

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА В УСЛОВИЯТА НА КОВИД-19 / HEALTH POLICY IN THE COVID- 19 ERA

КОСВЕНИТЕ ЕФЕКТИ НА ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19 – ОТЛАГАНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ПОСЛЕДСТВИЯТА ЗА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Мария Рохова¹, Медицински университет - Варна

Резюме

Цел: Косвените ефекти на пандемията от COVID-19 могат да бъдат много по-големи от проблемите, свързани със самата коронавирусна инфекция, от гледна точка на последствията за хроничните незаразни заболявания, увеличаване болестен товар за индивидите и обществото като цяло и възможностите на здравните системи да отговорят на нарасналите потребности. Целта на настоящото изследване е да се анализират причините и детерминантите за отлагане на използването на здравни услуги в България. По-конкретно са проучени делът на гражданите, които са отложили здравни услуги, мотивите за това решение и характеристиките на тези пациенти.

Методи: Използвани са данни от национално представително проучване, проведено през месец ноември 2021 г. с помощта на онлайн анкета след пълнолетни граждани. Общо 800 респонденти са включени в анализа.

Резултати: От участниците в проучването, 36,0% са отложили използването на здравни услуги през последните 12 месеца. От лечение или изследвания в извънболничната помощ са се въздържали 35,5%, а приемът в болница е забавен при 6,8% от респондентите. Сред причините за това решение са посочени страхът и притесненията от коронавирусната инфекция, които са водещи за отлагане на болнично лечение. Вероятността за отлагане на здравни услуги се асоциира със здравето състояние и наличието на хронично заболяване, както и с равнището на образование. Жените са по-склонни да се въздържат от търсене на медицинска помощ.

Заключение: Отказът или отлагането на здравни услуги могат да доведат до сериозни последствия за здравето на населението като цяло и конкретно на пациенти с хронични заболявания. Това предполага, че са необходими усилия, насочени към компенсиране на тези негативни ефекти в бъдеще.

Ключови думи: отлагане на здравни услуги, пандемия от COVID-19, достъп до здравни услуги, хронични заболявания, здравни неравенства.

¹ Мария Рохова е доцент в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването към Факултета на обществено здравеопазване на Медицински университет - Варна. Има магистърска степен по мениджмънт и докторска степен по администрация и управление от Икономически университет – Варна, както и придобита специалност по Медицинска информатика и здравен мениджмънт. Участва в експертната мрежа за здравни системи и политики и мрежата за отговора на здравните системи на пандемията от COVID-19 към Европейската обсерватория по здравни системи и политики.

INDIRECT EFFECTS OF THE COVID-19 PANDEMIC - POSTPONED HEALTH CARE AND CONSEQUENCES FOR THE HEALTH SYSTEM

Maria Rohova², Medical University – Varna

Abstract

Objectives: *The indirect effects of the COVID-19 pandemic could be far more significant than the directly associated with the prevalence of coronavirus disease. These effects are related to the consequences for chronic non-communicable diseases, higher burden of diseases on individuals and the society, and the capacity of health systems to meet the growing health needs. The aim of the study is to analyse the causes and determinants of delaying health care in Bulgaria. In particular, the share of the citizens who postponed or avoided care, the reasons for these decisions, and the patients' characteristics have been studied.*

Methods: *A national online survey was conducted in November 2021. A total of 800 adult citizens had completed the questionnaire and were included in the analysis.*

Results: *A total of 36.0% reported postponing care in the last 12 months; 35.5% forwent treatment or diagnostics in outpatient care, and 6.8% of the respondents avoided hospital admission. Fear and concerns about coronavirus infection are among the reasons for postponed outpatient care and a leading cause for deferred hospitalization. The likelihood of delaying care is associated with health status, chronic non-communicable diseases and the educational level. Women are more likely to forgo care.*

Conclusion: *Denial and postponement of health services have severe consequences for the health status and patients with chronic diseases in particular. More efforts are needed to overcome these adverse effects in the future.*

Key words: *postponed care, COVID-19 pandemic, access to health services, chronic diseases, health inequalities*

ВЪВЕДЕНИЕ

Пандемията от COVID-19 оказа безпрецедентен натиск върху здравните системи и подложи тяхната издръжливост на сериозно изпитание. В самото начало стана ясно, че нейните последици върху здравето на населението са много по-големи от тези, свързани непосредствено с инфекциозното заболяване. Косвените ефекти на пандемията се асоциират предимно с хроничните незаразни заболявания от гледна точка на болестния товар за индивидите и обществото като цяло, както и на капацитета и възможностите на здравните системи да отговорят на нарасналите потребности. Негативните последици върху заболяемостта и смъртността поради неизбежната реорганизация на предоставянето на здравни услуги и промените в търсенето им ще продължат да се мултиплицират в бъдеще и

² Maria Rohova is an Associate Professor at the Department of Health Economics and Management, Faculty of Public Health, Medical University-Varna. She holds a Master of Management and PhD in Administration and Management from the University of Economics-Varna and a specialty in Medical Informatics and Health Management. She is a member of the Health Systems and Policies Monitor expert network and the COVID-19 Health Systems Response Monitor network of the European Observatory on Health Systems and Policies.

ще засилват натиска върху здравеопазването (Banerjee et al., 2020; Canadian Medical Association/Deloitte, 2021; Maringe et al., 2020).

