

De coronacrisis, volksgezondheid en de gezondheidsrisico's voor arbeidsmigranten

Mantu, S.A.; Skowronek, N.J.; Böcker, A.G.M.; Berntsen, L.E.; Lange, T. de

2023, Part of book or chapter of book (Lange, T. de; Böcker, A.G.M. (ed.), Migranten in de frontlinie. De effecten van COVID-19 maatregelen op arbeidsmigranten werkzaam in cruciale sectoren, pp. 55-75)

Version of the following full text: Publisher's version

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/2066/290397>

Download date: 2026-07-24

Note:

To cite this publication please use the final published version (if applicable).



Migranten in de frontlinie. De effecten van COVID-19 maatregelen op arbeidsmigranten werkzaam in cruciale sectoren

DEEL II

Hoofdstuk 3 De coronacrisis, volksgezondheid en de gezondheidsrisico's voor arbeidsmigranten

Sandra Mantu
Natalia Skowronek
Anita Böcker
Lisa Berntsen
Tesseltje de Lange

Radboud Universiteit / De Burcht
Nijmegen 2023

ZonMW Projectnummer: 10430032010031

Inhoudsopgave

3.1	Inleiding	57
3.2	Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem: niet ontworpen voor 'tijdelijke' migranten.....	59
3.3	Afhankelijkheid van de werkgever voor de ziektekostenverzekering.....	63
3.4	De taal- en informatiekloof en de gevolgen daarvan voor de gezondheidszorg.....	65
3.5	Migrantengezondheid als volksgezondheid	67
3.6	Conclusies ten aanzien van de gezondheidsrisico's.....	70
Literatuur		73

3 De coronacrisis, volksgezondheid en de gezondheidsrisico's voor arbeidsmigranten

Sandra Mantu, Natalia Skowronek, Anita Böcker, Lisa Berntsen & Tesseltje de Lange

3.1 Inleiding

Het recht op gezondheid is een fundamenteel mensenrecht dat in het internationaal recht wordt erkend. Zo verplicht het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten van de VN - geratificeerd door alle EU-staten - de verdragsluitende staten ervoor te zorgen dat gezondheidsvoorzieningen, -goederen en -diensten beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit zijn.¹ Staten moeten op niet-discriminerende wijze toegang bieden tot bestaande gezondheidsdiensten, waaronder toegang tot essentiële geneesmiddelen, preventie en behandeling voor iedereen die onder hun jurisdictie valt. Dit omvat burgers, migranten, vluchtelingen en staatlozen. Het internationaal recht koppelt de verwezenlijking van het recht op gezondheid aan verscheidene andere rechten, namelijk de toegang tot voedsel, water, sanitaire voorzieningen, veilig onderdak en onderwijs. Deze laatste worden beschouwd als voorwaarden voor de verwezenlijking van het recht op gezondheid. Gezonde arbeidsomstandigheden en gezondheidsvoorlichting en -educatie worden beschouwd als essentiële aspecten van het mensenrecht op gezondheid.²

Een opmerking over terminologie is op zijn plaats. Het mensenrecht op gezondheid is niet hetzelfde als volksgezondheid, een term die betrekking heeft op de gezondheid van de bevolking als geheel (ingevolge artikel 22 van de Nederlandse Grondwet treft de overheid maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid). De relatie tussen de twee is belangrijk omdat het bevorderen van de volksgezondheid *rekening moet houden* met een op rechten gebaseerde benadering: individuen zijn rechthebbenden, terwijl mensenrechten (waaronder het mensenrecht op gezondheid) *verplichtingen* scheppen voor de overheid.³

Het EU-recht, dat relevant is voor Nederland en andere EU-staten, wordt geacht internationale en Europese mensenrechtenbepalingen over het recht op gezondheid te hebben geabsorbeerd.⁴ Op grond van artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de EU is de EU verplicht bij de bepaling en uitvoering van al haar beleid en activiteiten een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid te waarborgen en heeft iedereen recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de voorwaarden die in de nationale wetgevingen en praktijken zijn vastgelegd. Aangezien volksgezondheid een gedeelde bevoegdheid is van de lidstaten en de EU, treedt de EU slechts aanvullend op, overeenkomstig de artikelen 168 en 114 VWEU en het subsidiariteitsbeginsel. Zij heeft tot taak de volksgezondheid te verbeteren, ziekten te voorkomen en te beheersen, bronnen van gevaar voor de menselijke gezondheid te verminderen, en gezondheidsstrategieën tussen de lidstaten te harmoniseren.

De primaire verantwoordelijkheid voor de bescherming van gezondheid en gezondheidszorgstelsels blijft bij de lidstaten berusten. Het beheer, de organisatie, de verstrekking en de

¹ Pace & Shapiro 2009, p. 8.

² OHCHR 2008.

³ Meier e.a. 2018.

⁴ Hervey & McHale 2015.

financiering van de gezondheidszorgstelsels van de lidstaten blijven nationale bevoegdheden. Niettemin, zoals betoogd door PICUM, hebben EU-lidstaten weliswaar een ruime discretionaire bevoegdheid om te beslissen hoe zij zullen werken aan de verwezenlijking van het recht op gezondheid en hun verplichtingen op grond van Europees en internationaal recht, maar de maatregelen die zij nemen, mogen niet discrimineren op basis van nationale herkomst, migratie of verblijfsstatus.⁵ Ten aanzien van niet-EU-migranten stellen Pace en Shapiro echter vast dat er een kloof is tussen het wettelijk vastgelegde recht op gezondheid en de daadwerkelijke verwezenlijking ervan.⁶ De EU richt zich op het garanderen dat 'migrerende mensen de *jure recht* hebben op gezondheidszorg', maar 'het wettelijke kader voorziet niet in bepalingen om de *feitelijke* belemmeringen weg te nemen die de mogelijkheid van migrerende mensen om gezondheidszorg te ontvangen, in de weg staan'.⁷ Tot de barrières behoren taalbarrières, culturele barrières die verband houden met de manier waarop migranten tegen ziekte en de relatie tussen zorgverlener en patiënt aankijken, een gebrek aan bekendheid van de beschikbare diensten waardoor migranten aarzelen of bang zijn om van de diensten gebruik te maken; en zorgverleners die geen kennis hebben van de wettelijke rechten van migranten of worden geconfronteerd met onduidelijke of onnauwkeurig omschreven rechten waardoor ze aarzelen diensten aan migranten te verlenen, zelfs als ze daar recht op hebben. Bovendien spelen racisme en vooroordelen een rol in de manier waarop migranten van het gezondheidszorgstelsel worden uitgesloten.⁸

Omdat het subsidiariteitsbeginsel de bemoeienis van de EU met het gezondheidsbeleid aan banden legt, bestaan er - net als bij individuele rechten - geharmoniseerde EU-normen in een beperkt aantal gevallen, zoals grensoverschrijdende gezondheidszorg voor EU-burgers (Richtlijn 2011/24/EU), normen voor vluchtelingen en asielzoekers (Richtlijn 2011/95/EU en Richtlijn 2013/33/EU) en gezondheid en veiligheid op het werk (Richtlijn 89/391/EEG).⁹ EU-burgers genieten een recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg dat is ontwikkeld als onderdeel van de interne markt en met behulp van de jurisprudentie van het Hof van Justitie over grensoverschrijdende patiëntenrechten.¹⁰ Bradby e.a. zien de ontwikkeling van grensoverschrijdende patiëntenrechten als een aanpassing van nationaal geconfigureerde Europese gezondheidszorgsystemen (die gebaseerd zijn op sedentaristische veronderstellingen) aan transnationale mobiliteit.¹¹ Gezondheidszorg wordt gezien als een nationale hulpbron die - in theorie - toegankelijk is via op burgerschap gebaseerde claims in het geval van Europese migranten of op mensenrechten gebaseerde claims in het geval van niet-Europese en ongedocumenteerde migranten. In de praktijk concluderen zij, net als Pace en Shapiro dat noch op Unieburgerschap, noch op mensenrechten gebaseerde aanspraken bijzonder succesvol zijn omdat migranten op veel praktische belemmeringen stuiten.

EU-burgers worden gewoonlijk als bevoorrecht beschouwd, deels wegens hun wettelijke status, maar ook wegens de mogelijkheid om grensoverschrijdende gezondheidsrechten uit te oefenen. Aannames over EU-burgers als bevoorrechte migranten gaan voorbij aan het bijzonder

⁵ PICUM 2017.

⁶ Pace & Shapiro 2009.

⁷ Pace & Shapiro 2009, p. 13.

⁸ Bradby e.a. 2020.

⁹ Richtlijn 89/391/EEG de kaderrichtlijn inzake gezondheid en veiligheid op het werk bevat verplichtingen voor werkgevers om te zorgen voor de veiligheid en gezondheid van werknemers in alle aspecten die verband houden met het werk, met inbegrip van de plicht om beroepsrisico's te voorkomen en informatie en opleiding aan werknemers te verstrekken, alsmede organisatie en middelen. Hoewel de verplichtingen van de kaderrichtlijn in de eerste plaats op de werkgevers van toepassing zijn, zijn de nationale overheidsinstanties verantwoordelijk voor het toezicht op de handhaving van de aanverwante rechten.

¹⁰ Hervey & McHale 2015; Vollaard & Sindbjerg Martinsen 2017.

