

Ernstig ziek en uitgesloten van hulp

-De morele rechtvaardiging van het terugsturen van vreemdelingen in medische nood naar land van herkomst

Bachelorscriptie Wijsbegeerte (onderzoekstraject Praktische Filosofie)

Student: Renske Imkamp (studentnummer: 3231534)

Aantal woorden: 18.675

Begeleider: dr. J.P.M. Philips

Tweede lezer: dr. J. van Lith

Juli 2011

Samenvatting/ korte inhoud

In dit onderzoek beantwoord ik de vraag of er moreel verantwoorde doorslaggevende argumenten zijn voor de Nederlandse overheid om vreemdelingen die zich in medische nood bevinden terug te sturen naar land van herkomst. Het betreft bovendien de vreemdelingen die al in Nederland zijn en waarvan verwacht kan worden dat zij bij terugkeer geen daadwerkelijke toegang tot voor hen benodigde gezondheidszorg zullen krijgen. Aan de hand van twee filosofische kaders toets ik vier argumenten die in de praktijk gebruikt worden om het terugsturen van genoemde mensen te rechtvaardigen op hun morele geldigheid. Twee van deze argumenten reconstrueer ik aan de hand van een consequentialistisch (act-utilistisch) kader, de overige twee aan de hand van een non-consequentialistisch (Scanloniaans) kader.

De conclusie luidt dat het terugsturen van deze vreemdelingen door de Nederlandse overheid doorgaans niet op morele gronden verdedigbaar is. Wel zijn er twee hypothetische situaties denkbaar waarbinnen dit wel te rechtvaardigen valt. Deze conclusie verbind ik met een paar aspecten van het huidige Nederlandse vreemdelingenbeleid. Ik laat zien dat meerdere onderdelen van het beleid op dit vlak niet als moreel verdedigbaar beoordeeld kunnen worden.

Inhoudsopgave

Paragraaf 1.	p.1
<i>Inleiding. Het morele dilemma waar de Nederlandse overheid mee geconfronteerd wordt bij de hulpvraag van een vreemdeling in medische nood.</i>	
Paragraaf 2.	p.7
<i>De huidige juridische en beleidsmatige achtergrond van het morele probleem .</i>	
Paragraaf 3	p.11
<i>De beperkte rek van het Nederlandse gezondheidsstelsel als argument.</i>	
Paragraaf 4	p.18
<i>Het feit dat algemene hulp aan landen met zwakke instituties meer oplevert als argument.</i>	
Paragraaf 5	p.25
<i>De verdedigbaarheid van het morele principe dat Nederlandse individuen zichzelf en naasten mogen bevoordelen als argument.</i>	
Paragraaf 6	p.35
<i>De verdedigbaarheid van het morele principe dat landen een eigen verantwoordelijkheid hebben voor hun inwoners als argument.</i>	
Paragraaf 7	p.43
<i>Conclusie</i>	
Bronnenlijst	p.47

Paragraaf 1- Inleiding. Het morele dilemma waar de Nederlandse overheid mee geconfronteerd wordt bij de hulpvraag van een vreemdeling in medische nood.

Zolang sprake is van mondiale ongelijkheid, zullen situaties waarin mensen vluchten naar een land - waar ze betere leefomstandigheden verwachten- blijven voorkomen. In dit onderzoek wil ik me verdiepen in de filosofisch-ethische aspecten van een gedeelte van het Nederlandse vreemdelingenbeleid. Dit gedeelte bestaat uit het morele probleem dat ontstaat wanneer een vluchteling in Nederland zich in medische nood bevindt en de vraag zich aandient of hij desondanks zal worden teruggestuurd naar zijn land van herkomst. Met medische nood bedoel ik de situatie waarin iemand een medisch probleem heeft dat zijn levenskwaliteit in flinke mate beperkt, en dat er bovendien voor zorgt dat hij afhankelijk is van anderen bij het verlichten of verhelpen van het probleem. De juridische en beleidsmatige definitie van medische noodsituatie zal ik later bespreken.

Voor ik overga tot het stellen van mijn onderzoeksvraag, wil ik aan de hand van een paar voorbeelden illustreren dat het morele probleem dat ik wil behandelen in de praktijk bestaat en aan de orde is. In het huidige Nederlandse vreemdelingenrecht kan iemand onder bepaalde voorwaarden (tijdelijk) verblijfsrecht krijgen in Nederland wanneer binnen een termijn van drie maanden na het stoppen van medische behandeling ernstige lichamelijke of psychische schade verwacht wordt. In de tweede plaats is daarvoor vereist dat vaststaat dat de benodigde behandeling in het land van herkomst op geen enkele plek in theorie verkrijgbaar is.

Eerst een paar voorbeelden over de termijn van drie maanden. Erkend wordt dat in Somalië op dit moment geen goede medische voorzieningen zijn. Iemand mag in Nederland blijven omdat in zijn geboorteland Somalië geen insuline op regelmatige basis beschikbaar is, waardoor hij bij terugkeer binnen drie maanden aan de gevolgen van diabetes zal sterven. Een ander persoon zal wel worden teruggestuurd naar Somalië, ondanks dat hij gediagnostiseerd is met staar (hetgeen in Nederland te verhelpen is), en zonder behandeling binnen een paar jaar geheel blind zal worden. Of iemand met een kwaadaardige tumor die bij gebrek aan behandeling zal sterven binnen een jaar (maar waarschijnlijk nog niet binnen drie maanden bij het stoppen van de behandeling) wordt door de Nederlandse overheid teruggestuurd naar Somalië.

Deze voorbeelden roepen zonder meer de vraag op waar de termijn van drie maanden op is gebaseerd, nu deze termijn het verschil kan maken tussen leven en dood of het verschil maakt voor de mate van iemands levenskwaliteit. Wat te doen met iemand met medische problemen (die in Nederland te verhelpen zijn) die zonder behandeling wat langer dan drie maanden te leven heeft? Bovendien: worden we niet bijna allemaal vroeg of laat ziek? Is het verdedigbaar om op deze manier een onderscheid tussen mensen te maken en dus sommigen te helpen en sommigen niet?

Dan nog een voorbeeld over het tweede vereiste voor (tijdelijk) verblijf in Nederland. Bij het vereiste dat vast moet staan dat de benodigde behandeling in het land van herkomst niet voorhanden

is, wordt individuele toegankelijkheid van medische zorg niet meegewogen bij de beslissing om iemand al dan niet terug te sturen. Het is dus zeker niet ondenkbaar dat iemand wordt teruggestuurd naar Zuid-Soedan, terwijl vaststaat dat hij elke week naar Khartoem (een paar duizend kilometers verderop) zal moeten reizen met omgerekend drieduizend euro op zak om hiv-medicatie op te halen bij een arts die tot een rivaliserende etnische groep behoort. Wanneer hij de medicatie niet krijgt, zal hij uiteindelijk sterven aan aids. Opvallend is dat in twee verschillende gevallen (de persoon met hiv en de persoon met diabetes) erkend wordt dat iemand binnen drie maanden zal sterven bij het staken van de benodigde medische behandeling, maar dat een van de twee toch wordt teruggestuurd naar land van herkomst-omdat de feitelijke toegang tot de zorg aldaar niet wordt meegewogen.

In dit onderzoek zal ik niet alleen stilstaan bij genoemde drie-maandengrens en mate van individuele feitelijke toegankelijkheid van zorg; de besproken voorbeelden geven aanleiding tot meer vragen. Bij dit soort situaties staat zoals gezegd veel op het spel voor de eventueel terug te sturen persoon in kwestie. Het is de Nederlandse overheid (met name de Minister van Immigratie en Asiel en de Immigratie- en Naturalisatie Dienst) die in eerste instantie over zijn lot beslist. Ik wil me in dit onderzoek dan ook richten op de morele verplichtingen van de staat (de overheid) jegens deze personen, en niet op de morele verplichtingen die het ene individu ten opzichte van het andere zou hebben. Het gaat me daarbij niet om wat juridisch gezien wel of niet mag, of welke handelingen gezien economische of andere beleidsmatige overwegingen verricht moeten worden.

Het morele dilemma waar de Nederlandse overheid mee geconfronteerd wordt in dit soort gevallen laat zich volgens mij het best als volgt omschrijven. Zowel het helpen als het niet helpen van een vreemdeling in medische nood kan tot problemen leiden. Enerzijds kan het niet helpen van een concreet persoon in medische nood wanneer dat wel mogelijk is prima facie als problematisch gezien worden. Men kan iemand niet zomaar laten sterven of bij iemand ernstig letsel laten ontstaan als een poging had kunnen worden om dit te voorkomen. Dit zou moreel gezien zeer problematisch zijn. Aan de andere kant brengt het wel ingrijpen wellicht ook problemen met zich mee. Wanneer de Nederlandse overheid zich het lot van een bepaalde vluchteling in medische nood zou aantrekken, moet dat logischerwijs ook gelden voor situaties met relevante gelijkenissen. Dit zou problematisch kunnen worden wanneer een groot aantal mensen uit alle regio's van de wereld beroep doet op toegang tot gedegen medische hulp bij de Nederlandse overheid. Wellicht wordt dan het Nederlandse gezondheidsstelsel ondergraven. Beide mogelijke opties voor handelen zijn dus problematisch. In dit onderzoek wil ik graag de volgende vraag beantwoorden: Zijn er moreel verantwoorde doorslaggevende argumenten voor de Nederlandse overheid om vreemdelingen die zich in medische nood bevinden terug te sturen naar hun land van herkomst?

Hierbij ga ik uit van het feit dat een specifieke vreemdeling naar een land wordt gestuurd waarvan –op het moment van uitzetting- verwacht kan worden dat geen gedegen medische behandel mogelijkheden voor hem voorhanden zullen zijn. Ik bedoel dus een manier van terugsturen

waarbij de Nederlandse overheid zich niet verzekert van individuele medische behandeling van de uit te zetten persoon. Deze kanttekening maak ik, omdat terugsturen niet per definitie gelijk staat aan niet helpen. De vluchtelingen waar ik mij op richt voldoet daarmee aan drie voorwaarden: zij zijn in Nederland, bevinden zich in medische nood, en zullen bij terugkeer naar land van herkomst naar verwachting geen feitelijke toegang tot benodigde gezondheidszorg hebben.

Met mijn vraag leg ik de bewijslast bij de Nederlandse overheid. Ik ben me er van bewust dat deze werkwijze me op kritiek kan komen te staan, om de volgende reden. Indien ik zal concluderen dat argumenten om niet te helpen niet doorslaggevend zijn, zal dit als consequentie hebben dat ik het verdedigbaar acht dat de Nederlandse overheid een vluchteling die aan de genoemde drie voorwaarden voldoet wél moeten helpen. Het is echter mogelijk dat ik een reden (of zelfs meerdere redenen) niet bij mijn overwegingen betrek, hetgeen mijn uiteindelijke conclusie zou verzwakken. Toch denk ik dat ik er in geslaagd ben de belangrijkste argumenten in kaart te brengen. Daarbij zal ik ook de argumenten bespreken die de overheid zelf gebruikt om haar huidige handelswijze te rechtvaardigen. Ook principieel sta ik achter de keuze om de bewijslast van dit morele probleem bij de overheid te leggen. Ik neem namelijk als uitgangspunt dat men met goede argumenten moet komen om iemand die zich in een noodsituatie bevindt níet te helpen.

Ik zal vier hoofdargumenten bespreken die gebruikt kunnen worden om het terugsturen van vreemdelingen in medische nood te rechtvaardigen, waarvan de eerste twee vanuit consequentialistisch kader verdedigd zullen worden, en de laatsten vanuit non-consequentialistisch kader. Ik heb ervoor gekozen de vier argumenten uit te werken welke met name in de praktijk gebruikt worden wanneer het dit betreffende onderwerp aangaat. Het lijkt me zinvol om deze te reconstrueren aan de hand van de twee genoemde filosofische kaders, om er achter te komen in hoeverre deze argumenten stand kunnen houden. Hierdoor kunnen namelijk sterke en duidelijke varianten ontstaan van argumenten die in de praktijk veel gebruikt worden. Aan de hand van de filosofische kaders kunnen de achterliggende uitgangspunten van de argumenten blootgelegd worden.

Per argument zal ik uitleggen waarom ik het bijbehorende kader gebruik, maar in algemene zin wil ik er het volgende over zeggen. Consequentialisten stellen dat de juiste handeling in een bepaalde situatie de handeling is die het grootste resultaat voor het geheel oplevert. Utilisme is daar de bekendste vorm van.¹ Een utilist kijkt naar de uitkomst van een handeling of regel, vanuit onpartijdig standpunt en met oog op het geluk van de mensheid in geheel.

Non-consequentialisten daarentegen, stellen dat er gelegenheden zijn waarbij je een bepaalde handeling niet mag verrichten, al zou het het meeste goed voor het geheel opleveren. In de tweede plaats zijn er volgens hen situaties waarin men *mag* kiezen voor een handeling die het meeste goed

¹ Scheffler 1988, p.1-2.

voor het geheel oplevert, maar dat wordt aan de keuzevrijheid van het individu overgelaten. Ook al is ook deze stroming heel breed, in algemene zin kan gezegd worden dat andere belangen dan de gevolgen voor de gehele groep doorslaggevend mogen zijn.²

Ik denk dat binnen het geheel aan mogelijkheden voor het verdedigen van het terugsturen van vreemdelingen in medische nood het onderscheid tussen argumenten die op de gevolgen voor iedereen gericht zijn en argumenten die op andere overwegingen gericht zijn (zoals het vertrekken vanuit het individu –dat maar één leven heeft, of het verdedigen van het voortrekken van persoonlijk gerelateerden) domineert. Met andere woorden: alle belangrijke argumenten spelen zich aan een van de twee kanten van het spectrum af. Slechts één kant van de medaille belichten zou een onvolledig beeld opleveren. Bovendien lijken utilistische overwegingen onderliggend te zijn aan een paar belangrijke argumenten uit de praktijk, al vraagt het utilisme in veel gevallen te veel van mensen om een realistische en wenselijke handelswijze uit af te leiden. Bij de non-consequentialistische uitwerking van de laatste twee te bespreken argumenten zal ik daar op terugkomen.

Om deze twee redenen heb ik ervoor gekozen in dit onderzoek beide kaders te hanteren, om tot een zo volledig mogelijk overzicht te komen van argumenten die mogelijk moreel doorslaggevend zijn. Hierbij zal het bij sommige aspecten van de argumenten voldoende zijn om filosofische argumentatie aan te dragen. Op andere momenten volstaat voor dit onderzoek een globale empirische inschatting (zoals bij de vraag wat zal gebeuren wanneer Nederland haar grenzen geheel openstelt voor zieke vluchtelingen, welke aan de orde komt in Paragraaf 3). Argumenten waarvoor hoofdzakelijk empirisch onderzoek vereist is, zullen niet aan de orde komen. Bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag zal ik –om mezelf te beperken- starten vanuit het bestaan van de huidige mondiale verschillen tussen landen voor wat betreft welvaart. Dat is geen waardeoordeel, maar op deze manier hoef ik niet bij elk argument de mogelijkheid in beschouwing te nemen dat gestreefd zou kunnen worden naar een totale herverdeling van middelen. Om dat aspect op zorgvuldige wijze mee te nemen in mijn argumentatie zou ik in moeten gaan op bijvoorbeeld de vraag hoe algemene welvaartsverschillen ontstaan zijn en hoe deze opgelost moeten worden; dat zou dit onderzoek te uitgebreid maken.

De opbouw is als volgt. Om te laten zien dat het morele probleem waar ik me in wil verdiepen geen academisch en theoretisch probleem is -in het opzicht dat het in de praktijk niet aan de orde zou zijn-, zal ik in de volgende paragraaf aan de hand van het huidige Nederlandse vreemdelingenrecht kort uitwerken dat het probleem in wet en beleid naar voren komt, en in de praktijk echt speelt. Daarbij scheidt het beschrijven van de achterliggende gedachten van het beleid de mogelijkheid om met mijn eindconclusie ook iets te zeggen over de morele houdbaarheid ervan.

² Scheffler 1988, p.4-5.

Vervolgens zal ik de houdbaarheid van vier hoofdargumenten onderzoeken. Het eerste argument uit de praktijk dat ik op morele geldigheid zal onderzoeken, is het argument dat de beperkte rek van het Nederlandse gezondheidsstelsel zorgt voor de onvermijdelijkheid van het terugsturen van de groep vreemdelingen in medische nood waar ik me in dit onderzoek op richt. Aan de hand van een utilistisch kader zal ik laten zien dat dit argument sterke kanten heeft, door te stellen dat het Nederlandse gezondheidsstelsel bij een te grote vraag om medische zorg in zal storten. Vervolgens zal ik betogen dat dit voor de wereld als geheel nadelig zou zijn, waardoor onvermijdelijk is dat veel mensen ter wereld uitgesloten moeten worden van het Nederlandse gezondheidsstelsel. Ik zal afwegen waar de grens ligt tussen een gezondheidsstelsel waar zo veel mogelijk mensen gebruik van maken en een gezondheidsstelsel dat dreigt in te storten. Uiteindelijk zal ik concluderen dat het argument tot op zekere hoogte stand kan houden.