Много преди появата и разпространението на вируса SARS-CoV-2 са налице доказателства, че епидемиите от инфекциозни заболявания могат да се разглеждат като прогностични детерминанти за нарастване на хроничните незаразни болести (Ogoina et al., 2009). Крайно неблагоприятните ефекти на пандемията от COVID-19 върху профилактиката, скрининга, диагностиката и лечението на неинфекциозните заболявания вече са налице. Множество изследвания проследяват промените в предоставянето на здравни услуги по време на пандемията и връзката им с т.нар. пикови моменти на разпространение. Резултатите от тези изследвания демонстрират значително намаление в използваемостта на медицинска помощ и здравни грижи в много държави по света. Пандемията става причина за отменяне или отлагане на голяма част от регулярните прегледи и диагностични изследвания в извънболничната помощ, както и профилактичните прегледи, плановите имунизации и периодичните скринингови изследвания (Chudasama et al., 2020; Mehrotra et al., 2020; Schäfer et al., 2021; Verhoeven et al., 2020). По време на първата вълна през пролетта на 2020 г. прегледите за пациенти с хронични незаразни болести намаляват драстично в някои държави, например Канада отчита спад между 68 и 94% спрямо същия период на 2019 г., който варира от 60% при пациенти с хипертония до 87% при пациенти с диабет (Canadian Medical Association/Deloitte, 2021). Намалението на амбулаторните прегледи, съчетано с отлагането на плановия прием в болниците, води до значително по-нисък брой хоспитализации, свързани с лечение на хронични незаразни болести (Blecker et al., 2020). Проучване на Световната здравна организация (СЗО), проведено през 2020 г., показва, че диагностиката и лечението на тези заболявания са нарушени от обичайния си ритъм в почти всички държави-членки на организацията (WHO, 2020). Най-голямо безпокойство обаче предизвиква сериозният спад в хоспитализациите и забавяне на лечението на спешни състояния като инфаркт и инсулт, които изискват бърза реакция за най-голям шанс за възстановяване (Bersano et al., 2020; Bhatt et al., 2020; Blecker et al., 2020; Metzler et al. 2020; Solomon et al., 2020; Tartari et al., 2020; Uchino et al., 2020). Тези негативни промени в използваемостта на различните видове здравни услуги се асоциират с интензитета на разпространение на коронавирусната инфекция, като дори и след облекчаване на мерките дейността на лечебните заведения не се възстановява до равнищата, предхождащи пандемията (Ball et al., 2020; Giannouchos et al., 2021).

Някои анализи в България показват същата тенденция, като за периода февруари - април 2020 г. броят на пациентите, потърсили помощ при спешни и животозастрашаващи кардиологични и неврологични състояния, намалява значително и се наблюдава забавяне в лечението на пациенти с онкологични заболявания (Индекс на болниците, 2020). До края на 2020 г. спадът, асоцииран с първата вълна на пандемията, частично е компенсиран, но като цяло дейността не се възстановява напълно до нивата от 2019 г. (Индекс на болниците/Галъп интернешънъл, 2021).

Влиянието на пандемията върху достъпа до здравни услуги и възможностите на пациентите да получат необходимата им медицинска помощ са също предмет на множество изследвания. Според проучванията значителен дял от населението съобщава за отлагане или отменяне на вече насрочени посещения, изследвания или процедури, включително и по повод на контрола или лечението на хронични заболявания (Anderson et al., 2021; Doncarli et al., 2021; Douillet et al., 2022; Giannouchos et al., 2022; Hajek et al., 2021; Menon et al., 2022; Smolić et al., 2021; Urban Institute, 2021). Не е изненадващо, че хората с по-ниски доходи, уязвимите групи и пациентите с влошено здраве са по-силно засегнати и съответно са по-склонни да отлагат здравни услуги (Baggio et al., 2021; Menon et al., 2022; Smolić et al., 2021; Urban Institute, 2021).

Отлагането на медицинска помощ по време на пандемията е обусловено от различни фактори, свързани от една страна с перспективата на пациентите, а от друга – с решения на изпълнителите или ограничения, наложени в самата здравна система. Мерките, предприети на национално или регионално ниво, засягат и предоставянето на някои видове здравни услуги, както и реорганизация на лечебни заведения и структурни звена. Наред с това, самите лечебни заведения ограничават предоставяните услуги заради влиянието на пандемията или поради необходимостта от пренасочване на човешки и материални ресурси към лечението на пациенти с коронавирусна инфекция (Ball et al., 2020; Smolić et al., 2021). Ограниченията, свързани с придвижването между различни населени места, както и някои мерки, засягащи обществения транспорт, създават допълнителни бариери за достъп до необходимите здравни услуги (Cuschieri & Mamo, 2021; Czeisler et al., 2022; Giannouchos et al., 2022; Mauro et al., 2020).

От гледна точка на пациентите основната причина за отлагане на посещенията при медицински специалисти, дори и поради сериозен здравен проблем, е страхът от експозиция на вируса и възприемането на лечебните заведения като рискова среда (Czeisler et al., 2022; Lazzarini et al., 2020; Menon et al., 2022; Rosenbaum, 2020). Притесненията нарастват при пациенти, за които възрастта и/или наличието на придружаващи заболявания са допълнителни рискови фактори при евентуално заразяване (Gheorghe et al., 2021b; Hajek et al., 2021; Hoerold et al., 2021; Mauro et al., 2020). Публичните комуникации, особено в началото на пандемията, се фокусират основно върху мерките за ограничаване на социалните контакти, спазване на физическа дистанция и социална изолация, което допълнително засилва страхът на тези пациенти и увеличава вероятността да отлагат или отказват прегледи и изследвания. Икономическите ефекти на пандемията като несигурност за работното място, загуба на източници на доход в домакинството и др. също допринасят за това (Giannouchos et al., 2022). Изследвания в България, макар и малко на брой, достигат до подобни резултати – около 15% от пълнолетните граждани съобщават за отлагане или отменяне на здравна услуга поради собствено решение или по преценка на медицински специалист, а 28% отбелязват затруднения при осигуряването на лекарства и консумативи през пролетта на 2020 г. (Индекс на болниците/Галъп интернешънъл, 2020).

Вследствие на пандемията вече се наблюдават редица негативни ефекти в посока на увеличаване на заболяемостта от незаразни болести и повишаване на смъртността. Смъртността нараства и достига връхни точки в унисон с пандемичните вълни, но превишението на смъртните случаи над равнищата от предходните години (или т.нар. свръхсмъртност) не може да се обясни само с коронавирусната инфекция. Доказателства от различни държави показват, че пандемията е довела до ръст на смъртността от диабет, инсулт, сърдечно-съдови и онкологични заболявания (Banerjee et al., 2020; Figueroa et al., 2020; Modig et al., 2021; Woolf et al., 2020). Забавянето в диагностиката и лечението води до закъснели диагнози и влошаване на здравето, особено при групи в повишен риск или хора с хронични заболявания. Прогнозите са за дългосрочен ефект върху здравното състояние, повишаване на потребностите от здравни услуги и нарастване на тежестта на заболяванията (Canadian Medical Association/Deloitte, 2021; Yong et al., 2021). Неблагоприятните последици са свързани с увеличаване на смъртните случаи, които могат да бъдат предотвратени с добра профилактика или лечение и със загуба на години живот за пациентите (Einstein et al., 2021; Maringe et al., 2020). Всичко това увеличава разходите на системата и води до други икономически и социални последици като загуба на трудоспособност и намаляване на продуктивността, които според създадените прогностични модели се очаква да бъдат значителни (Canadian Medical Association/Deloitte, 2021; Gheorghe et al., 2021a; Nepogodiev et al., 2020).