¹¹ Bradby e.a. 2020, p. 2.

problematische verband dat in het EU-recht wordt gelegd tussen verblijfsstatus en toegang tot sociale rechten, waaronder het recht op gezondheidszorg, waar 'migratie- of verblijfsstatus een van de belangrijkste factoren is die bepalend zijn voor de toegang tot betaalbare en adequate gezondheidsdiensten voor migranten'.¹² Voor EU-migranten hangt de zekerheid van hun verblijfsstatus af van ofwel het kunnen behouden van werk, ofwel het beschikken over voldoende middelen om geen onredelijke last te worden, bijvoorbeeld door werkloos te worden en aanspraken te maken op het sociale bijstandstelsel.¹³ Onder dit laatste vallen ook zorgaanspraken als men niet in het bezit is van een zorgverzekering. Het recht van EU-burgers om gezondheidszorg te ontvangen wordt in twijfel getrokken, vooral in het geval van door de staat gefinancierde zorgstelsels en wanneer er geen koppeling met de arbeidsmarkt bestaat. Deze preoccupatie past in een groter debat over de effecten van EU-mobiliteit op lokaal niveau en de veronderstelde extra last die EU-migranten meebrengen voor overheidsdiensten.¹⁴ Perna benadrukte bijvoorbeeld de rol van zorgverleners als poortwachters van het zorgstelsel in Italië in het licht van hun discretionaire beslissingsbevoegdheid en de rol die economische overwegingen spelen bij beslissingen over wie zorg moet krijgen, ongeacht wettelijke aanspraak daarop.¹⁵ Onderzoek bevestigt consequent het bestaan van een kloof tussen formele rechten en de materiële realiteit van rechten in de praktijk, met steeds verder inkrimpende stelsels van sociale bescherming in de meeste EU-lidstaten.¹⁶ Evenzo wordt het transnationale karakter van de gezondheidszorgpraktijken van mobiele EU-burgers door Stan beschreven als onderdeel van een 'Europese gezondheidszorgassemblage' en een burgerschapsregime dat verband houdt met de afnemende en steeds ongelijkere toegang tot openbare gezondheidsdiensten in zowel het thuisland als het gastland van de EU en met privatiseringsprocessen.¹⁷

In de volgende paragrafen bespreken we de ervaringen van EU-arbeidsmigranten met gezondheid en gezondheidszorg in Nederland, de verschillende soorten wettelijke, administratieve en praktische belemmeringen waarmee zij te maken krijgen bij de toegang tot gezondheidszorg, en de gevolgen daarvan tijdens de pandemie. We baseren ons daarbij op informatie uit overheidsdocumenten en krantenberichten, interviews die we hielden bij diverse publieke en private actoren en onze enquête onder en interviews met Poolse en Roemeense arbeidsmigranten.¹⁸

3.2 Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem: niet ontworpen voor 'tijdelijke' migranten

Op grond van de Nederlandse Zorgverzekeringswet heeft iedereen die in Nederland woont of werkt recht op zorg uit het zogeheten basispakket, maar ook een verplichting om een zorgverzekering af te sluiten. Deze laatste verplichting geldt voor alle personen die inkomstenbelasting verschuldigd zijn wegens in Nederland verrichte arbeid of gegenereerd inkomen. Daarbij is iedereen vrij in de keuze van zijn eigen zorgaanbieder, terwijl zorgverzekeraars verplicht zijn iedereen te accepteren die zich aanmeldt voor een basisverzekering. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht; zij moeten ervoor zorgen dat zorg die in het basispakket is opgenomen, beschikbaar is voor al hun verzekerden. Arbeidsmigranten moeten daarom - ook als zij nog een buitenlandse verzekering hebben - binnen vier maanden nadat zij bij een Nederlandse werkgever gaan werken een Nederlandse zorgverzekering afsluiten. De termijn van vier maanden kan

¹² PICUM 2017, p. 6.

¹³ Mantu & Minderhoud 2019.

¹⁴ Mantu 2018.

¹⁵ Perna 2018.

¹⁶ Perna 2021; Dwyer 2001.

¹⁷ Stan 2015.

¹⁸ Zie hoofdstuk 1 voor nadere informatie over onze onderzoeksopzet.

worden gezien als een respijtperiode om het papierwerk te regelen, aangezien de verzekeringsplicht geldt vanaf het moment dat met werken wordt begonnen. Niet alle werkgevers, zoals nieuw opgerichte uitzendbureaus, blijken te weten dat werknemers, ook internationale werknemers, vanaf de eerste dag van hun dienstverband een zorgverzekering moeten hebben, zoals een van onze geïnterviewden aangaf.¹⁹ De toepassing van quarantainemaatregelen tijdens de pandemie leidde tot juridische onduidelijkheid over de verplichting om verzekerd te zijn. Nieuw aangekomen arbeidsmigranten moesten in quarantaine voordat zij aan het werk mochten. In deze periode waren zij niet verplicht zich te verzekeren en kon voor hen geen ziektekostenverzekering worden afgesloten. Van de werkgever werd verwacht dat hij controleerde of de migrerende werknemer in zijn land van herkomst verzekerd was of een reisverzekering had; zo niet, dan was hij onverzekerd. Dit illustreert hoe in het Nederlandse systeem een belangrijk aspect voor de gezondheid van migranten en voor de Nederlandse volksgezondheid aan particuliere actoren werd overgelaten.

In Nederland is inschrijving in de Basisregistratie Personen (BRP) een complexe aangelegenheid met belangrijke gevolgen voor de toegang tot diensten, zoals gezondheidszorg (zie hierover uitgebreider hoofdstuk 4). In theorie zijn EU-burgers verplicht zich in te schrijven bij de gemeente waar zij wonen als zij van plan zijn daar langere tijd te blijven wonen. Hoewel de EU-wetgeving de verplichting tot inschrijving bij de gemeente heeft afgeschaft voor EU-burgers die maximaal drie maanden in een andere EU-lidstaat verblijven (Richtlijn 2004/38, artikel 6), hanteert de Nederlandse wetgeving de termijn van vier maanden. Voor mensen die korter dan vier maanden in Nederland willen verblijven, bestaat een speciaal register voor 'niet-ingezetenen', de zogeheten RNI. De RNI-registratie is nodig voor het verkrijgen van een burgerservicenummer (BSN). Het BSN is nodig om te kunnen werken en een ziektekostenverzekering af te sluiten. Als een EU-burger van meet af aan weet dat hij langdurig in Nederland zal verblijven, bestaat de verplichting om zich in te schrijven vanaf het moment van aankomst. Voor inschrijving in de RNI is men niet verplicht een adres in Nederland op te geven; tot voor kort was het zelfs niet mogelijk om dat te doen (zie hoofdstuk 4).

Het verkrijgen van een inschrijving als 'ingezetene' na vier maanden gaat niet vanzelf. In onze enquête onder Poolse en Roemeense arbeidsmigranten bleken van de 117 respondenten die langer dan zes maanden in Nederland verbleven, er slechts 82 ingeschreven bij een gemeente. Hoewel we géén representatief sample hadden, nemen we aan dat veel meer mensen zich niet na de wettelijk termijn van vier maanden als ingezetene (kunnen) laten inschrijven (zie uitgebreider hoofdstukken 4 en 7). Wegens de gebrekkige registratie in gemeenten wisten de GGD's niet hoeveel arbeidsmigranten er in Nederland verbleven en waar ze verbleven. Dit maakte (en maakt) het moeilijk op deze groep gerichte test- en vaccinatiecampagnes of andere gezondheidscampagnes uit te voeren.

Niet als ingezetene geregistreerde Unieburgers ondervonden moeilijkheden bij het verkrijgen van een DigiD (Digitale Identiteit), die in Nederland nodig is om zich te identificeren in online contacten met alle overheidsorganisaties, onderwijs- en zorginstellingen of het eigen pensioenfonds. Op het hoogtepunt van de pandemie duurde het erg lang voordat migranten dergelijke codes kregen, zonder welke zij ook hun vaccinaties niet in het systeem konden registreren.

De RNI is opgezet voor personen in het buitenland die een relatie hebben met de Nederlandse overheid (bijv. Nederlandse pensionados) en voor personen die van plan zijn om korter dan vier maanden (in een periode van zes maanden) in Nederland te verblijven. De RNI biedt een administratieve oplossing wanneer de arbeidsmarkt snel werknemers nodig heeft; doordat hun registratie wordt versneld, kunnen zij onmiddellijk aan de slag. Het systeem houdt echter geen

¹⁹ WP1b-34, interview verzekeraar, april 2021.

rekening met de kwetsbaarheden die dit voor migrerende werknemers op het gebied van gezondheidszorg veroorzaakt. Bovendien verergert het gebrek aan samenhang tussen het Nederlandse wettelijke, administratieve en medische systeem deze kwetsbaarheden. Het Nederlandse medische systeem is niet ontworpen voor 'niet-ingezetenen' en het vermogen om zorg te verlenen aan deze groep spreekt niet voor zich. In de praktijk kan het feit dat een EU-burger als 'niet-ingezetene' is ingeschreven en geen adres heeft in de gemeente waar hij woont, de toegang tot een huisarts blokkeren. Huisartsen zijn alleen verplicht iemand als patiënt te aanvaarden als de betrokkene een adres heeft in de gemeente waar de huisarts is gevestigd en kunnen weigeren nieuwe patiënten in te schrijven als hun capaciteit vol is.²⁰ De meeste van de ondervraagde Roemeense en Poolse werknemers waren niet ingeschreven bij een Nederlandse huisartsenpraktijk (95 van de 153 respondenten). In sommige gevallen moeten de werkgever, de verzekeraar of zelfs vrienden bemiddelen tussen huisartsenpraktijken en migranten om iemand in te schrijven.²¹ Het geval van Filip, een Poolse orderpicker in een distributiecentrum, illustreert dit. Hoewel hij als ingezetene staat ingeschreven, werd hem de inschrijving bij de lokale huisartsenpraktijken geweigerd. Toen zijn dochter ziek werd en dringend een huisarts nodig had, werd hem in eerste instantie hulp geweigerd. Zijn ziektekostenverzekeraar kwam tussenbeide en vond een praktijk die hem wel wilde ontvangen. Het bleek dat dit een van de praktijken was waar Filip eerder te horen had gekregen dat er een patiëntenstop was.

