatssecretarissen van VWS, OCW, EZK, LNV, IenW en BZ stellen meer dan 100 organisaties dat de klimaatcrisis de grootste bedreiging voor de volksgezondheid van deze eeuw is, en dat een fundamentele duurzaamheidstransitie noodzakelijk is om de oorzaak van de huidige problemen het hoofd te kunnen bieden. Zie <https://www.zorgvoorklimaat.nl/wp-content/uploads/2022/02/Klimaatcrisis-Code-Rood-Zorg-voor-Klimaat-1.pdf>

⁸ Steenmeijer, Michelle Angelina and Rodrigues, Joao F.D. and Zijp, Michiel Christiaan and Waaijers-van der Loop, Susanne Laura, The Environmental Footprint of the Dutch Healthcare Sector: Beyond Climate Impact. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4081076> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4081076>

Terwijl de race tegen de klok al lang begonnen is, wacht de Nederlandse zorgsector op het officiële startsein. Neemt VWS de wedstrijdleiding op zich en klinkt binnenkort het verlossende startschot van een nationale taskforce en een goed uitgewerkt verduurzamingsplan voor de Nederlandse zorgsector?

Zorgverzekeraars kunnen een sleutelrol vervullen (maar moeten nog ontdekken hoe)

Ook de rol van zorgverzekeraars (inclusief zorgkantoren) in de verduurzaming van de zorg is nog niet helder. Zorgverzekeraars hebben zich collectief (via ZN) en soms individueel gecommitteerd aan de GDDZ 2.0 en kunnen vanuit hun rol een belangrijke bijdrage leveren aan een duurzaam zorglandschap. Via individueel en gezamenlijk beleid kunnen zorgverzekeraars het veld helpen en sturen richting een nieuw normaal. Dat kan door kennis over te dragen, goede initiatieven te ondersteunen, doelstellingen aan het veld op te leggen en barrières in bekostiging weg te nemen.

De manier waarop zorgverzekeraars het best de verduurzaming van de zorg kunnen versnellen is nog niet uitgekristalliseerd. Moeten zorgverzekeraars selectief gaan inkopen als aanbieders onvoldoende verduurzamen? Ontwikkelen zorgverzekeraars duurzame polissen waarmee verzekerden voor groene zorg kiezen? En hoe gaan zorgverzekeraars om met de autonomie van zorgaanbieders? Leggen zorgverzekeraars aan aanbieders op dat ze impact meten en rapporteren, maar laten ze aanbieders vrij om te bepalen hoe ze hun doelen halen? Of kunnen zorgverzekeraars beter inzetten op de implementatie van gerichte verduurzamingsmaatregelen die de meeste impact hebben in de sector? Hoe stimuleer je koplopers, middenmoters én achterblijvers?

Net als het voor zorgverzekeraars een zoektocht is hoe te helpen om de zorg betaalbaar te houden, de kwaliteit van zorg te verbeteren of de zorg toegankelijk te houden, is het geen uitgemaakte zaak wat nu de beste manier is om bij te dragen aan de verduurzamingsopgave. Maar één ding is zeker: zorgverzekeraars kunnen het veld de goede kant op sturen als ze er werk van maken. Ze kunnen de *derny* ofwel gangmaker zijn van de duurzame zorg.

Als de wedstrijdleiding alsnog het startschot geeft voor een landelijk transitieplan en de duurzame *dernies* gang maken, dan kunnen we nog veel verloren tijd inhalen.

VGZ ontwikkelt een roadmap om als zorgverzekeraar de verduurzaming te versnellen.

Coöperatie VGZ (zorgverzekeraar en zorgkantoor) heeft in 2021 voor zichzelf een roadmap naar verduurzaming van de zorgsector opgesteld. VGZ werkt aan het verduurzamen van de eigen bedrijfsvoering en maatschappelijk verantwoord beleggen. Echter, de grootste impact kan ze maken in de zorgketen, waar 99,8% van haar CO₂-footprint zit. VGZ ondertekende, net als Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de Green Deal Duurzame Zorg. “We willen het voortouw nemen in de verduurzaming van de zorg” aldus Jojanneke Goedings, Chief People and Sustainability Officer. Omdat de rol en verduurzamingsstrategie voor zorgverzekeraars nog grotendeels onontgonnen terrein is, voerde Gupta in opdracht van VGZ een impactanalyse uit om een beter beeld te krijgen welke verduurzamingsthema’s in welke deelsectoren in de zorg het meeste impact hebben. “Het resultaat is een heatmap die inzichtelijk heeft gemaakt waar we het beste kunnen beginnen en vervolgens stapsgewijs verder kunnen uitbouwen.” zegt Esther Willems, beleidsontwikkelaar duurzaamheid.

Daarnaast is VGZ gestart met het verder uitwerken van de rol die VGZ nu en in de toekomst moet spelen als zorgverzekeraar. Wat kan VGZ zelf doen, en wat kunnen zorgverzekeraars beter gezamenlijk in collectief verband doen om de verduurzaming te versnellen? Waar moet VGZ in het inkoopbeleid het accent leggen om impact te hebben? In een serie van interactieve workshops met stakeholders uit het zorgveld onderzocht VGZ wat zorgverzekeraars het beste kunnen doen om de zorg te helpen verduurzamen. VGZ wil daarin voorop lopen door goede voorbeelden te delen en duurzaamheid op te nemen in het zorginkoopbeleid. “Maar we zien dat verduurzaming niet alleen concurrentieel maar ook collectief moet worden versneld. Daar zijn we nu in ZN-verband mee aan de slag.” aldus Esther Willems.

Zo hebben alle zorgverzekeraars een zelfde signaal afgegeven in hun zorginkoopbeleid voor 2023, waarin ze aankondigen hun rol op te pakken in de verduurzaming van de zorg en zorgaanbieders oproepen om zich te committeren aan de landelijke CO₂-reductiedoelen en een CO₂-routekaart te maken conform de afspraken in het klimaatakkoord. Aanvullend hierop heeft VGZ voor enkele focusgebieden specifiek inkoopbeleid gemaakt.

Op basis van de impactanalyse van Gupta heeft VGZ vier focusgebieden gekozen met de grootste impact: CO₂-reductie binnen de ziekenhuiszorg, circulair werken binnen de ouderenzorg, reductie van medicijnemissies bij de apotheken en het verduurzamen van zorgvastgoed. Voor deze thema’s formuleerde VGZ concrete verwachtingen richting de aanbieders. De rode draad daarin is het vergroten van bewustwording en regie bij de zorgaanbieder. Zo vraagt VGZ de ziekenhuizen om hun CO₂-footprint in kaart te brengen en reductiedoelen voor 2025 te stellen.

Van apotheken wordt verwacht dat ze actief bijdragen aan de inzameling van overgebleven medicijnen, zorgen voor gepaste uitgifte van medicijnen en doelmatig voorschrijven stimuleren. De leveranciers van preferente geneesmiddelen tekenen een duurzaamheidsverklaring en geven aan hoe ze de productie gaan verduurzamen. Esther Willems: “De komende jaren evalueren we de impact en breiden we dit beleid uit naar meer thema’s en meer zorgsoorten. VGZ wil zorgaanbieders ondersteunen en actief bijdragen aan kennisverspreiding op dit thema door het ophalen en delen van groene initiatieven.”

VGZ ziet het op te stellen Integraal Zorg Akkoord (IZA) als een belangrijke kans om verduurzaming van de zorgsector te versnellen. “In het IZA staan preventie en passende zorg centraal. Voorkomen van zorg en alleen die zorg leveren die noodzakelijk is (= passende zorg) heeft naast een stevige impact op inzet van schaarse mensen in de zorg ook een stevige impact op duurzaamheid. Daarmee is passende zorg een belangrijke ‘enabler’ voor verduurzaming. Via de Zinnige Zorg strategie zet VGZ hier al een aantal jaren op in. De volgende stap is dan die meer gepaste, noodzakelijke zorg en het daarvoor noodzakelijke vastgoed zo duurzaam mogelijk in te richten, conform de pijlers van de Green Deal. Goed om ook als zorgsector verantwoordelijkheid te nemen voor verduurzaming, waar deze sector tot op heden wat achterblijft.”, aldus Marjo Vissers-Kuijpers, Chief Executive Officer.

