

BD Healthcare Resilience Barometer – 2026

Hoe veerkrachtig is uw gezondheidszorgsysteem, vandaag, morgen en voor toekomstige generaties?

BD



Samenvatting

Samenvatting 02

Voorwoord 04

Patiëntveiligheid:
Uitkomsten, capaciteit en veerkracht van het systeem beschermen 06

Zorgpersoneel:
De grootste structurele kwetsbaarheid van het zorgsysteem 12

Milieuduurzaamheid:
De vermenigvuldiger van veerkracht 18

Efficiëntie:
Verborgen capaciteit ontsluiten om veerkracht te stimuleren 24

Reflecties 30

Landenprofielen 32

Bijlage 40

BD SAMENVATTING

53/100

De gemiddelde score voor zorggerelateerde infecties verbetert marginaal in alle landen (53/100: stijging van 51/100 in 2024).

33/100

Postoperatieve sepsis is de indicator die het laagst scoort voor patiëntveiligheid in alle landen (33/100): waarbij Polen (80/100) en Italië (60/100) bijzonder positief scoren.

56/100

Vergelijkende scores voor alle maatstaven voor het zorgpersoneel zijn in 2026 gedaald ten opzichte van 2024: waaronder de verpleegkundige-artsverhouding (56/100: een daling van 5), het aantal artsen per 10.000 Inwoners (een daling van 6) en het aantal verpleegkundigen en verloskundigen per 10.000 (Een daling van 2).

52/100

Een nieuw onderdeel in de barometer-editie van dit jaar: de prestaties op het gebied van milieuduurzaamheid zijn gemengd, met een gemiddelde score van 52/100 in alle landen. De onregelmatige rapportering van gegevens op landelijk niveau beperkt het inzicht in de vooruitgang op belangrijke indicatoren.

42/100

De gemiddelde score voor de duur van het ziekenhuisverblijf in acute zorg in alle landen is sinds 2024 met 4 punten verbeterd (42/100 in 2026).

71/100

Daartegenover staat dat de scores voor gezonde levensverwachting bij geboorte in dezelfde periode met 7 punten zijn gedaald (71/100 in 2026).

Zie pagina 40 voor de methodologie achter het score- en rangschikkingsmechanisme.

HOOG SCOREND:

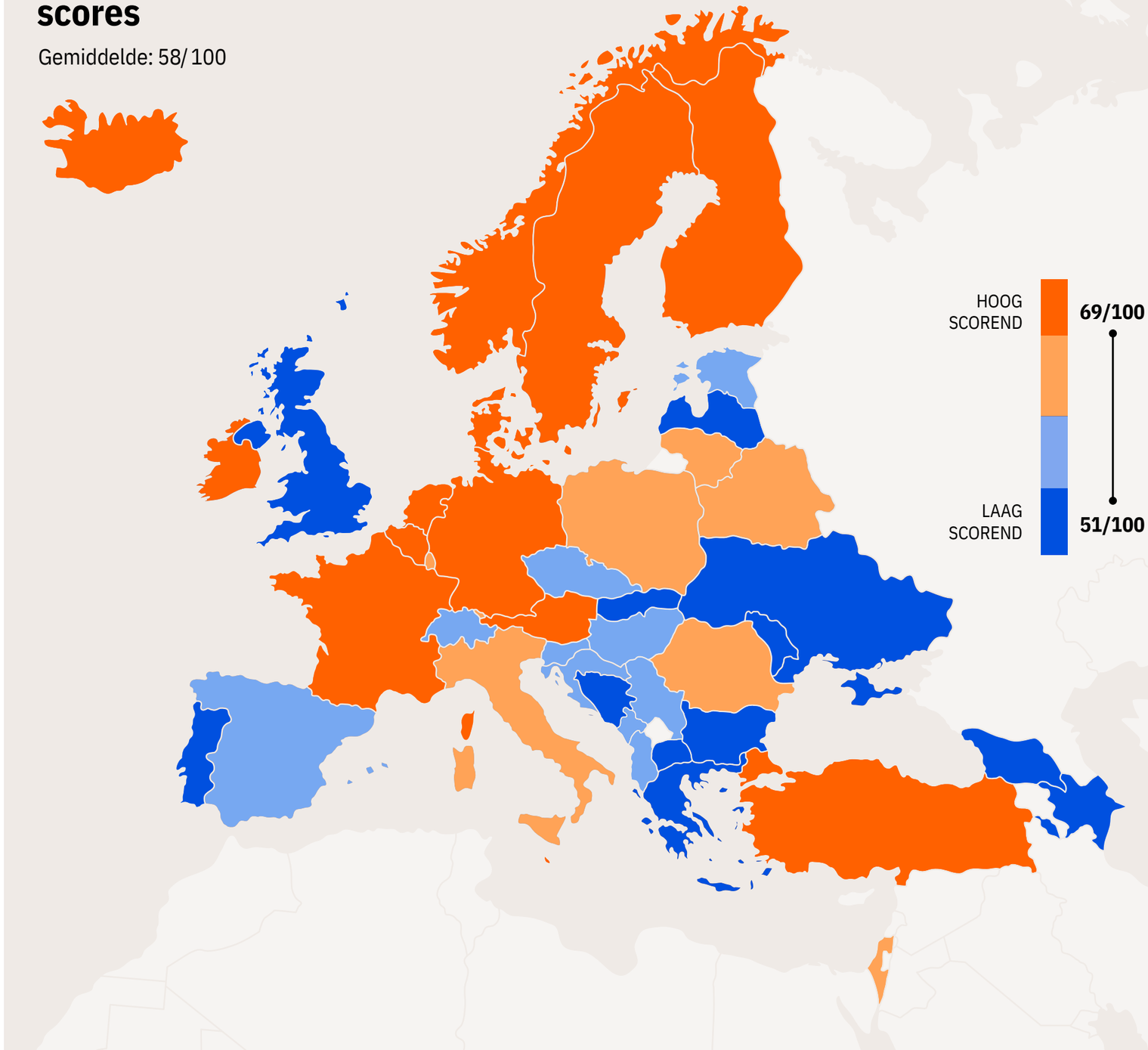
- Noorwegen: **69/100**
- IJsland: **67/100**
- Denemarken: **64/100**
- Finland: **64/100**
- Turkije: **64/100**

LAAG SCOREND:

- Letland: **53/100**
- Bos. en Herz. : **52/100**
- N. Macedonië: **52/100**
- Bulgarije: **51/100**
- Oekraïne: **51/100**

Algemene scores

Gemiddelde: 58/ 100



VOORWOORD

De zorgsystemen staan onder grote druk, waardoor het steeds moeilijker wordt om veilige en betrouwbare zorg te behouden. Tijdens perioden van intense druk raakt de capaciteit tot het uiterste benut en kunnen zelfs kleine verstoringen de veerkracht van het systeem ondermijnen. Op deze momenten nemen de financiële en operationele risico's sterk toe. Leidinggevenden in de gezondheidszorg staan nu voor een dringende noodzaak: de veerkracht van het hele systeem versterken, zodat ze de levering van veilige, hoogwaardige zorg kunnen waarborgen en het vermogen van het systeem kunnen vergroten om schommelingen in de vraag op te vangen. Deze vraag varieert van ziekenhuispieken in de winter tot uitbraken en extreme klimaatgebeurtenissen.



De bevindingen van dit jaar laten zien dat de veerkracht op sommige gebieden toeneemt, maar niet in het vereiste tempo.

BD heeft de Barometer voor de veerkracht van de gezondheidszorg gecreëerd om te begrijpen wat de veerkracht en duurzaamheid van gezondheidszorgsystemen wereldwijd drijft of bedreigt in een tijd van uiteenlopende uitdagingen. We hebben in deze editie van de "Healthcare Resilience Barometer" een nieuwe indicatorgroep geïntroduceerd: duurzaamheid. In eerdere versies van de barometer waren duurzaamheidsindicatoren opgenomen in de efficiëntiescores, maar deze nieuwe groepering legt een duidelijke focus op ecologische duurzaamheid als een kernfactor in de veerkracht van het zorgsysteem.

Ons doel is om een consistent en vergelijkbaar beeld te geven van de veerkracht van nationale zorgsystemen, met de focus op patiëntveiligheid, zorgpersoneel, de duurzaamheid van de zorgverlening en efficiëntie. Zodat duidelijk wordt waar verbeteringen de grootste meerwaarde kunnen opleveren.

Door nauw samen te werken met zorgsystemen zien we zowel de inzet van klinische teams als de operationele barrières die hen tegenhouden. Deze barometer weerspiegelt die realiteit en beoogt leiders te ondersteunen bij het navigeren hierin. De analyse wordt verder verrijkt door de perspectieven van belangrijke opinieleiders die inzichten uit de praktijk bieden over opkomende risico's, kansen en best practices.

De bevindingen van dit jaar laten zien dat de veerkracht op sommige gebieden toeneemt, maar niet in het vereiste tempo. Indicatoren voor patiëntveiligheid blijven kwetsbaarheden vertonen, met name op het gebied van infectiepreventie en sepsis. Het tekort aan zorgpersoneel neemt toe, met minder beschikbare zorgverleners en velen die de pensioengerechtigde leeftijd naderen. De efficiëntiewinsten blijven geïsoleerd en onvoldoende om aan de stijgende vraag te voldoen, en de prestaties van landen op het gebied van milieuduurzaamheid lopen sterk uiteen. Sterkere toeleveringsketens, minder vermijdbare complicaties en minder verspilling dragen allemaal bij aan voorspelbaardere zorg en een lager operationeel risico.

De barometer laat ook zien dat veerkracht wordt opgebouwd door praktische, alledaagse acties.

Dit zijn concrete stappen die leiders nu kunnen inzetten. Elk van deze stappen versterkt het bredere systeem wanneer de druk toeneemt.

Drie acties springen eruit:

1. Het verminderen van vermijdbare schade

Dit kan de kwaliteit van de zorg beschermen, capaciteit vrijmaken en heropnames verminderen.

2. Het herontwerpen van werk

Betere rollen, duidelijkere taken en slimmere werkstromen kunnen het zorgpersoneel beschermen en kunnen werknemers helpen om meer tijd vrij te maken voor zinvolle patiëntenzorg.

3. Het wegnemen van barrières in zorgtrajecten

Gestroomlijnde overdrachten, betrouwbare escalatie en geïntegreerde gegevensstromen kunnen de doorstroom versterken, wat de patiëntervaring kan verbeteren en vermijdbare kosten kan verlagen.

Dit zijn concrete stappen die leiders nu kunnen inzetten. Elk van deze stappen versterkt het bredere systeem wanneer de druk toeneemt. De methodologie van deze analyse is transparant en gebaseerd op internationaal erkende indicatoren. Ondanks enkele hiaten in de gegevens zijn de trends duidelijk: landen moeten de inspanningen versnellen om schokbestendige systemen op te bouwen en hun personeel te ondersteunen. BD zal de barometer blijven verfijnen, de maatstaven uitbreiden en met partners samenwerken om deze praktisch en geloofwaardig te houden.

De ambitie van deze editie van de barometer is om een duidelijk beeld te geven van waar de veerkracht vandaag de dag staat en waar collectieve actie deze voor de komende jaren kan versterken.

Methodologie

De editie van dit jaar van de BD "Healthcare Resilience Barometer" rangschikt de veerkracht van gezondheidszorgsystemen in 42 landen door de lens van vier thematische gebieden: patiëntveiligheid, zorgpersoneel, ecologische duurzaamheid en efficiëntie.

Omdat de oorspronkelijke gegevenspunten waarop de barometer is gebaseerd op verschillende schalen en metingen zijn gedefinieerd, is het scoresysteem van 0-100 gecreëerd om de gegevens uit de verschillende bronnen op een gestandaardiseerde manier te classificeren en te interpreteren.

Volgens het uniforme systeem is 100/100 de best mogelijke score voor alle indicatoren. Een hogere score is altijd positiever, omdat dit wijst op een hoger niveau van veerkracht in de gezondheidszorg in een land.

Er werd ook primair onderzoek verricht ter aanvulling op de bevindingen. Dit omvatte een reeks diepgaande interviews met belangrijke opinieleiders in de wereldwijde gezondheidssector. Houd er rekening mee dat de inhoud van elk interview het perspectief van de individuele stakeholder op de besproken onderwerpen weerspiegelt en niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de organisatie die de stakeholder vertegenwoordigt of van BD.

Voor een gedetailleerde uitleg van de individuele maatstaven en hoe de scores tot stand zijn gekomen, evenals een volledige lijst van de geraadpleegde stakeholders, verwijzen wij u naar de bijlage van dit rapport.

In dit rapport vergelijken we de bevindingen van dit jaar met oudere gegevens uit de editie van 2024 van de barometer. Deze gegevens uit 2024 zijn te vinden op: **https://lp.bd.com/healthcare-resilience-barometer-2024.html**

Patiëntveiligheid:

Bescherming van uitkomsten, capaciteit en veerkracht van het systeem

In één oogopslag

De prestaties op het gebied van patiëntveiligheid blijven onveranderd. Deze cumulatieve maatstaf omvat indicatoren variërend van infecties tot sepsis en zorgverzekering en geeft een duidelijk beeld van tekortkomingen in de patiëntveiligheid en bredere kwetsbaarheden in gezondheidszorgsystemen. De gemiddelde score in alle landen is 58/100. Met Noorwegen en IJsland aan kop met 73 en Slovenië en Griekenland op 40, is de vooruitgang ongelijk verdeeld en fragiel.

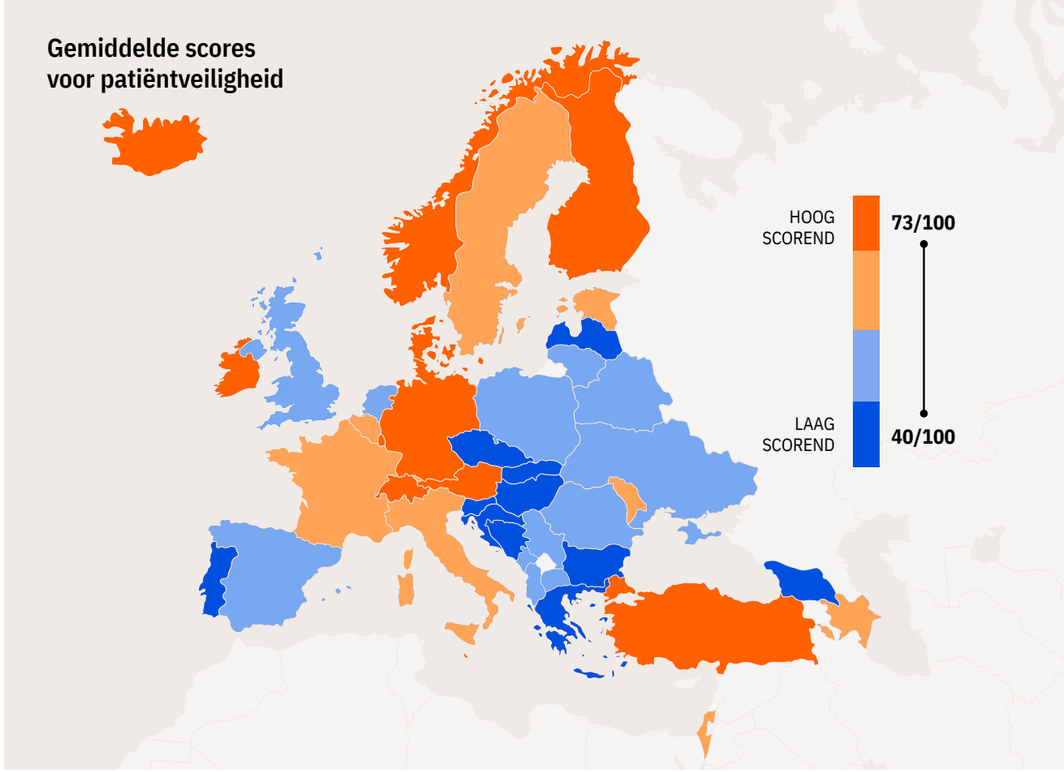
De prevalentie van zorggerelateerde infecties laat gemiddeld in alle landen een lichte verbetering zien. Het gemiddelde over alle landen is marginaal verbeterd (van 51/100 in 2024 naar 53/100 in 2026), waarbij landen als Italië, Ierland en Spanje vooruitgang boeken.