Uit onze interviews met migranten en institutionele actoren blijkt een complexe dynamiek bij de interactie van arbeidsmigranten met het Nederlandse systeem, en met name met huisartsen. Uit het verhaal van Filip blijkt dat huisartsenpraktijken, zelfs als aan de wettelijke vereisten voor registratie is voldaan, registratie toch kunnen weigeren. Ander onderzoek naar de gezondheidszorg voor migranten in Nederland komt tot soortgelijke constatering.²² Verschillende factoren spelen hierbij een rol.

Ten eerste zijn veel migranten tijdrovende patiënten omdat ze geen Nederlands spreken en niet vertrouwd zijn met het zorgstelsel, wat leidt tot verkeerde verwachtingen. De medische zorg en de rol van de huisarts in Nederland is anders georganiseerd dan in Polen of Roemenië, de herkomstlanden van onze respondenten. Er zijn belangrijke verschillen tussen naar de huisarts gaan als de eerste symptomen zich hebben ontwikkeld, zoals in Polen het geval is, versus Nederland waar verwacht wordt dat men eerst afwacht en soms met een 'paracetamol' naar huis wordt gestuurd.²³ In sommige gevallen resulteerde dit in niet op elkaar afgestemde verwachtingen en uiteindelijk een gebrek aan vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg.

Ten tweede is er meer papierwerk nodig als de EU-werknemers niet als patiënt zijn ingeschreven. Als migranten onverzekerd zijn, bijvoorbeeld omdat hun arbeidscontract en ziektekostenverzekering zijn beëindigd, kunnen huisartsen de kosten van dergelijke bezoeken verhalen op een speciaal fonds dat door de Nederlandse overheid is opgericht.²⁴ In de praktijk weten huisartsen echter niet van het bestaan van dit fonds of aarzelen ze het te gebruiken omdat het 'te veel papierwerk' met zich meebrengt. Dat geldt ook voor ziekenhuiszorg: sommige ziekenhuizen in gebieden waar veel migranten wonen, brengen hun patiënten vooraf kosten in rekening (275 euro) als ze zich bij de eerste hulp melden, omdat veel arbeidsmigranten die ze behandelen

²⁰ 'Hoe verander ik van huisarts', www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/vraag-en-antwoord/ben-ik-vrij-om-zelf-een-huisarts-te-kiezen-en-hoe-verander-ik-van-huisarts.

²¹ Van den Braak, S. & E. Woutersen 2021a; WP1b-34, interview verzekeraar, april 2021.

²² Zie met name het Pharos-rapport: Goorts & Smal 2022.

²³ WP1b-26, interview consul, februari 2021; zie ook Goorts & Smal 2022.

²⁴ 'Subsidieregeling voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden', <https://wetten.overheid.nl/BWBR0039230/2019-03-01>.

onverzekerd zijn of geen verzekeringspasje kunnen tonen.²⁵ Net als huisartsen kunnen ook ziekenhuizen kosten verhalen op een centraal fonds, maar daarbij spelen vergelijkbare administratieve en praktische barrières. De EU-werknemers die we spraken, ervoeren het Nederlandse systeem als duur. Migranten beseffen niet altijd dat ziektekosten voor huisartsenbezoeken kunnen worden gedeclareerd bij de verzekeraar. Angst om te moeten betalen en een gebrek aan kennis van wat het basispakket inhoudt, kwamen in verschillende interviews naar voren. Voor Irena, een 56-jarige uitzendkracht uit Polen, had het gebrek aan inzicht in hoe en welke kosten gedeclareerd kunnen worden gevaarlijke gevolgen. Toen ze COVID-19 opliep, kreeg Irena ernstige symptomen, maar ze wilde niet naar het ziekenhuis uit angst voor hoge kosten. Toen haar toestand verslechterde, belde haar huisarts een ambulance voor haar, ondanks haar protesten. In het ziekenhuis vroeg ze onmiddellijk aan het verplegend personeel of ze haar opname zelf zou moeten betalen, maar ze konden haar vraag niet beantwoorden. Irena heeft een Nederlandse basiszorgverzekering, voor haar afgesloten door het uitzendbureau.

Ten derde spelen ook de tekorten onder huisartsen een rol. Enkele huisartsenpraktijken op locaties waar veel arbeidsmigranten wonen, hebben zich publiekelijk uitgesproken tegen het openen van nieuwe woonlocaties voor arbeidsmigranten. Zij stellen dat de lokale medische infrastructuur de extra druk niet aankan die meer migranten met zich mee zouden brengen.²⁶ Deze spanningen hebben geleid tot nieuwe initiatieven rond het digitaal aanbieden van gezondheidszorg aan arbeidsmigranten (via apps) en het opzetten van huisartsenpraktijken voor migranten met diensten die in hun moedertaal worden geleverd (een soort huisartsenhub voor migranten). Sommige gemeenten overwegen een bedrijf dat arbeidsmigranten in dienst wil nemen of huisvesten alleen een bouwvergunning te verlenen als het kan aantonen dat het een regeling heeft getroffen die voor deze groep de toegang tot gezondheidszorg waarborgt, zonder de plaatselijke gemeenschap onder druk te zetten.²⁷ Daaruit blijkt dat gezondheidszorg op lokaal niveau een controverseel onderwerp is.

Ten vierde werd tijdens de pandemie de toegang tot huisartsen voor iedereen minder gemakkelijk. Men moest zich eerst laten testen als men coronagerelateerde symptomen had en naar de huisarts wilde. Een extra drempel was het toegenomen gebruik van telefonische consulten. Sommige van onze respondenten vonden dit moeilijk wegens hun beperkte talenkennis. Het was moeilijker hun problemen te beschrijven zonder dat ze handgebaren konden maken of konden aanwijzen waar iets pijn deed.

Bij gebrek aan toegang tot GGD's of huisartsen en wegens de moeilijke bereikbaarheid van deze groep voor bijvoorbeeld het testen, werd dit soms opgepakt door of overgelaten aan de bedrijven waar zij werkten of aan uitzendbureaus die zelf teststraten installeerden. Dit zal op sommige locaties vast goed gewerkt hebben. De teststrategieën van deze particuliere actoren waren evenwel niet altijd adequaat ingericht. Zo vertelden respondenten ons dat vaste werknemers (zoals teamcoördinatoren) waren opgeleid om de test uit te voeren en dat zij niet iedereen vroegen zich te laten testen, zodat sommige van onze respondenten die geen test wilden dat vrij gemakkelijk konden voorkomen. Een ander inzicht dat we kregen van verschillende productiemedewerkers in grote vleesverwerkende bedrijven was dat het testen door de werkgever werd georganiseerd *na afloop* van een bepaalde dienst, in plaats van ervoor. Daardoor kregen sommige werknemers pas 's avonds een positieve uitslag, nadat zij tijdens hun hele dienst het virus hadden kunnen verspreiden.

²⁵ WP1b-44, interview gemeente 4, mei 2022.

²⁶ WP1b-43, interview gemeente 3, mei 2021.

²⁷ WP1b-35, interview gemeente 2, april 2021; WP1b-43, interview gemeente 3, mei 2021.

De pandemie heeft zorgverleners gedwongen hervormingen te overwegen om deze groep migranten beter te bereiken en te bedienen. Er zijn oplossingen in ontwikkeling die tegemoetkomen aan de diversiteit, in ieder geval wat de taal betreft. Het moet nog blijken of deze oplossingen financieel levensvatbaar zijn.

3.3 Afhankelijkheid van de werkgever voor de ziektekostenverzekering

Tijdens de pandemie kwamen sommige EU-arbeidsmigranten na het verlies van hun baan zonder werk te zitten, zonder huisvesting en zonder ziektekostenverzekering (zie over de afhankelijkheid tussen werk en huisvesting hoofdstuk 6). Dit houdt verband met het soort arbeidsovereenkomst dat veel van deze werknemers hebben (waarover meer in hoofdstuk 5). Het gebruik van flexibele (met name uitzend-) contracten heeft negatieve kettinggevolgen voor de toegang van EU-arbeidsmigranten tot ziektekostenverzekeringen en gezondheidszorg. Als een EU-arbeidsmigrant een contract heeft met een zogeheten 'uitzendbeding', kan het contract onmiddellijk worden ontbonden als de inlener (de 'opdrachtgever') de terbeschikkingstelling (de periode waarin een uitzendkracht voor een inlener werkt) beëindigt.²⁸ De onmiddellijke ontbinding van het contract is volgens de cao voor uitzendkrachten ook toegestaan als de arbeidsmigrant zich ziek meldt. Onzekerheid over contractbeëindigingstermijnen en onmiddellijke contractontbinding waren wijdverbreid onder de respondenten van de enquête en leken niet te verbeteren naarmate de migranten langer in Nederland verbleven.²⁹ In onze enquête bleek een derde van de 35 werknemers die vier jaar of langer in Nederland woonden, nog steeds op contracten te werken die binnen een dag konden worden ontbonden. Een derde van alle respondenten wist niet hoe snel hun contract kon worden ontbonden. Deze praktijk werd door een Nederlandse rechter onwettig verklaard omdat het in strijd is met het algemene verbod op ontslag van zieke werknemers in het arbeidsrecht.³⁰ De cao voor uitzendkrachten werd na de rechtszaak niet aangepast. Handhaving van de status quo had de voorkeur - ook van de vakbonden - omdat de ex-werknemer bij beëindiging van het contract in aanmerking komt voor een ziektewetuitkering van het UWV.³¹ Deze regeling illustreert een politieke keuze van de Nederlandse wetgever, namelijk dat sociale kosten samenhangend met ziekte (van flexwerknemers) niet door de werkgever, maar door de staat uit de algemene belastingen moeten worden gedekt.