HOOFDSTUK 2

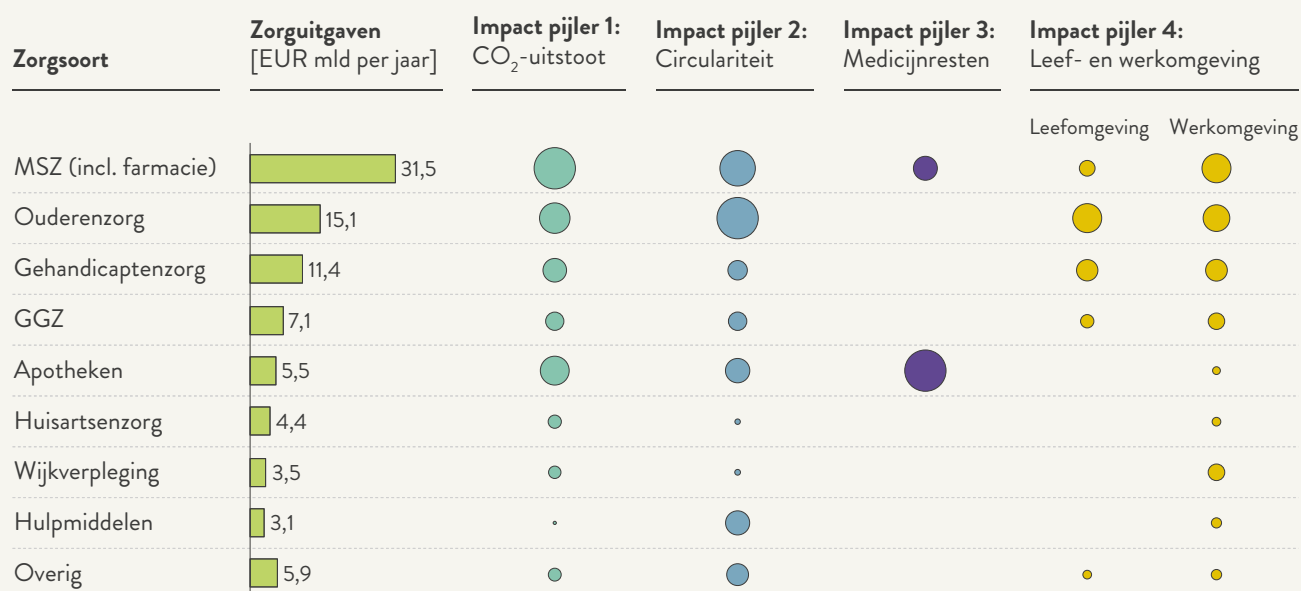
EEN HEATMAP VOOR DE VERDUUR- ZAMINGSAGENDA VAN DE ZORG

We analyseerden de impact van zorgsegmenten op de duurzaamheidspijlers

Gupta Strategists analyseerde in opdracht van VGZ de impact van de verschillende deelsectoren in de zorg op de verduurzamingspijlers uit de Green Deal 2.0. Deze heatmap voor verduurzaming van de zorg geeft aan welke deelsectoren het meeste drukken op de totale impact van de zorg. Beleidsmakers van VWS en zorgverzekeraars kunnen met deze heatmap keuzes maken over welke onderdelen in de zorg de meeste aandacht verdienen, omdat daar grootschalige transitie het hardst nodig is. Uiteraard zijn de inzichten ook relevant voor zorgaanbieders zelf. Daarbij ontslaat een relatief kleine impact op één van de pijlers een zorgsoort overigens niet van verantwoordelijkheid om te verduurzamen!

Wat blijkt? Per pijler is de impact van de deelsectoren verschillend (zie figuur 1):

1. **CO₂-uitstoot:** Vooral de ziekenhuiszorg (medisch-specialistische zorg, MSZ) en de langdurige zorg (ouderenzorg en gehandicaptenzorg) dragen bij aan de CO₂-voetafdruk van de Nederlandse zorg, maar ook de extramurale farmacie (apotheken) heeft hierin een belangrijk aandeel.
2. **Circulariteit:** Ouderenzorg, ziekenhuiszorg, extramurale farmacie en hulpmiddelen hebben de grootste impact op circulariteit, met als maat de totale afvalproductie. Incontinentiemateriaal draagt sterk bij aan de totale hoeveelheid afval.



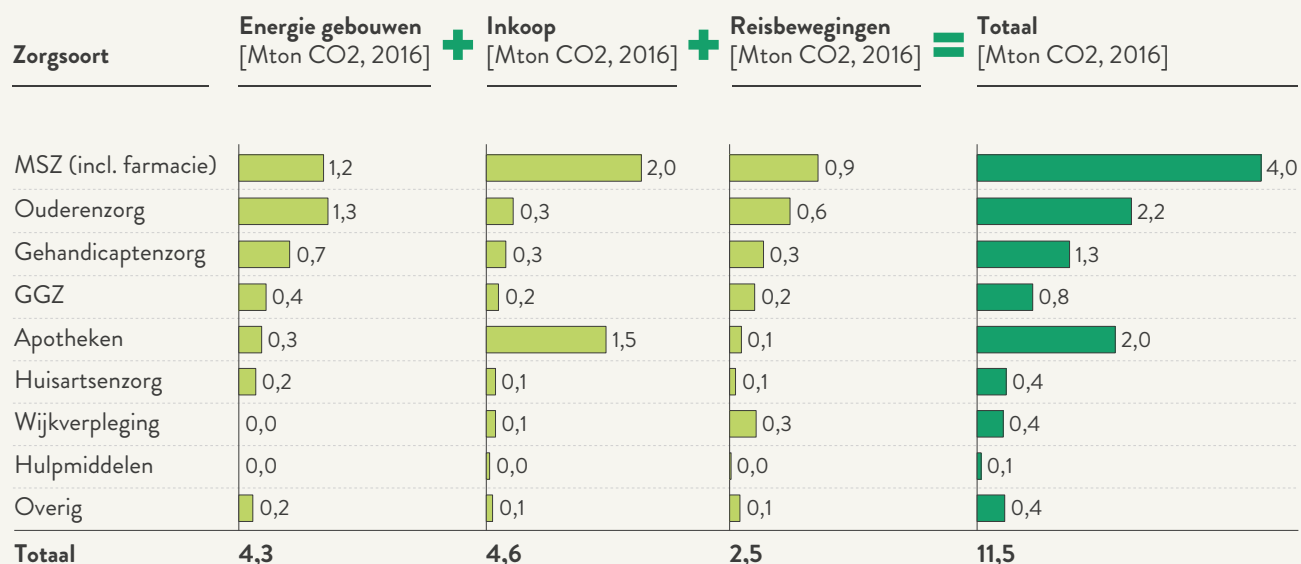
Figuur 1: Heatmap van de verschillende zorgsoorten op de pijlers van de Green Deal Duurzame Zorg. Op basis van deze heatmap kunnen aanbieders, VWS en zorgverzekeraars bepalen op welke onderdelen van de zorg de meeste actie nodig is. Al betekent een relatief kleine impact natuurlijk niet dat er geen actie nodig is!

3. **Medicijnresten uit water:** Ziekenhuizen en apotheken hebben de grootste impact, al hebben huisartsen en specialisten als voorschrijvers indirect grote invloed. Verschillende soorten geneesmiddelen vormen een risico voor organismen in het milieu. De aanwezigheid van geneesmiddelen in bronnen voor drinkwater bemoeilijkt de drinkwaterproductie.
4. **Gezondmakende leef- en werkomgeving:** De ouderenzorg gehandicaptenzorg en GGZ hebben de grootste impact op de leef- en verblijfsomgevingen in de zorg. Voor de werkomgeving komen daar de ziekenhuiszorg en wijkverpleging bij.

