

Wenn Armutsbetroffene keine Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen: die Fakten

Dr. Silvia Stringhini, PD PhD

Beiträge: Dr. Yves Jackson, Prof. Idris Guessous, Dr. Dusan Petrovic, Kailing Marcus, Dr. José Sandoval

Unité d'épidémiologie Populationnelle, Service de Médecine de Premier Recours,

Medizinische Fakultät, Universität Genf

Gliederung

- Einleitung
- Soziale Determinanten für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen
- Verzicht auf Gesundheitsleistungen bei prekären Bevölkerungsgruppen
- Schlussfolgerungen

Einleitung

- Der Verzicht auf Gesundheitsleistungen steht in Verbindung mit einem höheren Risiko für Spitalaufenthalte, einer schlechteren Lebensqualität und einem nachweislich schlechteren Gesundheitszustand
- Der Verzicht auf Gesundheitsleistungen kann durch mehrere Faktoren erklärt werden: berufliche Zwänge, familiäre Verpflichtungen, kulturelle Faktoren oder persönliche Überzeugungen, wirtschaftliche Faktoren
- Wirtschaftliche Gründe wurden als Hauptfaktoren für den Verzicht auf Gesundheitsleistungen identifiziert, vor allem aufgrund obligatorischer Zuzahlungen und anderer direkter und indirekter gesundheitsbezogener Kosten
- Abgesehen von den wirtschaftlichen Faktoren, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen in den versicherten Bevölkerungsgruppen beeinflussen, ist der Verzicht auf die Gesundheitsleistungen in prekären/ nicht versicherten Bevölkerungsgruppen noch problematischer

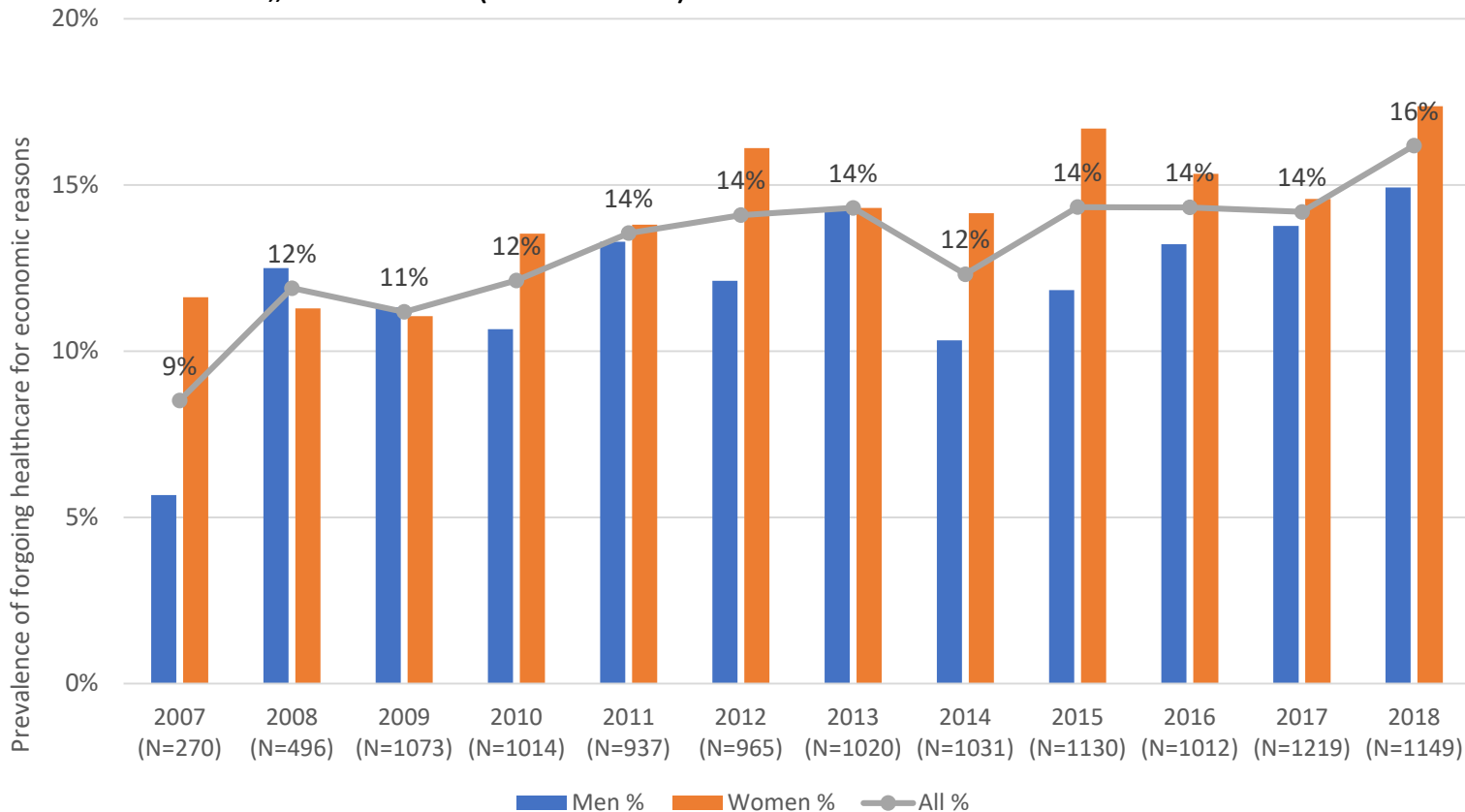
Verzicht auf Gesundheitsleistungen – Gesamtbevölkerung

- „Bus Santé“-Studie
 - ✓ Repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung 20–74 des Kantons Genf, transversal (1000 Personen pro Jahr), 2008–2019
- „ReBus“-Studie
 - ✓ Prospektive Studie der Teilnehmenden der „Bus Santé“-Studie, die angaben, auf Gesundheitsleistungen verzichtet zu haben
- „CHForegoing“-Studie
 - ✓ Finanzierung durch das BAG, vorläufige und vertrauliche Ergebnisse
 - ✓ 6 Schweizer Kohorten: SILC, SHARE, SHP, Colaus, SKIPOGH, Bus Santé