Vaak is het uitzendbureau contractueel verantwoordelijk voor het regelen van de ziektekostenverzekering en huisvesting van de uitzendkracht en het helpen bij administratieve formaliteiten voor registratie bij de Nederlandse autoriteiten. In onze enquête hadden 135 van de 153 respondenten een Nederlandse ziektekostenverzekering, in de meeste gevallen geregeld door hun huidige werkgever (84 respondenten); 41 migranten hadden die zelf geregeld; 10 migranten hadden dat gedaan via vrienden, een accountant of een voormalig uitzendbureau. Tien van onze respondenten hadden geen Nederlandse of internationale ziektekostenverzekering en waren dus onverzekerd op het moment van onze tijdens de pandemie gehouden (!) enquête.³² Als het uitzendbureau verantwoordelijk is voor het organiseren van de ziektekostenverzekering, houdt het de verzekeringspremie rechtstreeks in op het loon van de werknemer. Dergelijke contractuele regelingen zijn legaal, maar creëren afhankelijkheid van de werkgever, met twijfelachtige gevolgen voor de bescherming van arbeidsmigranten. Van de 35 migranten die we interviewden, had meer dan een kwart te maken gehad met situaties waarin ze gezondheidszorg nodig hadden, maar geen ziekteverlof kregen wanneer ze dit meldden bij hun

²⁸ Zie ook Van den Braak & Woutersen 2021 a.

²⁹ Zie hoofdstuk 7 en Berntsen 2022.

³⁰ ECLI:NL:GHDHA:2020:460, Gerechtshof Den Haag, 200.228.162/01 (rechtspraak.nl).

³¹ Van den Braak & Woutersen 2021 b.

³² Zie hoofdstuk 7 en Berntsen 2022.

uitzendbureau. Dit vanwege personeelstekort op het werk of om onduidelijke redenen. Zij kregen simpelweg geen antwoord of geen enkele aanwijzing wanneer zij om hulp vroegen om toegang te krijgen tot een huisarts of andere medische hulp. In plaats daarvan namen ze soms een (meestal onbetaalde) vakantie, die ze gebruikten om zich in hun land van herkomst te laten behandelen; dit hoewel de helft van hen behandeling nodig had als gevolg van een arbeidsongeval en hoewel zij in Nederland verzekerd waren. Een dergelijke oplossing kost de werkgever minder en laat de arbeidsmigrant in die periode verstoken van betaald ziekteverlof of inkomsten.

De Nederlandse wet staat het uitzendbureau toe een ziektekostenverzekering af te sluiten en de inschrijving bij de Nederlandse autoriteiten en de huisvesting van arbeidsmigranten te organiseren, deels omdat zij er terecht van uitgaat dat deze migrerende werknemers minder goed op de hoogte zijn van de Nederlandse samenleving en de werking van haar systemen (in dit geval de gezondheidszorg). Deze veronderstelling hangt samen met de tijdelijkheid van hun arbeidscontracten, waarbij tijdelijkheid als reden en rechtvaardiging voor deze juridische opzet fungeert. Wat lijkt te ontbreken is een wettelijk erkend verband tussen tijdelijkheid, onzekerheid en kwetsbaarheid. De voorwaarden van de arbeidsrelatie worden beheerst door de marktlogica, waarbij weinig aandacht wordt besteed aan de kwetsbaarheid van migranten. Dit wordt geïllustreerd door de wettelijke mogelijkheden die het mogelijk maken tijdelijke arbeidscontracten onmiddellijk te ontbinden als de 'klant' de arbeidsmigrant niet langer nodig heeft of als deze ziek wordt en niet langer nuttig is voor de 'klant'. Bij beëindiging van de arbeidsrelatie eindigt ook de ziektekostenverzekering.³³ Ook hier neemt de marktlogica het over: de wet behandelt de uitzendkracht als een vrije rationele keuze-actor die bij het werkloos worden zelf verantwoordelijk is voor het afsluiten van een nieuwe zorgverzekering. Ook het Pharos-rapport benadrukt dat in de praktijk is de arbeidsmigrant voor informatie over dit aspect afhankelijk van het uitzendbureau.³⁴ Een van de redenen waarom werkgevers een zorgverzekering voor EU-arbeidsmigranten organiseren, is de onbekendheid van deze laatsten met het Nederlandse systeem. Het is de vraag of werkloos geworden EU-burgers in staat zijn in hun eentje te navigeren in het Nederlandse zorg- en verzekeringsstelsel.

Uit onze interviews blijkt dat enkele verzekeraars de door een ex-werknemer gemaakte kosten informeel dekken tot maximaal één maand na ontslag en einde van de verzekering.³⁵ In 2020 heeft de Nederlandse regering het Aanjaagteam Bescherming Arbeidsmigranten (vanaf nu Aanjaagteam) ingesteld om onderzoek te doen naar en aanbevelingen te doen over de vraag hoe de situatie van arbeidsmigranten uit de EU in Nederland kan worden verbeterd, naar aanleiding van rechtenschendingen en COVID-19-besmettingen onder migranten die onder andere in vleesverwerkende fabrieken in Nederland werken. Het Aanjaagteam adviseerde de Nederlandse regering deze regeling te formaliseren en ervoor te zorgen dat de ziektekostenverzekering in alle gevallen tot 30 dagen na beëindiging van de arbeidsovereenkomst doorloopt om de bescherming van EU-arbeidsmigranten te vergroten. De regering wees deze mogelijkheid echter af met het argument dat, mocht een arbeidsmigrant onverzekerd raken door de beëindiging van de arbeidsovereenkomst en het automatische einde van de ziektekostenverzekering, hij een beroep kan doen op het eerdergenoemde speciale fonds dat is opgezet door de centrale overheid is om de ziektekosten van onverzekerden te dekken. De Nederlandse wet werkt met een juridische fictie waarbij zowel de arbeidsovereenkomst als de migrant tijdelijk zijn, hetgeen legitimeert dat de plicht om de tijdelijke arbeidsmigrant te beschermen vermindert zodra de dienstbetrekking eindigt. Intussen prefereert de Nederlandse regering de gevolgen van de wisselwerking tussen onzekerheid, kwetsbaarheid en tijdelijkheid niet onder ogen te zien. In plaats

³³ Zie ook het Pharos-rapport (Goorts & Smal 2022) en Van den Braak & Woutersen 2021a.

³⁴ Idem.

³⁵ WP1b-34, interview verzekeraar, april 2021.

daarvan heeft zij gekozen voor een compromisoplossing die er niet in slaagt de onderliggende oorzaak van het onverzekerd raken aan te pakken.

Het Aanjaagteam beschouwt de rol van het uitzendbureau als werkgever die tevens als tussenpersoon de zorgverzekering van zijn arbeidsmigranten regelt, als problematisch: de afhankelijkheid van migranten van hun werkgever leidt tot willekeur en stelt 'slechte' werkgevers in staat misbruik te maken van hun werknemers.³⁶ In theorie zou de werkgever afspraken moeten maken met de verzekeraars, de premie moeten inhouden op het salaris van de migrant en deze rechtstreeks aan de verzekeraar moeten betalen. Het komt echter voor dat werkgevers wel premies inhouden, maar nalaten verzekeringen af te sluiten, waardoor hun werknemers onverzekerd blijven.³⁷ In een recente zaak werd een uitzendbureau door de rechter veroordeeld tot het betalen van een boete van 30.000 euro omdat het premies voor ziektekostenverzekeringen had ingehouden van 98 werknemers in de vleesindustrie, zonder daadwerkelijk de verzekeringen te hebben afgesloten.³⁸ Voor de arbeidsmigranten zijn dergelijke regelingen ondoorzichtig, omdat ze alleen een premie zien die op het salaris wordt ingehouden. Het geval van Magdalena laat zien waarom bescherming van migranten tegen 'slechte werkgevers' essentieel is. Nadat zij een spierontsteking had opgelopen na urenleng kippenvlees te hebben gesneden aan een productieband, zocht Magdalena medisch advies bij een huisarts. Daar ontdekte ze dat ze niet verzekerd was. Haar werkgever gaf haar 30 euro voor het bezoek, maar hield dit later in op haar salaris. Omdat ze pas na een paar dagen weer aan het werk kon, ontsloeg haar werkgever haar aan het eind van de week en vroeg haar de woonruimte die haar door dezelfde werkgever ter beschikking was gesteld, onmiddellijk te verlaten.

3.4 De taal- en informatiekloof en de gevolgen daarvan voor de gezondheidszorg

Tijdens de pandemie was het voor de meeste migranten die we interviewden niet eenvoudig om betrouwbare informatie over quarantaine, tests en vaccinatie in Nederland te krijgen. Voor sommigen was het niet alleen een uitdaging om relevante informatie te krijgen in een taal die zij begrijpen, maar ook om de officiële informatie te vertalen naar hun specifieke situatie als werknemers. Zo werd in mededelingen van de overheid over quarantaineregels verwezen naar 'het huishouden' als entiteit waarmee rekening moet worden gehouden wanneer iemand met het virus besmet raakt (zie ook hoofdstuk 7). Wanneer men in een arbeidershotel woont waarin grote aantallen mensen één keuken delen - zoals het geval was voor veel van onze respondenten - was het moeilijk te begrijpen wie tot het eigen huishouden behoorde en wanneer men in quarantaine moest gaan en wanneer niet. Werkgevers klaagden ook over moeilijkheden bij het vertalen van officiële informatie en regels naar de situatie op de werkvloer.

