

Hoe mensonwaardig mag een leven worden?

Ethisch-filosofische reflecties bij de toegankelijkheid van gezondheidszorg bij mensen zonder wettig verblijf

Dirk Lafaut¹ & Gily Coene²

Abstract – The position of undocumented migrants in western democracies has drastically changed over the last fifty years. Their social rights have increasingly come under pressure. This article provides a critical review of the ethical and philosophical issues that are linked to restrictions in access to healthcare for undocumented migrants.

We analyze the current national and international juridical framework, and explore how this legislation is put into practice. We argue that social rights are increasingly used as a logic to regulate and control the presence of migrants and that social illegitimacy hinders undocumented migrants' access to healthcare.

Furthermore, we explore the tensions between the discourses of human rights and medical humanitarianism. We suggest that the present medical care for undocumented migrants in Belgium is rather delivered in a humanitarian framework than as an expression of a right to health.

Finally, this article points to biopolitical aspects of medical humanitarianism based on a Foucauldian framework. Medical humanitarianism fundamentally changes the content and relations in care. It gives rise to new relations of power and a fundamental inequality in the value of lives emerges. In medical practice this impacts on

-
1. Dirk Lafaut is als FWO doctoraal onderzoeker verbonden aan de Vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschappen, Vrije Universiteit Brussel. Hij doet onderzoek naar morele begripsvorming en de normatieve referentiekaders in verband met gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf. Voor de aanvang van zijn onderzoek was hij als arts werkzaam oa. in internationale ontwikkelingsprogramma's, humanitaire medische interventie en in het wijkgezondheidscentrum De Sleep in Gent.
 2. Gily Coene is sedert oktober 2014 directeur van RHEA en medeoprichter en VUB – programma-directeur van de Interuniversitaire Master in Gender en Diversiteit. In 2004 promoveerde ze tot Doctor in de Moraalwetenschappen aan de UGent op een proefschrift over gender, migratie en rechtvaardigheid. Als Marie Curie postdoctoraal onderzoeker verrichtte ze onderzoek aan de University of Warwick. Sedert 2006 is ze werkzaam aan de Vrije Universiteit Brussel, in het kader van de Leerstoel Humanistiek aan de Vakgroep Wijsbegeerte en Moraalwetenschappen. Recent is ze ook deeltijds verbonden aan de Vakgroep Politieke Wetenschappen. Haar onderzoek situeert zich op het kruispunt van de empirische en normatieve ethiek, feministische theorie en genderstudies.

the quality of therapeutic relationships: it causes objectification of the human body as well as medicalization, it reduces agency and limits the credibility of advocacy.



Migratie is dezer dagen een veelbesproken thema. Dagelijks vinden we in de media berichten die refereren naar vreemdelingen, asielzoekers, bootvluchtelingen, ‘illegalen’³, etc. Het ‘migratiedebat’ is doorspekt van hevige emoties die kunnen gaan van angst, over medelijden, tot onverschilligheid en afkeer. Migratie- en asielbeleid, inburgering en de toegang tot sociale voorzieningen voor vluchtelingen zijn van grote politieke betekenis geworden in nagenoeg alle westerse democratieën.

Mensen zonder wettig verblijf nemen binnen dit debat een weinig benijdenswaardige positie in. Hun aanwezigheid wordt in het publiek debat sterk geproblematiseerd en gecriminaliseerd en op vlak van symbolische legitimiteit staan zij voor velen en op vele vlakken onderaan de ladder. Nu er de laatste jaren regelmatig stemmen opgaan om de sociale voorzieningen van erkende vluchtelingen in te perken, biedt een analyse van de situatie van mensen zonder wettig verblijf, wiens sociale rechten enkele decennia geleden reeds verregaand werden ingeperkt, een voorafspiegeling van enkele mogelijke gevolgen hiervan.

Een analyse van de toegankelijkheid van gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf is om meer dan één reden relevant. Binnen het brede domein van de sociale voorzieningen zien we dat gezondheid en gezondheidszorg een bijzondere positie inneemt. Het erkennen van een ‘recht op gezondheid’ lijkt voor velen een laatste herinnering op te roepen aan een gedeelde menselijkheid. Het is bovendien een thema dat vanuit heel veel invalshoeken bekeken kan worden: er

3. We hebben ervoor gekozen om zoveel mogelijk het begrip ‘mensen zonder wettig verblijf’ te hanteren, omwille van zijn niet veroordelende betekenis. Een groeiend aantal auteurs, o.a. in de antropologie, verkiest evenwel de emische, lokale begrippen te gebruiken om zo de krachtige betekenis in de lokale context te behouden. In lijn hiervan hebben we er af en toe toch voor gekozen om het controversiële begrip ‘illegaal’ te behouden, evenwel steeds tussen aanhalingstekens. Het begrip werd pas populair sinds midden de jaren ’80, samen met de toenemende pogingen om migratie strikt te reguleren. De overheid en de maatschappij zijn dus in zekere mate zelf verantwoordelijk voor de ‘productie’ of ‘constructie’ ervan. Andere soms gebruikte termen om te verwijzen naar mensen zonder wettig verblijf zijn ‘mensen zonder papieren’, ‘sans papiers’, ‘documentloos’, ‘clandestien’ of ‘irregulier’.

De grens tussen ‘legaal’ en ‘illegaal’ is evenwel niet steeds helemaal duidelijk. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat iemand zonder wettig verblijf voorafgaandelijk een tijd in loondienst werkte, toen een sociale zekerheidsbijdrage betaalde en zich dus kan inschrijven in een ziekenfonds en als ‘illegaal’ een tijdlang aanspraak kan maken op een aantal sociale rechten. Er bestaan met andere woorden soms graden van illegaliteit of semi-illegaliteit.

zijn zowel juridische, medische, politiek-filosofische, sociologische, economische, antropologische als ethische aspecten aan verbonden.

In dit artikel, dat gebaseerd is op literatuuronderzoek en reflecties uit de klinische praktijk, gaan we dieper in op de vraag of mensen zonder wettig verblijf kunnen en mogen rekenen op onze zorg. In de literatuur wordt vaak een deontologisch of een utilitair normatief-ethisch kader gehanteerd voor de dilemma's die ontstaan in verband met de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf. Zo verwijzen zorgverleners bijvoorbeeld veelal naar de verantwoordelijkheden, de deontologische codes en de plichten eigen aan hun discipline (PICUM 2001, 3). Vanuit volksgezondheidsstandpunt wordt er daarnaast op gewezen dat het vaak kosten-effectiever is om drempels in de basisgezondheidszorg te verkleinen om de algemene bevolking te beschermen en om het gebruik van (dure) spoedgevallendiensten te vermijden (Viladrich 2012, 824). De focus zal in dit artikel evenwel vooral liggen op het spanningsveld tussen medisch humanitarisme en mensenrechten. Enerzijds wordt vaak een beroep gedaan op universele mensenrechten om gelijke rechten, oa. op vlak van gezondheid, te bepleiten voor mensen zonder wettig verblijf. Anderzijds hanteren sommige actoren, waarvan NGO's zoals Artsen Zonder Grenzen of het internationale Rode Kruis het typevoorbeeld zijn, een medisch-humanitaire retoriek. Met medisch-humanitarisme verwijzen we hier naar de dringende respons op acuut menselijk lijden of op een crisis op vlak van een menselijke basisbehoefte, eerder op basis van mededogen dan op basis van recht.

In de praktijk stellen we echter een toenemende overlap en verstrengeling tussen deze discoursen vast. Aan de hand van een ethisch-filosofische analyse van de toegang tot zorg voor mensen zonder wettig verblijf in België, willen we in dit artikel het toegenomen belang van het humanitair paradigma in het hedendaagse debat aanduiden en de biopolitieke implicaties ervan analyseren.

Ziek zonder papieren...

Momenteel wonen 1,9 tot 3,8 miljoen mensen zonder wettig verblijf in de Europese Unie op een totale populatie van 490 miljoen inwoners. De schattingen lopen vrij ver uiteen, maar mensen zonder wettig verblijf maken ongeveer 0,4 tot 0,8% uit van de totale Europese bevolking en 7 tot 13% van de migrantenpopulatie (Europese Commissie – Clandestino Project, 2009). Het totale aantal migranten in Europa (EU-28) werd begin 2014 geschat op ongeveer 34 miljoen (Eurostat 2015). Voor België bestaan er evenmin exacte cijfers over de omvang van het verschijnsel 'illegale migratie'. In de lijn van het Europese gemiddelde wordt het aantal mensen zonder wettig verblijf in België geschat op 50.000 tot

150.000 (Van Meeteren 2007, 17).⁴

Op basis van de lage socio-economische status en de migratieachtergrond wordt aangenomen dat mensen zonder wettig verblijf veel gezondheidsproblemen kennen. Over het algemeen zijn echter heel weinig gegevens gekend over verschillen in mortaliteit en morbiditeit tussen mensen in wettige en onwettige verblijfs-situatie. (Karl-Trumer 2012, 79) Deze werden nauwelijks op grote schaal bestudeerd (Taylor 2009, 767; Fassin 2004, 203).

Evoluties op gebied van nationale wetgeving over mensen zonder wettig verblijf

In de jaren '80 van vorige eeuw is in België, naast een striktere verblijfsreglementering, een steeds sterkere nadruk komen te liggen op de afscherming van de toegang tot de sociale rechten van de verzorgingsstaat voor niet-burgers (Bouckaert 2008, 77). Dit leidde ertoe dat mensen zonder wettig verblijf achtereenvolgens het recht verloren op werkloosheidsuitkeringen (1991), de toegang tot de arbeidsmarkt (1999) en hierdoor ook tot de klassieke sociale zekerheid (1999 – pensioen, ziekteverzekering, arbeidsongevallen) (ibid., 68-72).⁵ Mensen zonder wettig verblijf verloren in de jaren '80 en '90 in verschillende stappen ook het recht op dienstverlening van het OCMW (zoals leefloon, huisvesting, voeding of andere hulpverlening in natura).