Verzicht auf Gesundheitsleistungen

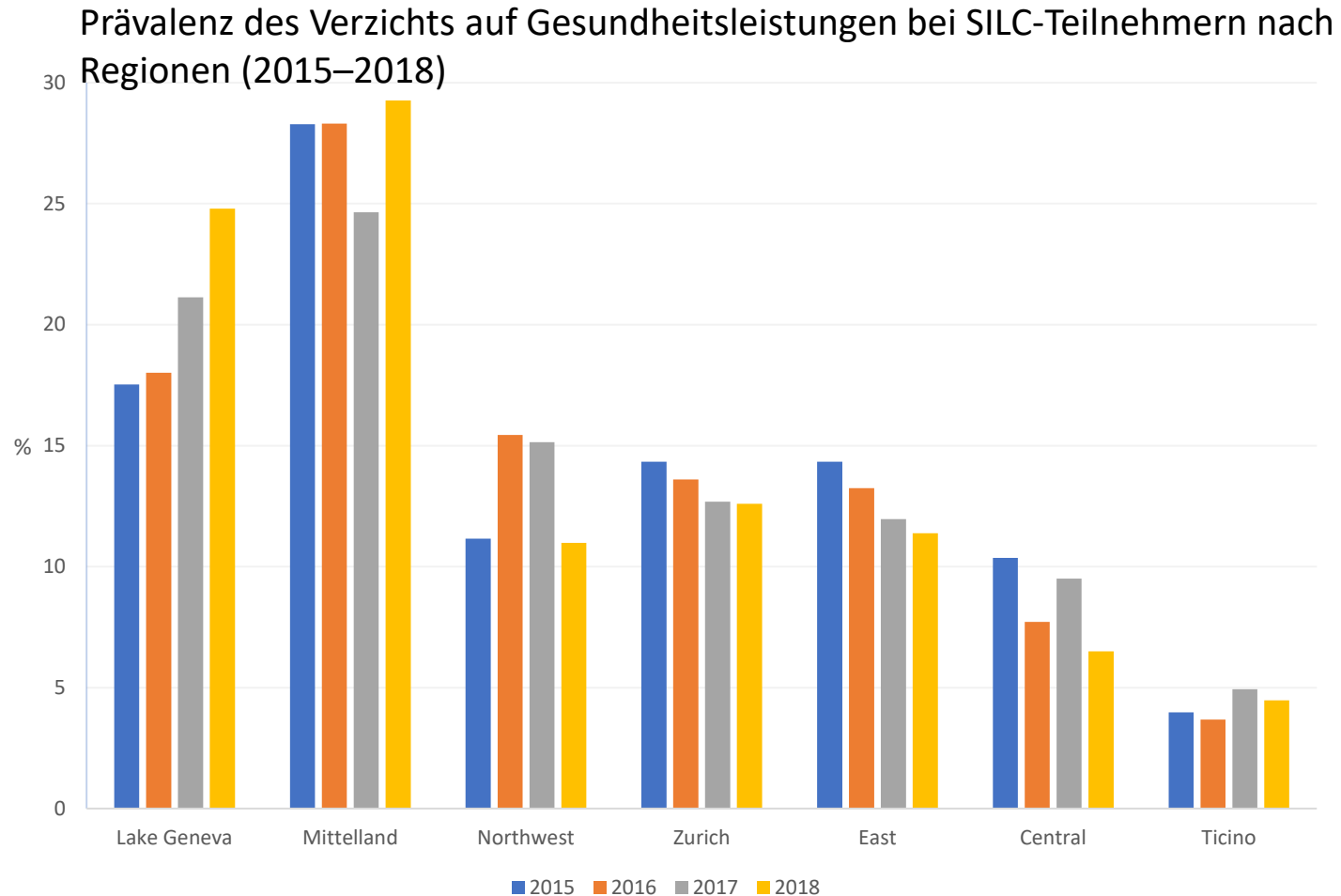
Prävalenz im Laufe der Zeit

Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen aus wirtschaftlichen Gründen bei den Teilnehmern von „Bus Santé“ (2007–2018)