Het tweede argument uit de praktijk, welke ik eveneens aan de hand van een utilistisch kader zal reconstrueren, houdt in dat het feit dat algemene hulp aan landen met zwakke instituties meer oplevert maakt dat Nederland individuele vreemdelingen in medische nood moet terugsturen naar land van herkomst. Ik zal verdedigen dat de Nederlandse overheid met het uitsluitend bieden van individuele hulp te kort zou schieten, maar dat het negeren van individuele hulpvragen met het oog op het bieden van uitsluitend algemene hulp niet gerechtvaardigd kan worden. De enige overblijvende optie is dat de Nederlandse overheid zowel in instituties als in de groep vreemdelingen waar ik me op richt moet investeren wanneer het gaat om medische zorg. Ik zal dan ook concluderen dat het argument geen stand kan houden.

Het derde argument dat ik zal reconstrueren –aan de hand van een non-consequentialistisch kader- bestaat uit de stelling dat de verdedigbaarheid van een beleid waarin Nederlandse individuen zichzelf en naasten mogen bevoordelen het terugsturen van vreemdelingen in medische nood naar land van herkomst verdedigbaar maakt. Ik zal verdedigen dat individuen gegronde redenen hebben om zichzelf, vrienden en familie in sommige gevallen te bevoordelen boven anderen. Deze partijdigheid gaat ten koste van de ruimte die beschikbaar is voor het helpen van vreemdelingen in medische nood. Naar iedereen is redelijkerwijs verdedigbaar dat Nederlandse individuen een zeker ruimte moet worden gelaten voor zelf-ontplooiing en de bevoordeling van naasten, mits de groep vreemdelingen waar ik me op richt voorzien worden van medische zorg. Eerstgenoemde waarden hebben een verlagende invloed op de hoeveelheid offers die de Nederlandse overheid van Nederlandse individuen mag verwachten. Ik zal daarom concluderen dat het argument tot op zekere hoogte werkt.

Het vierde en laatste argument zal ik ook aan de hand van een non-consequentialistisch kader reconstrueren. Het betreft het argument dat de Nederlandse overheid de groep waar ik me in dit onderzoek op richtte terug mag sturen naar land van herkomst, omdat het verlenen van medische zorg aan deze individuen niet tot de verantwoordelijkheden van Nederland behoort. Het betreffende land van herkomst is daarentegen verantwoordelijk voor de gezondheidszorg van haar inwoners. Aan de

hand van het Scanloniaanse kader zal ik laten zien dat zowel op basis van een veronderstelde werkverdeling tussen overheden als op basis van veronderstelde praktische onmogelijkheden voor het dragen van verantwoordelijkheid voor het lot van deze mensen niet moreel gerechtvaardigd kan worden dat zij worden teruggestuurd. Ik zal concluderen dat het argument geen stand kan houden.

In de laatste paragraaf zal ik een antwoord formuleren op eerder genoemde vraag. De conclusie luidt dat het terugsturen van deze vreemdelingen door de Nederlandse overheid doorgaans niet op morele gronden verdedigbaar is. Wel zijn er twee hypothetische situaties denkbaar waarbinnen dit wel te rechtvaardigen valt. De eerste mogelijke situatie is dat zoveel mensen in Nederland toegang hebben tot medische zorg dat het Nederlandse gezondheidsstelsel in zal storten indien er nóg meer mensen een beroep op zouden doen. De tweede mogelijke situatie is dat zoveel vluchtelingen in medische nood een beroep doen op Nederlandse gezondheidszorg dat Nederland er onderdoor zal gaan -in het opzicht dat geen sprake meer kan zijn van een zekere individuele zelfontplooiing en het bevoordelen van naasten- indien nóg meer vreemdelingen in medische nood toegang zullen krijgen tot het Nederlandse gezondheidsstelsel.

Tot slot zal ik mijn conclusie verbinden aan het huidige Nederlandse vreemdelingenbeleid. Ik zal laten zien dat het besproken gedeelte van het huidige vreemdelingenbeleid op een paar punten niet als moreel verdedigbaar beschouwd kan worden.

Paragraaf 2- De huidige juridische en beleidsmatige achtergrond van het morele probleem .

2.1 Inleiding

Voor ik zal afwegen of er doorslaggevende morele argumenten zijn om vluchtelingen in medische nood terug te sturen naar land van herkomst, wil ik graag bespreken wat in de Nederlandse wetgeving en het beleid geregeld is voor deze groep mensen. In de eerste plaats zal ik dat bespreken omdat ik wil laten zien dat het benoemde morele probleem in de praktijk aan de orde is. In het huidige Nederlandse vreemdelingenbeleid komt het daadwerkelijk voor dat mensen worden teruggestuurd naar hun land van herkomst wanneer ze zich in medische nood bevinden, en geen uitzicht hebben op feitelijke toegang tot medische zorg bij terugkeer naar land van herkomst. De vraag in dit onderzoek- of daar doorslaggevende morele argumenten voor zijn- is daarmee een belangrijke vraag om te stellen. De tweede reden dat ik kort het wettelijk kader voor deze situaties wil uitwerken, is gelegen in het feit dat uit de wet en het beleid de achterliggende redenen van de staat af te leiden zijn. Zichtbaar is waar de grenzen en prioriteiten volgens de Nederlandse overheid liggen. Mede aan de hand daarvan zal ik ook de argumenten van de Nederlandse overheid om genoemde mensen weg te sturen in de komende paragrafen aan de orde laten komen. Ik wil waar mogelijk een verband leggen tussen mijn eindconclusie en het huidige beleid.

In deze paragraaf zal ik kort uitleggen wat het verschil is tussen een verblijfsvergunning op grond van asielmotieven en verblijf op grond van een medische reden. Daarbij zal ook aan de orde komen wat binnen het wettelijke kader onder ‘*medische nood*’ wordt verstaan en wat de achterliggende gedachten van het beleid lijken te zijn.

2.2 Juridische achtergrond en beleid

In Nederland is de Immigratie- en Naturalisatiedienst (vanaf nu: IND) verantwoordelijk voor de uitvoering van het vreemdelingenbeleid. Wanneer een vluchteling in Nederland wil blijven, beoordeelt de IND de aanvraag daartoe. Daarbij is de IND gehouden de relevante nationale en internationale wetgeving in acht te nemen. De rechter kan op aanvraag van de betreffende vluchteling toetsen of de IND daarin geslaagd is.

Eerst zal ik nu bespreken wanneer iemand aanspraak maakt op een Nederlandse verblijfsvergunning op asielgronden. Iemand valt in dat geval binnen de zogenaamde vluchtelingendefinitie. Om binnen de vluchtelingendefinitie te vallen, moet iemand zich buiten het land van herkomst bevinden.³ Kans op een Nederlandse verblijfsvergunning heeft iemand (in enkele uitzonderingsgevallen na) pas indien hij zich op Nederlands grondgebied bevindt.⁴ Ook moet er een

³ Spijkerboer& Vermeulen 2005, p.24.

⁴ Spijkerboer& Vermeulen 2005, p.72.

reëel risico op vervolging in land van herkomst zijn. Hier vloeit uit voort dat er sprake moet zijn van een vervolger –menselijk handelen–, waardoor slachtoffers van hongersnood, armoede of natuurrampen niet onder de vluchtelingdefinitie vallen. Tot slot is het belangrijk om hier te vermelden dat mensen die vluchten voor algemeen geweld (zoals (burger)oorlogen) in principe niet als vluchteling aangemerkt worden; iemand moet gegronde vrees hebben om vervolgd te worden wegens ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of politieke overtuiging. Dit wordt het ‘*singled-out*’-vereiste genoemd.⁵ Een belangrijk principe voor de IND betreft het *refoulementverbod* (afgeleid van artikel 33 lid 1 Vluchtelingenverdrag). De Nederlandse overheid mag geen vluchtelingen uitzetten naar een grondgebied waar zij een relevant risico op vervolging lopen. Ik wil hier graag aan toevoegen dat ik de term ‘vluchtelingen’ in dit onderzoek ruimer gebruik dan de verdragsrechtelijke definitie toelaat. Ik bedoel mensen die om welke reden ook uit hun leefomgeving zijn gevlucht, op zoek naar betere levenskansen.

In het kader van dit onderzoek is het heel belangrijk om het volgende onderscheid te maken. Voorgaande ging vooral over de vraag in welke gevallen een vluchteling niet naar een land gestuurd mag worden waar hem een slechte situatie of behandeling te wachten staat. Er zijn echter ook redenen om iemand (tijdelijk) niet terug te sturen die gelegen zijn in de toestand waarin de te verwijderen vluchteling zich bevindt of vanwege de omstandigheden waaronder deze zal plaatsvinden. De psychische of fysieke toestand van iemand kan natuurlijk dermate slecht zijn dat uitzetting voor korte of langere tijd niet verantwoord is. Dit staat voor een deel los van de situatie in het land van herkomst.⁶

In een dergelijk geval kan de IND artikel 64 Vreemdelingenrecht toepassen. Dit levert geen verblijfsvergunning op, maar wel een tijdelijk verblijfsrecht: iemand wordt in Nederland medisch behandeld tot vertrek verantwoord is. Dit verblijf kan overigens uiteindelijk worden omgezet in verblijf voor onbepaalde tijd. Aan één van de volgende twee voorwaarden moet voldaan worden⁷:

- 1) Het is vanwege gezondheidsredenen voor de vreemdeling of één van zijn gezinsleden niet verantwoord om te reizen; of;
- 2) bij het stopzetten van de behandeling zal een medische noodsituatie ontstaan én medische behandeling is niet mogelijk in het land van herkomst of een ander land waarnaar de vreemdeling kan vertrekken.

De definitie van ‘medische noodsituatie’ die de IND hanteert is heel strikt: *‘de situatie waarbij betrokkene lijdt aan een stoornis, waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vast staat dat het achterwege blijven van behandeling op korte termijn zal leiden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade. Onder ‘op*

⁵ Spijkerboer& Vermeulen 2005, p.24.

⁶ Spijkerboer& Vermeulen 2005, p.106.

⁷ A4/7 Vreemdelingencirculaire.

*korte termijn' wordt verstaan binnen een termijn van drie maanden.'*⁸

Dit wordt als volgt onderzocht. De IND vraagt een arts van het Bureau Medische Advisering (BMA) daarover een advies te geven. Zowel over het wel of niet ontstaan van een medische noodsituatie bij het staken van de behandeling als over de beschikbare behandeling in het land van herkomst geeft deze arts een advies aan de IND. Hierbij wordt -zoals in de inleiding gezegd- geen rekening gehouden met feitelijke toegankelijkheid van de behandeling in het land van herkomst. Indien (volgens een internationale database) blijkt dat in een land één ziekenhuis of één specialist is die een benodigd medicijn in huis heeft, is dat voor de IND voldoende garantie dat de behandeling beschikbaar is. Mocht aan genoemde (en enkele andere, die voor dit onderzoek niet relevant zijn) voorwaarden voldaan worden, dan wordt een vluchteling in medische nood in Nederland voorlopig niet teruggestuurd naar land van herkomst, maar krijgt hij in Nederland medische behandeling.

2.3 Conclusie

Een paar gegevens vallen wat mij betreft op. In algemene zin is het goed om op te merken dat de Nederlandse overheid verdragen onderschrijft waar in staat dat mensen die substantieel gevaar lopen in hun land bescherming geboden moet worden. Specifieker gezien wordt in de eerste plaats met dit beleid erkend dat naast asielrechtelijke gronden (en andere gronden die ik niet heb besproken) ook medische problematiek een reden kan vormen om iemand niet terug te sturen naar zijn land van herkomst.

Ten tweede wordt door de Nederlandse overheid een vrij strikte definitie van '*medische noodsituatie*' gegeven. Zonder daar in dit stadium een waardeoordeel aan te willen verbinden, kan gezegd worden dat de overheid meent dat haar verantwoordelijkheid beperkt is tot gevallen waarbij iemand binnen drie maanden zal overlijden, invalide zal worden of ernstige lichamelijke of geestelijke schade op zal lopen. Andere vormen van verschil in levenskwaliteit worden aldus niet meegewogen. De door mij gebruikte definitie van medische nood is dus ruimer, door het ontbreken van de drie maanden-grens en het openlaten van meer vormen van levenskwaliteit. Met medische nood bedoel ik zoals gezegd de situatie waarin iemand een medisch probleem heeft dat zijn levenskwaliteit in flinke mate beperkt, en dat er bovendien voor zorgt dat hij afhankelijk is van anderen bij het verlichten of verhelpen van het probleem. In de rest van dit onderzoek zal ik verwijzen naar mijn eigen definitie van 'medische nood', tenzij ik nadrukkelijk anders vermeld.

Ten derde is het opvallend dat de Nederlandse overheid zich expliciet op het standpunt stelt dat feitelijke toegankelijkheid van zorg niet in de overweging om iemand al dan niet terug te sturen

⁸ B8/2.1 Vreemdelingencirculaire.

hoeft te worden meegewogen.⁹ Dit betekent dat niet per individu wordt verzekerd dat iemand in land van herkomst benodigde zorg daadwerkelijk zal krijgen. Hier kom ik in Paragraaf zes op terug. In de volgende paragrafen zullen ook de argumenten van de Nederlandse overheid voor bovenstaand beleid aan de orde komen. Ik zal nu overgaan tot het uitwerken van het eerste argument, aan de hand waarmee misschien gerechtvaardigd kan worden dat genoemde vluchtelingen teruggestuurd worden naar hun land van herkomst.

⁹ *Kamerstukken II* 2003/04, 19 637, nr. 806.

Paragraaf 3- De beperkte rek van het Nederlandse gezondheidsstelsel als argument.

3.1 Inleiding

Een eerste argument waarmee misschien gerechtvaardigd kan worden dat vluchtelingen in Nederland ondanks het feit dat ze zich in medische nood bevinden en ondanks verwacht gebrek aan feitelijke toegang tot medische zorg worden teruggestuurd naar land van herkomst, is als volgt. We moeten hun vraag om medische hulp negeren, omdat anders het Nederlandse gezondheidsstelsel ten gronde zal gaan. Uiteindelijk zal de vraag naar medische zorg het aanbod en de beschikbaarheid van middelen overstijgen. Dit is denk ik een veel gehoorde kreet. Ik denk dat het goed is om na te gaan of dit argument zoals we het in de praktijk vinden geldig is. Dat zal ik doen op een specifieke manier, door het argument te verdedigen vanuit een utilistisch kader. Op deze manier zal een duidelijke vorm ontstaan van het argument uit de praktijk.

Een utilist kijkt naar de uitkomst van een handeling of regel, vanuit onpartijdig standpunt en met oog op het geluk van de mensheid in geheel. In deze paragraaf zal ik daarom bekijken of het terugsturen van vreemdelingen in medische nood door de Nederlandse overheid gerechtvaardigd kan worden met oog op het grootste geluk voor het grootste aantal mensen. Aangezien een utilist redeneert vanuit onpartijdig perspectief, zijn daarbij de specifieke Nederlandse belangen niet van belang.

Ik ga het argument verdedigen vanuit utilistisch kader, om precies te zijn vanuit het act-utilisme. Binnen het act-utilisme wordt een handeling als moreel juist beschouwd indien deze –in vergelijking tot alle mogelijke alternatieve handeling- naar verwachting het meeste goed oplevert.¹⁰ Dit in tegenstelling tot het regel-utilisme, waarbinnen leefregels geselecteerd worden op grond van de verwachting dat ze de beste gevolgen voor het geheel zullen hebben.¹¹ Hoe zou in het geval van deze handelingen ten aanzien van het gezondheidsstelsel bij beide vormen van het utilisme bepaald kunnen worden welke het beste resultaat opleveren? Veel utilisten zouden dit meten in plezier (of geluk) en pijn (of ongeluk).¹²

Het praktijkargument zoals behandeld in deze paragraaf kan goed door middel van een act-utilistisch kader uitgewerkt worden, nu het ten eerste een argument is dat zich richt op het te verwachten gevolg van het laten steunen van veel mensen op dit sociale stelsel, waarmee het consequentialistisch van aard is. Aangezien het in de tweede plaats toeziet op handelingen ten aanzien van het gezondheidsstelsel die het meeste resultaat opleveren (namelijk: gedegen medische zorg en daarmee een zo goed mogelijke gezondheid als vorm van geluk voor het grootst mogelijke aantal mensen), is het duidelijk dat dit argument act-utilistisch van aard kan zijn.

¹⁰ <http://plato.stanford.edu/entries/consequentialism/>

¹¹ <http://plato.stanford.edu/entries/consequentialism-rule/>

¹² <http://plato.stanford.edu/entries/consequentialism-rule/>

Het is zinnig om dit argument op utilistische wijze te reconstrueren. Het utilisme biedt door haar ultiem universele karakter een sterke positie: rekening wordt gehouden met de hele wereld en iedereen telt in gelijke mate mee. Bovendien wordt binnen het utilisme uitgegaan van het feit dat we zoveel mogelijk goed moeten doen als we kunnen, hetgeen sterk is gezien de implausibiliteit van het alternatief (namelijk dat we met minder goede handelingen dan mogelijk genoeg moeten nemen).¹³ Als het terugsturen van genoemde vreemdelingen vanwege het mogelijk ten gronde gaan van het Nederlandse gezondheidsstelsel niet verdedigd kan worden op grond van het utilisme, is de kans klein dat dat op aan de hand van een andere –meer afgezwakte vorm- van het consequentialisme wel lukt.