Taalbarrières zorgen bovendien voor specifieke problemen bij het verstrekken van informatie over de volksgezondheid aan migrantenpopulaties. Dit was met name het geval aan het begin van de pandemie, toen de meeste informatie alleen in het Nederlands beschikbaar was. Later is de Nederlandse regering begonnen met het vertalen van informatie over vaccinaties in talen van EU-werknemers. Niettemin bleef taal een essentiële barrière bij het maken van een afspraak met de GGD voor tests of vaccinatie. Dit blijkt ook uit het feit dat ngo's vragen van migranten kregen over hoe het vaccinatieproces in Nederland verloopt.³⁹ De arbeidsmigranten die wij

³⁶ Aanjaagteam 2020.

³⁷ Van den Braak & Woutersen 2021a.

³⁸ 'OM eist 42.000 euro tegen uitzendbureau wegens verduistering deel salaris arbeidsmigranten', om.nl, 4 mei 2022.

³⁹ WP1b-21, interview ngo, januari 2021.

interviewden geloofden niet altijd dat zij zonder hulp van hun werkgever contact konden opnemen met de GGD of een arts. Voor degenen die met COVID-19 besmet waren geraakt en daarom door de GGD werden benaderd, bleek het contact met de GGD echter een positieve verrassing. Zij gaven aan dat alles goed aan hen werd uitgelegd, zo nodig met een vertaler en dat men over het algemeen vriendelijk en zorgzaam was.

De taalproblemen die tijdens de pandemie aan het licht kwamen, tonen aan dat taal ook in het algemeen een barrière is voor de toegang tot de gezondheidszorg in Nederland. Het is ook een factor die leidt tot grotere afhankelijkheid van de werkgever voor het organiseren van de verzekering en voor de toegang tot betrouwbare en begrijpelijke informatie over de verzekering en het Nederlandse gezondheidszorgstelsel. Interviews met migranten en institutionele actoren bevestigen het gebrek aan kennis en informatie over het Nederlandse zorgstelsel en de eigen verzekering. Uit onze enquête onder arbeidsmigranten bleek dat de werkgever een belangrijke rol speelt als informatiebron: 92 respondenten gaven internet en media aan als hun belangrijkste informatiebron, 57 de werkgever, op ruime afstand gevolgd door collega's (18), televisie (11), familie en bekenden (9) of Nederlandse overheidswebsites (7). Informatieafhankelijkheid en overmatig vertrouwen op de werkgever zijn problematisch in gevallen waarin werkgevers de verzekeringspasjes van hun werknemers inhouden, nalaten hen te informeren over hun polisnummer en in het algemeen nalaten informatie over de verzekering te verstrekken.⁴⁰ In juni 2020 meldde vakbond FNV dat 614 van de 933 migranten die zij hadden gesproken, geen eigen zorgverzekeringspas hadden en dat sommige werkgevers de zorgverzekeringspasjes bewaren, om te voorkomen dat migranten zonder voorafgaand overleg naar een arts gaan.⁴¹ De loterijlogica van 'goede vs. slechte werkgevers' beïnvloedt ook de toegang tot informatie over gezondheidszorg.

De informatiedrempels waarmee EU-arbeidsmigranten te maken krijgen doordat ze geïsoleerd zijn van officiële informatie- en ondersteuningskanalen, worden nog verergerd door de taalbarrière. Een verzekeraar die een speciale polis voor arbeidsmigranten aanbiedt heeft belangrijke formulieren beschikbaar gemaakt in verschillende talen, waaronder Pools en Roemeens. Maar als een migrant belt, kan deze alleen in het Nederlands of Engels worden geholpen, zodat het uitzendbureau of iemand anders de migrant moet helpen.⁴² Hoewel sommige bureaus 'sociaal begeleiders' in dienst hebben die naast andere taken kunnen of moeten helpen bij medische kwesties,⁴³ wordt de aanwezigheid van een medewerker van de werkgever als vertaler in de huisartsenpraktijk niet altijd verwelkomd of als onproblematisch ervaren. De sociaal begeleider vertegenwoordigt de werkgever, wat vragen oproept over de vertrouwelijkheid tussen arts en patiënt.⁴⁴ Via de sociaal begeleider als vertegenwoordiger van de werkgever komt de markt en haar logica binnen in wat een privégesprek tussen arts en patiënt zou moeten zijn. Volgens de Nederlandse wet mag de werkgever geen inzage hebben in het medisch dossier van zijn werknemers, omdat de vertrouwelijkheid wettelijk gewaarborgd is.

We kunnen ook spreken van een taalsegregatie in de Nederlandse gezondheidszorg tussen migranten die Nederlands of Engels spreken en de rest die, hoewel ze dezelfde verzekeringspremies betalen, meer problemen hebben om toegang te krijgen tot het systeem. In onze enquête onder Pools en Roemeense arbeidsmigranten had slechts 20% van de respondenten een goede tot redelijke beheersing van het Nederlands, terwijl de meerderheid (86%) op zijn minst

⁴⁰ Over dit soort aspecten zie ook het Pharos-rapport (2022).

⁴¹ 'Tweederde arbeidsmigranten krijgt eigen zorgpas niet van werkgever', fnv.nl, 7 juli 2020.

⁴² WP1b-34, interview verzekeraar, april 2021.

⁴³ WP1b-26, interview consul, februari 2021.

⁴⁴ WP1b-43, interview gemeente 3, mei 2021.

op conversatieniveau Engels kon spreken.⁴⁵ Sommigen spreken dus geen van beide talen en communiceren alleen in hun moedertaal. Zij kunnen hier werken zonder dat zij andere talen hoeven te kennen, omdat er op de werkplek mensen beschikbaar zijn die in hun taal kunnen communiceren. Maar als het op toegang tot gezondheidszorg aankomt, ontbreekt deze hulp. Migranten zoals Zygmunt, die geen andere taal dan Pools kennen, hebben problemen met het verwoorden van hun gezondheidstoestand en -problemen. Toen Zygmunt last kreeg van hoesten - een coronasymptoom volgens het RIVM - vroeg hij een coördinator op zijn werk hem te helpen een afspraak te maken bij een dokter, maar hij kreeg die hulp niet.

Tijdens de pandemie vertaalde de te grote afhankelijkheid van de werkgever voor gezondheidszorg zich in afhankelijkheid van de werkgever voor informatie en toegang tot tests of zelfs vaccinatie. Werkgevers zijn zich niet altijd bewust van deze te grote afhankelijkheid, noch van de gevolgen voor werknemers. Czesław, een 62-jarige werknemer, wilde zich tegen het virus beschermen en zich laten vaccineren. Toen hij zijn werkgever vroeg hem te helpen een afspraak te maken, werd hij per e-mail doorverwezen naar het algemene GGD-nummer. Omdat hij geen Nederlands of Engels spreekt, voelde hij zich niet in staat om zelf te bellen en een afspraak te maken. Hij wist niet van de mogelijkheid om zich zonder afspraak te laten vaccineren, zodat hij ongevaccineerd bleef tot wij hem in oktober 2021 spraken. Dit geval toont aan hoe een taalbarrière de belangrijkste reden was om zich niet te laten vaccineren, ook al wilde hij dat wel.

De ervaringen van EU-arbeidsmigranten met gezondheidszorg tijdens de pandemie hebben geleid tot verbeteringen in de manier waarop boodschappen van openbaar belang werden gecommuniceerd, en belangrijker nog, tot een verandering in de institutionele habitus met betrekking tot communicatie met migranten in hun eigen taal. In een van onze institutionele interviews werd gesteld dat vóór corona het beleid was om zo veel mogelijk in het Nederlands te communiceren, maar dat dit tijdens corona gelukkig was veranderd, voor zowel ingezetenen als niet-ingezetenen.⁴⁶ Een positieve ontwikkeling is dat bij de voorgestelde verbeteringen in de verstrekking van gezondheidszorg aan arbeidsmigranten rekening is gehouden met de taalkwestie, zoals blijkt uit de oprichting van huisartsenpraktijken voor migranten waar Pools of Roemeens wordt gesproken. Niettemin blijkt uit onze interviews dat er nog veel werk moet worden verzet op het gebied van informatieverstrekking door niet-medische instanties zoals de Nederlandse arbeidsinspectie, het UWV of de Sociale Verzekeringsbank (over kwesties als loon tijdens quarantaine).

3.5 Migrantengezondheid als volksgezondheid

Tijdens de pandemie leidden de hierboven besproken (arbeidsgerelateerde) wettelijke, administratieve en praktische belemmeringen waarmee EU-arbeidsmigranten te maken krijgen, tot een verhoogde kwetsbaarheid van deze werknemers en mogelijk ook van de bevolking in het algemeen. Uit onze interviews blijkt dat EU-werknemers vreesden voor inkomensverlies wanneer zij zich ziek meldden. Als gevolg daarvan waren sommigen bezorgd en wilden niet met het virus besmet raken, terwijl anderen er vooral op gebrand waren om niet het risico te lopen dat zij werkuren zouden missen of zelfs helemaal geen werk meer zouden hebben. Als arbeidsmigranten bang zijn om coronasymptomen te melden uit angst voor ontslag en inkomensverlies,⁴⁷ kan dit negatieve gevolgen hebben voor hun gezondheid, maar ook voor de volksgezondheid. Door ziek of voor het einde van de quarantaineperiode aan het werk te gaan, kunnen het virus verspreiden. Als het contract en de ziektekostenverzekering eindigen omdat de werknemer zich ziek

⁴⁵ Berntsen 2022.