Verzicht auf Gesundheitsleistungen

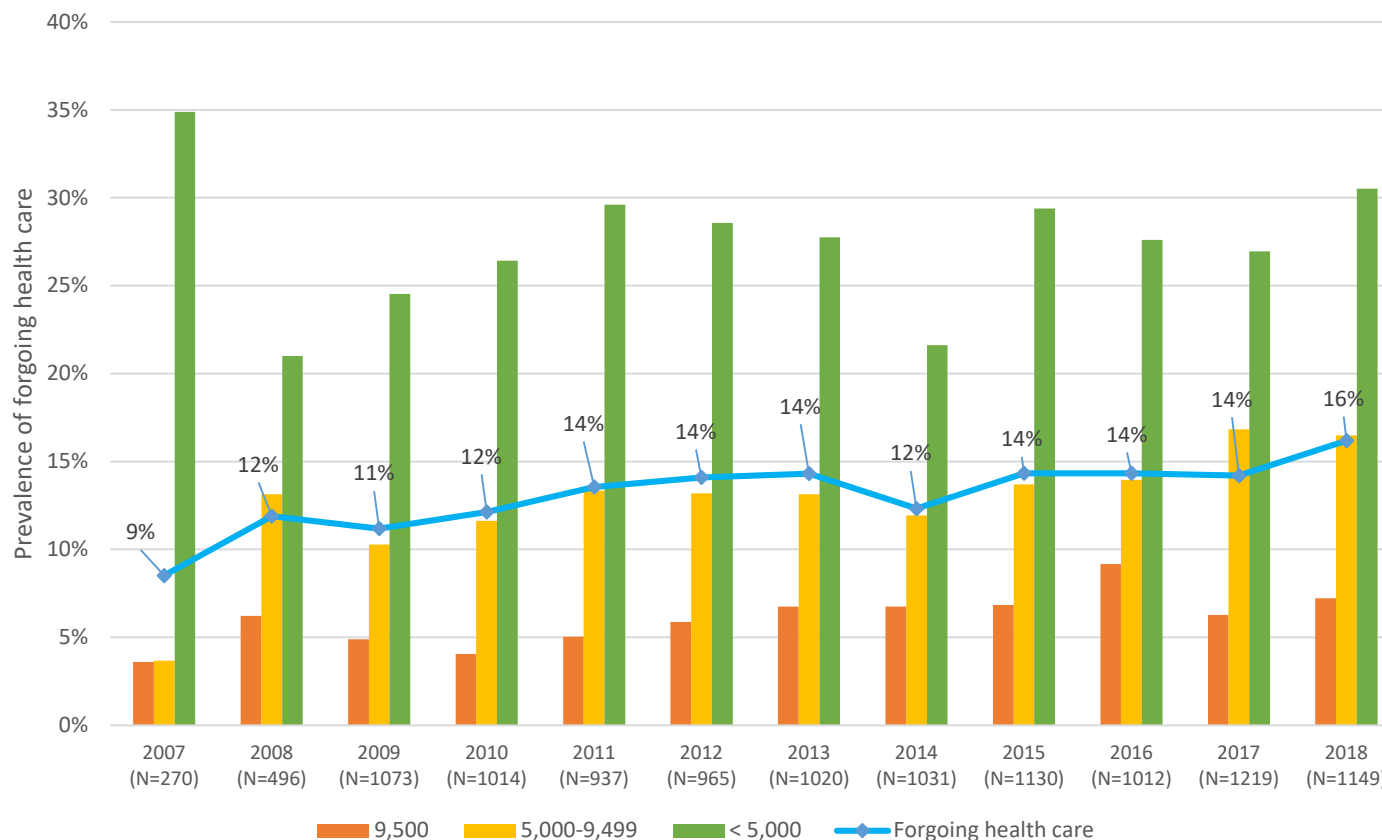
Prävalenz nach Regionen



Verzicht auf Gesundheitsleistungen

Sozioökonomische Unterschiede

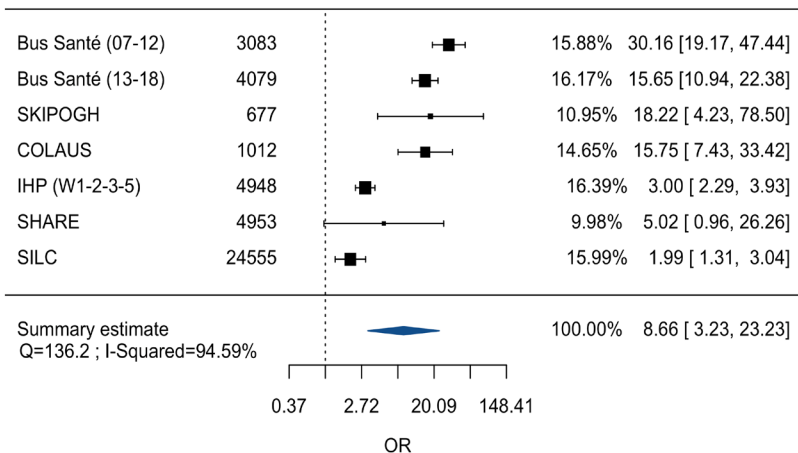
Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen aus wirtschaftlichen Gründen bei den Teilnehmern von „Bus Santé“ (2007–2018), nach Einkommenschichten



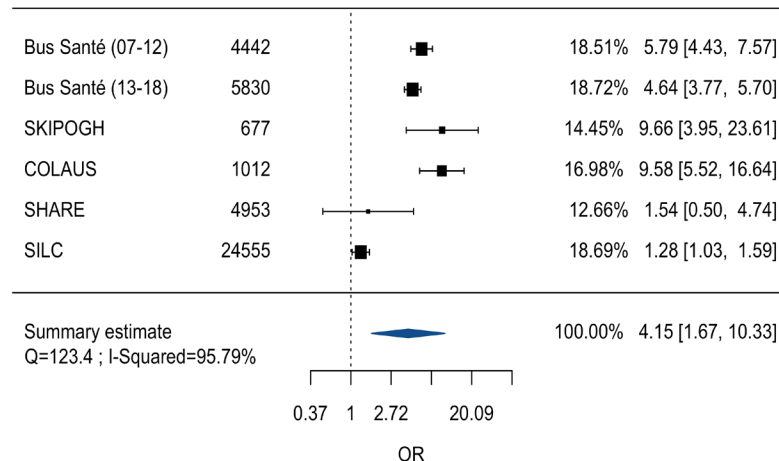
Verzicht auf Gesundheitsleistungen

Sozioökonomische Determinanten

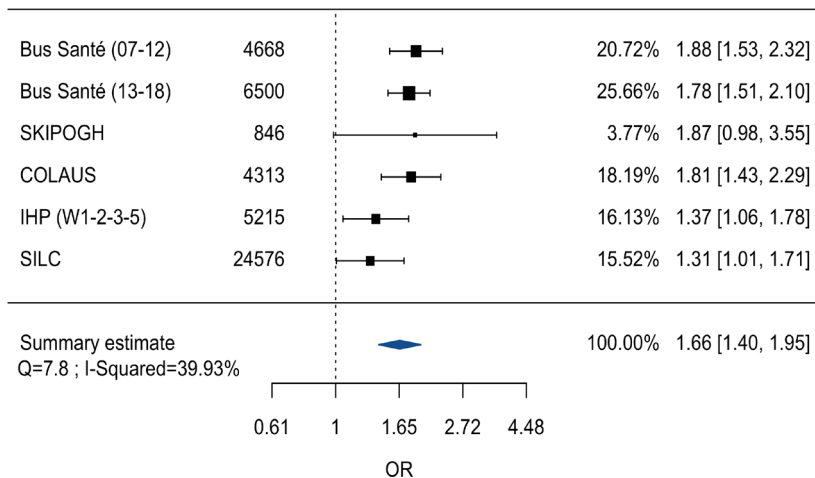
Household income (lowest versus highest)



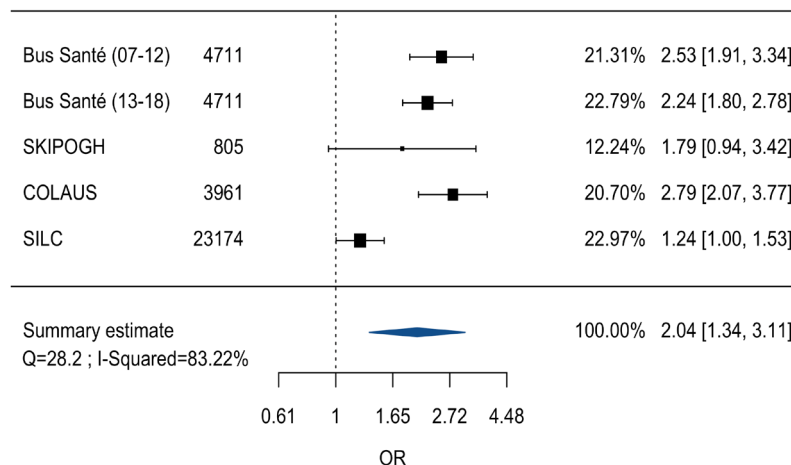
Tertile household income (lowest versus highest)