CO₂-uitstoot: Ziekenhuizen, langdurige zorg, en apotheken hebben de grootste impact

Verlagen van de CO₂-voetafdruk is overal nodig, maar bij ziekenhuizen, de langdurige zorg en apotheken valt de grootste slag te slaan. De CO₂-voetafdruk van de zorgsector is opgebouwd uit de CO₂-emissie die samenhangt met het energiegebruik van en in de gebouwen (gas en elektriciteit), de inkoop van materialen en diensten, en reisdrevingen van patiënten, bezoekers en medewerkers (zie figuur 2).

Energieverbruik van gebouwen (gas en elektriciteit) is goed voor 37% van de CO₂-voetafdruk van de zorgsector (4,3 Mton per jaar). De grootste impact zit in de ziekenhuiszorg, ouderenzorg, en gehandicaptenzorg. Deze drie zorgsoorten zijn samen goed voor bijna 75% van de uitstoot door zorgvastgoed in Nederland.



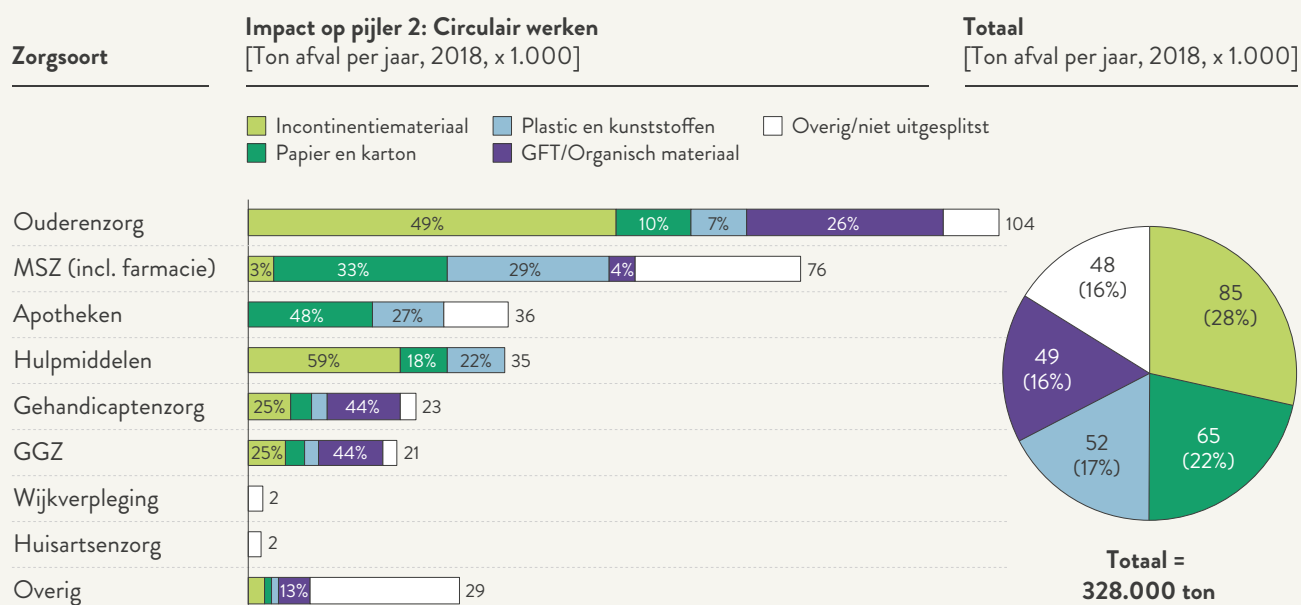
Figuur 2: Impact van zorgsoorten op de belangrijkste drijvers van de CO₂-voetafdruk van de zorg. Cijfers op basis van 2016, deze kunnen inmiddels zijn veranderd. Vanwege afronding sluiten getallen mogelijk niet exact aan. Bron: Een stuur voor de transitie naar duurzame zorg, Gupta Strategists, CBS, NHS, analyse Gupta

De CO₂-uitstoot van alle ingekochte materialen en diensten is ook een aanzienlijke bron van de totale uitstoot, met name in de ziekenhuiszorg en de extramurale farmacie. Geneesmiddelen zijn hierin een belangrijk onderdeel, zowel voor de ziekenhuizen als apotheken. Ziekenhuizen kopen daarnaast veel medische materialen en disposables in.

De derde poot van de CO₂-voetafdruk in de zorg is de CO₂-uitstoot door reisbewegingen. Hieronder vallen de reisbewegingen van patiënten, bezoekers en medewerkers. De ziekenhuiszorg en ouderenzorg hebben een grote impact op deze emissies, maar ook de gehandicaptenzorg, de GGZ en de wijkverpleging zijn verantwoordelijk voor veel reisbewegingen.

Circulariteit: Grootste impact door incontinentiemateriaal in de ouderenzorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en materialen in de MSZ

De tweede pijler van de GDDZ 2.0 is circulariteit. Deze pijler beschrijft het geheel van instroom, gebruik en uitstroom van materialen. We meten circulariteit op basis van de totale afvalproductie in een sector. De ouderenzorg genereert de grootste afvalstromen, gevolgd door de ziekenhuiszorg, extramurale farmacie en hulpmiddelen.



Figuur 3: Impact van zorgsoorten op circulariteit. Onder hulpmiddelen verstaan we alle hulpmiddelen en incontinentiematerialen die thuis worden gebruikt en door zorgverzekeraars vergoed via de post 'hulpmiddelen'. Bron: Milieubarometer, via Milieu Platform Zorg, CBS AZW, Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, analyse Gupta

Bijna de helft van het afval van de ouderenzorg (thuis en in verpleeghuizen) bestaat uit incontinentiemateriaal. In totaal produceert de zorg per jaar een berg van 85 miljoen kilo luiers. Daarnaast is een kwart van het afval in de ouderenzorg organisch, voornamelijk voedselresten. In het kader van circulariteit is het in de langdurige zorg het meest relevant om te focussen op deze afvalstromen.

Buiten incontinentiemateriaal en organisch afval zijn plastic en papier/karton de grootste afvalstromen. Deze worden vooral gegenereerd in de ziekenhuiszorg, extramurale farmacie en hulpmiddelen. In de ziekenhuiszorg worden veel kunststoffen gebruikt in de vorm van disposables en verpakkingsmateriaal. De farmacie gebruikt veel papier en karton in de vorm van verpakkingen en bijsluiters.

Medicijnresten: Ziekenhuizen, apotheken én voorschrijvers dragen bij

Het RIVM becijferde in 2018 dat in Nederland jaarlijks minimaal 190 ton medicijnresten in oppervlaktewater terechtkomt. Voor de impact op het milieu is echter niet de absolute hoeveelheid, maar het risico op schadelijkheid de belangrijkste maatstaf. Voor dit risico rekenen we met een risicoquotiënt. Hiervoor wordt de concentratie van een medicijn in het oppervlaktewater afgezet tegen de concentratie waarvan bekend is dat deze waarschijnlijk geen risico oplevert voor het ecosysteem, de PNEC ofwel de *Predicted No Effect Concentration*. Een risicoquotiënt van 1 of hoger geeft aan dat de concentratie van een medicijn een kritieke waarde heeft bereikt, en dat er een risico ontstaat voor waterorganismen.

Van een aantal medicijnen is een concentratie in oppervlakte gemeten waarbij de risicoquotiënt boven de 1 komt. Hieronder vallen ibuprofen en 17-beta-estradiol (de werkzame stof in de anticonceptiepil). Ook ciprofloxacine, propranolol, diclofenac en venlafaxine hebben een risicoquotiënt van boven de 1. Deze medicijnen vormen een risico voor organismen in water.

