



Code Rood: hoe moeten we schaarse zorg verdelen?

Ethische handvatten voor een rechtvaardige verdeling van zorg in tijden van langdurige schaarste

Tijdens de coronapandemie was schaarste in de zorg voor iedereen voelbaar. Maar die schaarste beperkt zich niet tot een pandemie en is helaas van alle tijden. Dat er nieuwe pandemieën kunnen komen staat vast.¹ Bovendien staat de zorg in Nederland al onder grote druk. Op veel plekken is er nu al een gebrek aan personeel, en dat zal met de ouder wordende samenleving alleen maar erger worden. We moeten daarom nú nadenken over hoe we schaarse zorg rechtvaardig verdelen: wie in welke omstandigheden in de toekomst als eerste zorg krijgt, en wie zal moeten wachten.

Toenemende druk

De hoge druk op de zorg neemt de komende jaren alleen maar verder toe. Neem bijvoorbeeld de vergrijzing: ruim 20% van de Nederlandse bevolking is nu boven de 65 jaar;² in 2040 gaat dat om een kwart van de bevolking.³ Tegelijkertijd is er een aanhoudend tekort aan zorgpersoneel. Op dit moment werkt ongeveer 1 op de 6 Nederlanders in de zorg, wat eigenlijk al te weinig is, en om de toenemende zorgvraag op te vangen, zou dat zelfs 1 op de 4 mensen moeten worden.⁴

Daarnaast is een nieuwe pandemie eerder een kwestie van wannéér, dan van óf.¹ Door de bezuinigingen van het kabinet Schoof zijn we daar bovendien slecht op voorbereid, waarschuwde de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) eind 2024 al.⁵ Omdat zorg de komende jaren dus alleen maar schaarser wordt, moeten we nú nadenken over een eerlijke verdeling.

Code Rood

We spreken van 'code rood' wanneer planbare zorg - bijvoorbeeld een heupoperatie - moet worden uitgesteld om patiënten die acute zorg nodig hebben, bijvoorbeeld een patiënt in ademnood, te kunnen helpen. Tijdens de coronapandemie was dit scenario al

aan de orde, en moest planbare zorg regelmatig wijken voor acute zorg. Wanneer schaarste van dit kaliber kort duurt, kan planbare zorg achteraf nog worden ingehaald. Maar bij langdurige schaarste lukt dat niet meer: wachtlijsten blijven groeien en behandelingen worden uitgesteld of zelfs geschrapt, terwijl de mensen op de wachtlijst vaak wel zieker worden in de tussentijd. Denk bijvoorbeeld aan onbehandelde en groeiende tumoren.

In eerste instantie lijkt het rechtvaardig om mensen die acute zorg nodig hebben, voorrang te geven. De drang om iemand in zo'n situatie te willen helpen, is natuurlijk: we houden bijna reflexmatig vast aan de zogenoemde 'rule of rescue': de neiging om prioriteit te geven aan het redden van identificeerbare individuen die in direct gevaar verkeren, zelfs als dit betekent dat efficiëntere manieren om levens te redden moeten worden opgegeven.

Maar: hoe langer schaarste voortduurt, hoe minder goed het te rechtvaardigen is om acute zorg voorrang te blijven geven. Je kunt planbare zorg niet blijven uitstellen, want daarmee zou je ook schade doen - misschien nog wel méér schade dan het niet redden van een leven.

Rechtvaardig debat

De mensen die wel zorgbehoevend zijn maar geen acute zorg nodig hebben, zijn vaak minder zichtbaar dan mensen met een acute zorgvraag. Het risico bestaat dat hun belangen daarom minder goed vertegenwoordigd zijn. Voor een rechtvaardig debat, en rechtvaardige beslissingsprocedures, zijn twee dingen van groot belang: procedurele rechtvaardigheid en verdelende rechtvaardigheid.

Procedurele rechtvaardigheid: hoe maken we de keuzes?

Bij procedurele rechtvaardigheid draait het om de manier waarop keuzes gemaakt worden. Beslissingsprocedures moeten goed en eerlijk voorbereid zijn, bijvoorbeeld door standaarden consequent toe te passen, onpartijdige besluitvormers aan te stellen, en de belangen te (laten) behartigen van alle mensen die door een besluit geraakt worden. Hiermee voorkomen we dat we zowel patiënten als zorgverleners blootstellen aan willekeur en het nemen van ad hoc beslissingen wanneer de nood hoog is.

Verdelende rechtvaardigheid: waarom maken we deze keuzes?

Bij verdelende rechtvaardigheid gaat het erom dat de onderbouwing van onze





keuzes in de verdeling van schaarse middelen eerlijk moet zijn. Vanwege de concurrentie om schaarse middelen, kunnen we bij een landelijke (of misschien wel wereldwijde) schaarste niet meer kijken naar wat het beste is voor het individu, maar moeten we kijken naar de beste keuzes voor de hele bevolking. Bij het nemen van die keuzes kunnen de volgende drie morele uitgangspunten houvast bieden.