Education (lowest versus highest)



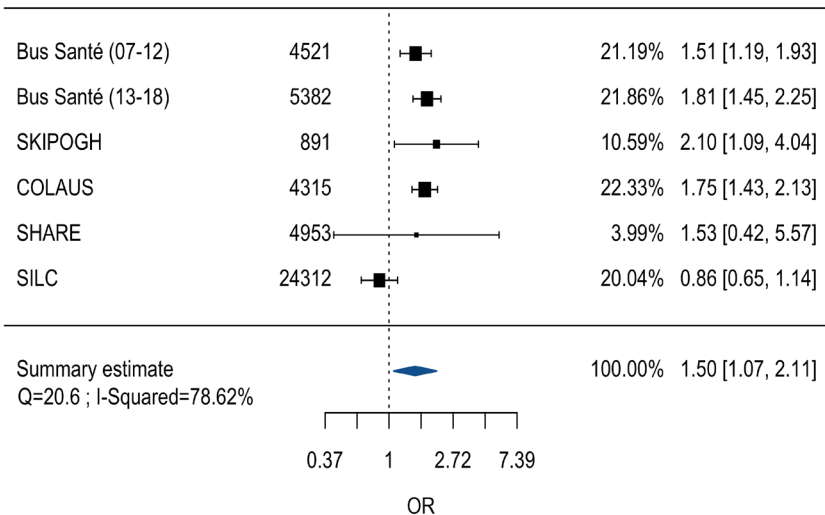
Occupation (lowest versus highest)