De Ketenaanpak Medicijnresten uit Water werkt op veel manieren aan het terugdringen van de belasting van medicijnresten op ons water. Daarbij is onder andere aandacht voor cytostatica, röntgencontrastmiddelen, en psychofarmaca. Van de meest gebruikte cytostatica is de risicoquotiënt bekend. Deze ligt voor alle cytostatica momenteel onder de 1, wat betekent dat de “kritieke waarde” voor deze middelen nog niet is bereikt.

Voor röntgencontrastmiddelen is de risicoquotiënt niet direct beschikbaar. Men neemt algemeen aan dat de risicoquotiënt voor deze middelen momenteel onder de 1 ligt. Toch zijn röntgencontrastmiddelen opgenomen als speerpunt in de ketenaanpak medicijnresten, omdat ze relatief persistent zijn en zeer slecht weg te zuiveren uit drinkwater. Deze middelen overschrijden op dit moment wel de meer stringente streefwaarden van het European River Memorandum (ERM) dat in 2020 is opgesteld door 170 drinkwaterbedrijven. Ook van psychofarmaca van vóór 2006 is geen risicoquotiënt beschikbaar, omdat pas na 2006 een milieubeoordeling bij de toelating hoeft te worden ingediend. Waarschijnlijk is voor een aantal van deze middelen de risicoquotiënt inmiddels wél overschreden⁹.

Een deel van de besproken medicijnen wordt verstrekt via ziekenhuizen. Dit zijn voornamelijk de röntgencontrastmiddelen en cytostatica. De meeste medicijnen met een risico voor het milieu, zoals enkele antibiotica, NSAIDs (ibuprofen en diclofenac) en bèta-estradiol (de anticonceptiepil) worden voornamelijk via de openbare apotheek of de drogist verstrekt en in de thuissituatie gebruikt¹⁰. Dit geldt ook voor het cytostaticum met de hoogste risicoquotiënt (5-fluorouracil intradermaal), dat vrijwel exclusief thuis wordt gebruikt. Naast de ziekenhuiszorg en apotheken hebben huisartsen en andere voorschrijvende artsen indirect grote invloed op deze pijler.

Onderzoek laat zien dat, door klimaatverandering en droogte, de overschrijdingen in streefwaarden in de toekomst zullen toenemen als we geen actie ondernemen¹¹.

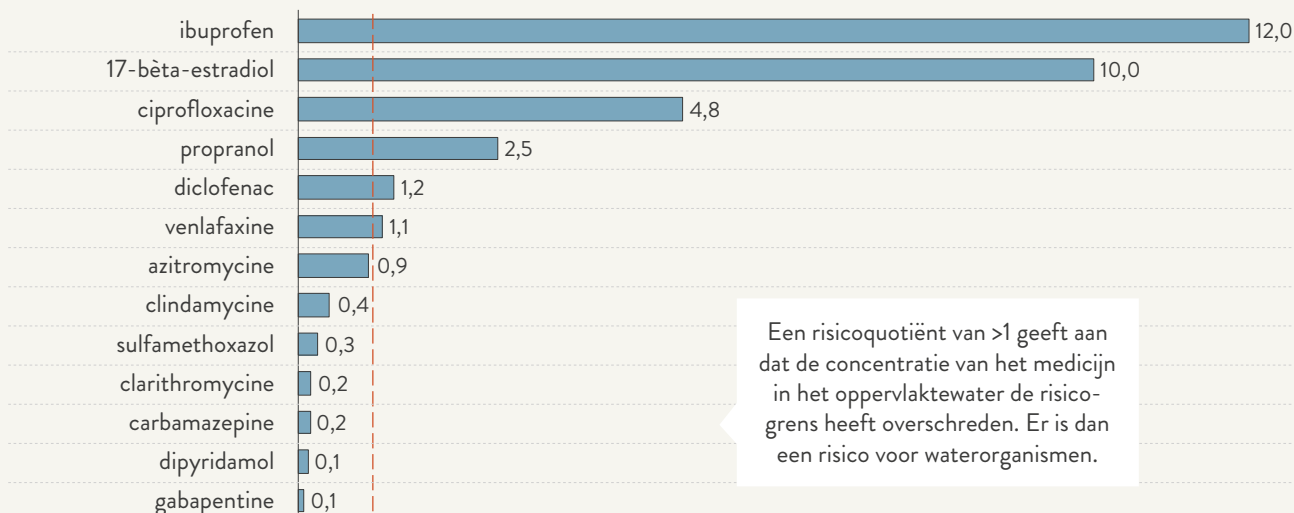
⁹ De UvA, NIOO-KNAW en Wageningen University & Research zijn sinds 2020 gestart aan een grootschalig onderzoek naar de effecten van psychofarmaca in water (UvA, 2020). Internationaal laten meerdere onderzoeken zien dat psychofarmaca in water terechtkomen, moeilijk te filteren zijn door rioolwaterzuiveringsinstallaties, en effect hebben op waterorganismes. Zie bijvoorbeeld Liang et al. (2021), 'Simultaneous Occurrence of Psychotropic Pharmaceuticals in Surface Water of the Megacity Shanghai and Implication for Their Ecotoxicological Risks'

¹⁰ RIVM 'Medicijnresten en waterkwaliteit: een update' (2020)

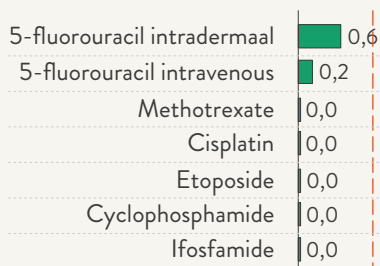
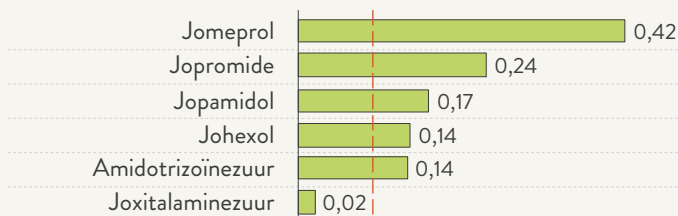
¹¹ KWR, Ontwikkeling waterkwaliteit bij innamepunten van oppervlaktewater voor de drinkwatervoorziening, 2014

Risicogeneesmiddelen

[Risicoquotiënt, o.b.v. maximum gemeten gehaltenes]

Risicogeneesmiddelen worden vooral verstrekt via de openbare apotheek**Cytostatica**

[Risicoquotiënt, o.b.v. maximum gemeten gehaltenes]

Cytostatica worden vooral verstrekt via het ziekenhuis, maar 5-fluorouracil ook via de openbare apotheek**Röntgencontrastmiddelen**[Concentratie t.o.v. ERM-streefwaarde, $\mu\text{g/L}$]*Röntgencontrastmiddelen worden vooral in het ziekenhuis toegediend*

Voor Röntgencontrastmiddelen is geen PNEC beschikbaar. Daarom geven we de overschrijding weer van de streefwaarde van het European River Memorandum van drinkwaterbedrijven (0,1 $\mu\text{g/L}$)

Figuur 4: Overzicht van de belangrijkste geneesmiddelen die in het oppervlaktewater terecht komen. Bron: RIVM, RIWA, GIPDatabank, WHO, Analyse Gupta

Gezonde leef- en werkomgeving: De grootste impact zit in de langdurige zorg

De vierde pijler van de GDDZ 2.0 is het creëren van een gezondheidsbevorderende leef- en werkomgeving in de zorg. De gezonde leefomgeving is gericht op kort en lang verblijf van cliënten en patiënten in de zorg. Hier hebben de ouderenzorg en gehandicaptenzorg de grootste impact. Een gezonde werkomgeving is gericht op zorgmedewerkers. De grootste impact zit hier in de sectoren met de meeste medewerkers, te weten de ziekenhuiszorg, gevolgd door de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en wijkverpleging.

