



RAPPORT

Brede wetsverkenning duurzame zorg

Eindrapportage

70475 - 21 november 2023

RAPPORT

Brede wetsverkenning duurzame zorg

Eindrapportage

Berenschot

Rosanne van Seben
Lisa Fransen
Thijs Kubben
Christian Slob
Eveline Castelijns

Pro Facto

Nicolette Woestenburg
Mark Beukers

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	8
1.1 Doel van het onderzoek.....	9
1.2 Scope en definities	9
1.3 Aanpak en onderzoeksmethoden	10
1.4 Leeswijzer.....	11
2. Knelpunten buiten wet- en regelgeving	12
2.1 Financiering van duurzaamheidsprojecten.....	13
2.2 Kennis over duurzame alternatieven binnen de zorg.....	13
2.3 Samenwerking rondom duurzame zorg.....	13
3. Knelpunten in wet- en regelgeving.....	14
3.1 Hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen.....	15
3.2 Geneesmiddelen	19
3.3 Gebouwen	22
3.4 Reisbewegingen	24
3.5 Patiëntbehandeling	25
4. Duiding en mogelijke vervolgstappen.....	26
4.1 Juridische duiding	29
4.2 Vervolgstappen en mogelijke oplossingsrichtingen	30
Bijlage Onderzoeksverantwoording	31
B1 Vragenlijst respondenten	32
B2 Respondenten groepssessies.....	33



Samenvatting

De gezondheidszorg is verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de totale Nederlandse CO₂-uitstoot en steeds groter wordende afvalstromen vanuit de zorgsector vormen een groot probleem. In 2015 werd met de eerste Green Deal een brede beweging in gang gezet om de zorg te verduurzamen en met de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 zijn nieuwe afspraken en doelstellingen vastgelegd tot 2030. Onderdeel hiervan is dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wet- en regelgeving waar nodig en mogelijk aanpast om verduurzaming van de zorg of het leveren van duurzame zorg te bevorderen.

Het doel van het huidige onderzoek was een brede verkenning naar knelpunten die het zorgveld momenteel ervaart bij het verduurzamen of bij het leveren van duurzame zorg. Hierbij is onderzocht waar de ervaren knelpunten hun oorsprong vinden.

Dit kan zijn in wet- en regelgeving (nationaal of internationaal) of in andere normen, zoals veldnormen of richtlijnen. De nadruk lag hierbij op verduurzaming van de bedrijfsvoering en de primaire zorgverlening. Daarnaast is een indeling gehanteerd langs vijf product- en dienstlijnen: 1) hulpmiddelen en persoonlijk beschermingsmateriaal, 2) geneesmiddelen, 3) gebouwen inclusief energie, 4) reisbewegingen en 5) patiëntbehandelingen. Voor het onderzoek maakten we gebruik van een combinatie van deskstudie, oriënterende interviews, vragenlijstonderzoek, verdiepende groepsessies en een fase van juridische analyse en duiding.

Voor wat betreft knelpunten die hun oorsprong vinden in wet- en regelgeving, hebben we veertien hoofdknelpunten geobserveerd:

Knelpunt	Relevante wet- en regelgeving	Richtlijnen of veldnormen
Hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen		
1. Regels met betrekking tot infectiepreventie en medische hulpmiddelen werken het gebruik van disposables in de hand en staan hergebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen voor eenmalig gebruik in de weg.	<ul style="list-style-type: none"> • Europese verordening voor medische hulpmiddelen (Medical Device Regulation, MDR (EU) 2017/745) • Wet medische hulpmiddelen 	<ul style="list-style-type: none"> • Infectiepreventierichtlijnen • Geharmoniseerde NEN-EN-ISO 17664:2018 norm
2. De validering van een nieuw hulpmiddel is een kostbaar en tijdrovend proces en zit daarmee de ontwikkeling van duurzame alternatieven in de weg.	<ul style="list-style-type: none"> • Europese verordening voor medische hulpmiddelen: (EU) 2017/745 Medical Device Regulation (MDR) 	
3. Verpakkingseisen staan gebruik van eventuele duurzamere verpakking in de weg en het gebruik van een papieren gebruiksaanwijzing is bij de meeste hulpmiddelen verplicht, welke vaak ongebruikt weggegooid wordt en wat tot onnodig afval leidt.	<ul style="list-style-type: none"> • Europese verordening voor medische hulpmiddelen: (EU) 2017/745 Medical Device Regulation (MDR) • Verordening betreffende elektronische gebruiksaanwijzingen voor medische hulpmiddelen: (EU) 207/2012 	<ul style="list-style-type: none"> • Richtlijn Ontvangst, transport en opslag van steriele medische hulpmiddelen: NEN-norm R5401:2019
4. Procedure rondom verwerking van ziekenhuisafval wordt als belastend en rigide ervaren en er wordt onnodig veel afgevoerd via specifiek ziekenhuisafval (SZA), waardoor afval wordt verbrand en niet wordt gerecycled.	<ul style="list-style-type: none"> • Wet vervoer gevaarlijke stoffen • Europese overeenkomst voor het internationale vervoer van gevaarlijke goederen over de weg (ADR) • Wet milieubeheer 	
Geneesmiddelen		
5. Verpakkingsverplichtingen en verplichtingen voor bijsluiters en gevaaraanduiding hebben als gevolg dat er minder duurzaam materiaal en ook meer materiaal gebruikt wordt voor het verpakken van geneesmiddelen.	<ul style="list-style-type: none"> • Verordening 1272/2008/EG betreffende indeling, etikettering en verpakking van stoffen en mengsels • Gedelegeerde Verordening 2016/161/EU • Richtlijn 2011/62/EU (Falsified Medicines Directive) • Richtlijn 2001/83/EG betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik • Geneesmiddelenwet, artikel 69 e.v. • European Guideline on the readability of the labelling and package leaflet 	
6. Apothekers hebben voorraden van verschillende geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, wat ervoor kan zorgen dat geneesmiddelen over de datum raken en weggegooid moeten worden.	<ul style="list-style-type: none"> • Preferentiebeleid van zorgverzekeraars dat valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) 	
7. Het terug innemen en opnieuw uitgeven van ongebruikte geneesmiddelen is niet toegestaan. Hierdoor moeten deze geneesmiddelen weggegooid worden.	<ul style="list-style-type: none"> • Richtlijn 2011/62/EU inzake vervalste geneesmiddelen (FMD) en de Verordening 2016/161/EU over de vaststelling van de gedetailleerde regels voor de veiligheidskenmerken op verpakkingen • Richtlijn 2001/83/EG betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik • Geneesmiddelenwet en de Regeling geneesmiddelen 	<ul style="list-style-type: none"> • HKZ-norm voor Openbare apotheken

Knelpunt	Relevante wet- en regelgeving	Richtlijnen of veldnormen
Gebouwen en energie		
8. Procedures bij het verkrijgen van een vergunning om te starten met werkzaamheden, de inspraak- en bezwaarmogelijkheden en de specifieke voorschriften voor gebouwen werken vertragend bij de start van nieuwe projecten.	<ul style="list-style-type: none"> • Wet algemene bepalingen omgevingsrecht • Algemene wet bestuursrecht • Bouwbesluit 2012 • Wet natuurbescherming 	
9. Rekenmethodes vanuit de belastingwetgeving houden te weinig rekening met duurzaamheid; deze zijn voornamelijk gebaseerd op investeringen en boekhoudkundige regels.	<ul style="list-style-type: none"> • Wet op de vennootschapsbelasting 1969 • Wet belastingen op milieugrondslag 	
10. De normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw)bouw en instandhouding van gebouwen wordt in 2024 verlaagd, waardoor minder budget beschikbaar is voor duurzaamheid.		<ul style="list-style-type: none"> • Beleidsregel normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) – BR/REG-23116a Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
11. Over energie worden veel rapportages gevraagd, dat leidt tot een grote tijdsinvestering, wat mogelijk ten koste gaat van het daadwerkelijk bezig zijn met verduurzaming.	<ul style="list-style-type: none"> • Europese Energie Efficiency Richtlijn (2012/27/EU): omgezet in de Wet implementatie EG-richtlijnen energie-efficiëntie • Activiteitenbesluit milieubeheer en Erkende Maatregelenlijsten voor energiebesparing (EML) 	
Reisbewegingen		
12. Regels beperken mogelijkheden om personeel te ondersteunen in duurzame keuzes rondom woon-werkverkeer.		<ul style="list-style-type: none"> • Werkkostenregeling van de belastingdienst en cao-bepalingen
Patiëntbehandelingen		
13. Door eisen aan hygiëne en veiligheid tijdens het productieproces wordt meer voeding weggegooid dan noodzakelijk.	<ul style="list-style-type: none"> • Verordening 852/2004/EG inzake levensmiddelenhygiëne • Warenwet 	<ul style="list-style-type: none"> • HACCP-richtlijnen • Hygiëncode zorginstellingen, woonvormen, defensie
14. Het maken van duurzame keuzes voor andere voeding in ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere sectoren is lastig vanwege weerstand van personeel en cliënten en door al langere tijd bestaande gewoonten.	<ul style="list-style-type: none"> • Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 	<ul style="list-style-type: none"> • Richtlijnen schijf van vijf 2020, Voedingscentrum

De geïdentificeerde knelpunten zijn voor een aanzienlijk deel gerelateerd zijn aan Europese wetgeving, met name bij het verduurzamen van hulpmiddelen en geneesmiddelen. Hoewel deze regels bijdragen aan kwaliteit van zorg, zou het vanuit Nederland geagendeerd kunnen worden op moment dat de regels belangrijke mogelijkheden tot verduurzaming in de weg staan. Daarnaast zijn er goede voorbeelden waarbij er ruimte wordt genomen in de vertaling van Europese wetgeving naar nationale wetgeving om duurzaamheid een plek te geven.

Voor wat betreft richtlijnen wordt het spanningsveld tussen het borgen van de kwaliteit van zorg en de mogelijkheid om duurzamer te werken goed zichtbaar, specifiek wat betreft infectiepreventie en hergebruik van hulpmiddelen. Nu duurzaamheid echter steeds belangrijker wordt kan dat aanleiding zijn om de relevante richtlijnen door de betrokken veldpartijen opnieuw tegen het licht te houden.

Tot slot merken we op dat niet alle geconstateerde knelpunten altijd zuiver en alleen gaan over wat in de wet- en regelgeving is opgenomen, maar ook over de kennis en interpretatie hiervan. Een mogelijke eerste stap hierin is het opstellen van duidelijke kaders, bijvoorbeeld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, waarin geschetst wordt wanneer mag worden afgeweken van bepaalde normen en wat voor validatieproces nodig om aan te tonen dat een duurzamer alternatief ook een veilig alternatief is.



HOOFDSTUK 1

Inleiding

Naast desastreuze gevolgen op het gebied van drinkwater- en voedseltekorten, onze leefomgeving en de natuur, vormt de opwarming van de aarde een grote bedreiging voor onze volksgezondheid. Tegelijkertijd is de gezondheidszorg verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de totale Nederlandse CO₂-uitstoot en draagt de zorg op deze manier juist bij aan klimaatverandering.^{1,2}

¹ Een stuur voor de transitie naar duurzame gezondheidszorg, Gupta Strategists (2019).
² Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu, RIVM-rapport 20220-0127 (2022).

De ziekenhuis-, langdurige zorg- en farmaciesector zijn hierbij verantwoordelijk voor de grootste uitstoot.³ Daarnaast vormen steeds groter wordende afvalstromen een groot probleem; een operatie levert een gigantische hoeveelheid kilo afval op en in de ouderenzorg geldt dat bijvoorbeeld voor het gebruik van incontinentiemateriaal. Uit een onderzoek van de Gezondheidsraad naar medische hulpmiddelen blijkt bovendien dat in de afgelopen decennia een verschuiving heeft plaatsgevonden van herbruikbare hulpmiddelen naar hulpmiddelen voor eenmalig gebruik (disposables).⁴

De roep om deze paradox te doorbreken wordt steeds groter en verduurzaming van de zorg is in de afgelopen jaren een steeds prominenter thema geworden. In 2015 werd met de eerste Green Deal een brede beweging in gang gezet om de zorg te verduurzamen en met de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 zijn nieuwe doelen en acties voor het verduurzamen van de zorg voor de periode 2023 tot en met 2026 en verder vastgesteld. Inmiddels heeft duurzaamheid ook een plek in het Integraal Zorgakkoord (IZA) gekregen in de vorm van een toetscriterium bij elke transitie⁵ en ook lokaal zijn talloze initiatieven te vinden die steeds grootschaliger worden opgepakt, zoals het terugdringen van narcosegassen op de operatiekamer en het hergebruiken of verduurzamen van hulpmiddelen.⁶

De Gezondheidsraad pleitte er onlangs voor om duurzaamheidseisen te verankeren in wet- en regelgeving, bijvoorbeeld door duurzaamheid als expliciete waarde onder het begrip 'goede zorg' op te nemen in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz). Tegelijkertijd is een vraag die daar nog vóór ligt of wet- en regelgeving verduurzaming momenteel in de weg staan. Het lijkt erop dat initiatiefnemers tegen drempels aanlopen die mogelijk voortvloeien uit wetten of normen die ertoe dwingen om waarden als veiligheid, effectiviteit, kwaliteit en patiëntgerichtheid boven duurzaamheid te stellen.⁷

1.1 Doel van het onderzoek

Onderdeel van de afspraken in de Green Deal 3.0 is dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) waar nodig en mogelijk wet- en regelgeving zal aanpassen om het verduurzamen van de zorg of het leveren van duurzame zorg te bevorderen. Een eerste stap hiertoe is het in kaart brengen of en welke knelpunten er worden ervaren door het veld en of en op wat voor manier deze knelpunten hun oorsprong vinden in wet- en regelgeving of andere normen. Het doel van het huidige onderzoek is een brede verkenning naar knelpunten die het zorgveld momenteel ervaart bij de verduurzaming van de zorg. Het onderzoek richt zich hierbij zowel op nationale en internationale wetgeving, evenals op veldnormen of richtlijnen vanuit de zorgsector.