In deze paragraaf zal ik eerst verder ingaan op de vraag waarom het mogelijk instorten van het Nederlandse gezondheidsstelsel een sterk argument zou kunnen zijn om de betreffende groep vreemdelingen in medische nood terug te sturen naar land van herkomst. Vervolgens zal ik bespreken hoe het gezondheidsstelsel in Nederland uit elkaar kan klappen door overbelasting, en voor wie dat nadelig zou zijn. Zou dit vanuit onpartijdig standpunt een slechte ontwikkeling zijn, in de zin dat het niet het grootste goed voor het grootste aantal mensen zou opleveren? De conclusie zal zijn dat het argument tot het terugsturen van genoemde groep vreemdelingen naar land van herkomst vanwege de beperkte rek van het Nederlandse gezondheidsstelsel maar tot op zekere hoogte werkt.

3.2 Het instorten van het Nederlandse gezondheidsstelsel

Allereerst dus de vraag waarom dit een sterk argument zou kunnen zijn om te rechtvaardigen dat de Nederlandse overheid de betreffende groep vluchtelingen in medische nood terugstuurt naar land van herkomst. Het argument is rechtstreeks afkomstig uit de praktijk. Ik wil hier direct de opmerking plaatsen dat de huidige minister voor Immigratie en Asiel dit argument in januari 2011 zelf gebruikte, toen hij de Tweede Kamer uitleg gaf over het niet meewegen van feitelijke toegankelijkheid van medische zorg binnen een procedure.¹⁴ In deze context deed minister Leers de meer algemene uitspraak dat de Nederlandse gezondheidszorg van hoge kwaliteit is ten opzichte van veel andere landen, en dat het verschil niet door middel van het vreemdelingenbeleid veranderd *kan* worden. Sterker nog: dat moeten we om verschillende redenen niet eens *willen*.¹⁵

Het is een feit dat het Nederlandse gezondheidsstelsel tot een van de beste ter wereld behoort. Eveneens is het een feit dat het contrast met de kwaliteit van gezondheidsstelsels van een groot aantal andere landen groot is. De uitspraak van de minister dat Nederland een goede kwaliteit van gezondheidszorg bezit, impliceert een doel: dat wil Nederland -en misschien zelfs de rest van de wereld- zo houden. De kwaliteit van het gezondheidsstelsel kan misschien worden verbeterd, maar

¹³ Scheffler 1988, p.1.

¹⁴ *Kamerstukken II* 2010/11, 19 637, nr. 1389.

¹⁵ *Kamerstukken II* 2010/11, 19 637, nr. 1389, p.2-3.

mag zeker niet slechter worden. Dit impliceert ook dat zo min mogelijk mensen er een beroep op moeten kunnen doen; logischerwijs daalt de kwaliteit van het Nederlandse gezondheidsstelsel wanneer tijd en middelen verdeeld moeten worden over veel mensen. Des te meer zieke mensen geholpen moeten worden, des te meer kwaliteit opgedeeld moet worden. Volgens de utilistische calculus is het de beste optie het gezondheidsstelsel in te zetten op een manier waarop de meeste mensen er een goede gezondheid aan over zullen houden. Hieruit volgt dat er een maximum aantal mensen is dat medische hulp kan krijgen.

In principe lijkt de achterliggende gedachte van dit argument onontkoombaar. We hebben een gezondheidsstelsel om mensen die ziek zijn te kunnen helpen, en dat moet op een manier gebeuren waarop er zo veel mogelijk voordeel uitgehaald kan worden. Een ander doel zou extreem implausibel zijn.

Dan nu de vraag hoe dit systeem in zou kunnen storten, en voor wie dat nadelig zou zijn. Dat laatste is gezien het utilistische kader van belang. Met het universalistische karakter van het utilisme is een uitkomst pas nadelig indien het voor de mensheid als geheel niet het maximale geluk of genot oplevert. Alleen betogen dat het instorten van het gezondheidsstelsel nadelig is vanwege het belang van de Nederlanders, zou daarom niet de conclusie rechtvaardigen dat het vanuit utilistisch standpunt slecht zou zijn. Als het voor Nederland slecht zou zijn maar voor de rest van de wereld niet, kan het instorten van het stelsel nog steeds het meest genot of geluk voor het grootste aantal mensen opleveren. Via dezelfde redenering is het ook mogelijk dat het sluiten van de Nederlandse grenzen voor vluchtelingen (met medische problemen) voor een utilist de beste optie is.

Ik zal daarom eerst bekijken hoe het Nederlandse gezondheidsstelsel in kan storten, en vervolgens of dit voor een utilist een slechte ontwikkeling zou zijn. Tot nu toe ben ik er vanuit gegaan dat het Nederlandse gezondheidsstelsel haar vorm en kracht verliest wanneer een veel grotere groep mensen dan nu het geval is er een beroep op zou doen. Een alternatieve theoretische mogelijkheid zou echter zijn dat in het huidige gezondheidsstelsel op een andere manier nog wat meer rek zit. Binnen het utilistische kader is het wellicht ook verdedigbaar dat we –meer dan we nu doen- een onderscheid zouden maken in medische hulp ten behoeve van mensen die direct levensbedreigend ziek zijn, en de ‘minder dringende’ medische zorg. Simpel gezegd: wanneer we onze prioriteiten op het gebied van medische zorg wat verleggen, kunnen we meer mensen redden van de dood. Daar staat tegenover dat de *levenskwaliteit* van anderen minder verbeterd kan worden.

Voor beide theoretische opties geldt echter dat er een punt zal komen waarop teveel mensen een beroep doen op het Nederlandse gezondheidsstelsel. Stel – om het uiterste scenario te kiezen- dat alle mensen ter wereld met een levensbedreigende aandoening in Nederland om medische zorg zouden vragen en deze zouden krijgen. Een aantal mensen zal geholpen (door medicatie, operaties of andere behandelingen) kunnen worden, maar al snel zullen alle middelen opraken. Wat zou dat betekenen? In

eerste instantie zal een situatie ontstaan waarin sommige mensen geholpen zullen worden, en andere niet. Gelijke gevallen zullen niet evenveel zorg krijgen. Zonder verder criterium zal gelden dat wie het eerst komt, het eerst maalt. Kortom: er zal door deze willekeur geen eerlijke aanspraak zijn op zorg. Vervolgens zal een groot tekort ontstaan in ziekenhuisbedden, in medicatie, in artsen, etcetera. Op dat moment kan met recht gezegd worden dat de chaos zo groot is dat het Nederlandse gezondheidsstelsel niet meer functioneert en is ingestort.

Het is vervolgens dus de vraag voor wie deze situatie nadelig is. Vooropgesteld kan natuurlijk worden dat genoemde theoretische situatie nadelig zou zijn voor de Nederlanders, die op dit moment verzekerd zijn van een ruime basis aan medische zorg wanneer zij dat nodig hebben. Nederlanderschap is op dit moment een criterium om als eerste aanspraak te maken op hulp binnen het Nederlandse gezondheidsstelsel. Maar is deze situatie voor een utilist nadelig ?

De mensheid als geheel heeft er natuurlijk in principe geen belang bij dat met name Nederlanders geholpen zullen worden. Anderzijds lijkt er toch een argument te zijn volgens welke het in het belang van de hele wereld is dat –onder de huidige geo-politieke verhoudingen- het Nederlandse gezondheidsstelsel niet ten gronde gaat. Dit argument kan ontleend worden aan de manier van ontstaan en instandhouding van het huidige systeem. Nederlanders betalen via belastingen (door te consumeren en een heffing op inkomsten) mee aan het gezondheidsstelsel en zijn er daardoor mede-eigenaar van. Zij houden het systeem in stand. In ruil voor deze inspanning kunnen zij op dit sociale stelsel leunen wanneer ze ziek worden. Indien zij van dat laatste niet meer verzekerd kunnen zijn (zoals bij het volledig openstellen van de Nederlandse grenzen voor zieke vluchtelingen zou gebeuren) zal het niet meer lukken deze belasting bij Nederlandse individuen te innen. Vanuit overwegingen die toezien op nut zou dit erg nadelig uitpakken, nu zonder deze belasting het gezondheidsstelsel niet meer zal functioneren.

Met andere woorden: het stelsel staat en valt per definitie bij de motivatie van individuele Nederlanders om erin te investeren. In dit licht bezien kun je stellen dat het Nederlandse gezondheidsstelsel zonder Nederlanders die ervan profiteren wanneer nodig niet zou bestaan. Het is middels die redenering nog maar de vraag of buitenstaanders¹⁶ überhaupt toegang tot medische voorzieningen mogen krijgen. Misschien levert het sluiten van de Nederlandse grenzen zoveel gezonde en gelukkige Nederlanders op dat er op de totale mensheid meer gezonde mensen zijn dan wanneer de grenzen (in enige mate) opengesteld zouden worden. In dat geval kan het uitsluiten van vreemdelingen in medische nood van het gezondheidsstelsel vanuit het utilisme verdedigd worden.

Een belangrijke tegenwerping hierop binnen het utilistisch kader is echter als volgt: Een vluchtelingenbeleid zoals het huidige, waarin onder bepaalde voorwaarden ook buitenstaanders van de

¹⁶ Of vluchtelingen in Nederland ook gezien moeten worden als volledige buitenstaanders van de maatschappij komt in Paragraaf 5 ter sprake.

Nederlandse maatschappij van medische zorg gebruik kunnen maken, zou nog wel eens in het belang van de wereld als geheel kunnen zijn. Het levert immers meer mensen met toegang tot gezondheidszorg op dan de situatie zonder huidig Nederlands gezondheidsstelsel. Het slechts verschaffen van medische hulp aan Nederlanders levert minder op dan mogelijke hulpverlening aan Nederlanders én aan een groep buitenstaanders. Bij eerstgenoemd scenario wordt minder goed gedaan dan mogelijk is, en dat is voor een utilist hoogst onwenselijk. Gelet op het voorgaande zou het instorten van het Nederlandse gezondheidsstelsel aldus niet alleen slecht zijn voor Nederland, maar voor de wereld als geheel. Daarvoor is wel vereist dat naast Nederlanders ook zoveel mogelijk buitenstaanders medische hulp geboden wordt. Hoe groot die groep kan zijn, zal ik nu afwegen.

3.3 Afweging en conclusie

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat het argument zoals besproken in deze paragraaf sterke kanten heeft. Ik heb laten zien dat een groot aantal mensen in de wereld van het Nederlandse gezondheidsstelsel uitgesloten moet worden om het te laten voortbestaan. Om er überhaupt mensen in de wereld van te laten profiteren zullen er mensen van uitgesloten moeten worden. Dit betekent dat wellicht niet alle vreemdelingen in medische nood die zich in Nederland bevinden en die in land van herkomst geen medische zorg kunnen verwachten toegang kunnen krijgen tot het Nederlandse gezondheidsstelsel.

Wel is er een belangrijk utilistisch tegenwerping ten aanzien van de stelling dat dit geldt voor *alle* vreemdelingen in medische nood. Mogelijke medische hulpverlening aan Nederlanders én aan een groep buitenstaanders levert immers het grootste geluk op voor het grootste aantal mensen. Dit betekent dat voor een utilist twijfel zal rijzen over de vraag of de beperkte rek van het Nederlandse gezondheidsstelsel een moreel verantwoorde grond biedt om een vreemdeling in medische nood terug te sturen naar land van herkomst.

Algemene twijfel over dit argument wordt sterker wanneer een tegenwerping met oog op het utilistische kader zelf gemaakt wordt. Ook als we handelen op een manier waarbij we het gezondheidsstelsel in stand houden, moeten we de situatie van concrete individuen in medische nood in beschouwing nemen. Een mogelijke tegenwerping op de benadering in deze paragraaf is het argument dat binnen het utilisme onterecht het belangrijke morele feit dat elk persoon maar één leven heeft genegeerd wordt, door te doen alsof het in de ethiek alleen gaat om de totale hoeveelheid bevredigende ervaringen binnen het gehele systeem. Het fysiek lijden van vele mensen kan binnen het utilisme probleemloos toegestaan worden, zolang daar het genot van een groep andere mensen tegenover staat.¹⁷

Is het te rechtvaardigen dat de Nederlandse overheid vluchtelingen in medische nood

¹⁷ Nussbaum 2006, p.251-2.

terugstuurt naar land van herkomst omdat het Nederlandse gezondheidsstelsel anders ondergraven wordt? Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat dit argument slechts tot op zekere hoogte werkt. Onontkoombaar is dat een groot aantal mensen in de wereld van het Nederlandse gezondheidsstelsel uitgesloten moet worden om er andere mensen van te laten profiteren. Echter is het de vraag waar de grens ligt tussen een gezondheidsstelsel waar zo veel mogelijk mensen gebruik van maken en een gezondheidsstelsel dat dreigt in te storten. Het bepalen van die grens is een praktisch – maar daarom niet minder groot- probleem. Aangezien ik concludeer dat het argument zoals besproken in deze paragraaf tot op zekere hoogte werkt, zal ik nu ingaan op de vraag hoe in het licht van dit argument bepaald moet worden welke vreemdelingen in medische nood moeten worden teruggestuurd naar land van herkomst, en welke niet.

Er lijken twee opties te zijn. Met oog op het voorgaande lijkt het antwoord bepaald te worden door het aantal vluchtelingen dat concreet om medische hulp vraagt. Wat als we alle aanvragen zouden inwilligen? Als relatief weinig vluchtelingen in medische nood in Nederland zorg zouden krijgen, zou het Nederlandse gezondheidsstelsel in huidige vorm kunnen voortbestaan. In theorie kan dit er echter toe leiden dat meer mensen dan nu het geval is naar Nederland zullen komen voor medische zorg. Minister Leers is bang voor deze mogelijke precedentwerking.¹⁸ De besproken grens van de draagkracht van het stelsel kan dan in theorie bereikt worden. Allereerst is het dan de vraag of deze theoretische angst handelingsleidend mag zijn voor de Nederlandse overheid. Men zou er namelijk voor kunnen kiezen om alle vluchtelingen in Nederland in medische nood te voorzien van zorg, tot de grens van draagkracht bereikt wordt en op een striktere manier naar aanvragen moet worden gekeken. Dit heeft als voordeel dat er pas mensen uitgesloten worden wanneer de theoretische angst voor precedentwerking echt werkelijkheid wordt.

Een tweede optie is dat wordt ingespeeld op de angst voor mogelijk toekomstige precedentwerking door te definiëren aan welke criterium iemand moet voldoen om in elk geval medische hulp te krijgen. Dit kan uiteraard op een heleboel verschillende manieren gebeuren. Zoals in Paragraaf 2 naar voren is gekomen, werkt Nederland op dit moment met een vorm van dergelijk criterium. Wanneer dit criterium strikt genoeg is, zal misschien geen precedentwerking ontstaan of per definitie iedereen die er aan voldoet in Nederland geholpen kunnen worden. Het voordeel hiervan is dat het meer in de aard van een sociaal gezondheidsstelsel ligt om het op te bouwen aan de hand van een criterium waardoor bepaalde mensen verzekerd zijn van zorg. Bovendien weegt het positieve gevoel van zekerheid ook mee in de utilistische calculus. In dat geval zou het terugsturen van sommige mensen in medische nood naar land van herkomst met het oog op de ondergraving van het gezondheidsstelsel verdedigbaar zijn.

Een utilist zou ongetwijfeld voor de eerste optie kiezen. De uiterste grens van draagkracht

¹⁸ *Kamerstukken II* 2010/11, 19 637, nr. 1389, p.2-3.

afwachten zorgt ervoor dat geen kansen verspild worden om individuen van medische hulp te voorzien, waarmee de totale optelsom van geluk vergroot wordt. Het Nederlandse gezondheidsstelsel wordt dan gebruikt op een manier waarop er het meeste voordeel uitgehaald wordt. Ook los van het utilistische kader is eerstgenoemde handelswijze sterk; zoals ik al noemde zou het volstrekt onverdedigbaar zijn om minder medische zorg te verlenen dan gezien de bestaande middelen mogelijk is. Dit betekent dat vluchtelingen in medische nood die zich in Nederland bevinden en die naar verwachting geen feitelijke toegang zullen hebben tot de gezondheidszorg in land van herkomst, pas teruggestuurd mogen worden door de Nederlandse overheid indien de uiterste grens van draagkracht voor Nederland bereikt is. Alhoewel problematisch blijft waar deze ligt, denk ik dat hij aan de hand van een lopende discussie –waarbij die grens steeds moet worden bijgesteld aan de hand van bijvoorbeeld mate van economische groei- wel degelijk bepaald kan worden.