De incidentie van sepsis legt de kwetsbaarheid van het systeem bloot. De meeste landen liggen dicht bij elkaar, met een gemiddelde over alle landen van 42/100. Sinds 2024 zijn de scores in alle landen gedaald, waaronder in landen als Italië en het Verenigd Koninkrijk.

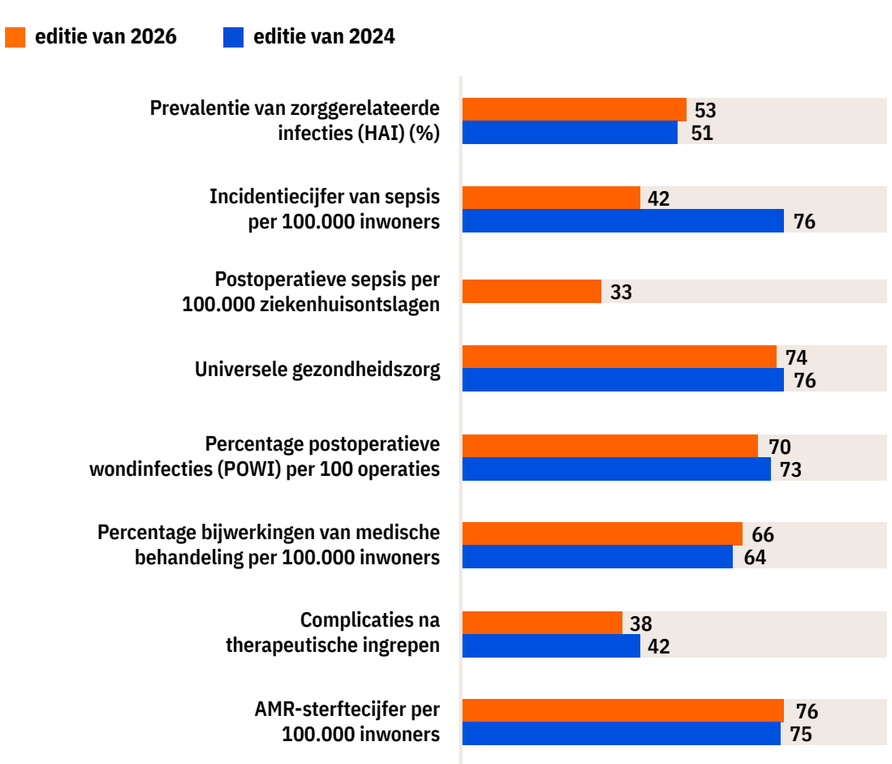
Postoperatieve sepsis scoort zorgwekkend laag, met een gemiddelde over alle landen van 33/100 en opvallende gegevenshiaten in verschillende specifieke landen. Deze maatstaf, die in de editie van dit jaar aan de barometer is toegevoegd om een kritieke, vermijdbare factor van patiëntschade, zorgkosten en systeemdruk beter in kaart te brengen, laat zien dat Polen (80/100) en Italië (60/100) relatief goed scoren. Dit benadrukt kansen voor perioperatieve veiligheid en infectiepreventie.

De universele gezondheidszorg (UHC) loopt terug in een aantal landen met goed functionerende gezondheidssystemen. Duitsland, Nederland, Spanje en Zweden lieten allen een daling zien ten opzichte van 2024 en het gemiddelde over alle landen daalde van 76/100 naar 74/100.

Gegevenstransparantie is een probleem. In verschillende landen ontbreken gepubliceerde gegevens over postoperatieve wondinfecties (POWI) en postoperatieve sepsis, wat benchmarking beperkt en verbetercycli vertraagt.



Figuur 1: Gemiddelde scores voor patiëntveiligheid per indicator per land (scores op een schaal van 100)



Opmerking: De waarden in deze staafdiagrammen mogen niet worden geïnterpreteerd als werkelijke percentages. Deze worden gebruikt om een barometerscore te berekenen. Raadpleeg voor meer informatie de bijlage 'Scoringssysteem van de barometer'.

Hoogwaardige zorg begint bij patiëntveiligheid en beschermt de capaciteit.

Elke patiënt komt in het ziekenhuis met een eenvoudige, fundamentele verwachting: dat de zorg die zij ontvangen veilig en betrouwbaar is en gericht op hun herstel en niet wordt ondermijnd door vermijdbare schade. Hoogwaardige zorg begint bij patiëntveiligheid en beschermt de capaciteit.



Het verminderen van zorggerelateerde infecties (HAI's) verkort de ligduur en verbetert de patiëntenstroom, waardoor het aantal beschikbare beddagen toeneemt om het aantal patiënten dat op zorg wacht te verminderen[1].

De barometer van dit jaar laat een daling zien die voornamelijk wordt veroorzaakt door sepsisindicatoren, met een algemene veiligheidsscore van 58/100, een daling ten opzichte van 62/100 in 2024[2].

> “Zelfs kleine veiligheidsfouten leiden al snel tot capaciteitsproblemen, omdat complicaties vaak twee tot drie weken extra beslag leggen op een bed. Dit heeft een enorm domino-effect op het hele systeem.”



Prof. Dr Dirk de Ridder

Directeur Kwaliteit en Hoofd van het Instituut voor het Gezondheidsbeleid.

Zorggerelateerde infecties (HAI)

De score voor HAI's is licht verbeterd (van 51/100 in 2024 naar 53/100 in 2026), onder andere in Italië, Ierland en Spanje. Leidinggevenden in de frontlinie omschrijven dit als een oprechte, maar fragiele vooruitgang.

Dr. Rafael Bengoa, senior fellow aan de Universiteit van Harvard en voormalig directeur Zorgsystemen bij de WHO, merkt op dat er wel verbeterinstrumenten bestaan, maar dat “*zorgverleners geen tijd hebben om best practices te verspreiden*”, waardoor vooruitgang lokaal blijft. Dr. Matthias Gründling, hoofd van de Sepsis Dialogue aan het Universitair Medisch Centrum Greifswald, voegt eraan toe dat infectiepreventie wordt beperkt door het trage tempo van systeembrede transformatie.

> “Systemen zouden zorgverleners moeten waarschuwen wanneer er niet aan belangrijke richtlijnparameters wordt voldaan. Het direct koppelen van richtlijnen aan digitale werkstromen zou de patiëntveiligheid aanzienlijk kunnen verbeteren.”



Dr Matthias Gründling

Hoofd van de sepsisdialoog aan het Universitair Medisch Centrum Greifswald, Duitsland

Postoperatieve wondinfecties (POWI)

Postoperatieve wondinfecties (POWI) komen voor bij 0,6 tot 9,6% van de ingrepen in Europa[3].

Dit wordt weerspiegeld in de score voor POWI-prestaties, die met 70/100 relatief sterk blijft, hoewel iets lager dan de 73/100 in 2024. Ook beperken de ontbrekende gegevens in verschillende landen benchmarking en leren. Gegevenshiaten vormen een risico voor de veerkracht, omdat systemen variatie niet kunnen identificeren of aanpakken.

> “Verbetering op welk gebied dan ook hangt af van het feit of het personeel over de middelen en het vermogen beschikt om projecten op te pakken, wat afhankelijk is van consistente meting en transparantie.”



Dr Rafael Bengoa

Senior Fellow, Universiteit van Harvard; voormalig directeur Zorgsystemen, WHO, Spanje



1. Stewart S., et al. Impact van zorggerelateerde infecties op de ligduur. Journal of Hospital Infection. 2021. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.02.026
2. Opmerking: De volledige lijst met indicatoren voor patiëntveiligheid die in 2026 is gebruikt, is niet direct vergelijkbaar met die uit 2024; veranderingen in de totale scores moeten daarom met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare associated infections: surgical site infections. Annual epidemiological report for 2021–2022. Stockholm: ECDC; 2025.

Sepsis en postoperatieve sepsis

In Europa sterft er elke minuut meer dan één persoon aan sepsis en driekwart van de 2,8 miljoen overlevenden lijdt aan langetermijngevolgen[4]. De incidentie van sepsis scoort gemiddeld 42/100, waarbij de daling mogelijk een weerspiegeling is van verbeterde surveillance in plaats van verslechterende zorg. Postoperatieve sepsis scoort nog lager met 33/100. De sterkere score van 80/100 van Polen laat zien wat mogelijk is, maar inconsistente perioperatieve betrouwbaarheid en suboptimale zorgovergangen blijven variatie in de hand werken.

> “Hoewel de chirurgische intensive care grote vooruitgang heeft geboekt, is er nog steeds enorm potentieel om de patiëntveiligheid te verbeteren, vooral bij sepsiszorg.”



Dr Matthias Gründling

Hoofd van de Sepsis Dialogue, Universitair Medisch Centrum Greifswald, Duitsland

Universele gezondheidszorg

Patiëntveiligheid en kwaliteitszorg worden erkend als een integraal aspect van een succesvol UHC-systeem[5]. De score van de barometer voor universele gezondheidszorg daalde van 76/100 in 2024 naar 74/100 in 2026, wat dr. Rafael Bengoa koppelt aan fragmentatie en hiaten in de eerstelijnszorg en sociale zorg, waardoor vermijdbare complicaties in ziekenhuizen terechtkomen. Personeelsdruk verergert dit, waarbij dr. Anders Ahlsson, directeur gezondheidszorg en medische diensten bij Regio Stockholm, opmerkt dat de administratieve last de tijd voor directe observatie van patiënten vermindert. Alexandra Hammond, adjunct-directeur van Net Zero en duurzame inkoop bij NHS England, benadrukt ook dat een hoge patiëntveiligheid duurzaamheidsvoordelen oplevert.

> “Minder tijd aan het bed heeft direct invloed op vroegtijdige detectie en de betrouwbaarheid van infectiepreventie.”



Prof. Dr Anders Ahlsson

Directeur Gezondheids- en Medische Diensten, Regio Stockholm, Zweden

> “Het vermijden van vermijdbare schade vermindert complicaties, verspilling en onnodige klinische activiteiten, wat zowel de milieudoelstellingen als de operationele capaciteit ondersteunt.”



Alexandra Hammond

Adjunct-directeur van Net Zero en Duurzame Inkoop, NHS England, VK



Samenvatting, impact en vooruitblik

In de hele barometer laten sommige landen van 2024 tot 2026 opmerkelijke verbeteringen zien in de patiëntveiligheid, waaronder Malta (+14), België (+7), Ierland (+9), Duitsland (+4) en Luxemburg (+6), maar de systeembrede vooruitgang blijft beperkt. Infectierisico's blijven hoog, zoals blijkt uit de dalende sepsisscores. Dit kan aangeven hoe bredere complicaties de ligduur kunnen verlengen en de druk op de intensive care kunnen verhogen. De klinische leiders die voor dit rapport zijn geïnterviewd, koppelen deze zwakke punten aan personeelstekorten, een variabele mix van vaardigheden en gefragmenteerde zorgpaden.

Er is een duidelijke kans voor aanhoudende vooruitgang, aangezien ongeveer de helft van de incidenten op het gebied van patiëntveiligheid als vermijdbaar wordt beschouwd[6]. Vermijdbare schade wordt zelden veroorzaakt door één enkele fout. Om vermijdbare schade te verminderen, is inzicht nodig in de risico's en betrouwbaarheidsuitdagingen binnen complexe zorgsystemen die onder constante druk staan.

Wanneer zorgsystemen onderbezet zijn, neemt de consistentie van de zorg af en komt de patiëntveiligheid in gevaar[7]. Onze gegevens suggereren dat infectiepreventie en -bestrijding een aanhoudende risicofactor vormen voor gezondheidszorgsystemen. Systemen kunnen initiatieven overwegen zoals gespecialiseerde infectieteams, betere ondersteuning voor het vroegtijdig herkennen van achteruitgang via verbeterde vroegtijdige waarschuwingssystemen, veiligere zorgoverdrachten en completere gegevens om leren te stimuleren. Het vroegtijdig aanpakken van hiaten en gebrekkige coördinatie in het zorgpad is ook essentieel om te voorkomen dat ziekenhuizen te maken krijgen met vermijdbare spoedgevallen.

Vooruitkijkend kan het verminderen van vermijdbare schade milieuvoordelen opleveren door onnodige emissies en afval te verminderen. Consistente meting, verbeterde werkomstandigheden, duidelijkere overdrachten en een doordacht herontwerp van personeelsrollen zouden vooruitgang kunnen ondersteunen.

4. European Sepsis Alliance. European sepsis report [Internet]. Brussels: European Sepsis Alliance; 2023. Beschikbaar via: https://www.europeansepsisalliance.org/europeansepsisreport. Geraadpleegd op 21 mei 2026.
5. World Health Organization. Universal health coverage and patient safety & quality: understanding the central role of patient safety and quality in UHC. Geneva: WHO; 2014.
6. World Health Organization; Organisation for Economic Co operation and Development. 10 facts on patient safety. Geneva: WHO; 2019.
7. Ball J.E., et al. Post operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a cross sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2018;78:10 15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004.

Zorgpersoneel:

De grootste structurele zwakte van gezondheidszorgsystemen

In één oogopslag

De algemene gemiddelde score voor de indicator Zorgpersoneel, die alle personeelsgerelateerde indicatoren in deze editie van de barometer omvat, staat op 56/100: een daling ten opzichte van 62/100 in 2024.[8]

Vergrijzing van het personeel is een belangrijk structureel risico voor het vermogen van gezondheidssystemen om aan de zorgvraag te voldoen en de patiëntveiligheid te waarborgen. Als we kijken naar de artsen en verpleegkundigen van 55 jaar en ouder, een uitbreiding op de indicator van vorig jaar die alleen verpleegkundigen van 55+ betrof, scoren landen gemiddeld slechts **44/100** op de 55+-maatstaf. Dit bevestigt dat gezondheidssystemen dicht bij een pensioengolf staan, zonder voldoende afgestudeerden om vertrekkend personeel te vervangen.