1.2 Scope en definities

Zorgsectoren zijn in de volle breedte meegenomen in het onderzoek: de medische specialistische zorg (MSZ), gehandicaptenzorg (GHZ), geestelijke gezondheidszorg (ggz), Verpleeg-, Verzorgingshuizen, Thuiszorg (VVT), eerstelijnszorg (onder andere huisartsen en paramedische zorg), apothekers en zorg geleverd vanuit gemeenten (vanuit de Wmo en Jeugdwet) en GGD'en (vanuit de Wet publieke gezondheid).

Definitie verduurzaming zorg

Verduurzaming van de zorgsector gaat over het verminderen van de milieu-impact van de zorg. Wij volgen hierbij de definitie zoals genoemd in het rapport van de Gezondheidsraad, waar de milieu-impact van zorg grofweg ingedeeld wordt in 1) vervuiling (afval), 2) klimaatimpact (uitstoot CO₂ en andere broeikasgasen) en 3) het gebruik van grondstoffen, zoetwater en land.

Langs deze drie lijnen ligt de nadruk binnen dit onderzoek op knelpunten rondom de verduurzaming van bedrijfsvoering en de primaire zorgverlening.

³ De inhaalrace naar duurzame zorg, Gupta Strategists (2022).

⁴ Verduurzaming van hulpmiddelen in de zorg, Gezondheidsraad Nr. 2022/22 (2022).

⁵ Integraal Zorg Akkoord 2022, Samen werken aan gezonde zorg, pagina 9-10.

⁶ <https://milieuplatformzorg.nl/green-deal/>

⁷ Verduurzaming van hulpmiddelen in de zorg, Nr. 2022/22, Den Haag, 13 september 2022.

Daarnaast hanteren we aan de hand van verschillende product-/dienstlijnen de volgende thematische indeling:

- **Hulpmiddelen en persoonlijk beschermingsmateriaal.** Het thema (medische) hulpmiddelen heeft betrekking op knelpunten die ontstaan bij het verduurzamen van (het gebruik van) hulpmiddelen. Hierbij gaat het zowel om (medische) hulpmiddelen bedoeld voor diagnostiek, onderzoek, behandeling, etc., als persoonlijk beschermingsmateriaal voor zorgverleners.
- **Gebouwen.** We richten ons op gebouwen in het primaire proces van de zorg: daar waar de zorg geleverd wordt. Deze gebouwen betreffen ziekenhuizen, VVT-instellingen, gebouwen waar huisartsenzorg en paramedische zorg wordt geleverd en maatschappelijk vastgoed (vanuit bijvoorbeeld de Wmo en jeugdzorginstellingen). Hierbij nemen we zowel mogelijke knelpunten mee rondom het gebruik van een gebouw waar zorg geleverd wordt, als knelpunten rondom het bouwen van een gebouw waar zorg geleverd wordt.
- **Geneesmiddelen.** Onder de productlijn geneesmiddelen beschouwen we de gehele keten van geneesmiddelen: productie, distributie en consumptie van geneesmiddelen. Geneesmiddelen worden in vrijwel alle zorgsectoren gebruikt. Binnen deze productlijn ligt onze focus op de belangrijkste verstrekkers van geneesmiddelen: de openbare apothekers en de ziekenhuisapothekers. Zelfzorgmiddelen, die zonder recept bij bijvoorbeeld de apotheek, drogist of supermarkt verkrijgbaar zijn (over the counter), vallen buiten de scope van het huidige onderzoek.
- **Reisbewegingen.** Voor wat betreft reisbewegingen zijn we op zoek gegaan naar zowel knelpunten in het verduurzamen van woon-werkverkeer en dienstverkeer van zorgprofessionals, als naar mogelijke knelpunten rondom het verduurzamen van reisbewegingen onder patiënten.
- **Patiëntbehandelingen.** Binnen de productlijn patiëntbehandeling hebben we mogelijke knelpunten rondom het verduurzamen van patiëntbehandelingen onderzocht. Let wel, deze categorie heeft overlap met bovenstaande categorieën en onderdelen van patiëntbehandelingen en de daarbij horende knelpunten vallen daardoor deels ook onder de andere dienst- of productlijnen.

1.3 Aanpak en onderzoeksmethoden

Voor het onderzoek hebben we gebruikgemaakt van een combinatie van onderzoeksmethoden:

- **Deskstudie.** Om richting te geven aan ons onderzoek zijn we gestart met een deskstudie. Deze deskstudie diende ter voorbereiding voor het opstellen van de vragenlijst en interviewleidraden en het goed kunnen linken van geïnventariseerde knelpunten aan wet- en regelgeving. We hebben eerdere relevante onderzoeksrapporten bestudeerd, een overzicht van relevante wet- en regelgeving opgesteld en een eerste inventarisatie van relevante veldnormen en richtlijnen gemaakt.
- **Oriënterende interviews.** In aanvulling op de deskstudie hebben we in de eerste fase van het onderzoek een aantal verkennende interviews uitgevoerd met de Gezondheidsraad, Zorginstituut Nederland, de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), MVO Nederland en de Groene Zorg Alliantie. De interviews hadden als doel te verkennen wat er al bekend is aan knelpunten die worden veroorzaakt door wet- en regelgeving en die verduurzaming in de weg staan en dienden tevens ter voorbereiding op de vragenlijst en groepssessies.
- **Vragenlijst.** Om zicht te krijgen op de knelpunten die, met name in het primaire proces van zorgverlening, worden ervaren door zorgprofessionals, hebben wij via verschillende routes een vragenlijst uitgezet. Zo deden wij onder diverse netwerken die zich gericht bezighouden met het verduurzamen van de zorg een oproep om de vragenlijst in te vullen, alsook via verschillende beroepen- en brancheorganisaties. Deze vragenlijst is 113 keer ingevuld, waarvan 97 respondenten zich daadwerkelijk bezighielden met het onderwerp verduurzaming en de vragenlijst verder konden invullen. In bijlage 1 staat een totaaloverzicht van de respondenten.
- **Groepssessies.** De informatie uit de vragenlijsten leverde een breed scala aan knelpunten op, die verduurzaming in de weg staan en mogelijk hun oorsprong vinden in wet- en regelgeving. Hierop voortbouwend hebben wij groepssessies georganiseerd om dieper in te gaan op deze knelpunten en deze aan te vullen. In totaal waren er zes sessies, waarin steeds één product-/dienstlijn centraal stond en waaraan diverse experts deelnamen. In bijlage 2 geven wij een overzicht van deze respondenten.

- **(Juridische) analyse van knelpunten.** Na de groeps-sessies volgde de (juridische) analyse van knelpunten. In deze stap hebben we de geobserveerde knelpunten geduid en onderzocht hoe de knelpunten precies hun oorsprong vinden in (internationale) wet- en regelgeving, veldnormen en richtlijnen en op welke manier regels (mogelijk) bijdragen aan de knelpunten. In deze stap vonden daarnaast nog een aantal sessies met de IGJ en een sessie met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) plaats voor verdere juridische verdieping. NB In het vervolg van dit rapport verwijzen we naar deelnemers aan de groeps-sessies en respondenten van de vragenlijst met de term ‘respondenten’.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven we allereerst een overzicht van de knelpunten die door respondenten werden genoemd maar die niet hun oorsprong vinden in wet- en regelgeving. In hoofdstuk 3 geven we vervolgens een totaaloverzicht aan geobserveerde knelpunten die hun oorsprong vinden in wet- en regelgeving. Hierbij gaan we in op de exacte wetten en regels waar het precies om gaat en geven we een duiding van hoe deze knelpunten precies ontstaan en wat het gevolg ervan is. In hoofdstuk 4 sluiten we het rapport af door vanuit de geobserveerde knelpunten een totaaloverzicht te presenteren van relevante wet- en regelgeving, door in te gaan op relevante partijen en door in te gaan op eventuele ruimte om toe te werken naar mogelijke oplossingen, binnen huidige kaders.



HOOFDSTUK 2

Knelpunten buiten wet- en regelgeving

Het doel van dit onderzoek is een brede verkenning naar knelpunten die het zorgveld momenteel ervaart bij het verduurzamen of bij het leveren van duurzame zorg. Hierbij hebben we onderzocht of de ervaren knelpunten hun oorsprong vinden in wet- en regelgeving (nationaal of internationaal) of in andere normen, zoals veldnormen of richtlijnen. Daarbij zijn ook knelpunten gevonden die buiten deze scope vallen, maar die we wel willen benoemen. Dit zijn knelpunten ten aanzien van financiën, kennis en samenwerking. Deze knelpunten beschrijven we in de volgende paragrafen. In hoofdstuk 3 gaan we vervolgens in op knelpunten die voortkomen uit wet- en regelgeving en andere normen.

2.1 Financiering van duurzaamheidsprojecten

Respondenten gaven aan dat het beschikbare budget voor duurzaamheidsprojecten niet toereikend is voor de ambities die zij hebben. Ook benoemden zij dat nieuwe duurzame initiatieven niet vergoed worden door de zorgverzekeraar en dat bij het kiezen van een behandeling duurzaamheid geen aspect is dat wordt meegewogen. Een voorbeeld hiervan is de poortkatheter. Dit is het duurzamere alternatief voor een reguliere centraal veneuze katheter, maar wordt in de regel (nog) niet vergoed. De poortkatheter heeft doorgaans een langere levensduur dan een reguliere centraal veneuze katheter.⁸

Daarnaast gaven respondenten aan dat ook in het licht van andere (financiële) uitdagingen in de zorgsector het vrijmaken van budget voor duurzaamheidsprojecten moeilijk is. Zo worden het arbeidsmarkttekort in de zorg en het feit dat zorgtarieven überhaupt niet altijd dekkend zijn, genoemd als knelpunten die het extra moeilijk maken budget vrij te maken voor duurzaamheidsinitiatieven. Daarom zou het volgens sommige respondenten helpen wanneer duurzaamheid wordt verankerd in wet- en regelgeving. Zij onderstreepten daarmee het advies van de Gezondheidsraad om duurzaamheid op te nemen in de Wkkgz.

2.2 Kennis over duurzame alternatieven binnen de zorg

2.2.1 Onder zorgmedewerkers

Een ander veelgenoemd knelpunt is de beperkte kennis over duurzaamheid en de mogelijkheden daaromtrent. Diverse respondenten gaven aan dat zorgmedewerkers nog onvoldoende op de hoogte zijn van duurzaamheid in de zorg en de eventuele duurzame(re) keuzes die zij kunnen maken. Hierbij werd ook aangegeven dat zorgmedewerkers en beleidsmakers vaak niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden binnen bestaande wet- en regelgeving en de eventuele subsidiemogelijkheden. Tot slot werd benoemd dat door zorgmedewerkers in de praktijk soms wordt gehandeld vanuit een onderbuikgevoel. Een voorbeeld dat hierbij werd genoemd is het gevoel dat het beter zou zijn een single-use-plastic speculum (in de volksmond 'eendenbek') te gebruiken, omdat plastic prettiger zou aanvoelen dan herbruikbaar staal. Een enquête onder vrouwelijke patiënten laat echter zien dat zij bereid zijn concessies te doen aan comfort ten behoeve van duurzaamheid.⁹

2.2.2 Onder patiënten

Ook over patiënten gaven respondenten aan dat zij vaak weinig kennis hebben over duurzame en minder duurzame alternatieven. Hierbij werd specifiek het gebruiken en weggooien van geneesmiddelen genoemd. Resten van geneesmiddelen kunnen, via urine en ontlasting, in het riool en vervolgens in het milieu terecht komen. Dit kan slechte gevolgen hebben voor de natuur. Volgens respondenten houden patiënten hier weinig rekening mee, omdat het voor hen niet duidelijk is dat geneesmiddelen niet volledig door rioolwaterzuiveringsinstallaties worden verwijderd en omdat zij geen kennis hebben over duurzame en minder duurzame alternatieven. Dit is bijvoorbeeld het geval bij zogenaamde niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's) die veelal enorm belastend zijn voor waterflora en -fauna en zonder recept (over the counter) verkrijgbaar zijn. Respondenten gaven daarnaast aan dat ook kennis over het weggooien van (ongebruikte) medicatie ontbreekt bij patiënten.

2.2.3 Over de productie- en distributieketen

Verder werd in algemene zin vaak benoemd dat er voor de productlijnen (medische) hulpmiddelen en geneesmiddelen sprake is van een lange productie- en distributieketen waarin veel keuzes gemaakt worden die invloed hebben op de mate van duurzaamheid. Daardoor is het vaak nog onbekend welk (medisch) hulpmiddel of welk geneesmiddel de meest duurzame optie is. Hierbij is het ook mogelijk dat hulpmiddelen of geneesmiddelen gezien vanuit één facet van milieu-impact (bijvoorbeeld uitstoot CO₂ en andere broeikasgassen) relatief duurzaam zijn, maar weinig duurzaam gezien vanuit een ander facet (bijvoorbeeld vervuiling in de vorm van afval). Er is, kortom, vaak geen keuze-informatie ten aanzien van duurzaamheid beschikbaar voor beleidsmakers, zorgmedewerkers en patiënten.