⁴⁶ WP1b-39, mei 2021.

⁴⁷ Zie ook het Pharos-rapport, Goorts & Smal 2022.

meldt, bestaat het risico dat de zieke onverzekerd op straat komt te staan en een risico voor de volksgezondheid wordt. De houding van de werkgevers ten aanzien van de gezondheid van werknemers en hun bereidheid om de door de Nederlandse regering vastgestelde volksgezondheidsvoorschriften na te leven, werden belangrijke parameters tijdens de pandemie. De praktijken van sommige werkgever worden nog steeds beheerst door een marktlogica die werk en winst maken boven andere belangen stelt, zoals de gezondheid van werknemers of de volksgezondheid. Om kosten te besparen stuurden sommige werkgevers hun werknemers naar huis met vakantie-uren in plaats van ziekteverlof. Het is onduidelijk of bezorgdheid over de volksgezondheid tijdens een pandemie werkgevers kan afschrikken die routinematig op dergelijke praktijken vertrouwen. Uit onze interviews blijkt dat migranten die in het verleden met dergelijke praktijken te maken kregen, aarzelden zich ziek te melden terwijl ze coronasymptomen hadden.

De belangen van de volksgezondheid vallen niet (altijd) samen met de belangen van de werkgever of de migrant. Een voorbeeld hiervan is de Poolse uitzendkracht Magdalena, die tijdens haar verblijf in quarantaine wegens een coronabesmetting door haar uitzendbureau werd gebeld met het verzoek weer naar het werk te komen. De instructie van de GGD was in quarantaine te blijven tot al haar symptomen waren verdwenen. Het uitzendbureau instrueerde Magdalena dat als de GGD weer zou bellen, zij niet mocht vertellen dat zij weer aan het werk was. Ook mocht zij haar collega's niet vertellen dat zij COVID-19 had. Magdalena werd tijdens haar quarantaine niet betaald. Willekeur is een lens waardoor we de ervaringen van EU-arbeidsmigranten met quarantainemaatregelen kunnen benaderen. Uit onze interviews komen voorbeelden naar voren van uitzendbureaus die niet voor hun werknemers zorgden toen ze in quarantaine waren; werknemers die in quarantaine waren in dezelfde door het uitzendbureau geregelde accommodatie als gezonde en werkende migranten; werknemers die alleen in quarantaine waren, zonder dat iemand voor hun boodschappen, medicijnen en dergelijke zorgde. Maar er zijn ook voorbeelden van werkgevers die boodschappen regelden voor hun werknemers in quarantaine en de isolatie van zieke werknemers serieus namen. Het punt is dat dit niet in de eerste plaats aan private actoren moet worden overgelaten.

De gezondheid van EU-arbeidsmigranten werd niet alleen een probleem voor de Nederlandse gezondheidszorg, maar ook voor het openbare gezondheidstelsel en het lokale bestuursniveau. Aangezien veel EU-werknemers niet staan ingeschreven in de gemeente waar zij wonen, maar in het speciale register voor 'niet-ingezetenen' waarin geen adres in Nederland werd geregistreerd, wisten de Nederlandse volksgezondheidsdiensten niet waar deze werknemers woonden. Dit bracht extra uitdagingen met zich mee voor het test- en vaccinatiebeleid en bemoeilijkte het bereiken van arbeidsmigranten. Dit leidde ertoe dat werkgevers uitzend- en inleenwerkgevers zelf teststraten organiseerden. De enquête en de interviews met Poolse en Roemeense arbeidsmigranten wijzen ook op willekeur bij de testpraktijken. Sommige werkgevers volgden de door de overheid vastgestelde normen niet. Vanuit het oogpunt van de EU-arbeidsmigrant en diens beschermingsbehoeften leidt dit tot wat we 'een loterijaanpak' kunnen noemen, waarbij 'goede' werkgevers zich aan de vereiste volksgezondheidsnormen houden, terwijl 'slechte werkgevers' de regels omzeilen; 'goede werkgevers' zorgen voor hun werknemers tijdens de quarantaine enz. Door het gebrek aan handhaving van de bestaande regels door de overheidsinstanties kunnen slechte praktijken gedijen en ontstaat een ongelijk speelveld.

Tekstkader 3.1 Zorgconvenant arbeidsmigranten

Op 12 december 2022 sloten de ministers Karien van Gennip (Sociale Zaken en Werkgelegenheid) en Ernst Kuipers (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) met Zorgverzekeraars Nederland een zorgconvenant. In het persbericht bij het lanceren van dit zorgconvenant zegt Van Gennip:

‘Arbeidsmigranten mogen niet langer behandeld worden als tweederangsburger. Mensen die hier komen werken hebben recht op fatsoenlijke woon- en werkomstandigheden. Een belangrijk onderdeel daarvan is de toegang tot de zorg.’

Met dit convenant begint de implementatie van de adviezen van het Aanjaagteam Bescherming Arbeidsmigranten op dit gebied gestalte te krijgen. De bewindslieden beogen ‘om samen met werkgevers en zorgverleners de toegang voor arbeidsmigranten tot zorg te verbeteren.’ Aanleiding voor dit convenant was de terechte constatering dat arbeidsmigranten niet altijd de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Het vijf pagina's tellende convenant beoogt drempels weg te nemen die de toegang tot zorg belemmeren, zoals onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem, onvoldoende kennis van het Nederlands of het gebrek aan toegang tot een huisarts. Het risico bestaat – en dat zagen wij ook in ons onderzoek gebeuren – dat arbeidsmigranten lang wachten met naar de dokter gaan, waardoor hun klachten in de tussentijd verergeren. Werkgevers geven arbeidsmigranten ook niet altijd tijd om naar de huisarts te gaan of arbeidsmigranten durven dat niet te vragen uit angst hun baan te verliezen.

Het convenant beoogt een brede aanpak die ons inziens terecht veel verder gaat dan het beter regelen van toegang tot de gezondheidszorg.

De doelen van het convenant zijn, aldus het persbericht:

- zelfredzaamheid en onafhankelijkheid van arbeidsmigranten vergroten,
- betere controle op betrouwbaarheid en integriteit van werkgevers,
- betere toegang tot huisartsenzorg.

Hoe willen de bewindspersonen deze doelen bereiken? Zorgverzekeraars krijgen daarbij een belangrijke verantwoordelijkheid.

Ten eerste zijn afspraken gemaakt over voorlichting.

‘Met het zorgconvenant wordt ingezet op meer en betere doelgroepgerichte voorlichting over de (aanvullende) zorgverzekeringen. Het voorlichtingsmateriaal komt in meerdere talen en de toegang tot het polis(blad) en andere verzekeringspapieren wordt eenvoudiger.’

Het is goed dat de nodige informatie in meerdere talen beschikbaar komt. Wij constateerden echter dat er niemand is bij zorgverleners (met uitzondering van een enkele gespecialiseerde huisartsenpraktijk) of verzekeraars die een migrant kan bellen om in het Spaans of Pools informatie te krijgen over gezondheidszorg. En bij de huisartsenpraktijk in de buurt spreken ze meestal ook geen Roemeens. Om de zelfredzaamheid in de zorg – en ook daarbuiten – te verbeteren is een basiscursus Nederlands nodig, eventueel speciaal gericht op crisissituaties rond gezondheid, werk, wonen en eventueel school. Wij bepleiten dat werkgevers worden verplicht zo'n cursus te faciliteren als deel van hun sociale beleid.

Ten tweede gaan zorgverzekeraars zorgaanbieders nog actiever aanspreken op onterechte weigering of behandeling van arbeidsmigranten. Dit is ook toe te juichen. Om zorgverleners te kunnen aanspreken moeten de verzekeraars wel van weigeringen weten. Onze eigen Poolse onderzoekster werd geweigerd door een huisartsenpraktijk terwijl een huisgenoot met een Nederlandse achternaam wel werd geaccepteerd. Pas tijdens het onderzoek realiseerde zij zich dat de praktijk haar misschien had geweigerd op basis van haar achternaam. Zij heeft dus nooit iets aan haar verzekeraar gemeld. De verandering die nodig is om discriminatie in de zorg te bestrijden vraagt waarschijnlijk meer dan ‘actief aanspreken’, maar het is een begin.

Minister Ernst Kuipers daarover in het persbericht:

‘Arbeidsmigranten sluiten net als Nederlanders verplicht een basisverzekering af. En arbeidsmigranten hebben dan ook recht op dezelfde toegang tot de zorg als iedereen in Nederland.’