Високите стойности на показателя за свръхсмъртност в България показва, че са налице голям брой смъртни случаи, които определяме като косвени ефекти от пандемията. Като цяло свръхсмъртността през 2020 г. е над два пъти по-висока от броя на съобщените смъртни случаи от COVID-19 (OECD/EOHSP, 2021). Тя продължава да нараства и през 2021 г., като през месец ноември достига 88% при средна стойност от 27% в Европейския съюз (Eurostat, 2022). Трудно можем да разделим влиянието на отделните фактори, които водят до толкова висока смъртност в нашата страна. Тя по-скоро е резултат от комплексното въздействие на такива, свързани с наложените мерки на национално и регионално равнище, натоварването на системата и лечебните заведения, както и решенията на пациентите да отлагат търсенето на медицинска помощ.

Целта на настоящото изследване е да се анализират причините и детерминантите за отлагане на използването на здравни услуги в България. По-конкретно са проучени делът на гражданите, които са отложили използването на първична и специализирана извънболнична помощ или прием в болница, причините за това решение и характеристиките на тези пациенти. Причините за отлагане или въздържане са изследвани в тяхната цялост, като наред с такива, които могат да се определят като традиционни и добре познати (преки плащания за здравни услуги, необходимост от пътуване до друго населено място, дълго време за чакане и т.н.) са добавени и тези, предизвикани от пандемията. Познаването на факторите и детерминантите на отлагането може да бъде от полза за характеризиране на лицата, изложени на риск по време на извънредната епидемична ситуация.

МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Изследването представя доказателства за отлагането на здравни услуги по време на втората и третата вълни от пандемията. Използвани са данни от национално представително проучване, което е проведено през месец ноември 2021 г., свързани с решенията на респондентите да отложат медицинска помощ за предходните 12 месеца. Периодът не обхваща началото на пандемията, тъй като мерките през пролетта на 2020 г. включват и преустановяване на регулярни консултации, профилактични прегледи, планов прием в болница, както и ограничения в движението между областните градове, които предполагат много повече отложени услуги. През следващите месеци мерките, насочени към предоставянето на здравни услуги на пациенти без доказана коронавирусна инфекция, са облекчени и засягат основно плановите хоспитализации в отделни области или в цялата страна. Дейността в извънболничната помощ не е ограничена. За периода, който обхваща проучването, няма наложени мерки, свързани с придвижването между населени места. Това предполага, че отлагането на здравни услуги в извънболничната помощ е основно по решение на пациентите или поради голямата натовареност на лечебните заведения.

Проучването е проведено със стандартизирана онлайн анкета сред пълнолетни граждани в цялата страна. След отстраняване на непълните въпросници броят на респондентите, чиито отговори са анализирани, е 800.

В анкетата са включени въпроси за отлагането на различни видове медицинска помощ, разделени в четири групи – първична медицинска помощ (посещение при общопрактикуващ лекар (ОПЛ)), преглед при лекар-специалист, диагностично изследване в извънболничната помощ (лабораторно или образна диагностика) и болнична помощ. Повикванията към централните за спешна медицинска помощ и посещенията в спешните отделения на болниците, както и здравните услуги в денталната помощ не са включени в изследването. Възможните отговори са формуирани в дихотомна скала с възможни отговори - „да“ (респондентът е отлагал използването на някоя от посочените здравни услуги) и „не“ (използването на здравните услуги е съгласно планираното, според потребностите на респондента или не се е налагало). Отлагането на услугите се използва като зависима променлива в проведенния анализ. На респондентите, посочили, че са отложили посещения в извънболничната помощ или прием в болница, са зададени допълнителни въпроси за причините, поради които са взели това решение. В проучването са включени различни социално-демографски и икономически променливи като пол, възраст, етнос, образование, местоживеење (населено място), брой членове на домакинството и доходи, както и някои специфични въпроси за здравноосигурителния статус и здравното състояние, включително и наличието на хронично заболяване. Тези въпроси служат като независими променливи за определяне на детерминантите на решението за отлагане.

Проучването е одобрено от Комисията по етика на научните изследвания към Медицински университет - Варна и е проведено от специализирана социологическа агенция.

Използвани са дескриптивни статистически анализи за представяне на изследваната популация и стратифициране по променливи за отлагане на здравни услуги. Наличието на статистически значими разлики е проверено с помощта на χ^2 -тест за съответствие. За установяване на влиянието на социално-демографските, икономическите и специфичните характеристики върху решението за отлагане е проведен многофакторен регресионен анализ (биномиална логистична регресия). Статистическата значимост е определена при стойности на $p < 0,05$. За статистическата обработка и анализ на данните е използван специализиран софтуер (jamovi, version 2.2.5).

РЕЗУЛТАТИ

От 800 участници в проучването, 288 или 36,0% са отложили използването на здравни услуги (общо в извънболничната и болничната помощ) през последните 12 месеца преди провеждането на анкетата. От лечение или изследвания в извънболничната помощ са се въздържали 284 души (35,5%), а приемът в болница е забавен при 54 души (6,8%). Прегледите и консултациите при общопрактикуващ лекар (24,9%) или специалист (24,5%) от извънболничната помощ са посочени от най-голям дял от респондентите като отложени за изследвания период (Табл. 1). В по-малък дял от случаите (16,0%) са забавени диагностични изследвания, като трябва да се има предвид, че те зависят предимно от насочване/направление след преглед при лекар.