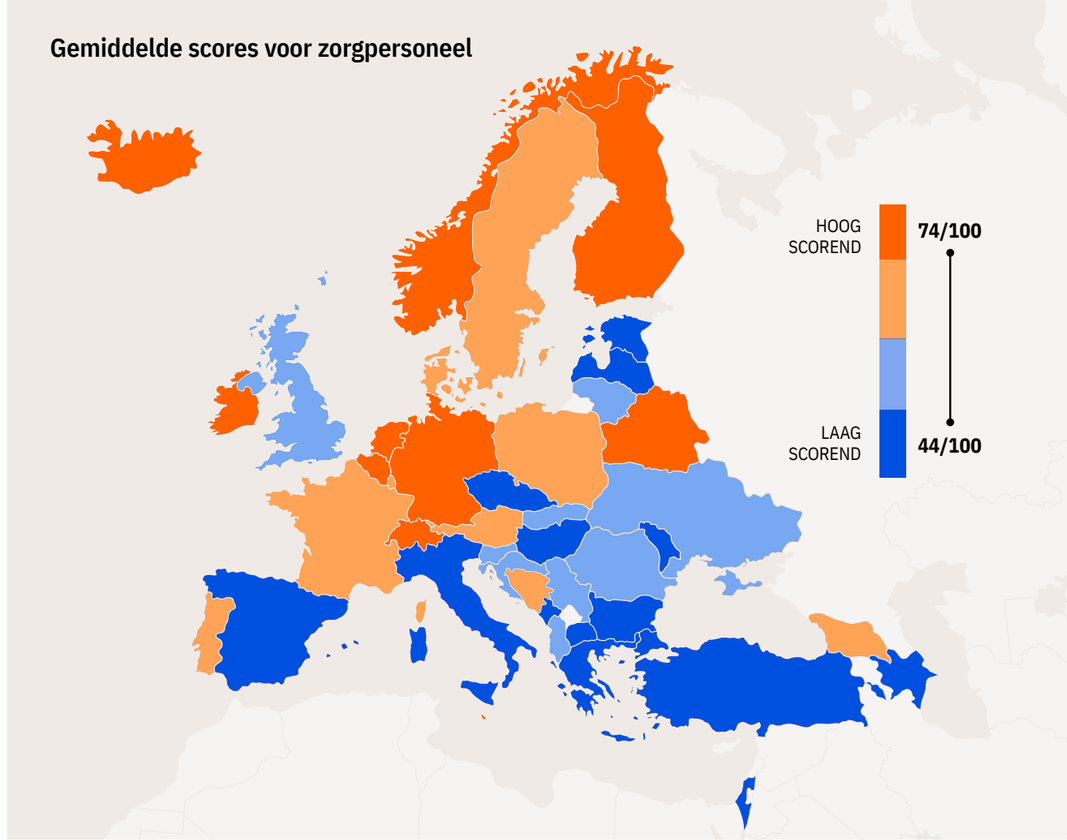
De beschikbaarheid van artsen verslechtert. De gemiddelde arts-patiëntverhouding is gedaald van **56/100 in 2024 naar 50/100 in alle landen, met opvallende dalingen in Zweden** en verdere dalingen in landen als **Denemarken, Ierland, Zwitserland en Frankrijk.**

De scores voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen dalen ook (77/100 tegenover 79/100 in 2024). België, Frankrijk, Duitsland en Zweden behoren tot de landen die in deze editie van de barometer licht zijn gedaald.

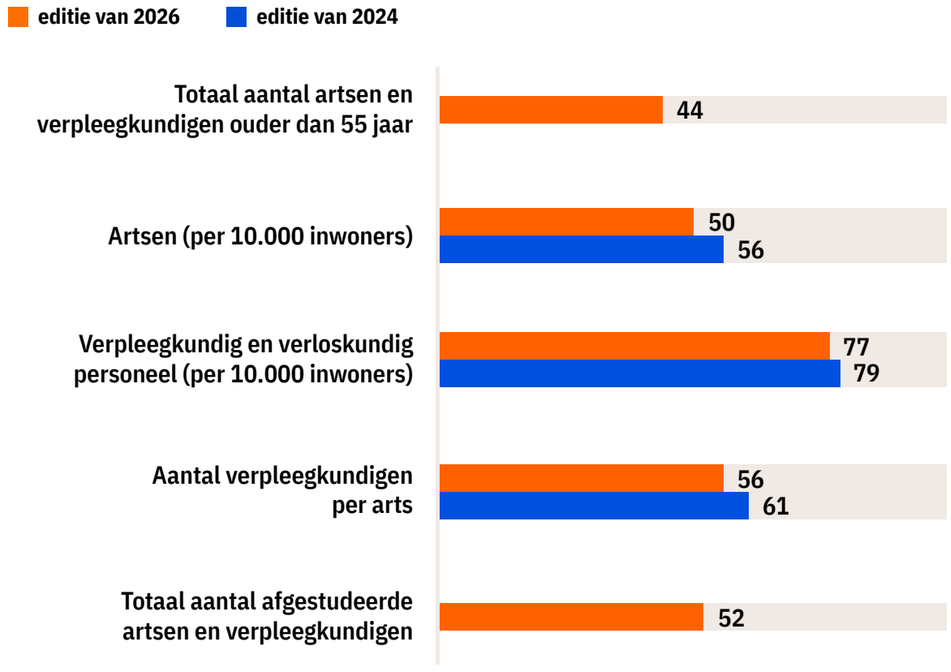
Daarnaast is ook de indicator voor de verpleegkundige-artsverhouding gedaald (56/100 tegenover 61/100 in 2024): onder meer in Duitsland, Polen en Italië. Dit wijst op een groeiende kwetsbaarheid in eerstelijnsteams.

Nieuwe afgestudeerden houden het tempo niet bij. Deze nieuwe indicator, die de aanvoer van nieuwe zorgprofessionals voor het personeelsbestand beoordeelt, toonde aan dat alleen Frankrijk en Duitsland maximale scores behalen op het gebied van afgestudeerden, terwijl vele anderen ver onder het niveau blijven dat nodig is om uitstroom te compenseren.

8. Opmerking: de volledige lijst met indicatoren voor zorgpersoneel die in 2026 wordt gebruikt, is niet direct vergelijkbaar met die uit 2024, dus veranderingen in de algemene score moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd



Figuur 2: Gemiddelde scores voor zorgpersoneel per indicator per land (scores op een schaal van 100)



Opmerking: De waarden in deze staafdiagrammen mogen niet worden geïnterpreteerd als werkelijke percentages. Deze worden gebruikt om een barometerscore te berekenen. Raadpleeg voor meer informatie de bijlage 'Scoringssysteem van de barometer'.

Veerkracht van het personeel vormt de basis voor veerkracht van het systeem.

Wanneer de personeelsbezetting onvoldoende is of slecht wordt ingezet, kan het moeilijker zijn om kwaliteit en veiligheid te handhaven. De barometer van dit jaar laat een personeelsbestand zien dat niet alleen onder druk staat door de stijgende vraag, maar ook door structurele onbalans.



Artsen

De daling van het aantal artsen per inwoner is een waarschuwingssignaal dat geworteld is in vergrijzend personeel, uitdagingen wat betreft het behoud van personeel en trage opleidingstrajecten. Het gemiddelde over alle landen is gedaald van 56/100 in 2024 naar 50/100, met opvallende dalingen in Zweden en verdere dalingen in Denemarken, Ierland, Zwitserland en Frankrijk.

Sommige zorgsystemen worden ook geconfronteerd met een personeelstekort, waarbij pensioneringen in toenemende mate de instroom van nieuwe afgestudeerden overtreffen[9]. Veel landen vertrouwen op internationaal opgeleide zorgverleners om gaten te dichten, een kortetermijnoplossing die de kwetsbaarheid vergroot en bijdraagt aan tekorten elders[10].

9. Ellen Kuhlmann. The health workforce crisis in the European Union. 2025.
10. WHO. Healthcare workforce migration in the WHO European Region: country case studies from Albania, Armenia, Georgia, Ireland, Matla, Norway, Republic of Moldova, Romania and Tajikistan. 2025.

Aantal verpleegkundigen per arts

De verhouding verpleegkundigen per arts is ook gedaald, van 61/100 in 2024 naar 56/100. Grote systemen, waaronder Duitsland, Polen en Italië, gaan achteruit, wat de druk op de teamsamenstelling en de mix van vaardigheden benadrukt. Prof. dr. Dirk de Ridder merkt op dat optimalisatie niet alleen gaat over aantallen, maar over het zorgen dat de juiste kwalificaties beschikbaar zijn waar en wanneer dat nodig is.

> “We hebben incidenten gehad waarbij we achteruitgang hebben gemist, omdat de aanwezige persoon niet over de juiste kwalificaties beschikte.”



Prof. Dr Dirk de Ridder

Directeur Kwaliteit en Hoofd van het Instituut voor het Gezondheidsbeleid.

Aantal artsen en verpleegkundigen van 55 jaar en ouder

Het vergrijzende personeelsbestand illustreert verder de kwetsbaarheid van het systeem en weerspiegelt een breder patroon: meer dan een derde van de artsen en ongeveer een kwart van de verpleegkundigen in de EU is ouder dan 55 jaar en zal naar verwachting de komende jaren met pensioen gaan[11]. Landen scoren op deze indicator gemiddeld slechts 44/100. Veel landen lopen een hoog risico, omdat de pensioengerechtigde leeftijd na 60 jaar versnelt, wat leidt tot geconcentreerde uitstroomgolven. Zonder gerichte maatregelen voor het behoud van personeel of herontworpen functies riskeren veel systemen de komende jaren door het huidige leeftijdsprofiel en de instroom van afgestudeerden een nettoverlies aan klinische capaciteit. Dit verzwakt de veerkracht van zowel het personeel als het systeem als geheel.

Afgestudeerde artsen en verpleegkundigen

De uitstroom van gediplomeerden blijft achter bij deze dreigende verliezen. Hoewel Frankrijk en Duitsland goed scoren, blijven de meeste landen ver achter bij wat nodig is om aan de toenemende vraag naar zorg te voldoen en de capaciteit van een vergrijzend personeelsbestand te vervangen. Gezien de lange doorlooptijden voor het uitbreiden van opleidingen, benadrukken internationale inschattingen dat personeelsbehoud en betere arbeidsomstandigheden de meest effectieve instrumenten op korte termijn zijn om het personeelsbestand te stabiliseren[12].

Nieuwe generaties gezondheidszorgprofessionals die de arbeidsmarkt betreden, brengen ook nieuwe perspectieven op het gebied van de balans tussen werk en privé, carrièredoelen en benaderingen van patiëntenzorg met zich mee. Het begrijpen van deze verschillen en het opbouwen van constructieve benaderingen om een intergenerationeel personeelsbestand te ondersteunen, is essentieel om nieuwe gediplomeerden te behouden[13,14].



11. OECD and the European Commission, Health at a Glance: Europe 2024, 2024
12. OECD (2016). Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places
13. Pawlak et al. Generational differences in nurse stress and coping strategies in relation to perceived patient safety: a cross-sectional study. 2025. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100385
14. Pietrantonio et al., Age diversity management in healthcare: leveraging generational differences with an inclusive approach. 2025. https://doi.org/10.4081/itjm.2025.2074

Het oplossen van de personeelsuitdagingen

Er bestaat geen pasklare oplossing voor de personeelsuitdagingen van gezondheidszorgsystemen. Specifieke stappen naar vooruitgang kunnen bestaan uit een betere integratie van personeel, flexibelere inzet van personeel en het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en van adequate personeelsbezetting en beheersbare werkdruk tot fysieke veiligheid en psychosociale ondersteuning. Een studie uit 2026 toont aan dat een aanzienlijk deel van de gezondheidszorgmedewerkers zich op het werk vaak uitgeput (40%), mentaal afstandelijk (25%) of cognitief beperkt (23%) voelt[15].

Om talent aan te trekken en te behouden, dringt dr. Anders Ahlsson er bij leiders op aan om de realiteit van het dagelijkse werk te onderzoeken en de administratieve last te verminderen, die de tijd, energie en productiviteit van mensen uitput. Ondertussen dringt Sonya Carassik Ratty, CEO van Adapt & Live, er bij zorgsystemen op aan om collegiale ondersteuning, toegang tot geestelijke gezondheidszorg en mentorschap voor gezondheidszorgmedewerkers te bieden.

> “Voor het eenzame individu dat op de afdeling werkt, is het geen goede werkomgeving. Administratieve gelaagdheid en digitale lasten verminderen de tijd aan het bed en ondermijnen het personeelsbehoud.”



Prof. Dr Anders Ahlsson

Directeur Gezondheids- en Medische Diensten, Regio Stockholm, Zweden

> “Een van de grootste uitdagingen waar ons personeel vandaag de dag voor staat, is de afname van veerkracht bij gebrek aan zinvolle ondersteuning.”



Sonya Carassik Ratty

CEO, Adapt & Live, VK

Prof. dr. Dirk de Ridder beschrijft het verplaatsen van passende procedures naar de dagbehandeling om bedden vrij te maken (op voorwaarde dat de eerstelijnszorg patiënten eerder kan ontvangen). Ook beschrijft hij het herontwerpen van taken, zodat gespecialiseerde verpleegkundigen niet worden opgeslokt door repetitief administratief werk dat kan worden geautomatiseerd of gedelegeerd.

> “Neem bijvoorbeeld prostaatkanker: na een robot-prostatectomie gaat 99% van onze patiënten na slechts 23 uur naar huis. Taken die we vroeger tijdens een ziekenhuisopname afhandelden, worden steeds vaker verschoven naar de dagbehandeling. Grotendeels omdat COVID ons dwong om na te denken over hoe we zorg verlenen.”



Prof. Dr Dirk de Ridder

Directeur Kwaliteit en Hoofd van het Instituut voor het Gezondheidsbeleid.

Dr. Rafael Bengoa suggereert dat een tekort aan verpleegkundigen niet altijd het probleem is. Een deel van de oplossing ligt in grotere flexibiliteit en een structureel herontwerp van waar, binnen een organisatie, de juiste vaardigheden worden ingezet. Amah Kouevi, directeur van het Franse Patient Experience Institute (IFEP), beschrijft hoe dit in de praktijk werkt door elasticiteit te creëren die de veerkracht in verschillende delen van het zorgsysteem versterkt.

> “We hebben de flexibiliteit nodig om ons personeelsbestand te reorganiseren, om mensen verschillende functies te laten aannemen en om lokale innovatie te ondersteunen met het personeel dat we al hebben.”



Dr Rafael Bengoa

Senior Fellow, Universiteit van Harvard; voormalig directeur Zorgsystemen bij de WHO, Spanje

> “De kracht van onze zorgsystemen ligt in de diversiteit. Aanbieders uit de publieke en private sector, ziekenhuizen en de gemeenschap werken samen om elasticiteit te creëren, zodat wanneer één onderdeel onder druk staat, andere onderdelen de druk kunnen opvangen.”