De ouderenzorg en gehandicaptenzorg zijn samen goed voor zo'n 200.000 bedden. Dat is meer dan 70% van de verblijfs capaciteit in de Nederlandse zorg. Ook zijn deze twee segmenten met meer dan 300.000 fte een belangrijke werkgever. De ouderenzorg en gehandicaptenzorg kunnen door aanpassingen in het gebouw en de omgeving dus de belangrijkste impact maken op de gezondheid van cliënten en zorgmedewerkers. Ook de ziekenhuiszorg heeft, met meer dan 200.000 fte, een belangrijke impact op de werkomgeving en daarmee op de gezondheid van zorgmedewerkers.

Zorgsoort	Impact op leefomgeving [# bedden per zorgsoort, 2019]	Impact op werkomgeving [# fte, 2019]	Totaal leef- en werkomgeving [# uur verblijf per jaar, x mln]
MSZ (incl. farmacie)	37.800	235.000	763
Ouderenzorg	128.700	199.000	1.493
Gehandicaptenzorg	70.000	132.000	856
GGZ	27.300	76.000	379
Extramurale farmacie		17.000	31
Huisartsenzorg		21.000	39
Wijkverpleging		77.000	141
Hulpmiddelen		29.000	53
Overig	11.600	30.000	157

Figuur 5: Impact van zorgsoorten op de gezondheidsbevorderende leef- en werkomgeving. Mogelijk sluiten getallen niet exact aan vanwege afronding. Bron: Actiz, Volksgezondheidsinformatie, NZa, CBS, AZW, Nivel, Trimbos, analyse Gupta

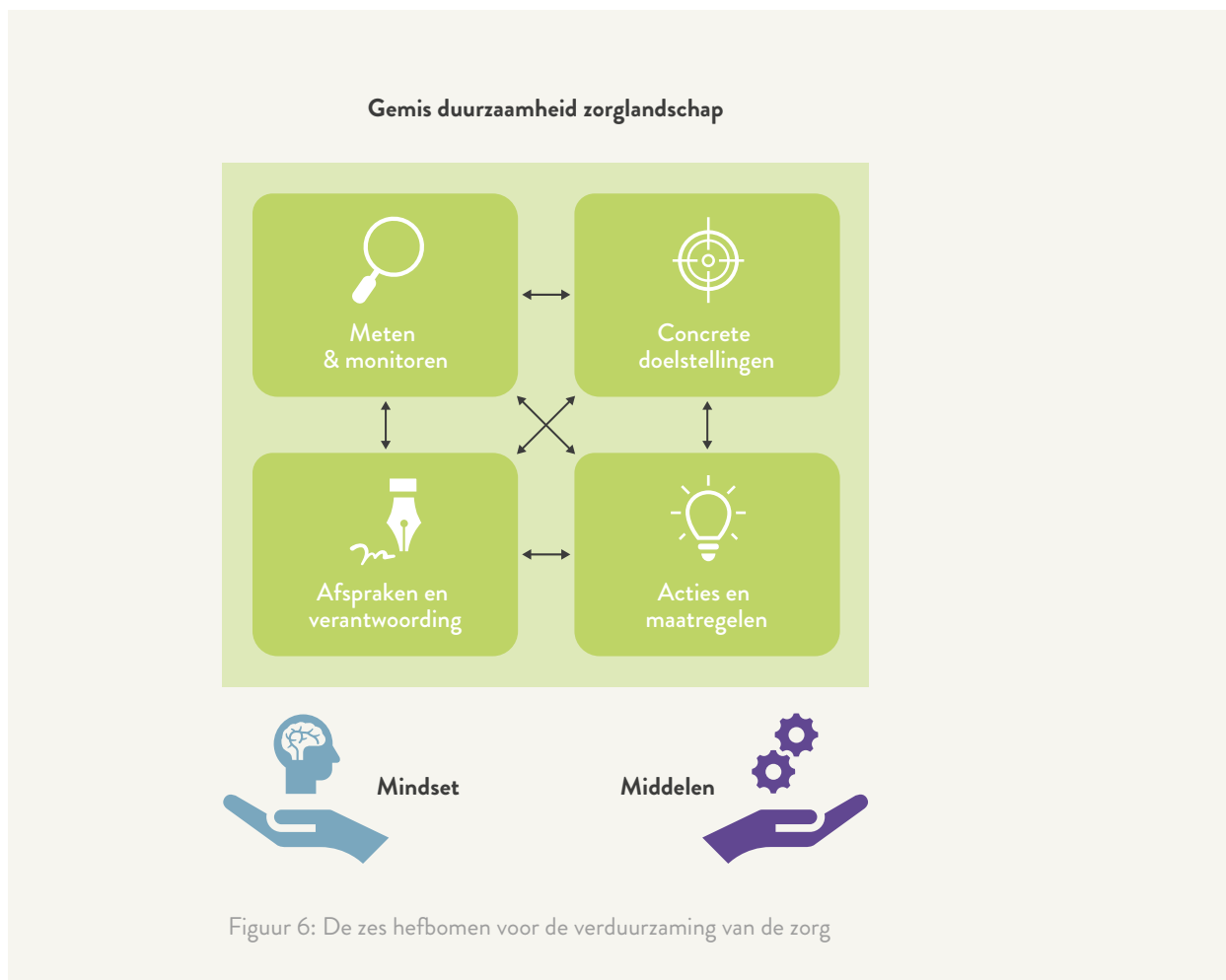
HOOFDSTUK 3

ZES HEFBOMEN VOOR TRANSITIE NAAR DUURZAME ZORG

De *heatmap* die we hebben ontwikkeld geeft een beeld waar in de zorgsector voor welke duurzaamheidspijlers de grootste impact zit. Zoals gezegd kan dit helpen om keuzes te maken in wat er als eerste nodig is. Maar dat is niet genoeg.

Een effectieve verduurzamingstransitie in de zorg vraagt om een helder en uitvoerbaar veranderplan. Zo'n veranderplan – of *transitieplan* – beschrijft aan de hand van een aantal kernelementen hoe de transitie naar duurzame zorg gerealiseerd wordt. Deze elementen zijn onderling sterk verbonden en versterken elkaar. In de zorg zie je dat er gefragmenteerd al stappen zijn gezet op verschillende onderdelen en door verschillende partijen. Wat er echter ontbreekt is een overkoepelend en samenhangend plan van aanpak voor de hele sector waarmee de verduurzamingsopgave in de zorg geleid kan worden.

We lichten hier zes hefboomen toe voor de verduurzaming van de zorg. Daarnaast beschrijven we waar de Nederlandse zorg nu staat, en wat er nodig is om met deze hefboomen een *transitieplan* te ontwikkelen die de verduurzaming in de komende jaren helpt waar te maken.



De zes hefboomen voor de verduurzaming van de Nederlandse zorg

1. **Concrete doelstellingen** – Een goed transitieplan begint met heldere doelstellingen. Als deze ontbreken wordt verduurzamen al snel een diffuse en onhaalbare opgave. Op dit moment zijn er voor heel Nederland concrete doelstellingen geformuleerd voor CO₂-reductie¹², maar voor de andere duurzaamheidspijlers in de GDDZ ontbreken tot nu toe concrete, meetbare doelstellingen, waardoor het voor alle partijen onduidelijk is waar we naar streven.

Wat is er nu nodig? We hebben voor de komende jaren concrete verbeterdoelstellingen nodig voor iedere duurzaamheidspijler waar de Nederlandse zorg serieus mee aan de slag moet. Stel concrete doelstellingen voor zowel 2030 als 2025 ten aanzien van in ieder geval CO₂-reductie, circulair werken, en medicijnresten in water.