Табл. 1. Отлагане на използването на здравни услуги по видове

Здравни услуги		Брой	Относителен дял	p ¹	95% CI ²
Посещение при ОПЛ	да	199	24,9	<,001	21,91-28,02
	не	601	75,1	<,001	71,98-78,09
Преглед при лекар-специалист в извънболничната помощ	да	196	24,5	<,001	21,56-27,63
	не	604	75,5	<,001	72,37-78,44
Диагностични изследвания в извънболничната помощ	да	128	16,0	<,001	13,53-18,73
	не	672	84,0	<,001	81,27-86,47
Прием в болница	да	54	6,8	<,001	5,11-8,72
	не	746	93,2	<,001	91,28-94,89

Бележки: ¹Стойностите на p са определени въз основа на χ^2 -тест за съответствие. Всички разлики в относителните дялове са статистически значими. ²95% CI – 95% доверителен интервал

От респондентите, които заявяват, че са отложили използването на здравни услуги, 59,4% са жени, 38,2% попадат в първи, втори и трети доходни квинтили (с ниски и средни доходи), 37,8% са жители на град, който не е областен център, или село и 33,3% определят своето здравно състояние като „задоволително“, „лошо“ или „много лошо“ (и при трите опции се предполага наличие на хронично заболяване).

Традиционно причините за отлагане на преглед и изследвания в извънболничната помощ са свързани с някои аспекти на достъпа до тези услуги – разходи на пациентите, необходимост от пътуване до друго населено място или необходимост от отсъствие от работа (алтернативни разходи), дълго време за чакане (до насрочения ден за преглед или в

лечебното заведение). Към тях пандемията от COVID-19 добавя и страх от инфекциозното заболяване, като при 16,5% от респондентите тази причина присъства сред мотивите за отлагане (Фиг. 1). Тя се съчетава с останалите или се посочва като единствена причина. Участниците в проучването най-често изтъкват необходимостта за отсъствие от работа като мотив да се въздържат от търсенето на медицинска помощ, което се свързва и с втория по честота – дълго време за чакане в лечебното заведение (Фиг. 1). Това би могло да се дължи и на прекаленото натоварване на здравната система и отделните лечебни заведения, особено по време на пикови моменти от разпространението на коронавирусната инфекция.

Фиг. 1. Причини за отлагане на здравни услуги в извънболничната помощ



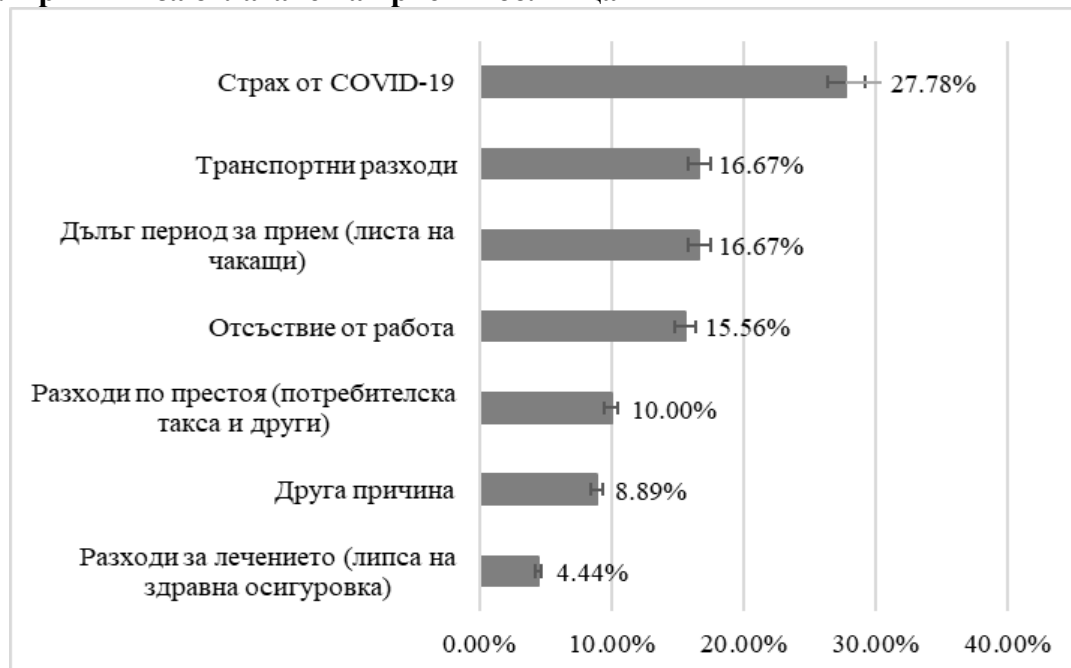
Бележки: Респондентите могат да посочат няколко отговора. Относителните дялове са изчислени въз основа на общия брой отговори за всички причини (n=413).

Въпреки че тези причини са валидни и преди пандемията, е възможно те да засилват своето влияние след появата на COVID-19. Някои от респондентите в опцията „други“ посочват отсъствие на лекар поради заболяване или карантина. Или можем да обобщим, че пандемията дава отражение и на другите причини и засилва влиянието на съществуващите бариери пред достъпа до здравни услуги.

Въпреки че респондентите, съобщаващи за отлагане на хоспитализация, са значително по-малко на брой (n=54), водещата причина за това решение е страхът от COVID-19 (Фиг. 2). Вероятно болничните лечебни заведения се възприемат като много по-рискови за експозиция на SARS-CoV-2. Необходимостта от прием в друго населено място и за отсъствие от работа по време на болничния престой също оказват влияние за отлагане на хоспитализацията. Като други причини са посочени мерките за ограничаване на разпространението на коронавирусната инфекция - преустановяване на плановия прием в болничните лечебни заведения в отделни периоди, както и грижите за близки в тежко състояние или отглеждането на деца. Дълготното време за чакане до насрочената дата за прием също до голяма

степен е повлияно от пандемията, тъй като по принцип листите на чакащите не са значима бариера пред достъпа до болнична помощ в България.

Фиг. 2. Причини за отлагане на прием в болница



Бележки: Респондентите могат да посочат няколко отговора. Относителните дялове са изчислени въз основа на общия брой отговори за всички причини (n=90).

Многофакторният регресионен анализ показва, че респондентите, които оценяват здравето си състояние като добро (OR=0,64), задоволително (OR=0,35) или лошо (OR=0,20) или които са със средно (OR=1,54) или основно образование (OR=6,17), са по-склонни да отлагат използването на здравни услуги, отколкото участниците в много добро здравно състояние или с по-висока степен на завършено образование (Табл. 2). Жените се въздържат по-често от търсене на медицинска помощ (OR=0,69), което може да се обясни и с грижите, полагани за малки деца или за близки в тежко състояние. Хората, оценяващи здравето си като много лошо, е по-вероятно да отложат преглед или изследване, въпреки че разликите тук не са статистически значими (Табл. 2). Останалите фактори, които са изследвани, не се асоциират с по-голяма вероятност за отлагане, но делът на пропуснатите посещения обикновено се увеличава с възрастта на пациентите. По-възрастните хора вероятно са по-склонни да отлагат лични посещения поради притеснения от COVID-19. Хората със съпътстващи заболявания, които увеличават риска от тежко протичане на коронавирусната инфекция, по принцип се нуждаят от повече изследвания, грижи и лечение, което потенциално допринася за по-голямата вероятност те да избягват по-често посещенията на лечебни заведения.