We merken ook op dat de definitie van arbeidsmigranten die in het convenant gehanteerd wordt twee groepen arbeidsmigranten uitsluit. Ten eerste geldt het convenant niet voor 'expats'. Dat is geen juridische term, maar we nemen aan dat bedoeld wordt op arbeidsmigranten van buiten de EU met een verblijfsvergunning op grond van de beleidscategorieën 'kennis en talent'. Ten tweede sluit de definitie indirect ook arbeidsmigranten zonder verblijfsvergunning (ook wel ongedocumenteerden genoemd) uit omdat het alleen gaat om arbeidsmigranten die verplicht zijn een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet te sluiten. Arbeidsmigranten zonder verblijfsvergunning kunnen op grond van de Koppelingswet geen zorgverzekering afsluiten. Iemands status in het migratierecht is daarmee bepalend voor de verzekeringsplicht. Uit ons onderzoek blijkt dat beide groepen, dus zowel EU-arbeidsmigranten, maar juist ook mensen van buiten de EU die hier wonen en werken zonder verblijfsvergunning, niet de zorg krijgen waarop ze recht hebben.⁴⁸ Verzekeraars zijn niet de aangewezen partij om zorgverleners te wijzen op het recht op zorg van arbeidsmigranten op grond van de Regeling onverzekerbare vreemdelingen (zie daarover ook tekstkader 10.2). Hier ligt een taak voor het ministerie van VWS.

Ten derde moeten zorgverzekeraars de betrouwbaarheid en integriteit van werkgevers gaan toetsen voordat ze een collectieve verzekering afsluiten en daarna die betrouwbaarheid en integriteit ook periodiek toetsen. Ook dit juichen wij toe, hoewel private uitsluiting van malafide werkgevers publieke actoren niet ontslaat van de plicht om op te treden. Wij hadden wel verwacht dat in het convenant in ieder geval zou staan dat uitzendwerkgevers SNA-gecertificeerd moeten zijn. De verzekeraars die wij spraken hebben overigens al een screeningproces ingericht, waarbij ze bijvoorbeeld in het UBO-register bij de Kamer van Koophandel kijken, checken of het uitzendbureau lid is van de ABU of NBBU en een 'google test' doen.

Tot slot zorgt de zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling voor de bij hen verzekerde arbeidsmigranten, zodat de zorg voor hen sneller beschikbaar komt. Dit werkt in de praktijk al goed, alleen waarschijnlijk op veel te kleine schaal. Wij kennen verhalen waarbij de arbeidsmigrant eerst werd geweigerd door een huisartsenpraktijk en na een telefoontje van de verzekeraar alsnog werd behandeld.

Van een andere orde is de beslissing om het Besluit minimumloon en minimumvakantiebijslag aan te passen zodat er meer zorgpremie kan worden ingehouden op het wettelijke minimumloon. Daarmee kan het verplichte eigen risico verzekerd worden. Wij nemen aan dat dit betekent dat de verzekeraars niet met oninbare vorderingen komen te zitten en de arbeidsmigranten geen schuld bij de verzekeraar opbouwen en verzekerd blijven. Als dat de strekking is van dit besluit, is ook dit een positieve ontwikkeling.

3.6 Conclusies ten aanzien van de gezondheidsrisico's

In Nederland toonden de corona-uitbraken onder 'essentiële' EU-werknemers in de voedselvoorzieningsketen de vaak kwetsbare positie van EU-werknemers.⁴⁹ Hun ervaringen met gezondheid tijdens de pandemie komen overeen met bestaande studies die concluderen dat migrerende werknemers in hoge-inkomenslanden een verhoogd risico op infectie lopen en onevenredig vertegenwoordigd zijn onder COVID-19-gevallen en gemelde sterfgevallen door COVID-19.⁵⁰ Zij zijn kwetsbaarder voor COVID-19 door 'verhoogde blootstelling als gevolg van risicovolle of onzekere beroepen, overbevolkte huisvesting, juridisch-administratieve belemmeringen voor gezondheidszorgdiensten en lage niveaus van taalvaardigheid'.⁵¹ Kwetsbaarheid kan het gevolg zijn van de verblijfsrechtelijke status van de migrant, gedocumenteerd of ongedocumenteerd;

⁴⁸ Zie over de positie van arbeidsmigranten zonder verblijfsvergunning hoofdstuk 10 en 11 van dit rapport en Berntsen e.a. 2022.

⁴⁹ Berntsen & Skowronek 2021.

⁵⁰ Fabreau e.a. 2022; Hayward e.a. 2021.

⁵¹ Hayward e.a. 2021, p. 15.

het soort arbeidscontract;⁵² het werkterrein (bijv. vleesverwerking); arbeidsomstandigheden die het moeilijk, zo niet onmogelijk maken een veilige afstand te bewaren; en woonomstandigheden in overvolle accommodaties. De status van EU-burger van de migranten in onze steekproef beschermde hen niet tegen slechte werkgevers of slechte arbeidspraktijken en verminderde hun kwetsbaarheid niet.

De veronderstelling in wetgeving en beleid, dat EU-arbeidsmigranten met een tijdelijk contract tijdelijk in Nederland aanwezig zijn, structureert hun toegang tot het medische stelsel en de gezondheidszorg. De toegang tot gezondheidszorg zou voor EU-arbeidsmigranten, als verplicht in het Nederlandse stelsel verzekerd, vanzelfsprekend moeten zijn. De ervaringen van deze groep migranten doen echter de vraag rijzen of het door de EU-wetgeving ingevoerde systeem van vrij verkeer van werknemers voldoende rekening houdt met de bescherming van EU-werknemers en hun gelijke behandeling bij de toegang tot gezondheidszorg. EU-arbeidsmigranten verblijven legaal in Nederland, ze werken, betalen belasting en betalen voor de ziektekostenverzekering, maar uit hun ervaringen met de gezondheidszorg en het zorgstelsel blijkt dat er belemmeringen bestaan voor de volledige uitoefening van hun recht op gezondheid. Hoewel zij via belastingen en de betaling van ziektekostenpremies bijdragen aan het Nederlandse gezondheidszorgstelsel, krijgen zij minder daarvoor terug dan Nederlanders. Deze conclusie ondersteunt eerder onderzoek naar de fiscale impact van EU-migranten op gastlanden dat hen beschrijft als nettobetalers en niet als 'lasten' voor nationale diensten.⁵³

Het Nederlandse zorgstelsel lijkt slecht ontworpen om kortverblijvende en niet-ingezetene migranten, zoals tijdelijke EU-arbeidsmigranten, op te nemen. Net als andere onderdelen van de welvaartsstaat is het zorgstelsel nationaal gebonden en gebouwd op de uitsluiting van 'buitenstaanders', zoals in veel van de literatuur over de verzorgingsstaat wordt besproken. EU-arbeidsmigranten zijn juridisch noch moreel 'buitenstaanders', maar het wettelijke recht op gezondheidszorg vertaalt zich niet in gelijke behandeling met nationale onderdanen. Door de vele wettelijke, administratieve en praktische belemmeringen waarmee zij te maken krijgen, stellen velen een beroep op de gezondheidszorg uit of vertrouwen op zelfbehandeling en huismiddeltjes, in plaats van gebruik te maken van hun recht op zorg als werknemers die in Nederland belasting betalen. Andere verwachtingen, gebrek aan vertrouwen in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en gebrek aan informatie over het systeem voeden transnationale gezondheidszorgpraktijken. Veel migranten stellen gezondheidszorg liever uit totdat zij hun land van herkomst bezoeken. Dit transnationalisme is niet zozeer het gevolg van de bevoorrechte rechtspositie van EU-arbeidsmigranten, die hen in staat stelt verschillende gezondheidszorgsystemen te mobiliseren, maar eerder een bijproduct van hun zwakkere integratie en positie in de Nederlandse gezondheidszorg en arbeidsstelsels. Tijdens de pandemie werd het uitstellen van zorg (tot het eerstvolgende bezoek aan het herkomstland) bemoeilijkt door reisbeperkingen, wat leidde tot potentieel zeer gevaarlijke zorgsituaties voor de werknemers zelf en ook voor de hele samenleving. Ook de angst om zich ziek te melden of zich te laten testen omdat werk zonder inkomenscompensatie verloren kan gaan heeft belangrijke gevolgen voor de volksgezondheid, aangezien werknemers bleven werken terwijl ze symptomen van COVID-19 hadden of ziek waren.

Als arbeidsmigranten gezondheidszorg uitstellen en wantrouwen voelen jegens de Nederlandse gezondheidszorg, brengt dat twee belangrijke problemen met zich mee. Ten eerste werd tijdens de pandemie en bijbehorende reisbeperkingen hun mobiliteit belemmerd. Daardoor gingen sommigen de zorg nog meer uitstellen, totdat ze in een zo ernstige toestand waren dat ze er niet meer omheen konden. Ten tweede: ze hadden minder vertrouwen in de GGD en informatie

⁵² Zie bijv. Finci e.a. 2022 over het feit dat werknemers in onderaanneming een hoger infectierisico liepen.

⁵³ Belanger e.a. 2020; Batsaikhan e.a. 2018.

van officiële Nederlandse kanalen en waren minder geneigd te geloven in het nut van vaccinaties en andere coronagerelateerde gezondheidsstrategieën.

Als de toegang tot de gezondheidszorg moeilijker is als gevolg van een taalbarrière of het gebruik van onbetrouwbare informatiebronnen, waardoor tijdens de pandemie geen goede informatie beschikbaar is, kan dit gevolgen hebben voor de manier waarop migranten zich tijdens een pandemie gedragen (bijvoorbeeld hoe snel zij op symptomen reageren) en dus ook in het algemeen hoe veilig zij zijn. Hun (on)veiligheid heeft haar weerslag op de gezondheidsrisico's voor de gehele bevolking.