Medische verzorging is een uitzondering op deze regel. In 1996 stemde het Belgisch parlement de wet op de 'dringende medische hulp' (DMH) die mensen zonder wettig verblijf onder bepaalde voorwaarden toegang geeft tot gratis medische zorgen.⁶ Dit KB garandeert, naast vertrouwelijkheid, de financiële tussenkomst van het OCMW van de stad of gemeente waar de aanvrager verblijft in diens medische kosten op voorwaarde dat:

- iemand onwettig in het land verblijft.
- de persoon in kwestie behoeftig is en zelf de kosten niet kan dragen.

4. De cijfers uit 2007 zijn mogelijk niet meer helemaal actueel. Sommige factoren, zoals de economische crisis en de collectieve regularisatiecampagne in 2009, hebben het aantal mensen zonder wettig verblijf mogelijk doen dalen. De verstrenging van het asielbeleid sinds 2011 kan dan weer gezorgd hebben voor een stijging. Er bestaan voor België geen recente betrouwbare gegevens in verband met onwettig verblijf. Het verschijnsel is uiteraard moeilijk meetbaar en de beoordeling van de uitgebreidheid ervan is, ondanks de politieke gevoeligheid, soms vaag en weinig betrouwbaar.

5. Sociale rechten en verblijfsrechten gaan niet altijd samen. Sociale rechten zijn gebaseerd op eigen bijdragen aan sociale zekerheid: in die zin kunnen mensen zonder wettig verblijf nog recht hebben op bepaalde uitkeringen of ziekteverzekering als ze voordien wettelijke arbeid hebben verricht (Cf. Voetnoot 1).

6. Het KB van 12 december 1996 zorgde voor een aanpassing van artikel 57, § 2 van de OCMW-wet van 8 juli 1976, die bij zijn inwerkingtreding in 1976 niet onderworpen was aan voorwaarden op vlak van verblijfsstatuut, en legde de belangrijkste principes vast voor medische hulpverlening aan mensen die onwettig in het land verblijven.

- een arts of tandarts de dringendheid van medische zorgen vaststelt en attesteert.⁷

Via deze wetgeving kan preventieve en curatieve zorg worden verstrekt in een ambulante of ziekenhuissetting – dus binnen dezelfde gezondheidszorgvoorzieningen als Belgen – aan mensen zonder wettig verblijf indien zij daarvoor zelf niet kunnen instaan. Op vlak van toegankelijkheid van zorg bestaat er met andere woorden in België een parallel administratief systeem voor registratie van mensen zonder wettig verblijf, maar we behandelen deze wel binnen het gewone gezondheidszorgsysteem.

Internationaal recht

Op Europees vlak is er momenteel geen wetgeving die de toegankelijkheid van zorg voor mensen zonder wettig verblijf regelt. De Europese grondwet (2003) verwijst voor sociale zekerheid en gezondheidszorg naar de nationale wetgevingen en vermeldt dat sociale zekerheid gerechtigd is voor “eenieder die legaal in de Unie verblijft en zich daar legaal verplaatst”. De Europese grondwet concentreerde zich op de concrete invulling van politieke en civiele rechten voor EU-onderdanen (zoals Europees stemrecht), maar (voorlopig?) niet op een pakket sociale rechten. Dit staat in schril contrast met de ontwikkeling van een gemeenschappelijk Europees beleid ten aanzien van illegale migratie, buitengrenzen en terugkeer (Benhabib 2004, 165).

Op vlak van verblijfsrechten bestaat wel een uitgebreide Europese rechtspraak. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens oordeelde begin deze eeuw herhaaldelijk dat uitzetting van vreemdelingen niet kan als ze in strijd is met het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM). Art. 3 van het EVRM stelt dat niemand onmenselijk mag behandeld worden. Deze rechtspraak leidde er uiteindelijk toe dat België in 2006 zijn vreemdelingenwet aanpaste en voorzag in de mogelijkheid van medische regularisatie ingeval van ziekte die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit.

7. Het OCMW doet een sociaal onderzoek om de behoefte vast te stellen. Als het OCMW beslist heeft om de lasten op zich te nemen, reikt het aan de aanvrager een tijdelijke betalingswaarborg uit, vaak in de vorm van een ‘medische kaart’ voor 2 of 3 maand. Deze kaart doet voor de hulpverleners dienst als een tijdelijke betalingsverbintenis. Het OCMW vordert de kosten voor DMH op zijn beurt terug van de federale overheid via de Programmatorische Overheidsdienst (POD) Maatschappelijke integratie. Sinds oktober 2013 laat een wetswijziging toe dat intramurale zorgverstrekkers, na goedkeuring door het OCMW, ook medische kosten terugvorderen via de mutualiteit Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeit (HZIV).

Op internationaal vlak wordt bij discussies over het al dan niet toekennen van medische hulp aan mensen zonder wettig verblijf vaak verwezen naar de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mensen (UVRM – 1948), meer in het bijzonder naar het mensenrecht op gezondheid⁸. Daarnaast wordt ook verwezen naar meerdere internationale verdragen (zoals het kinderrechtenverdrag, het verdrag tegen foltering, etc.). Artikel 25 van de Universele verklaring van de rechten van de mens (UN)⁹ en artikel 12.1. van het daarvan afgeleide Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR – 1966)¹⁰ garanderen voor iedere mens het recht op gezondheid en gezondheidszorg. Het valt op dat gezondheid in deze teksten ruim en multifactorieel wordt beschreven. De materiële en sociale randvoorwaarden worden expliciet vermeld.

Deze conventies hebben evenwel een verschillende impact en wettelijke afdwingbaarheid. Wegens het niet – of in eerder beperkte mate – bindend karakter ervan worden deze conventies soms ook ‘soft law’ genoemd. De afdwingbaarheid berust volgens sommigen op het zogenaamde ‘naming and shaming’. (Toebes 2007, 31) In het vierde opvolgrapport van het VN-comité ESCR over België (2013) zijn er geen veroordelingen of aanbevelingen over artikel 12 van het IVESCR. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf wordt als voldoende beschouwd. In verband met mensen zonder wettig verblijf wordt wel verwezen naar artikel 11 – het recht op een behoorlijke levensstandaard. De ondermaatse huisvesting en de grote armoede waarin mensen zonder wettig verblijf verkeren, wordt door de VN wel veroordeeld (UN: E/C.12/BEL/CO/4 2013, 3-4).

-
8. Is er een recht op gezondheid of een recht op gezondheidszorg? In de literatuur vormt dit een niet onbelangrijk discussiepunt. Recht op gezondheid lijkt uiteraard moeilijk te claimen, net zoals er geen recht bestaat op geluk, wijsheid of moed. Het lot heeft nu eenmaal ook zijn rechten... Daartegenover staat dat een recht op gezondheid kan wijzen op een intentie om dit recht te realiseren. Een recht op gezondheidszorg is immers evenmin makkelijk te definiëren. Is een basisgezondheidszorg voldoende? Of heeft iedereen recht op de best mogelijke gezondheidszorgen? In de lijn van de WHO kiezen we hier voor een multidimensionale definitie van gezondheid en onderzoeken we daarom vooral of het recht op gezondheid kan gegarandeerd worden.
 9. Artikel 25 van de Universele verklaring van de rechten van de mens (1948) stelt: “Eenieder heeft recht op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of een ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil.”
 10. Artikel 12.1. van het daarvan afgeleide Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR – 1966) erkent: “... het recht van eenieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid.” Dit wordt in artikel 12.2 aangevuld met een aantal specificaties o.a. in verband met reproductieve gezondheidszorg, arbeidsomstandigheden, etc.

Toegankelijkheid van gezondheidszorg in de praktijk

De internationale NGO 'Dokters van de wereld' onderzocht op vraag van het RIZIV de gegevens over het gebruik van DMH in België in 2011 op basis van informatie van de POD Maatschappelijke Integratie. In 2011 bedroegen de totale uitgaven voor DMH 36 miljoen euro. Dit is 0,1% van het totale budget dat in 2011 aan gezondheidszorg werd gespendeerd voor mensen die gedekt worden door de verplichte ziekteverzekering (Dokter van de wereld 2014, 49). Als we ervan uitgaan dat minimum 0,5% (en op basis van de beschikbare schattingen waarschijnlijk meer) van de bevolking in België geen wettig verblijf heeft, kunnen we besluiten dat dit deel van de bevolking per capita beduidend minder gezondheidsuitgaven genereert dan gemiddeld. In tegenstelling tot het publieke discours van misbruik van gezondheidszorgvoorzieningen tonen meerdere internationale studies aan dat mensen zonder wettig verblijf een lagere gezondheidskost vertegenwoordigen dan inwoners met een wettig verblijf (Viladrich 2012, 825; Mladovski 2009, 58; Goldman 2006, 1701). De cijfers uit België lijken deze gegevens in elk geval te bevestigen.

Onderzoek toont verder aan dat er voor de patiënt belangrijke drempels zijn op vlak van toegankelijkheid van medische zorg. Zo blijkt er een kloof te zijn tussen de zorgen waar men formeel-juridisch recht op heeft en diegene die mensen zonder wettig verblijf vragen. Dit kan te maken hebben met gebrek aan informatie, angst voor deportatie of een geïnternaliseerd gevoel van *undeservingness*. (Willen 2012, 815) Mensen zonder wettig verblijf die hulp vragen ondervinden hierbij bovendien aanzienlijke administratieve en institutionele moeilijkheden. De hogervermelde studie van Dokters van de wereld toonde aan dat 63% van de DMH-patiënten moeilijkheden ondervond inzake toegankelijkheid van gezondheidszorg in het afgelopen jaar. Onwetendheid over de bestaande procedures en schrik om niet betaald te worden, zorgen er ook voor dat zorgverstrekkers regelmatig zorgen weigeren. De omslachtige administratieve procedure maakt het heel moeilijk om continuïteit te voorzien in geval van chronische zorg, ondermeer omdat de DMH elke drie maand opnieuw moet worden aangevraagd (Corluy 2007, 174). Bij meerdere OCMW's wordt de toegang tot medische zorg bemoeilijkt door het bestaan van wachttijden (Dokters van de wereld 2014, 53-56). Bovendien stellen we vast dat sommige OCMW's, ondanks het wettelijke kader en ondanks het advies van de Orde der Geneesheren¹¹ en het Raadgevend Comité

11. Orde van artsen, website geraadpleegd op 14/11/2015: <http://ordomedic.be/nl/adviezen/advies/notie-dringend-karakter-van-de-dringende-medische-hulp-voor-patinten-in-illegaal-verblijf>.

voor Bio-ethiek¹² om DMH zo ruim mogelijk te interpreteren, recent extra drempels invoerden. Zo stelde het OCMW van Antwerpen in juni 2015 een adviseerend arts aan om de attesten van behandelende artsen (die de dringendheid van medische zorgen vaststellen) te controleren en in vraag te stellen.