Табл. 2. Връзка между характеристиките на респондентите и отлагането на здравни услуги (общо в извънболничната и болничната помощ)

Фактор	p	OR ¹	95% CI ²
Пол: референтна стойност мъже			
жени	0,021	0,69	0,51-0,95
Възраст: референтна стойност 18-29 год.			
30-39 год.	0,087	0,67	0,42-1,06
40-49 год.	0,696	1,10	0,67-1,81
50+ год.	0,855	1,04	0,67-1,63
Етническа принадлежност: референтна стойност българска			
турска	0,312	1,41	0,73-2,73
ромска	0,258	1,92	0,62-5,93
друга	0,753	1,44	0,15-14,08
Местожителство (тип населено място): референтна стойност София			
областен град	0,966	0,99	0,64-1,53
малък град	0,361	1,27	0,76-2,12
село	0,711	1,10	0,66-1,85
Образование: референтна стойност висше образование			
основно	0,003	6,17	1,88-20,22
средно	0,028	1,54	1,05-2,27
полувисше	0,456	0,77	0,39-1,53
Доход на член от домакинството: референтна стойност първи квинтил³ (най-ниски доходи)			
втори квинтил	0,481	0,78	0,40-1,54
трети квинтил	0,560	1,23	0,61-2,47
четвърти квинтил	0,575	0,81	0,39-1,68
пети квинтил	0,907	1,04	0,54-1,98
Здравноосигурителен статус: референтна стойност здравноосигурен/а			
с прекъсвания в здравното осигуряване	0,421	0,75	0,37-1,51
неосигурен/а	0,662	0,81	0,31-2,09
Самооценка на здравето: референтна стойност „много добро“⁴			
много лошо	0,055	0,10	0,01-1,05
лошо	<,001	0,20	0,09-0,45
задоволително	<,001	0,35	0,21-0,56
добро	0,027	0,64	0,43-0,95

Бележки: ¹Представени са разликите между дела на участниците в проучването, които не са отлагали използването на здравни услуги и онези, които отговарят положително на този въпрос. Статистически значимите разлики са отбелязани. ²95% CI – 95% доверителен интервал. ³Доходните квинтили са определени въз основа на данни от НСИ за разпределение на индивидите спрямо годишния доход (НСИ, 2021). ⁴За самооценката на здравето е използвано разделение в пет групи, съобразено с Европейското здравно интервю.

ДИСКУСИЯ

За периода, който обхваща проучването (декември 2020 – ноември 2021 г.), мерките за ограничаване на разпространението на коронавирусната инфекция в България засягат два пъти плановия прием и плановата оперативна дейност в лечебните заведения за болнична помощ. През месец ноември 2020 г. те са преустановени на територията на цялата страна, с изключение на дейностите, свързани с трансплантация на органи, тъкани и клетки, диагностиката и лечението на пациенти с онкологични и онкохематологични заболявания, асистираната репродукция и ражданията, рехабилитацията, продължителното лечение и

психиатричната помощ. В средата на януари 2021 г. плановият прием в болниците е възстановен. В началото на есента на 2021 г. в отделни области на страната, където заболяемостта от COVID-19 е висока, са ограничени плановите хоспитализации. С нарастване на случаите през ноември 2021 г. със заповед на Министерството на здравеопазването плановият прием отново е преустановен на територията на цялата страна. Или общо в рамките на изследвания период хоспитализациите са ограничени за около три месеца. Дейностите в извънболничната помощ не са засегнати от мерките. Това предполага, че отлагането на медицинската помощ по причини, свързани с COVID-19, се дължи или на страха и притесненията на самите пациенти, или на натоварването на лечебните заведения и насочване на част от ресурсите им за лечение на инфекциозното заболяване.

Предходно проучване в България установява значително по-висок относителен дял на респондентите, отложили посещение при ОПЛ (53,7%), посещение при специалист (38,51%) или прием в болница (15,7%). Данните обаче не са напълно съпоставими, тъй като проучването е проведено само в Североизточния регион преди пандемията от COVID-19 (Atanasova et al., 2016). В това предходно изследване най-засегнати са хората с по-ниски доходи, живеещи в по-малките населени места. Основните причини за отлагане са отново времето за чакане, необходимостта за отсъствие от работа и разходите, свързани или с преките плащания за здравните услуги, или с транспорт и други съпътстващи дейности. Тези проблеми в достъпа продължават да се установяват и през 2021 г., но към тях се добавят и причините, произтичащи от пандемията. В проучване на Галъп интернешънъл от месец май 2020 г. при респондентите, които срещат затруднения, приблизително равен е дялът на онези, които сами са отложили или отменили посещения и на онези, на които им е отказан или отложен преглед от изпълнители на медицинска помощ (Индекс на болниците/Галъп интернешънъл, 2020).

В началните месеци от пандемията подобни проучвания в други държави установяват много по-висок дял респонденти, които пропускат или отлагат посещения в лечебните заведения (Anderson et al., 2021; Smolić et al., 2021). Тъй като настоящото проучване е проведено по-късно, прегледите и изследванията, които първоначално са пропуснати, може да са разсрочени и осъществени впоследствие. Сходни стойности докладват изследвания, осъществени между август и декември 2020 г. в САЩ (Giannouchos et al., 2022), във Франция, макар и с по-нисък дял отложено използване на медицинска помощ (Douillet et al., 2022), и в Швейцария, но само сред уязвими групи (Baggio et al., 2021).