Amah Kouevi

Frankrijk Directeur, Frans Instituut voor Patiëntervaring (IFEP) Frankrijk

Samenvatting, impact en vooruitblik

In alle landen passen sommige zorgsystemen zich aan, maar het bewijs wijst op een personeelsbestand dat structureel onder druk staat. Aanhoudende tekorten en een vergrijzend personeelsbestand beperken het aanbod van artsen en verpleegkundigen, terwijl arbeidsomstandigheden die de tijd voor directe zorg beperken, de kloof in veiligheid en efficiëntie vergroten.

De veerkracht van het personeel wordt in toenemende mate een beperkende factor voor het leveren van veilige, hoogwaardige zorg. Wanneer teams onderbezet of instabiel zijn met frequente inwerkperiodes, inzet van uitzendkrachten en onbekendheid met lokale protocollen, wordt het moeilijker om betrouwbare zorg te handhaven tijdens verschillende diensten op verschillende afdelingen.[16]

Er zijn een paar duidelijke acties die kunnen worden ondernomen om het zorgpersoneel te verbeteren:

- Functies en processen herontwerpen om de klinische tijd te maximaliseren en inwerk- en begeleidingstrajecten te versterken, met name waar de mix van vaardigheden varieert.
- Opleidingskanalen uitbreiden en moderniseren, terwijl de arbeidsomstandigheden en lonen worden verbeterd om personeelsbehoud te bevorderen.
- Werkstromen verbeteren en digitale tools en AI introduceren om de productiviteit te verhogen, waardoor personeel vrijkomt voor patiëntenzorg en flexibeler werken in verschillende zorgomgevingen mogelijk wordt. Zo absorberen ziekenhuizen geen vermijdbare zorgvraag.

Innovatie gecombineerd met aanhoudende investeringen in opleiding en personeelsondersteuning kan de huidige capaciteit beschermen en de duurzaamheid op lange termijn ondersteunen.

15. Foglia et al., Enhancing healthcare workers' safety and well-being through a comprehensive qualitative analysis across hospital settings. 2026.

16. Beauvais B., et al. When agency fails: an analysis of the association between hospital agency staffing and quality outcomes. Risk Management and Healthcare Policy. 2024.

Milieuduurzaamheid :

De vermenigvuldiger van veerkracht

In één oogopslag

De prestaties op het gebied van milieuduurzaamheid in de barometer zijn gemengd, met een gemiddelde score van 52/100.

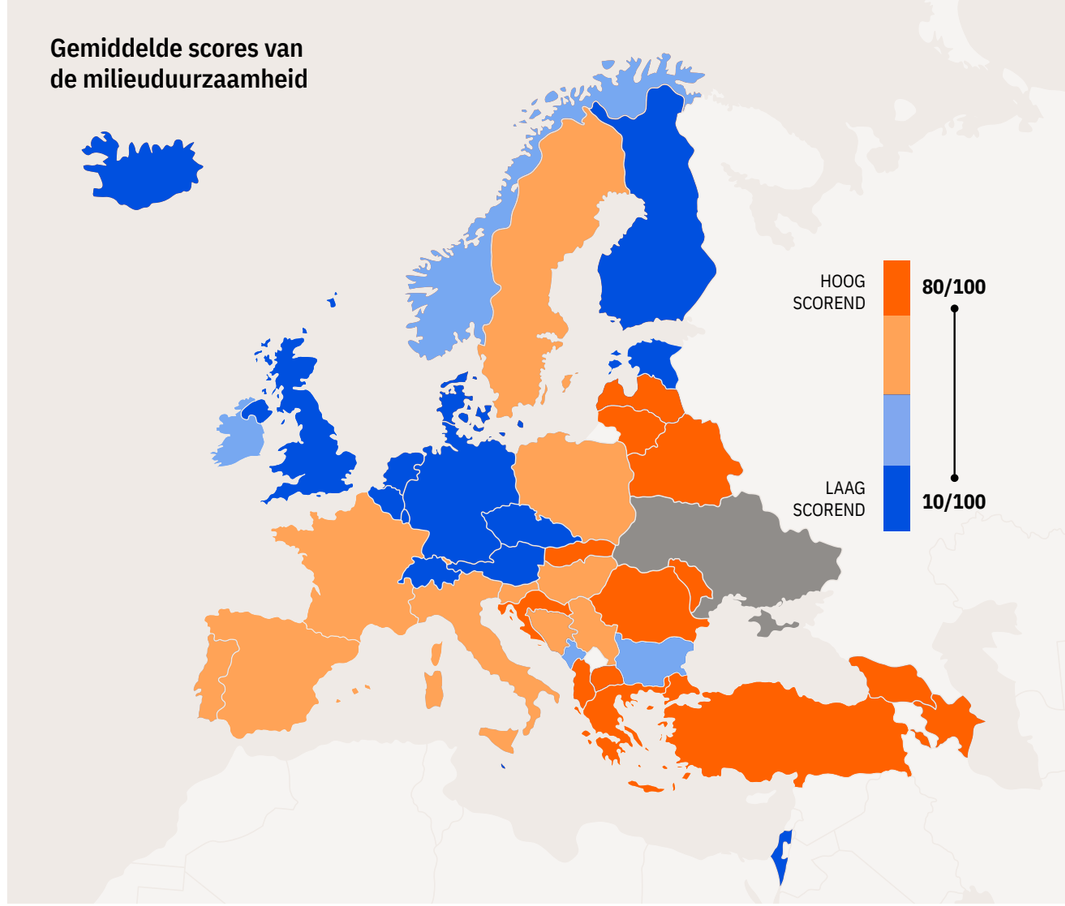
De gegevens in deze editie van de Barometer zijn gebaseerd op de meest recente statistische publicaties. De onderliggende gegevens in deze publicaties zijn echter niet bijgewerkt sinds de publicatie van de vorige editie van de Barometer, wat betekent dat deze gegevens ongewijzigd zijn. Dit benadrukt een hiaat in de voortdurende monitoring van gezondheidszorgprestaties over dit onderwerp.

Frankrijk, Ierland en Zweden behoren tot de landen die sterk presteren op het gebied van de totale gezondheidszorgemissies per hoofd van de bevolking in de gezondheidszorgsector. Hun hoge scores geven aan dat zij, in vergelijking met andere systemen, relatief lage broeikasgasemissies per persoon genereren in de gezondheidszorgsector.

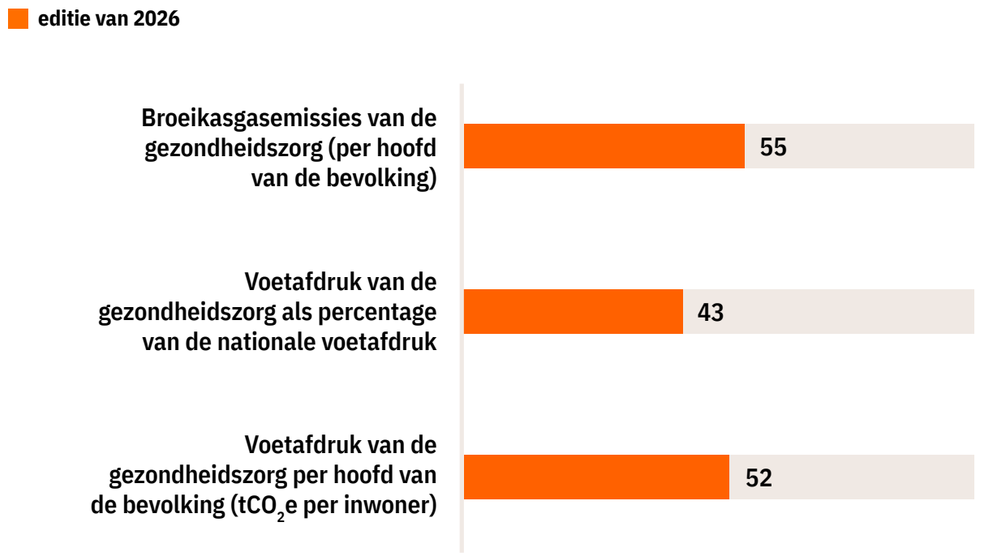
Andere landen, waaronder Italië en Polen, presteren goed op een ander vlak: de voetafdruk van de gezondheidszorg als percentage van de nationale uitstoot is lager. Dit betekent dat, hoewel hun gezondheidszorgsystemen in absolute termen misschien niet altijd de laagste uitstoters zijn, de gezondheidszorg een kleiner deel uitmaakt van de totale ecologische voetafdruk van hun land. Dit wijst op vooruitgang in het koolstofarm maken van de gezondheidszorg in vergelijking met andere sectoren die uitstoot veroorzaken.

De maatstaf 'tCO_2e per hoofd van de bevolking naar percentage van het bestede bbp' benadrukt het verband tussen investeringen en koolstofintensiteit. Een hogere tCO_2e per hoofd van de bevolking bij vergelijkbare uitgaven kan wijzen op structurele inefficiënties. Omgekeerd wijzen lagere uitstoters bij vergelijkbare uitgaven op koolstofefficiëntere zorgsystemen.

Veel West-Europese landen scoren onder het gemiddelde over alle landen. Deze ranglijsten weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs inefficiëntie, maar vaak een betere toegang tot, intensiteit van en reikwijdte van de zorg. Sommige lager gerangschikte landen kunnen tegelijkertijd vooroplopen in bredere inspanningen voor koolstofreductie, waaronder hernieuwbare elektriciteit en klimaatregelgeving.



Figuur 3: Gemiddelde scores van de milieuduurzaamheid per indicator per land (scores op een schaal van 100)



Opmerking: De waarden in deze staafdiagrammen mogen niet worden geïnterpreteerd als werkelijke percentages. Deze worden gebruikt om een barometerscore te berekenen. Raadpleeg voor meer informatie de bijlage 'Scoringssysteem van de barometer'.

17. tCO_2e staat voor ton CO2-equivalent, een standaardeenheid voor het tellen van broeikasgasemissies, ongeacht het type gas. Zie de bijlage voor meer details over de indicatoren..

Ecologische duurzaamheid wordt in toenemende mate erkend als een kernfactor in de veerkracht van de gezondheidszorg, met een groeiende focus op nauwkeurige meting en rapportage van de duurzaamheid van zorgsystemen.

Dit wordt mede aangestuurd door de Lancet-commissie voor duurzame gezondheidszorg[18]. Om dit belang te weerspiegelen, wijdt deze editie van de barometer een volledig hoofdstuk aan ecologische duurzaamheid. De scores laten een gemiddelde van 52/100 zien voor 42 landen en alle duurzaamheidsindicatoren, met grote variaties in de uitstoot van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking, het aandeel van de sector in de nationale uitstoot en de totale voetafdruk.



Een hoge uitstoot door de gezondheidszorg kan een weerspiegeling zijn van de uitgebreide diensten die worden geleverd via geavanceerde, toegankelijke gezondheidszorgsystemen, in plaats van een gebrek aan inspanningen op het gebied van duurzaamheid. Naarmate landen in diverse sectoren hun CO_2-uitstoot verminderen, kan de gezondheidszorg één van de moeilijkste sectoren zijn om koolstofarm te maken. Dit komt mede door de complexiteit van de toeleveringsketen.

Veel factoren kunnen de uitstoot van de gezondheidszorg beïnvloeden, waaronder hoe en waar zorg wordt geleverd, de duurzaamheid van inkoop- en toeleveringsketens en de effectiviteit van klinische zorgpaden bij het verminderen van vermijdbare tests, behandelingen en activiteiten. Verbeteringen op het gebied van ecologische duurzaamheid kunnen worden geïntegreerd in bredere initiatieven voor veerkracht.

Tegelijkertijd kunnen systemen de efficiëntie en uitkomsten van de zorg verbeteren en hun ecologische impact verminderen door middel van beleid dat gericht is op het verminderen van zowel verspilling als laagwaardige zorg[19].

Broeikasgasemissies per hoofd van de bevolking door de nationale gezondheidszorgsector

Scores voor broeikasgasemissies illustreren de ongelijkheid in het koolstofarm maken van de gezondheidszorgsector tussen gezondheidszorgsystemen. Frankrijk, Ierland en Zweden scoren relatief hoog (70/100) ten opzichte van een gemiddelde over alle landen van 55/100. In vergelijking met andere gezondheidszorgsystemen genereren deze drie landen relatief lage broeikasgasemissies per persoon in de gezondheidszorgsector, terwijl andere landen sterk afhankelijk blijven van energie- en koolstofintensieve operaties.

Een hogere uitstoot van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking hangt sterk samen met de volwassenheid van het systeem. Landen met universele toegang, een hoge dekkingsgraad van de zorg, geavanceerde diagnostiek en complexe behandelingen hebben de neiging om meer gezondheidsdiensten per persoon te leveren, wat de uitstoot per hoofd van de bevolking verhoogt. Vergelijkingen van de uitstoot per hoofd van de bevolking moeten worden geïnterpreteerd in samenhang met gezondheidsuitkomsten en gelijkheid, om beter te begrijpen hoe de prestaties van het zorgsysteem de duurzaamheidsdoelstellingen vormgeven. Zoals de OESO aantoont in haar rapport uit 2025: het koolstofarm maken van zorgsystemen in OESO-landen[20].

Voetafdruk van de gezondheidszorgsector als percentage van de nationale uitstoot

Ook het aandeel van de gezondheidszorg in de nationale uitstoot varieert. In veel landen met een hoog inkomen zorgen energie, energieopwekking en zware industrie al voor een verminderde uitstoot, terwijl de gezondheidszorg moeilijker te verduurzamen is. Als gevolg hiervan kan de gezondheidszorg een groter deel van de nationale uitstoot voor haar rekening nemen, zelfs als de absolute uitstoot stabiel blijft of daalt.

Een groot deel van West- en Noord-Europa valt onder het gemiddelde over alle landen van 43/100. Voor landen met betere prestaties kan dit betekenen dat de gezondheidszorg een kleiner deel uitmaakt van de totale CO2-voetafdruk, zelfs als ze in absolute termen niet altijd de laagste uitstoters zijn.

Het aanpakken van de ongelijke klimaattransitie tussen gezondheidszorgsystemen

De bevindingen onderstrepen een gefragmenteerde klimaattransitie. Efficiëntiewinsten kunnen de gerapporteerde uitstoot in eerste instantie verhogen, omdat een betere toegang tot diagnostiek, behandelingen en preventieve zorg de uitstoot op korte termijn kan verhogen. Dit terwijl de uitkomsten verbeteren, zoals uitgelegd door de paradox van Jevons[21]. Alexandra Hammond benadrukt de noodzaak om ecologische duurzaamheid te koppelen aan operationele prestaties. Vermijdbare heropnames, onnodige procedures en langdurige verblijven genereren allemaal vermijdbare uitstoot, energieverbruik en afval, terwijl complicaties voor extra koolstofuitstoot zorgen, omdat intensieve zorg veel middelen vergt.