2.3 Samenwerking rondom duurzame zorg

Tot slot benoemden respondenten dat er binnen de zorg sprake is van fragmentatie, terwijl voor het implementeren van duurzaamheidsinitiatieven vaak verschillende stakeholders nodig zijn. Het gebrek aan een gecoördineerde inspanning zit het verduurzamen van de zorgsector in de weg. Naast samenwerking over organisaties heen werd ook benoemd dat er binnen de organisatie verschillende belangen van de verschillende betrokkenen spelen en dat ook het gebrek aan kennis (zie hierboven) een goede samenwerking in de weg staat.

⁸ Patiëntinformatie Totale Parenterale Voeding (TPV) via de Port-a-cath, Radboudumc, [Over een Port-a-cath - Radboudumc](#) (laatst geraadpleegd op 23 oktober 2023).

⁹ [Keuze type vaginaal speculum en duurzaamheid | NVOG \(2022\)](#).



HOOFDSTUK 3

Knelpunten in wet- en regelgeving

Op basis van de onderzoeksresultaten geven we in dit hoofdstuk een beschrijving van knelpunten die verduurzaming in de weg staan en die hun oorzaak lijken te vinden in wet- en regelgeving of andere normen. Onderstaande tabel geeft een totaaloverzicht van de geobserveerde knelpunten. In de paragrafen hieronder lichten we per dienstlijn de knelpunten toe, waarbij we eerst een overzicht geven van de wet- en regelgeving die gerelateerd is aan het knelpunt om in de paragrafen daarna vervolgens te duiden hoe het knelpunt precies ontstaat en wat de uitwerking ervan is in de praktijk.

Tabel 1. Totaaloverzicht knelpunten.

Product-/dienstlijn	Knelpunt
Hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regels met betrekking tot infectiepreventie en medische hulpmiddelen werken het gebruik van disposables in de hand en staan hergebruik (wettelijke term: herverwerking) van persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen voor eenmalig gebruik in de weg. 2. De validering van een nieuw hulpmiddel is een kostbaar en tijdrovend proces en zit daarmee de ontwikkeling van nieuwe, duurzame alternatieven in de weg. 3. Verpakkingseisen staan gebruik van een eventuele duurzamere verpakking in de weg en het gebruik van een papieren gebruiksaanwijzing is bij de meeste hulpmiddelen verplicht, welke vaak ongebruikt weggegooid wordt en wat tot onnodig afval leidt. 4. De procedure rondom verwerking van ziekenhuisafval wordt als belastend en rigide ervaren en er wordt onnodig veel afgevoerd via specifiek ziekenhuisafval (SZA), waardoor afval wordt verbrand en niet wordt gerecycled.
Geneesmiddelen	<ol style="list-style-type: none"> 5. Verpakkingsverplichtingen en verplichtingen voor bijsluiters hebben als gevolg dat er minder duurzaam materiaal en ook meer materiaal gebruikt wordt voor het verpakken van geneesmiddelen. 6. Apothekers hebben voorraden van verschillende geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, wat ervoor kan zorgen dat geneesmiddelen over de datum raken en weggegooid moeten worden. 7. Het terugnemen en opnieuw uitgeven van ongebruikte geneesmiddelen is niet toegestaan. Hierdoor moeten deze geneesmiddelen weggegooid worden.
Gebouwen	<ol style="list-style-type: none"> 8. Procedures bij het verkrijgen van een vergunning om te starten met werkzaamheden, de inspraak- en bezwaarmogelijkheden en de specifieke voorschriften voor gebouwen werken vertragend bij de start van nieuwe, duurzame projecten. 9. Rekenmethodes vanuit de belastingwetgeving houden te weinig rekening met duurzaamheid; deze zijn voornamelijk gebaseerd op investeringen en boekhoudkundige regels. 10. De normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw)bouw en instandhouding van gebouwen wordt in 2024 verlaagd, waardoor er minder budget beschikbaar zou zijn voor duurzaamheid. Hierbij moet worden opgemerkt dat er juist ook een ophoging is geweest van de nhc met een duurzaamheidscomponent. 11. Ten aanzien van energie gelden meerdere rapportageverplichtingen (waaronder aan de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland en gemeenten), wat mogelijk leidt tot een relatief grote tijdsinvestering. Dit gaat mogelijk ten koste van het daadwerkelijk bezig zijn met verduurzaming.
Reisbewegingen	<ol style="list-style-type: none"> 12. Regels beperken mogelijkheden om personeel te ondersteunen in duurzame keuzes rondom woon-werkverkeer.
Patiënt-behandelingen	<ol style="list-style-type: none"> 13. Door eisen aan hygiëne en veiligheid tijdens het bereidingsproces wordt meer voeding weggegooid dan noodzakelijk. 14. Het maken van duurzame keuzes voor andere voeding in ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere sectoren is lastig vanwege weerstand van personeel en cliënten en door al langere tijd bestaande gewoonten.

3.1 Hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen

Rondom het thema (medische) hulpmiddelen lijken drie typen knelpunten te ontstaan die verduurzaming van zorg in de weg staan en hun oorsprong vinden in wet- en regelgeving of andere normen. De knelpunten ontstaan bij het hergebruik van hulpmiddelen en persoonlijk beschermingsmateriaal, bij de ontwikkeling van nieuwe, duurzame alternatieven en bij de verpakkingseisen van hulpmiddelen. Tot slot worden, over de volle breedte van de zorg, knelpunten genoemd ten aanzien van het verwerken van afvalstromen, voortvloeiend uit het gebruik van hulpmiddelen.

3.1.1 Hergebruik van beschermings- en hulpmiddelen

Knelpunt

Regels met betrekking tot infectiepreventie en medische hulpmiddelen werken het gebruik van disposables in de hand en staan hergebruik (wettelijke term: herverwerking) van persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen voor eenmalig gebruik in de weg.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Infectiepreventierichtlijnen:
 - WIP-richtlijnsenserie Algemene voorzorgsmaatregelen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP)
 - Lokale richtlijnen (interne dienst Steriele medische hulpmiddelen).
- Europese verordening voor medische hulpmiddelen (Medical Device Regulation, MDR (EU) 2017/745), artikel 17 en bijlage I, artikel 23.4.
- Wet medische hulpmiddelen, artikel 5 en Besluit medische hulpmiddelen, artikel 4 en 6.
- Geharmoniseerde NEN-EN-ISO 17664:2018-norm.

Duiding

Persoonlijke beschermingsmiddelen

In de beantwoording van de vragenlijsten zijn meerdere voorbeelden genoemd waarbij de richtlijnen over infectiepreventiemaatregelen ervan uitgaan dat persoonlijke beschermingsmiddelen voor eenmalig gebruik worden ingezet, maar waarover respondenten van mening zijn dat een duurzaam alternatief mogelijk is. Het gaat bijvoorbeeld om het gebruik van een mondkap door mensen in de OK die niet

aan de operatietafel staan of het gebruik van handschoenen ter voorkoming van infecties terwijl het niet altijd nodig is. Of dat er geen open afvalbakken op de OK mogen staan of dat textiel op de OK partikelarm moet zijn.

Veel van de regels waar het hier om gaat, vinden hun oorsprong in de zogeheten WIP-richtlijnen: richtlijnen die de Werkgroep Infectie Preventie sinds 1988 uitbracht. Relevant is de richtlijnsenserie 'Algemene voorzorgsmaatregelen' die de basale infectiepreventiemaatregelen beschrijft. Deze serie omvat vijf WIP-richtlijnen: Accidenteel bloedcontact, Handhygiëne medewerkers, Persoonlijke beschermingsmiddelen, Persoonlijke hygiëne medewerkers en Persoonlijke hygiëne patiënt en bezoeker. De activiteiten van de WIP zijn begin 2017 opgeheven en overgedragen aan het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI). De SRI-richtlijnen zijn echter op dit moment nog in ontwikkeling.¹⁰ Tot die tijd gelden daarom de WIP-richtlijnen.

In de groepssessies werd opgemerkt dat het mijden van risico's centraal heeft gestaan bij het opstellen van de richtlijnen en dat de uitvoering ervan mogelijk enigszins is doorgeschoten in de afgelopen jaren. Daarnaast spelen lokale of interne diensten of afdelingen Steriele medische hulpmiddelen een rol in de naleving van de richtlijnen en is er sprake van verschillen tussen ziekenhuizen en per beroepsgroep, doordat intern aanvullende regels worden gesteld. Volgens de respondenten zijn dit veelal regels die al lange tijd bestaan en niet per se wetenschappelijk zijn onderbouwd. Daarnaast werd genoemd dat het om vergelijkbare redenen ook lastig is om de regels uit de richtlijnen te schrappen, omdat daarvoor eerst moet worden aangetoond dat ook met het verminderen van deze maatregelen nog steeds goede zorg kan worden geboden en dit dus niet ten koste gaat van de kwaliteitseisen en infectiepreventie. Op korte termijn lijkt het volgens de respondenten niet mogelijk om dergelijk onderzoek makkelijk uit te voeren, ook omdat duurzaamheid geen onderdeel uitmaakt van goede zorg zoals gedefinieerd in de Wkkgz.

Persoonlijke beschermingsmiddelen kunnen behalve onder de hierboven genoemde richtlijnen ook vallen onder de Verordening persoonlijke beschermingsmiddelen (2016/425/EU) en het Warenwetbesluit persoonlijke beschermingsmiddelen. Deze wetten geven regels over het ontwerp en de productie van persoonlijke beschermingsmiddelen. Het doel van deze verordeningen is anders, namelijk het garanderen van een veilige werkomgeving.

Omdat hierover in de gesprekken geen knelpunten zijn genoemd, gaan we hier niet verder op in.

Hergebruik van medische hulpmiddelen

In het verlengde van de discussie rondom minder of hergebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen kwam veelal naar voren dat er weinig ruimte lijkt te zijn om meer in te zetten op hergebruik van medische hulpmiddelen. Hierbij werden vaak disposables als scalpels, naalden en mechanische hechtapparatuur (staplers) als voorbeelden gegeven, waarbij door de fabrikant is aangegeven dat die voor eenmalig gebruik zijn en dus ook na eenmalig gebruik worden weggegooid. Respondenten gaven aan dat regels hierover als ingewikkeld worden ervaren en dat zij geen of weinig ruimte zien om in te zetten op duurzamere alternatieven.

De regels over het hergebruik van medische hulpmiddelen voor eenmalig gebruik vinden hun oorsprong in artikel 17 van de Europese verordening voor medische hulpmiddelen (MDR). In artikel 17 lid 1 is aangegeven dat de herverwerker¹¹ moet aangeven of een hulpmiddel kan worden hergebruikt of dat het hulpmiddel voor eenmalig gebruik is. Bij herbruikbare hulpmiddelen moet de fabrikant aantonen dat herverwerking en vervolgens hergebruik veilig is. Lid 2 van dit artikel geeft aan dat de herverwerker van een disposable wordt beschouwd als de fabrikant van het hulpmiddel. De verordening geeft de ruimte aan lidstaten om bepaalde regels uit deze verordening buiten toepassing te verklaren voor hulpmiddelen voor eenmalig gebruik die in een zorginstelling worden hergebruikt, mits de veiligheid en prestaties van het hulpmiddel gelijkwaardig zijn aan het oorspronkelijke product en er voldaan wordt aan de gemeenschappelijke specificaties (GS) (artikel 17 lid 3 MDR). Artikel 23.4 sub n in bijlage I van de MDR regelt dat de fabrikant in de gebruiksaanwijzing moet beschrijven op welke manier en onder welke voorwaarden hulpmiddelen opnieuw gebruikt kunnen worden, zoals wat geschikte processen zijn om het product her te gebruiken. Daarvoor bestaat een geharmoniseerde norm: NEN-EN-ISO 17664:2018.

Er zijn dus mogelijkheden om hergebruik van medische hulpmiddelen voor eenmalig gebruik mogelijk te maken, maar dit moet wel in nationale wetgeving zijn geregeld. Nederland heeft hergebruik toegestaan in artikel 5 van de Wet medische hulpmiddelen. In artikel 4 van het Besluit medische hulpmiddelen is verder uitgewerkt bij welke hulpmiddelen hergebruik niet is toegestaan. In artikel 6

¹¹ Artikel 6, Besluit medische hulpmiddelen: de herverwerker wordt gedefinieerd als de op het gebied van het herverwerken deskundige persoon. De herverwerker is verantwoordelijk voor de aanwezigheid van procedures voor het herverwerken van herbruikbare invasieve hulpmiddelen en dossiervorming hierover.

¹⁰ <https://www.sri-richtlijnen.nl/alle-richtlijnen>.

van het Besluit medische hulpmiddelen, dat uitsluitend van toepassing is op herverwerking van herbruikbare medische hulpmiddelen, is geregeld dat de herverwerking plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een op het gebied van het herverwerken deskundige persoon. De consequentie van het huidige artikel 5 van de Wet medische hulpmiddelen is dat de herverwerker wordt gezien als fabrikant volgens de MDR, waardoor alle verplichtingen voor fabrikanten ook voor de herverwerker gelden. Hierop kan een uitzondering gemaakt worden voor zorgaanbieders, maar dat is destijds niet in de nationale wetgeving opgenomen.