Nu het argument zoals uitgewerkt in deze paragraaf slechts tot op zekere hoogte werkt, blijkt het voor de Nederlandse overheid niet zonder meer moreel gerechtvaardigd te zijn om een vreemdeling in medische nood terug te sturen naar land van herkomst vanwege de beperkte rek van het Nederlandse gezondheidsstelsel. Bovendien heb ik verdedigd dat de bovenste grens van draagkracht van Nederland afgewacht moet worden voor vluchtelingen op deze grond teruggestuurd mogen worden.

Paragraaf 4- *Het feit dat algemene hulp aan landen met zwakke instituties meer oplevert als argument.*

4.1 Inleiding

Dan nu een tweede argument waarmee misschien gerechtvaardigd kan worden dat vluchtelingen in Nederland ondanks het feit dat ze zich in medische nood bevinden en naar verwachting geen uitzicht hebben op feitelijke toegang tot medische zorg in land van herkomst daar toch naar moeten worden teruggestuurd. We moeten individuele vluchtelingen in medische nood terugsturen omdat algemene hulp aan landen met zwakke instituties uiteindelijk meer oplevert. Dit lijkt me net als het eerstgenoemde argument een veel gehoorde stellingname. Bovendien is het argument -door de nadruk op handelen met oog op de maximalisering van de uiteindelijke opbrengst van geluk (of genot) voor het grootst mogelijke aantal mensen- act-utilistisch van aard. Het argument is dus op het moment dat het in de praktijk gebruikt wordt van aard al utilistisch, en ik denk dat de kern van het argument (een optelsom van nut voor het geheel) zich niet goed leent voor reconstructie vanuit een ander filosofisch kader. Ik zal dit argument dan ook vanuit utilistisch kader uitwerken, waardoor het een duidelijke variant zal worden van het argument zoals het in de praktijk aangetroffen wordt.

In deze paragraaf zal ik uitwerken waarom het bieden van algemene ondersteuning aan landen een sterk argument kan zijn voor de Nederlandse overheid om individuele vluchtelingen in Nederland in medische nood terug te sturen naar hun land van herkomst. Vervolgens zal ik de positie van de individuele vluchteling in medische nood die zich in Nederland bevindt als uitgangspunt nemen. Daarbij zal ik de utilistische posities van Singer en McKinsey betrekken, die tegelijkertijd oog hebben voor de situatie van individuen. Aan het einde van de paragraaf zal ik concluderen dat het negeren van individuele hulpvragen met het oog op het bieden van uitsluitend algemene hulp geen stand houdt.

Voor ik over ga tot het uitwerken van dit argument wil ik kort de huidige werkwijze van de Nederlandse overheid op dit punt bespreken, om te laten zien dat het te beoordelen argument in deze paragraaf rechtstreeks afkomstig is van de praktijk. De Nederlandse overheid kiest er op dit moment voor om voor wat betreft medische hulp aan inwoners van minder welvarende landen het zwaartepunt te leggen bij hulp van algemene aard. Het precieze standpunt is als volgt. Vanwege de eigen verantwoordelijkheid van landen moet Nederland de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van andere landen stimuleren. Nederland ondersteunt daarom alleen landen met een goed opererend bestuur met duidelijke structuur. Deze landen worden in algemene zin gesteund en niet bepaalde individuele inwoners ervan.¹⁹ In Paragraaf 6 zal ik ingaan op het achterliggende verantwoordelijkheidsvraagstuk. Toch lijkt dit niet de enige drijfveer te zijn achter dit beleid, hetgeen ik afleid uit het feit dat alleen landen met goed opererend bestuur en duidelijke structuur gesteund worden. Een andere

¹⁹ *Kamerstukken II* 2003/04, 19 637, nr. 806, p.13.

achterliggende gedachte daarvan is ongetwijfeld dat alleen bij die landen gegarandeerd kan worden dat het geld bij de juiste instituties terechtkomt en dus verzekerd kan worden dat uit het geld zo veel mogelijk medische zorg voortkomt. Investeren in landen met dergelijke structuur levert het grootste aantal mensen op dat gebruik kan maken van medische zorg in eigen land. Dat betekent dat het standpunt van de Nederlandse overheid in ieder geval gedeeltelijk utilistisch van aard is.

4.2 Algemene ondersteuning aan landen met zwakke instituties

Ik denk dat ik niet lang hoeft stil te staan bij het feit dat het investeren in instituties die gericht zijn op het bevorderen van de volksgezondheid van een land veel oplevert (op langere termijn). Het investeren kan in principe op een manier gebeuren waarbij het gezondheidsstelsel van een land uiteindelijk zelfstandig zal kunnen functioneren. Dit zal als gevolg hebben dat meer individuen dan in de situatie voor de totstandkoming van dergelijke institutie toegang zullen hebben tot medische zorg. De vraag is echter hoe dit zich verhoudt tot wat de Nederlandse overheid in dit licht bezien moet doen met individuele vluchtelingen die zich in medische nood bevinden. Ruwweg zijn er –wanneer je vindt dat de overheid *iets* moet doen- drie mogelijkheden: Óf men investeert alleen in medische zorg voor individuele gevallen, óf men investeert alleen in algemene instituties, óf men investeert zowel in algemene instituties als in medische zorg in concrete individuele gevallen.

Onder de huidige mondiale ongelijkheid qua welvaart lijkt het me duidelijk dat de Nederlandse overheid met het uitsluitend zorg verlenen aan individuele vluchtelingen in medische nood te kort zou schieten. Die handelwijze zou sterk lijken op het dragen van water naar de zee, terwijl het investeren in gezondheidsinstituties op termijn voor meerdere individuen tegelijk voordeel op zou leveren. In de geest van het utilisme zou de Nederlandse overheid de verkeerde handelwijze kiezen door alleen individuen bij te staan, aangezien op die manier minder geluk of genot nagestreefd wordt dan –met dezelfde middelen- mogelijk is.

Er zijn dan nog twee opties over. Is het te rechtvaardigen dat de overheid in zowel instituties als in specifieke gevallen moet investeren wanneer het gaat om medische zorg? Ik wil hier graag Robert Goodin bij betrekken, die voorgaande vraag ontkennend beantwoordt. Volgens Goodin negeert hulp aan individuen in achtergestelde landen de bredere economische en sociale context van hun omstandigheden, waardoor individuele hulp even schadelijk kan zijn als niets doen. Hij concludeert daarom dat (mensen uit) rijke landen de plicht hebben hulp te bieden aan groepen mensen als geheel, en niet aan individuen in het bijzonder.²⁰ Kort door de bocht gesteld houdt dit argument tevens in dat geld maar één keer uitgegeven kan worden, en dat het geld aan een individu in medische nood besteden een gemiste kans is om méér mensen te helpen. De geldschieter had in dat geval meer individuen kunnen ondersteunen, door in een betere positie van hun land te investeren, en berokkent

²⁰ Goodin 1985, p.163.

hen schade door dat niet te doen. Binnen het utilistisch kader van deze paragraaf biedt de positie van Goodin een sterk argument. Algemene hulp levert een zo groot mogelijk aantal mensen op dat toegang heeft tot medische zorg, dus het bieden van individuele ondersteuning moeten we achterwege laten.

4.3 Hulp aan individuen in medische nood

Toch is het belangrijk om met ditzelfde utilistische kader ook de positie van de individuele vluchteling in medische nood die zich in Nederland bevindt serieus te nemen. Hoe moet de Nederlandse overheid omgaan met het beroep op medische hulp dat een concrete individuele vluchteling doet? Is het een optie om hem niet te helpen? Het is immers mijn uitgangspunt dat men met goede redenen moet komen om een persoon in nood niet te hulp te schieten. Voorgaande positie is sterk, maar ook binnen utilistisch kader kan een andere positie ingenomen worden. Ik wil hier twee utilistische posities bespreken, die van Singer en die van McKinsey. Hun posities zijn namelijk utilistisch van aard, maar hebben tegelijkertijd oog voor de situatie van individuen.

De volgende situatie neem ik als uitgangspunt. Een man vluchtte uit Afghanistan naar Nederland, waar zijn aanvraag om een verblijfsvergunning werd afgewezen. Tijdens de procedure in Nederland kwam echter aan het licht dat hij een hersentumor heeft, waar hij op zeer korte termijn aan geopereerd moet worden omdat hij anders sterft. Een operatie zal naar verwachting wel leiden tot volledige genezing, dus zijn leven staat op het spel. In Afghanistan zou die operatie gezien de huidige algemene situatie van dat land niet mogelijk zijn. Hoe moet de Nederlandse overheid ten opzichte van deze meneer handelen, in utilistisch perspectief?

Singer zou het volgende zeggen. Wanneer het aankomt op een Nederlands individu (en dus niet op de overheid, waar ik zo naar terugkeer), moet hij deze Afghaanse man van de dood proberen te redden door bijvoorbeeld de operatie te betalen indien hij daar geen vergelijkbaar moreel offer tegenover hoeven te stellen. Het volgen van deze regel zou betekenen dat heel veel Nederlanders de Afghaanse man kunnen redden, zonder dat een persoon in het bijzonder aangewezen kan worden.²¹

McKinsey ziet een groot probleem in genoemde leefregel, aangezien een individu er logischerwijs niet aan kan voldoen. Wanneer iemand bijvoorbeeld de kosten betaalt van de operatie van de man uit Afghanistan, staan daar een heleboel vergelijkbare gevallen tegenover die hij gezien de eindigheid van het saldo op zijn bankrekening niet kan helpen. Singer neemt weliswaar de eindigheid van dit banksaldo in beschouwing²²; maar dan nog is de kritiek dat willekeurig is *wie* precies geholpen moet en kan worden op hem van toepassing. Precies vanwege deze willekeur kan een individu volgens McKinsey niet moreel verplicht worden om iedereen te helpen zolang hij er geen vergelijkbaar offer

²¹ Singer 1999, p.61.

²² Singer 1999, p.63.

voor hoeft te brengen.²³ Omdat talloze zieke niet-Nederlanders niet door dit Nederlandse individu (en zoals in de vorige paragraaf besproken ook niet door Nederlandse overheid) geholpen kunnen worden en niemand in relevante speciale relatie tot hem staat, kan niet op eerlijke wijze bepaald worden *wie* geholpen moet worden en *wie* niet.²⁴ Het lijkt me dit argument te zijn dat minister Leers gebruikt door te stellen dat wanneer Nederland twee individuen in medische nood zou helpen, dit niet eerlijk zou zijn ten opzichte van hun landgenoten in medische nood die geen medische zorg zouden krijgen. Daarom moet de Nederlandse overheid die twee individuen ook niet helpen.²⁵ Dit laatste argument is gebruikt als eindconclusie uiterst implausibel, en gelukkig biedt McKinsey een alternatieve handelswijze, waarmee ik tevens kan terugkeren naar de vraag wat de overheid moet doen in dit soort gevallen. Voorgaande problemen wijzen erop dat Nederlandse individuen wellicht niet geschikt zijn voor het dragen van verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de Afghaanse vluchteling, maar misschien bij uitstek de overheid (als zijnde vertegenwoordiger van alle Nederlanders).

Hij neemt het voorbeeld van een zinkend schip waarbij honderden mensen dreigen te verdrinken, en twee reddingswerkers in een bootje in de buurt zijn. Duidelijk is dat zij niet alle mensen kunnen redden van de dood, maar ze moeten hun best doen om in samenwerking *zo veel mogelijk* mensen te redden.²⁶ In verband daarmee staat de mogelijke stelling dat vluchtelingen in medische nood een moreel recht hebben om door welvarende samenlevingen als geheel geholpen te worden. Voorgaande redenering leert dat iemand in medische nood (McKinsey heeft het over ‘stervend’) geen recht heeft op hulp van *iedereen in het algemeen*. De Afghaanse man heeft echter wel het morele recht om gered te worden door een groep als geheel die hem kan redden, in plaats van door elk lid van die groep in het bijzonder.²⁷

Er moet dus ook gekeken worden naar wat een groep met gebundelde krachten kan doen om zo veel mogelijk personen in nood te redden, in gevallen waarin niemand in het bijzonder aangesproken kan worden. De grondslag hiervan is een soort algemeen welwillendheids-principe. Ook hier geldt dat de groep geen individu hoeft te redden indien een vergelijkbaar offer gemaakt moet worden.²⁸ Met behulp van deze redenering wil ik betogen dat de Nederlandse overheid –als vertegenwoordiger van alle individuele Nederlanders- in elk geval in sommige gevallen inspanningen moet verrichten om individuele vluchtelingen in medische nood te helpen.

²³ McKinsey 1981, p.311.

²⁴ McKinsey 1981, p.311.

²⁵ *Kamerstukken II 2003/04*, 19 637, nr. 806, p.3.

²⁶ McKinsey 1981, p.313.

²⁷ McKinsey 1981, p.316.

²⁸ McKinsey 1981, p.317.

Dit is een belangrijk punt. Het feit dat algemene investeringen in buitenlandse gezondheidszorg het meeste opleveren mag dan overtuigend lijken, maar staat toch gedeeltelijk los van de hulpvraag waarmee een concrete vluchteling in Nederland in medische nood zich tot de Nederlandse overheid richt. Het is niet bevredigend dat die vraag genegeerd wordt met oog op investeringen in het geheel, in de wetenschap dat dit concrete individu daar naar alle waarschijnlijkheid niet van zal profiteren. Net als bij het argument in de vorige paragraaf kan bij het uitsluitend bieden van algemene hulp tegengeworpen worden dat het belangrijke morele feit dat elk persoon maar één leven heeft onterecht niet in beschouwing genomen wordt.²⁹ Het gaat dan om kritiek op het utilistische kader zelf, maar McKinsey doet aan dat morele feit –zelfs binnen een utilistische positie– meer recht. Zijn positie laat zien dat het terugsturen van individuele vreemdelingen in medische nood met het oog op het uitsluitend bieden van algemene hulp ook binnen het utilistische kader geen stand houdt en dus niet zonder meer moreel verdedigbaar is.

Toch is ook hierbij een complicerende factor, die McKinsey overigens erkent.³⁰ Het lijkt nog steeds onmogelijk om te bepalen aan *wie* de Nederlandse overheid ondersteuning moet bieden. Misschien kunnen we definiëren in welke zieke individuen we moeten investeren (bijvoorbeeld in hen die zich al in Nederland bevinden en hun lot in onze handen leggen, maar daar kom ik in Paragraaf 6 op terug), maar dan blijven er nog ontelbaar veel individuen over met problemen van andere aard. Wat te doen met individuen die slachtoffer dreigen te worden van bijvoorbeeld voedseltekorten of vrouwenonderdrukking? Hoe wegen we het criterium van zieke individuen die we willen bijstaan af tegen de criteria die bij al die andere problemen horen?

Een ander belangrijk utilistisch argument tegen de stelling dat alleen algemene hulp moet worden geboden en niet aan individuen in medische nood geeft wel een gedeeltelijk antwoord op bovenstaande vragen. In principe is het voor een utilist problematisch –zoals de positie van Goodin die eerder deze paragraaf aan de orde kwam aangeeft– om een individuele vluchteling te voorzien van medische hulp, omdat het hoe dan ook geldt is dat ook besteed had kunnen worden aan gezondheidsinstituten in ontwikkelingslanden. Toch is het een probleem van het bieden van algemene hulp dat ingespeeld wordt op hypothetische factoren; op het moment van het verstrekken van geld aan gezondheidsinstituten in ontwikkelingslanden is het gevolg daarvan een kwestie van inschattingen. Men kan er vrijwel zeker van zijn dat in de toekomst individuen ziek zullen worden die medische zorg nodig zullen hebben, maar bijvoorbeeld hoeveel dat er zijn en in welk opzicht en in welke mate het betreffende geld uiteindelijk hun gezondheid gaat bevorderen is grotendeels onvoorspelbaar. Individuen die op het moment van geld geven al ziek zijn en zich in het betreffende ontwikkelingsland bevinden zullen met dit geld nog niet geholpen worden; het geld zal pas een eventuele invloed hebben

²⁹ Nussbaum 2006, p.251-2.

³⁰ McKinsey 1981, p.318.

in de toekomst. Dit in tegenstelling tot bij concrete individuele vluchtelingen in medische nood die al in Nederland zijn en die naar verwachting in land van herkomst geen toegang zullen krijgen tot gezondheidsvoorzieningen. Het geen zorg bieden levert de zekerheid op dat ze sterven of ernstige lichamelijke of geestelijke schade oplopen.

Een utilist zou daarom de volgende oplossing kunnen verdedigen. Aangezien zeker is dat geld gespendeerd aan concrete individuen die nu al ziek zijn goed besteed is, moeten zeer ernstig zieke vreemdelingen in Nederland medische zorg krijgen. De rest van het budget moet gereserveerd worden voor investeringen in gezondheidsinstituten in ontwikkelingslanden. Dit betekent dat de groep vluchtelingen waar ik me in dit onderzoek op richt in Nederland medische zorg moeten krijgen. Op deze manier wordt ook de *zekerheid* van het bevorderen van de gezondheid van een aantal zieken in de calculus meegewogen, hetgeen vanuit onpartijdig perspectief goed verdedigbaar is. Tegelijkertijd wordt recht gedaan aan het feit dat algemene hulp meer gericht is op het bevorderen van de gezondheid van de mensheid als geheel.