2. **Metten en monitoring** – Om doelen te stellen en te halen moeten we weten waar we staan, waar we vandaan komen en waar we naartoe gaan. Hiervoor hebben we een dashboard nodig waarmee we overzicht houden op de verduurzaming. Door periodiek te meten waar we staan op de gestelde doelstellingen krijgen en houden we zicht op de voortgang. Als we hier gestandaardiseerde definities en meetmethodiek voor ontwikkelen, wordt meten en vergelijken veel makkelijker en betrouwbaarder. Bovendien maakt dit het makkelijker om bij te sturen. Er zijn verschillende publicaties waarin de impact van de Nederlandse zorg op (delen van) de duurzaamheidspijlers in kaart zijn gebracht¹³. Maar zoals ook blijkt uit onderzoek dat onlangs is uitgevoerd in opdracht van VWS zijn er (nog) onvoldoende goede indicatoren om de voortgang op de 4 pijlers te meten.

Wat is er nu nodig? We moeten een set van standaarddefinities en -indicatoren ontwikkelen en beschikbaar maken, waarmee zowel op het niveau van individuele zorgorganisaties als voor de gehele zorgsector de voortgang op de verduurzaming eenvoudig en transparant te monitoren is. Zo weten we welke doelstellingen we moeten zetten, of we deze doelstellingen halen, en waar eventueel bijsturing nodig is.

¹² We moeten uiterlijk in 2030 onze totale CO₂-uitstoot met minimaal 55% hebben verminderd. Voor de zorg is in 2018 in de GDDZ 2.0 voor de reductie van de uitstoot van broeikasgassen gesteld dat ondertekenaars zich aan dezelfde doelstellingen houden: 55% verlaging vergeleken met 1990

¹³ In 2018 hebben we de totale CO₂-voetafdruk van de Nederlandse zorg ingeschat. Ook voor de meting van medicijnresten in water zijn er gestandaardiseerde meetmethodieken. Voor de verbetering van circulariteit is deze meetmethodiek er nog niet, maar is de meting van de totale hoeveelheid afval, opgesplitst naar type afval voor de zorg een redelijke maat. Voor losse zorginstellingen heeft het milieuplatform zorg een meetmethodiek ontwikkeld om hun CO₂-voetafdruk te bepalen. Ook zijn er - meetmethodes in ontwikkeling om in meer detail in kaart te brengen wat de voetafdruk is van impactrijke afdelingen, bijvoorbeeld voor de IC of de OK

- Concrete lijst van acties en maatregelen** – Welke maatregelen zijn nodig en in welke volgorde? Als je alleen doelen stelt en meet, kom je nergens. Als je een helder overzicht hebt van acties en maatregelen die het meest bijdragen aan de doelstellingen is het veel makkelijker om te verduurzamen. Er bestaan al veel initiatieven en maatregelen om de zorg te verduurzamen. Ook zijn er verschillende platforms, websites en netwerken die informatie over deze acties toegankelijk willen maken. Veel van deze initiatieven worden door organisaties zoals Stichting Stimular, Milieuplatform Zorg, de Groene Zorg alliantie en Zorg voor Klimaat gedeeld met het zorgveld, en zijn via verschillende landingspagina's te raadplegen^{14,15}. Ook is er sinds kort het kennisplatform van Zorg voor het Klimaat waarin veel initiatieven worden gedeeld¹⁶. Wat ontbreekt is een overzichtelijke prioritering: een top 10 van de meest impactvolle maatregelen (per zorgsegment), inclusief duurzaamheidswinst en kosten. Bijvoorbeeld zoals het 54-puntenplan dat Urgenda voor Nederland heeft opgesteld¹⁷, of het internationale onderzoek naar de meest impactvolle acties van Healthcare Without Harm¹⁸.

Wat is er nu nodig? We hebben een 'Zorgenda-puntenlijst' nodig voor de Nederlandse zorgsector, waarin de meest impactrijke acties staan opgesomd. Het liefst uitgesplitst naar sectorbrede maatregelen en maatregelen die voor een specifiek zorgsegment gelden. De Zorgenda-puntenlijst omvat ook de impact van de maatregel en de benodigde kosten en voorwaarden voor implementatie. Op basis van deze lijst kan het zorgveld aan de slag gaan.

- Afspraken en verantwoording** – Op dit moment is het committeren aan de doelen van GDDZ 2.0 vrijwillig en is het naleven vrijblijvend. Op landelijk niveau is er natuurlijk wel een commitment op verduurzaming en die is niet vrijblijvend. Zoals het Urgenda-vonnis heeft laten zien, is de staat verplicht om de gestelde doelen te realiseren.

Wat is er nodig? Alle stakeholders in het zorgveld moeten met elkaar de verantwoordelijkheid nemen, en bindende afspraken maken over de verduurzaming van de zorgsector. Een duidelijke rolverdeling in de transitie is nodig om in actie te komen. Welke afspraken maken we met elkaar? Welke prikkels moeten we in de afspraken inbouwen? En hoe leven we die na?

Deze vier hefboomen zijn sterk onderling afhankelijk en vormen gezamenlijk een krachtig verduurzamingsbeleid. Echter, er is meer nodig dan alleen beleid. Want de juiste mindset en voldoende middelen zijn cruciaal om de verduurzaming van de zorg waar te maken.

¹⁴ www.milieuplatformzorg.nl/bibliotheek

¹⁵ www.vergoendezorg.nl

¹⁶ www.zorgvoorklimaat.nl/kennis/

¹⁷ www.urgenda.nl/themas/klimaat-en-energie/40-puntenplan

¹⁸ Global Road Map for Health Care Decarbonization, Healthcare Without Harm, 2021

5. **Mindset** – Dit is de basis voor verandering. Het vergroten van bewustzijn, urgentiegevoel, kennis en draagvlak met betrekking tot de verduurzamingsopgave is een belangrijke hefboom in een nationale verduurzamingsstrategie. Deze is gericht op alle gelederen van de zorg: patiënten, bestuurders, zorgmedewerkers, beleidsmakers en toeleveranciers. We zien dat het draagvlak onder zorgverleners de afgelopen jaren enorm is gegroeid, zoals blijkt uit de vele initiatieven op de werkvloer en de verschillende netwerken en kennisplatforms voor verduurzaming die door zorgmedewerkers zijn opgestart. In de maatschappij groeit het draagvlak voor verduurzaming snel, en dus ook onder patiënten. Verzekerden vragen daarom steeds vaker naar informatie over het duurzaamheidsbeleid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij het maken van hun keuze.

Wat is er nu nodig? Zorgbestuurders, zorgverzekeraars en de overheid moeten meer leiderschap tonen, de urgentie uitdragen, het goede voorbeeld geven en duurzame zorgverleners ondersteunen. We hebben leiders nodig die laten zien dat het urgentiegevoel om te verduurzamen ook op bestuurlijk niveau aanwezig is, en die dit urgentiegevoel vertalen naar actie. Daarnaast zijn er gerichte communicatieplannen nodig om iedereen te betrekken in de transitie. Met onderzoek kunnen we bijdragen aan het bewustzijn en de overtuiging dat verduurzaming mogelijk is. Daarnaast spreken aansprekende verhalen niet alleen de ratio aan, maar juist ook het gevoel van mensen. *Winning over hearts and minds.*

6. **Middelen** – Voor sommige essentiële veranderingen zijn extra middelen nodig. Dat kan geld zijn, bijvoorbeeld om te investeren in duurzame nieuwbouw of zonnepanelen. Of kennis en expertise, bijvoorbeeld kennis over de minst milieubelastende opties of expertise over de inzet van verduurzamingsmaatregelen of capaciteit, zowel op landelijk als op lokaal niveau. Waar komen deze middelen beschikbaar en hoe kun je er een beroep op doen?

Wat is er nu nodig? Er zijn duidelijke keuzes nodig over de financiering van onrendabele maar onontkoombare verduurzamingsmaatregelen. Bijvoorbeeld over de financiering van een onrendabele top bij het verduurzamen van vastgoed – investeringen die niet worden terugverdiend. Er moet een fonds beschikbaar komen voor verduurzamingsinitiatieven en innovatie, inclusief een helder loket en een duidelijke procedure. Overigens leveren veel verduurzamingsmaatregelen een kostenbesparing op, bijvoorbeeld wanneer verspilling wordt teruggedrongen of energie wordt bespaard.