18. Singh S, et al. The Lancet Commission on sustainable health care measurement framework for advancing sustainable health care transformation. Lancet. 2026.
19. Organisation for Economic Co operation and Development. Decarbonising health systems across OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2025.
20. Organisation for Economic Co operation and Development. Decarbonising health systems across OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2025.
21. Reid MJA, Mateen B. The Jevons paradox in global health: efficiency, demand, and the AI dilemma. Lancet Digit Health. 2025;7(10).

> Een echt goed functionerende gezondheidsdienst is een dienst die producten goed gebruikt, de beste zorg aan patiënten biedt en duurzaamheid prioriteit geeft.



Alexandra Hammond

Adjunct-directeur van Net Zero en Duurzame Inkoop, NHS England, VK

Prof. dr. Dirk De Ridder merkt op dat complicaties zoals gemiste achteruitgang of zwakke perioperatieve processen zorgen voor extra ligdagen, hoger materiaalverbruik en afval en een grotere werkdruk voor het personeel. De bevindingen van de barometer over infecties en postoperatieve sepsis versterken het verband tussen veiligheid, efficiëntie en de impact op het milieu. Klimaatdruk zal deze onderlinge afhankelijkheid versterken, aangezien hittegolven, extreem weer en instabiliteit in de toeleveringsketen de vraag verschuiven en direct invloed hebben op de menselijke gezondheid[22]. Demografische verschuivingen vormen een extra risicofactor die, in combinatie met de toenemende wereldwijde ziektelast en steeds complexere zorg, bijdraagt aan een grotere zorgvraag en hogere emissies[23].

> We beginnen de werkelijke kosten van complicaties echt te begrijpen, niet alleen in termen van materialen of de financiële impact op het ziekenhuis, maar ook in termen van capaciteit.



Prof. Dr Dirk de Ridder

Directeur Kwaliteit en Hoofd van het Instituut voor het Gezondheidsbeleid.

Er ligt een grote kans in betere metingen. De complexiteit van toeleveringsketens in de gezondheidszorg vormt een uitdaging voor de koolstofboekhouding in de zorg, waardoor vooruitgang moeilijk te vergelijken of te operationaliseren is. Koolstofintensieve toeleveringsketens domineren de voetafdruk van de gezondheidszorg, waarbij naar schatting 60-80% van de emissies in de zorg afkomstig is van indirecte emissies die in de toeleveringsketens besloten liggen[24]. Geavanceerde systemen die afhankelijk zijn van technologie en geneesmiddelen vertonen daarom een hogere voetafdruk, zelfs bij zeer efficiënte ziekenhuizen.

Robert S. Kaplan en Karthik Ramanna, medeoprichters van het E-ledgers Institute, bieden een veelbelovend model. Hun E-ledgers-systeem voor koolstofboekhouding weerspiegelt de financiële boekhouding qua structuur, traceerbaarheid en controleerbaarheid, zoals ze bespreken in de ***Harvard Business Review***[25]. Toegepast in de gezondheidszorg maakt het consistente emissierapportage mogelijk en kwantificeert het de koolstofimpact van het ontwerp van zorgpaden en klinische variatie. Ook informeert het de inkoop door kosten en koolstofuitstoot te vergelijken en koppelt het duurzaamheid direct aan financiële en operationele beslissingen.

> Wanneer organisaties de emissies die gepaard gaan met de producten van hun leveranciers begrijpen, kunnen ze die informatie gebruiken om gezonde concurrentie aan te wakkeren. In plaats van leveranciers uitsluitend te vergelijken op prijs, kwaliteit en levertijd, kunnen ze nu ook de emissies per kilogram input en de transportmethoden voor het vervoer van goederen beoordelen. Dit biedt organisaties een sterkere basis voor het kiezen van leveranciers en logistieke partners.



Prof. Dr Robert S. Kaplan

Emeritus hoogleraar Leiderschapsontwikkeling aan de Harvard Business School



Deze aanpak zou nationale strategieën kunnen versterken die al vereisen dat er over emissies wordt gerapporteerd en de vorm van geïntegreerde leveranciersbetrokkenheid ondersteunen. Dit beschrijft Alexandra Hammond in de National Health Service van het Verenigd Koninkrijk, waar toezeggingen voor koolstofreductie zijn ingebouwd in de inkoop en in partnerschap worden geleverd in plaats van alleen via wettelijke verplichtingen.

Variatie tussen landen weerspiegelt ook verschillen in afvalpatronen en productgebruik, niet alleen klinische praktijken. Sommige van de meest ontwikkelde zorgsystemen hebben de hoogste emissies, maar operationele veranderingen kunnen helpen hun milieu-impact te verminderen, waaronder gerichte verbeteringen van inefficiënte processen die leiden tot medicatieverspilling en herhaalde diagnostiek. Het verbeteren van deze gebieden verlaagt zowel de kosten als de koolstofuitstoot. Zoals Alexandra Hammond opmerkt: ***"duurzaamheid gaat over de dingen goed doen en briljante gezondheidszorg leveren"***, wat onderstreept dat beter gebruik van middelen simpelweg een goede operationele praktijk is.

Samenvatting, impact en vooruitblik

De prestaties op het gebied van milieuduurzaamheid van gezondheidszorgsystemen blijven gemengd en ongelijk verdeeld. Systemen die ecologische duurzaamheid integreren in het ontwerp van zorgpaden en standaarden voor zorgverlening, vermijdbare variatie verminderen, koolstofboekhouding versterken en proactief samenwerken met leveranciers, kunnen operationele, financiële en ecologische voordelen behalen. Hulpmiddelen zoals het Kaplan-Ramanna E-ledgers-systeem kunnen helpen om duurzaamheid te verplaatsen van ambitie naar meetbare, besluitvaardige praktijk. Het versterken van de banden tussen veiligheid, efficiëntie, inkoop en duurzaamheid biedt een zeer effectieve weg naar veerkracht op lange termijn, waardoor de zorgverlening wordt verbeterd en de milieubelasting van zorgsystemen wordt verminderd.

22. Curtis S, et al. Impact of extreme weather events and climate change for health and social care systems. Public Health. 2017.
23. MacNeill AJ, McGain F, Sherman JD. Planetary health care: a framework for sustainable health systems. The Lancet Planetary Health. 2021;5(2):e66 e68. doi:10.1016/S2542 5196(21)00005 X.
24. World Health Organization. Decarbonizing the healthcare supply chain: strategic actions for health systems. Geneva: World Health Organization; 2025. Beschikbaar via: https://www.who.int/publications/b/81844
25. Kaplan, Robert S., and Karthik Ramanna. "Accounting for Climate Change." Harvard Business Review 99, no. 6 (november–december 2021): 120–131. (opmerking: redactioneel beoordeeld, niet peer-reviewed)

Efficiëntie

Verborgen capaciteit ontsluiten om veerkracht te stimuleren

In één oogopslag

De gemiddelde efficiëntieprestaties in alle landen op basis van deze indicatoren blijven ongelijk verdeeld, met een gemiddelde themascore van 62/100. Dit weerspiegelt het onvermogen van de nationale gezondheidssystemen om de stijgende vraag bij te houden, ondanks bescheiden winsten in sommige efficiëntie-indicatoren[26].

De ligduur (LOS) laat kleine verbeteringen zien, waarbij de scores voor België, Ierland, Polen en Italië allemaal verbeteren. De gemiddelde score over alle landen stijgt naar 42/100, wat aangeeft dat de doorstroom in het hele systeem grotendeels is gestagneerd.

Vermijdbare sterfgevallen laten een lichte daling zien ten opzichte van de vorige editie van de barometer. De scores van verschillende landen zijn ongewijzigd en kleine dalingen in de scores van landen zoals Denemarken en het Verenigd Koninkrijk brengen de gemiddelde score voor alle landen op 50/100, vergeleken met 51/100 in 2024.

De scores voor gezonde levensverwachting dalen ten opzichte van de vorige editie van de barometer, waarbij de scores van de meeste landen dalen en de gemiddelde score zakt van 78/100 in 2024 naar 71/100 in 2026.

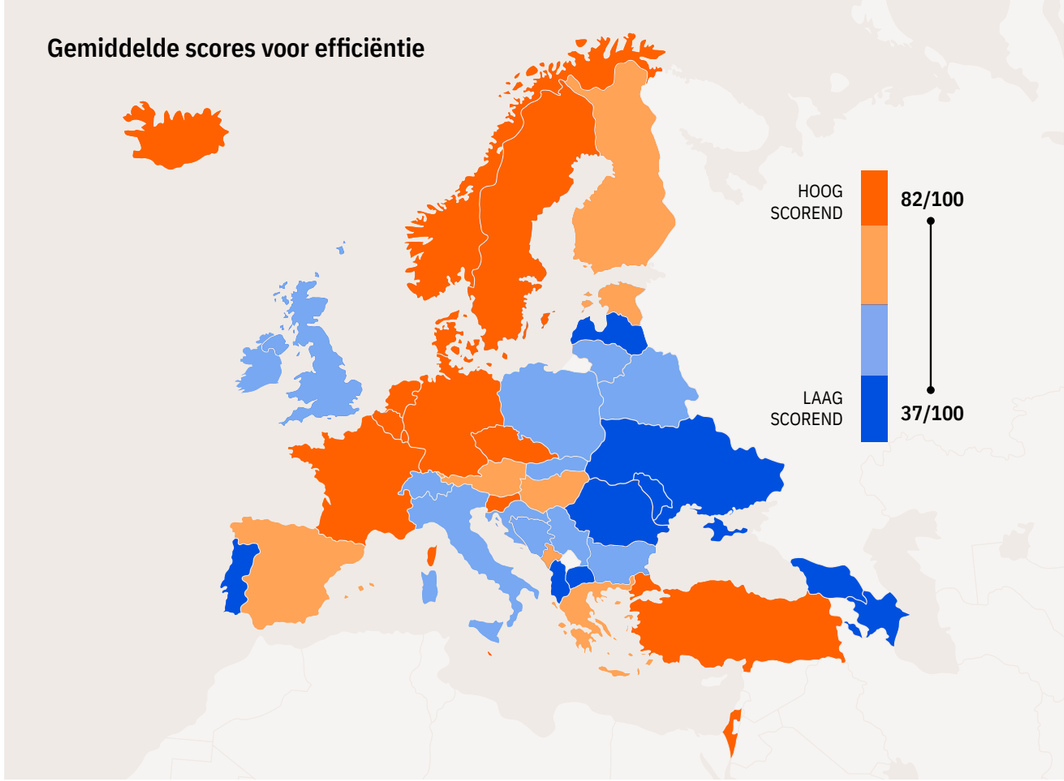
Digitale bekwaamheid is sterk gepolariseerd, zoals aangegeven door de nieuwe maatstaf voor het gebruik van elektronische klinische dossiers, die de verschuiving naar digitale klinische oplossingen en de implicaties daarvan voor de efficiëntie van de zorg in kaart brengt. De Scandinavische landen, Nederland en Duitsland scoren onder andere hoog op het gebruik van elektronische klinische dossiers, terwijl voor veel andere landen geen gegevens beschikbaar zijn. Dit onderstreept de aanzienlijke versnippering op het vlak van digitalisering en rapportage.

De IC-capaciteit varieert sterk. In de eerste van twee nieuwe indicatoren voor ziekenhuisbedden benadrukt de indicator voor IC-capaciteit het potentiële vermogen van ziekenhuizen om een toename van het aantal patiënten op te vangen. Duitsland behoort tot de weinige landen met een hoge score, terwijl Zweden de laagste score in de barometer behaalt, voor zover er gegevens beschikbaar zijn. Dit illustreert de aanzienlijke hiaten in de paraatheid voor een toename van het aantal patiënten tussen gezondheidszorgsystemen.

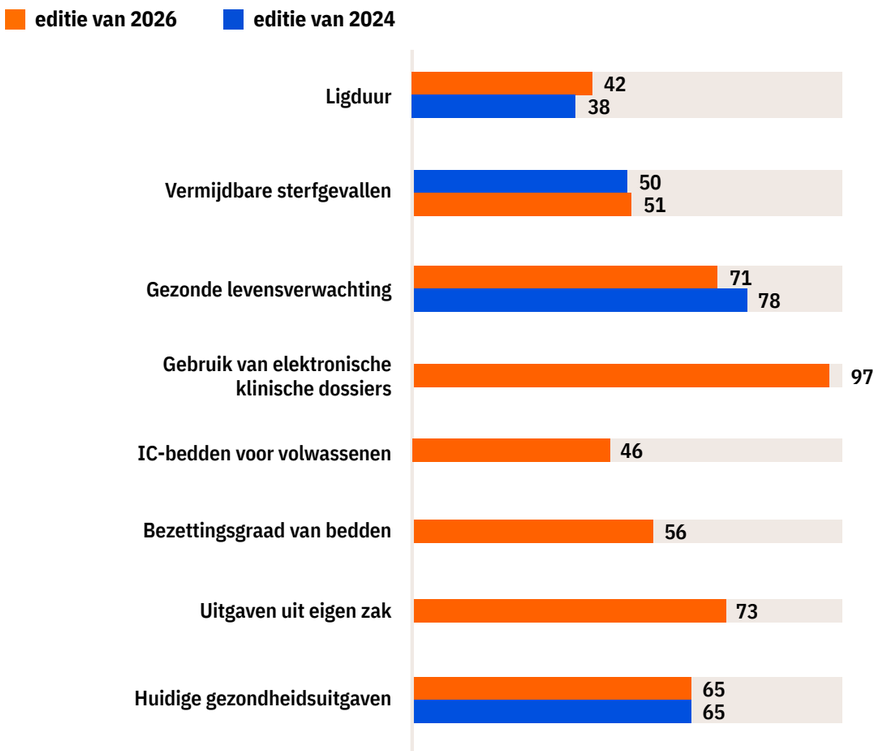
De bezettingsgraden van bedden variëren. De dit jaar toegevoegde indicator voor bedbezetting biedt een extra niveau van diepgang aan onze indicator voor het aantal IC-bedden. De scores in alle landen liggen gemiddeld op 56/100, met de hoogste scores in Griekenland en de laagste in Ierland, voor zover er gegevens beschikbaar zijn. Hierbij hebben veel zorgsystemen een beperkte beschikbaarheid van bedden om de veerkracht van het systeem te beschermen in het geval van een toename van het aantal ziekenhuisopnames.

Uitgaven uit eigen zak scoren relatief hoog in vergelijking met andere efficiëntie-indicatoren. Deze nieuwe indicator is geïntroduceerd om de financiële last die direct op patiënten rust en de implicaties daarvan voor gelijke toegang en de efficiëntie van het systeem in kaart te brengen. De gemiddelde score in alle landen is 73/100, waarbij meerdere landen een score van 90/100 behalen, waaronder het VK, Zweden, Nederland, Ierland, Duitsland, Frankrijk en Denemarken.