Daarnaast verrichtten Dauvrin et al. onderzoek naar de drempels die hulpverleners ervaren of induceren bij zorgverlening aan mensen zonder wettig verblijf. Dit onderzoek toonde aan dat het waardenkader van de hulpverlener in de praktijk even belangrijk is als de wettelijke bepalingen die bestaan. De zelf-gerapporteerde praktijkvoering blijkt nauwelijks te verschillen in landen met een uitgebreide wettelijke regeling rond toegang voor mensen zonder wettig verblijf in vergelijking met landen zonder uitgebreide toegang. Dit onderzoek toonde bijvoorbeeld aan dat hulpverleners in België en Frankrijk, ondanks de (vrij gelijklopende) wettelijke regelingen voor toegankelijkheid, regelmatig mensen zonder wettig verblijf doorsturen naar NGO's of naar andere instellingen voor gratis zorg (Dauvrin et al. 2009, 4).

Deze verschillende vaststellingen doen ons besluiten dat de concrete uitvoering van de wettelijke regeling DMH complex en hoogdrempelig is. Toch vindt een deel van de mensen zonder wettig verblijf in België via deze regeling de weg naar de zorg.

Burgerschap en het recht op gezondheid

Instrumentalisering van de sociale grondrechten

De nadruk van het migratiebeleid in West-Europa ligt sinds halfweg de jaren '70 op het beheersen van de migratiebewegingen in het algemeen en bestrijden van onwettig verblijf in het bijzonder. Om dit te bereiken werd niet alleen de verblijfsreglementering aanzienlijk aangepast. Ook het ontoegankelijk maken van de sociale voorzieningen wordt gebruikt om de verblijfswetgeving af te dwingen. Men spreekt in dit verband van 'instrumentalisering' van het sociale recht ten bate van het migratiebeleid en ter bestrijding van 'illegale' migratie (Bouckaert 2007, 61). Men gaat er daarbij vanuit dat de voorzieningen van de verzorgingsstaat een aantrekkingskracht uitoefenen op potentiële migranten en mensen zonder wettig verblijf ontmoedigen om het grondgebied te verlaten. Hoewel dit in het publieke debat een veelgebruikt argument is, bestaat hiervoor geen evidentie. Meestal overwegen in de keuze sociopolitieke of familiale argumenten (Taylor 2009, 766).

12. Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (Advies nr 7 dd. 13 juli 1998 betreffende de toegang tot zorgverstekking)

In het huidige debat rond de ‘vluchtelingen crisis’ gaan stemmen op om, in weerwil van de Conventie van Genève, ook voor erkende vluchtelingen de sociale grondrechten in te perken ‘om de sociale zekerheid te beschermen’. Nochtans is de toegang tot die sociale zekerheid voor erkende vluchtelingen sowieso eerder beperkt, want de klassieke sociale zekerheid is in België sterk afhankelijk van werk. Wie onvoldoende gewerkt heeft kan geen werkloosheidsuitkering, pensioen of ziekte-uitkering aanvragen. Desondanks lijken sociale grondrechten opnieuw geïnstrumentaliseerd te zullen worden in een poging om de verblijfsduur van vluchtelingen in te korten, om migratie te ontmoedigen of als activeringsmechanisme op de arbeidsmarkt. Sociale grondrechten krijgen in Westerse democratieën steeds meer een connotatie van selectiviteit en de toekenning ervan gaat gepaard met verdachtmaking. Deze vaststelling geldt overigens niet enkel voor mensen zonder wettig verblijf, maar valt eerder te kaderen in een ruimere neoliberale evolutie die de nadruk legt op controle op sociale uitgaven en wantrouwen ten aanzien van de welvaartsstaat.

Een (schijnbare) politiek-filosofische paradox: mensenrechten of burgerschap?

Als we de evolutie van de Belgische wetgeving vergelijken met de evolutie van het mensenrechtendiscours op internationaal vlak blijkt zich een tegengestelde trend voor te doen. De afgelopen decennia stellen we een steeds concretere invulling en monitoring vast van universele mensenrechten via allerlei internationale instituties en verdragen. Deze verdragen worden bovendien ook in detail geherformuleerd voor verschillende doelgroepen zoals kinderen, vrouwen of personen met een handicap. Deze uitbreidende internationale regelgeving kon een inperking van de sociale rechten voor mensen zonder wettig verblijf in België blijkbaar niet tegenhouden (Bouckaert 2007, 238).

In het publiek debat en in de mainstream media in veel Europese landen klinkt een luide stem dat mensen zonder wettig verblijf geen gezondheidszorg ‘verdienen’. Het overheersende beeld is dat ‘onze welvaartsstaten’ overspoeld en bedreigd worden door migratie. Mensen met onwettig verblijf worden in dit debat sterk geproblematiseerd. Hun sociale portrettering heeft een belangrijke invloed op de mate waarin hun aanspraken op sociale rechten en gezondheidszorg geldig zijn of lijken. Ze voedt vaak discoursen voor exclusie (PICUM 2002b, 42; Larchanché 2012, 860). Mensen zonder wettig verblijf worden doorgaans als *undeserving* bestempeld omdat ze systematisch morele en juridische regels zouden overtreden en zo de veiligheid in gedrang brengen (Viladrich 2012, 823).

Politiek-filosofisch kan evenmin overeenstemming bereikt worden. De welbekende paradox tussen een mensenrechtendiscours en het communitarisme, met

name de bijhorende tegenstrijdige visies op het belang van nationaal burgerschap, spelen heel sterk in de context van mensen zonder wettig verblijf. De vraag stelt zich dus: Kunnen mensen zonder wettig verblijf aanspraak maken op universele mensenrechten om de nodige randvoorwaarden voor een goede gezondheid op te eisen als een nationale overheid democratisch beslist om de toegankelijkheid van die sociale grondrechten te beperken? Wat is met andere woorden de betekenis van een mensenrechtenbenadering, en meer specifiek van het recht op gezondheid, bij mensen zonder wettig verblijf?

De Amerikaanse filosoof Michael Walzer stelt, vanuit een communitaristische benadering, dat er een sterke link is tussen het behoren tot een politieke gemeenschap en solidariteit. We hebben daarom een bijzondere verantwoordelijkheid naar medeburgers toe, maar niet naar anderen. Ten aanzien van die anderen pleit Walzer voor een 'principle of mutual aid', dat ook wel 'Good Samaritanism' genoemd wordt. Vreemdelingen, onafhankelijk van hun status, kunnen aan een land een vraag richten om hulp, maar landen zijn, behoudens uitzonderingen, niet verplicht om die te verlenen. Als de risico's en de kosten voor het ontvangende land klein zijn, kan een land ervoor kiezen om te helpen, in geval van ziekte of dringende nood. Dit principe geldt niet op basis van een notie van rechtvaardigheid, maar op basis van vrijblijvende liefdadigheid of welwillendheid. Deze liefdadigheid geeft geen recht op burgerschap (Walzer 1983, 49).

Binnen een communitaristisch discours wordt het beleid bepaald door een afweging van conflicterende waarden en belangen. Zo kan men zorg weigeren aan mensen zonder wettig verblijf omdat dit mogelijk, door de tevredenheid erover, een aanzuigeffect zou hebben en de sociale cohesie zou bedreigen. Wirz vermeldt in dit verband de 'tragedy of the commons': elke individueel verdedigbare handeling van elke individuele hulpverlener zou dan toch resulteren in een negatief ethisch effect voor de gemeenschap (Wirtz 2001, 189). Er dient continu rekening te houden met de gevolgen van een bepaalde keuze, niet met de intenties. Sommige auteurs schrijven om die reden een consequentialistische ethische houding toe aan het communitarisme, of verwijzen naar Max Webers verantwoordelijkheidsethiek (Weiner 2001, 180).

Deze schijnbare rationale benadering houdt echter geen rekening met recente sociologische inzichten rond ongelijkheid. Wilkinson toonde duidelijk aan dat een te grote ongelijkheid ziekte induceert. Dit ziekmakend effect van ongelijkheid geldt niet alleen bij de kwetsbare groepen die niet in staat zijn om bij te dragen (en dus geen aanspraken 'mogen' maken op gezondheidszorg), maar in brede lagen van maatschappij (dus ook bij diegenen die wel 'verzekerd' zijn). Exclusie van een deel van de bevolking (en de bijhorende ongelijkheid) heeft dus niet alleen 'baten', maar ook 'kosten'. Het kan bovendien in bepaalde gevallen kosten-

effectiever zijn om een goede basiszorg te voorzien dan om zorg uit te stellen tot er zich noodsituaties voordoen.

Als aanspraken op zorg voornamelijk uitgedrukt en afgetoetst worden in termen van beperkte middelen die moeten ‘afgeschermd’ worden, dreigt overigens een heel eenzijdige invulling te worden aan het concept zorg. Zo’n puur economische benadering houdt mogelijk ook ongewenste gevolgen in voor de ‘recht-hebbenden’ van de natiestaat zelf. Het kan er onder meer voor zorgen dat ook de solidariteit met landgenoten die (in economische termen) niet of onvoldoende bijdragen meer en meer onder druk komt te staan. Ook ten aanzien van andere kwetsbare groepen kan deze invalshoek met andere woorden leiden tot vervreemding.