Momenteel ligt een wetswijziging voor, waardoor dit alsnog wordt geregeld. Door een wijziging van artikel 5 van de Wet medische hulpmiddelen wordt toegevoegd dat herverwerking en verder gebruik van hulpmiddelen voor eenmalig hergebruik door zorgaanbieders is toegestaan zonder dat alle eisen voor fabrikanten voor hen gelden. Wel moet de zorgaanbieder ervoor zorgen dat de kwaliteit en veiligheid van het product gelijk is aan het oorspronkelijke product en dat het product weer zo goed als nieuw is.¹² Dit laatste lijkt wel knelpunten op te leveren in de praktijk, niet direct vanwege het bestaan van deze regels, maar wel omdat er bijvoorbeeld capaciteitsproblemen zullen ontstaan door herverwerking of omdat er nog geen aangemelde instanties (notified bodies) zijn die de jaarlijks verplichte audits kunnen uitvoeren voor zorginstellingen die hulpmiddelen voor eenmalig gebruik (laten) herverwerken. Bovendien werd door een aantal respondenten opgemerkt dat het ook nog maar de vraag is of herverwerken altijd duurzamer is dan eenmalig gebruik, gezien de milieu-impact die bijvoorbeeld gepaard gaat met bijvoorbeeld steriliseren en desinfecteren. Hiertoe zouden gedegen levenscyclusanalyses wenselijk zijn, die inzichtelijk maken wat duurzamer is: herverwerken of eenmalig gebruik van hulpmiddelen.

Tot slot lijken er ook moeilijkheden of in ieder geval onduidelijkheden te zijn rondom mogelijkheden voor het refurbishen van hulpmiddelen.¹³ Dit heeft ook te maken met regels rondom specifiek ziekenhuisafval (SZA), opgesteld door het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat en waar de Inspectie Leefomgeving en Transport (ILT) op toeziet.

Op het moment dat iets potentieel infectieus is, valt het onder specifiek ziekenhuisafval en wordt het afgevoerd (zie ook knelpunt rondom afvalverwerking). Dit geldt overigens niet voor medische hulpmiddelen voor eenmalig gebruik die met het oog op hergebruik worden herverwerkt volgens de regels van de MDR en de gemeenschappelijke specificaties.

Daarnaast kwam in het kader van afvalverwerking ook naar voren dat het gebruik van gerecycled materiaal als grondstof voor nieuwe hulpmiddelen niet altijd lijkt te kunnen of in ieder geval de ontwikkeling van een hulpmiddel bemoeilijkt. Hoewel de MDR niet voorschrijft dat het niet mag, kunnen regels rondom risicomanagement het gebruik wel in de weg staan, bijvoorbeeld omdat het lastig is om aan te tonen waar het gerecyclede materiaal precies uit bestaat en of en wat voor potentieel risico er is voor de patiënt door eventuele verontreinigingen.

3.1.2 Ontwikkeling van nieuwe, duurzame hulpmiddelen

Knelpunt

De validering van een nieuw hulpmiddel is een kostbaar en tijdrovend proces en zit daarmee de ontwikkeling van nieuwe, duurzame alternatieven in de weg.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Europese verordening voor medische hulpmiddelen: (EU) 2017/745 Medical Device Regulation (MDR), artikel 10 t/m 16; artikel 83.

Duiding

Een aantal respondenten gaf aan dat het tijdrovende en kostbare proces waarmee de ontwikkeling van nieuwe hulpmiddelen gepaard gaat, de ontwikkeling van duurzame, alternatieve hulpmiddelen in de weg staat. Volgens respondenten ligt dit aan de verplichtingen als gevolg van de recent in werking getreden MDR. De MDR verwacht meer inspanning van de actoren die bij de ontwikkeling en certificering van medische hulpmiddelen betrokken zijn dan de voorganger van de MDR, de richtlijn Medical Device Directive (MDD). Zo is een belangrijke verandering dat bepaalde hulpmiddelen in een hogere risicoklasse vallen dan voorheen, waardoor er meer onderzoek nodig is om voor die producten een marktoelating te verkrijgen (MDR, artikel 10 t/m 16). Ook merkten respondenten op dat met de MDR de definitie van medisch hulpmiddel is verbreed, waardoor bijvoorbeeld apps en AI (die mogelijk zouden kunnen worden ingezet voor het verduurzamen van patiëntbehandelingen, bijvoorbeeld door de inzet van telemonitoring) nu ook onder de wetgeving vallen en een CE-markering nodig hebben.

¹² Kamerstukken II 2022-23, 36 357, nr. 5: De reden dat nu wel door de regering wordt gekozen voor een milder regime is dat er inmiddels gemeenschappelijke specificaties zijn vastgesteld waardoor de eisen die gesteld worden aan zorgaanbieders duidelijker zijn. Daarnaast zijn er geen incidenten gemeld in landen die al met dit mildere regime werken, waaronder Duitsland, Kroatië, België en Zweden.

¹³ Oftewel volledige revisering van een hulpmiddel. Van volledige revisering is voor de MDR sprake als het gaat om: 1) de volledige ombouw van een reeds in de handel gebracht of in gebruik genomen hulpmiddel, of 2) het maken van een nieuw hulpmiddel uit gebruikte hulpmiddelen om het in overeenstemming te brengen met deze verordening, 3) gecombineerd met de toekenning van een nieuwe levensduur aan het gereviseerde hulpmiddel.

Ook wanneer een product op de markt is toegelaten, is meer onderzoek vereist, bijvoorbeeld in de vorm van post marketing surveillance, zoals dat ook bij geregistreerde geneesmiddelen gebeurt (MDR, artikel 83). Bovendien brengt de transitieperiode van MDD naar MDR de nodige uitdagingen met zich mee. Niet alleen fabrikanten hebben meer werk door de extra regels, maar ook medisch-ethische toetsingscommissies die het onderzoek voor de ontwikkeling van medische hulpmiddelen moeten goedkeuren, doen er langer over om dit onderzoek te beoordelen.

Tot slot volgt ook na CE-certificering nog een lang traject. Een respondent merkte op dat met de zorgverzekeraars moet worden onderhandeld of ze het hulpmiddel willen vergoeden en dat zorgverzekeraars vragen om bewijs dat het werkt. Daarmee betekent CE-certificering nog niet dat het product de markt op kan of vergoed wordt.

In de discussie rondom de ontwikkeling van duurzame hulpmiddelen merkten een aantal respondenten op dat duurzaamheidsbeoordelingen (bijvoorbeeld in de vorm van een levenscyclusanalyse (LCA)) vaak ontbreken. Een beoordeling die bovendien pas iets zegt op moment dat een medisch hulpmiddel vergeleken kan worden met vergelijkbare producten. Maar ook hierbij werd opgemerkt dat het ontbreekt aan richtlijnen voor het uitvoeren van een milieu-beoordeling van medische hulpmiddelen.

3.1.3 Verpakkingseisen hulpmiddelen en gebruik papieren gebruiksaanwijzingen

Knelpunt

Verpakkingseisen staan het gebruik van een eventuele duurzamere verpakking in de weg en het gebruik van een papieren gebruiksaanwijzing is bij de meeste hulpmiddelen verplicht. Deze wordt vaak ongebruikt weggegooid, wat tot onnodig afval leidt.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Richtlijn Ontvangst, transport en opslag van steriele medische hulpmiddelen: NEN-norm R5401:2019.
- Europese verordening voor medische hulpmiddelen: (EU) 2017/745 Medical Device Regulation (MDR), bijlage I, artikel 23.1 en artikel 18.
- Verordening betreffende elektronische gebruiksaanwijzingen voor medische hulpmiddelen: (EU) 207/2012.

Duiding

Verpakkingseisen

Rondom verpakkingseisen van hulpmiddelen kwam naar voren dat het '3-lagenconcept' leidt tot veel afval. Het 3-lagenconcept bestaat uit: 1) transport-/opslagverpakking (bulkverpakking), 2) distributieverpakking (afdelingsverpakking) en 3) direct omsluitende verpakking, zoals voorgeschreven in de richtlijn Ontvangst, transport en opslag van steriele medische hulpmiddelen. Verder werd opgemerkt dat vanuit dezelfde regelgeving er strenge regels gelden rondom transport en het gebruik van gescheiden transportverpakkingen voor steriele en niet-steriele medische hulpmiddelen, hetgeen ook voor veel (extra) afval lijkt te zorgen.

Het zou volgens de respondenten relevant zijn om te onderzoeken of er mogelijkheden zijn om steriele medische hulpmiddelen op een duurzamere manier te verpakken die ook veilig is. Daarmee zou de richtlijn mogelijk kunnen worden aangepast. In de groepssessies kwam overigens wel naar voren dat de Europese Commissie een voorstel voor een herziening van de richtlijn Verpakking en Verpakkingsafval heeft gepresenteerd, waarin wordt voorgeschreven dat alle verpakkingen tegen 2030 op een economisch haalbare manier herbruikbaar of recyclebaar zijn. De vraag is wat voor mogelijke gevolgen dat heeft voor het verduurzamen van verpakkingen van steriele hulpmiddelen.¹⁴

Gebruiksaanwijzingen

De meeste hulpmiddelen bevatten een papieren gebruiksaanwijzing omdat dit de hoofdregel is (MDR Bijlage I, art. 23.1). Onder voorwaarden mag een gebruiksaanwijzing ook elektronisch worden verstrekt. In artikel 3 van de Verordening over elektronische gebruiksaanwijzingen is geregeld bij welke medische hulpmiddelen een elektronische gebruiksaanwijzing is toegestaan en dat een elektronische gebruiksaanwijzing alleen mogelijk is wanneer de gebruikers van het product professionals zijn. Dit is echter maar voor een klein aantal medische hulpmiddelen toegestaan, waarbij het volgens respondenten lastig vindbaar is voor welke hulpmiddelen precies. Dat leidt er in de praktijk weer toe dat er snel vanuit wordt gegaan dat het niet is toegestaan voor een bepaald hulpmiddel. Daarnaast benoemden respondenten dat het eveneens moeilijk toepasbaar is door de vele voorwaarden die erbij gelden. De fabrikant moet bijvoorbeeld een gedocumenteerde risicobeoordeling uitvoeren waarbij onder andere moet worden onderzocht of de kennis en ervaring van de gebruikers toereikend is.

¹⁴ Voorstel voor een VERORDENING VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD betreffende verpakkingen en verpakkingsafval, tot wijziging van Verordening (EU) 2019/1020 en Richtlijn (EU) 2019/904, en tot intrekking van Richtlijn 94/62/EG.

Ook moet worden onderzocht wat de mogelijke effecten zijn van het onbereikbaar zijn van de gebruiksaanwijzing, wanneer bijvoorbeeld geen contact kan worden gemaakt met het internet (Verordening elektronische gebruiksaanwijzingen, artikel 4 tot en met 7).

Een aanverwant knelpunt is dat artikel 18 van de MDR vraagt om bij implantaten een implantaatkaart te verstrekken. Ook dat moet op papier worden bijgevoegd. Dit is in artikel 2 van het Besluit medische hulpmiddelen toegevoegd.

3.1.4 Afvalverwerking van hulpmiddelen

Knelpunt

De procedure rondom de verwerking van ziekenhuisafval wordt als belastend en rigide ervaren en er wordt onnodig veel afgevoerd via specifiek ziekenhuisafval (SZA), waardoor afval wordt verbrand en niet wordt gerecycled.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Wet vervoer gevaarlijke stoffen
- Europese overeenkomst voor het internationale vervoer van gevaarlijke goederen over de weg (ADR)
- Wet milieubeheer, artikel 2.12
- Landelijk Afvalbeheerplan 3 (LAP3).

Duiding

Artikel 2.12. van de Wet milieubeheer geeft aan dat bepaalde afvalstoffen niet mogen worden gemengd. Daarnaast zijn in het Landelijk Afvalbeheerplan 3 regels opgenomen met verschillende minimumstandaarden (afhankelijk per type afvalstof) voor de verwerking van zorgafval.¹⁵ Specifiek ziekenhuisafval (SZA) is een van de categorieën die apart moet worden gehouden en de kernregel is dat specifiek ziekenhuisafval verbrand moet worden omdat het mogelijk besmet is. Het afval wordt verpakt in plastic vaten en belandt in zijn geheel in de afvalverwerker, waar het verbrand wordt. Onder SZA vallen onder andere verbandmiddelen, laboratoriumafval, menselijke weefsels en operatiekamerafval.

Het knelpunt is volgens respondenten tweeledig. Aan de ene kant werd de vraag gesteld of de regels niet te streng zijn. Zo mogen injectiepenen bijvoorbeeld niet gerecycled worden (hetgeen ook weer raakt aan bovengenoemde knelpunten over hergebruik). Daarnaast gaven respondenten hierbij ook aan dat het om een gebrek aan kennis lijkt te gaan, waardoor onnodig veel afval, ook niet-besmet afval, bij het SZA terecht komt.

Als voorbeeld werd genoemd dat het in de praktijk voorkomt dat bij wijze van spreken pizzadozen van zorgpersoneel ook bij het SZA belanden. In het verlengde hiervan werd echter opgemerkt dat het niet duidelijk is wat wel en niet mag, niet alleen voor wat betreft afvalverwerking, maar ook bijvoorbeeld bij het lozen van spoelvoelstof van apparaten uit de OK in het riool.