4.4 Conclusie

Aan de hand van het voorgaande kunnen een paar conclusies getrokken worden. In de eerste plaats heb ik betoogd dat het voor de Nederlandse overheid geen gerechtvaardigde optie is om alleen in te springen op de hulpvraag van individuele vluchtelingen in medische nood. Is het feit dat algemene hulp meer oplevert een doorslaggevend moreel verantwoord argument voor de Nederlandse overheid om genoemde groep vluchtelingen terug te sturen naar hun land van herkomst? Het antwoord op die vraag moet ontkennend zijn. Hoewel geld natuurlijk effectief besteed moet worden en we vanwege alle bestaande grote (andere) problemen niet alles kunnen doen, lijkt een individuele hulpvraag niet uitsluitend op basis van genoemd argument genegeerd te kunnen worden.

De enige overblijvende optie is dat de Nederlandse overheid zowel in instituten als in specifieke individuen moet investeren wanneer het gaat om medische zorg. Ook vanuit utilistisch kader kan volgehouden worden dat het grote belang van algemene investeringen in gezondheidsinstituten in ontwikkelingslanden niet in de weg staat aan het belang dat gemoeid is met het bieden van medische hulp aan individuen die nu al ernstig ziek zijn en zonder hulp van de Nederlandse overheid zeker zullen sterven of ernstige schade zullen oplopen. De groep vluchtelingen waar ik me in dit onderzoek op richt voldoen aan dat criterium, aangezien ze in Nederland zijn, zich in Nederland bevinden en naar verwachting geen feitelijke toegang tot de gezondheidszorg in land van herkomst zullen krijgen. Dit betekent dat het terugsturen van een vreemdeling in medische nood niet door de Nederlandse overheid verdedigd kan worden met het argument dat uitsluitend algemene hulp wordt geboden aan landen met zwakke instituten, met als reden dat dat het meeste oplevert. Aan de hand van dit argument kan het terugsturen van de individuele vreemdelingen in medische nood waar

ik me op richt dus niet op moreel verantwoorde wijze verdedigd worden.

Paragraaf 5- De verdedigbaarheid van het morele principe dat Nederlandse individuen zichzelf en naasten mogen bevoordelen als argument.

5.1 Inleiding

Voorgaande argumenten heb ik gereconstrueerd als consequentialistisch, in de zin dat als uitgangspunt werd genomen dat de beste handeling in een bepaalde situatie de handeling is die het meeste goed voor het geheel brengt. Hierbij werd naar de wereld gekeken vanuit onafhankelijk perspectief, en werd als uitgangspunt genomen dat moet worden gestreefd naar het maken van een zo goed mogelijke wereld om in te leven.³¹ Het argument in deze en in de volgende paragraaf zal ik vanuit tegengesteld, non-consequentialistisch kader bekijken. Binnen een non-consequentialistische positie wordt een individu niet gedwongen om naar het beste resultaat voor het geheel te streven. Daarentegen mogen namelijk ook agent-relatieve argumenten gebruikt worden om te bepalen voor welke handeling gekozen mag worden. Dat is een persoonsgebonden argument; het draagt een essentiële referentie aan een individu.³² Non-consequentialisten vinden onder meer dat het meewegen van agent-relatieve elementen meer past bij de denkwijze van mensen dan het volgen van een abstract principe.³³

In deze paragraaf wil ik een belangrijk argument bespreken dat vaak gebruikt wordt in de discussie over het al dan niet terugsturen van vreemdelingen in medische nood. Het argument is een doordachte variant van de stelling dat Nederlanders met vreemdelingen (in medische nood) niets te maken hebben. In deze paragraaf wil ik dit argument bekijken met als invalshoek de invloed van zelfontplooiing van individuen en de bevoordeling van hun naasten op het terugstuurvraagstuk. Dat argument ziet er als volgt uit. Familie, vrienden en eventueel landgenoten worden als belangrijk gezien; ten aanzien van de rest –waaronder vreemdelingen in medische nood- hebben we geen of in elk geval minder morele verplichtingen. De overheid moet naar dat gegeven handelen en daar haar beleid op afstemmen. Zij is immers de vertegenwoordiger van de Nederlandse individuen, en moet daarom in beleid meenemen dat gerechtvaardigd is dat zij de ruimte krijgen om zichzelf en naasten te bevoordelen boven vreemden. Dit gaat ten koste van de middelen die overblijven voor het ondersteunen van buitenstaanders. Dit betekent dat verdedigbaar is dat vreemdelingen in Nederland in medische nood die naar verwachting geen feitelijke toegang tot medische zorg zullen krijgen bij terugkeer naar land van herkomst, daar toch naar teruggestuurd mogen worden.

Dit argument is zoals het in de praktijk aangetroffen wordt al non-consequentialistisch van aard, door de nadruk op agent-relatieve elementen. Dat is een reden om genoemd argument uit te werken aan de hand van een non-consequentialistisch kader, aan de hand waarvan een sterke positie

³¹ Scheffler 1988, p.1.

³² Nagel 1986, p.143.

³³ Scheffler 1988, p.2.

neergezet kan worden. In tegenstelling tot bij een utilistische benadering mogen andere belangen dan die voor het grote geheel meespelen. Schade aan het leven van een individu als gevolg van het handelen met oog op het grote geheel kan vanwege het feit dat individuen maar één leven hebben niet gecompenseerd worden en is daarmee moeilijk verdedigbaar.³⁴ Hiermee in verband staat Kant's tweede formule van het categorisch imperatief (een mens moet als doel op zich beschouwd worden en niet alleen als middel³⁵) als voorbeeld van een non-consequentialistische benadering. Een individu wordt aldus niet 'opgeofferd' met oog op voordeel voor de gehele mensheid. Een tweede voordeel van het non-consequentialisme is het volgende punt. Waar het streven naar het grote geheel vanuit onafhankelijk standpunt ver van de leefwereld van individuen af staat, staan non-consequentialistische benaderingen daar juist dicht bij. Ze vragen minder opofferingen van individuen; men hoeft zich niet (alleen) bezig te houden met het grote geheel, maar heeft ook ruimte om persoonlijke doelen na te jagen.³⁶

Het non-consequentialistische kader biedt echter meer dan alleen de verdediging van agent-relatieve redenen, waardoor het te breed is om te gebruiken bij het reconstrueren van het argument uit deze paragraaf. Ik zal het argument dan ook uitwerken aan de hand van een specifieke vorm van het non-consequentialisme, namelijk het kader dat Scanlon hanteert. Scanlon's theorie is in bepaald opzicht in overeenstemming met Kant's categorisch imperatief, waarmee een mogelijk principe op morele geldigheid wordt beoordeeld op grond van de vraag of het –hypothetisch– door iedereen geaccepteerd zou kunnen worden. Volgens Scanlon is een handeling verkeerd indien het als zodanig beoordeeld wordt aan de hand van een set principes die niemand op redelijke gronden kan verwerpen als basis voor algemene overeenstemming.³⁷ Een reconstructie van het argument in deze paragraaf aan de hand van dit Scanloniaanse kader zal een duidelijke en sterke variant ervan opleveren. Het praktijk-argument verandert nu in de vraag: Is het in redelijkheid voor niemand op redelijke gronden te verwerpen dat de groep vreemdelingen in medische nood waar ik me op richt moeten worden teruggestuurd naar land van herkomst vanwege het feit dat Nederlandse individuen persoonlijke doelen mogen nastreven en naasten mogen bevoordelen?

Bij de vraag of dit principe tot algemene morele wet verheven kan worden, mogen volgens Scanlon andere waarden meegewogen worden dan de bevordering van het algehele welzijn. Gekeken mag worden naar argumenten van eerlijkheid, naar de mate van opoffering die individuen moeten maken en naar waarden die niets met welzijn van doen hebben.³⁸ Aan de hand daarvan moet uit alle

³⁴ Nozick 1974, p.141.

³⁵ Kant 1785, p.96.

³⁶ Scheffler 1988, p.4.

³⁷ Nagel 1999, p.2.

³⁸ Nagel 1999, p.2-3.

mogelijke principes het principe gekozen worden waarop de belangrijkste tegenwerping het kleinst is. Ieder mens ter wereld heeft hier een stem in. Op deze manier kan bepaald worden wat redelijk is. Scanlon's theorie richt zich op de gewenste handelingen van individuen, maar ik kan vanaf die uitkomst een vertaalslag maken naar wat van de overheid verlangd kan worden, aangezien zij als vertegenwoordiger van alle Nederlandse individuen namens hen moet handelen.

De opbouw van deze paragraaf is als volgt. Eerst zal ik aan de hand van het Scanloniaanse kader verdedigen dat individuen zichzelf, familie en vrienden in zekere mate mogen bevoordelen. Vervolgens zal ik beschouwen in welke mate vluchtelingen die zich in Nederland bevinden als buitenstaanders gezien kunnen worden, door eerst te bekijken of landgenoten tot onze te bevoordelen naasten behoren en daarna of vreemdelingen in de Nederlandse maatschappij daartoe gerekend kunnen worden. Ik zal laten zien dat landgenoten in zekere zin als naasten beschouwd kunnen worden, en vreemdelingen op Nederlands grondgebied veelal in mindere mate. Er is sprake van een glijdende schaal in verwantschap. Ik zal concluderen dat het argument gedeeltelijk stand kan houden.

5.2 De bevoordeling van jezelf, familie en vrienden.

Nu zal ik verdedigen dat het voor individuen gerechtvaardigd is zichzelf, familie en vrienden -tot op zekere hoogte- te bevoordelen. Een bekend gedachtenexperiment waaruit blijkt dat mensen nu eenmaal geneigd zijn tot het bevooroordeelen van bepaalde anderen is die van het brandend huis. In dat huis bevindt zich je moeder en een onbekende; je staat buiten en hebt slechts tijd om één van hen te redden van een zekere dood. Wie kies je? Dit voorbeeld wordt veel gebruikt om met behulp van intuïtie aan te tonen dat een consequentialistische kijk op de wereld te veel van individuen vraagt en onrealistisch is.³⁹ Dat een persoon in dergelijke situatie ervoor kiest zijn moeder te redden is goed voorstelbaar vanuit de gedachte dat die persoon van zijn moeder houdt en in een speciale relatie tot haar staat. Individuen zijn bereid grotere offers te maken jegens hen die nauw verwant aan hen zijn, zoals jegens familie en vrienden, en de meeste mensen zullen een niet-contractuele verplichting ten aanzien van (sommige van) hen erkennen.⁴⁰ Voor de volledigheid: per persoon zal natuurlijk verschillen om hoeveel personen het gaat, en voor sommige mensen is een verre achternicht niet nauwer aan hen verwant dan een complete vreemde. Daarnaast geldt bovenstaande slechts tot op zekere hoogte; als iemand moet kiezen tussen te laat komen op een afspraak met een goede vriend en het redden van het leven van een onbekende zonder het maken van grote offers is duidelijk wat de beste morele keuze is.⁴¹ Er zijn gevallen waarin die keuze moeilijker is, maar het is hier niet nodig daar dieper op in te gaan. Wat mij betreft mag de aanspraak van familie en vrienden op speciale

³⁹ Goodin 1988, p.665.

⁴⁰ Nagel 1986, p.144.

⁴¹ Singer 1999, p.62.

aandacht ook wat zwakker geformuleerd worden. Het antwoord op de vraag of deze bevoordeling gezien moet worden als een echt morele *plicht* jegens bepaalde naasten, wil ik buiten beschouwing laten. De meeste mensen zullen in elk geval een paar mensen uit hun directe familiekring en vriendengroep aan kunnen wijzen aan wie ze nauw verwant zijn en voor wie ze meer bereid zijn te doen dan voor een volslagen vreemde. Deze bevoordeling plegen individuen ook ten opzichte van zichzelf. Je kunt stellen dat een individu ook geld en tijd mag besteden aan zelfontplooiing, door bijvoorbeeld een opleiding te volgen of naar de bioscoop te gaan.

Aan de hand van het Scanloniaanse kader kunnen deze vormen van bevoordeling als volgt verdedigd worden. Er zijn twee mogelijke principes op dit vlak denkbaar: een principe dat voorschrijft dat mensen zichzelf, familie en vrienden (in bepaalde mate) mogen bevoordelen, en een principe dat voorschrijft dat mensen op onpartijdige wijze moeten handelen. Het aannemen van het eerste principe heeft als bezwaar dat sommige mensen niet bevoordeeld zullen worden, en dat voor hen geldt dat zij op minder hulp kunnen rekenen –of zelfs op geen hulp- dan onder het tweede principe het geval zou zijn. Het is zeer waarschijnlijk dat dit zal gelden voor de vluchtelingen in medische nood waar ik me in dit onderzoek op richt, die op het punt staan teruggestuurd te worden naar land van herkomst. Als het immers plausibel is dat individuen bepaalde naasten bevoordelen, dan moet de Nederlandse overheid dat respecteren en als vertegenwoordiger van alle Nederlandse individuen uitdragen in beleid. Gezond verstand suggereert dat individuen in zekere mate een eigen leven mogen leiden⁴², en het is aan de overheid om de samenleving in te richten op een manier waarop de diversiteit daarin gewaarborgd wordt.⁴³ De ruimte die de overheid aan individuen moet geven om tijd en middelen aan naasten te besteden, gaat ten koste van de ruimte die beschikbaar is voor het helpen van vreemdelingen in medische nood. Er blijven dan minder tijd en middelen over voor buitenstaanders van de Nederlandse maatschappij. Dit resulteert in een uitkomst waarin sommige of alle vreemdelingen in medische nood waar ik me in dit onderzoek op richt geen medische zorg zullen krijgen, maar daarentegen worden teruggestuurd naar land van herkomst. Aangezien zij vervolgens naar verwachting op korte termijn zullen sterven of ernstige schade zullen oplopen, is dat een bezwaar op het aannemen van het eerstgenoemd principe.

Het aannemen van het tweede principe levert echter ook een groot bezwaar op. Het leven van individuele mensen zou ingezet worden voor het voordeel van onbekende anderen; dat zou niets meer betekenen dan dat zij gebruikt worden om uitsluitend anderen te bevoordelen.⁴⁴ Als individuen constant bezig zouden moeten zijn om onbekende anderen te bevoordelen, zou dat ten koste gaan van

⁴² Nagel 1986, p.144.

⁴³ Nagel 1986, p.171.

⁴⁴ Nozick 1974, p.141.

individuele waarden op bijvoorbeeld cultureel, intellectueel en romantisch vlak.⁴⁵ Zou dat desondanks van individuen gevraagd kunnen worden? Of mogen genoemde individuele waarden meegewogen worden, waardoor het algemene principe dat individuen ongelimiteerd bezig moeten zijn met leedvermindering van anderen moet worden verworpen? Ik wil hier graag Thomas Nagel citeren, die namens Scanlon antwoord geeft op die laatste vraag:

*'Would the certain abandonment of all these things provide reasonable ground for rejection of a principle that required it- even in the face of the starving millions? The question for Scanlon's model would be whether it could be offered as a justification to each one of those millions, and my sense is that perhaps it could; that one could say: 'I cannot be condemned as unreasonable if I reject a principle that would require me to abandon most of the substance of my life to save yours'.'*⁴⁶

Dit citaat vat het belangrijkste bezwaar tegen het aannemen van het tweede principe goed samen.

Nu ik de twee mogelijke principes en de belangrijkste bezwaren daartegen heb beschreven, kan aan de hand van het Scanloniaanse kader een keuze gemaakt worden. Bij welk principe is het bezwaar het kleinst? Welk principe moet gekozen worden indien iedereen ter wereld een stem heeft? Ik concludeer aan de hand van bovenstaande dat iedereen (dus ook de zwakkeren in de wereld) kan inzien dat totale opoffering door individuen niet de beste optie is. De mogelijkheid tot een zekere mate van zelfontplooiing weegt zwaarder dan een leven dat geheel in het teken staat van dienstbaarheid aan anderen. Dit betekent dat voor het principe gekozen moet worden aan de hand waarvan mensen zichzelf, familie en vrienden (in bepaalde mate) mogen bevoordelen. Dit principe is beter verdedigbaar dan het principe aan de hand waarvan iedereen onpartijdig moet handelen.

Wel is tot nu toe de vraag *in welke mate* individuen ruimte mogen krijgen om naasten te bevoordelen onbeantwoord gebleven. Dat aspect moet echter ook naar iedereen verdedigbaar zijn. Aan het eind van deze paragraaf zal ik op die afweging terugkomen. Ik zal dan beschouwen of het principe waarmee aan individuen ruimte voor bevoordeling van naasten wordt gelaten ook betekent dat de categorie vreemdelingen waar ik me in dit onderzoek op richt (zij die zich in medische nood bevinden, op Nederlands grondgebied zijn en naar verwachting geen feitelijke toegang tot gezondheidszorg in land van herkomst zullen krijgen) teruggestuurd moeten worden.

Eerst moet ik echter bearmenteren of naast familie en vrienden ook landgenoten tot onze naasten gerekend moeten worden, en of de vluchtelingen waar ik me in dit onderzoek op richt te beschouwen zijn als landgenoten. In deze paragraaf beantwoord ik de vraag of verdedigbaar is dat vreemdelingen in medische nood die naar verwachting geen feitelijke toegang tot medische zorg

⁴⁵ Nagel 1999, p.4.