26. Opmerking: de volledige lijst met efficiëntie-indicatoren die in 2026 wordt gebruikt, is niet direct vergelijkbaar met die uit 2024, dus veranderingen in de algehele score moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd



Figuur 4: Gemiddelde scores voor efficiëntie per indicator per land (scores op een schaal van 100)



Opmerking: De waarden in deze staafdiagrammen mogen niet worden geïnterpreteerd als werkelijke percentages. Deze worden gebruikt om een barometerscore te berekenen. Raadpleeg voor meer informatie de bijlage 'Scoringssysteem van de barometer'.

De efficiëntie van de zorgverlening kan weerspiegelen hoe goed zorgsystemen personeelstijd, bedcapaciteit en infrastructuur omzetten in veilige, voorspelbare zorg.

Hiaten tussen lokale behoeften en systeembehoeften, gefragmenteerde specialisatie in de zorg en een gebrek aan een strategische vooruitblik behoren tot de factoren die de patiëntenstroom en efficiëntie op systeemniveau kunnen bepalen[27]. De barometer van dit jaar laat kleine winsten zien in geïsoleerde gevallen, maar niet de verbetering op systeemniveau die nodig is om personeelstekorten en de stijgende vraag te compenseren.



Ligduur

De ligduur blijft een belangrijke indicator voor de doorstroom. België, Ierland, Polen en Italië laten een geleidelijke vooruitgang zien, maar de gemiddelde score over alle landen blijft grotendeels stabiel op 42/100, wat slechts een lichte stijging is ten opzichte van 38/100 in 2024. Deze marginale verschuivingen suggereren een betere coördinatie op sommige plaatsen, maar niet op een schaal die de doorstroom transformeert.

Indicatoren voor patiëntuitkomsten

Indicatoren voor uitkomsten vertellen een soortgelijk verhaal. Vermijdbare sterfgevallen blijven stabiel op 50/100, met lichte dalingen in onder meer Denemarken en het Verenigd Koninkrijk. De gezonde levensverwachting is in de meeste systemen gedaald, waardoor het gemiddelde is gedaald van 78/100 in 2024 naar 71/100. Deze trends kunnen niet alleen de prestaties van ziekenhuizen weerspiegelen, maar ook uitdagingen in de eerstelijnszorg, preventie en vroege diagnose.

> “Preventie is niet de volledige oplossing, maar het zou een belangrijk onderdeel kunnen zijn van het verminderen van de druk op de capaciteit en het vrijmaken van middelen die momenteel verloren gaan aan verspillende zorg.”



Prof. Dr Dominique Vandijck

Hoogleraar Gezondheidseconomie, Gezondheidsbeleid, Zorginnovatie en Kwaliteitsmanagement aan de Universiteit Gent, België

Digitale transformatie

Digitale transformatie om de efficiëntie van de zorgverlening te verbeteren blijft ongelijk verdeeld. Onder andere Scandinavische systemen, Nederland en Duitsland scoren hoog op het gebruik van elektronische klinische dossiers, terwijl het veel landen aan gegevens ontbreekt. Deze versnippering in digitale transformatie kan de interoperabiliteit beperken, besluitvorming vertragen en mogelijkheden verminderen om taken met een lage waarde te automatiseren. Elektronische dossiers doen meer dan alleen papierwerk digitaliseren; ze hervormen de manier waarop de gezondheidszorg werkt door de informatiestroom, de efficiëntie van de zorg en de veilige toegang tot patiëntinformatie[28] te verbeteren.

IC-bedden voor volwassenen

De capaciteit voor intensieve zorg varieert ook sterk. Gemiddeld scoren landen 46/100 op IC-bedden voor volwassenen per 100.000 inwoners, wat van invloed kan zijn op het vermogen van elk land om schokken op te vangen, de doorstroom van planbare zorg te handhaven en knelpunten op de spoedeisende hulp te voorkomen. Seizoensgebonden pieken, zoals luchtwegaandoeningen in de winter, kunnen deze druk vergroten. Een studie naar de bezetting van IC-bedden tijdens de COVID-19-pandemie bracht bijvoorbeeld de bedbezetting in verband met een hoger sterfterisico voor patiënten die op de IC waren opgenomen. Dit benadrukt het belang van het behouden van bedbeschikbaarheid om nadelige effecten op de patiëntenzorg te beperken[29].

27. Åhlin C, et al. Bottom up perspectives on hospital wide patient flow: a multi site qualitative study of solutions to organisational paradoxes. BMC Health Services Research. 2026.

28. Costa C, et al. Electronic health records and data exchange in the WHO Europe region: a subregional analysis of achievements, challenges, and prospects. International Journal of Medical Informatics. 2023.
29. Wilde H, et al. The association between mechanical ventilator compatible bed occupancy and mortality risk in intensive care patients with COVID 19: a national retrospective cohort study. BMC Medicine. 2021.

Efficiëntiedruk in het hele zorgsysteem aanpakken

De efficiëntiedruk blijft bestaan in ziekenhuizen, waar gefragmenteerde werkstromen klinische tijd kunnen opslokken en besluitvorming kunnen vertragen. Starre processen kunnen het voor teams moeilijk maken om zich aan te passen. Deze operationele barrières kunnen personeel afleiden van vroege observatie en escalatie, wat de mogelijkheden om achteruitgang te voorkomen of ligduur te verkorten mogelijk verkleint.

> “Routineprocessen, zoals overdrachten en verplaatsingen, moeten vaak opnieuw worden ontworpen, omdat kleine inefficiënties honderden keren per dag worden herhaald.”



Prof. Dr Dirk De Ridder

Directeur Kwaliteit en Hoofd van het Instituut voor het Gezondheidsbeleid.

> “Wanneer diensten niet op elkaar zijn afgestemd, wordt de last voor individuele werknemers zwaarder. Het creëren van een systeem dat beter op elkaar afgestemd is, zal ten goede komen aan patiënten en de professionals die zorg verlenen.”



Sonya Carassik Ratty

CEO, Adapt & Live, VK

Maar efficiëntie wordt ook gevormd door zorgtransities. Prof. dr. Dirk de Ridder benadrukt dat overdrachtsprocessen “*leiden tot incidenten, omdat werkstromen zijn ontwikkeld rond aannames die niet langer standhouden*”. Zorgtransities, met name ontslag uit het ziekenhuis naar de eerstelijnszorg, zijn een cruciaal contactpunt voor communicatie-interventies tussen zorgverleners om patiëntuitkomsten te beschermen en heropname te voorkomen[30].

De barometer weerspiegelt deze uitdaging bij patiëntenzorgtransities bij een hoge bedbezetting. Landen scoren gemiddeld 56/100, met de hoogste druk in Ierland, waar beperkte capaciteit weinig buffer kan overlaten om pieken op te vangen zonder de doorstroom te verstoren.

“Leiden tot incidenten, omdat werkstromen zijn ontwikkeld rond aannames die niet langer standhouden.”

Prof. Dr Dirk De Ridder

Aan deze indicatoren liggen de structurele beperkingen ten grondslag die in de vorige hoofdstukken van dit rapport zijn besproken. Personeelstekorten, een ongelijke mix van vaardigheden en een vergrijzend medisch personeelsbestand kunnen het vermogen om efficiëntere zorgpaden te realiseren beperken. Dr. Bengoa benadrukt dat “*gefragmenteerde modellen verbetering vertragen. Zonder geïntegreerde zorg en op elkaar afgestemde prikkels zijn winsten lokaal in plaats van op systeemniveau.*” Amah Kouevi beschrijft hoe door patiënten gerapporteerde uitkomstmaatstaven de brug kunnen slaan tussen uitkomsten van de patiëntervaring en efficiëntiedoelstellingen.

> “Door de door patiënten gerapporteerde uitkomsten (PROM's) tussen regio's en behandelmethoden te vergelijken, wordt duidelijk welke klinische praktijken werkelijk betere resultaten opleveren en wordt de wetenschap vooruitgeholpen.”



Amah Kouevi

Frankrijk Directeur, Frans Instituut voor Patiëntervaring (IFEP) Frankrijk

Samenvatting, impact en vooruitblik

In gezondheidszorgsystemen opereren ziekenhuizen in een groeiende kloof tussen de toenemende vraag en de beschikbare capaciteit. Echte efficiëntie ligt in het ontsluiten van onbenutte capaciteit door vermijdbare klinische en operationele verspilling te elimineren, zodat er met beperkte middelen meer waarde kan worden geleverd.

De efficiëntie van de zorgverlening blijft bescheiden en verschilt sterk tussen landen. Winsten in ligduur zijn te beperkt om de stijgende druk te compenseren; er is geen verbetering zichtbaar bij vermijdbare sterfgevallen en de gezonde levensverwachting daalt. Tekortkomingen in de digitale basis, capaciteit voor intensieve zorg en zorgtransities blijven de paraatheid en de patiëntenstroom ondermijnen. Deze zwakheden, in combinatie met personeelstekorten en een vergrijzend medisch personeelsbestand, verminderen de operationele flexibiliteit. Inefficiënte processen leiden ook tot onnodige emissies en verspilling door vertragingen en herhaalde activiteiten te creëren.

Het verbeteren van de efficiëntie vereist betrouwbaardere ontslag- en overdrachtsprocessen en gerichte digitale investeringen die de interoperabiliteit vergroten en de administratieve last verminderen. Ook vereist het herontwerpen zorgmodellen die geschikte activiteiten verschuiven naar dagbehandeling. Een betere integratie van de eerstelijnszorg zal essentieel zijn om vermijdbare acute zorgvraag te voorkomen en een eerder, veiliger ontslag te ondersteunen. Met het oog op de toekomst kunnen de snelste winsten komen van het verlichten van de administratieve last, het verbeteren van interoperabiliteit en het herontwerpen van klinische processen om de tijd met patiënten te maximaliseren. Met ondersteuning van technologie en verantwoorde AI die werkstromen kan stroomlijnen en besluitvorming kan versterken.

30. Becker A, et al. Interventions to improve communication at hospital discharge and rates of readmission. JAMA Netw Open. 2021.

REFLECTIES

In alle landen staan zorgsystemen onder aanhoudende druk, maar de barometer benadrukt duidelijke kansen om de veerkracht te versterken. Bijvoorbeeld door het consistent meten van zorggerelateerde complicaties en het verbeteren van zorgtransities. De volgende prioriteiten weerspiegelen gemeenschappelijke thema's in verschillende landen, gebaseerd op barometergegevens, leidinggevenden in de frontlinie en de partnerschappen van BD. Elk bevat indicatieve operationele of middelenvoordelen.

1 Geef prioriteit aan patiëntveiligheid als eerste verdedigingslinie

Leiders moeten overwegen om patiëntveiligheid te herpositioneren als een kerncompetentie van de organisatie in plaats van als een op zichzelf staande kwaliteitsfunctie, met verantwoordelijkheid op directieniveau voor infectiepreventie, vroege detectie van achteruitgang en perioperatieve betrouwbaarheid.

2 Versterk het personeelsbestand door herontwerp van rollen, betere arbeidsomstandigheden en investeringen in gerichte opleidingstrajecten

Leiders moeten overwegen om investeringen in het personeelsbestand opnieuw in evenwicht te brengen en af te stappen van kortetermijntactieken en gefragmenteerde initiatieven die zonder diepere verandering stagneren. Investeringen zouden zich in plaats daarvan kunnen richten op het herontwerpen van rollen, het beschermen van klinische tijd, gestructureerde inwerkprogramma's en gerichte opleidingstrajecten, vooral voor internationaal geworven personeel.

3 Bevorder geïntegreerde zorg door gedeelde verantwoordelijkheid en afstemming van het systeem

Integratie kan vereisen dat er een gedeelde verantwoordelijkheid is voor de resultaten in de eerstelijnszorg, wijkzorg en ziekenhuiszorg. Leiders moeten overwegen om stimulansen, escalatiecriteria en datatransparantie in alle contexten op elkaar af te stemmen om de veerkracht te versterken en patiëntuitkomsten te ondersteunen.

4 Versterk de fundamenten van het systeem om de operationele prestaties te verbeteren

Operationele prestaties kunnen afhangen van die ook onder druk standhouden van het systeem onder druk. Leiders moeten overwegen om de gehele zorgketen opnieuw te ontwerpen, het escalatie- en ontslagbeleid te versterken en operationele besluitvorming te standaardiseren.

5 Automatiseer taken op werkstroomniveau om zorgverleners te ondersteunen en de last te verminderen

Automatisering moet worden beschouwd als basisoperationele hygiëne in plaats van als een optionele innovatie. Leiders zouden prioriteit moeten geven aan het elimineren van repetitieve taken, het stroomlijnen en standaardiseren van werkprocessen, en het beschermen van de tijd en mentale capaciteit van zorgverleners voor directe patiëntenzorg.

6 Integreer milieuduurzaamheid in de dagelijkse zorgverlening

Processen met een hoge uitstoot kunnen wijzen op onderliggende inefficiëntie, verspilling en een slechte doorstroom. Door productgebruik te verbeteren, onnodige activiteiten te elimineren en gedisciplineerde inkoop af te dwingen, kunnen leiders zowel de operationele prestaties als de emissiereductie verbeteren. Hulpmiddelen voor koolstofmeting, zoals e-ledgers, kunnen gedisciplineerde besluitvorming ondersteunen.

7 Verbreed de focus op preventie en bevolkingsgezondheid als essentiële versterkers van veerkracht

Geen enkel zorgsysteem kan de stijgende last van chronische ziekten alleen door behandeling aan. Leiders in de gezondheidszorg erkennen in toenemende mate dat ziekenhuisoptimalisatie alleen dit niet kan opvangen. Het versterken van preventie door middel van vroegtijdige screening, tijdige diagnose en een proactieve, gemeenschapsgerichte aanpak van zorg moet worden beschouwd als een kernelement van de gezondheidszorgstrategie. Op die manier kan de vermijdbare zorgvraag worden teruggedrongen en blijft de ziekenhuiscapaciteit beter beschikbaar voor patiënten die deze het meest nodig hebben.

BD als systeempartner

BD zal blijven onderzoeken wat de veerkracht van gezondheidszorgsystemen kan stimuleren of bedreigen, bekeken vanuit het perspectief van patiëntveiligheid, zorgpersoneel, efficiëntie en duurzaamheid van de zorgverlening.

Betekenisvolle verandering vereist inspanning op systeemniveau. BD zal dan ook blijven samenwerken met leiders in de gezondheidszorg om deze aanbevelingen te helpen vertalen naar de praktijk en de duurzame levering van veilige, hoogwaardige zorg voor huidige en toekomstige generaties mogelijk te maken.



LANDENPROFIELEN

Deze landenprofielen zijn hoogtepunten uit de editie 2026 van de Barometer.
De indicatoren in de onderstaande landenprofielen zijn niet uitputtend.