Voor veel EU-arbeidsmigranten ligt de toegang tot informatie over gezondheidszorg uiteindelijk in de handen en de goede wil van hun werkgevers, wat leidt tot willekeur bij het uitoefenen van rechten. 'Goede werkgevers' en coördinatoren zullen werknemers goed informeren over hun rechten op gezondheidszorg en hen helpen de toegang tot zorg veilig te stellen. In slechtere scenario's wordt deze toegang door de werkgevers belemmerd of geblokkeerd. We hebben dit een 'loterij'-aanpak genoemd. De Nederlandse staat werkt mee aan het voortbestaan van het machtsverevenwicht tussen werknemers en werkgevers door de wetgevende en bestuurlijke keuzes die hij maakt bij het reguleren van onder andere arbeid en gezondheid(zorg). De EU laat de praktische toepassing van gelijke behandeling over aan het nationale niveau, omdat het ontbreekt aan handhavingscapaciteit. Zo hangt de naleving van de verplichtingen die de EU-wetgeving oplegt aan werkgevers op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk, uiteindelijk af van de bereidheid van derden om de wetgeving na te leven en van de efficiëntie en capaciteit van de staat om de naleving af te dwingen. Deze benadering is tijdens de gehele pandemie gevolgd: in de reactie van de EU lag het accent op de noodzaak van onbelemmerde voortzetting van het vrije verkeer van werknemers, maar de kwestie van bescherming werd opengelaten. Uiteindelijk leidde het aanmerken van categorieën EU-werknemers als 'essentieel' niet tot strengere verplichtingen bij de bescherming van hun gezondheid, maar alleen tot vrijstellingen van maatregelen die hun mobiliteit beperken (bijvoorbeeld geen controle aan beide zijden van de grens, mogen reizen ondanks grensbeperkingen). In de huidige situatie, die wordt gekenmerkt door afhankelijkheid van de werkgever, hebben EU-werknemers de mogelijkheid om mobiel te zijn binnen de EU, maar zijn ze door de verschillende belemmeringen die wij hebben vastgesteld, niet in staat hun rechten daadwerkelijk te beschermen.

Het staat buiten kijf dat de oververtegenwoordiging van EU-arbeidsmigranten onder diegenen die buitenproportioneel getroffen worden door COVID-19 een belangrijke volksgezondheidskwestie is, die aangepaste maatregelen vereist.⁵⁴ In deze bijdrage hebben we ons gericht op het individuele recht op gezondheid voor EU-arbeidsmigranten, terwijl we ons bewust zijn van de belangrijke overlappingen tussen de daadwerkelijke uitoefening van het mensenrecht op gezondheid en de volksgezondheid. De COVID-19 pandemie laat zien hoe het niet garanderen van toegang tot gezondheidszorg en het mensenrecht op gezondheid voor migrerende werknemers in het algemeen belangrijke repercussies heeft voor de volksgezondheid tijdens een crisis. De ervaringen van EU-arbeidsmigranten met gezondheidszorg in Nederland tonen aan dat mobiliteit en bescherming in de wet en in de praktijk niet als afzonderlijke kwesties moeten worden behandeld, maar eerder als integrale onderdelen van een rechtsorde die voorziet in mobiliteit en bescherming. De pandemie heeft aangetoond hoe de kloof tussen mobiliteit en bescherming (in ons geval het recht op gezondheid) leidt tot een grotere kwetsbaarheid van de migranten zelf, maar ook van het gastland en zijn bevolking in het algemeen. In de context van de EU moet het verband tussen mobiliteit en bescherming worden versterkt om ervoor te zorgen dat EU-

⁵⁴ Fabreau e.a. 2022.

werknemers zich onder veilige en waardige omstandigheden verplaatsen en te voorkomen dat hun rechten, waaronder hun recht op gezondheid, beperkt blijven tot loze beloften op papier.

Literatuur

- Batsaikhan, U., Darvas, Z., & Gonçalves Raposo, I. (2018). People on the move: migration and mobility in the European Union (Policy Paper Bruegel Blueprint Series 28).
- Belanger, A., Christl, M., Conte, A., Mazza, J., & Narazani, E. (2020). *Projecting the net fiscal impact of immigration in the EU*, Joint Research Council 121937, Publications Office of the European Union, Luxembourg. doi:10.2760/68847.
- Berntsen, L. (2022). Working in times of corona in distribution or meat processing survey among Polish and Romanian workers in the Netherlands (Working Paper). Amsterdam: De Burcht, Wetenschappelijk Bureau voor de Vakbeweging.
- Berntsen, L., & Skowronek, N. (2021). State-of-the-art research overview of the impact of COVID-19 on migrant workers in the EU and the Netherlands (Nijmegen Sociology of Law Working Papers Series 2021/01). Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Bradby, H., et. al (2020). 'Policy makers', NGO, and healthcare workers' accounts of migrants' and refugees' healthcare access across Europe – Human rights and citizenship based claims', *Frontiers in Sociology* 5:16. doi:10.3389/fsoc.2020.00016.
- Coldron, K., & Ackers, L. (2007). '(Ab)using European citizenship? EU retired migrants and the exercise of healthcare rights', *Maastricht Journal of European and Comparative Law*, 14(3), 287–302. doi.org/10.1177/1023263X0701400306.
- Dwyer, P. (2001). 'Retired EU migrants, healthcare rights and European social citizenship', *Journal of Social Welfare and Family Law*, 23:3, 311-327, DOI: 10.1080/01418030126399.
- Fabreau, G.E., et al. (2022). 'Vaccines alone will not prevent COVID-19 outbreaks among migrant workers – the example of meat processing plants', *Clinical Microbiology and Infection*. doi.org/10.1016/j.cmi.2022.02.004.
- Fasani, F., & Mazza, J. (2020). Immigrant key workers: Their contribution to Europe's COVID-19 response (IZA Policy paper No.155), <https://docs.iza.org/pp155.pdf>.
- Finci, I., et al. (2022). 'Risk factors associated with an outbreak of COVID-19 in a meat processing plant in southern Germany, April to June 2020', *Euro Surveillance* 27(13). doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.13.2100354.
- Gehring, A. (2018). *Pensioners on the move. A socio-legal study on retirement migration from the Netherlands to Spain and Turkey*. Enschede: Ipskamp Printing.
- Goorts, I. & Smal, E. (2022). *Zorg(en) voor arbeidsmigranten. Een verkennend onderzoek naar gezondheid en welzijn van arbeidsmigranten uit Midden- en Oost-Europa in Nederland en de toegang tot zorg*. Utrecht: PHAROS.
- Guy, M. (2020). 'Towards a European Health Union: What role for Member States?', *European Journal of Risk Regulation* 11(4): 757 – 765. doi.org/10.1017/err.2020.77.

- Hayward, S.E., et al. (2021). 'Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: A systematic review', *Journal of Migration and Health* 3 (2021) 100041.
- Hervey, T., & McHale, J. (2015). 'Rights: Mobile patients' rights as human rights', in: *European Union Health Law: Themes and Implications* (Law in Context, pp. 184-210). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511862410.009.
- Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., et al. (2020). 'Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review', *BMC Public Health* 20, 1039. doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8.
- Mantu, S. (2018). 'Controlling "poverty migration" - Asserting gradations of EU citizenship', in: Mercier, H., Ni Chaoimh, E., Damay, L., & Delledone, G. (red.) *La libre circulation sous pression, Régulation et dérégulation des mobilités dans l'Union européenne*. Bruxelles, Bruylant, pp 170-184.
- Mantu, S. (2022). A double crisis. Mapping EU responses to essential workers during the COVID pandemic (Nijmegen Migration Law Working Papers 2022/01). Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Mantu, S. & Minderhoud, P. (2019). 'Exploring the Links between Residence and Social Rights for Economically Inactive EU citizens', *European Journal of Migration and Law* 21 (3): 313-337. doi: 10.1163/15718166-12340053.
- Meier, B.M., Evans, D.P., Kavanagh, M.M., Keralis, J.M., & Armas-Cardona, G. (2018). 'Human rights in public health: Deepening engagement at a critical time', *Health and Human Rights*, 20(2), 85–91.
- Narriman Guemar, L. & Hintjens, H. (2013). 'Is the peer ethnographic approach a suitable method for researching lives of undocumented migrants?', *Tijdschrift Over Cultuur & Criminaliteit* 3(1): 69–81.
- OHCHR (2008). The Right to Health. Factsheet No. 31. www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf.
- Pace, P. & Shapiro, S. (2009). *Migration and the Right to Health in Europe*. Brussel: International Organization for Migration.
- Perna, R. (2018). 'Re-bounding EU citizenship from below: practices of healthcare for '(Il)legitimate EU Migrants' in Italy', *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44:5, 829-848. doi: 10.1080/1369183X.2017.1362977.
- Perna, R. (2021). 'Granting rights through illegalisation: EU citizens' contested entitlements, actors' logics and policy inconsistency in Belgium', *Citizenship Studies*, 25:1, 124-139. doi: 10.1080/13621025.2020.1825626.
- PICUM (2017). Framing Document. EU Health Policy Platform. Thematic Network on 'Migration and Health'. https://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/EUHealthPolicyPlatformFraming-Documents_Nov2017.pdf.

- Stan, S. (2015). 'Transnational healthcare practices of Romanian migrants in Ireland: Inequalities of access and the privatisation of healthcare services in Europe', *Social Science & Medicine* 124: 346-355. doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.013.
- Van den Braak, S., & Woutersen, E. (2021a). 'Doe er maar wat ijs op (geannoteerd verhaal)'. www.platform-investico.nl/artikel/doe-er-maar-wat-ijs-op-geannoteerd-verhaal/.
- Van den Braak, S., & Woutersen, E. (2021b). 'Zieke uitzendkrachten verliezen hun baan'. www.platform-investico.nl/artikel/zieke-uitzendkrachten-verliezen-hun-baan/.
- Vollaard, H., & Sindbjerg Martinsen, D. (2017). 'The rise of a European healthcare union', *Comparative European Politics* 15: 337–351.