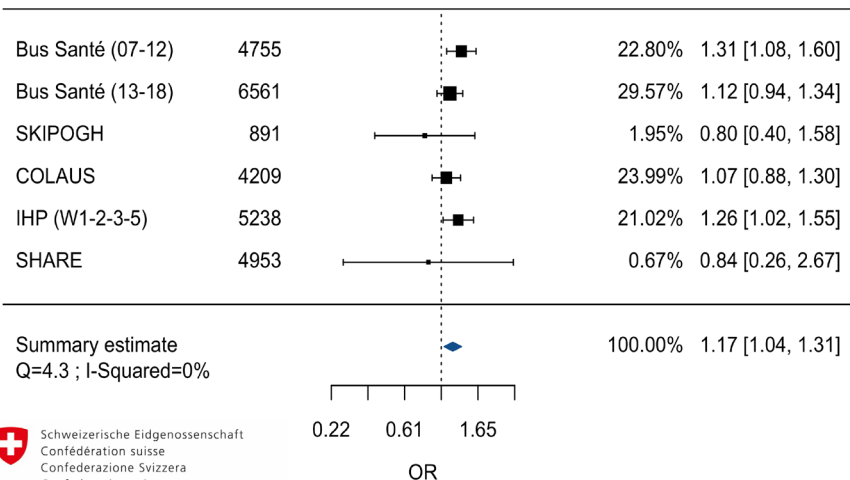
Verzicht auf Gesundheitsleistungen

Sonstige Determinanten

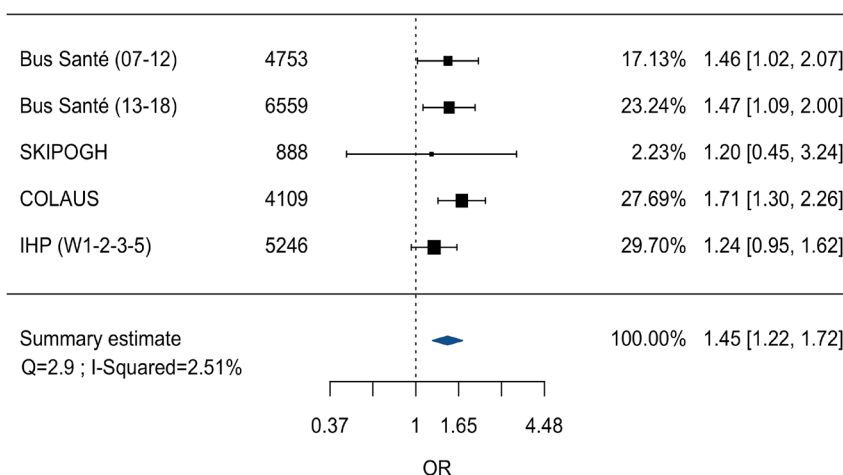
Obesity



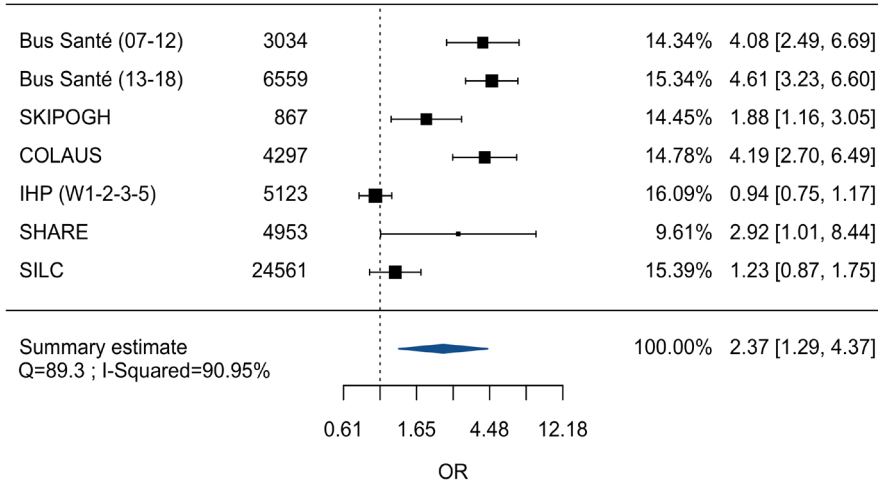
Hypertension



Diabetes



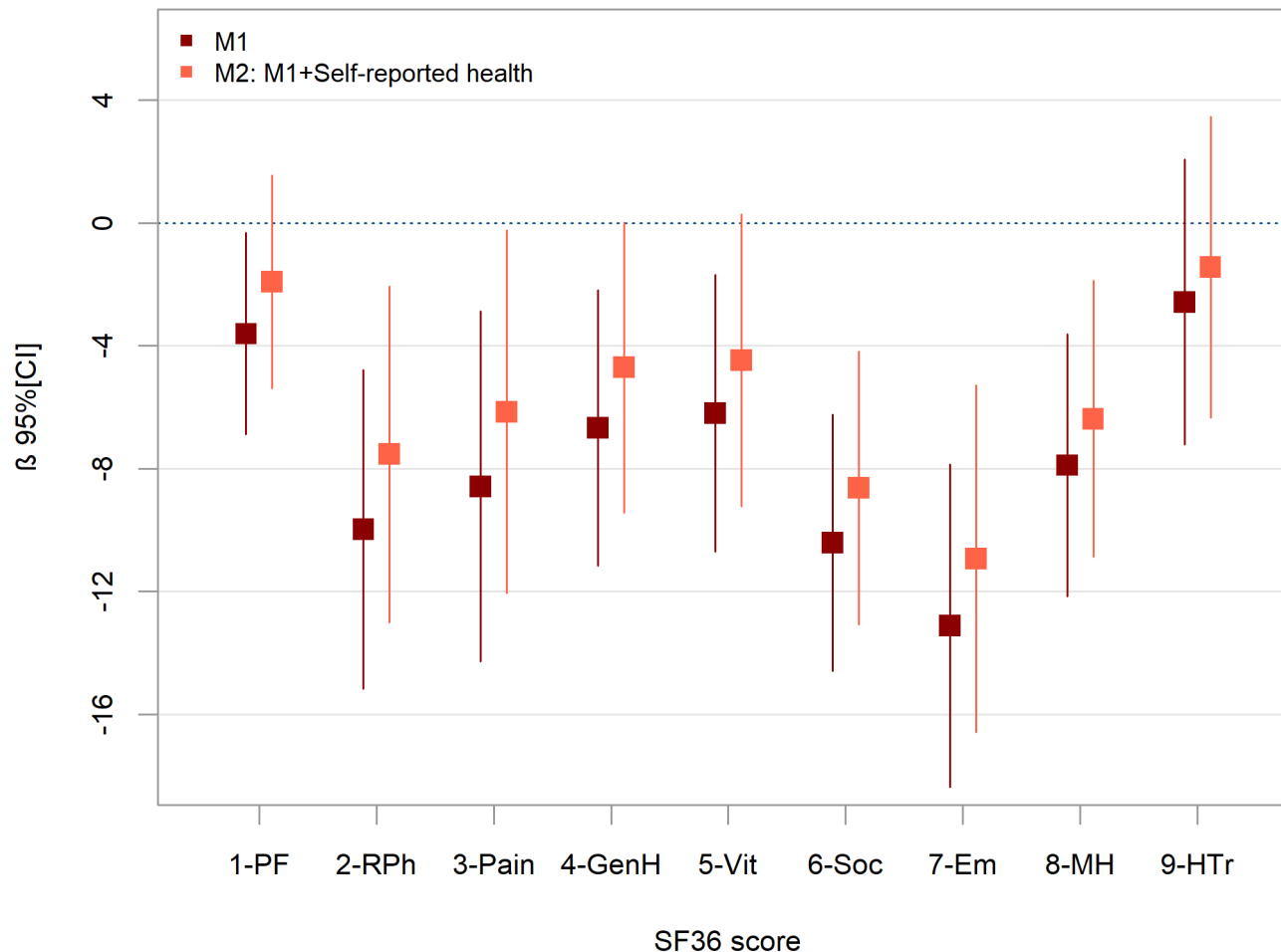
Self-rated health (bad versus good)



Verzicht auf Gesundheitsleistungen

Folgen für die Gesundheit

Zusammenhang zwischen dem Verzicht auf Gesundheitsleistungen in den Jahren 2008–2013 und den Gesundheitsscores des SF-36 beim Follow-up in den Jahren 2014–2016, N=400