Lijst met afkortingen:

AMR – antimicrobiële resistentie
HAI – zorggerelateerde infecties
POWI – postoperatieve wondinfecties
tCO$_2$e/inwoner – voetafdruk van de gezondheidszorg per inwoner
GZ – gezondheidszorg
EPD – elektronisch patiëntendossier
OOP – uit eigen zak
UHC – universele gezondheidszorg
IC – intensive care
HALE – gezonde levensverwachting



België

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• AMR-sterfte (80/100) • HAI POWI – (90/100) • UHC (90/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (90/100)	• Beschikbaarheid van artsen 80/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 50/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen 90/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 77/100) • POWI 90/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 70/100)	• Gemiddelde ligduur in ziekenhuis (een stijging van 10 ten opzichte van de vorige editie) • AMR-sterfte (een stijging van 10 ten opzichte van de vorige editie)
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• Postoperatieve sepsis (20/100) • tCO$_2$e/inwoner (10/100) • GHG (broeikasgassen)/ inwoner (30/100) • Voetafdruk van de gezondheidszorg (30/100)	• Postoperatieve sepsis 20/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 33/100) • tCO$_2$e/inwoner 10/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 52/100)	• Beschikbaarheid van verpleegkundigen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Focus op het verminderen van zorggerelateerde infecties (HAI) op afdelingsniveau en betrouwbaarheid van escalatie, door gebruik te maken van een sterke werkwijze op het gebied van postoperatieve wondinfecties (POWI) om zorgpakketten op medische afdelingen te standaardiseren en de ligduur te verkorten.

Denemarken

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• AMR-sterfte (90/100) • Uitgaven uit eigen zak (90/100) • EPD (100/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (90/100)	• Sepsis 60/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 42/100) • UHC 80/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 74/100)	• AMR-sterfte (een stijging van 10 ten opzichte van de vorige editie)
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• Voetafdruk van de gezondheidszorg (20/100) • tCO$_2$e/inwoner (20/100) • Personeel 55+ (40/100)	• Postoperatieve sepsis – geen gegevens • IC-bedden – geen gegevens • tCO$_2$e /inwoner 20/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 52/100)	• Beschikbaarheid van artsen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Gezondheidsuitgaven (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • HALE (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Dicht hiaten in perioperatieve en capaciteitsgegevens; benut digitale maturiteit om sepsis-zorgtrajecten en regels voor ontslag op dezelfde dag te verankeren.

Frankrijk

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• Uitgaven uit eigen zak (90/100) • Afgestudeerden (100/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (90/100) • Gezondheidsuitgaven (80/100)	• POWI 80/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 70/100) • HALE 80/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 71/100)	• Geen geregistreerd
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• Voetafdruk van de gezondheidszorg (40/100) • Personeel 55+ (10/100) • Bijwerkingen (40/100) • Beschikbaarheid van artsen (40/100)	• Beschikbaarheid van artsen 40/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 50/100) • Personeel 55+ 10/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 44/100)	• Beschikbaarheid van artsen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • HALE (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Bescherm de productiviteit van de operatiekamer door middel van leiderschap op het gebied van postoperatieve wondinfecties (POWI). Versnel ook de inwerkprocessen om vergrijzing te compenseren, waarbij de kracht van afgestudeerden wordt gebruikt om de mix van vaardigheden op de afdeling te stabiliseren.

Duitsland

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• UHC-dekking (90/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (90/100) • Afgestudeerden (100/100) • Uitgaven uit eigen zak (90/100) • EPD (100/100)	• IC-bedden 70/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 46/100) • POWI 80/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 70/100) • Beschikbaarheid van artsen 60/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 50/100)	• Bijwerkingen (een stijging van 20 ten opzichte van de vorige editie)
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• Personeel 55+ (10/100) • Ligduur (10/100) • tCO_2e/inwoner (30/100) • Percentage van nationale voetafdruk (30/100)	• Ligduur 10/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 42/100) • Personeel 55+ 10/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 44/100)	• UHC (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Verpleegkundige-artsverhouding (een daling van 20 ten opzichte van de vorige editie) • Gezondheidsuitgaven (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Gebruik de capaciteit van de IC en digitale hulpmiddelen om de ligduur (LOS) te verkorten door middel van ontslagbeleid en het eerder starten van revalidatie.

Ierland

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• AMR-sterfgevallen (90/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (100/100) • Verpleegkundige-artsverhouding (90/100) • Gezondheidsuitgaven (90/100) • Uitgaven uit eigen zak (90/100)	• Beschikbaarheid van verpleegkundigen 100/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 77/100) • Vermijdbare sterfgevallen 60/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 50/100)	• Gemiddelde ligduur in ziekenhuis (een stijging van 10 ten opzichte van de vorige editie) • HAI (een stijging van 10 ten opzichte van de vorige editie)
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• IC-bedden (20/100) • Bedbezetting (20/100) • Voetafdruk van de gezondheidszorg (40/100) • tCO_2e/inwoner (40/100)	• IC-bedden 20/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 46/100)	• Beschikbaarheid van artsen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • HALE (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Complicaties (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Geef prioriteit aan IC-capaciteit en inzicht in perioperatieve gegevens; breid de door verpleegkundigen geleide ontslag- en escalatieprocedures uit om de doorstroming te waarborgen.

Italië

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• EPD (90/100) • HALE (80/100) • Afgestudeerden (90/100) • UHC (80/100)	• Postoperatieve sepsis 60/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 33/100) • Afgestudeerden 90/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 52/100) • tCO_2e/inwoner 70/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 52/100)	• HAI (een stijging van 20 ten opzichte van de vorige editie)
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• Sepsis (30/100) • Personeel 55+ (20/100) • Ligduur (20/100) • IC-bedden (30/100)	• Ligduur 20/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 42/100) • IC-bedden 30/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 46/100) • Verpleegkundige-artsverhouding 30/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 56/100)	• Beschikbaarheid van artsen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • HALE (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Veranker perioperatieve betrouwbaarheid op verpleegafdelingen en breid dagchirurgie uit om de ligduur te verkorten.



Nederland

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• AMR-sterfte (80/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (90/100) • Uitgaven uit eigen zak (90/100) • EPD (100/100)	• Vermijdbare sterfgevallen 70/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 50/100) • Beschikbaarheid verpleegkundigen 90/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 77/100) • Verpleegkundige-artsverhouding 70/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 56/100)	• Bijwerkingen (een stijging van 10 ten opzichte van de vorige editie)
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• Postoperatieve sepsis (10/100) • Personeel 55+ (20/100) • IC-bedden (20/100) • Voetafdruk van de gezondheidszorg (20/100) • tCO_2e/inwoner (20/100)	• Postoperatieve sepsis 10/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 33/100) • IC-bedden 20/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 46/100) • tCO_2e /inwoner 20/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 52/100)	• UHC (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Gezonde levensverwachting (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Complicaties (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Richt op postoperatieve escalatie en herbouw de rapportage van de ligduur (LOS) om de doorstroom en beddenplanning te sturen.



Polen

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• Postoperatieve sepsis (80/100) • UHC (80/100) • Afgestudeerden (80/100) • Uitgaven uit eigen zak (80/100)	• Postoperatieve sepsis 80/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 33/100) • Afgestudeerden 80/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 52/100) • tCO_2e/inwoner 70/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 52/100)	• Ziekenhuisverblijfsduur (een stijging van 20 ten opzichte van de vorige editie)
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• Complicaties (20/100) • Vermijdbare sterfgevallen (30/100) • Verpleegkundige-artsverhouding (40/100) • Ligduur (40/100)	• Vermijdbare sterfgevallen 30/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 50/100) • Verpleegkundige-artsverhouding 40/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 56/100)	• Verpleegkundige-artsverhouding (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • HALE (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Bijwerkingen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Verspreid perioperatieve zorgpakketten landelijk en pak vermijdbare sterfgevallen aan door vroegtijdige detectie en coördinatie van chronische zorg.



Spanje

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• UHC (80/100) • Afgestudeerden (80/100) • HALE (80/100) • Uitgaven uit eigen zak (80/100)	• Vermijdbare sterfgevallen 70/100 (tegenover het Europese gemiddelde van 50/100) • HALE 80/100 (tegenover het Europese gemiddelde van 71/100) • UHC 80/100 (tegenover het Europese gemiddelde van 74/10) • tCO_2e/inwoner 70/100 (tegenover het Europese gemiddelde van 52/100)	• HAI (een stijging van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Bijwerkingen (een stijging van 10 ten opzichte van de vorige editie)
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• Postoperatieve sepsis (30/100) • Personeel 55+ (10/100) • Verpleegkundige-artsverhouding (30/100)	• HAI 40/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 53/100) • Verpleegkundige-artsverhouding 30/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 56/100)	• UHC (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • HALE (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Beschikbaarheid van artsen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Behoud de winsten op het gebied van zorggerelateerde infecties (HAI) en versterk de balans in het verpleegkundig-artsenteam om de doorstroom van planbare zorg te ondersteunen.



Zweden

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• AMR-sterfgevallen (90/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (90/100) • HALE (90/100) • EPD (100/100) • Uitgaven uit eigen zak (90/100)	• HALE 90/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 71/100) • Sepsis 50/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 42/100)	• Geen geregistreerd
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• HAI (30/100) • Personeel 55+ (20/100) • IC-bedden (10/100) • Postoperatieve sepsis (40/100)	• IC-bedden 10/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 46/100) • Personeel 55+ 20/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 44/100)	• Beschikbaarheid van artsen (een daling van 40 ten opzichte van de vorige editie) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • UHC (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Herstel de medische personeelsbezetting en creëer extra IC-capaciteit, met behoud van de betrouwbaarheid van de perioperatieve zorg.

Zwitserland

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• AMR-sterfgevallen (90/100) • UHC (90/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (100/100) • Verpleegkundige-artsverhouding (100/100) • Gezondheidsuitgaven (100/100)	• Beschikbaarheid van verpleegkundigen 100/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 77/100) • Verpleegkundige-artsverhouding 100/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 56/100)	• Geen geregistreerd
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• Ligduur (20/100) • IC-bedden (20/100) • tCO_2e/inwoner (10/100) • Voetafdruk van de gezondheidszorg (10/100)	• Ligduur 20/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 42/100) • IC-bedden 20/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 46/100) • Personeel 55+ 30/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 44/100)	• Beschikbaarheid van artsen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Complicaties (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Ligduur (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Zet de kracht van verpleegkundige zorg in om vroege mobilisatie en ontslag te versnellen; investeer in de paraatheid van de IC.

Verenigd Koninkrijk

▲ BELANGRIJKSTE STERKE PUNTEN	▲ BOVEN HET GEMIDDELDE	▲ GROEIPUNTEN
• UHC-dekking (100/100) • Uitgaven uit eigen zak (90/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen (90/100) • Huidige gezondheidsuitgaven (80/100) • Gezonde levensverwachting (80/100) • AMR-sterfte (80/100)	• UHC 100/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 74/100) • Beschikbaarheid van verpleegkundigen 90/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 77/100) • Uitgaven uit eigen zak 90/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 73/100)	• Bijwerkingen (een stijging van 10 ten opzichte van de vorige editie)
▼ BELANGRIJKSTE ZWAKKE PUNTEN	**▼ ONDER HET GEMIDDELDE**	**▼ AANDACHTSPUNTEN**
• Ligduur (10/100) • Personeel 55+ (10/100) • Postoperatieve sepsis (10/100) • Sepsis (30/100) • Bedbezetting (30/100) • tCO_2e/inwoner (30/100)	• Ligduur 10/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 42/100) • Postoperatieve sepsis 10/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 33/100) • Beschikbaarheid van artsen 40/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 50/100) • tCO_2e/inwoner 30/100 (tegenover het gemiddelde over alle landen van 52/100)	• Vermijdbare sterfgevallen (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie) • Ligduur (een daling van 10 ten opzichte van de vorige editie)

TE OVERWEGEN ACTIE: Verscherp de reactie op perioperatieve sepsis en schaal vroeg, ondersteund ontslag op om de ligduur te herstellen zonder extra bedden toe te voegen.



BD **BIJLAGE**

We hebben in deze editie van de “Healthcare Resilience Barometer” een nieuwe indicatorgroep geïntroduceerd: duurzaamheid.

In eerdere edities van de Barometer maakten duurzaamheidsindicatoren deel uit van de efficiëntiescore. In de editie van dit jaar worden efficiëntie en duurzaamheid afzonderlijk beoordeeld, op basis van de hieronder beschreven indicatorengroepen.

Gezien de lichte variatie in de indicatoren die van jaar tot jaar in de barometer zijn opgenomen, zijn de scores niet direct vergelijkbaar tussen de barometeredities. Desalniettemin is de barometer ontworpen om een stabiele kern van indicatoren binnen elk domein te behouden, wat een zinvolle beoordeling van de richting van veranderingen in de loop van de tijd mogelijk maakt.

Tabel 1: Volledige beschrijvingen van indicatoren en bronnen

PRIMAIRE EN SECUNDAIRE GEGEVENSBRONNEN					
Nieuw	Indicator	Volledige beschrijving	Jaar	Bron	Datum geraadpleegd
PATIËNTVEILIGHEID					
	Bijwerkingen	Percentage bijwerkingen van medische behandeling per 100.000 inwoners	2022	IHME	07.04.2026
	Complicaties	Complicaties na therapeutische ingrepen	2022	IHME	07.04.2026
	AMR-sterfgevallen	AMR-sterftecijfer per 100.000 inwoners	2021	IHME	07.04.2026
	Sepsis	Incidentiecijfer van sepsis per 100.000 inwoners	2021	The Lancet	16.03.2026
	HAI - totaal	Prevalentie van HAI (%)	2022-23	ECDC	16.03.2026
	HAI - POWI	Percentage postoperatieve wondinfecties (POWI) per 100 operaties	2021-22	ECDC	16.03.2026
Nieuw	Postoperatieve sepsis	Postoperatieve sepsis per 100.000 ziekenhuisontslagen	2020-21	OECD	16.03.2026
	UHC-dekking	Index voor UHC-dienstendekking (SDG 3.8.1)	2023	WHO	16.03.2026
ZORGPERSONEEL					
	Verpleegkundige-patiëntverhouding (verpleegkundigen)	Verpleegkundig en verloskundig personeel (per 10.000 inwoners)	2022-23	WHO	16.03.2026
	Arts-patiëntverhouding (artsen)	Artsen (per 10.000 inwoners)	2023	WHO	16.03.2026
	Aantal verpleegkundigen per arts	Verpleegkundige-artsverhouding	2023	OESO	16.03.2026
Nieuw	Totaal aantal personeelsleden >55 jaar	Totaal aantal artsen en verpleegkundigen ouder dan 55 jaar	2022-23	Dataportaal van de WHO voor nationale gegevens over het zorgpersoneel (NHWA)	16.03.2026
Nieuw	Totaal aantal afgestudeerde artsen en verpleegkundigen	Totaal aantal afgestudeerde artsen en verpleegkundigen	2023-24	Eurostat	16.03.2026
EFFICIËNTIE					
	Ligduur	Ligduur in het ziekenhuis, acute zorg (aantal dagen)	2022	OECD	16.03.2026
	Huidige gezondheidsuitgaven (per hoofd van de bevolking in Amerikaanse dollars)	Huidige gezondheidsuitgaven (CHE) per hoofd van de bevolking in Amerikaanse dollars	2026	WHO	16.03.2026
	Vermijdbare sterfgevallen	Potentiële verloren levensjaren (per 100.000 personen)	2022-23	OECD	16.03.2026
	Gezonde levensverwachting	Gezonde levensverwachting (HALE) bij de geboorte (jaren)	2024	WHO	16.03.2026
Nieuw	IC-bedden voor volwassenen	IC-bedden voor volwassenen per 100.000 inwoners	2023	OECD	16.03.2026
Nieuw	Bezettingsgraad van bedden	Bezettingsgraad van bedden voor curatieve acute zorg	2023	OECD	16.03.2026
Nieuw	Uitgaven uit eigen zak	Uitgaven uit eigen zak als percentage van de huidige gezondheidsuitgaven (CHE) (%)	2023	WHO	16.03.2026
Nieuw	Gebruik van elektronische klinische dossiers	Gebruik van elektronische patiëntendossiers door artsen en ziekenhuizen	2021	OECD	16.03.2026