Het concrete morele handelen ten opzichte van mensen zonder wettig verblijf wordt bovendien heel complex. We moeten er onze eigen belangen en die van onze groep altijd afwegen tegen die van anderen in een context van beperkte middelen. Winst voor de ene betekent altijd verlies voor de andere. Persoonlijke ethische principes, overtuigingen of intenties kunnen geen basis leveren voor het handelen. Mensen behouden de vrijheid om het met het beleid oneens te zijn, maar kunnen daar niet consequent naar handelen. Alleen in uitzonderlijke gevallen kunnen ze ‘hun hart laten spreken’. Hierdoor ontstaat duidelijk de mogelijkheid van willekeur (Weiner 2001, 180-182). Menselijk-relationale aspecten die eigen zijn aan zorg zoals presentie, empathie of zorgzaamheid worden een gunst, die slechts in uitzonderlijke omstandigheden verkregen kan worden.

Anderzijds zijn ook mensenrechten gekleurd door een eigen ontstaansgeschiedenis. Zo waren ze bij de oprichting ervan vooral bedoeld om individuen te beschermen tegen de (te grote) macht van de overheid. Vandaag worden ze vooral beschouwd als een soort bijkomende wetgeving die helpt bij de bescherming van mensen in een precaire situatie (Arendt 1973, 298).

Hannah Arendt was zich heel goed bewust van de hoger aangehaalde tegenstellingen tussen het ‘recht van ieder om rechten te hebben’ en de prerogatieven van de natiestaat om te bepalen wie rechten binnen een gemeenschap kan laten gelden. In *The origins of totalitarianism*, in het hoofdstuk *The perplexities of the Rights of Man*, gaat ze dieper in op de rol van mensenrechten in het kader van de vluchtelingenproblematiek in de nasleep van de wereldoorlogen. Ze was sceptisch over de mogelijkheid van de mensheid om het recht te garanderen van ieder individu om bij die mensheid te behoren. Ze schrijft: “The great danger of arising from the existence of people forced to live outside the common world is that they are thrown back, in the midst of civilization, on their natural givenness, on their mere differentiation. (...) They are no longer allowed to partake in the human artifice.”

Arendt merkte op dat mensenrechten alleen gerealiseerd kunnen worden door middel van burgerschapsrechten. Mensen die zich in een precaire situatie bevinden, zoals mensen zonder wettig verblijf, hebben evenwel ook om andere redenen vaak niet de mogelijkheid om een rechtspositie af te dwingen. Ze hebben noch de tijd, noch de middelen, noch de bescherming die daarvoor nodig zijn. Bovendien is de afdwingbaarheid van mensenrechten in nationale rechtbanken vaak een heikel punt. Net op die momenten waarop men meest een beroep zou moeten kunnen doen op mensenrechten zijn deze dus niet gegarandeerd. Het is daarbij de kwetsbare situatie zelf waarin mensen zich bevinden die ervoor zorgt dat hun rechtspositie verzwakt.

Arendt wees ook op de problemen die ontstaan als grote groepen mensen hun rechten verliezen. De mensenrechten laten rechtspraak toe. Rechtspraak focust zich door zijn werkwijze vooral op individuele en dus eerder uitzonderlijke gevallen. Als plots heel veel mensen in een situatie van rechteloosheid terechtkomen, creëert dit een spanningsveld (ibid. 294-295). In dit opzicht is het feit dat mensen zonder wettig verblijf soms 1% van de bevolking van een land uitmaken op zich een bedreiging voor hun mensenrechten.

Deze verschillende argumenten maken dat de afdwingbaarheid van universele mensenrechten eerder beperkt is in de context van mensen zonder wettig verblijf.

Beide politiek-filosofische visies lijken dus hun inherente zwaktes te hebben. Een natiestaat berust volgens meerdere filosofen op een te sterke scheiding van de private en publieke sfeer (Butler 2011, 12). Het gevolg is een overdreven focus op een gemeenschappelijke culturele identiteit en het minimaliseren van aspecten van mondiale afhankelijkheid, menselijke kwetsbaarheid en interne dissidentie (Benhabib 2004, 132).

Universele mensenrechten en theorieën van internationale herverdeling lijken dan weer de kracht van de menselijke rede te overschatten. Door hun afhankelijkheid van burgerschap, hun uitgesproken juridisch karakter en hun onvermijdelijke contingentie lijken ze niet steeds een doeltreffend middel om de situatie van grote groepen mensen in kwetsbare situaties substantieel te verbeteren.

Seyla Benhabib brengt in *The Right of Others* een aantal elementen aan die proberen die onoverbrugbaar lijkende kloof tussen universele mensenrechten en de natiestaat te dichten. Ze stelt vast dat in Europa niet alle rechten nog onder het nationaal burgerschap vallen en spreekt van een gedesaggregeerd burgerschap. Verschillende aspecten van wat traditioneel verstaan werd onder burgerschap, vallen onder verschillende wetgevende niveaus, gaande van lokaal tot supranationaal. Benhabib meent dat hierdoor het belang van mensenrechten zal toenemen. Het bestaan van identiteiten, die niet langer exclusief verbonden zijn met één bepaald land en traditie, zal ongetwijfeld op termijn eveneens een rol van beteke-

nis spelen op concepten van burgerschap en rechten. Benhabib drukt ook de hoop uit dat processen van democratische ‘iteraties’ – ze doelt daarmee op de herhaalde debatten en opinievorming in de publieke sfeer – in de toekomst zullen zorgen voor het geleidelijk verder insijpelen van universele mensenrechten in nationale en supranationale wetgevingen. Recente evoluties, zoals de vraag vanuit verschillende Europese politieke fracties om de Conventie van Geneve te ‘updaten’, en de eis van meerdere Europese lidstaten om bevoegdheden terug naar het nationale niveau over te hevelen, doen twijfel rijzen of deze hoop gerechtvaardigd is.

Mensenrecht op gezondheid? Dringende medische hulp als humanitair gebaar...

In het toekennen van mensenrechten aan mensen zonder wettig verblijf lijkt soms een bepaalde hiërarchie te spelen. Op het hierboven beschreven principe van ‘instrumentalisering’ van het sociaal beleid zijn in België, onafhankelijk van iemands wettelijke status, twee belangrijke uitzonderingen: het recht op onderwijs voor minderjarigen en het recht op gezondheid worden gegarandeerd. We gaan hier niet verder in op de betekenis van dit recht op onderwijs, maar wel op de dubbelzinnigheid die gecreëerd werd door de wet op de dringende medische hulp.

Wat opvalt in deze wet is dat ziekte als een monofactorieel en sociaal neutraal gegeven wordt gezien. Gekende determinanten van een slechte gezondheid zoals slechte huisvesting, ondervoeding, sociale ongelijkheid, socio-economische status, werk en armoede worden bij mensen zonder wettig verblijf bewust niet aangepakt. Het recht op gezondheid krijgt op die manier een strikt medische betekenis en invulling. Ziek makende sociale factoren worden niet in rekening gebracht. Iemands gezondheidsstatus wordt nochtans maar tot op zekere hoogte bepaald door de toegang tot gezondheidszorg in het algemeen en heel gespecialiseerde ‘high-tech’ zorg in het bijzonder. Deze zogenaamde ‘Mc Keown-these’ stelt (en toont aan) dat de verbeterende gezondheid sinds het begin van de industriële revolutie eerder een gevolg is van verbeterde socio-economische omstandigheden dan van een vooruitgang in de geneeskunde. Ook Wilkinson toonde met een indrukwekkend onderzoek aan dat de gezondheid van een individu of een groep slechts in beperkte mate afhangt van medische factoren. Maatschappelijke ongelijkheid heeft een veel grotere impact (Wilkinson 2009, 82).

Een ander concept van de wetgeving DMH is het opzetten van een parallel administratief systeem aan het openbare verzekeringsstelsel. Dit parallelle systeem introduceert, zoals hoger aangetoond tal van drempels en controlemechanismen. Het recht op DMH dient elke drie maand opnieuw aangevraagd worden. Het effect ervan is in de praktijk dat gezondheidszorg op die manier eerder het karakter krijgt van een tijdelijke gunst dan van een recht.

Het concept dringende medische hulp ontstond dus in een context van progressief restrictievere migratiewetgeving en afnemende verdraagzaamheid ten aanzien van vreemdelingen. Toegang tot gezondheidszorg waarbij tal van drempels zijn ingebouwd en zonder de nodige sociale randvoorwaarden lijkt in deze context niet meer dan een pleister op een houten been. De wetgeving DMH is schijnbaar niet ontworpen of laat niet toe om op een kwalitatieve manier de gezondheid en het welzijn van ‘de doelgroep’, zijnde mensen zonder wettig verblijf, te garanderen.

Op vlak van het recht op gezondheid wordt in veel natiestaten een discours gehanteerd van universele toegankelijkheid en wettelijke gelijkheid. Toch lijkt de politieke en sociale illegitimititeit van mensen zonder wettig verblijf en de progressieve inperking van een aantal noodzakelijke randvoorwaarden dit recht tegelijkertijd te ondergraven binnen diezelfde natiestaat.

Het recht op gezondheid blijkt op heel uiteenlopende manieren te kunnen worden ingevuld. Als retorische techniek wordt er heel vaak naar verwezen (Willen 2011, 324). Recht op gezondheid doet een appel aan iets fundamenteels – het recht op leven klinkt erin door. Tegelijkertijd verhult de verwijzing ernaar vaak de vele obstakels die de realisatie van dit recht verhinderen. De specifieke inhoud van het recht op gezondheid voor mensen zonder wettig verblijf in België toont hoe moeilijk het is globale ethische theorieën om te zetten in praktijk. Recht op gezondheid verwordt tot recht op medische zorg, recht op medische zorg wordt een vrij willekeurige en moeilijk toegankelijke dringende medische hulp.

In de praktijk is het onderscheid tussen een mensenrechtendiscours en een communitaristische visie daarom misschien soms veel kleiner dan het op politiek-filosofisch vlak lijkt. Door zich te focussen op enkele rechten, zoals de selectieve toekenning van het mensenrecht op gezondheid en door zich te beperken tot een enge legalistische invulling ervan, gaat men voorbij aan de socio-politieke gesitueerdheid van rechten, en kan nog nauwelijks onderscheid gemaakt worden hulp die geboden wordt vanuit een humanitair paradigma. De medische zorg die, in het kader van DMH, aangeboden wordt als invulling van het recht op gezondheid, is conceptueel te vergelijken met de zorgen die aangeboden worden in het kader van ‘ontwikkelingshulp’, liefdadigheidsprogramma’s of in het kader van medisch humanitaire interventies. Liefdadigheid kan in bepaalde situaties zelfs als genereuzer worden ervaren dan een minimalistische invulling van het recht op gezondheid.