Drie mogelijke uitgangspunten

Gezondheidswinst: de meest efficiënte inzet van middelen

Het beste beleid zou vanuit dit oogpunt moeten zorgen voor de grootste gezondheidswinst, voor de meeste mensen, voor de langste periode. De zorg richt zich hierbij bijvoorbeeld op de hoogste slagingskans van een behandeling en het redden van de meeste (kwalitatief goede) levensjaren door een behandeling – een behandeling die het liefst ook nog eens zo kort mogelijk duurt en waar je zo min mogelijk middelen voor nodig hebt. Ook kun je aansturen op het ‘een beetje’ helpen van zo veel mogelijk mensen, hoewel dat ten koste kan gaan van de kwaliteit van zorg. Patiënten die de grootste kans op een succesvolle behandeling hebben en die daar

vervolgens ook nog eens zo lang mogelijk de vruchten van plukken, krijgen hiermee dus voorrang. In de praktijk gaat dat om patiënten die er dus eigenlijk al best goed voor staan. Mensen die er slechter voor staan, maken weinig kans. [p.25](#)

Gelijkwaardigheid: iedereen een eerlijke kans, niemand opgeofferd

Gelijkwaardigheid benadrukt dat iedereen een eerlijke kans krijgt op zorg, en dat er geen groepen mensen ‘opgeofferd’ mogen worden voor anderen. Achterliggend is de overtuiging dat elk individu even veel waard is en dat we iedereen met respect moeten behandelen en serieus moeten nemen. Iedereen heeft vanuit dit oogpunt evenveel recht op zorg, en acute zorg heeft niet per definitie voorrang op planbare zorg. Het beste beleid zou dus moeten zorgen voor gelijke kansen en gelijke toegang tot zorg. Bij schaarste zouden we met een (gewogen) loting moeilijke keuzes kunnen maken. [p.28](#)

Zorgbehoefte: voorrang bij de grootste zorgbehoefte, kwetsbaarheid of nood

Dit is het meest in lijn met de eerdergenoemde ‘rule of rescue’. Volgens dit uitgangspunt geeft het beste

beleid voorrang aan de mensen met de grootste zorgbehoefte, kwetsbaarheid of nood. In tegenstelling tot aansturen op gezondheidswinst, verlangt het uitgangspunt van zorgbehoefte dat we juist voorrang geven aan de mensen die er het slechtst voor staan. Dat kun je bijvoorbeeld bepalen aan de hand van ziekte-ernst, leeftijd en sociaaleconomische factoren zoals leven in armoede. Volgens dit uitgangspunt zouden we voor kwetsbare groepen mensen extra zorg moeten dragen, omdat zij het meest te winnen hebben, en in een gezondheids crisis mogelijk extra hard geraakt worden. [p.30](#)

Politieke aandachtspunten

- **Gezien het advies van de Onderzoeksraad voor Veiligheid eind vorig jaar,⁵ moeten we de bezuinigingen van het kabinet Schoof weer terugdraaien en meer investeren in pandemische paraatheid?**
- **Hoe zorgen we voor weloverwogen richtlijnen, zodat er houvast is in een nieuwe situatie van zorgschaarste en ‘Code Rood’?**

Wat nu?

Dat we middelen zo efficiënt mogelijk willen inzetten, is logisch. Maar alleen focussen op gezondheidswinst schiet tekort: door het nastreven van maximale totale gezondheid van de bevolking, kunnen degenen die zorg eigenlijk het hardst nodig hebben juist achtergesteld raken. Ook mag acute nood niet langdurig doorslaggevend zijn: er moet bij langdurige schaarste een punt komen waarop niet-acute zorg weer doorgang vindt, zelfs als we acute patiënten hiermee benadelen.

Het CEG roept bewindspersonen, beleidsmakers, beroepsgroepen en bestuurders op om de keuzes over de verdeling van zorg bij langdurige schaarste te doordenken, en te komen tot beleid dat de genoemde morele uitgangspunten combineert. De uitgangspunten staan op gespannen voet met elkaar: daarin moeten we een balans vinden en het beleid na nieuwe inzichten of een verandering van de situatie weer bijstellen.



Meer weten? Lees de hele publicatie ‘Code rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg’ [hier](#) of beluister de podcastaflevering [hier](#)!

1. Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst/Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GGD/GHOR). Bezuinigingen pandemische paraatheid bedreigen gezondheid en veiligheid van inwoners Nederland. 24-09-2024; geciteerd op 11-06-2025 via <https://ggdghor.nl/actueel-bericht/bezuinigingen-pandemische-paraatheid-bedeigen-gezondheid/>
2. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Ouderen. Geciteerd op 11-06-2025 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
3. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bevolking in de toekomst. Geciteerd op 11-06-2025 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsgroei/toekomst>
4. Rijksoverheid. Integraal Zorgakkoord: ‘Samen werken aan gezonde zorg’. 16-09-2022; geciteerd op 11-06-2025 via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
5. Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV). Nederland is niet voorbereid op langdurige crises met grote maatschappelijke impact. 17-12-2024; geciteerd op 11-06-2025 via <https://onderzoeksraad.nl/nederland-is-niet-voorbereid-op-langdurige-crisis-met-grote-maatschappelijke-impact/>