PRIMAIRE EN SECUNDAIRE GEGEVENSBRONNEN					
Nieuw	Indicator	Volledige beschrijving	Jaar	Bron	Datum geraadpleegd
NIEUW: DUURZAAMHEID					
Nieuw	Broeikasgasemissies van de gezondheidszorg (per hoofd van de bevolking)	Broeikasgasemissies per hoofd van de bevolking door consumptie in de nationale gezondheidszorgsector	2022	The Lancet	16.03.2026
	Voetafdruk van de gezondheidszorg als percentage van de nationale voetafdruk	Voetafdruk van de gezondheidszorg als percentage van de nationale emissies	2019	Healthcare Without Harm	16.03.2026
	Voetafdruk van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking (tCO2e per inwoner)	Voetafdruk van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking, gerangschikt naar percentage van het bbp dat aan de gezondheidszorg is besteed	2019	Healthcare Without Harm	16.03.2026

Tabel 2: Volledige lijst van geïnterviewde belanghebbenden

Naam	Land	Functie en organisatie
Dr. Rafael Bengoa	Spanje	Senior Fellow, Universiteit van Harvard en voormalig directeur Zorgsystemen bij de WHO
Prof. Dr. Robert S. Kaplan	VS	Emeritus hoogleraar Leiderschapsontwikkeling aan de Harvard Business School
Prof. Dr. Dominique Vandijck	België	Hoogleraar Gezondheidseconomie, Gezondheidsbeleid, Zorginnovatie en Kwaliteitsmanagement, Universiteit Gent
Alexandra Hammond	VK	Adjunct-directeur Net Zero en Duurzame Inkoop bij NHS England
Prof. Dr. Dirk de Ridder	België	Directeur Kwaliteit en hoofd van het Instituut voor Gezondheidsbeleid, UZ Leuven
Prof. Dr. Anders Ahlsson	Zweden	Directeur Gezondheids- en Medische Diensten, Regio Stockholm
Amah Kouevi	Frankrijk	Directeur, Frans Instituut voor Patiëntervaring (IFEP)
Dr. Matthias Gründling	Duitsland	Hoofd van de sepsisdialoog aan het Universitair Medisch Centrum Greifswald
Sonya Carassik Ratty	VK	CEO, Adapt & Live

Scoresysteem van de barometer

Classificatie

In de BD “Healthcare Resilience Barometer” kreeg elk land een totale veerkrachtscore tussen 0 en 100. Dit is een samengestelde maatstaf die wordt berekend als een gemiddelde van de veerkrachtscores op de vier thematische gebieden: patiëntveiligheid, het zorgpersoneel, duurzaamheid en efficiëntie.

Toewijzing van scores op indicatorniveau

Voor elk van de individuele indicatoren voor veerkracht hebben we het ruwe datapunt omgezet naar een schaal van 1-10, om zo standaardisatie en vergelijkbaarheid mogelijk te maken. Scores tussen 1-10 werden vermenigvuldigd met 10 en in de barometer gepresenteerd op een schaal van 0-100 om het gebruik van gehele getallen voor landelijke en regionale gemiddelden mogelijk te maken.

Dit hield in dat er per indicator afzonderlijke bereiken werden vastgesteld, waarbij het doel was om een bereik te creëren dat een goede verdeling van de datapunten van elk land mogelijk maakte. Hierbij werd er gestreefd naar een normale verdelingscurve, terwijl waar mogelijk een standaardgrootte voor het bereik werd gehanteerd.

Interpretatie van de Barometerscores

Aangezien de oorspronkelijke datapunten waarop de barometer is gebaseerd op verschillende schalen en metingen zijn gedefinieerd, is het 0-100-scoresysteem gecreëerd. Hiermee kunnen we de gegevens uit de diverse bronnen op een gestandaardiseerde wijze classificeren en interpreteren.

Volgens het uniforme systeem is 100/100 de best mogelijke score voor alle indicatoren. Zoals de classificatietabel in het bovenstaande gedeelte laat zien, is een hogere score altijd positiever, omdat dit wijst op een hoger niveau van veerkracht van de gezondheidszorg in een land.



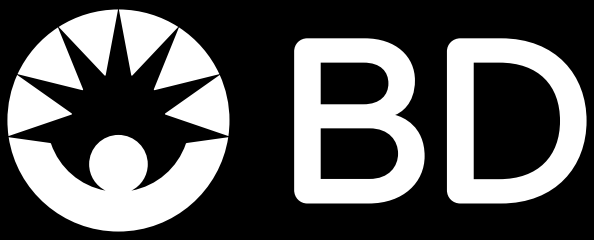
Tabel 3: Scoresysteem van de barometer per indicator

Indicator	Bron	Oorspronkelijke schaal of meeteenheid	Toegewezen barometerscore
PATIËNTVEILIGHEID			
Bijwerkingen	IHME	Cijfer per 100.000 inwoners	<0,25 = 100 >6 = 10
Complicaties	IHME	Cijfer per 100.000 inwoners	<10 = 100 >70 = 10
AMR-sterfgevallen	IHME	Cijfer per 100.000 inwoners	<18 = 100 >162 = 10
Sepsis	The Lancet	Cijfer per 100.000 inwoners	<250 = 100 >2 250 = 10
HAI - totaal	ECDC	Prevalentie (%)	<1,3 = 100 >11,7 = 10
HAI - POWI	ECDC	Percentage postoperatieve wondinfecties (POWI) per 100 operaties	<1 = 100 >9 = 10
Postoperatieve sepsis	OESO	Per 100.000 ziekenhuisontslagen	<50 = 100 >3 500,01 = 10
UHC-dekking	WHO	Index voor UHC-dienstendekking	<40 = 10 >87,51 = 100
ZORGPERSONEEL			
Verpleegkundige-patiëntverhouding (verpleegkundigen)	WHO	Verpleegkundig en verloskundig personeel per 10.000 inwoners	>145 = 100 <10 = 10
Arts-patiëntverhouding (artsen)	WHO	Artsen per 10.000 inwoners	<9 = 10 >81 = 100
Aantal verpleegkundigen per arts	OESO	Verpleegkundige-artsverhouding	< 0,45 = 10 >4,05 = 100
Totaal aantal personeelsleden >55 jaar	Dataportaal van de WHO voor nationale gegevens over het zorgpersoneel (NHWA)	Totaal aantal artsen en verpleegkundigen ouder dan 55 jaar	<250 = 100 >100 000,01=10
Totaal aantal afgestudeerde artsen en verpleegkundigen	Eurostat	Totaal aantal afgestudeerde artsen en verpleegkundigen	<250 = 10 >35 000,01 = 100
EFFICIËNTIE			
Ligduur	OESO	Ligduur in het ziekenhuis, acute zorg (aantal dagen)	<4 = 100 >7,21= 10
Huidige gezondheidsuitgaven (per hoofd van de bevolking in Amerikaanse dollars)	WHO	Uitgaven per hoofd van de bevolking (USD)	<50 = 10 >8 800,01 = 100
Vermijdbare sterfgevallen	OESO	Potentiële verloren levensjaren (per 100.000 personen)	<870 = 100 >7 830 =10
Gezonde levensverwachting	WHO	Gezonde levensverwachting (HALE) bij de geboorte (jaren)	<50 = 10 >74 = 100
IC-bedden voor volwassenen	OESO	IC-bedden voor volwassenen per 100.000 inwoners	<4,5 = 10 >40,5 = 100
Bezettingsgraad van bedden	OESO	Bezettingsgraad van bedden voor curatieve acute zorg	<50 = 100 >90 = 10
Uitgaven uit eigen zak	WHO	Uitgaven uit eigen zak als percentage van de lopende gezondheidsuitgaven (%)	<7,5 = 100 >67,5 = 10
Gebruik van elektronische klinische dossiers	OESO	Gebruik van EKD door artsen en ziekenhuizen	<10 = 10 >90,01 = 100
DUURZAAMHEID			
Broeikasgasemissies van de gezondheidszorg (per hoofd van de bevolking)	The Lancet	Broeikasgasemissies per hoofd van de bevolking door consumptie in de nationale gezondheidszorgsector	<15 = 100 >2 000,01 = 10
Voetafdruk van de gezondheidszorg als percentage van de nationale voetafdruk	Healthcare Without Harm	Voetafdruk als percentage van de nationale emissies	< 0,7 = 100 >6,3 = 10
Voetafdruk van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking (tCO_2e per inwoner)	Healthcare Without Harm	Voetafdruk per hoofd van de bevolking naar percentage van het bbp dat aan de gezondheidszorg is besteed	<0,09 =100 >0,81 = 10

Tabel 4: Vergelijkingen van het gemiddelde en de totaalscore per barometercategorie voor 2024 versus 2026 per land

Land (A-L)	Gemiddelde patiëntveiligheidsscore		Gemiddelde zorgpersoneelsscore		Gemiddelde duurzaamheidsscore		Gemiddelde efficiëntiescore		Totale gemiddelde score van de barometer	
	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026
Albanië	60,0	58,0	40,0	53,3	-	70,0	63,3	50,0	54,2	55,8
Oostenrijk	67,8	65,7	65,0	60,0	-	40,0	55,7	64,3	63,0	60,5
Azerbeidzjan	60,0	62,5	55,0	50,0	-	80,0	43,3	36,7	54,0	54,0
Wit-Rusland	64,0	54,0	76,7	63,3	-	70,0	46,7	56,7	62,7	58,3
België	52,5	60,0	74,0	74,0	-	23,3	50,0	67,5	57,4	60,9
Bos. en Herz.	50,0	44,0	50,0	56,7	-	60,0	66,7	56,7	54,5	51,7
Bulgarije	63,8	51,7	35,0	44,0	-	46,7	44,3	58,3	50,5	51,0
Kroatië	60,0	48,0	80,0	54,0	-	73,3	61,4	58,3	64,7	56,8
Cyprus	60,0	64,0	57,5	37,5	-	63,3	70,0	76,7	62,5	59,3
Tsjechië	55,0	50,0	65,0	52,0	-	35,0	53,3	72,5	56,7	57,6
Denemarken	74,0	72,0	52,0	60,0	-	30,0	60,0	82,0	61,9	64,4
Estland	62,2	60,0	55,0	52,0	-	26,7	42,9	66,3	54,0	56,1
Finland	74,4	68,6	66,0	70,0	-	40,0	55,7	65,7	66,2	64,1
Frankrijk	65,7	61,7	74,0	60,0	-	56,7	68,3	68,6	68,9	62,9
Georgië	52,0	52,5	65,0	56,7	-	70,0	50,0	43,3	54,0	52,7
Duitsland	63,3	66,7	78,3	64,0	-	36,7	52,9	67,5	64,1	62,3
Griekenland	44,3	40,0	73,3	50,0	-	63,3	61,7	66,7	56,3	54,0
Hongarije	58,9	53,3	60,0	46,0	-	60,0	51,4	62,5	56,5	55,9
IJsland	67,5	73,3	65,0	62,0	-	10,0	74,0	74,3	68,8	67,4
Ierland	58,8	68,3	76,7	68,0	-	50,0	61,7	58,6	62,9	62,4
Israël	-	60,0	-	50,0	-	20,0	-	67,5	-	58,9
Italië	65,6	60,0	57,5	52,0	-	60,0	58,3	58,8	61,6	57,8
Letland	52,5	52,0	34,0	44,0	-	70,0	56,7	51,4	48,9	52,5
Litouwen	60,0	55,7	66,0	56,0	-	80,0	50,0	57,5	58,1	59,6
Luxemburg	58,8	65,0	60,0	60,0	-	23,3	57,1	68,8	58,4	59,5

Land (M-U)	Gemiddelde patiëntveiligheidsscore		Gemiddelde zorgpersoneelsscore		Gemiddelde duurzaamheidsscore		Gemiddelde efficiëntiescore		Totale gemiddelde score van de barometer	
	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026
Malta	51,1	65,0	85,0	62,5	-	40,0	66,0	70,0	60,0	60,6
Moldavië	56,0	60,0	40,0	50,0	-	70,0	36,7	50,0	45,8	55,4
Montenegro	70,0	55,0	50,0	50,0	-	50,0	53,3	66,7	60,0	55,7
Nederland	60,0	58,3	67,5	62,0	-	30,0	57,1	72,9	60,5	60,0
N. Macedonië	66,0	54,0	43,3	45,0	-	70,0	46,7	50,0	54,5	51,5
Noorwegen	82,5	73,3	77,5	66,0	-	46,7	66,7	76,7	76,1	68,5
Polen	65,0	56,7	55,0	60,0	-	60,0	48,6	56,7	56,8	57,9
Portugal	56,7	47,5	85,0	58,0	-	56,7	57,1	56,3	62,5	53,8
Roemenië	70,0	58,3	66,7	56,0	-	76,7	54,3	50,0	63,3	58,9
Rusland	58,0	48,0	60,0	80,0	-	60,0	48,0	56,7	54,2	55,5
Servië	60,0	56,7	46,7	55,0	-	60,0	56,7	56,7	56,4	56,4
Slowakije	63,3	48,6	65,0	52,5	-	65,0	54,0	57,5	61,1	53,5
Slovenië	45,7	40,0	70,0	56,0	-	53,3	58,6	71,4	56,1	56,2
Spanje	56,3	54,3	54,0	48,0	-	56,7	62,9	62,9	58,0	55,9
Zweden	78,0	58,6	68,0	58,0	-	53,3	65,0	71,4	70,0	61,8
Zwitserland	82,0	70,0	76,0	70,0	-	13,3	65,0	57,1	73,8	57,6
Turkije	70,0	70,0	50,0	44,0	-	70,0	54,0	70,0	58,6	63,8
Oekraïne	62,0	56,0	55,0	55,0	-	-	36,7	40,0	53,0	51,0
VK	60,0	56,7	68,3	52,5	-	36,7	51,7	56,7	60,0	52,6



lp.bd.com/BD-Barometer-NL

BD, het BD logo, Advancing the world of health, en alle andere handelsmerken zijn eigendom van Becton, Dickinson and Company of zijn dochterondernemingen.
©2026 BD. Alle rechten voorbehouden. NPM-9711 (09/26) BD-180243