Voor het vervoer van specifiek ziekenhuisafval moet worden voldaan aan de voorschriften in de Wet vervoer gevaarlijke stoffen. SZA moet op de juiste wijze worden verpakt voordat het voor vervoer mag worden aangeboden. De eisen waaraan de verpakking moet voldoen, staan omschreven in de verpakkingsinstructies van het ADR.¹⁶ De voorschriften van het ADR zijn niet van toepassing op ziekenhuis- of medisch afval dat voorheen wel infectieuze stoffen heeft bevat, maar ontsmet is. Dat de voorschriften voor ontsmet afval niet gelden lijkt niet altijd bekend. Ook hier lijkt gebrek aan kennis er mogelijk toe leiden dat de regels niet op de juiste wijze worden nageleefd door de ziekenhuisbranche en door klinieken, hetgeen mogelijk tot een onnodig grote transport van specifiek ziekenhuisafval leidt.

3.2 Geneesmiddelen

Binnen de productlijn geneesmiddelen onderscheiden we drie type knelpunten die hun oorsprong hebben in wet- en regelgeving: knelpunten rondom de verpakking en bijsluiters van geneesmiddelen, de voorraden bij apothekers en de terugname en heruitgifte van geneesmiddelen.

3.2.1 De verpakking en bijsluiter van geneesmiddelen

Knelpunt

Verpakkingsverplichtingen en verplichtingen voor bijsluiters hebben als gevolg dat er minder duurzaam en meer materiaal gebruikt wordt voor het verpakken van geneesmiddelen.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Verordeningen¹⁷:
 - Verordening 1272/2008/EG betreffende indeling, etikettering en verpakking van stoffen en mengsels
 - Gedelegeerde Verordening 2016/161/EU met een aanvullende regeling ten aanzien van Richtlijn 2001/83/EG.

¹⁵ Zie LAP3 – Sectorplan 19: afval van gezondheidszorg bij mens of dier. Op grond van artikel 10.3 Wet milieubeheer is de vaststelling van een afvalbeheerplan eens per zes jaar verplicht gesteld.

¹⁶ Het ADR is als bijlage 1 opgenomen bij de Regeling vervoer over land van gevaarlijke stoffen.

¹⁷ De (Europese) verordening heeft rechtstreekse werking in Nederland.

- Richtlijnen¹⁸:
 - Richtlijn 2011/62/EU (Falsified Medicines Directive)
 - Richtlijn 2001/83/EG betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik.
- Geneesmiddelenwet, artikel 69 e.v.
 - Regeling geneesmiddelen, artikel 4a.1 t/m 4a.5 (verwijzing naar artikelen in Richtlijn 2001/83/EG)
- Europees vastgestelde Guideline on the readability of the labelling and package leaflet.

Duiding

Ten aanzien van de verpakking en etikettering heeft de Europese Unie meerdere richtlijnen en verordeningen vastgesteld: de Verordening 1272/2008/EG betreffende indeling, etikettering en verpakking van stoffen en mengsels, Richtlijn 2011/62/EU (Falsified Medicines Directive), Richtlijn 2001/83/EG betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Gedelegeerde Verordening 2016/161/EU met een aanvullende regeling bij deze laatstgenoemde richtlijn. In artikel 69 e.v. van de Geneesmiddelenwet zijn regels opgenomen over de etikettering en de bijsluiters van geneesmiddelen. Op grond van dit artikel zorgt de fabrikant ervoor dat een bijsluiter in de verpakking aanwezig is. In artikel 4a.1 t/m 4a.5 van de Regeling geneesmiddelen is dit verder uitgewerkt met een verwijzing naar de artikelen in de Richtlijn 2001/83/EG, waarin aanwijzingen over de inhoud van de bijsluiters zijn opgenomen.

Ook de Europees vastgestelde 'Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use' is van toepassing. Het belangrijkste doel van deze richtlijn is ervoor zorgen dat de informatie op de etikettering en de bijsluiter toegankelijk is voor gebruikers en dat zij het geneesmiddel op een juiste en veilige manier kunnen gebruiken. Hierin is onder andere opgenomen hoe de eisen uit Richtlijn 2001/83/EG ten aanzien van braille op de verpakking moeten worden uitgelegd.

Respondenten gaven aan dat door de verpakking- en etiketteringeisen voor de bijsluiters van geneesmiddelen, die als doel hebben om de etikettering en bijsluiters toegankelijk te maken voor gebruikers van de geneesmiddelen, er minder duurzame keuzes voor het materiaal van de verpakking moeten worden gemaakt. Specifiek wordt benoemd dat op elke verpakking de naam van het geneesmiddel in braille opgenomen moet worden. Om dit te doen, moet vaak de keuze voor dikker papier of karton gemaakt worden.¹⁹

Daarnaast is het verplicht om in de verpakking van een geneesmiddel een papieren (Nederlandstalige) bijsluiter te leveren. Dit geldt ook voor geneesmiddelen die (direct) door artsen in het ziekenhuis aan patiënten toegediend worden. Respondenten gaven aan dat die bijsluiters vaak niet gebruikt worden en mogelijk zorgen voor (papier)verspilling. Op dit moment zijn er echter wel ontwikkelingen gaande voor het wijzigen naar een elektronische bijsluiter.

3.2.2 Geneesmiddelenvoorraden bij apothekers Knelpunt

Apothekers hebben voorraden van verschillende geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, wat ervoor kan zorgen dat geneesmiddelen over de datum raken en weggegooid moeten worden.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Preferentiebeleid van zorgverzekeraars dat valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit is uitgewerkt in het Besluit zorgverzekering, artikel 2.8 derde lid (Bzv).

Duiding

Onder het preferentiebeleid, ook wel het voorkeursbeleid genoemd, moeten zorgverzekeraars – wanneer er meerdere door de minister aangewezen geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof beschikbaar zijn – minimaal één geneesmiddel met (dezelfde) werkzame stof aanwijzen dat voor vergoeding in aanmerking komt. In de meeste gevallen wordt het goedkoopste geneesmiddel in de groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof aangewezen door een verzekeraar. Het kan voorkomen dat verschillende zorgverzekeraars verschillende preferente geneesmiddelen hebben aangewezen. Apothekers moeten in dat geval aan patiënten de geneesmiddelen leveren zoals die zijn opgenomen in het preferentiebeleid van hun eigen zorgverzekeraar. Dat betekent dat apothekers van de verschillende (preferente) geneesmiddelen een voorraad moeten aanhouden. Als gevolg van het hebben van een voorraad van verschillende geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, raken geneesmiddelen soms over de datum en moeten ze weggegooid worden. In het verlengde hiervan is tijdens groepsinterviews aangegeven dat het preferentiebeleid ook als gevolg heeft dat voorraden van geneesmiddelen die niet (meer) preferent zijn over datum raken. Dit kan voorkomen wanneer één of meerdere zorgverzekeraars in het nieuwe kalenderjaar een nieuw geneesmiddel als preferent aanwijzen. De voorraad van geneesmiddelen die voorheen als preferent waren aangewezen, kunnen dan over de datum raken.

¹⁸ De richtlijnen hebben alleen voor zover deze geïmplementeerd zijn in nationale wetgeving werking. Dat is gebeurd in de Geneesmiddelenwet en de Regeling geneesmiddelen.

¹⁹ Het knelpunt heeft betrekking op de secundaire verpakking van het geneesmiddel (vaak het doosje) en niet op de primaire verpakking (waarmee het geneesmiddel direct in contact komt). Ten aanzien van de primaire verpakking van geneesmiddelen (bij vaste geneesmiddelen vaak de doordrukstrip ofwel blister) geldt andere wet- en regelgeving. De (verpakkingseisen voor de) primaire verpakkingen zijn niet aangeduid als knelpunt door respondenten.

Daarnaast werd in algemene zin benoemd tijdens de groepsinterviews dat het preferentiebeleid met name gericht is op het verlagen van de kosten. De mate van duurzaamheid wordt niet beschouwd bij het inkopen van geneesmiddelen. Respondenten gaven hierbij het voorbeeld van een situatie waarin het prijsverschil tussen twee geneesmiddelen zeer klein is, terwijl het ene (iets duurdere) geneesmiddel veel duurzamer is dan het andere, bijvoorbeeld omdat het ene geneesmiddel dichtbij is geproduceerd en het andere ver weg. In dat geval wordt er door zorgverzekeraars in principe gekozen voor het net iets goedkopere geneesmiddel. Dit draagt niet bij aan de duurzaamheid van de geneesmiddelensector. Tegelijkertijd moet wel worden opgemerkt dat het preferentiebeleid ook voor besparingen zorgt en er (nog) minder middelen beschikbaar zouden zijn voor verduurzaming van de zorg op het moment dat deze besparingen er niet zouden zijn.

3.2.3 Terugname en heruitgifte van geneesmiddelen

Knelpunt

Het terugnemen en opnieuw uitgeven van ongebruikte geneesmiddelen is niet toegestaan. Hierdoor moeten deze geneesmiddelen weggegooid worden.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Richtlijn 2011/62/EU inzake vervalste geneesmiddelen (Falsified Medicines Directive (FMD)) en de Verordening 2016/161/EU over de vaststelling van de gedetailleerde regels voor de veiligheidskenmerken op de verpakkingen van geneesmiddelen voor menselijk gebruik.
- Richtlijn 2001/83/EG betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik.
- Geneesmiddelenwet, artikel 28 lid 1 sub g, artikel 37 lid 1, artikel 49 lid 10, artikel 69 lid 1 en artikel 72 en Regeling geneesmiddelen, artikel 4.a4 van de
- HKZ-norm voor Openbare apotheken (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector).

Duiding

De Falsified Medicines Directive (FMD) heeft als doel te verhinderen dat vervalste geneesmiddelen in de legale distributieketen komen. Als gevolg van de richtlijn FMD zijn veiligheidskenmerken ingevoerd als onderdeel van de verpakking van geneesmiddelen. Het gaat onder andere om een uniek serienummer (FMD, artikel 54). Vervolgens zijn in Verordening 2016/161/EU de regels over veiligheidseisen verder uitgewerkt, waaruit volgt dat elke verpakking een middel moet hebben dat aantoonbaar is dat de verpakking niet eerder is geopend (zoals een sticker).

De genoemde verordening heeft een rechtstreekse werking. De richtlijn FMD heeft geen rechtstreekse werking, maar dat de veiligheidskenmerken uit deze richtlijn ook vereist zijn in Nederland is geregeld in artikel 4.a4 van de Regeling geneesmiddelen. Daarin is bepaald dat de veiligheidskenmerken gecontroleerd moeten worden door de groothandelaar, de fabrikant, de apotheker en de huisarts. Daarnaast wordt ook in de HKZ-richtlijn gesteld dat een apotheker de veiligheid van de geneesmiddelen dient te garanderen. Wanneer een geneesmiddel al is verstrekt, is dat niet meer mogelijk. De apotheker kan bijvoorbeeld niet garanderen dat de patiënt het geneesmiddel op een goede manier bewaard heeft.

Bij verstrekking van een geneesmiddel dienen de desbetreffende verpakkingen en daarmee serienummers afgemeld te worden uit het nationale systeem. Het opnieuw aanmelden van een (eerder verstrekt) geneesmiddel is mogelijk volgens artikel 13 lid 1 van Verordening 2016/161/EU, maar dit dient binnen een termijn van tien dagen te gebeuren, op dezelfde apotheeklocatie als waar de initiële afmelding plaatsvond en het medicijn mag nog niet zijn uitgegeven aan het publiek.

Als gevolg van de richtlijnen mogen apothekers geneesmiddelen die zij hebben verstrekt aan patiënten niet opnieuw terugnemen. Dit kan zorgen voor verspilling van geneesmiddelen: wanneer een patiënt een tussentijdse aanpassing in het recept krijgt, eerder dan verwacht stopt met het gebruiken van de geneesmiddelen of overlijdt, mogen de geneesmiddelen niet meer opnieuw uitgegeven worden. Wanneer deze geneesmiddelen teruggebracht worden naar de apotheek, gooit de apotheker ze weg.

Respondenten geven aan dat het effect hiervan wordt versterkt doordat geneesmiddelen vaak voor een langere tijd voorgeschreven worden (door de (huis)arts) en dat vaak grotere verpakkingen verstrekt worden (door de apotheker). Voor apothekers geldt bijvoorbeeld dat zij per verstrekking (arbeids)kosten maken en dat het verstrekken voor langere tijd, bijvoorbeeld drie maanden, daardoor gebruikelijk is. Dit resulteert in grotere hoeveelheden medicatie bij patiënten thuis die niet opnieuw ingenomen en uitgegeven kunnen worden.

Respondenten gaven aan dat het Radboud UMC samen met drie andere ziekenhuizen een wetenschappelijke studie heeft uitgevoerd waarbij wordt gekeken of het veilig en mogelijk is om dure orale oncolytica opnieuw uit te geven aan andere patiënten. Dit onderzoeksproject krijgt een vervolg en tien nieuwe ziekenhuizen sluiten zich hierbij aan.

Respondenten gaven hierbij aan dat dit ontwikkelingen zijn die naast kostenbesparing ook duurzaamheidswinst opleveren, maar dat dergelijke projecten uitsluitend mogelijk zijn voor dure (spécialité-)geneesmiddelen en niet voor generieke geneesmiddelen, terwijl generieke geneesmiddelen het grootste aandeel van de in Nederland verstrekte geneesmiddelen vormen.²⁰

3.3 Gebouwen

Binnen het thema gebouwen onderscheiden we drie typen knelpunten die hun oorsprong vinden in wet- en regelgeving. Ten eerste gaat het om de procedures en voorschriften bij de (nieuw)bouw van gebouwen waarin zorg wordt geleverd. Ten tweede worden knelpunten ervaren bij vergoedingen en rekenmethodes. Ten derde wordt als knelpunt ervaren dat een grote hoeveelheid rapportages wordt gevraagd over energieverbruik en -besparing.