Подобно на резултати от проучванията в Европа (Baggio et al., 2021; Menon et al., 2022; Smolić et al., 2021), в България хората, които определят здравето си като задоволително или лошо, са по-склонни да отлагат здравни услуги в сравнение с онези, които оценяват здравето си като много добро. Респонденти, които съобщават за здравни проблеми, особено произтичащи от хронични заболявания, е по-вероятно да се откажат от здравни услуги, тъй като се чувстват по-застрашени от вируса (Menon et al., 2022). Същевременно именно хората със съпътстващи заболявания, които увеличават риска от тежко протичане на коронавирусната инфекция, е по-вероятно да се нуждаят от по-често наблюдение и лечение

на тези състояния, което потенциално допринася за по-високата честота, с която съобщават за въздържане или отлагане на медицинска помощ и здравни грижи (Czeisler et al., 2022). Отказът от здравни услуги се случва по-често при жени и пациенти с по-ниско ниво на образование, при които притесненията са по-големи (Baggio et al., 2021).

Изследванията в контекста на пандемията показват, че отказът от или отлагането на здравни услуги имат висока честота и могат да доведат до сериозни последствия за здравето. Широкото медийно отразяване, фокусирано върху разпространението на инфекциозното заболяване, свръхнатоварването на болниците и критичния недостиг на оборудване и персонал, засилва притесненията и страха от COVID-19. Противоречивите съобщения от различни източници водят до загуба на доверие и липса на възможност за критична преценка на достоверността на информацията и източниците, които я разпространяват. В този смисъл ефективните публични комуникации в общественото здравеопазване са ключов фактор не само за ограничаване на разпространението на инфекциозни заболявания, но и за предотвратяване на повишаването на заболяемостта от хронични незаразни болести (Dorfer et al., 2020; Finset et al., 2020; Lazzerini et al., 2020). Информацията към обществеността трябва да подчертава и рисковете от забавяне на лечението и грижите, особено за хора със съпътстващи заболявания, както и значението на навременната спешна помощ. Притесненията на пациентите могат да бъдат адресирани чрез представяне на предпазните мерки за намаляване на риска от експозиция на вируса, осигурени в лечебните заведения (Czeisler et al., 2022).

Търсенето на нови, по-гъвкави начини за предоставяне на здравни услуги също е възможност за преодоляване на негативните ефекти на пандемията върху профилактиката и лечението на хроничните незаразни заболявания. Възможностите на телемедицината са една от най-често дискутираните алтернативи за посрещане на здравните потребности на пациентите. Още в началото на пандемията много държави бързо разширяват обхвата на телемедицинските консултации, за да поддържат до известна степен обичайното предоставяне на услуги. Мерките в това отношение са свързани и с финансирането на тези услуги от публични източници (Doncarli et al., 2021). В България са направени някои стъпки в тази посока, но само по отношение на издаването на електронна рецепта и електронно направление. Телемедицинските консултации се предлагат от някои изпълнители на медицинска помощ, но се заплащат само от частни източници (директно от пациента или по линия на доброволното здравно осигуряване). В началото на пандемията някои неправителствени организации и общини осигуряват възможност за телеконсултации за пациенти с хронични заболявания, както и консултации с психолог във връзка с нарастващите случаи на безпокойство и депресивни състояния (по информация от Единния информационен портал - <https://coronavirus.bg/>). Изследвания на Eurofound (2020) показват, че около 18,9% от интервюираните в България са получили медицинска консултация по интернет или по телефон по време на първата вълна от пандемията и 29,6% - една година след обявяване на пандемията. В други държави обаче този дял бързо нараства между юни 2020 и март 2021 г. и достига 60-70% вследствие от предприетите мерки за осигуряване на подобни

възможности като частична компенсация на ограниченията при предоставяне на здравни услуги (Eurofound, 2020).

Телемедицинските консултации безспорно имат редица предимства в условията на пандемия и могат да ограничат риска от експозиция на вируса, както и да помогнат за ограничаване на разпространението на инфекцията. Друго предимство на телемедицината, необходимостта от която се увеличава по време на извънредни епидемични ситуации, е предоставянето на здравни услуги за население в региони със затруднен достъп. Телеконсултациите дават възможност и за обучение и подкрепа на пациентите за т.нар. самостоятелно наблюдение и грижи за хронични заболявания (*chronic disease self-management*), включително и с помощта на мобилни приложения (Chudasama et al., 2020; Danhieux et al., 2020). Въпреки редицата предимства широкото приложение на телемедицинските консултации крие и някои рискове, свързани със засилване на неравенствата в достъпа до здравни услуги, особено при уязвими групи и по-възрастни хора, живеещи в отдалечени населени места (Chang et al., 2021). Това предполага насочване на усилия за преодоляване или минимизиране на тези потенциални рискове.

Настоящото изследване за отлагането на здравни услуги в България има няколко ограничения. Първо, периодът, който обхваща, изключва началото на пандемията, поради което изследваният проблем може да е подценен. Липсата на подобно проучване, обхващащо първата вълна от разпространението на SARS-Cov-2, не позволява директно сравняване на резултатите и проследяване на тенденциите във времето. Второ, анкетата е проведена онлайн поради необходимостта от ограничаване на физическите контакти, което предполага по-слабото представяне на някои групи от населението – възрастни хора, жители на селата, хора с по-ниско образование и доходи. Самата форма на провеждане на анкетата отчасти нарушава принципа за случаен подбор на респонденти. И трето, изследването не се фокусира единствено върху влиянието на пандемията за решението за отлагане, а проследява как притесненията и страхът от инфекциозното заболяване се съчетават или добавят към останалите мотиви за въздържане от профилактика или лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ефектите на пандемията изискват и в бъдеще големи усилия за ограничаване на неблагоприятните последици и дългосрочното им въздействие както върху здравето на населението, така и върху здравната система. Пациентите с хронични заболявания трябва да бъдат насърчавани да търсят медицинска помощ и здравни грижи, като допълнително се идентифицират и групи в по-висок риск. Използването на по-гъвкави форми за предоставяне на здравни услуги е необходимо да бъде ускорено за подкрепа на грижите за уязвими пациенти.

Усилията трябва да бъдат насочени към компенсиране на тези негативни ефекти и изискват по-големи инвестиции в човешките ресурси на здравната система, които освен че са недостатъчни за посрещане на нарастващите здравни потребности, са и крайно изтощени от пандемията. Отдавна отлаганите здравни реформи е необходимо да бъдат ориентирани към

търсене на по-ефективни модели за предоставяне на здравни услуги. Увеличаващите се различия в здравето на отделни групи от населението изискват спешно внимание, защото пандемията и свързаните с нея икономически последици засилват съществуващите и преди появата на COVID-19 здравни неравенства.