Zoals hogervermeld, definiëren we humanitaire hulp als een tijdelijke uiting van mededogen, die een recht vervangt, ten aanzien van iemand in een ongelukkige, kwetsbare of lijdende situatie (Fassin 2007, 376). De praktijk die voortvloeit uit huidige regelgeving voldoet in grote mate aan deze definitie. Mogelijk kan men daartegen inbrengen dat een overheid die op wettelijke basis de toegang tot

gezondheidszorg verleent, meer biedt dan humanitaire hulp. We baseren ons voor bovenstaande stelling echter op het karakter van de aangeboden hulp (gratis aangeboden en strikt medisch), op de beperkte duur (driemaandelijks opnieuw aan te vragen), op de gehanteerde terminologie (dringend) en op de ermee gepaard gaande decontextualisering van gezondheid. De schaalgrootte of het gouvernementele karakter laat niet toe een onderscheid te maken met de hulp die geboden wordt door NGO's en liefdadigheidsorganisaties. De insteek van humanitaire hulp is fundamenteel anders dan een verhaal van op solidariteit gebaseerde rechten.

Meerdere auteurs wijzen erop dat deze toenemende ontoegankelijkheid van gezondheidszorg ten dele te kaderen valt in een ruimere geopolitieke en neoliberale context. We stellen de afgelopen decennia een progressieve afbouw vast van publieke dienstverlening, waaronder ook publieke gezondheidszorg, samen met een steeds grotere deregulering van arbeidsmarkten. Steeds meer nadruk komt te liggen op individualisering, responsabilisering en de noodzaak om voor zichzelf te zorgen (Rose 2007, 4; Viladrich 2012, 823). Ook gezondheid wordt meer en meer als een product beschouwd. Gottlieb et al. stellen dat humanitaire discoursen de welvaartsstaat toelaten om zich steeds meer van zijn verantwoordelijkheden te onttrekken (Gottlieb et al. 2012, 229-239). Deze praktijk van 'humanitarisme' kan gebruikt worden om sociale uitsluiting en het terugschroeven van overheidsdiensten of sociale verantwoordelijkheden voor kwetsbare groepen, zoals mensen zonder wettig verblijf, te legitimeren (Willen 2012, 839). Humanitaire discourses bieden als het ware een uitlaatklep. Een humanitaire benadering, hoewel vaak uitgeoefend onder de vlag van neutraliteit is met andere woorden niet zo waardenvrij als vaak wordt aangenomen. Humanitarisme werkt ook door in het zelfbeeld van de begunstigen, in de sociale omgang van hulpverleners en in discourses van instituties. In het volgende deel gaan we hierop verder in.

Biopolitieke effecten van een humanitair paradigma

Als symbool is de 'illegaal' de laatste decennia als het ware publiek bezit geworden. Hij lijkt een machteloze speelbal van publieke emoties en verontwaardiging; uitgesloten, beschimpt, vervolgd en aan zijn lot overgelaten. Tegelijkertijd ontsnapt hij. Hij glipt langs grenzen, ontkomt aan deportatie en aan de controle van de overheid. De controlemechanismen zijn nochtans alomtegenwoordig. Die symbolische geladenheid van hun 'statuut' maakt mensen zonder wettig verblijf een bijzondere 'doelgroep'. De vraag dringt zich op of geneeskunde en gezondheidszorg niet ingeschakeld worden in een disciplinerend controlebeleid ten aanzien van mensen zonder wettig verblijf en of de gehanteerde humanitaire discourses geen vorm van machtsuitoefening inhouden. In dit deel gaan we in op enkele biopolitieke effecten van een humanitaire benadering.

Het foucauldiaans biopolitieke begrippenkader kan heel goed toegepast worden om een constructivistische analyse te maken van deze thematiek. De Franse filosoof Michel Foucault heeft zelf niet expliciet geschreven of gedoceed over het thema migratie, maar in de jaren '70 besprak hij uitgebreid de manier waarop macht en controle vandaag functioneren. Die concepten werden door een aantal hedendaagse theoretici verder uitgewerkt en toegepast op de situatie van mensen zonder wettig verblijf. We vinden hierover waardevolle inzichten bij de Italiaanse filosoof Giorgio Agamben en de Franse arts en medisch antropoloog Didier Fassin.

In het eerste volume van *L'histoire de la sexualité* (1976) ontwikkelde Foucault het begrip biopolitiek. Met deze term doelt hij op de manier waarop het natuurlijke leven van de bevolking op een grote schaal wordt 'gereguleerd' met behulp van technologie en van de menswetenschappen (bijv. door geboortecentrale, sanitaire voorzieningen, etc.). Biopolitiek omhelst dus ondermeer de politieke organisatie van een grootschalige lichamelijke controle van de bevolking om de 'kwaliteit ervan te verbeteren' (Rose 2007, 53). Om die controle uit te oefenen hanteert de staat niet alleen bestraffende maatregelen, maar een gamma aan disciplinerende 'apparaten', die Foucault 'dispositifs' noemt. Hij verwijst dan bijvoorbeeld naar scholen, kazernes, maar ook naar ziekenhuizen, artsen, middenveldorganisaties, verzekeringen, religieuze en humanitaire instellingen, filantropen, etc. Deze instituten beïnvloeden onmiskenbaar het biologische en sociale leven en oefenen op die manier macht en controle uit.

Het naakte leven

In *homo sacer* (1995) bouwt de Italiaanse filosoof Giorgio Agamben verder op het denken van Michel Foucault. Hij probeert diens inzichten te integreren met het denken van Hannah Arendt en maakt een duistere analyse van de moderne politieke orde. Een centraal punt waarop hun denken volgens hem samenvalt is 'het naakte leven' (Agamben 2002, 130). Agamben zegt over de vluchteling, de verbannene, de mens zonder wettig verblijf: "Er is geen leven dat 'politieker' is dan het zijne. Hij staat voortdurend in relatie met de macht, die hij moet proberen te ontlopen of te misleiden" (ibid., 195).

De antieke Griekse filosofen gebruikten twee termen om 'leven' aan te duiden. Ze maakten een onderscheid tussen het natuurlijke, biologische leven 'zoè' en het gekwalificeerd maatschappelijke leven 'bios'. Het bios politikos contrasteert hier met het huishoudelijke leven dat op zoè gericht is. Deze tweedeling werkt volgens Agamben tot op de dag van vandaag door in ons politieke denken. Politiek impliceert dus de creatie en de uitsluiting van een apart 'naakt leven', een gepolitiseerd zoè, wat hetzelfde is als een biopolitiek lichaam. De hoofdrolspeler in het boek

van Agamben is de ‘homo sacer’. Deze benaming, die afkomstig is uit het oude Romeinse recht, slaat op die mensen die enkel nog over een ‘naakt leven’ beschikken. Hun leven is (politiek gezien) louter uitsluiting. Het leven van deze mensen is symbolisch van generlei waarde, ze mogen als het ware gedood worden zonder dat er sprake is van moord. De vluchteling, de verbannene en de mens zonder papieren zijn, volgens Agamben, de ‘homo sacer’ van deze tijd. Agamben geeft met zijn interpretatie een krachtige, maar ontluisterende verklaring voor de heftigheid en de passie waarmee het debat rond mensen zonder wettig verblijf wordt gevoerd. Hij argumenteert dat de uitsluiting van het naakte leven, het biopolitieke of gepolitiseerde lichaam, de kern uitmaakt van de westerse politiek.

Mensen zonder papieren hebben geen politiek leven, ze hebben alleen nog hun naakte leven. Ze symboliseren dat naakte leven dat in de westerse politiek te allen tijde dient te worden gecontroleerd; door het uit te sluiten, indien mogelijk door het in te sluiten. Net zoals bij Foucault is er dus een nauwe band tussen het leven en de politieke machtsuitoefening. Het naakte leven heeft een uitgesproken politiek karakter. Net zoals bij Arendt is er een nauwe band tussen het naakte leven en het wegvallen van mensenrechten in totalitaire regimes (Arendt 1973, 302).

Agamben wijst in *Homo sacer* op de implicaties van zijn werk voor de interpretatie van mensenrechten en het humanitaire. Als we de kwetsbare situatie van mensen zonder wettig verblijf op een louter humanitaire manier benaderen, houden we hun politieke uitsluiting eigenlijk in stand. Humanitaire organisaties kunnen het menselijk leven enkel benaderen als een ‘naakt leven’. De beeldvorming van verdrinkende, zieke of machteloze mensen vindt hij tekenend voor de mate waarin humanitaire organisaties dit ‘naakte leven’ nodig hebben en instrumentaliseren. Mensen zonder papieren worden gereduceerd tot hun fysieke wezen, een biologisch wezen dat hulp nodig heeft, hun potentialiteit wordt ontkend. Ze stigmatiseren en portretteren mensen als niet-gelijken, als niet-politieke wezens. Hoewel ze ernaar streven een neutrale en apolitieke houding aan te nemen, bestendigen diegenen die vanuit een humanitair engagement werken, op die manier (soms ongewild) de bestaande politieke krachtsverhoudingen en de structurele ongelijkheid. Zo onderhouden ze eigenlijk een band met de krachten die ze zouden moeten bestrijden en reproduceren de uitsluiting door de overheid (Agamben 2002, 144).

Ondanks de wildgroei aan internationale afspraken en verklaringen na de tweede wereldoorlog wordt volgens Agamben duidelijk dat “telkens wanneer vluchtelingen een massaverschijnsel vormen, wat nu steeds vaker het geval is, die [humanitaire] organisaties alsook de afzonderlijke staten, ondanks hun plechtige beroep op de ‘heilige en onvervreemdbare’ rechten van de mens absoluut niet bij machte zijn gebleken om het probleem op te lossen” (ibid., 145).