⁴⁶ Nagel 1999, p.5.

zullen krijgen bij terugkeer naar land van herkomst, daar toch naar teruggestuurd mogen worden op grond van het argument van het bevoordelen van naasten en het nastreven van persoonlijke doelen. Als blijkt dat deze groep vluchtelingen tot de door Nederlanders te bevoordelen naasten behoren, dan blijkt dat het argument niet geldig is.

5.3 het bevoordelen van landgenoten en vreemdelingen

In het voorgaande heb ik verdedigd dat er voor individuen gegronde redenen zijn om (in bepaalde mate) zichzelf, familie en vrienden te bevoordelen. Zijn landgenoten echter als naasten te beschouwen, die Nederlanders gerechtvaardigd mogen bevoordelen boven buitenstaanders? En in verband daarmee: zijn vluchtelingen die in Nederland zijn te beschouwen als landgenoten? Als allebei deze vragen positief beantwoord moeten worden, dan biedt het argument in deze paragraaf geen grond om vreemdelingen in medische nood terug te sturen naar land van herkomst.

Eerst de vraag of we landgenoten op dezelfde manier als familie en vrienden tot onze naasten kunnen rekenen. Wellman noemt drie belangrijke verschillen tussen vriendschapsrelaties en de relaties tussen landgenoten⁴⁷: Ten eerste is vriendschap gebaseerd op een zekere mate van (niet-contractuele) inwilliging van beide kanten in tegenstelling tot bij landgenoten, die op geografische wijze worden toegewezen. Ten tweede is de emotionele band tussen vrienden niet vergelijkbaar met die tussen landgenoten (al is het maar omdat samenlevingen zo groot zijn dat mensen vaak slechts een fractie van hun landgenoten überhaupt ontmoeten). Ten derde zijn alleen relaties van vriendschap intrinsiek waardevol, en zijn relaties op basis van landgenootschap alleen op instrumentele wijze waardevol.

De eerste twee verschillen zijn evident. Bij het laatstgenoemde verschil wil ik even stilstaan. Ik denk inderdaad dat relaties tussen landgenoten instrumenteel waardevol zijn, en dat ze daarmee verschillen van een pure vorm van kameraadschap en ouderschap. Deze instrumentale waarde is die van het sociaal contract, dat groepen mensen omwille van wederkerig voordeel met elkaar hebben gesloten.⁴⁸ In dat opzicht delen landgenoten natuurlijk veel met elkaar. Deze vorm van relatie lijkt me echter niet goed in te passen binnen non-consequentialistisch kader, gezien de gerichtheid op uitkomsten in mate van voordeel. Toch denk ik dat hier belangrijk is dat een gevolg van samenwerkingsverbanden (in het licht van het sociaal contract) is dat landgenoten taal en gewoontes zijn gaan delen, wat maakt dat ze nauwer verwant zijn aan elkaar dan mensen uit verschillende landen. Mensen uit hetzelfde land delen iets door het spreken van dezelfde taal en het opgroeien en leven onder vergelijkbare gebruiken en omstandigheden. Met andere woorden: het meer consequentialistische sociaal contract brengt ook een zeker non-consequentialistisch verwantschap met zich mee.

⁴⁷ Wellman 2001, p.221-3.

⁴⁸ Nussbaum 2006, p.195.

Natuurlijk valt hier vanalles op af te dingen; zo bakenen landsgrenzen niet precies groepen af die taal en omstandigheden met elkaar delen (denk aan een groot land als Soedan of aan mensen die in een grensgebied wonen), maar in algemene zin wil ik toch verdedigen dat relaties tussen landgenoten veelal *iets* sterker zullen zijn dan relaties tussen mensen uit verschillende landen. Landgenoten staan weliswaar verder van elkaar af dan vrienden of sommige familieleden, maar behoren in mindere mate tot onze naasten.

Dan nu de vraag in hoeverre we vreemdelingen zonder verblijfsvergunning op Nederlands grondgebied als landgenoten kunnen beschouwen. In hoeverre nemen zij deel aan de samenleving? Enerzijds bevinden zij zich natuurlijk geografisch gezien in Nederland, en nemen ze deel aan de samenleving door bijvoorbeeld te consumeren of zwart te werken. Verblijvende vreemdelingen dragen vaak wel bij aan de samenleving zonder dat ze in volle zin van de voordelen ervan mogen genieten.⁴⁹ Iemand uit Somalië die in Nederland boodschappen doet en deelneemt aan het dagelijks leven, hoort meer bij de Nederlandse samenleving dan iemand die zich in Somalië bevindt. Verder zal onder meer afhankelijk van verblijfsduur zijn in hoeverre iemand de Nederlandse taal en gewoontes deelt. Anderzijds betalen vreemdelingen zonder verblijfsvergunning bijvoorbeeld geen belasting (behalve BTW), en zijn zij niet met zoveel woorden toegelaten tot de samenleving. Carens wijst er op dat bij de vraag of een individuele vluchteling tot de samenleving behoort de psychologische dimensie van deelnemerschap meegewogen moet worden: Is iemand in geval van internationaal conflict loyaal aan Nederland of aan land van geboorte?⁵⁰

Duidelijk is dat het sterk van individuele vreemdeling afhankelijk is of hij deelnemer is van de Nederlandse samenleving. Ik denk wel dat aan de hand van genoemde criteria per persoon afgewogen kan worden of dat het geval is, en ik denk daarmee nadrukkelijk niet dat vreemdelingen zonder verblijfsvergunning per definitie geen onderdeel uitmaken van de Nederlandse samenleving.

Een belangrijke relativering op bovenstaande afweging kan van Goodin komen, die stelt dat datgene wat er voor zorgt dat we ons bekommeren om landgenoten er ook voor zou moeten zorgen dat we ons ook – in elk geval een beetje- druk moeten maken om de rest van de wereld.⁵¹ Dat brengt mij in combinatie met bovenstaande tot de conclusie dat sprake is van een glijdende schaal voor wat betreft mate van verwantschap, die van het individu naar familie en vrienden, vervolgens naar landgenoten en daarna vreemdelingen in eigen land en tot slot naar de individuen in de rest van de wereld loopt. Dit betekent dat ik ten aanzien van vreemdelingen niet op dezelfde manier als bij familie en vrienden kan concluderen dat sprake is van een verwantschap dat maakt dat individuele

⁴⁹ Goodin 1988, p.676.

⁵⁰ Carens 2000, p.162.

⁵¹ Goodin 1988, p.679.

Nederlanders hen in sommige gevallen mogen bevoordelen boven anderen. Als aan de hand van bovenstaande criteria echter blijkt dat een bepaalde vreemdeling sterke banden heeft met de Nederlandse samenleving en daardoor als landgenoot beschouwd kan worden, dan is het verwantschap groter. Dit zal ik meewegen nu ik ga bekijken in welke mate individuen ruimte mogen krijgen om naasten te bevoordelen, en wat dat betekent voor de terugkeervraag van de groep vreemdelingen in medische nood waar dit onderzoek zich op richt.

5.4 Afweging en conclusie

Ook bovenstaande glijdende schaal laat zien dat het argument dat vreemdelingen in medische nood mogen worden teruggestuurd naar land van herkomst omwille van de redelijkheid van een beleid waarin Nederlandse individuen persoonlijke doelen mogen nastreven en naasten mogen bevoordelen een sterke kant heeft. De mate van verwantschap hoger in de schaal zorgt voor in elk geval minder ruimte voor de rest. Bovendien kwam ik eerder in deze paragraaf uit op de conclusie dat aan de hand van een Scanloniaans kader verdedigd kan worden dat handelen naar het principe dat mensen in bepaalde mate zichzelf, familie en vrienden mogen bevoordelen boven anderen naar iedereen verdedigbaar is. Dit zou onvermijdelijk in overheidsbeleid moeten terugkomen, hetgeen resulteert in minder tijd en middelen voor hulp aan vreemdelingen in medische nood. Echter is ook aan de hand van dit argument niet verdedigbaar dat *alle* vreemdelingen in medische nood die zich in Nederland bevinden en die bij terugkeer naar land van herkomst naar verwachting geen feitelijke toegang tot gezondheidsvoorzieningen zullen hebben teruggestuurd moeten worden. Een argument uit non-consequentialistische hoek laat dit zien.

Dit argument heeft te maken met het gouden midden. Ook binnen het non-consequentialisme kan verdedigd worden dat een totale agent-neutrale moraal weliswaar voor de mens onrealistisch en onwenselijk is, maar dat een compleet agent-relatieve moraal het andere verkeerde uiterste is.⁵² Er zal ook ruimte moeten zijn voor enige onpartijdigheid. Dat ruimte moet zijn voor het najagen van persoonlijke doelen en het bevoordelen van naasten betekent natuurlijk niet dat *geen* ruimte overblijft voor het helpen van mensen in nood.⁵³ Naar iedereen is redelijkerwijs het principe te verdedigen dat mensen in nood geholpen moeten worden, in elk geval tot de hulpbieder daar erg onder te lijden heeft. Dit is vooral verdedigbaar vanuit het standpunt van hen die er het slechts aan toe zijn. Ook voor de rest van de mensheid is dit echter in principe verdedigbaar, aangezien de hulpbieder niet onder zijn taak hoeft te lijden. Het gaat vervolgens om de vraag waar de plausibele grens op dat gebied ligt.

Ik zal nu bespreken hoe verdedigd kan worden of de groep vreemdelingen waar ik me in dit onderzoek op richt aan de hand van het gekozen principe mogen worden teruggestuurd naar land van

⁵² Nagel 1986, p.186.

⁵³ Singer 2004, p.18.

herkomst. Gezien bovenstaande afwegingen over landgenoten en over de vraag of vluchtelingen zonder verblijfsvergunning daartoe te rekenen zijn, zou bij de terugkeervraag meegewogen kunnen worden in hoeverre iemand deel uit maakt van de Nederlandse samenleving. Dat zou betekenen dat een vluchteling die al erg lang in Nederland is en deelneemt aan de maatschappij eerder medische hulp in Nederland kan krijgen dan iemand die ziek wordt na een paar maanden verblijf alhier. Toch is dat criterium niet voldoende om de hulpvraag van iemand die toevallig pas kort in Nederland is te negeren. Als naast een zekere mate van agent-relatieve waarden plaatsgemaakt moet worden voor enige onpartijdigheid, dan lijkt me dat die ruimte overgelaten moet worden voor de meest kwetsbare mensen. Eerder in deze paragraaf heb ik betoogd dat omwille van het gouden midden enige ruimte overgelaten moet worden voor onpartijdigheid, en me dunkt dat je met recht kunt zeggen dat de vreemdelingen waar ik me in dit onderzoek op richt tot de meest kwetsbaren behoren. Zij bevinden allereerst zich in medische nood, wat betekent dat ze een medisch probleem hebben dat hun levenskwaliteit in flinke mate beperkt, en dat er bovendien voor zorgt dat ze afhankelijk zijn van anderen bij het verlichten of verhelpen van het probleem. In de tweede plaats bevinden zij zich op Nederlands grondgebied, waardoor zij kwetsbaar zijn ten aanzien van de Nederlandse overheid. In de derde plaats zullen zij naar verwachting geen feitelijke toegang tot medische voorzieningen in land van herkomst krijgen, waardoor zij bij terugkeer op korte termijn zullen sterven of ernstige schade op zullen lopen. Deze mensen zijn de laatsten die je kunt verwaarlozen op grond van partijdigheid. De grens tussen een agent-neutrale en een agent-relatieve moraal is daarmee plausibel op het moment dat ruimte is voor agent-relatieve waarden, maar de groep mensen waar ik me in dit onderzoek op richt in beginsel medische hulp geboden wordt. Dit in elk geval tot het punt waarop Nederlandse individuen geen ruimte krijgen voor zelf-ontplooiing en de bevoordeling van hun directe naasten.

Het non-consequentialisme biedt wel de mogelijkheid op een andere manier naar de afweging te kijken dan binnen het utilisme. Het laat immers voor de overheid de mogelijkheid open om op voorhand vast te stellen hoeveel geld en tijd wordt vrijgemaakt aan gezondheidszorg voor vreemdelingen in medische nood (op een manier waarop in elk geval de mensen met meest ernstige aandoeningen zorg krijgen), en hoeveel ruimte Nederlanders daarmee overhouden voor het najagen van persoonlijke doelen. In tegenstelling tot bij het utilisme kan gestart worden vanuit deze verdeling, in plaats van bij de vraag wie ter wereld gelukkiger zal worden van medische zorg op kosten van Nederland. Ook binnen het Scanloniaanse non-consequentialistische kader moet uitgelegd worden waarom het gekozen bedrag gependeed wordt aan het verlichten van leed van vreemdelingen in medische nood (en waarom dat bedrag niet hoger is), maar op een andere en minder veeleisende manier dan binnen het utilisme. Waar bij laatstgenoemde benadering het besteedde bedrag pas hoog genoeg is als daar zoveel mogelijk mensen bij gebaat zijn, is binnen het non-consequentialisme ook oog voor andere waarden. De redelijkheid van een zekere ruimte voor persoonlijke ontwikkeling en de

beoordeling van naasten kan daarmee een verlagende invloed hebben op het bedrag dat moreel gezien gependeed moet worden aan vreemdelingen in medische nood.

Ik concludeer dat naar iedereen verdedigbaar is dat Nederlandse individuen een zeker ruimte moet worden gelaten voor zelf-ontplooiing en de beoordeling van naasten, mits in elk geval de vreemdelingen waar ik me in dit onderzoek op richt in beginsel medische hulp geboden wordt. Dit in elk geval tot het punt waarop agent-relatieve waarden van Nederlanders te zeer in het gedrang komen, waardoor ze slechts bezig zouden zijn met de leedvermindering van vreemden.

Paragraaf 6- *De verdedigbaarheid van het morele principe dat landen een eigen verantwoordelijkheid hebben voor hun inwoners als argument.*

6.1 Inleiding

Het vierde en laatste argument dat ik wil bespreken is het volgende. De Nederlandse overheid mag de vreemdelingen waar ik me op richt terugsturen naar land van herkomst, omdat het verlenen van medische zorg aan deze individuen niet tot de verantwoordelijkheden van Nederland behoort. Het betreffende land van herkomst is daarentegen verantwoordelijk voor de gezondheidszorg van haar inwoners. Net als het voorgaande argument is dit een variant op de stelling dat Nederlanders met vluchtelingen in medische nood ‘niets te maken’ hebben. Het ziet alleen toe op een ander aspect daarvan; niet op de redelijkheid van zelfontplooiing en het bevoordelen van naasten, maar op het verantwoordelijkheidsvraagstuk. Ook dit argument is afkomstig van de praktijk, en wordt in het huidige beleid uitgedragen. Zo stelde de Minister eind januari 2011 dat zijn verantwoordelijkheid jegens teruggestuurde vreemdelingen begrensd is, en dat Nederland de mondiale ongelijkheid in termen van gezondheidszorg niet door middel van het vreemdelingenbeleid kan en moet willen oplossen.⁵⁴ Ook heeft het beleid voor wat betreft de besproken drie maanden-grens en het niet meewegen van feitelijke omstandigheden bij de terugkeervraag met een veronderstelde begrensde verantwoordelijkheid te maken. Daar kom ik later in deze paragraaf op terug.

Net als in de vorige paragraaf zal ik een reconstructie maken van dit argument aan de hand van het non-consequentialistische Scanloniaanse kader, welke in bepaald opzicht in overeenstemming is met Kant's categorisch imperatief. Op deze manier zal een duidelijke variant ontstaan van het argument zoals we het in de praktijk aantreffen. Volgens Scanlon is een handeling verkeerd indien het als zodanig beoordeeld wordt aan de hand van een set principes die niemand op redelijke gronden kan verwerpen als basis voor algemene overeenstemming.⁵⁵ Het is dus de vraag of het terugsturen van de groep vreemdelingen waar ik me op richt –hypothetisch- door niemand verworpen kan worden op grond van de verantwoordelijkheid van de landen waar deze vreemdelingen vandaan komen en het gebrek aan Nederlandse verantwoordelijkheid op dat vlak. Is het redelijkerwijs door niemand te verwerpen dat we deze groep mensen met die reden uitsluiten van onze gezondheidsvoorzieningen?

De opbouw van deze paragraaf is als volgt. Ik zal twee aspecten van het verantwoordelijkheidsargument onderscheiden, welke ik een voor een zal toetsen aan hand van het Scanloniaans kader. Het betreft de veronderstelde werkverdeling tussen overheden, en de veronderstelde praktische onmogelijkheden tot het dragen van verantwoordelijkheid voor de problemen van genoemde groep mensen. Ik zal uitkomen op de conclusie dat het argument geen stand

⁵⁴ *Kamerstukken II 2010/11, 19 637, nr. 1389, p.2.*

⁵⁵ Nagel 1999, p.2.

houdt.