„Уроците“ на пандемията от COVID-19 ни насочват за пореден път към ценности и принципи на здравните системи, които трябва да ръководят здравната политика. Осигуряване на универсален достъп, преодоляване на неравенствата, внимание към рисковите групи са само примери за действия, които трябва да се предприемат, включително и по отношение на повишаване на готовността на здравната система в случаи на бъдещи извънредни ситуации.

БИБЛИОГРАФИЯ

Индекс на болниците/Галъп интернешънъл (2020). 15% с проблем с достъпа до лекар по време на пандемията [Indeks na bolnitsite/Galap interneshanal (2020). 15% s problem s dostapa do lekar po vreme na pandemiyata. Available at: <https://clinica.bg/12249-15--s-problem-s-dostupa-do-lekar-po-vreme-na-pandemiqta>. Accessed: 05.02.2022].

Индекс на болниците (2020). Инсултите са „намалели“ с 21% по време на COVID-19 [Indeks na bolnitsite. Insultite sa „namaleli“ s 21% po vreme na COVID-19. Available at: <https://clinica.bg/12173-Insultite-sa-%E2%80%9Eenamaleli%E2%80%9C-s-21--po-vreme-na-Kovid-19>. Accessed: 02.02.2022].

Индекс на болниците/Галъп интернешънъл (2021). COVID понижи с 18% дейността в инвазивната кардиология [Indeks na bolnitsite/Galap interneshanal. COVID ponizhi s 18% deynostta v invazivnata kardiologia. Available at: <https://www.gallup-international.bg/44478/covid-19-cardiology-insults/>. Accessed: 02.02.2022].

Национален статистически институт (2021). Бюджети на домакинствата в Република България 2020. НСИ, София [Natsionalen statisticheski institut (2021). Byudzheti na domakinstvata v Republika Bulgaria 2020. NSI, Sofia. Available at: <https://nsi.bg/en/content/18899/household-budgets-republic-bulgaria-2020>].

Anderson, K., McGinty, E., Presskreischer, R., Barry, C. (2021). Reports of forgone medical care among US adults during the initial phase of the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034882.

Atanasova, E., Rohova, M., Dimova, A. (2016). Unmet needs for health care services in Bulgaria. *Journal of IMAB*, 22(3), 1324-1327.

Baggio, S., Vernaz, N., Spechbach, H., Salamun, J., Jacquierioz, F., Stringhini, S., et. al. (2021). Vulnerable patients forgo health care during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine*, 150, 106696.

Ball, S, Banerjee, A., Berry, C., Boyle, J., Bray, B., Bradlow W., et al. (2020). Monitoring indirect impact of COVID-19 pandemic on services for cardiovascular diseases in the UK. *Heart (British Cardiac Society)*, 106(24), 1890–1897.

Banerjee, A., Pasea, L., Harris, S., Gonzalez-Izquierdo, A., Torralbo, A., Shallcross, L. et al. (2020). Estimating excess 1-year mortality associated with the COVID-19 pandemic according to underlying conditions and age: a population- based cohort study. *Lancet*, 395(10238), 1715–1725.

- Bersano, A, Kraemer, M., Touzé, E., Weber, R., Alamowitch, S., Sibon, I., et al. (2020). Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries. *European Journal of Neurology*, 27(9), 1794-1800.
- Bhatt, A., Moscone, A., McElrath, E., Varshney, A., Claggett, B., Bhatt, D., et al. (2020). Fewer hospitalizations for acute cardiovascular conditions during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(3), 280–288.
- Blecker, S., Jones, S., Petrilli, C., Admon, A., Weerahandi, H., Francois, F., et al. (2020). Hospitalizations for chronic disease and acute conditions in the time of COVID-19. *JAMA Internal Medicine*, 181(2), 269-271.
- Canadian Medical Association/Deloitte (2021). A struggling system. Understanding the health care impacts of the pandemic. Available at: <https://bc.ctvnews.ca/delayed-or-missed-health-care-may-have-led-to-thousands-of-non-covid-19-related-deaths-during-pandemic-report-1.5691622> [Accessed: 18.02.2022].
- Chang, J., Lai, A., Gupta, A., Nguyen, A., Berry, C., Shelley, D. (2021). Rapid transition to telehealth and the digital divide: Implications for primary care access and equity in a post-COVID era. *The Milbank Quarterly*, 99(2), 340–368.
- Chudasama, V., Gillies, C., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M., Seidu, S., et al. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 14(5), 965–967.
- Cuschieri, S., Mamo, J. (2021). Taking care of the ordinary in extraordinary times - delayed routine care means more morbidity and pre-mature mortality. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_4), iv27–iv30.
- Czeisler, M., Marynak, K., Clarke, K., Salah, Z., Shakya, I., Thierry, J. et al. (2022). Delay or avoidance of medical care because of COVID-19-related concerns - United States, June 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(36), 1250–1257.
- Danhieux, K., Buffel, V., Pairon, A., Benkheil, A., Remmen, R., Wouters, E., et al. (2020). The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. *BMC Family Practice*, 21, 255.
- Doncarli, A., Araujo-Chaveron, L., Crenn-Hebert, C., Demiguel, V., Boudet-Berquier, J., Barry, Y., et al. Impact of the SARS-CoV-2 pandemic and first lockdown on pregnancy monitoring in France: the COVIMATER cross-sectional study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 21(1), 799.
- Dopfer, C., Wetzke, M., Zychlinsky Scharff, A., Mueller, F., Dressler, F., Baumann, U. (2020). COVID-19 related reduction in pediatric emergency healthcare utilization - a concerning trend. *BMC Pediatrics*, 20(1), 427.
- Douillet, D, Dupont, C., Leloup, N., Ménager, G., Delori, M., Soulie, C., et al. (2022). Prevalence and characterization of forgoing care: comparison of two prospective multicentre cohorts between pre-COVID-19 era and a lockdown period. *Archives of Public Health*, 80(1), 32.
- Einstein, A., Shaw, L., Hirschfeld, C., Williams, M., Villines, T., Better, N. et al. (2021). International impact of COVID-19 on the diagnosis of heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(2), 173–185.
- Eurofound (2020). Living, working and COVID-19 dataset, Dublin. Available at: <http://eurofound.link/covid19data> [Accessed: 16.01.2022].
- Eurostat (2022). Excess mortality increased again in November 2021. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220114-2> [Accessed: 16.02.2022].