Het *transitieplan* voor de verduurzaming van de zorgsector

Deze hefboomen kunnen los van elkaar bijdragen aan de verduurzaming, maar zijn onderling ook afhankelijk van elkaar. Door goed te meten waar je nu staat is het ook makkelijker de juiste maatregelen te prioriteren. Als je heldere en concrete doelen formuleert is het ook makkelijker om goede afspraken te maken en na te leven. En alleen met de juiste mindset lukt het om concrete afspraken te maken en na te leven. Het is juist daarom zo belangrijk dat deze hefboomen samenkomen in een *transitieplan* voor verduurzaming.

Een transitie verloopt stapsgewijs. Een meerjarenplanning maakt duidelijk wat er op welke onderwerpen nodig is tijdens welke fasen van de transitie. Dit transitieplan beschrijft hoe de verduurzaming in een concrete planning gerealiseerd gaat worden en hoe de hefboomen hieraan bijdragen. In het transitieplan moet de transitie verder worden uitgewerkt in concrete aanpak met verschillende fasen en onderdelen voor de verschillende deelsectoren binnen de zorg. Ook moet er een goede *governance* met voldoende mandaat komen om voortgang te bewaken, beslissingen te nemen en beleidswijzigingen tijdig aan te kondigen.

HOOFDSTUK 4

HOE ZORG- VERZEKERAARS EN VWS HUN ROL KUNNEN PAKKEN

Heeft VWS het startpistool nu gevonden? En stappen de zorgverzekeraars op de (elektrische) brommers als gangmakers (of *derny*) in de inhaalrace? Nu moet het, maar nu kan het ook! De zorgsector is uit de Covid-tunnel gekomen en heeft weer denk- en handelruimte om de transitie naar duurzame zorg te maken. Nemen VWS en zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid om een transitieplan voor de zorg op te stellen en te coördineren?

Om de transitie te kunnen maken, zijn op ieder van de zes genoemde hefboomen stappen nodig. Als één van deze elementen achter blijft of vastloopt, komen de andere elementen ook in gevaar en dreigt vertraging in de transitie. Maar wat er nog meer ontbreekt is de samenhang en regie om een sterke transitie te maken. Juist nu is er een rol weggelegd voor VWS en zorgverzekeraars. Ze kunnen de leiding nemen om op verschillende hefboomen vervolgstappen te zetten die we zojuist beschreven. Zorgverzekeraars en VWS kunnen meer dan andere partijen een belangrijke rol spelen, door de hefboomen samen te brengen in een transitieplan, partijen te verbinden, en tot concrete afspraken te komen.

Drie concrete kansen die VWS en zorgverzekeraars niet mogen missen

Er ligt nú een belangrijke kans voor zorgverzekeraars en VWS om hun rol te pakken en samen met het veld verantwoordelijkheid te nemen voor de transitie naar een duurzame zorgsector. Met de GDDZ 3.0 en het Integraal Zorgakkoord (IZA) kan een belangrijke stap in de goede richting worden gezet.

1) Green Deal Duurzame Zorg 3.0 – Een krachtig koersboek

Dit jaar loopt de Green Deal Duurzame Zorg 2.0 af. Een regiegroep vanuit verschillende partijen – waaronder VWS en zorgverzekeraars – is nu bezig hier vervolg aan te geven. Op basis van de evaluatie komt er hopelijk een nieuwe GDDZ die aansluit bij wat er nu nodig is: concreetheid in doelen en acties, duidelijke taken en verantwoordelijkheden en een heldere lijst van geprioriteerde maatregelen om de doelen te bereiken. VWS en zorgverzekeraars moeten sturen op een ambitieus en concreet GDDZ, dat voor de hele zorg een krachtig koersboek is richting duurzaamheid.

2) Het Integraal Zorgakkoord – Verduurzamen en kosten beteugelen tegelijk

Het is druk aan de onderhandeltafels, want op dit moment is ook de start gemaakt voor het uitwerken van het Integraal Zorgakkoord voor de Zvw. In de plannen van de minister staat de maatschappelijke opgave van een toenemende zorgvraag en schaarste op de arbeidsmarkt centraal. Uiteraard zal het daarom gaan over kostenbeheersing, oplossingen voor personeelskrapte en digitale zorg. Verduurzaming van de zorg wordt niet genoemd in de kamerbrief en dat is zorgwekkend. Dit is namelijk ook hét moment om sectorbreed commitment te tonen voor verduurzaming. Het móet gewoon. Alle stakeholders laten steken vallen als er geen aandacht komt voor verduurzaming in het belangrijkste zorgakkoord voor de komende vier jaar.

In de huidige economie heeft verduurzaming gelukkig ook een ander voordeel. Met de stijgende energiekosten is verduurzaming in de zorg essentieel om de zorg betaalbaar te houden. Zoals ABN-AMRO analyseerde kunnen de energiekosten voor de zorgsector de komende twee jaar vijf keer zo hoog zijn als in 2019, waardoor de marges van zorginstellingen verdampen¹⁹. Dit maakt afbouw van vastgoed dat niet (langer) noodzakelijk is extra belangrijk, en maakt van verduurzaming een belangrijk wapen in het dempen van de zorgkosten. Als producten en materialen duurder worden, wordt ook het tegengaan van verspilling vanuit kostenooptpunt extra interessant. En door stijgende brandstofprijzen zal ook vervoer van personeel duurder worden, bijvoorbeeld in de wijkverpleging.

Gebaseerd op eerste uitingen door VWS, ZN en zorgaanbieders staat verduurzaming in potlood op de agenda van de onderhandelingen voor het IZA. Het zou geweldig zijn als er een concreet commitment wordt getoond aan de verduurzaming van de sector door alle veldpartijen. Hierbij is het van groot belang dat het IZA en de GDDZ 3.0 goed op elkaar worden afgestemd, en dat ook in het WOZO-programma van VWS duurzaamheid niet ontbreekt. Zoals we hebben gezien zijn de woonomgevingen in de ouderenzorg verantwoordelijk voor zeer significante impact op CO₂-uitstoot, circulariteit, en de gezondmakende leef- en werkomgeving. Als in al deze programma's duurzaamheid de plek krijgt die het verdient, maakt het niet zo veel uit waar de uitwerking plaatsvindt. Zolang er maar breed commitment komt op een draaiboek voor de verduurzaming van de zorgsector. Als partijen zich het eens worden dat die er komt, gebaseerd op de hefboomen uit de transitieplan, dan hebben er het startschot gegeven voor een inhaalrace en zijn de *dernies* gestart om tempo te maken.

¹⁹ Zorgsector ziet marges verdampen door hoge energiekosten, ABN-AMRO, 14 april, 2022

3) Ontwikkelen van een visie en strategie voor zorgverzekeraars in de transitie naar duurzaamheid

Verduurzaming is in veel opzichten een verandering waarop je niet zou willen concurreren maar collectief wil prioriteren. Hoe gaan zorgverzekeraars dat doen? En welke rol nemen zorgverzekeraars daarin aan? ZN heeft een collectieve visie en een plan van aanpak nodig om dit echt goed uit te voeren. Maar dat kan alleen als zorgverzekeraars individueel ook de noodzaak en hun rol beter begrijpen en invullen.

VGZ heeft met de inzichten uit de impactanalyse haar aanpak en prioriteiten al gesteld in een *transitieplan* naar duurzame zorg. In het VGZ inkoopbeleid 2023 zijn de eerste resultaten daarvan te zien. Zorgverzekeraars hebben collectief al een paragraaf opgenomen over het belang van verduurzaming van de zorg en wat zorgaanbieders van zorgverzekeraars kunnen verwachten. Ook al moeten zorgverzekeraars hun individuele en collectieve verduurzamingsstrategie nog verder uitwerken, zorgaanbieders zullen in ieder geval commitment moeten tonen aan de landelijke doelstellingen voor CO₂-reductie en een CO₂-routekaart moeten ontwikkelen en aanleveren. Zorgverzekeraars moeten in de komende maanden verder uitwerken hoe zij maximaal kunnen bijdragen aan de verduurzaming van de zorgsector, zowel via het inkoopbeleid als op andere manieren. Op dit moment wordt gewerkt aan een gezamenlijke visie op verduurzaming van de zorg.