3.3.1 De (nieuw)bouw van gebouwen

Knelpunt

Procedures bij het verkrijgen van een vergunning om te starten met werkzaamheden, de inspraak- en bezwaarmogelijkheden en de specifieke voorschriften voor gebouwen werken vertragend bij de start van nieuwe, duurzame projecten.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Wet algemene bepalingen omgevingsrecht
- Algemene wet bestuursrecht
- Bouwbesluit 2012
- Wet natuurbescherming.

Duiding

In de beantwoording van de vragenlijst gaf één van de respondenten aan dat het lastig kan zijn om duurzame nieuwbouw te realiseren door inspraak- en bezwaarmogelijkheden van omwonenden, niet omdat nieuwbouw duurzaam is, maar bijvoorbeeld vanwege de omvang of hoogte van het gebouw (Algemene wet bestuursrecht). Volgens een andere respondent wordt dit verder bemoeilijkt wanneer vele partijen samenwerken; de vergunningverlening moet dan op elkaar afgestemd worden. De voorschriften vanuit milieuwetgeving kunnen eveneens voor vertraging van (nieuw)bouw zorgen.

Als (nieuw)bouw mogelijk negatieve gevolgen heeft voor beschermde dier- of plantensoorten of voor nabijgelegen Natura 2000-gebieden (in verband met stikstof) moet hier op grond van de Wet natuurbescherming (hoofdstuk 2 en 3) nader onderzoek naar worden gedaan en kunnen beperkingen gelden. Een respondent noemde bijvoorbeeld dat de Raad van State recent in een uitspraak heeft bepaald dat bij het isoleren van spouwmuuren uitgebreider onderzoek moet worden gedaan naar de aanwezigheid van vleermuizen. Een andere respondent benoemde dat uitbreiding van het ziekenhuisterrein niet mogelijk was omdat het gebouw dan binnen het stroomgebied van een dichtbij zijnde rivier zou vallen. Weer een andere respondent gaf aan dat biofilisch bouwen lastig is binnen de voorschriften van het Bouwbesluit.

Voor wat betreft deze knelpunten geldt overigens dat de regels rondom (nieuw)bouw van gebouwen niet specifiek voor de zorgsector gelden. Bovendien is het in het omgevingsrecht nog maar de vraag of deze procedures verduurzaming in de weg staan of juist tegemoet komen. Deze wetten zijn er namelijk juist ook vanwege duurzaamheid en om geluidsoverlast, luchtvervuiling, bodem- en watervervuiling tegen te gaan. De genoemde voorbeelden, zoals de vleermuizen en het stroomgebied van de rivier, worden nu aangehaald om aan te geven dat er geen duurzaam gebouw (snel) kan worden gebouwd vanwege deze regels, maar de regels zijn er juist ook om goed na te denken over die gebieden waar de natuur mogelijk kwetsbaar is.

²⁰ Kamerbrief Heruitgifte van dure geneesmiddelen. Kenmerk 3511131-1043299-GMT (2023).

3.3.2 Vergoedingen en rekenmethodes bij (nieuw) bouw

Knelpunt

Rekenmethodes vanuit de belastingwetgeving houden te weinig rekening met duurzaamheid; deze zijn voornamelijk gebaseerd op investeringen en boekhoudkundige regels.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Wet op de vennootschapsbelasting 1969
- Wet belastingen op milieugrondslag, artikel 59 lid 1 en artikel 71i.

Duiding

Rondom vergoedingen en rekenmethodes werd door respondenten allereerst aangegeven dat hoe meer energiegebruik een zorginstelling momenteel heeft, hoe minder kosten dit met zich meebrengt. In artikel 59, lid 1 van de Wet belastingen op milieugrondslag is opgenomen dat wanneer meer dan 170.000 m³ gas gebruikt wordt, er minder betaald hoeft te worden. Het gaat om fossiele subsidies die zorgen voor een behoorlijke verlaging in de kosten, namelijk van € 0,49 per m³ naar € 0,09 per m³.²¹ Dit zorgt ervoor dat duurzame manieren van energie opwekken momenteel niet worden gestimuleerd.

Sinds 1 januari 2021 geldt een nationale heffing op CO₂-uitstoot om (industriële) bedrijven te stimuleren minder CO₂ uit te stoten. Ziekenhuizen en andere zorginstellingen vallen echter buiten deze regeling en worden niet extra belast op CO₂-uitstoot.²²

Een aantal andere voorbeelden die werden genoemd door respondenten hebben te maken met de afschrijving van gebouwen in verband met de vennootschapsbelasting. Door jaarlijks te mogen afschrijven op de aanschafwaarde van een gebouw minus de restwaarde (de waarde van het gebouw aan het eind van de gebruiksduur) valt de belasting minder hoog uit. Bij gebouwen met een hogere restwaarde (zoals bij duurzame nieuwbouw) kan jaarlijks minder worden afgeschreven en valt de belasting hoger uit. Daardoor is het financieel minder aantrekkelijk om sneller over te gaan tot duurzame nieuwbouw. Regels hierover vinden hun oorsprong in de Wet op de vennootschapsbelasting 1969.

3.3.3 Verlaging van de normatieve huisvestingscomponent (nhc)

Knelpunt

De normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw) bouw en instandhouding van gebouwen wordt in 2024 verlaagd, waardoor er minder budget beschikbaar zou zijn voor duurzaamheid. Hierbij moet worden opgemerkt dat er juist ook een ophoging is geweest van de NHC met een duurzaamheidscomponent (van 2019 tot 2049).

Wet- en regelgeving en andere normen

- Beleidsregel normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg – BR/REG-23116a van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), deze volgt vanuit de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen uit de Wet marktordening gezondheidszorg.

Duiding

De NZa heeft een beleidsregel uitgevaardigd waarin is bepaald op welke wijze de nhc als onderdeel van de integrale tarieven voor zorg wordt bepaald. Het gaat om de sectoren geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg. De beleidsregel wordt jaarlijks opnieuw vastgesteld en de nhc zal in 2024 naar beneden worden bijgesteld. Door het naar beneden stellen van de nhc blijft er volgens een aantal respondenten (nog) minder budget over, hetgeen ook ten koste gaat van de verduurzaming van gebouwen. Hoewel dit diverse keren terugkwam in het onderzoek, moet hierbij worden opgemerkt dat er juist een ophoging is geweest van de nhc met een duurzaamheidscomponent van in totaal € 120 miljoen gespreid over een periode van dertig jaar (van 2019 tot 2049). Om die reden worden de investeringsbedragen (exclusief grond) vanaf 2019 jaarlijks verhoogd met 0,18%. Dit resulteerde in een jaarlijkse verhoging van de nhc met 0,16% vanaf 2019 tot en met 2023. In 2024 is de resterende geplande verhoging van € 100 miljoen (voor 2024 tot 2049) naar voren gehaald en toegevoegd aan de nhc, wat resulteerde in een eenmalige structurele verhoging van 3,25% per 2024.^{23, 24}

21 Bij een verbruik hoger dan 1 miljoen m³ respectievelijk 10 miljoen m³ geldt een nog lager tarief van € 0,05 respectievelijk € 0,04.

22 Broeikasgasinstallaties voor de gebouwde omgeving, zoals voor het verwarmen of koelen van ruimtes, zijn op grond van artikel 71i van de Wet belastingen op milieugrondslag uitgezonderd van de regeling voor CO₂-heffing.

23 Antwoorden op Kamervragen over ontwerp-begroting VWS 2023 en Meerjarige voorlopige Kaderbrief Wlz (2023-2028) kenmerk 3609771-1049564-LZ.

24 Beleidsregel normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg – BR/REG-24117 – Nederlandse Zorgautoriteit.

Rondom het bouwen van gebouwen werd überhaupt door respondenten aangegeven dat het bouwbudget te beperkt is om ook rekening te houden met duurzaamheid. Dit hangt samen met het feit dat een zorginstelling financiering krijgt op basis van het aantal patiënten/behandelingen en niet voor duurzaam bouwen. Subsidies, zoals de subsidieregeling duurzaam maatschappelijk vastgoed (dumava) kwamen hierbij ter sprake, waarover men aangaf dat het als lastig wordt ervaren om aanspraak te maken op deze subsidie gezien de hoge interesse en de verwachting dat daarmee het subsidieplafond snel bereikt wordt.

3.3.4 Rapportageverplichtingen

Knelpunt

Ten aanzien van energie gelden meerdere rapportageverplichtingen (waaronder aan de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland en gemeenten), wat mogelijk leidt tot een relatief grote tijdsinvestering. Dit gaat mogelijk ten koste van het daadwerkelijk bezig zijn met verduurzaming.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Europese Energie Efficiency Richtlijn (2012/27/EU): omgezet in de Wet implementatie EG-richtlijnen energie-efficiëntie.
- Activiteitenbesluit milieubeheer en Erkende Maatregelenlijsten voor energiebesparing (EML).

Duiding

Eén van de knelpunten die naar voren kwam rondom het verduurzamen van gebouwen zit in de rapportageverplichtingen rondom energiegebruik. Deze leiden tot veel administratie en vragen om een grote tijdsinvestering. Bovendien zou er veel overlap tussen verschillende rapportageformulieren zitten en is het niet altijd duidelijk hoe deze nu bijdragen aan verduurzaming of wat er überhaupt gedaan wordt met de informatie. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om vierjaarlijkse rapportages over energieverbruik voor de EED energie-audit, een verplichting die voortkomt uit de Europese Energie Efficiency Richtlijn (EED), en energiebesparende maatregelen vanuit de energiebesparingsplicht op grond van artikel 2.15 van het Activiteitenbesluit milieubeheer. Tegelijkertijd zou ook gesteld kunnen worden dat deze rapportageverplichtingen juist een prikkel kunnen vormen voor verduurzaming, doordat het bewustwording kan vergroten over energiebesparingen en er verantwoording moet worden afgelegd.

3.4 Reisbewegingen

Voor het verduurzamen van reisbewegingen kwamen alleen knelpunten naar boven rondom het inzetten op duurzamer woon-werkverkeer onder zorgprofessionals. Duurzaam dienstverkeer lijkt waar mogelijk al steeds meer te worden ingezet en waar dat niet gaat, ligt dat eerder aan een negatieve businesscase dan aan regels die het in de weg staan. Voor wat betreft patiënten overlappen eventuele knelpunten rondom reisbewegingen vooral met het knelpunten die het inzetten op duurzamere behandelingen (zoals telemonitoring of poli-afspraken via beeldbellen) lastig maken. Dit vindt dus ook niet zozeer een oorsprong in wet- en regelgeving (zie ook paragraaf 2.1).

3.4.1 Woon-werkverkeer onder zorgpersoneel

Knelpunt

Regels beperken mogelijkheden om personeel te ondersteunen in duurzame keuzes rondom woon-werkverkeer.

Wet- en regelgeving en andere normen

- De werkkostenregeling van de Belastingdienst en cao-bepalingen.

Duiding

Volgens een aantal respondenten leidt belastingregelgeving rondom de (onbelaste) vergoeding van reiskosten (gerichte vrijstelling) tot administratieve lasten. Deze administratieve lasten voor de werkgever bestaan vooral uit de verplichte verantwoording en onderbouwing om onbelast een reiskostenvergoeding aan te kunnen bieden, bijvoorbeeld voor het gebruik van openbaar vervoer. Per 1 januari 2024 moeten organisaties met minimaal honderd werknemers de CO₂-uitstoot door zakelijk en woon-werkverkeer registreren. Dit zorgt enerzijds mogelijk voor extra administratieve lasten, maar anderzijds vormt het ook een prikkel tot verduurzaming van reisbewegingen. Daarnaast werd aangegeven dat de werkkostenregeling te beperkt is om personeel te ondersteunen in het maken van duurzame keuzes in woon-werkverkeer en in vervoersbewegingen voor werk. Ook lijken cao-bepalingen en belastingregels het niet mogelijk of in ieder geval niet makkelijk te maken om medewerkers een écht goed aanbod te doen om met het openbaar vervoer of de fiets te reizen.

3.5 Patiëntbehandeling

Knelpunten rondom het verduurzamen van patiëntbehandelingen lijken meer te gaan over moeilijkheden rondom financiering (zie ook paragraaf 2.2) dan over wet- en regelgeving. Wel kwamen knelpunten rondom het verduurzamen van voedsel aan bod, wat zowel raakt aan voedselverspilling als het aanbieden van duurzamere opties.

3.5.1 Voedselverspilling en duurzamere keuzes voor voeding

Knelpunt

Door eisen aan hygiëne en veiligheid tijdens het bereidingsproces wordt meer voeding weggegooid dan noodzakelijk.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Verordening 852/2004/EG inzake levensmiddelenhygiëne
- Warenwet, artikel 4 het Warenwetbesluit hygiëne van levensmiddelen
- HACCP-richtlijnen (Hazard Analysis and Critical Control Points)
- Hygiëncode voor zorginstellingen, woonvormen en Defensie (door Voedingscentrum).

Duiding

De Europese verordening inzake levensmiddelenhygiëne schrijft algemene hygiëneregels voor en regelt dat de HACCP-richtlijnen moeten worden gevolgd. In de Warenwet en het Warenwetbesluit is geregeld dat ook andere hygiënenormen goedgekeurd kunnen worden, zolang deze voldoen aan de eisen uit de Europese verordening. Er is tevens een aparte hygiëncode voor zorginstellingen beschikbaar. Zorgaanbieders kunnen zowel de HACCP-richtlijnen (die over het algemeen als ingewikkelder worden ervaren) als de Hygiëncode voor zorginstellingen volgen. Hoewel onderstreept werd door de respondenten dat dergelijke regels nodig zijn, werd wel aangegeven dat eisen rondom hygiëne en veiligheid tijdens het bereidingsproces ertoe leiden dat er meer voeding wordt weggegooid dan noodzakelijk.