Agamben wijst op de rol van artsen (en wetenschappers) in dit biopolitieke tijdperk. De arts krijgt de macht uit te maken op welke momenten een leven niet meer de moeite waard is geleefd te worden. Hij moet beslissen wanneer een leven politiek niet meer relevant is. Mutatis mutandis kan die biopolitieke rol ook toegepast worden op de beslissingsmacht die een arts wettelijk wordt toegekend op het 'naakte leven' van mensen zonder wettig verblijf. De arts beslist wie 'dringende hulp' moet krijgen, en wie niet... Men kan natuurlijk tegen Agamben opwerpen dat het gewoon bij de rol van een arts hoort om met het biologische leven om te gaan, om daar macht op uit te oefenen. De vraag dient echter gesteld te worden of die macht in de context van mensen zonder papieren niet al te groot wordt en niet te zeer een politiek karakter krijgt. "De arts en de soeverein lijken van rol te wisselen," schrijft Agamben hierover (ibid., 154). Dit wordt eveneens heel duidelijk bij het toekennen van verblijfrechten op basis van humanitaire redenen, waar de politieke macht van de attesterende en de controle-artsen zeer duidelijk is. Agamben verwondert er zich over dat artsen en artsorganisaties zich nooit tegen die biopolitieke rol verzet hebben. In zijn biopolitieke analyse zijn de politieke en de medische wereld nauw verweven.

'Biopolitics of otherness' op basis van een 'politics of life'

Didier Fassin heeft geprobeerd deze inzichten van Agamben en Foucault te koppelen aan praktijkervaring. Hij is arts, medisch antropoloog, heeft uitgebreide ervaring binnen het humanitaire werk en hij schreef talrijke publicaties over de situatie van mensen zonder wettig verblijf.

Biopolitiek van het anders-zijn

Volgens Fassin berust de hedendaagse biopolitiek van het anders-zijn op twee centrale concepten: de humanitaire rede en een 'Politiek van levens'. Het bestaan van aparte regels, een aparte wetgeving, voor mensen zonder wettig verblijf is voor Fassin een vorm van management van 'andere' levens. Hun lichaam is datgene waarop de politiek inwerkt bij het migratiebeleid (Fassin 2001, 3). Die biopolitiek van het anders-zijn uit zich in een gepolariseerde wereld in een uitzonderingsgebied voor al diegenen die 'ongewenst' zijn. Voor mensen in de marge, zoals mensen zonder wettig verblijf (en binnenkort ook de erkende asielzoeker?), worden de gebruikelijke sociale normen opgeschort. Het lichaam geldt er als de ultieme bron van politieke legitimiteit (Fassin 2005a, 380-381).

Humanitair werk, zoals dat van NGO's in zogenaamde derdewereldlanden of een dringende medische zorg voor mensen zonder wettig verblijf dicht bij huis, is voor Fassin een paradigmatische vorm van 'Politiek van levens' (Politics of life,

politique de la vie). Er ontstaat een dialectiek tussen levens die gered moeten worden en levens die op het spel gezet mogen worden. Het is een politiek waarbij een specifieke waarde en betekenis aan een mensenleven wordt toegekend. Het bestaan van dit mensenleven wordt geëvalueerd en er wordt een betekenis aan toegekend. 'Politics of life' heeft een biopolitieke betekenis in die mate dat het surveillance uitvoert, de bevolking reguleert en er macht over uitoefent; bijvoorbeeld door zich te organiseren in NGO's, door het opzetten van vluchtelingenkampen en asielcentra, of bijvoorbeeld door het meten van ondervoeding, vaccinatiegraad, door het opzetten van contraceptieprogramma's, etc. 'Politics of life' is evenwel ruimer dan louter biopolitiek. Het redden van mensenlevens impliceert andere levens op het spel zetten, het impliceert een differentiatie en een selectie, niet enkel disciplineren of controle.¹³ Het veronderstelt dat bepaalde mensen meer legitimiteit hebben op hulp dan anderen en creëert daar ook een beeldvorming rond (door sommigen als slachtoffers voor te stellen, anderen als strijders, etc.)

Een vraag die Fassin daarbij interesseert is welke levens impliciet en expliciet gered worden. Hij vraagt zich ook af hoe de levens van de hulpverleners (als bios) en de 'naakte levens' (als zoë) van de doelgroep, die fundamenteel ongelijk zijn, tegen elkaar worden afgewogen en of men ondanks die ongelijkheid toch tot een moreel aanvaardbaar altruïsme kan komen.

Het centrale discours dat er gehanteerd wordt in deze 'Politiek van levens' is de 'humanitaire rede'. Bij de humanitaire rede is erkenning volledig gelinkt aan een precair, lijdend lichaam en aan slachtofferschap.

De humanitaire rede: 'victimhood' en 'het naakte leven' als bron van erkenning

Fassin beschrijft hoe in het discours rond migratie op relatief korte tijd een omkering van de waardenhiërarchie is opgetreden. Het verlenen van asiel om politieke redenen werd in Europa in de jaren '80 en '90 progressief moeilijker. De conventie van Genève werd gaandeweg op een steeds restrictievere manier toegepast. Asielaanvragen hebben sinds de val van de Muur gaandeweg een bijklank gekregen van leugenachtigheid. Fassin suggereert dat, naast politieke, mogelijk ook economische factoren (zoals de automatisering, de verminderde vraag naar ongeschoolde arbeid en de toegenomen werkloosheid) een rol hebben gespeeld in deze evolutie. (Fassin 2001, 5) Er wordt meer en meer nadruk gelegd op economische motieven achter migratie. In diezelfde periode werd echter een sterke toename

13. Het EVRM is een treffend voorbeeld van hoe mensenrechten paradoxaal ook op dit selectieproces inwerken. Eens mensen binnen de EU zijn kunnen ze aanspraak op mensenrechten. Daarom worden de inspanningen om mensen buiten de grenzen van de EU te houden progressief opgevoerd.

gezien van het toekennen van verblijfsrecht op basis van medisch-humanitaire redenen. Hét typevoorbeeld daarvan is de HIV-patiënt die in zijn land van oorsprong geen goede behandeling kan krijgen. Burgerschap verwerven kon dus nog, maar dan op basis van gezondheidsproblemen. In de plaats van erkenning van de politieke vluchteling kwam een discours van humanitarisme (Fassin 2005a, 368-371). Erkenning wordt verbonden aan een lijdend, behoeftig lichaam. In de termen van Agamben: het ‘volwaardige leven’ (bios) van de vrijheidstrijder heeft minder sociale waarde gekregen dan het ‘naakte leven’ (het gepolitiseerde zoë) van de mens zonder papieren die lijdt aan een ernstige ziekte.

Het ‘lijdend lichaam’ wordt niet de enige, maar wel de krachtigste overblijvende vorm van politieke legitimiteit. Fassin introduceert in dit verband de term biollegitimiteit. Hij bedoelt daarmee het ontstaan van of de inclusie in een gemeenschap van mensen wiens gezondheid sociale betrokkenheid verdient, het verkrijgen van sociale legitimiteit omwille van een lijdend lichaam (Willen 2012, 813). Erkenning krijgt met andere woorden naast een politiek aspect ook een sociaal en moreel aspect. De politieke en sociale uitsluiting van mensen zonder wettig verblijf dient niet zozeer begrepen te worden in termen van burgerschap, maar eerder in termen van collectieve morele oordelen die vorm krijgen in de publiek sfeer (Willen 2011, 324).

Deze focus op lichamelijke erkenning oefent ook een invloed op het identiteitsbesef van de mensen zonder wettig verblijf. Als je als mens enkel officieel bestaat als een individu dat ziek (kan) worden, wordt ziekte mogelijk zelfs een echte troef, zeker als het recht geeft op medische regularisatie. Dit kan een zelfbeeld genereren waarbij men zichzelf gereduceerd ziet tot een slachtoffer, iemand die beroep doet op medelijden (‘victimhood’) (Fassin 2001, 5).

Parallel daaraan heeft ook de collectieve identiteit in de gastlanden zich aan deze verschuiving aangepast. Tijdelijke publieke sympathie, medelijden en generositeit voor individuele verhalen of grote rampen (zoals bijv. recent bij drenkelingen in de Middellandse Zee of de tijdens de opvangcrisis in Brussel), lopen samen of wisselen af met de roep om een steeds repressiever asielbeleid. Fassin schrijft hierover “Illegal immigrants (...) oscillate between being objects of repression and compassion (...) Expressing sympathy for the asylum seeker or the undesirable immigrant holds fewer benefits for that figure than it does for us, as we show how humane we finally are” (Fassin 2005a, 376). Het toekennen van medische zorgen in dringende en spectaculaire gevallen vervangt daarbij de erkenning van mensenrechten. Zorgen wordt hier vervangen door redden. Het geven van een heel zichtbare en schijnbaar levensreddende hulp in ‘écht mensonwaardige gevallen’ vergemakkelijkt het om de vraag naar veiligheid en bescherming of de vraag naar wezenlijke erkenning als medeburgers van vele anderen te negeren.

Fassin wijst er overigens op dat, als gevolg van deze verschuiving van politieke erkenning naar humanitaire erkenning, het menselijk lichaam in steeds grotere mate aan belang wint, niet alleen als bron van erkenning, maar ook als bron van objectieve waarheid. Artsen krijgen de rol toegewezen om die waarheid te 'lezen' en te objectiveren in medische certificaten. Een getuigenis over mishandeling volstaat niet. De littekens dienen blootgesteld te worden aan een proces van objectivering. Medische expertise krijgt voorrang op het woord en het verhaal van de vluchteling. Dit stelt uiteraard praktische problemen. De waarheid is nu eenmaal niet altijd 'belichaamd'. Problematisch is dat deze evolutie ook een invloed kan hebben op de therapeutische relatie tussen arts en patiënt. Die arts-patiënt relatie kan daardoor bij asielzoekers en bij mensen zonder wettig verblijf in het teken komen te staan van wantrouwen en instrumentalisering. De arts komt onder druk te staan en krijgt (soms ongewild) als het ware een politieke bevoegdheid over het lichaam toegewezen (Fassin 2005b, 597). Het onderscheid tussen somatisatie en manipulatie wordt heel moeilijk, zeker gezien de moeilijke fysieke en psychologische omstandigheden waarin mensen zonder papieren soms leven (Fassin 2001, 5). Een humanitaire benadering kan bij mensen zonder wettig verblijf met andere woorden leiden tot objectificatie en medicalisering.