6.2 Werkverdeling tussen overheden

Een eerste argument in het licht van het verantwoordelijkheidsvraagstuk kan zijn dat Nederland vluchtelingen mag *–moet*, misschien zelfs- terugsturen naar land van herkomst, omdat er een werkverdeling tussen overheden is en inmenging op dat vlak voorkomen moet worden. Aan de hand van het Scanloniaanse kader zal ik nu bekijken of dit argument geldig is, door te testen of dit als algemeen geldend principe aanvaard kan worden. Een tweede mogelijke principe bestaat uit een ontkenning van deze werkverdeling; het aannemen van het alternatieve principe zou betekenen dat genoemde vluchtelingen in medische nood *niet* mogen worden teruggestuurd door de Nederlandse overheid op grond van de werkverdeling tussen overheden. Ik zal nu de bezwaren op beide principes op een rij zetten. Vervolgens zal ik afwegen bij welk principe het grootst mogelijke bezwaar het kleinst is. Daarbij zal iedereen in de wereld een stem krijgen. Aan de hand van het Scanloniaanse kader kan dan bepaald worden welk principe door niemand ter wereld verworpen kan worden.

Volgens het eerste mogelijke algemene principe mag de Nederlandse overheid de vluchtelingen waar ik me in dit onderzoek op richt terugsturen naar land van herkomst, omdat er een werkverdeling tussen overheden is en inmenging op dat vlak voorkomen moet worden. Nationale grenzen nemen op die manier een gedeelte op zich van de algemene plichten van de wereld als geheel. Overheden hebben volgens dit principe een eigen verantwoordelijkheid voor de inwoners van hun land, waardoor de Nederlandse overheid verantwoordelijkheid voor het lot van de vluchtelingen in medische nood waar ik me op richt uit andere landen ontbeert.

Een eerste bezwaar tegen het aannemen van dit principe, is dat de groep mensen waar ik me in dit onderzoek op richt ondanks haar speciale kwetsbaarheid ten aanzien van de Nederlandse overheid geen hulp zal krijgen. Deze vluchtelingen bevinden zich immers in medische nood, wat betekent dat ze een medisch probleem hebben dat hun levenskwaliteit in flinke mate beperkt, en dat er bovendien voor zorgt dat ze afhankelijk zijn van anderen bij het verlichten of verhelpen van het probleem. Aangezien zij zich op Nederlands grondgebied bevinden, zijn zij in het bijzonder kwetsbaar ten aanzien van de keuzes van de Nederlandse overheid over hun lot. Dit wordt versterkt door het feit dat deze mensen naar verwachting geen feitelijke toegang tot medische voorzieningen in land van herkomst zullen krijgen, waardoor zij bij terugkeer op korte termijn zullen sterven of ernstige schade op zullen lopen. Zonder hulp van specifiek de Nederlandse overheid zullen zij in grote problemen terechtkomen. Verdedigbaar is de stelling dat een speciale verantwoordelijkheid voortvloeit uit deze afhankelijkheid. Diegene ten aanzien van wie een vreemdeling in medische nood het meest kwetsbaar is, moet daarom wellicht het meest voor zijn lot verantwoordelijk gehouden worden.⁵⁶ Genoemde

⁵⁶ Goodin 1985, p.34.

groep vreemdelingen terugsturen naar land van herkomst miskent deze kwetsbaarheid en is daarom bezwaarlijk.

Een tweede bezwaar tegen het aannemen van het eerste principe is dat op die manier toegestaan wordt dat deze groep vluchtelingen een leven zullen moeten leiden dat qua levenskwaliteit niet voldoet aan internationaal aanvaarde standaarden. Als het principe aangenomen wordt zullen de vluchtelingen waar ik me in dit onderzoek op richt immers worden teruggestuurd naar hun herkomstland, waarvan de overheid volgens het principe verantwoordelijk is voor hun lot. Aldaar zullen zij geen toegang hebben tot benodigde gedegen medische hulp. Volgens Martha Nussbaum is voor elk belangrijk individueel recht een passend niveau waaronder het gerechtvaardigd lijkt om te verklaren dat het betreffende recht niet gewaarborgd is.⁵⁷ Toegang tot essentiële gezondheidszorg is daar één van. Wanneer sprake is van levens die beneden minimumstandaarden van menselijk welzijn liggen, moet door (inwoners van) rijke landen energiek gestreefd worden om daar wat tegen te doen.⁵⁸ Carens stelt dat landen immigratie niet aan banden mogen leggen met een beroep op een vorm van zelfbeschikking vóór deze minimumstandaarden voor allen gerealiseerd zijn.⁵⁹ Genoemde vreemdelingen terugsturen naar land van herkomst zorgt ervoor dat zij een leven zullen leiden onder de minimumstandaarden voor gezondheidszorg, waardoor het bezwaarlijk is.

Dan nu de mogelijke bezwaren op het tweede mogelijke principe. Indien dit principe algemeen aanvaard wordt, betekent dat dat de vreemdelingen waar ik me in dit onderzoek op richt niet mogen worden teruggestuurd op grond van de veronderstelde werkverdeling tussen overheden. Ook hier zijn twee bezwaren tegen in te brengen. Het eerste is dat het niet aannemen van een werkverdeling en de consequenties daarvan niet efficiënt is. Het dragen van algemene plichten komt beter uit de verf als bepaalde personen de verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering van een gedeelte ervan.⁶⁰ Zonder het aannemen van een werkverdeling tussen overheden is onduidelijk wie verantwoordelijk is voor een bepaald probleem. Dit punt is nauw verwant aan de bevoordeling van landgenoten, zoals in de vorige paragraaf aan de orde gekomen. John Isbister richt zich in een artikel uit 2000 tegen het standpunt van Joseph Carens over het openstellen van grenzen. Hij betoogt dat nationale landsgrenzen méér zijn dan willekeurige lijntjes op een kaart, en dat ze bepaalde implicaties hebben voor de verantwoordelijkheden van overheden.⁶¹

⁵⁷ Nussbaum 2006, p.249.

⁵⁸ Nussbaum 2006, p.251-2.

⁵⁹ Meilaender 1999, p.1066.

⁶⁰ Goodin 1988, p.670/681.

⁶¹ Isbister 2000, p.630.

*'I doubt if many would disagree, certainly not Carens, who asserts that Tony Blair should be more concerned with people living in the United Kingdom than with people living in Germany.'*⁶²

Landsgrenzen en de daarmee verdeelde verantwoordelijkheid zorgen er dus voor dat de Nederlandse overheid niet aan elk individu op aarde gelijke aandacht hoeft te besteden, en dat Nederland vanwege een werkverdeling tussen overheden individuen uit andere landen niet toe hoeft te laten tot Nederlandse gezondheidsvoorzieningen. Het niet aannemen van deze werkverdeling en bijbehorende consequenties miskent de efficiëntie ervan, en is daarmee bezwaarlijk.

Het tweede bezwaar tegen het aannemen van het tweede principe is dat het niet accepteren van een werkverdeling tussen overheden en van bijbehorende gevolgen voor de groep vluchtelingen waar ik me op richt oneerlijk is voor landen zoals Nederland, wiens gezondheidsstelsel goed is opgebouwd. Dit laatste is onder meer te danken aan de fatsoenlijke binnenlandse politieke structuur van Nederland. John Rawls neemt hierover een sterke stellingname in: als alle landen over een fatsoenlijke binnenlandse politieke structuur zouden beschikken zou de behoefte aan immigratie verdwijnen.⁶³ Landen die niet beschikken over dergelijke structuur moeten de verantwoordelijkheid nemen daar wel naar te streven, waardoor tegelijkertijd geen druk meer wordt gelegd op landen als Nederland die wel een goed gezondheidsstelsel hebben opgebouwd. Nederland draagt op dit moment aldus meer lasten op het gebied van gezondheidszorg dan onder een goed uitgevoerde werkverdeling nodig zou zijn. Deze oneerlijkheid wordt niet erkend met het aannemen van het tweede principe, wat bezwaarlijk is.

Nu ik de twee mogelijke algemene principes op het gebied van werkverdeling tussen overheden heb opgeworpen en de belangrijkste bezwaren daartegen op een rij heb gezet, kan ik wederom aan de hand van het Scanloniaanse kader een keuze maken voor een van beide. Aan de hand van bovenstaande concludeer ik dat door iedereen ter wereld het tweede principe als algemeen geldig beschouwd kan worden. Dit betekent dat de vreemdelingen waar ik me in dit onderzoek op richt niet mogen worden teruggestuurd op grond van de veronderstelde werkverdeling tussen overheden. Dit omdat de genoemde bezwaren daartegen kleiner zijn dan de bezwaren tegen het alternatieve principe. Dat zal ik nu verder toelichten.

Weliswaar is een werkverdeling tussen overheden op papier efficiënt, maar dat is in het licht van grote groepen mensen die zonder overheid als speciale beschermer leven een holle frase. Het is een feit dat veel mensen ter wereld in medische nood verkeren zonder dat hun overheid daar iets tegen doet, en Nederland kan haar verantwoordelijkheid niet afschuiven door te zeggen dat deze overheden

⁶² Isbister 2000, p.630.

⁶³ Rawls 1999, p.9.

daar nu eenmaal verantwoordelijk voor zijn. Je zou zelfs kunnen zeggen dat de praktijk uitwijst dat de werkverdeling niet efficiënt is. Het bezwaar ten aanzien van oneerlijkheid kan afgezwakt worden met behulp van het feit dat een individuele vreemdeling in medische nood er niets aan doen dat zijn overheid hem geen toegang tot gezondheidsvoorzieningen verleent.

De bezwaren tegen het mogelijke principe dat de vreemdelingen waar ik me op richt moeten worden teruggestuurd naar land van herkomst vanwege de werkverdeling tussen overheden wegen daarentegen veel zwaarder. Naar iedereen is verdedigbaar dat we de hulpvraag van de groep mensen waar ik me in dit onderzoek op richt niet genegeerd kan worden met een beroep op de werkverdeling tussen overheden, aangezien het gevolg zal zijn dat zij ondanks hun speciale kwetsbaarheid ten aanzien van de Nederlandse overheid geen hulp zullen krijgen en ze bovendien een leven tegemoet gaan dat qua levenskwaliteit onder de internationale minimumstandaarden ligt. Met name de mensen in de wereld die het slechtst af zijn zullen dat concluderen, en hun bezwaren zullen het grootst zijn, waardoor ze feitelijk de doorslag zullen geven. Ik concludeer dan ook dat als algemeen aanvaard principe moet gelden dat de vreemdelingen waar ik me in dit onderzoek op richt niet mogen worden teruggestuurd op grond van de veronderstelde werkverdeling tussen overheden.

6.3 Praktische onmogelijkheden tot het dragen van verantwoordelijkheid

Een tweede argument in het licht van het verantwoordelijkheidsvraagstuk kan gelegen zijn in het feit dat het praktisch gezien onmogelijk is voor de Nederlandse overheid om verantwoordelijkheid te dragen voor de groep mensen waar ik me in dit onderzoek op richt. Volgens het '*ought implies can*'-principe⁶⁴ kan een verantwoordelijkheid pas ontstaan indien deze ook gedragen kan worden. In het Nederlandse beleid komt dit terug; er wordt vanuit gegaan dat vreemdelingen in medische nood die zich in Nederland bevinden die naar verwachting geen feitelijke toegang zullen hebben tot gezondheidszorg in land van herkomst, daar desondanks naar moeten worden teruggestuurd.

Bepaalde factoren laten zich niet voorspellen, waardoor de verantwoordelijkheid voor hun lot niet gedragen kan worden. Aan de hand van het Scanloniaanse kader zal ik twee mogelijke algemene principes op dit vlak onderzoeken op geldigheid. Ik zal dit wederom doen door twee mogelijke principes voor te stellen, en vervolgens na te gaan aan welk principe de kleinste bezwaren kleven.

Het eerste mogelijke algemene principe is dat het terugsturen van de vreemdelingen waar ik me in dit onderzoek op richt *niet* gerechtvaardigd kan worden aan de hand van het feit dat praktische onmogelijkheden tot het nemen van verantwoordelijkheid doorslaggevend zijn. Het tweede mogelijke algemene principe bevat de stelling dat die praktische onmogelijkheden *wel* als doorslaggevend beschouwd mogen worden.

⁶⁴ Ibister 2000, p.630.

Ik zal nu eerst de bezwaren tegen het aannemen van het eerste principe op een rij zetten. Volgens dit eerste principe kan het terugsturen van genoemde vreemdelingen niet gerechtvaardigd worden op grond van praktische onmogelijkheden om de verantwoordelijkheden jegens hun lot te dragen. De mogelijke bezwaren daartegen komen naar voren in het huidige vreemdelingenbeleid.

In het huidige beleid lijkt veel waarde te worden gehecht aan het argument dat praktische bezwaren de verantwoordelijkheid van Nederland verkleinen. In twee onderdelen van het beleid die ik in de inleiding en in Paragraaf 2 besprak komt dat duidelijk naar voren. Ik zal daar nu wat langer bij stilstaan. In de eerste plaats geldt dit voor de gestelde termijn van drie maanden, waarbinnen bij een vreemdeling een juridische medische noodsituatie moet ontstaan bij het stoppen van de behandeling, om in Nederland uitstel van vertrek of een verblijfsvergunning te krijgen.⁶⁵ De Nederlandse overheid zegt daarmee dat haar verantwoordelijkheid beperkt is tot gevallen waarbij iemand binnen drie maanden zal overlijden, invalide zal worden of ernstige lichamelijke of geestelijke schade op zal lopen. Daaronder lijkt de gedachte te liggen dat men pas verantwoordelijk kan zijn indien deze ook gedragen kan worden, en verder vooruit kijken dan een periode van drie maanden is niet mogelijk. De termijn van drie maanden is nog zo kort dat medische ontwikkelingen zich vaak ongeveer zullen laten voorspellen, maar daarna wordt het koffiedik kijken. Als het er niet naar uitziet dat iemand binnen drie maanden zal overlijden aan een aandoening of ernstig gehandicapt zal worden, dan kunnen we er niet vanuit gaan dat dat na die termijn wel het geval zal zijn. Als dat wel gebeurt, is het niet de verantwoordelijkheid van Nederland om daar wat aan te doen. Het alternatief zou zijn dat we alle vluchtelingen die naar Nederland komen een verblijfsvergunning geven omdat ze in de toekomst mogelijk ziek zullen worden.

Dat hier dit soort praktische bezwaren aan ten grondslag liggen, leid ik ook af uit de argumentatie die de voormalige minister Verdonk en de huidige minister Leers gaven over het niet meewegen van feitelijke omstandigheden bij de terugkeervraag. Ik heb al eerder het beleidsgedeelte uitgewerkt waaruit blijkt dat een vluchteling in Nederland teruggestuurd wordt als hij weliswaar binnen drie maanden zonder behandeling in een juridische medische noodsituatie terechtkomt, maar er in theorie ergens in land van herkomst een behandeling verkrijgbaar is. Of de betreffende vreemdeling daar daadwerkelijk toegang toe zal hebben wordt niet uitgezocht of meegewogen bij de beslissing om iemand al dan niet uit te zetten naar land van herkomst. Beide ministers leggen dat beleid onder meer uit met het argument dat het nagenoeg onmogelijk is om er achter te komen of een teruggestuurde vreemdeling toegang zal krijgen tot de benodigde behandeling. Ook zijn de niet-medische factoren (financiële, geografische, infrastructurele en veiligheidsaspecten) die meespelen zo ingewikkeld dat deze niet te voorspellen zijn.⁶⁶ Daarom moet Nederland deze factoren ook niet toetsen.

⁶⁵ B8/2.1 Vreemdelingencirculaire.

⁶⁶ *Kamerstukken II* 2010/11, 19 637, nr. 1389, p.4 / *Kamerstukken II* 2003/04, 19 637, nr. 806, p11.

Deze onderliggende argumentatie van het Nederlandse vreemdelingenbeleid geeft weer welke bezwaren er kleven aan het aannemen van een principe aan de hand waarvan het terugsturen van de genoemde groep vreemdelingen niet gerechtvaardigd kan worden vanwege praktische argumenten.

Ik zal nu eerst het bezwaar tegen tegengesteld principe beschrijven, alvorens ik aan de hand van het Scanloniaanse kader een afweging tussen beide principes zal maken. Het tweede mogelijke algemene principe bevat de stelling dat praktische onmogelijkheden voor het dragen van verantwoordelijkheid wel als doorslaggevend beschouwd mogen worden wanneer het gaat om de vraag of de Nederlandse overheid de genoemde groep vreemdelingen mag terugsturen naar land van herkomst. Het mogelijke bezwaar daartegen is als volgt. Als dit principe wordt aangenomen, betekent dat dat de groep vreemdelingen waar ik me op richt zal worden teruggestuurd naar land van herkomst. Onder hen zullen zich mensen bevinden die bijvoorbeeld aan kanker lijden of die in een gebied terecht zullen komen met verwoeste infrastructuur, waarvan met zekerheid te voorspellen is dat zij bij terugkeer iets na drie maanden zullen sterven of ernstig in de problemen zullen komen. Dit is zeer bezwaarlijk, vooral gezien het feit dat binnen deze groep mensen te vinden zijn die met medische zorg in Nederland geheel te genezen zijn.