Nu ligt er een mooie kans voor alle betrokken partijen om via de GDDZ 3.0 en het IZA belangrijke stap voorwaarts te zetten en de verduurzaming van de zorg te prioriteren. Als het partijen lukt om ook de vervolgstappen in te zetten op de andere hefboomen, zoals het breed beschikbaar maken van een meetmethodiek en het opstellen van de Zorgenda-puntenlijst, kan de inhaalrace echt beginnen.

OVER DEZE PUBLICATIE

Gupta Strategists is een toonaangevend adviesbureau in de zorg dat samen met klanten belangrijke problemen in de zorg helpt oplossen. Duurzaamheid in de zorg vinden we van groot belang. We dragen bij aan verduurzaming met onafhankelijke rapporten, we helpen onze klanten in hun verduurzamingsstrategie en we streven zelf naar een duurzame bedrijfsvoering.

Deze publicatie is tot stand gekomen in samenwerking met VGZ. Wij danken VGZ, en in het bijzonder Hanneke Wittgen en Esther Willems, voor de constructieve samenwerking en de getoonde ambitie in het verduurzamen van de zorg.

Wil je meer weten over Gupta Strategists en het werk dat we doen? Hoor je graag meer over onze visie op de verduurzaming van de Nederlandse zorg?

Neem dan gerust contact met ons op.

NIELS HAGENAARS

niels.hagenaars@gupta-strategists.com

+31624237590



SIMON JACOBS

simon.jacobs@gupta-strategists.com

+31682494771



KOEN MERKUS

koen.merkus@gupta-strategists.com



BIJLAGE 1: METHODIEK

Methodiek voor het bepalen van de CO₂-uitstoot per zorgsoort op basis van energieverbruik gebouwen, reisbewegingen, en inkoop

Energieverbruik gebouwen

In de ouderenzorg, ziekenhuiszorg, gehandicaptenzorg en GGZ op basis van uitgaven aan gas en elektriciteit in de jaarrekeningen. Onvolledigheid van jaarrekeningen geëxtrapoleerd om geheel voor dat zorgsoort in te schatten. Voor andere segmenten, op basis van een inschatting van gemiddeld 18 m³ gas per m² en 56 kWh per m² + een inschatting van benodigde oppervlakte¹

Reisbewegingen

Reisbewegingen van patiënten op basis van inschatting van aantal bezoeken per pat * gemiddelde afstand tot ziekenhuis. Reisbewegingen van personeel op basis van aantal fte in zorgsoort, deeltijdfactor en gemiddelde *commute* per jaar (o.b.v. woonwerkafstand 45 km (CBS) en 168 trips per jaar). Uitstoot van 0.2 kg CO₂ per km bij gemiddelde mix van vervoersmiddelen.

Inkoop grondstoffen, materialen en diensten

Gebaseerd op CO₂-emissiefactoren van NHS, specifiek per categorie: Pharmaceuticals, Medical Instruments /equipment, Business services, Paper products, Freight transport, Other manufactured products, Fuels, chemicals and gases, Food and catering, Construction, ICT, Other procurement, Water and sanitation, Waste products and recycling. Verdeeld naar rato van de uitgaven, specifiek voor Pharmaceuticals en Medical Instruments/equipment, voor de andere segmenten generiek verdeeld naar rato zorguitgaven.

Methodiek voor het bepalen van de impact van zorgsoorten op circulariteit op basis van afvalstromen

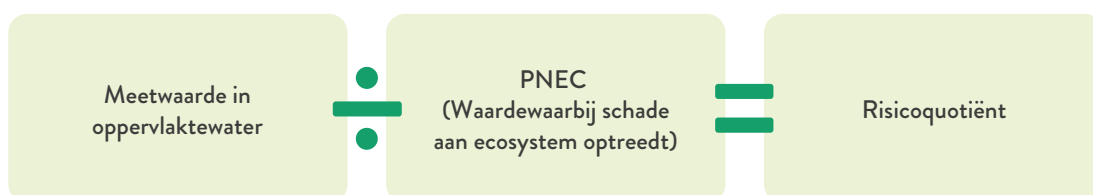
Voor MSZ, VVT, GGZ, GHZ en ambulancezorg: op basis van onderzoek Milieu Platform Zorg. Voor extramurale farmacie: op basis van onderzoek Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen. Voor andere zorgsoorten: inschattingen op basis van data zorgaanbieders, materiaalgebruik aanbieders, parallellen met MSZ/VVT/GGZ/GHZ/ambulancezorg, en parallellen met normaal gebruik Nederlandse bevolking. Voor MSZ, VVT, GGZ, GHZ, extramurale farmacie en hulpmiddelen: validatie en verdieping met experts binnen Gupta.

Opdeling afvalstromen naar materiaalgroepen

Voor MSZ, VVT, GGZ, GHZ: op basis van onderzoek Stimular in het kader van 'Van Afval Naar Grondstof (VANG)'. Voor extramurale farmacie: op basis van onderzoek Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen. Voor andere zorgsoorten: inschattingen op basis van data zorgaanbieders, materiaalgebruik aanbieders, en parallellen met bekende zorgsoorten. Voor MSZ, VVT, GGZ, GHZ, extramurale farmacie en hulpmiddelen: validatie en verdieping met experts binnen Gupta.

Methodiek voor het bepalen van de impact van zorgsoorten op medicijnresten in water

In navolging van de ketenaanpak ‘Medicijnresten uit Water’ leggen we de nadruk op een aantal medicijn groepen: Röntgencontrastmiddelen, Cytostatica en Psychofarmaca. Daarnaast identificeren we een aantal medicijnen met een hoog risico voor waterorganismen. Impact van deze medicijn groepen wordt bepaald aan de hand van de risicoquotiënt. Voor het berekenen van de risicoquotiënt gaan we uit van de maximum gemeten gehalten van medicijnen in oppervlaktewater.



NB. Impact medicijnresten uit water wordt gemeten door voor ieder medicijn met hoge risicoquotiënt na te gaan in welk zorgsoort deze wordt uitgegeven.

Voor veel röntgencontrastmiddelen is geen PNEC beschikbaar. Daar werken we met de stringere ERM-streefwaarde voor drinkwaterkwaliteit.

De risicoquotiënt is een eerste vertaling van het risico van medicijnresten in het water naar een meetbare indicator. Bij verdere verdieping zou ook moeten worden meegenomen dat niet voor ieder middel de PNEC bekend is en dat niet ieder middel hetzelfde effect heeft bij overschrijding van de PNEC.

Methodiek voor het bepalen van de impact van zorgsoorten op gezondheidbevorderende leef- en werkomgeving

Gezondheidbevorderende leefomgeving

Impact gebaseerd op de verblijfs capaciteit in aantal bedden, gecorrigeerd voor “lege bedden”. Ziekenhuiszorg op basis van data van Volksgezondheidszorg. Langdurige zorg op basis van Actiz. GGZ op basis van Trimbos. ELV, GRZ en GZSP op basis van NZa.

Gezondheidbevorderende werkomgeving

Impact gebaseerd op het aantal fte werkzaam in de sector. Ziekenhuiszorg, gehandicaptenzorg, GGZ, en huisartsen op basis van CBS AZW Statline. Mondzorg op basis van NIVEL en het capaciteitsorgaan. Wijkverpleging op basis van CBS AZW Statline en StaatVenZ. Dialysezorg op basis van DiaNet. Hulpmiddelen op basis van de Europese markt, vertaald naar de Nederland op omzet. Extramurale farmacie op basis van SFK. GRZ en ELV bottom-up benaderd op basis van gemiddelde hoeveelheid personeel per locatie en aantal locaties.