- Figueroa, J., Brennan, P., Theodoratou, E., Poon, M., Purshouse, K., Din, F. et al. (2020). Trends in excess cancer and cardiovascular deaths in Scotland during the COVID-19 pandemic 30 December 2019 to 20 April 2020. medrxiv. Preprint. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.02.20086231v1> [Accessed: 06.02.2022].
- Finset, A., Bosworth, H., Butow, P., Gulbrandsen, P., Hulsman, R., Pieterse, A., et al. (2020). Effective health communication - a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 103(5), 873–876.
- Gheorghe, A., Maringe, C., Spice, J., Purushotham, A., Chalkidou, K., Rachet, B., et al. (2021a). Economic impact of avoidable cancer deaths caused by diagnostic delay during the COVID-19 pandemic: A national population-based modelling study in England, UK. *European Journal of Cancer*, 152, 233–242.
- Gheorghe, A., Negru, M., Nițipir, C., Mazilu, L., Marinca, M., Gafton, B., et al. (2021b). Knowledge, attitudes and practices related to the COVID-19 outbreak among Romanian adults with cancer: a cross-sectional national survey. *ESMO Open*, 6(1), 100027.
- Giannouchos, T., Biskupiak, J., Moss, M., Brixner, D., Andreyeva, E., Ukert, B. (2021). Trends in outpatient emergency department visits during the COVID-19 pandemic at a large, urban, academic hospital system. *American Journal of Emergency Medicine*, 40, 20–26.
- Giannouchos, T., Brooks, J., Andreyeva, E., Ukert, B. (2022). Frequency and factors associated with foregone and delayed medical care due to COVID-19 among nonelderly US adults from August to December 2020. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(1), 33–42.
- Hajek, A., de Bock, F., Kretzler, B., König, H. (2021). Factors associated with postponed health checkups during the COVID-19 pandemic in Germany. *Public Health*, 194, 36–41.
- Hoerold, M., Gottschalk, M., Debbeler, C., Heytens, H., Ehrentreich, S., Braun-Dullaes, R., et al. (2021). Healthcare professionals' perceptions of impacts of the COVID-19-pandemic on outpatient care in rural areas: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1298.
- Lazzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., Trobia, G. (2020). Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), e10–e11.
- Maringe, C., Spicer, J., Morris, M., Purushotham, A., Nolte, E., Sullivan, R., et al. (2020) The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncology*, 21(8), 1023–1034.
- Mauro, V., Lorenzo, M., Paolo, C., Sergio, H. (2020). Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases. *Internal and Emergency Medicine*, 15, 787–790.
- Mehrotra, A., Chernew, M., Linetsky, D., Hatch, H., Cutler, D. (2020). The impact of COVID-19 on outpatient visits in 2020: Visits remained stable, despite a late surge in cases. New York: Commonwealth Fund. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/2021/feb/impact-covid-19-outpatient-visits-2020-visits-stable-despite-late-surge> [Accessed: 13.02.2022].
- Modig, K., Ahlbom, A., Ebeling, M. (2021). Excess mortality from COVID-19: weekly excess death rates by age and sex for Sweden and its most affected region. *European Journal Public Health*, 31, 17–22.
- Menon, L., Richard, V., de Mestral, C., Baysson, H., Wisniak, A., Guessous, I., et al. (2022). Forgoing healthcare during the COVID-19 pandemic in Geneva, Switzerland - a cross-sectional population-based study. *Preventive Medicine*, 156, 106987.

- Metzler, B., Siostrzonek, P., Binder, R., Bauer, A., Seinstadler, R. (2020). Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage. *European Heart Journal*, 41, 1852–1853.
- Nepogodiev, D., Omar, O., Glasbey, J., Li, E., Simoes, J., Abbott, T., et al. (2020). Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *British Journal of Surgery*, 107(11), 1440–1449.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP) (2021). Bulgaria: Country health profile 2021, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Available at: <https://www.oecd.org/publications/bulgaria-country-health-profile-2021-c1a721b0-en.htm>.
- Ogoina, D., Onyemelukwe, G. (2009). The role of infections in the emergence of non-communicable diseases (NCDs): Compelling needs for novel strategies in the developing world. *Journal of Infection and Public Health*, 2, 14–29.
- Rosenbaum, L. The untold toll - the pandemic's effects on patients without COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 382(24), 2368-2371.
- Schäfer, I., Hansen, H., Menzel, A., Eisele, M., Tajdar, D., Lühmann, D., et al. (2021). The effect of COVID-19 pandemic and lockdown on consultation numbers, consultation reasons and performed services in primary care: results of a longitudinal observational study. *BMC Family Practice*, 22(1), 125.
- Smolić, Š., Čipin, I., Međimurec, P. (2021). Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *European Journal of Ageing*, 1, 1–17.
- Solomon, M., McNulty, E., Rana, J., Leong, T., Lee, C., Sung, S-H. et al. (2020). The COVID-19 pandemic and the incidence of acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 383(7), 691-693.
- Tartari, F., Guglielmo, A., Fuligni, F., Pileri, A. (2020). Changes in emergency service access after spread of COVID-19 across Italy. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(8), e350.
- Uchino, K., Kolikonda, M., Brown, D., Kovi, S., Collins, D., Khawaja, Z. et al. (2020). Decline in stroke presentations during COVID-19 surge. *Stroke*, 51, 2544-2547.
- Urban Institute (2021). Delayed and forgone health care for nonelderly adults during the COVID-19 pandemic. Available at: <https://www.urban.org/research/publication/delayed-and-forgone-health-care-nonelderly-adults-during-covid-19-pandemic> [Accessed: 18.02.2022].
- Verhoeven, V., Tsakitzidis, G., Philips, H., van Royen, P. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open*, 10(6), e039674.
- Woolf, S., Chapman, D., Sabo, R., Weinberger, D., Hill, L. (2020). Excess deaths from COVID-19 and other causes, March–April 2020. *JAMA*, 324(5), 510–513.
- World Health Organization/WHO (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>.
- Yong, J., Mainprize, J., Yaffe, M., Ruan, Y., Poirier, A., Coldman, A. et al. (2021). The impact of episodic screening interruption: COVID-19 and population-based cancer screening in Canada. *Journal of Medical Screening*, 28, 100–7.