Nu ik de twee mogelijke algemene principes op dit vlak heb beschreven en de bijbehorende bezwaren daartegen in kaart heb gebracht, kan ik aan de hand van het Scanloniaanse kader een afweging maken. Welk van beide principes zou door iedereen aanvaard kunnen worden als algemeen geldig? Ik concludeer dat het eerstgenoemde principe als algemeen geldig beschouwd moet worden. Dat betekent dat het terugsturen van de vreemdelingen waar ik me in dit onderzoek op richt niet gerechtvaardigd kan worden met een beroep op de praktische onmogelijkheid van het dragen van verantwoordelijkheid jegens hen. De bezwaren tegen dit principe zijn namelijk kleiner dan het grote bezwaar dat kleeft aan het alternatief. Niet kan immers door iedereen ter wereld verdedigd worden dat zieke vluchtelingen waarvan met zekerheid te voorspellen is dat zij bij terugkeer iets na drie maanden zullen sterven of ernstig in de problemen zullen komen, teruggestuurd mogen worden omdat het uitzoeken daarvan niet tot de verantwoordelijkheid van de Nederlandse overheid zou behoren. Dit geldt ook voor zieke vluchtelingen waarvan met zekerheid te voorspellen valt dat zij bij terugkeer geen daadwerkelijke toegang zullen krijgen tot benodigde zorg. Dat de Nederlandse overheid de verantwoordelijkheid ten aanzien van deze mensen niet kan dragen vanwege totale onvoorspelbaarheid is niet overtuigend, nu in sommige gevallen geen sprake is van onvoorspelbaarheid. Ik concludeer dan ook dat het terugsturen van de groep vreemdelingen waar ik me op richt niet gerechtvaardigd kan worden op grond van de praktische onmogelijkheden van het dragen van verantwoordelijkheid jegens hen.

6.6 Conclusie

In deze paragraaf heb ik aan de hand van het Scanloniaanse kader twee aspecten van het verantwoordelijkheidsargument getoetst op morele geldigheid. Op basis daarvan concludeer ik dat teveel bezwaren kleven aan het argument dat de Nederlandse overheid vreemdelingen in medische nood terug mag sturen naar land van herkomst op grond van de verdedigbaarheid van het morele principe dat landen een eigen verantwoordelijkheid hebben voor hun inwoners. Ik concludeer dan ook dat dit argument geen stand houdt.

Paragraaf 7- Conclusie

Inmiddels heb ik vier mogelijke argumenten voor het terugsturen van vluchtelingen die zich in medische nood bevinden, op Nederlands grondgebied zijn en naar verwachting geen feitelijke toegang tot gezondheidsvoorzieningen zullen krijgen in land van herkomst op morele geldigheid getoetst. Deze argumenten uit de praktijk heb ik gereconstrueerd aan de hand van twee filosofische kaders. Dit levert de uitkomst op dat twee van de vier argumenten tot op zekere hoogte stand kunnen houden, en de overige twee argumenten helemaal niet. Ik zal nu een korte samenvatting geven van alle besproken argumenten, om vervolgens een antwoord te geven op de vraag die ik aan het begin van dit onderzoek stelde. Tot slot zal ik die conclusie verbinden met het huidige Nederlandse vreemdelingenbeleid.

Het eerste argument uit de praktijk dat ik op morele geldigheid heb onderzocht, is het argument dat de beperkte rek van het Nederlandse gezondheidsstelsel zorgt voor de onvermijdelijkheid van het terugsturen van vreemdelingen in medische nood. Ik heb aan de hand van een utilistisch kader laten zien dat dit argument sterke kanten heeft, door te stellen dat het Nederlandse gezondheidsstelsel bij een te grote vraag om medische zorg in zal storten. Vervolgens heb ik betoogd dat dit voor de wereld als geheel nadelig zou zijn, waardoor onvermijdelijk is dat veel mensen ter wereld uitgesloten moeten worden van het Nederlandse gezondheidsstelsel. Ik heb afgewogen waar de grens ligt tussen een gezondheidsstelsel waar zo veel mogelijk mensen gebruik van maken en een gezondheidsstelsel dat dreigt in te storten. Ik heb geconcludeerd dat het argument tot op zekere hoogte stand kan houden.

Het tweede argument uit de praktijk, welke ik eveneens aan de hand van een utilistisch kader heb gereconstrueerd, houdt in dat het feit dat algemene hulp aan landen met zwakke instituties meer oplevert maakt dat Nederland individuele vreemdelingen in medische nood moet terugsturen naar land van herkomst. Ik heb laten zien dat de Nederlandse overheid met het uitsluitend bieden van individuele hulp te kort zou schieten, maar dat het negeren van individuele hulpvragen met het oog op het bieden van uitsluitend algemene hulp geen stand houdt. De enige overblijvende optie is dat de Nederlandse overheid zowel in instituties als in specifieke individuen moet investeren wanneer het gaat om medische zorg, en in ieder geval op de kwetsbare groep mensen waar ik me in dit onderzoek op richt. Ik zal dan ook concluderen dat het argument geen stand kan houden.

Het derde argument dat ik -aan de hand van een non-consequentialistisch kader- heb gereconstrueerd bestaat uit de stelling dat de verdedigbaarheid van een beleid waarin Nederlandse individuen zichzelf en naasten mogen bevoordelen het terugsturen van vreemdelingen in medische nood naar land van herkomst verdedigbaar maakt. Ik heb aan de hand van een Scanloniaans kader verdedigd dat individuen gegronde redenen hebben om zichzelf, vrienden en familie in sommige gevallen te bevoordelen boven anderen. Deze partijdigheid gaat ten koste van de ruimte die beschikbaar is voor het helpen van vreemdelingen in medische nood. Echter is een algehele partijdigheid niet verdedigbaar, waardoor sprake moet kunnen zijn van onpartijdigheid ten aanzien van

de zwaksten, waaronder de groep mensen waar ik me op richtte. Ik heb daarom geconcludeerd dat het argument tot op zekere hoogte werkt. Naar iedereen is redelijkerwijs verdedigbaar dat Nederlandse individuen een zeker ruimte moet worden gelaten voor zelf-ontplooiing en de bevoordeling van naasten, mits de meest ernstig zieke vreemdelingen voorzien worden van medische zorg. Eerstgenoemde waarden hebben een verlagende invloed op de hoeveelheid offers die de Nederlandse overheid van Nederlandse individuen mag verwachten.

Het vierde en laatste argument heb ik ook aan de hand van een non-consequentialistisch kader gereconstrueerd. Het betrof het argument dat de Nederlandse overheid de groep waar ik me in dit onderzoek op richtte terug mag sturen naar land van herkomst, omdat het verlenen van medische zorg aan deze individuen niet tot de verantwoordelijkheden van Nederland behoort. Het betreffende land van herkomst is daarentegen verantwoordelijk voor de gezondheidszorg van haar inwoners. Aan de hand van het Scanloniaanse kader heb ik laten zien dat zowel op basis van een veronderstelde werkverdeling tussen overheden als op basis van veronderstelde praktische onmogelijkheden voor het dragen van verantwoordelijkheid voor het lot van deze mensen niet moreel gerechtvaardigd kan worden dat zij worden teruggestuurd. Ik heb geconcludeerd dat het argument geen stand kan houden.

Met dit onderzoek stelde ik mezelf als doel de volgende vraag te beantwoorden. Zijn er moreel verantwoorde doorslaggevende argumenten voor de Nederlandse overheid om vreemdelingen die zich in medische nood bevinden terug te sturen naar hun land van herkomst? Ik richtte me daarbij op de groep vreemdelingen die zich in medische nood bevinden, op Nederlands grondgebied zijn en naar verwachting geen toegang zullen krijgen tot daadwerkelijke gezondheidszorg bij terugkeer naar land van herkomst.

In het licht van de gereconstrueerde argumenten concludeer ik dat die doorslaggevende morele redenen voor terugsturen er doorgaans niet zijn. Er zijn twee –hypothetische- situaties denkbaar die hierop een uitzondering vormen. De eerste mogelijke situatie is dat zoveel mensen in Nederland toegang hebben tot medische zorg dat het Nederlandse gezondheidsstelsel in zal storten indien er nóg meer mensen een beroep op zouden doen. De tweede mogelijke situatie is dat zoveel vluchtelingen in medische nood een beroep doen op Nederlandse gezondheidszorg dat Nederland er onderdoor zal gaan -in het opzicht dat geen sprake meer kan zijn van een zekere individuele zelfontplooiing en het bevoordelen van naasten- indien nóg meer vreemdelingen in medische nood toegang zullen krijgen tot het Nederlandse gezondheidsstelsel. Wellicht ontstaan deze situaties alleen tegelijkertijd. Alleen deze situaties bieden moreel verantwoorde doorslaggevende argumenten voor de Nederlandse overheid om vluchtelingen in medische nood die zich in Nederland bevinden terug te sturen naar land van herkomst. Daarentegen kunnen het argument dat de Nederlandse overheid algemene investeringen doet ten aanzien van gezondheidsinstituten in plaats van in de gezondheid van individuen en het

argument dat Nederland niet verantwoordelijk is voor vreemdelingen in medische nood niet gebruikt worden om het terugsturen moreel te rechtvaardigen.

Tot slot heb ik mezelf ten doel gesteld bovenstaande conclusie te verbinden met het huidige Nederlandse beleid ten aanzien van het terugsturen van vreemdelingen in medische nood. In Paragraaf 2 heb ik laten zien dat de vreemdelingen waar ik me in dit onderzoek op richtte volgens het huidige beleid worden teruggestuurd naar land van herkomst, onder andere gezien het feit dat daadwerkelijke toegang tot medische zorg niet wordt meegewogen bij de terugstuurvraag. Beleid wordt natuurlijk nooit alleen gebaseerd op morele overwegingen, en dat zou wellicht ook niet wenselijk zijn. Ik wil hier dan ook geen algemene conclusies trekken over het te voeren Nederlandse vreemdelingenbeleid. Wel wil ik aan de hand van dit onderzoek aangeven welke argumenten een rol spelen bij de morele afwegingen die toch zeker belangrijk zijn bij het maken van beleid.

In voorgaande paragrafen heb ik met regelmaat uitspraken aangehaald van minister Leers en van voormalig minister Verdonk die inzicht gaven in de achterliggende morele uitgangspunten op dit vlak van de Nederlandse overheid van in elk geval de afgelopen acht jaar. In Paragraaf 3 concludeerde ik dat een vluchtelingenbeleid zoals het huidige, waarin onder bepaalde voorwaarden ook buitenstaanders van de Nederlandse maatschappij van medische zorg gebruik kunnen maken, in het belang van de wereld als geheel is. Aan de andere kant werkt de Nederlandse overheid momenteel met een op voorhand opgesteld strikt criterium, aan de hand waarvan bepaald wordt wie in Nederland medische zorg kan krijgen. In Paragraaf 2 is aan de orde gekomen aan welke strenge eisen iemand dan moet voldoen. In dit onderzoek heb ik geconcludeerd dat het vanuit moreel standpunt beter zou zijn om in plaats van het hanteren van een strikt criterium een grens van uiterste draagkracht voor wat betreft het Nederlandse gezondheidsstelsel te bepalen. Op deze manier is beter zeker gesteld dat vreemdelingen in Nederland die nu ziek zijn, niet 'onnodig' zorg onthouden wordt.

Daarnaast is in dit onderzoek aan de orde gekomen dat de Nederlandse overheid er op dit moment voor kiest om voor wat betreft medische hulp aan inwoners van minder welvarende landen het zwaartepunt te leggen bij hulp van algemene aard. In Paragraaf 4 heb ik laten zien dat dit moreel verdedigbaar is, mits ook de zeer kwetsbare categorie mensen waar ik me in dit onderzoek op richtte zorg geboden wordt. Dat is in het huidige beleid zoals gezegd niet het geval.

De morele rechtvaardiging van de aspecten van het Nederlandse vreemdelingenbeleid dat slechts gekeken wordt naar een termijn van drie maanden waarbinnen iemand bij gebrek aan behandeling in een medische noodsituatie terecht moet komen en het niet meewegen van de vraag naar feitelijke toegankelijkheid van zorg is eveneens moeilijk. In Paragraaf 6 heb ik laten zien dat deze beleidsaspecten ingegeven lijken door argumenten met oog op verantwoordelijkheid, die niet moreel verdedigbaar bleken. Weliswaar klopt het dat verantwoordelijkheid pas ontstaat wanneer deze gedragen kan worden, maar moreel gezien is niet duidelijk waarom deze beleidsaspecten in algemene

zin geldig zijn. In sommige gevallen is immers goed te voorspellen dat iemand binnen vier maanden zal overlijden aan een ziekte -waar hij in Nederland al aan lijdt- bij gebrek aan medische behandeling. In andere gevallen is overduidelijk dat iemand geen feitelijke toegang zal hebben tot medische zorg in land van herkomst. Moreel gezien is niet verdedigbaar dat deze aspecten bij de vraag of iemand zal worden teruggestuurd niet meegewogen worden wanneer dat wel mogelijk zou zijn.

Al met al zijn er meerdere onderdelen van het Nederlandse vreemdelingenbeleid op dit vlak die gezien de argumenten in dit onderzoek als niet moreel verdedigbaar beoordeeld kunnen worden.

Bronnenlijst

Literatuur

-Blake & Risse 2008

Blake, Michael & Risse, Mathias. 'Two Models of Equality and Responsibility,' in *Canadian Journal of Philosophy*, Vol.38, No.2 (Jun., 2008), pp. 165-199.

-Carens 2000

Carens, Joseph H. *Culture, Citizenship, and Community*. New York: Oxford University Press, 2000.

-Goodin 1988

Goodin, Robert. 'What is So Special about Our Fellow Countrymen?', in *Ethics*, Vol.98, No.4. (Jul.,1988), pp. 663-686.

-Goodin 1985

Goodin, Robert. *Protecting the Vulnerable. A Reanalysis of Our Social Responsibilities*. The University of Chicago Press, 1985.

-Isbister 2000

Isbister, John. 'A liberal Argument for Border Controls: Reply to Carens,' in *International Migration Review*, Vol.34, No.2 (Summer, 2000), pp.629-635.

-Kant 1785

Kant, Immanuel. *Groundwork of the Metaphysic of Morals*. Translated by H.J. Paton, The Moral Law (London: Hutchinson, 1956).

-McKinsey 1981

McKinsey, Michael. 'Obligations to the Starving', in *Noûs*, Vol.15, No.3 (Sep., 1981), pp. 309-323.

-Meilaender 1999

Meilaender, Peter C. 'Liberalism and Open Borders: The Argument of Joseph Carens,' in *International Migration Review*, Vol.33, No.4 (Winter, 1999), pp. 1062-1081.

-Nagel 1977

Nagel, Thomas. 'Poverty and Food: Why Charity is not enough,' in Thomas Pogge & Darrel Moellendorf (ed.), *Global Justice: Seminal essays* (St. Paul: Paragon House: 2008), pp.49-60.

-Nagel 1986

Nagel, Thomas. 'Autonomy and Deontology,' in Samuel Scheffler (ed.), *Consequentialism and its critics* (New York: Oxford University Press: 1988), pp.142-172.

-Nagel 1999

Nagel, Thomas. 'One-to-One. Review of T.M. Scanlon. What We Owe to Each Other', in *Lo Review of books*, Vol. 21, No. 3 (4 February 1999), pp.1-8.

-Nussbaum 2006

Nussbaum, Martha. *Grensgebieden van het Recht. Over Sociale Rechtvaardigheid*. Nederlandse vertaling Ambo: Anthos uitgevers, 2006.

-Rawls 1999

Rawls, John. *The Law of Peoples*. Harvard University Press, 1999.

-Scanlon 1978

Scanlon, T.M. 'Rights, Goals, and Fairness,' in Samuel Scheffler (ed.), *Consequentialism and its critics* (New York: Oxford University Press: 1988), pp. 74-92.

-Sheffler 1988

Scheffler, Samuel. *Consequentialism and its critics*. New York: Oxford University Press: 1988.

-Singer 1999

Singer, Peter. 'The Singer Solution to World Poverty,' in The New York Time Magazine, September 5, 1999: pp.60-63.

-Singer 2004

Singer, Peter. 'Outsiders: our obligations to those beyond our borders,' in Deen. K. Chatterjee (ed.), *The Ethics of Assistance; Morality and the Distant Needy* (Cambridge: Cambridge UP, 2004), pp.11-32.

-Spijkerboer & Vermeulen 2005

Spijkerboer, T.P. & Vermeulen, B.P. *Vluchtelingenrecht*. Ars Aequi Libri, 2005.

-Wellman 2001

Wellman, Christopher. 'Friends, Compatriots and Special Political Obligations,' in *Political Theory*, Vol.29, No.2 (Apr., 2001), pp. 217-236.

Kamerstukken

-*Kamerstukken II* 2003/04, 19 637, nr. 806.

-*Kamerstukken II* 2010/11, 19 637, nr. 1389.

Internet

- <http://plato.stanford.edu/entries/consequentialism/> (Geraadpleegd op 10-06-2011)

-<http://plato.stanford.edu/entries/consequentialism-rule/> (Geraadpleegd op 10-06-2011)