3.5.2 Duurzame keuzes voor voeding

Knelpunt

Het maken van duurzame keuzes voor andere voeding in ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere sectoren is lastig vanwege weerstand van personeel en cliënten en door al langere tijd bestaande gewoonten.

Wet- en regelgeving en andere normen

- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018
- Richtlijnen Schijf van Vijf 2020, Voedingscentrum.

Duiding

In de beantwoording van de vragenlijsten werd genoemd dat het instemmingsrecht van de cliëntenraad (met daarin cliënten en verwanten) verduurzaming van voeding, zoals een vleesloze dag in het ziekenhuis, in de weg staat. Een andere respondent gaf aan dat vooral de schijf van vijf gevolgd wordt, waardoor er minder goed duurzame keuzes gemaakt kunnen worden. De richtlijnen Schijf van Vijf 2020 zijn opgesteld door het Voedingscentrum om consumenten te voorzien van informatie over een gezonde, veilige en duurzame voedselkeuze. De richtlijnen zijn gebaseerd op een advies van de Gezondheidsraad uit 2015 'De richtlijnen goede voeding'.

Het gaat bij dit knelpunt volgens de respondenten niet per se om de wetgeving, maar ook om maatschappelijke weerstand om voeding aan te passen. Niet alleen bij personeel, maar ook cliënten. Voor wat betreft cliënten geldt dat zij hier invloed op kunnen uitvoeren via de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) 2018. In artikel 8 van de Wmcz 2018 is het instemmingsrecht van de cliëntenraad van zorgaanbieders geregeld. Eén van de onderwerpen is het algemene beleid over voedingsaangelegenheden (lid 1 sub f). Het instemmingsrecht houdt in dat wanneer de cliëntenraad niet instemt met plannen van de zorgaanbieder, de zorgaanbieder eerst met de cliëntenraad in gesprek moet. Na het gesprek past de zorgaanbieder de plannen aan en worden deze opnieuw voorgelegd aan de cliëntenraad. Wanneer de zorgaanbieder en de cliëntenraad er niet uitkomen en de zorgaanbieder toch het plan wil doorvoeren, kan het geschil worden voorgelegd aan een commissie van vertrouwenslieden (artikel 14).



HOOFDSTUK 4

Duiding en mogelijke vervolgstappen

In het vorige hoofdstuk zijn per dienstlijn knelpunten in wet- en regelgeving aan de orde gekomen. In dit hoofdstuk zetten we alle verzamelde knelpunten in de juridische context. Het startpunt is daarbij het niveau van wetgeving. Er is wetgeving op Europees niveau, op nationaal niveau en in de praktijk in de vorm van richtlijnen en handreikingen. Op het nationale niveau is verder onderscheid te maken in wetten, AMvB's en regelingen. In onderstaande tabel geven we een totaaloverzicht van de wetten en regels die in het vorige hoofdstuk aan de orde zijn gekomen, gecategoriseerd naar het niveau van wetgeving.

Tabel 2. **Overzicht van relevante wet- en regelgeving.**

Wet, regel of veldnorm	Relevante dienstlijn	Knelpunt
Europese wet- en regelgeving		
<ul style="list-style-type: none"> MDR – artikel 17 en bijlage I, artikel 23.4 	Hulpmiddelen	In artikel 17 lid 1 is aangegeven dat de herverwerker moet aangeven of een hulpmiddel voor eenmalig gebruik is of hergebruikt mag worden. Bij herbruikbare hulpmiddelen moet de fabrikant aantonen dat herverwerking en vervolgens hergebruik veilig is. Hergebruik is in Nederland uitsluitend toegestaan als de herverwerker voldoet aan de regels die voor fabrikanten van medische hulpmiddelen gelden.
<ul style="list-style-type: none"> MDR – artikel 10 t/m 16 	Hulpmiddelen	De validering van een nieuw hulpmiddel is een kostbaar en tijdrovend proces, hetgeen de ontwikkeling van duurzame, alternatieve hulpmiddelen in de weg staat.
<ul style="list-style-type: none"> MDR – bijlage I, artikel 23.1 Verordening (EU) betreffende elektronische gebruiksaanwijzingen voor medische hulpmiddelen 207/2012 – artikel 3 t/m 7 	Hulpmiddelen	Het is de hoofdregel om een papieren gebruiksaanwijzing bij een hulpmiddel te verstrekken (MDR) en alleen onder voorwaarde mag een gebruiksaanwijzing elektronisch worden verstrekt (Verordening EU 207/2012), maar deze regels zijn moeilijk toepasbaar.
<ul style="list-style-type: none"> MDR – artikel 18 	Hulpmiddelen	Bij implantaten moet een implantaatkaart worden verstrekt.
<ul style="list-style-type: none"> Europese overeenkomst voor het internationale vervoer van gevaarlijke goederen over de weg (ADR) 	Hulpmiddelen	De voorschriften van het ADR zijn niet van toepassing op ontsmet ziekenhuis- of medisch afval dat voorheen infectieuze stoffen heeft bevat, tenzij dit afval voldoet aan de criteria voor de indeling in een andere klasse. Een gebrek aan kennis lijkt ertoe te leiden dat regels onvoldoende worden nageleefd, hetgeen mogelijk tot onnodig vervoer van specifiek ziekenhuisafval leidt.
<ul style="list-style-type: none"> Europese Energie Efficiency Richtlijn, omgezet in de Wet implementatie EG-richtlijnen energie-efficiëntie 	Gebouwen	Vierjaarlijkse rapportages over energieverbruik leiden mogelijk tot een relatief grote tijdsinvestering. Aan de andere kant kan deze rapportageverplichting ook een prikkel vormen voor verduurzaming.
<ul style="list-style-type: none"> Falsified Medicines Directive Richtlijn 2011/62/EU, Richtlijn 2001/83/EG betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik Verordening 1272/2008/EG betreffende indeling, etikettering en verpakking van stoffen en mengsels Gedelegeerde Verordening 2016/161/EU met een aanvullende regeling ten aanzien van Richtlijn 2001/83/EG Europees vastgestelde Guideline on the readability of the labelling and package leaflet (geïmplementeerd in art. 69 e.v.) 	Geneesmiddelen	Verpakkingsverplichtingen en verplichtingen voor bijsluiters hebben als gevolg dat er minder duurzaam materiaal en ook meer materiaal gebruikt wordt voor het verpakken van geneesmiddelen. Bijvoorbeeld: omdat de naam van het geneesmiddel verplicht leesbaar moet zijn in braille, moet de keuze voor dikker karton in de verpakking worden gemaakt.
<ul style="list-style-type: none"> Richtlijn 2011/62/EU inzake vervalste geneesmiddelen (Falsified Medicines Directive (FMD)) en de Verordening 2016/161/EU Richtlijn 2001/83/EG betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik 	Geneesmiddelen	Het terugnemen en opnieuw uitgeven van ongebruikte geneesmiddelen is niet toegestaan. Hierdoor moeten deze geneesmiddelen weggegooid worden.
<ul style="list-style-type: none"> Verordening 852/2004/EG inzake levensmiddelenhygiëne 	Patiënt-behandelingen	Eisen aan hygiëne en veiligheid kunnen ertoe leiden dat er meer voeding moet worden weggegooid dan noodzakelijk.
Nationale wetgeving		
<ul style="list-style-type: none"> Wet medische hulpmiddelen – artikel 5 Wet medische hulpmiddelen – artikel 4 en 6 	Hulpmiddelen	De herverwerker wordt gezien als fabrikant volgens de MDR, waardoor alle verplichtingen voor fabrikanten ook voor de herverwerker gelden. In artikel 5 wordt toegevoegd dat hergebruik door zorgaanbieders is toegestaan zonder dat alle eisen voor fabrikanten voor hen gelden. Wel moet de zorgaanbieder ervoor zorgen dat de kwaliteit en veiligheid van het product geborgd blijven.
<ul style="list-style-type: none"> Wet vervoer gevaarlijke stoffen Wet milieubeheer, artikel 2.12 	Hulpmiddelen	Specifiek ziekenhuisafval (SZA) moet apart gehouden worden en wordt verbrand. Ook niet-infectieus afval komt echter bij het SZA terecht. Voor het vervoer van SZA moet worden voldaan aan de voorschriften van de Wet vervoer gevaarlijke stoffen, waarbij gebrek aan kennis mogelijk ook tot onnodig transport van specifiek ziekenhuisafval leidt.
<ul style="list-style-type: none"> Wet algemene bepalingen omgevingsrecht Algemene wet bestuursrecht Wet natuurbescherming 	Gebouwen	Er ontstaat mogelijke vertraging van duurzame nieuwbouw door regelgeving omtrent inspraak en bescherming van dieren- en plantensoorten. Tegelijkertijd zijn deze regels er juist ook vanwege duurzaamheid.

Wet, regel of veldnorm	Relevante dienstlijn	Knelpunt
• Wet belastingen op milieugrondslag – artikel 59, lid 1	Gebouwen	Hoe meer energiegebruik een zorginstelling heeft, hoe lager de belasting per m ³ gasverbruik. Dit zorgt ervoor dat duurzame manieren van energie opwekken niet worden gestimuleerd.
• Wet belastingen op milieugrondslag – artikel 71i	Gebouwen	Ziekenhuizen en andere zorginstellingen vallen buiten de nationale regeling om industriële bedrijven extra te belasten op CO ₂ -uitstoot.
• Wet op de vennootschapsbelasting 1969	Gebouwen	Door jaarlijks te mogen afschrijven op de aanschafwaarde van een gebouw minus de restwaarde, valt de belasting minder hoog uit. Bij gebouwen met een hogere restwaarde (zoals bij duurzame nieuwbouw) kan jaarlijks minder worden afgeschreven en valt de belasting hoger uit. Daardoor is het financieel minder aantrekkelijk om sneller over te gaan tot duurzame nieuwbouw.
• Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 – artikel 8 lid 1 sub f	Patiënt-behandelingen	Het instemmingsrecht van de cliëntenraad over voedingsaangelegenheden bemoeilijkt mogelijk het maken van duurzame beleidskeuzes over voeding.
• Warenwet en artikel 4 het Warenwetbesluit hygiëne van levensmiddelen	Patiënt-behandelingen	Door eisen aan hygiëne en veiligheid tijdens het bereidingsproces wordt mogelijk meer voeding weggegooid dan noodzakelijk.
• Geneesmiddelenwet, artikel 69 e.v. Regeling geneesmiddelen, artikel 4a.1 t/m 4a.5 (verwijzing naar artikelen in richtlijn 2001/83/EG)	Genees-middelen	Verpakkingsverplichtingen en verplichtingen voor bijsluiters hebben als gevolg dat er minder duurzaam materiaal en ook meer materiaal gebruikt wordt voor het verpakken van geneesmiddelen.
• Artikel 28 lid 1 sub g, artikel 37 lid 1, artikel 49 lid 10, artikel 69 lid 1 en artikel 72 van de Geneesmiddelenwet en artikel 4.a4 van de Regeling geneesmiddelen	Genees-middelen	Het terugnemen en opnieuw uitgeven van ongebruikte geneesmiddelen is niet toegestaan. Hierdoor moeten deze geneesmiddelen weggegooid worden.
Algemene maatregel van bestuur (AMvB)		
• Bouwbesluit	Gebouwen	Biofilisch bouwen is lastig binnen de voorschriften van het bouwbesluit.
• Activiteitenbesluit milieubeheer	Gebouwen	Over energie worden veel rapportages gevraagd, dat leidt mogelijk tot een relatief grote tijdsinvestering. Dit gaat mogelijk ten koste van het daadwerkelijk bezig zijn met verduurzaming.
• Preferentiebeleid van zorgverzekeraars dat valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en is uitgewerkt in artikel 2.8 derde lid Besluit zorgverzekering (Bzv).	Genees-middelen	Apothekers hebben voorraden van verschillende geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, wat ervoor kan zorgen dat geneesmiddelen over de datum raken en weggegooid moeten worden.
Richtlijnen en veldnormen		
• WIP-richtlijnenserie Algemene verzorgingsmaatregelen	Hulpmiddelen	Infectiepreventie heeft centraal gestaan bij het opstellen van de richtlijnen, waarmee het midden van risico's nu zwaarder weegt dan duurzaamheid en daarmee hergebruik mogelijk onnodig bemoeilijkt wordt.
• Lokale richtlijnen (interne dienst Steriele medische hulpmiddelen)	Hulpmiddelen	Het '3-lagenconcept' zoals opgenomen in de richtlijn, leidt mogelijk tot (onnodig) extra afval.
• Richtlijn Ontvangst, transport en opslag van steriele medische hulpmiddelen: NEN-norm R5401:2019	Hulpmiddelen	Het '3-lagenconcept' zoals opgenomen in de richtlijn, leidt mogelijk tot (onnodig) extra afval.
• Beleidsregel normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg – BR/REG-23116a van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	Gebouwen	De normatieve vergoeding voor (vervangende) (nieuw)bouw en instandhouding van gebouwen wordt in 2024 verlaagd, waardoor er minder budget beschikbaar zou zijn voor duurzaamheid. Hierbij moet worden opgemerkt dat er juist ook een ophoging is geweest van de nhc met een duurzaamheidscomponent.
• HKZ-norm voor Openbare apotheken.	Genees-middelen	Het terugnemen en opnieuw uitgeven van ongebruikte geneesmiddelen is niet toegestaan. Hierdoor moeten deze geneesmiddelen weggegooid worden.
• Werkkostenregeling Belastingdienst	Reis-bewegingen	De regeling beperkt mogelijkheden om personeel te ondersteunen in duurzame keuzes rondom woon-werkverkeer.
• HACCP-richtlijnen (Hazard Analysis and Critical Control Points)	Patiënt-behandeling	Door eisen aan hygiëne en veiligheid tijdens het bereidingsproces wordt mogelijk meer voeding weggegooid dan noodzakelijk.
• Hygiëncode voor zorginstellingen, woonvormen en Defensie (door Voedingscentrum)	Patiënt-behandeling	Door eisen aan hygiëne en veiligheid tijdens het bereidingsproces wordt mogelijk meer voeding weggegooid dan noodzakelijk.