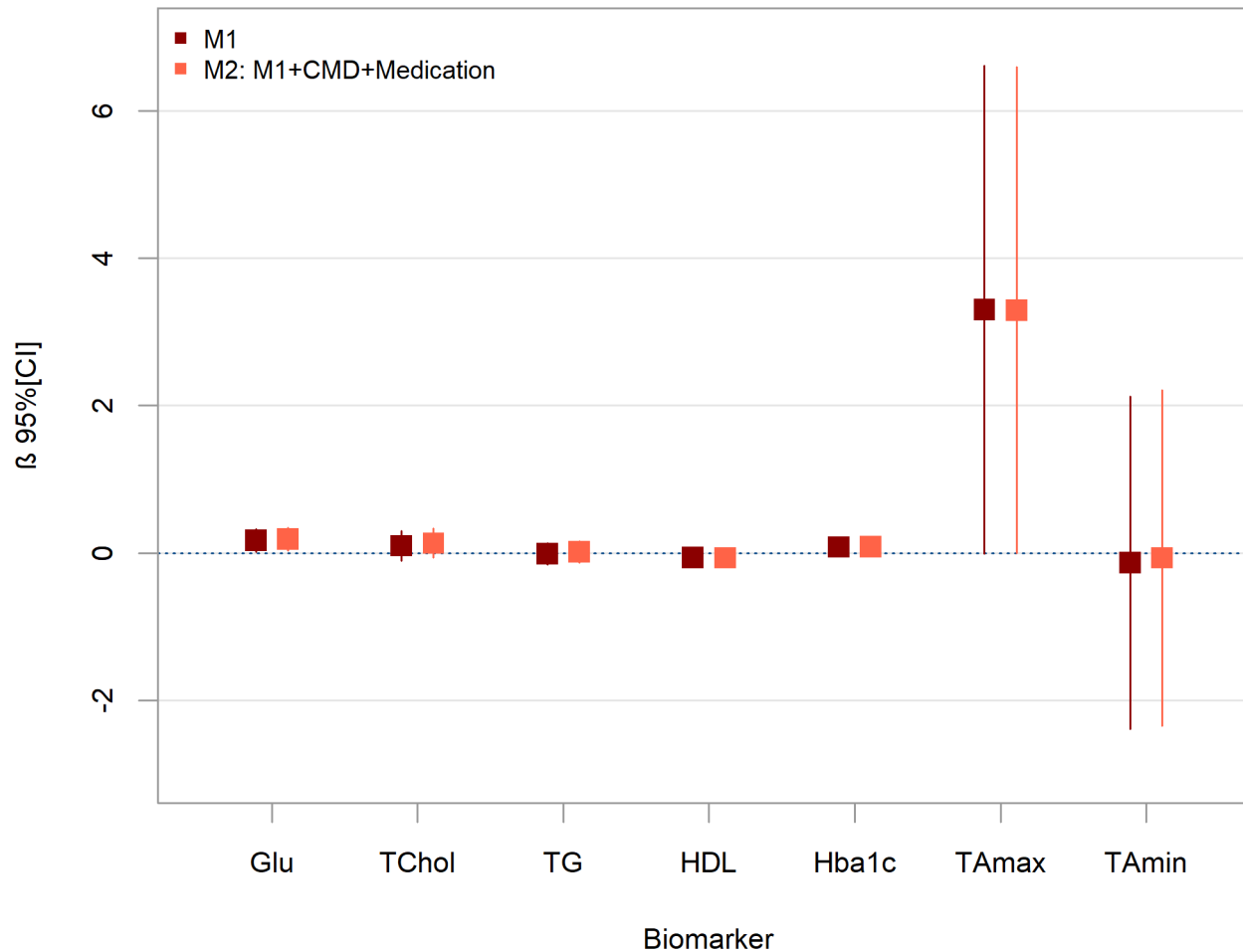


PF, physical functioning; RPh, role-physical; Pain, body pain; GenH, general health; Vit, vitality; Soc, social functioning; Em, role-emotional; MH, mental health; HTr, health transition

Verzicht auf Gesundheitsleistungen

Folgen für die Gesundheit

Zusammenhang zwischen dem Verzicht auf Gesundheitsleistungen in den Jahren 2008–2013 und verschiedenen Biomarkern beim Follow-up in den Jahren 2014–2016, N=400



Glu, glucose; TChol, total cholesterol, TG, triglycerides, HDL, HDL cholesterol; Hba1c, glycated hemoglobin; TAmox, maximum average blood pressure difference, TAmin, minimum average BP difference

Verzicht auf Gesundheitsleistungen – prekäre Bevölkerungsgruppen

- Gesundheits- und Administrativdaten ambulanter Patienten mit Typ-2-Diabetes – HUG
- „Parchemins“-Studien
 - ✓ Eine 2018 initiierte Kohorte, die darauf abzielt, eine Population von Migranten im Prozess der Regularisierung über einen längeren Zeitraum zu verfolgen
 - ✓ Einladung zur Beantwortung eines Online-Fragebogens zwischen Ende April und Anfang Mai 2020
- SEROCOV-VULN: klinisch und sozial benachteiligte Teilnehmende, rekrutiert unter ambulanten HUG-Patienten im Juni 2020
- COVIQUEST-Studie; Erwachsene aus der Warteschlange für die Verteilung von Lebensmitteln während des Teil-Lockdowns (Mai 2020)
- Verzicht auf Gesundheitsleistungen während der COVID-19-Krise unter prekären Bevölkerungsgruppen

Verzicht auf Gesundheitsleistungen – prekäre Bevölkerungsgruppen

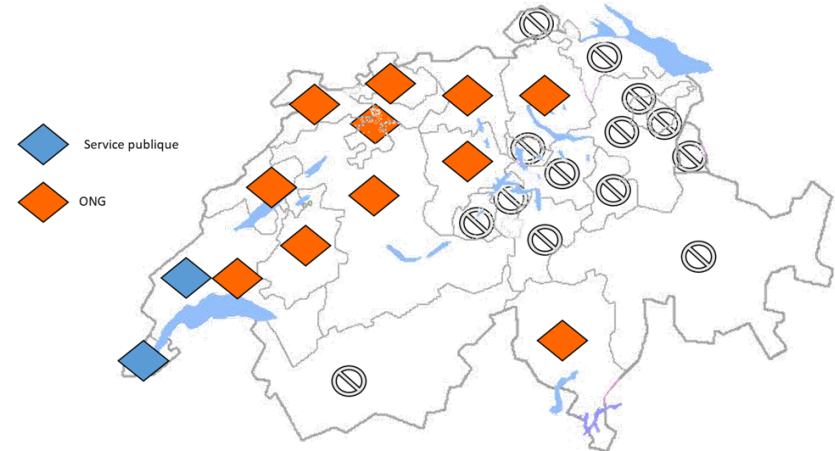
Ambulante HUG-Daten

Art der Gesundheitsleistungen und Inanspruchnahme von Leistungen

	All cases N (%) or mean (SD)	Insured (n = 118) N (%) or mean (SD)	Uninsured (n = 80) (%) or mean (SD)	p-value*
HbA1c tests (n)	2 (2)	2 (3)	2 (2)	0.4809
Annual HbA1c testing	180 (90.9 %)	105 (89 %)	75 (93.8 %)	0.3718
Annual cholesterol testing	170 (85.6 %)	102 (86.4 %)	68 (85 %)	0.9381
Annual kidney function testing	165 (83.3 %)	99 (83.9 %)	66 (82.5 %)	0.9484
Outpatient visits (n)	19.2 (18.1)	20.8 (21.6)	16.9 (10.9)	0.5330

SD standard deviation
*Comparison between insured and uninsured groups

Zugang zu nicht dringenden Gesundheitsleistungen für nicht versicherte Migranten in der Schweiz