Interne tegenspraken in de humanitaire rede: de rol van agency

Een humanitaire aanpak is volgens Fassin niet langer een benadering die alleen gebruikt wordt door NGO's. Fassin is het niet eens met het standpunt van Agamben dat we een scheiding kunnen zien tussen het humanitaire en het politieke. Hij is van mening dat we eerder getuige zijn van een toenemende verwarring en versmelting tussen de twee (Fassin 2005a, 368). Fassin betwijfelt of er in onze (of in gelijk welke) samenleving zoiets bestaat als een apolitieke ruimte zoals Agamben stelt. Hij spreekt dit tegen op empirische gronden nadat hij vaststelde dat ook in asielcentra vormen van politiek activisme ontstaan. De Amerikaanse filosofe Judith Butler komt overigens tot dezelfde conclusies. Een leven ontdaan van al zijn rechten blijft overduidelijk in de politieke sfeer door zijn presentie, zijn weerstand, en zijn verontwaardiging (Butler 2011, 4).

Fassin ontwaart een toenemende neiging tot toenadering in het taalgebruik van gouvernementele, intergouvernementele en non-gouvernementele organisaties. Deze vermenging is een structureel kenmerk van de hedendaagse biopolitiek. Op beleidsniveau kan een geleidelijke humanisering van het sociaal beleid en de gezondheidszorg worden vastgesteld (Fassin 2007, 502). Het recht op leven wordt verplaatst van de politieke naar de humanitaire agenda. Terwijl politieke en sociale grondrechten door herhaalde wetswijzigingen progressief worden onder-

uitgehaald, worden humanitaire interventies tijdens acute noodsituaties een steeds belangrijker kader van de Westerse politiek.

De Britse socioloog en theoreticus Nicolas Rose is kritisch voor de interpretatie van Agamben en Fassin. Rose heeft een hedendaagse interpretatie gemaakt van Foucaults biopolitiek in het tijdperk van gesofisticeerde biotechnologie en internationale farmaceutische concerns. Biopolitiek is, volgens Rose, niet ‘ontworpen’ rond de concepten exclusie en eliminatie. Over mensen in een precare situatie schrijft hij: “while the lives, illnesses and troubles of many may be ignored or marginalized in contemporary political economies of vitality, to let die is not to make die. (...) Eugenics (...) do not characterize the molecular biopolitics of the present” (Rose 2007, 57-59). Het leven zelf is vandaag de dag weliswaar meer dan ooit een onderhevig aan controle en waardeoordelen, maar die oordelen worden volgens Rose niet gemaakt door een overheid die een bevolking op grote schaal beheert. Hij wijst er impliciet op dat er eerder onverschilligheid is ontstaan ten aanzien van ‘mensen in de marge’. De humanitaire rede wordt geleidelijk vervangen door apathie en ‘help yourself’-discoursen. Er zijn hier opnieuw parallellen te trekken met de houding ten aanzien van mensen in zogenaamde ontwikkelingslanden. Ook daar stellen we vast dat een humanitaire houding na verloop van tijd plaatsmaakte voor donormoeheid, krimpende budgetten en desinteresse. De shift in het asiel- en migratiebeleid van de laatste jaren, met de forse inperking van regularisatie om medische en humanitaire redenen, alsook de recente pleidooien om de toegankelijkheid van dringende medische hulp verder te beperken zijn duidelijk binnen deze tendens te kaderen.

Desalniettemin blijft de humanitaire rede een centrale rol innemen in de hedendaagse politiek. Het is een wezenlijk deel van het beleid geworden van natiestaten, zowel globaal als lokaal. Er is volgens Fassin geen wezenlijk verschil tussen het verlenen van ontwikkelingshulp en het voorzien van dringende medische hulp aan mensen zonder wettig verblijf.

Deze versmelting van het politieke en het humanitaire leidt tot de mogelijkheid van Orwelliaanse dubbelzinnigheid. Humanitaire argumenten lijken geïnstrumentaliseerd te kunnen worden door politieke overheden (Fassin 2007, 508). Het wordt bijvoorbeeld mogelijk om oorlogen te starten of om grenzen te bewaken ‘om humanitaire redenen’. Denken we maar aan argumentatie voor de oorlog in Libië en de militarisering van de reddingsacties van bootvluchtelingen in de Middellandse Zee. Op de vraag of humanitaire organisaties ook ingeschakeld worden in het veiligheids- of migratiebeleid gaan we hier niet verder in.

Fassin vraagt zich af of het in die context van versmeltende discoursen nog mogelijk is om te oordelen wat goed is, wat ‘echt’ humanitair is. Zijn antwoord

luit: “this remarkable mimetism (...) should nevertheless not lead one into a form of relativism. (...) The fact that the rhetoric is reproduced does not mean that the politics are equivalent” (ibid., 511). Het is mogelijk om vergelijkingen te maken. De humanitaire ‘politics of life’ veronderstelt een wereld van machtigen en kwetsbaren en kiest in die wereld de kant van het slachtoffer. Een ‘echte’ humanitaire benadering veronderstelt dan een relatie met slechts een deel van de mensheid, namelijk dat deel van de mensheid wiens leven in gevaar is. Het focust niet op rijke of arme landen, maar op het bestaan van slachtoffers in beide. Een humanitair project neemt de arbitraire, maar radicale houding aan om diegenen te helpen die opgeofferd werden door de maatschappij.

Toch ontstaat op die manier een dubbelzinnige situatie. De macht en het slachtoffer lijken en blijken voor de hulpverlener inwisselbaar. Deze focus op de ‘ethiek in actie’ en ‘politics of life’ impliceert duidelijk de mogelijkheid om doorheen de tijd moreel dubbelzinnig of tegenstrijdig te handelen. Door handelingen en beleid te evalueren in termen van ‘politics of life’ plaatst Fassin het subject van de hulpverlener op de voorgrond, tegen de achtergrond van de biopolitiek. Het subject kan beoordeeld worden op de keuzes die mogelijk zijn en die gemaakt worden.

Zelfs indien we abstractie maken van deze mogelijkheid tot morele dubbelzinnigheid, blijft een humanitaire houding nog om andere redenen fundamenteel haar limieten hebben. Fassin wijst erop dat aan die humanitaire houding namelijk een radicale ongelijkheid tussen mensen ten gronde ligt. Een humanitaire benadering kent met andere woorden niet aan alle levens een gelijke waarde toe. De levens van de ‘slachtoffers’ en de ‘hulpverleners’ blijven fundamenteel verschillend. Dit wordt op meerdere manieren duidelijk.

De ongelijkheid die eigen is aan een humanitaire benadering wordt duidelijk als we kijken naar de plaats die humanitaire organisaties zich toekennen ‘aan de zijde van de slachtoffers’. Ze komen op voor die slachtoffers en leggen getuigenis af. Deze getuigenis creëert een nieuwe distinctie tussen twee soorten levens. Zoals Hannah Arendt stelde, ontstaan zo twee soorten levens in de publieke ruimte: diegenen die verhalen kunnen brengen (in de ik-vorm), en diegenen wiens verhaal enkel door anderen kan worden gebracht (in de derde persoon) (ibid., 518). Expliciete eigen politieke eisen worden door dit ‘spreken in naam van’ mogelijk bemoeilijkt en er ontvouwt zich een hiërarchie in de politieke waarde die aan mensen wordt toegekend.

Binnen een humanitair discours kunnen de begunstigden slechts lijdzaam (en meestal welwillend) ondergaan dat ze in de categorie van slachtoffer worden ondergebracht. Deze voorstelling onttrekt vaak de complexe achterliggende levensverhalen aan het oog, en maskeert de inspanningen die door begunstigden

van humanitaire organisaties ondernomen werden om problemen te voorkomen of op te lossen. Deze representatie individualiseert bovendien problemen die vaak wortelen in socio-economisch beleid of enorme globale inkomensongelijkheid. De begunstigden worden verondersteld alleen maar te (kunnen) ontvangen. Een gift kan geen tegenprestatie verwachten. Reciprociteit wordt niet verwacht. Op die manier wordt een schuld en een identiteit van slachtofferschap gecreëerd (ibid., 512). Symbolisch voor het humanitaire karakter van dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf is in België is dat het volledig gratis is voor de begunstigden.

Een humanitaire houding is volgens Fassin daarom een uiting van fundamentele ongelijkheid, en mogelijk ook het ontbreken van de wil om daaraan tegemoet te komen. Hij schrijft “... this critical perspective stresses the contradictions that exist in contemporary moral economies, well beyond the sphere of intervention of humanitarian organizations themselves, in what characterizes the political disorder of the world: the inequality of lives” (ibid., 520).

Conclusie

Mensen zonder wettig verblijf worden in België medisch behandeld binnen het publieke gezondheidszorgsysteem. Er werd evenwel een parallel administratief systeem uitgewerkt om de toegang ertoe te reguleren. Dit kan tot tegenstrijdige interpretaties leiden. Men zou hieruit kunnen besluiten dat België op die manier het mensenrecht op gezondheid respecteert en formeel kan België niet veroordeeld worden wegens schendingen van het mensenrecht op gezondheid.

Toch lijkt het erop dat de Dringende Medische Hulp die België voorziet aan mensen zonder wettig verblijf eerder dient gekaderd dient te worden binnen een humanitaire visie op toegang tot gezondheidszorg. De argumenten hiervoor zijn: de empirisch vastgestelde problemen met de toegankelijkheid o.a. ten gevolge van de aparte administratieve procedure, de noodzaak om telkens opnieuw toegang te vragen tot zorg (wat tot kortdurende engagementen leidt), maar vooral ook het progressief inperken van quasi alle aan gezondheid gelinkte sociale grondrechten (zoals huisvesting, werk, welzijn, etc.). Meerdere auteurs ontwaren een gelijkaardige evolutie in andere Europese landen.