4.1 Juridische duiding

Elk niveau vraagt om een eigen aanpak en moet geagendeerd worden op een ander niveau. Hiervoorgaande tabel laat zien dat de geïdentificeerde knelpunten voor een aanzienlijk deel gerelateerd zijn aan Europese wetgeving. Europese verordeningen en richtlijnen nemen een steeds grotere plaats in het totaal aan wet- en regelgeving in. Ook in dit onderzoek is dat zichtbaar. Het gaat om veelal nieuwe Europese wetgeving die soms rechtstreeks van toepassing is voor Nederland (verordeningen). Voor verschillende dienstlijnen is de Europese wetgeving van toepassing, met name bij het verduurzamen van hulpmiddelen en geneesmiddelen. Tegelijkertijd dragen deze Europese regels ook bij aan de kwaliteit van zorg. Zo staat de FMD de heruitgifte van geneesmiddelen weliswaar in de weg, maar voorkomt het tegelijkertijd dat er vervalste geneesmiddelen in de illegale distributieketen terechtkomen.

Waar de regels echter belangrijke mogelijkheden tot verduurzaming in de weg staan, zou dit vanuit Nederland geagendeerd kunnen worden en kan er invloed worden uitgeoefend om Europese besluitvorming en regelgeving te wijzigen. Daarnaast zijn er goede voorbeelden waarbij er ruimte wordt genomen in de vertaling van Europese wetgeving naar nationale wetgeving om duurzaamheid een plek te geven. Zo is ligt er momenteel een wetswijziging voor om te regelen dat zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen tot het herverwerken van medische hulpmiddelen voor eenmalig gebruik (artikel 5 van de Wet medische hulpmiddelen in het verlengde van artikel 17 van de MDR).

Een belangrijk knelpunt dat veel terugkwam in het huidige onderzoek, ligt in de verduurzaming van hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen. Hoewel een deel hiervan is vastgelegd in Europese wetgeving met de MDR, lijken ook veldnormen en lokale richtlijnen van bijvoorbeeld interne diensten Steriele medische hulpmiddelen mogelijkheden voor verduurzaming in te perken. Hier wordt het spanningsveld tussen het borgen van kwaliteit en de mogelijkheid om duurzamer te werken goed zichtbaar. Ook deze regels zijn er namelijk niet voor niets. Kwaliteit van zorg staat in Nederland hoog in het vaandel en is toegespitst op het zoveel mogelijk vermijden van risico's, in dit kader specifiek op infectiepreventie.

Nu duurzaamheid echter steeds belangrijker wordt, kan dat aanleiding zijn om de relevante richtlijnen door de betrokken veldpartijen opnieuw tegen het licht te houden. Veldnormen en richtlijnen kunnen doorgaans gemakkelijker en sneller worden gewijzigd of vastgesteld dan nationale en Europese wetgeving. De huidige ontwikkeling van de nieuwe SRI-richtlijnen biedt bijvoorbeeld een kans, waarbij het allereerst vooral belangrijk lijkt om in ieder geval de ruimte te bieden aan (onderzoek naar) duurzamer gebruik van persoonlijk beschermingsmateriaal zonder dat de veiligheid en kwaliteit van zorg daarmee in het geding komt. Tegelijkertijd moet hierbij wel worden opgemerkt dat er aandacht moet zijn voor de vraag of herverwerken wel duurzamer is dan eenmalig gebruik en moet ook de benodigde capaciteit voor het herverwerken niet onderschat worden. Een ander voorbeeld zijn de regels omtrent voedselveiligheid. Hoewel deze regels niet zomaar aan de kant kunnen worden gezet, omdat deze regels voedselvergiftigingen in ziekenhuizen en verpleeghuizen voorkomen, is er wellicht wel ruimte om in ieder geval te onderzoeken of en hoe duurzaamheid ook hier een (grotere) plek kan krijgen en of en hoe het inperken van voedselverspilling onderdeel kan worden van de richtlijnen.

Tot slot laat bovenstaande tabel zien dat voor verduurzaming van de zorg veel relevante wetgeving buiten de zorgsector ligt. Paradoxaal genoeg gaat het hierbij veelal om wetgeving gericht op milieubeheer, natuurbescherming en belastingen op milieugrondslag. Hoewel er dus mogelijk knelpunten lijken te ontstaan, zijn deze wetten er juist ook om de natuur en het milieu te beschermen. De vraag die dit daarmee oproept is of het echt de wetten zijn die in de weg staan, of de uitvoering en interpretatie van bepaalde wetten.

4.2 Vervolgstappen en mogelijke oplossingsrichtingen

Het doel van het huidige onderzoek was het verkennen van knelpunten die verduurzaming van zorg in de weg staan en een oorsprong hebben in wet- en regelgeving. Deze inventarisatie laat zien dat wetten, regels en normen inderdaad op bepaalde punten verduurzaming in de weg staan, met name rondom de verduurzaming van hulpmiddelen en persoonlijk beschermingsmateriaal, geneesmiddelen en gebouwen. Los van richtlijnen die mogelijk opnieuw tegen het licht kunnen worden gehouden in het kader van duurzaamheid, is het simpelweg wijzigen van bepaalde wetten niet altijd een realistische route. Bovendien zijn bepaalde regels er simpelweg niet voor niets.

Tegelijkertijd merken we op dat niet alle geconstateerde knelpunten altijd zuiver en alleen gaan over wat in de wet- en regelgeving is opgenomen, maar ook over de kennis en interpretatie hiervan. Hierbij gaat het in eerste instantie om het verkeerd omspringen met bepaalde regels, wat vooral zichtbaar wordt in het knelpunt van afvalverwerking. Door gebrek aan kennis over de regels wordt afval niet goed gescheiden en belandt er onnodig veel afval bij het specifiek ziekenhuisafval, in plaats van dat het een duurzamere route aflegt. Daarnaast lijkt er in sommige gevallen ook ruimte te zijn voor interpretatie van bepaalde regels. Zo spelen lokale of interne diensten/ afdelingen Steriele medische hulpmiddelen bijvoorbeeld een rol in de naleving van infectiepreventierichtlijnen en is er sprake van verschillen tussen ziekenhuizen en per beroepsgroep, doordat intern aanvullende regels worden gesteld. Hierdoor zou in het ene ziekenhuis een duurzaamheidsinitiatief beter van de grond kunnen komen dan in een ander ziekenhuis en de vraag is of dat wenselijk is.

Een lange adem voor de implementatie van duurzaamheidsinitiatieven lijkt in ieder geval een vereiste en men weet simpelweg niet altijd waar men bevestiging kan krijgen of de uitvoering van een initiatief conform wet- en regelgeving of andere normen is, terwijl die behoefte aan goedkeuring er wel is. Decennialang heeft het terugbrengen van enig risico voorop gestaan en het vraagt een bepaalde omslag om toe te werken naar meer duurzaamheid. Hoewel hier in eerste instantie een verantwoordelijkheid ligt bij de beroepsverenigingen bij het opstellen van veldnormen en richtlijnen, ligt hier ook een rol voor de IGJ die toeziet op de regels. Ook de IGJ geeft aan ruimte te willen bieden voor duurzaamheid en dat het afwijken van bepaalde normen onder goede randvoorwaarden wel degelijk mogelijk is.

De vraag is alleen hoe hier samen met het veld naartoe kan worden gewerkt en wie daarin (welke) verantwoordelijkheid neemt. Eerder werd door de IGJ al een meldpunt opgezet voor drempels over duurzaamheid²⁵, maar dit bleek in de praktijk toch lastig vindbaar en er werden maar weinig meldingen gedaan. Mogelijk is een eerste stap het opstellen van duidelijke en makkelijk vindbare kaders, bijvoorbeeld in de vorm van een factsheet, waarin geschetst wordt wanneer mag worden afgeweken van bepaalde normen en wat voor validatieproces nodig is om aan te tonen dat een alternatief ook een (net zo) veilig en kwalitatief hoogwaardig alternatief is.

Tot slot is verdere verbinding tussen overheid, de IGJ, partijen als de Groene Zorg Alliantie en beroepsverenigingen essentieel. Dit onderzoek laat wederom zien dat de wil om te verduurzamen er is en er komen ontzettend veel goede initiatieven en duurzame pilots van de grond. Het verder aanjagen en uitwisselen van goede voorbeelden, alsook de dialoog aangaan over wat juist wel mogelijk is binnen huidige wet- en regelgeving en andere normen is dan ook essentieel om verduurzaming van de zorg verder op te schalen.

²⁵ <https://www.skipr.nl/nieuws/igj-opent-meldpunt-voor-drempels-over-duurzaamheid/>

Bijlage Onderzoeks- verantwoording

BIJLAGE 1

Vragenlijst respondenten

	N (%)
Betrokken bij duurzaamheidsinitiatief	Ja: 97 (86%), nee: 16 (14%)
Sector²⁶	Farmaceutische sector: 12 (12%) Gehandicaptenzorg: 30 (31%) GGZ: 5 (5%) Huisartsenzorg: 3 (3%) Jeugdzorg: 2 (2%) VVT-sector: 16 (16%) Publieke gezondheidszorg: 2 (2%) Ziekenhuiszorg: 21 (22%) Overig: 6 (6%), voornamelijk werkzaam in de medische hulpmiddelen sector
Beroep²⁶	Apotheker: 3 (3%) Arts, anders: 1 (1%) Medisch specialist: 10 (10%) Beleids- of stafmedewerker: 30 (31%) Bestuurder bij een zorginstelling: 6 (6%) Huisarts: 4 (4%) Manager bij een zorginstelling: 8 (8%) Verpleegkundige, verpleegkundig specialist, physician assistant: 3 (3%) Onderzoeker of wetenschapper: 1 (1%) Anders: 31 (32%)
Aantal initiatieven²⁶	1: 20 (21%) 2: 17 (18%) 3: 18 (19%) 4: 8 (8%) 5: 10 (10%) 6 of meer: 23 (24%) Onbekend: 1 (1%)
Product-/dienstlijn waar initiatief zich op richt²⁶	Meerdere product-/ en dienstlijnen: 62 (64%) Gebouwen: 14 (14%) Medische hulpmiddelen: 6 (6%) Geneesmiddelen: 4 (6%) Reisbewegingen: 1 (1%) Patiëntbehandeling: 4 (4%) Anders: 5 (5%) Onbekend: 1 (1%)

26 Betreft respondenten die zich bezighouden met een duurzaamheidsinitiatief, N = 97.

BIJLAGE 2

Respondenten groepssessies

Onderwerp sessie	Organisatie waar deelnemer werkzaam is of beroep ²⁷
Sessie Reisbewegingen	<ul style="list-style-type: none"> • Ouderenzorginstelling (2x) • Leverancier van medische hulpmiddelen
Sessie Patiëntbehandeling	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderanesthesioloog • Oncologisch uroloog
Sessie Geneesmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • Duurzaamheidsinitiatief rondom geneesmiddelen • RIVM • Beroeps- en brancheorganisatie
Sessie Gebouwen	<ul style="list-style-type: none"> • Ouderenzorginstelling • Stichting Koninklijk Nederlands Normalisatie Instituut, NEN • Biotechnologisch bedrijf op het gebied van geneesmiddelen
Sessie Hulpmiddelen 1	<ul style="list-style-type: none"> • RIVM • Recyclingbedrijf • Leverancier van medische hulpmiddelen • Beroeps- en brancheorganisatie
Sessie Hulpmiddelen 2	<ul style="list-style-type: none"> • Leverancier van medische hulpmiddelen (2x) • Operatieassistent en Greenteam coördinator • Stichting Koninklijk Nederlands Normalisatie Instituut, NEN • Ontwikkelaar van een digitaal medisch hulpmiddel

²⁷ Verschillende respondenten zijn naast hun primaire functies ook aangesloten bij verschillende duurzaamheidsinitiatieven of -netwerken.



‘WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG’

Nederland is continu in ontwikkeling. Maatschappelijk, economisch en organisatorisch verandert er veel. Al vijftientig jaar volgen wij als adviesbureau deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. De behoefte om iets fundamenteels te betekenen voor mens en maatschappij zit in onze genen. Met onze adviezen en oplossingen hebben we dan ook actief meegebouwd aan het Nederland van vandaag. Altijd op zoek naar duurzame vooruitgang.

Alles wat we doen is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken. Zo komen we tot gefundeerde adviezen en slimme oplossingen. Die zijn op het eerste gezicht misschien niet altijd de meest voor de hand liggende. Juist deze eigenzinnigheid maakt ons uniek. Daarbij zijn we niet van symptoombestrijding. En gaan pas naar huis als het is opgelost.

Berenschot Groep B.V.

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

www.berenschot.nl