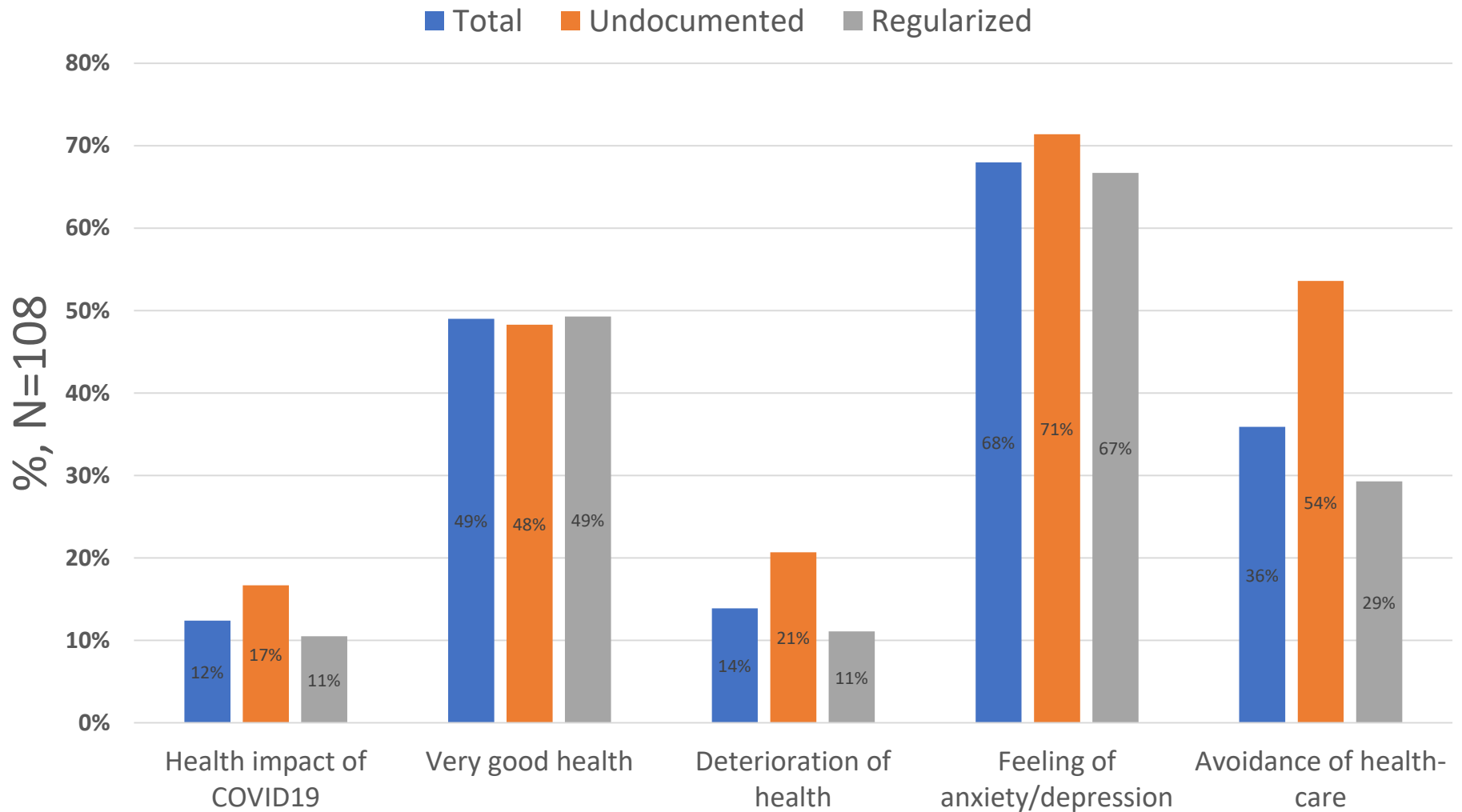


Jackson et al. BMC Health Services Research (2016) 16:540

Nationale Plattform Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers 2017

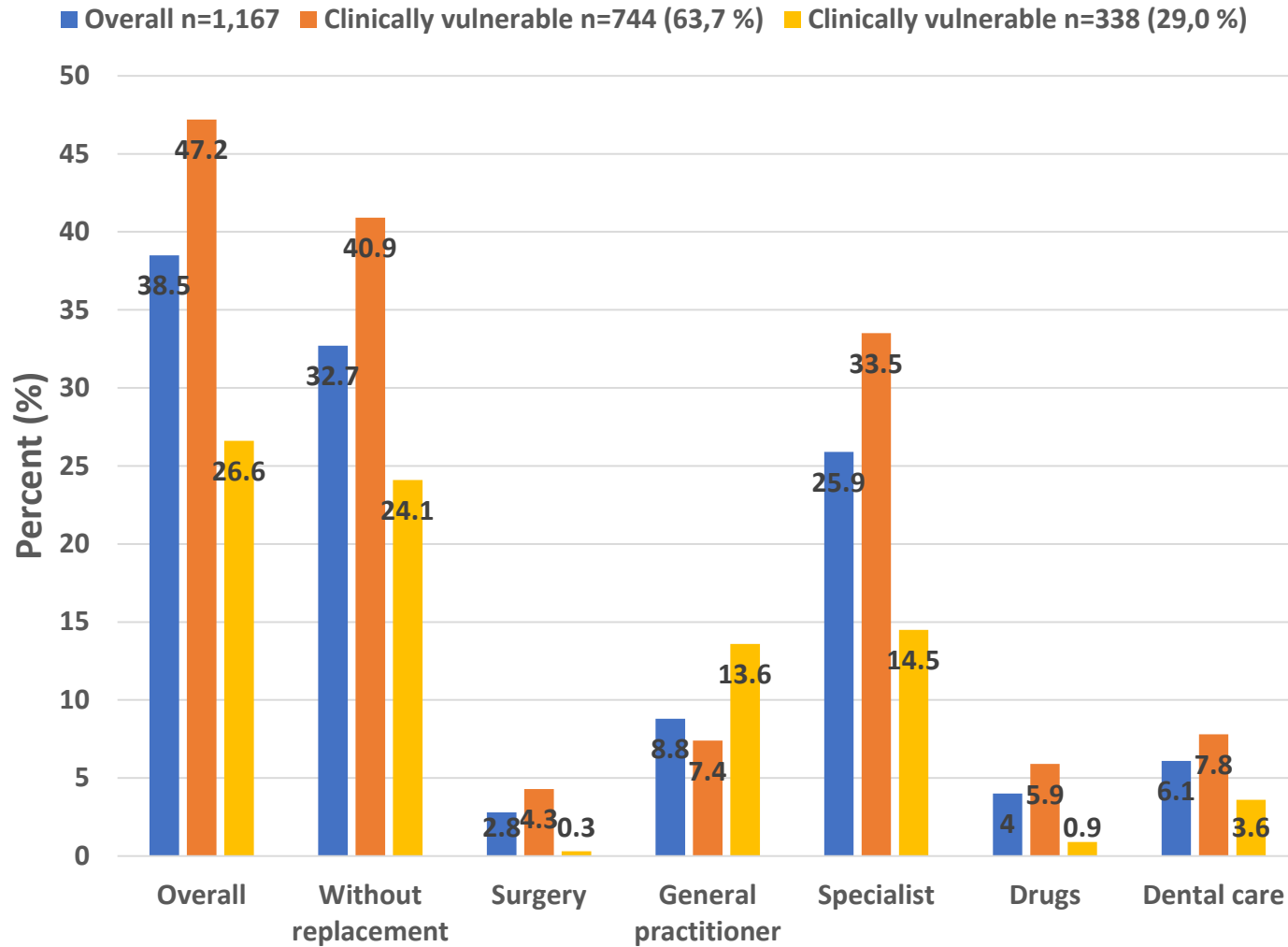
Verzicht auf Gesundheitsleistungen – Auswirkungen der Pandemie