Een constructivistische analyse toont dat dat humanitaire paradigma, dat ten opzichte van (gezondheid van) mensen zonder wettig verblijf gehanteerd wordt, om meerdere redenen niet onproblematisch is. Een humanitaire benadering kan (soms ongewild) de bestaande politieke krachtsverhoudingen en de structurele ongelijkheid bestendigen; ze laat de welvaartsstaat toe zich steeds verder terug te trekken en tegelijkertijd macht te blijven uitoefenen. De humanitaire rede kan bovendien leiden tot objectificatie: het lichaam wordt gereduceerd tot een object

dat laat vaststellen wie al dan niet erkenning verdient op basis van zijn lijden. Parallel hieraan ontstaat ook een subjectivatie in twee richtingen. De humanitaire rede dwingt mensen zonder wettig verblijf in de rol van slachtoffer en het laat hulpverleners toe te tonen hoe humaan ze zijn. Er ontstaat een plicht tot dankbaarheid voor de begunstigden en de mogelijkheid om in de naam van de ander te spreken voor hulpverleners. Het subject van de hulpverlener krijgt een centrale rol in dit discours, wat kan leiden tot problemen van willekeur en ongelijke behandeling, maar ook tot morele dubbelzinnigheid en vervreemding.

Om deze verschillende redenen lijkt het heel problematisch om, zoals nu her en der wordt bepleit, de sociale grondrechten ook voor erkende vluchtelingen verder in te krimpen en te vervangen door een humanitair regime.

In verband met de rechten van 'anderen' wordt politiek-filosofisch vaak gewezen op de paradox die zou bestaan tussen mensenrechtendiscoursen en communitaristische benaderingen. Een perspectief van mensenrechten kan antwoord bieden op problemen van internationale rechtvaardigheid, maar heeft moeite om die solidariteit concreet in te vullen. Een communitaristisch perspectief slaagt er goed in de inclusiecriteria te definiëren voor solidariteit, maar lijkt een ruimere betrokkenheid met de wereld niet te kunnen rechtvaardigen.

In de praktijk lijkt het onderscheid tussen beide visies evenwel kleiner dan op het op politiek-filosofisch vlak lijkt. Door te focussen op het recht op gezondheid en door hieraan een legalistische en strikts medische invulling te geven, kan een schijnbare dualiteit ontstaan met communitaristische benaderingen, die een brede consensus rond een humanitair paradigma verhuult. Kosmopolitische idealen lijken het met andere woorden te moeten afleggen tegen wetten van de haalbaarheid. In weerwil van hetgeen Hannah Arendt hierover veronderstelde, lijkt het hebben van *een* nationaliteit niet voldoende om mensenrechten af te dwingen. Je lijkt eerder over de juiste nationaliteit te moeten beschikken...

Deugden-ethische paradigma's bieden waardevolle inzichten in kwesties van internationale rechtvaardigheid. Desondanks is dit kader, en de zorgethische invalshoek in het bijzonder, tot nu toe nog weinig toegepast op de situatie van mensen zonder wettig verblijf. Focussen op noden en zorg in plaats van op rechten ligt mogelijk nochtans een stuk dichterbij de praktijk. Door concrete, maar ook globale *wederzijdse* afhankelijkheid als vertrekpunt te nemen en in te zoemen op de manier waarop onze levens verbonden zijn (bijvoorbeeld via ketens van zorg), kunnen we beter inzicht krijgen in de ethische implicaties hiervan op vlak van empathie, zorgrelaties en langdurige zorg voor de concreet aanwezige ander. We pleiten er daarom voor om in verband met de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf alternatieve ethische perspectieven, zoals de zorgethiek, te exploreren omdat deze mogelijk een waardevol alternatief kunnen

zijn voor of complementair zijn aan de argumentatie van de mensenrechtenethiek.

Of uitgesloten groepen, zoals mensen zonder wettig verblijf, toegang hebben tot zorg hangt uiteraard niet alleen af van ethisch-filosofische posities of formele nationale en internationale wetgeving, maar ook van lokale en individuele morele inschattingen en praktijken, zoals uit bovenstaande analyse blijkt. Verder onderzoek is nodig om na te gaan hoe hulpverleners en mensen zonder wettig verblijf zelf deze praktijken vormgeven en hoe hun opvattingen over *deservingness* in de praktijk een rol spelen in het verlenen van zorg. Artsen en hulpverleners dienen er zich in de huidige context in elk geval bewust van te zijn dat ze niet in een vacuüm functioneren. Het biopolitieke denken wijst op de grote macht en op de controlefunctie die zij in de huidige regelgeving toegewezen krijgen.

Bibliografie

- Agamben, Giorgio. 2002. *Homo Sacer. De soevereine macht en het naakte leven*. Vert. I. Van der Burg. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Arendt, Hannah. 1973 "The Perplexities of the Rights of Man." In. *The Origins of Totalitarianism*, 290-301. New York: A Harvest Book.
- Benhabib, Seyla. 2007. *De rechten van 'anderen'. Over migranten, vluchtelingen en asielzoekers*. Vert. R. Kuil, Kampen: Uitgeverij Ten have.
- Butler, Judith. 2011. "Bodies in Alliance and the Politics of the Street." In *European institute for progressive politics*. Geraadpleegd op 13/03/2014. <http://eipcp.net>.
- Castañeda, Hector. 2012. "'Over-foreignization' or 'unused potential'? A critical review of migrant health in Germany and responses toward unauthorized migration." *Social Science and Medicine*, 74: 830-838.
- Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding. 2013 *Migratie, jaarverslag 2012*. Geraadpleegd op 21/03/2014. www.diversiteit.be.
- COST Series on Health and Diversity. 2012. Volume 1: *Health Inequalities and Riskfactors among Migrants and Ethnic Minorities*. Antwerpen & Apeldoorn: Garant.
- COST Series on Health and Diversity. 2012. Volume 2: *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities*. Antwerpen & Apeldoorn: Garant.
- Dauvrin, M., V. Lorant, & S. Sandhu. 2009. "Healthcare for Irregular Migrants: Pragmatism across Europe. A qualitative study." *BMC Research Notes* 2012, 5:99. 1-9.
- European Commission. 2009. "Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe." Geraadpleegd op 21/11/2015. <http://research.icmpd.org>.
- Fassin, D. 2000. "Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration." *Hommes et Migration. Santé, le traitement de la différence*, Mai Juin 2000 (N°1225). 5-12.
- Fassin, D. 2001. "The Biopolitics of Otherness." *Anthropology Today* 17, 1: 3-7.

- Fassin, D. 2005. "Compassion and Repression: The moral economy of immigration policies in France." *Cultural Anthropology* 20, 3: 362-387.
- Fassin, D. 2005. "The Truth from the Body: Medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers." *American Anthropologist* 107, 4: 597-608.
- Fassin, D. 2007. "Humanitarianism as a Politics of Life." *Public Culture* 19, 3: 499-520.
- Fassin, D. 2009. "Le droit d'avoir des droits." *Hommes et Migrations* 433: 19-23.
- IOM. 2007. "Migration and the Right to Health: A Review of European Community Law and Council of Europe Instruments." *International Migration Law*, N°12. Genève: IOM.
- IOM. 2013. *International Migration, Health and Human Rights*. Genève: IOM
- Kittay, E., B. Jennings & A.A. Wasunna. 2005. "Dependency, Difference and the Global Ethic of Long-term Care." *The Journal of Political Philosophy* 13, 4: 443-469.
- Larchanché, S. 2012. "Intangible Obstacles: Health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France." *Social Science and Medicine* 74: 858-863.
- Médecins du Monde, RIZIV. 2014. *Groenboek over de toegankelijkheid van gezondheidszorg in België*. Waterloo: Kluwer.
- Medimmigrant vzw. 2013. *Verblijfsstatuten en gezondheidszorg voor vreemdelingen, procedures om medische zorgen te verkrijgen, rekening houdend met verblijfsstatuut*. Brochure.
- PICUM. 2001. *Workshop Report, Ethical Arguments for the Work with Undocumented Immigrants*. Keulen: PICUM.
- PICUM. 2002. *Enkele richtlijnen voor de hulpverlening aan mensen zonder wettig verblijf*. Brussel: PICUM.
- PICUM. 2002. *Book of Solidarity*. Antwerpen: De Wrikker.
- PICUM. 2007. *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. Brussel: PICUM.
- POD Maatschappelijke integratie. 2013. *Statistisch verslag*.
- Raadgevend Comité Bio-ethiek. 1998. Advies nr. 7 dd. 13 juli 1998 betreffende toegang tot zorgverstrekking.
- Rose, N. 2007. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.
- Taylor, K. 2009. "Asylum Seekers, Refugees, and the Politics of Access to Health Care: A UK perspective." *British Journal of General Practice* 59: 765-772.
- Timmerman, C., I. Lodewyckx & Y. Bocklandt (red.). 2008. *Grenzeloze solidariteit? Over migratie en mensen zonder papieren*. Leuven & Voorburg: Acco.
- United Nations, Economic and Social Council, Committee on Economic, Social and Cultural Rights. 2013. *Concluding Observations Concerning the Fourth Periodic Report of Belgium*. E/C.12/BEL/CO/4.
- Van Krieken, P. (red.). 2001. *Health, Migration and Return, A Handbook for a multidisciplinary approach*. The Hague: T.M.C. Asser Press.

- Van Meeteren, M., Van San & G. Engbersen. 2007. *Irreguliere immigranten in België: inbedding, uitsluiting en criminaliteit*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam RISBO BV.
- Viladrich, A. 2012. "Beyond Welfare Reform: Reframing undocumented immigrants' entitlement to health care in the United States, a critical review." *Social Science and Medicine* 74: 822-829.
- Walzer, M. 198) *Spheres of Justice. A defense of pluralism and equality*. New York: Basic Books.
- Wilkinson, R.G. & K. Pickett. 2009. *The Spirit Level: Why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane.
- Willen, S.S. 2011. "Do 'Illegal' Im/migrants have a Right to Health? Engaging ethical theory as social practice at a Tel Aviv open clinic." *Medical Anthropology Quarterly* 25: 303-330.
- Willen, S.S. 2012. "Migration, 'Illegality', and Health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness." *Social Science and Medicine* 74: 805-811.
- Willen, S.S. 2012. "How is Health-related 'Deservingness' Reckoned? Perspectives from unauthorized im/migrants in Tel Aviv." *Social Science and Medicine* 74: 812-821.