„Parchemins“-Studie



Verzicht auf Gesundheitsleistungen – prekäre Bevölkerungsgruppen

SEROCOV-VULN



Verzicht auf Gesundheitsleistungen – prekäre Bevölkerungsgruppen

HUG-TESTZENTRUM

	Teilnehmer			
	All (n=3299), mean (SD) or n (%)	Underserved (n=215), mean (SD) or n (%)	General (n=3084), mean (SD) or n (%)	P-value
Sociodemographics and clinical characteristics				
Age	42.3 (14.9)	39.8 (12.7)	42.5 (15.0)	.012
Gender (female)	1764 (53.5)	111 (51.6)	1653 (53.6)	.575
Clinical risk factors				
> 1 chronic disease	1116 (33.8)	64 (29.8)	1052 (34.1)	.194
Multimorbidity (≥ 2 chronic diseases)	284 (8.6)	15 (7.0)	269 (8.7)	.379
Exposure to COVID-19				
Return from a highly endemic region	251 (7.6)	11 (5.1)	240 (7.8)	.157
Contact with a confirmed case	954 (28.9)	63 (29.3)	891 (891)	.898
Access to and uptake of testing				
Testing within 3 days after first symptoms' occurrence*	1401 (45.5)	79 (40.5)	1322 (45.8)	.149
Number of symptoms	4.3 (2.2)	4.2 (2.4)	4.3 (2.2)	.409
Testing during the first month of the program	1684 (51.0)	112 (52.1)	1512 (51.0)	.751
SARS-CoV-2 nucleic acid testing				
Positive	797 (24.2)	69 (32.1)	728 (23.6)	.005

Verzicht auf Gesundheitsleistungen – prekäre Bevölkerungsgruppen

COVIQUEST, N=532



Abschluss einer Krankenversicherung

- 40 % der Teilnehmenden
- Sans-Papiers: 10 % (davon 4 % wegen Zahlungsverzug nicht mehr versichert).

Verzicht auf Gesundheitsleistungen in den **letzten 2 Monaten**:

- 10 % der Teilnehmenden -> 58,6 % aus wirtschaftlichen Gründen/aufgrund fehlender Versicherung

Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Beginn der Covid-19-Epidemie

- 15,6 % der Teilnehmenden (Schweizer Staatsbürger besonders betroffen)

94 % der Kinder hatten einen behandelnden Kinderarzt

- „Sans-Papiers“-Kinder: 80 %

Mehrfacher Verzicht

Erheblicher Stress: Auswirkung der psychischen auf die körperliche Gesundheit

- Doppelte Belastung hier und im Heimatland

Häufiger Kontakt mit dem Virus aufgrund der Unfähigkeit, Schutzmaßnahmen zu ergreifen

Erschöpfung individueller und familiärer Ressourcen: Selbstbeschränkung

Priorisierung der Verwendung von Ressourcen auf Kosten von Ernährung und Gesundheitsleistungen; mehrfacher Verzicht

„Food was not my main concern. It was more critical for me to pay the rent than to care for food.“ (Brazilian woman, 50 years old, regularized).“

„I am diabetic but I didn't go to the hospital because I am afraid of the COVID.“ (Brazilian woman, 30y, undocumented).

Verzicht auf Hilfe (Scham, Angst, Zeitmangel)

“I know I could ask for the recognition of my rights [to be paid by the employer]. But this takes time and I have my rent to pay, my food, my phone... It is always the same story: either you fight for your rights, or you eat! I need to work, that's it.“ (Brazilian woman, 28y, regularized).

Schlussfolgerungen

- Die Prävalenz des Verzichts auf Gesundheitsleistungen ist hoch und scheint im Laufe der Zeit gestiegen zu sein
- Es bestehen regionale Unterschiede bezüglich des Anteils der Personen, die angeben, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten, möglicherweise aufgrund der Bevölkerungsstruktur, kultureller Faktoren und der Auslegung der Frage
- Es wurden große sozioökonomische Unterschiede bezüglich des Anteils der Bevölkerung festgestellt, der allgemein sowie insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichtet
- In Bezug auf Bevölkerungsgruppen in prekären Situationen ist in den Regionen der Schweiz, die den Zugang zu Gesundheitsleistungen mittels staatlicher Programme gewährleisten, der Zugang zu Gesundheitsleistungen verschiedener Art für Versicherte und Nichtversicherte vergleichbar
- Der rechtliche Status scheint den Zugang zu sowie den Verzicht auf Gesundheitsleistungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie ebenfalls zu beeinflussen
- Bezüglich des Zugangs zu Gesundheitsleistungen scheint die Pandemie keine Auswirkungen auf prekäre Bevölkerungsgruppen zu zeigen
- Sehr prekäre Bevölkerungsgruppen waren gezwungen, sich auf mehreren Ebenen einzuschränken und die Mietzahlung den Ausgaben für Nahrungsmittel und Gesundheitsleistungen vorzuziehen

Danksagung



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**
FACULTÉ DE MÉDECINE



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Prof. Idris Guessous
Dr. Yves Jackson
Dr. Stéphanie Baggio
Dr. Dusan Pretrovic
Kailing Marcus
Dr. José Sandoval

Dr. Nicole Fasel
Dr. Serge Houmard